

Valoración bioética de la vasectomía sin hijos: autonomía personal frente a maleficencia

Bioethical assessment of vasectomy without children: personal autonomy against maleficence

Miguel Téllez Martínez-Fornés*

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

José Carlos Abellán Salort**

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

María Concepción Fouz López***

Médico de familia.

Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid, España

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n3.03>

* Doctor en Medicina y Cirugía y Máster en Bioética. Jefe del Servicio de Urología y presidente del CEAS. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España. Correo electrónico: miguel.tellez@salud.madrid.org
<https://orcid.org/0009-0003-3459-6471>

** Doctor en Derecho, Máster en Filosofía y Experto en Bioética. Profesor de Bioética y Derecho, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Vocal experto externo del CEAS, Hospital U. Severo Ochoa, Leganés, España. Correo electrónico: jose.abellan@urjc.es <https://orcid.org/0000-0002-4470-4646>

*** Médico de familia. Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda. Madrid, España. Correo electrónico: mconcepcion.fouz@salud.madrid.org
<https://orcid.org/0009-0007-9868-8243>

Recepción: 26/12/2023 Aceptación: 15/03/2024

Resumen

La vasectomía es solicitada habitualmente por una pareja con hijos que considera que ha completado su proyecto familiar. En la práctica clínica de la consulta de urología del sistema sanitario español, el profesional debe dar respuesta a una demanda cada vez más frecuente: la solicitud de vasectomía en paciente joven y sin hijos, la cual despierta muchas dudas en el urólogo, relativas a la idoneidad de su realización.

La vasectomía ocasiona una pérdida pretendidamente irreversible de la función reproductiva. Realizada a petición de varones sanos, jóvenes y sin hijos, respetando su autonomía de decisión, sin embargo, puede resultar maleficente.

Este trabajo pretende aportar argumentos bioéticos relativos a la realización de vasectomía voluntaria en estos casos y evaluar los fundamentos de los criterios éticos invocados habitualmente para justificarla. Posteriormente, se analizan los aspectos jurídicos de la vasectomía en España y el papel de la objeción de conciencia del profesional.

Palabras clave: planificación familiar, esterilización masculina, objeción de conciencia, política sanitaria.

1. Introducción

En el presente trabajo se analizará bioéticamente el tema de la realización de la vasectomía, basándonos en un caso clínico real extraído de la consulta de urología, con el triple objetivo de aportar reflexiones con argumentación bioética relativas a la realización de vasectomía voluntaria en varones sanos, jóvenes y sin hijos; evaluar los fundamentos y la consistencia de los criterios que se aplican de forma habitual para justificar la realización de la vasectomía y, en fin, estudiar los criterios éticos aplicables para la realización de la vasectomía.

En segundo lugar, se analizarán los aspectos médicos y jurídicos de la vasectomía en España, lo que implica considerar los aspectos de la autonomía personal en esta situación, reflexionar sobre el papel

de la objeción de conciencia del profesional y exponer los efectos sociales negativos de esta decisión en el contexto que se presenta.

Hemos partido de los datos estadísticos públicos oficiales obtenidos de la experiencia clínica urológica de la vasectomía voluntaria en España entre los años 2010 - 2020 y hemos llevado a cabo una revisión de la literatura científica. Los comentarios técnicos sobre la vasectomía se basan en textos de urología ampliamente difundidos entre los profesionales y se muestran en las referencias bibliográficas 9, 15 y en el artículo titulado *Vasectomía y reversión: aspectos importantes*, publicado en la revista *Urologic Clinics of North America* en 2009. Para encontrar documentación relativa a la esterilización en ausencia de hijos y en personas jóvenes se ha realizado una búsqueda manual en texto libre utilizando los límites de idiomas español e inglés y años de publicación 2000-2022 en PubMed y en el navegador Google. En ambos casos se han utilizado los términos “planificación familiar”, “esterilización masculina”, “vasectomía sin hijos”, “esterilización en jóvenes adultos”, “family planning”, “male sterilisation”, “vasectomy without children” y “sterilisation of young adults”. Se ha buscado información relativa a la objeción de conciencia, recogidas en las referencias 19, 20, 37, 89 y 96 del artículo y a políticas sanitarias en relación con la planificación familiar publicadas en textos de declaraciones de la Organización de Naciones Unidas (onu) y de la Organización Mundial de la Salud (oms). En la reflexión bioética se utilizan textos reconocidos en bioética médica y particularmente en la bioética personalista y en la doctrina católica, fundamentalmente textos del vaticano, Manual de Bioética de E. Sgreccia, Bioética teológica de J. Gafo, el informe Belmont y Principios de ética biomédica de T. L. Beauchamp y J. F. Childress.

También se han consultado textos legales del Tribunal constitucional de España, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Se ha consultado información procedente del sistema nacional de salud de España publicada por el Ministerio de Sanidad de España para obtener información estadística de la vasectomía en España.

Se concluye proponiendo las razones para la revisión de los criterios del especialista ante estas solicitudes en las que, aun acreditada la competencia y autonomía de los solicitantes, pueden resultar en una práctica maleficente, valoración que es particularmente evidente desde los postulados de la bioética personalista y la bioética con una fundamentación cristiana.

2. Historia clínica del caso

Un varón de veintitrés años acude a la consulta de urología de un hospital del sistema sanitario público español para solicitar la vasectomía. Trabaja en una empresa de publicidad como diseñador gráfico. Procede de una familia conformada por él y sus padres, no tiene hermanos y tampoco hijos. Tiene una pareja desde hace un año. Previamente no ha tenido otras parejas. Ni él, ni su pareja actual tienen deseos de tener hijos. Lo han hablado extensamente entre ellos.

Las razones que argumenta para solicitar la vasectomía son que no tiene deseo de tener hijos, que no confía en la eficacia de otros métodos anticonceptivos y que siente que la paternidad le obligaría a renunciar a su estilo de vida actual, imposibilitándole disfrutar de muchas actividades. Por otro lado, considera que su decisión no tiene relevancia en el conjunto del mundo, donde ya hay muchos habitantes. Incluso lo ha hablado con sus padres, que tampoco han mostrado inconveniente en no ser abuelos nunca.

El urólogo le ha sugerido que es muy joven para tomar esta decisión con un carácter irreversible y le ha explicado que la experiencia previa demuestra que existen altas posibilidades de arrepentimiento posterior, muchas veces asociado al cambio de pareja. El paciente admite que estas explicaciones son muy razonables, pero considera que no son suficientes para que cambie de opinión.

En este contexto, se analizan las consideraciones éticas del caso sobre la esterilización voluntaria realizada por un urólogo.

3. La vasectomía, en el ámbito de la planificación familiar

La Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) de 10 de diciembre de 1948, en su artículo 16.3 expresa que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (1).

En 1978, en la Declaración de Alma Ata, la oms reconoce como uno de sus cometidos importantes ayudar a sus estados miembros a alcanzar el objetivo de garantizar a todo ser humano el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluida la salud sexual y reproductiva (2).

El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (3) En su artículo 5, indica que debe existir una “comprensión adecuada de la maternidad como función social”, siendo necesario que ambos sexos compartan plenamente la responsabilidad de criar los hijos. En el artículo 10, incluye el derecho a la información específica para la salud y el bienestar de la familia, en el 14 habla específicamente de la información sobre planificación de la familia y en el 16 se aboga por garantizar el derecho de las mujeres “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos”.

Igualmente, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 (4) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 (5), se contempla el objetivo de fortalecer un enfoque positivo de la sexualidad mediante la promoción de condiciones que hagan posible que las personas vivan la sexualidad en todos sus aspectos con confianza, placer

y seguridad. La anticoncepción segura y eficaz no sólo hace más viable una procreación responsable, sino que permite también una vida sexual satisfactoria y placentera y disminuye el temor a un embarazo no deseado (6).

Por su parte, la Iglesia católica admite que, “si para espaciar los nacimientos existen serios motivos, derivados de las condiciones físicas o psicológicas de los cónyuges, o de circunstancias exteriores, la Iglesia enseña que entonces es lícito tener en cuenta los ritmos naturales inmanentes a las funciones generadoras para usar del matrimonio sólo en los periodos infecundos y así regular la natalidad sin ofender los principios morales que acabamos de recordar” (7). Esto significa que la bioética católica, basada en la visión antropológica y la doctrina social de la Iglesia, admite la eticidad de una planificación familiar responsable, si bien la esterilización directa, la que tiene una finalidad antiprocreativa, no sería un medio lícito de planificación familiar.

Por tanto, la planificación familiar se considera generalmente un derecho humano que mejora la condición de vida de la mujer y de la población, contribuye a reducir la pobreza y permite reducir la presión que un incremento poblacional sostenido ejercería sobre el medio ambiente (8).

La vasectomía es un método de esterilización masculina seguro y simple que contribuye al control de la natalidad, con creciente aceptación social, si bien en algunas tradiciones culturales se mantienen algunos factores de rechazo a su práctica como estrategia anticonceptiva.

La solicitud voluntaria de vasectomía se realiza por el varón o de forma conjunta por la pareja cuando buscan un método de planificación familiar. En ocasiones su práctica no se realiza en el contexto de la planificación familiar sino ante determinadas situaciones médicas (gestación de riesgo o enfermedades hereditarias). Los excepcionales casos en que se realiza de forma no voluntaria no son el objeto del análisis que se presenta (9).

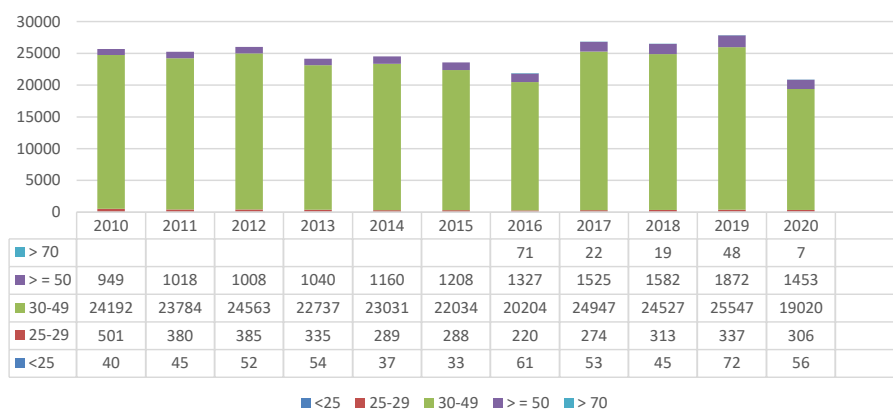
En España, alrededor del 12 % de las parejas opta métodos definitivos de anticoncepción (10). En el año 2000 se estimaba que cada

año se sometían a vasectomía unos 10.000 varones en España (11). En la Comunidad de Madrid se realizaron 4.181 vasectomías en 2009, frente a 3.246 ligaduras de trompas.

En los gráficos siguientes, se exponen los datos actualizados de las vasectomías realizadas en España en los últimos años (12). En el Gráfico 1, se aprecia que se realizan unas 26.000 vasectomías anuales en España entre 2010 y 2020.

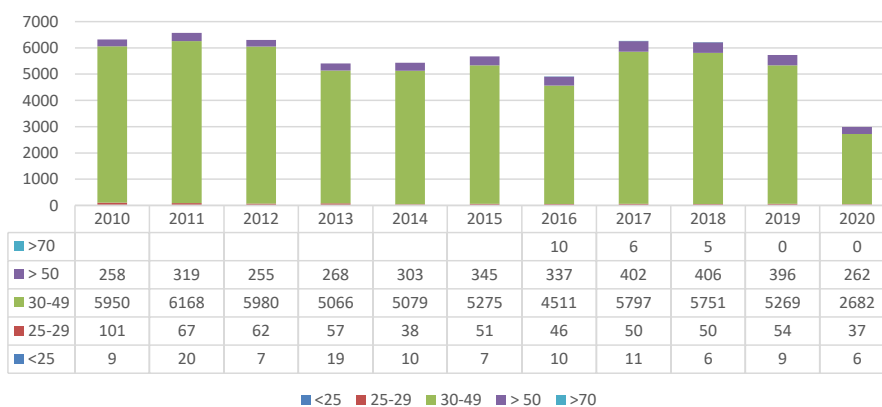
En la Comunidad de Madrid (13) como se muestra en el Gráfico 2, representan unas 6000 anuales y como se observa en el Gráfico 3, en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés (14), son aproximadamente 200. La franja de edad mayoritaria se sitúa entre los 30 y 49 años, seguida por la de más de 50 años y después, a más distancia por el grupo de varones entre 25 y 29 años. Las vasectomías realizadas en varones de edad inferior a 25 años son muy minoritarias, constituyendo un porcentaje alrededor del 1,5 por cada mil vasectomías.

Gráfico 1. Evolución de las vasectomías en España por rango de edad 2010-2020



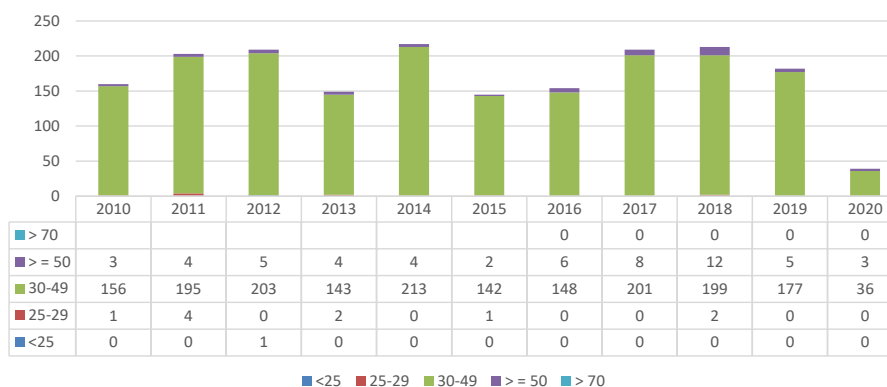
Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2. Evolución de las vasectomías en la comunidad de Madrid por rango de edad 2010-2020



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Evolución de las vasectomías en el H.U. Severo Ochoa por rango de edad 2010-2020



Fuente: elaboración propia.

4. Aspectos médicos de la vasectomía

La vasectomía se lleva a cabo principalmente como un método de planificación familiar cuando se desea una contracepción permanente, en parejas estables que no quieren tener más hijos. Sin embargo, también puede ser indicada por razones médicas, como gestaciones de alto riesgo para la mujer, transmisión de enfermedades hereditarias, contraindicaciones para anticonceptivos hormonales o incluso por una orden judicial en los casos permitidos por la legislación. Además, se utiliza como parte del tratamiento para ciertas enfermedades que requieren la extirpación de órganos, como tumores testiculares o de próstata.

Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica, la vasectomía se realiza de manera ambulatoria bajo anestesia local. Implica la ligadura y sección de los conductos deferentes con el objetivo de interrumpir la vía de salida de los espermatozoides. Es importante destacar que el efecto anticonceptivo no es inmediato; lleva alrededor de tres meses para que se presente la ausencia de espermatozoides en el semen eyaculado debido al remanente en las vías espermáticas distales. Esto requiere un control con seminograma para confirmar la efectividad del procedimiento.

La vasectomía tiene contraindicaciones relativas, incluyendo el dolor escrotal crónico, enfermedades graves, ausencia de hijos, edad menor de 30 años y falta de una relación de pareja actual. El dolor escrotal crónico puede empeorar tras la vasectomía, y algunas complicaciones pueden ser potencialmente severas en casos de enfermedades graves. Las demás contraindicaciones se relacionan con cambios personales que podrían llevar a una solicitud de reversión de vasectomía debido a un cambio en el deseo de paternidad.

Las complicaciones de la vasectomía pueden ser inmediatas o a largo plazo. Entre las inmediatas se encuentran el sangrado, hematoma e infecciones, incluyendo la epididimitis y abscesos. Las complicaciones a largo plazo incluyen el dolor escrotal crónico (1%) y la recanalización espontánea de los conductos deferentes, aunque esta

última es poco común (0,03-1,2%). Después de una década, un pequeño porcentaje de hombres opta por una reversión debido a un cambio en su deseo de tener hijos. En estos casos, la calidad del semen puede no ser óptima, lo que podría requerir técnicas de reproducción asistida. Un aspecto crítico es el fallo de la vasectomía, que puede resultar en embarazos no deseados con implicaciones psicológicas, familiares y legales (15).

5. Vasectomía como cirugía satisfactiva: medios vs resultados

La mayoría de las veces, el varón que solicita una vasectomía no padece ninguna patología, ni él ni su pareja, sino que el motivo de la solicitud es únicamente el deseo de no tener más hijos. Como consecuencia, el solicitante de esta esterilización voluntaria lo que desea es que el procedimiento sea mínimo, sin complicaciones y con resultado eficaz. En este caso, la azoospermia (16,17).

La actividad médica habitual se mueve en al campo de la medicina curativa o asistencial y, en esta situación, la relación contractual entre el médico y el paciente se equipara a “un arrendamiento de servicios” y se exige la aplicación de la *lex artis* o buena práctica médica. En estos casos, el médico está obligado a poner los medios adecuados para conseguir el fin buscado, la curación o mejoría (18,19,20).

Sin embargo, cuando la prestación quirúrgica solicitada no busca la curación de una patología sino la satisfacción de una demanda para conseguir un determinado fin (medicina satisfactiva o voluntaria), se produce una modificación en esta relación contractual entre el médico, en este caso el técnico, y el usuario o cliente, que no paciente. Se equipara ahora, a un contrato de obra, con una obligación de resultados, que además de medios adecuados, exige la obtención de un fin concreto. Es necesaria, por tanto, una mayor garantía en la consecución del resultado (21,22).

En la medicina satisfactiva o voluntaria, el interesado acude al médico para el mejoramiento de su aspecto físico o para la transformación de una actividad biológica, como puede ser la actividad sexual y en el caso concreto de la vasectomía, la azoospermia. En principio, sería exigible un resultado y podría haber responsabilidad por un cumplimiento defectuoso del contrato. Se puede hablar, por tanto, no de paciente, sino de cliente.

Esta diferencia entre ambas modalidades no siempre está muy clara, especialmente desde que se asume el derecho a la salud reproductiva como incluido en el derecho a la salud, siendo esta entendida por la OMS, como el bienestar en sus aspectos psíquicos y social, no sólo físico, incluyendo las actividades preventivas dirigidas a evitar riesgos para la salud o integridad del paciente.

Esto ha resultado en que los tribunales no resuelven estas diferencias entre obligación de medios y resultados de forma absoluta, sino que admiten ciertos matices en función del caso (23). Si se entiende el concepto de salud de esta forma tan amplia, los límites entre cirugía satisfactiva y curativa quedan difuminados ya que la planificación familiar se entiende como una parte más de la salud de las personas.

En este punto y aplicado al caso que se presenta, queda la duda de si ante la ausencia de hijos, se puede hablar de planificación familiar en sentido estricto. En esta línea conceptual, la solicitud de vasectomía sin hijos estaría más cerca de la medicina satisfactiva que otros casos.

6. Solicitud de reversión de la vasectomía

Cerca del 6 % de los varones sometidos a vasectomía solicitan la reversión posterior de ésta. Esta reconstrucción también se solicita para tratar una infertilidad de causa obstructiva (24).

Históricamente, la primera reversión de una obstrucción de la vía espermática se llevó a cabo por Edward Martin en 1902 en un caso de obstrucción secundaria a una epididimitis. Fue Quinby en 1919

quien publica el primer informe sobre la reversión de una vasectomía y posteriormente O'Connor da a conocer la primera serie de reversión en 14 pacientes, comunicando un éxito en el 64% de los casos. A partir de los años 60 se desarrollan múltiples técnicas de reversión tanto macroquirúrgicas como con microcirugía (25).

La reconstrucción quirúrgica de la obstrucción de la vía espermática no siempre consigue resultados satisfactorios. La causa del fracaso puede ser funcional, debida a la existencia de anticuerpos aglutinantes anti espermáticos tipo IgA o a problemas anatómicos como la formación de granulomas espermáticos sobre la anastomosis, que provocan su obstrucción.

Otros factores también influyen en el éxito de esta cirugía: la fertilidad previa a la vasectomía, la cirugía de hernia inguinal previa que puede comprometer la vía seminal a otros niveles anatómicos, la edad de la pareja (peor pronóstico si es mayor de 40 años), tener la misma pareja que antes de la vasectomía se asocia a mejores resultados y el antecedente de una cirugía de reversión previa con mal resultado también empeora las posibilidades.

Por último, hay que señalar un factor muy importante que condiciona el resultado de la cirugía de reconstrucción: el intervalo transcurrido entre la vasectomía y la reconstrucción. El Vasovasostomy Study Group informa que las tasas de permeabilidad y de embarazo cuando este intervalo es inferior a tres años son de un 97% y 76%. Estos porcentajes disminuyen al 71% y 30% respectivamente cuando han transcurrido más de quince años (26). Aunque la reversión de la vasectomía sigue siendo el tratamiento adecuado en la mayoría de las parejas, en algunos casos, puede ser más coste-efectivo recurrir a técnicas de extracción de espermatozoides y fertilización in vitro (27).

7. Marco jurídico de la vasectomía en España

En España, se modificó el Código Penal en materia de esterilización humana voluntaria en 1983. La regulación legislativa de esta medida

para sujetos incapaces se reformó en 1995 en el nuevo Código Penal, cuyo artículo 156 contiene la normativa relativa a la esterilización de personas sujetas a tutela por su diversidad funcional, que introdujo el concepto de “mayor interés”, ausente en el artículo 428 del Código Penal anterior.

Está incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y está recogida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en su anexo III, Cartera de servicios comunes de atención especializada donde se recoge textualmente la “ Realización de ligadura de trompas y de vasectomías, de acuerdo a los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión ambas”.

En cuanto a la responsabilidad jurídica del profesional, en el ordenamiento jurídico español se utiliza el sistema de *responsabilidad por culpa* cuando se trata de juzgar la responsabilidad del médico. Se exige una obligación de medios que se determina mediante la *lex artis ad hoc*, consistente en la aplicación de la práctica clínica correcta y habitual en estos casos. El médico está obligado, no a curar, sino a proporcionar todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia. En esta situación, cuando se produce un daño, es el paciente el que está obligado a probar la culpa o negligencia del médico y también a demostrar el nexo de causalidad entre la actuación del médico y la lesión. (28) Para ello, debe disponer de acceso a la historia clínica. La ausencia de ésta invierte la carga de la prueba, que pasa a ser competencia del profesional.

Pero en la medicina satisfactiva se exige una obligación de resultados. Si no se consiguen, implica el incumplimiento de esta obligación, lo que hace presumir la culpa del médico. Para su defensa, es necesario que el profesional pruebe su diligencia. En estos casos, la doctrina del Tribunal Supremo reconoce que se exige una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue, en este caso, evitar la procreación. En los supuestos de medicina voluntaria en los que no medie promesa de resultados se exige la adecuación de la actuación a la *lex artis ad hoc* (29).

En cuanto a la jurisprudencia, en 1994, el Tribunal Constitucional español admitió la esterilización forzada de los enfermos psíquicos (30,31).

El Tribunal Supremo, en general, descarta toda clase de responsabilidad objetiva si la actuación no es negligente y tampoco cabe la inversión de la carga de la prueba, siendo el paciente el que debe probar la negligencia y la relación causa efecto, con la excepción de los casos en los que se considera que ha existido un daño desproporcionado o clamoroso (32).

En general, no es aplicable la Ley de Consumidores y Usuarios salvo en aspectos organizativos (mala organización del servicio), defectos del material o en la prestación de servicios sanitarios (por ejemplo, que no se hubiera realizado en las condiciones higiénicas sanitarias exigibles).

Además, la teoría de la “pérdida de la oportunidad” resultaría de aplicación en la esterilización voluntaria, sólo en lo relativo al tratamiento adecuado de alguna complicación que pudiera surgir como consecuencia del procedimiento quirúrgico de la vasectomía. (33)

En cuanto a la situación en otros países de nuestro entorno, cabe destacar que, en Francia, fue aprobada en 2001 y en Italia, en una sentencia de junio de 1987 por el Tribunal Supremo (34), fundamentándose en el argumento de que la esterilización “llevaría una mayor distensión y serenidad en las relaciones con el propio cónyuge o con la pareja”.

El Consejo de ministros de la Unión Europea, en la Resolución núm. 75 de 14 de noviembre de 1975, recomendó que la esterilización voluntaria con fines de planificación familiar estuviera disponible como servicio médico (35).

8. Información y consentimiento para la vasectomía

La ley española *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y*

documentación clínica (36) regula el derecho a la información y el consentimiento informado: “conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (Art. 3).

En la medicina voluntaria o satisfactiva, la información también debe ser objetiva, veraz, completa y asequible. Es imprescindible que incluya la posibilidad de fracaso de la intervención, lo que significa que debe informarse sobre la probabilidad de obtener o no el resultado que se busca. También es obligatoria la información sobre cualquier posible secuela, riesgo, complicación o resultado adverso que pueda aparecer, tanto frecuentes como raros.

Esto último es un rasgo diferencial frente a la información habitual que se proporciona en la medicina curativa, ya que en el caso de la medicina satisfactiva, el usuario debe ser advertido de cualquier riesgo, incluso de los excepcionales.

Hay que tener en cuenta que este conocimiento puede inducir al sujeto a no someterse a una intervención innecesaria, prescindible o de una necesidad relativa. Así, la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de julio de 2002, (anterior a la Ley de Autonomía del paciente), manifiesta que “constituyendo la información completa y asequible —exhaustiva, suficiente, veraz y leal—, y la obtención del consentimiento informado un presupuesto básico para que el paciente pueda decidir con plena consciencia y libertad acerca de la operación de medicina voluntaria o satisfactiva encaminada a obtener la finalidad de la vasectomía, ...” (37,38,39).

Por otro lado, si no se produce daño vinculado a la omisión del consentimiento o de la información o a la propia intervención médica, no genera responsabilidad profesional ni consecuencias relevantes.

Es recomendable mantener dos entrevistas médicas para asegurar que el consentimiento informado se está dando correctamente. En la primera, se daría la información completa y en la segunda se firmaría el consentimiento.

En algunos supuestos de riesgo, esta práctica informativa estaría particularmente indicada: joven, con pocos hijos o ninguno, todos los hijos del mismo sexo, un hijo con deterioro de salud, matrimonio inestable, soltero o viudo, coerción marital, decisión tomada en situación excepcionalmente difícil, decisión precipitada, falta de acceso a otros métodos anticonceptivos, condicionantes religiosos o culturales, subsidios u otros incentivos que condicionen la decisión, información incorrecta o incompleta, inseguridad sobre si tener más hijos si perdiera alguno o si volviera a casarse (40,41).

9. Análisis bioético del caso

9.1. Características especiales: edad, ausencia de hijos

Se suscita la duda sobre si la edad del sujeto que solicita la vasectomía supone una característica especial para la demanda que realiza. Ciertamente, los jóvenes son, después de todo, libres de realizar muchos actos en sus vidas, incluyendo la elección de sus relaciones personales, estilo de vida, inversiones económicas, etcétera. De hecho, en muchas ocasiones, realizan actos de riesgo de los que posteriormente pueden arrepentirse (42).

Sin embargo, hay que considerar que la decisión tomada en este caso requiere la colaboración de un médico para realizar un acto no curativo y, por tanto, no es estrictamente un acto médico (43).

En la misma línea, cabe preguntarse por la situación que se plantea al no tener hijos.

Existen aspectos que pueden comprometer la decisión en el futuro, fundamentalmente la aparición o cambio a una nueva pareja que desea hijos y la imposibilidad de garantizar la reversibilidad de la fecundidad. Nuevamente, el médico está involucrado directamente en la consecución del objetivo del individuo, que podría afectarle en el futuro.

10. Bienes morales comprometidos en este caso

10.1. *Autonomía: Capacidad de decisión del sujeto*

Desde la publicación del Informe Belmont en 1979 (44), se inicia la aplicación progresiva del concepto de autonomía que desarrollan Beauchamp y Childress en su teoría principialista (45).

Este principio no aparecía en el Juramento Hipocrático ni en los Códigos Deontológicos antiguos. Se considera al individuo como un ser capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación.

El principio de autonomía supone dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que estas produzcan un claro perjuicio a otros, aunque se lo produzcan a sí mismos. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello (46).

En el momento de analizar la decisión tomada por el paciente concreto que solicita la esterilización hay que comprobar que se dan las condiciones para una decisión autónoma: que actúe intencionalmente, con comprensión del significado y consecuencias de su acción y sin influencias externas suficientemente poderosas que lleven a controlar su voluntad y determinar el sentido de la acción.

De estas tres condiciones, la comprensión y las influencias externas pueden darse con diversos grados de autonomía, no así la intencionalidad de la decisión, y es en este punto donde se debe realizar el análisis del caso.

Por otro lado, respetar la autonomía de la persona exige que se reconozca el derecho a tener su propio punto de vista, a ejercer sus propias opciones y a obrar en conformidad con sus valores y creencias (47).

El principio de autonomía exige que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas por otras a controles externos que las limiten o las impidan. Este principio obliga en igualdad de condiciones, pero puede ser limitado por otras consideraciones morales en situaciones de conflicto con otros valores éticos o con la autonomía de otras personas (48).

La antropología moderna ha incorporado la autonomía como una noción fundamental en el pensamiento filosófico: todo hombre merece ser respetado en las decisiones no perjudiciales a otros.

En el caso concreto que nos ocupa no hay argumentos para sostener que la juventud imposibilita el ejercicio de la autonomía. La intención está clara y se corresponde con el deseo de no tener hijos; la comprensión queda encuadrada en la información que recibe y que se analizará en el siguiente punto; y la existencia de influencias externas debe ser valorada en la entrevista que el médico mantenga con él.

Es cierto que las decisiones pueden cambiar con el paso del tiempo, lo que tiene mucho que ver con la responsabilidad que tiene la persona en su elección y asumir sus consecuencias, pero este argumento no invalida la autenticidad de la opción inicialmente tomada.

Es interesante puntualizar que una decisión tomada fríamente y tras una reflexión adecuada con la información suficiente es más autónoma que cualquier otra tomada precipitadamente y, tal vez, en condiciones menos independientes. Y este argumento nada tiene que ver con la juventud o la madurez (49).

También es necesario analizar si la ausencia de hijos puede ser un condicionante de la autonomía en la decisión. Aunque el concepto de planificación familiar está sustentado sobre la maternidad/paternidad responsable, no hay razones fundamentadas exclusivamente en la libertad de decisión que invaliden la opción personal de no formar una familia o de que esta no tenga hijos. En esta última situación, únicamente sería exigible que esta decisión personal sea compartida por la pareja, con conocimiento previo y sin coacciones, a modo de acuerdo o convenio transaccional. Incluso esta condición última podría ser cuestionada (50).

Cabe preguntarse, como Habermas, cómo se transforma el sentido de la pregunta, ¿qué debo hacer?, cuando mis actos tocan los intereses de los otros, en este caso de su pareja, y conduce a un conflicto. Parece que estos casos deberían ser valorados más imparcialmente, decidir junto a las preferencias de los otros (51).

10.2. Información: irreversibilidad y riesgos del procedimiento

En el caso que analizamos, la información ocupa un papel más relevante que en otras solicitudes de vasectomía más habituales. En concreto, es imprescindible informar exhaustivamente sobre los siguientes puntos (52):

- **Riesgos:** Por supuesto, como en todos los casos de cirugía satisfactoria o voluntaria, debe existir una información completa de todos los riesgos, incluyendo los que son muy raros y particularmente los muy graves, aunque sean excepcionales. En concreto debe informarse sobre el riesgo de hemorragias o infecciones graves con riesgo vital (53,54,55).
- **Complicaciones:** particularmente las que se mantienen o aparecen a largo plazo, como son el dolor escrotal crónico y la recanalización espontánea (56,57,58).
- **Irreversibilidad del procedimiento:** Junto con los inciertos resultados de la cirugía reconstructiva, asociados a la pérdida progresiva de la fertilidad originada por la obstrucción mantenida (59,60,61).
- **Arrepentimiento:** La fuerte asociación existente entre el arrepentimiento con la solicitud de reversión posterior y los dos factores que concurren en el caso: juventud y ausencia de hijos (62,63).
- **Coste sanitario:** En nuestro sistema sanitario público no se incluye en la cartera de servicios la reconstrucción de los deferentes para la reversión de la vasectomía. Este punto debe ser expresamente informado y debería estar incluido en el texto del documento de consentimiento informado que se

solicita para la realización de la vasectomía. En algunos casos puede ser un condicionante muy importante para la toma de la decisión definitiva (64, 65).

- Alternativas: Específicamente se debe informar de la existencia y disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces que no son irreversibles (66).

10.3. Maleficencia: Pérdida de la función reproductiva

La esterilización masculina en humanos implica una lesión consentida y, en principio, irreversible, de las facultades generatrices del varón, que podría interpretarse como “maleficente”, esto es, dañosa para la persona que la solicita, desde una perspectiva bioética que tome en consideración la inviolabilidad de la persona y de su integridad física y sus funciones, incluida la reproductiva, la unitotalidad del ser humano y los principios de opcionalidad y de globalidad.

a) Inviolabilidad de la persona y de su integridad física

En el plano racional, este fundamento se encontraría en el hecho de que la *persona* es el valor principal y trascendente. Es un fundamento ontológico y ético. Si el hombre fuera el dueño arbitrario de sí mismo, ¿por qué no podría tener el mismo dominio sobre los demás?

Este planteamiento, bien creacionista o bien personalista, que considera el valor del hombre como absoluto o intangible, se opone al concepto inmanentista que considera al hombre como el dueño del hombre o al Estado como el dueño del hombre, lo que abre la puerta a todo tipo de violencia: esterilización, pero también suicidio, eutanasia, aborto (67).

La bioética de inspiración personalista basa su argumentación en la afirmación de la existencia de una ley moral objetiva en la naturaleza humana, en su ser más profundo, identificada por la ley natural universal, lo cual exige que el orden moral se adapte al orden ontológico.

Esta interpretación no permite la supresión voluntaria y arbitraria de una de las dimensiones esenciales del propio ser. La sexualidad representa una dimensión física, psicológica, social y espiritual de la totalidad de la persona y se rige por normas éticas de carácter heterónimo y universal que sancionan la imposibilidad de separar esas dimensiones sin contrariar la ley natural y, con ello, al hombre mismo.

La cuestión es que las dimensiones unitiva y procreadora son distintas, pero están asociadas y, desde este punto de vista de la ley natural, no se puede suprimir una sin dañar a la otra (68).

Sin embargo, está muy difundida la opinión de que, en el contexto actual y respecto a los progresos de la biomedicina, se plantea la exigencia de elaborar una nueva interpretación del cuerpo humano, teniendo en cuenta sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales (69,70).

Si se adoptan posturas subjetivistas o materialistas de la vida, es claro que no cabe la interpretación anterior respecto de la persona, ya que las normas morales en sexualidad, procreación humana, etcétera, serían solo fruto del acuerdo social, quedando definidas por el pensamiento de la mayoría y no por el imperativo de ninguna regla moral objetiva. Desde esta perspectiva, si no se aclara que no todos los usos de la razón son válidos como fuente de autonomía moral, aunque estamos obligados a buscar fuentes de legitimidad para nuestras decisiones, se presenta el fantasma del relativismo moral (71).

Esta reflexión constituye el eje central del problema: la autonomía frente a la integridad física. ¿Dónde está la prioridad? La vida y la integridad física son derechos fundamentales que llevan asociados un deber de respeto por parte de las demás personas y también un deber de protección por el propio sujeto. En este caso, no es lícito que el individuo se autolesione. Este carácter básico hace difícil que se pueda establecer la prioridad automática de la autonomía sobre la integridad física en todos los supuestos (72,73,74).

En el caso concreto de la esterilización, se elimina una parte de la biología del sujeto, se suprime de forma intencionalmente irreversible la facultad reproductiva, lesión corporal no justificable en una

finalidad terapéutica, que puede afectar gravemente al desarrollo de la personalidad. Teniendo en cuenta esta argumentación, el pensamiento personalista no puede aceptar la prioridad de la autonomía sobre la integridad de las facultades biológicas del ser humano (75).

b) *Unitotalidad del ser humano*

Según Elio Sgreccia, egregio representante de la corriente bioética del personalismo ontológico, la persona es existencia unificadora, pluralidad y diversidad de facultades y expresiones vitales. Cada unidad se refiere a la pluralidad y se da una jerarquía de bienes personales ordenada al bien del todo.

Esto significa que es lícito suprimir quirúrgicamente un órgano o una parte de él con el fin de salvaguardar la totalidad de la vida física, cuando no hay otro remedio y la decisión no es postergable en el tiempo. Sería el caso de la esterilización curativa o terapéutica.

Sin embargo, no sería lícito suprimir un bien físico simplemente por un acto de la voluntad. En este sentido, la esterilización voluntaria conllevaría una mutilación o suspensión duradera de la facultad procreadora, lo que va en contra de este concepto de unidad y unicidad (76).

Existen otras interpretaciones personalistas diferentes que apelan a los principios de opcionalidad y globalidad para considerar también el conjunto de las situaciones psicológicas y existenciales del sujeto.

c) *Los principios de opcionalidad y globalidad*

El principio de opcionalidad (77) se plantea por E. Sgreccia como la posibilidad ética de elección del mal menor o del fin beneficiante dominante entre dos hipótesis no practicables simultáneamente, en este caso la fecundidad y la unión conyugal. Para salvar la segunda sería permisible suprimir la primera, por medio de anticonceptivos o con una esterilización. Se sobreentiende en este caso, que la globalidad

del bien personal incluye el bienestar conyugal, familiar o social, que exigiría la supresión de la fertilidad.

Se puede interpretar, contrariamente, que la supresión de la dimensión física implica que deja de haber globalidad (78).

d) *Justicia: repercusión social*

Continuando con este mismo enfoque personalista, para E. Sgreccia, la legalización de la esterilización voluntaria se presenta como un síntoma de incertidumbre y caída de los valores éticos que afectan a la vida y a la persona. Indican una anomía, una carencia y un vacío del valor de la vida y del valor de la persona. Podría considerarse un síntoma de carácter psíquico, de naturaleza destructiva, que más bien debería suscitar alarma (79).

En contraposición con sus ideas, aunque compartiendo algún elemento del fondo de la cuestión, encontramos la argumentación de los antinatalistas. Uno de sus ideólogos, David Benatar, argumenta que la existencia inflige un verdadero daño, independientemente de los sentimientos del ser existente y, como consecuencia, es siempre moralmente erróneo engendrar más seres que sienten (80). La postura no puede ser más clara en cuanto a su objetivo, la extinción de la especie humana, y a su medio, la esterilización voluntaria. Encuadrado en el pensamiento nihilista, sin embargo, coincide con claridad con la afirmación de Sgreccia acerca de la naturaleza destructiva de la esterilización.

Entre ambas posturas se sitúa gran parte del pensamiento contemporáneo. Las políticas de la ONU en relación con la planificación familiar reconocen la dificultad de llevar a cabo una paternidad responsable sin los medios de contracepción adecuados (81,82). El papel de la mujer en la sociedad moderna también está asociado a la posibilidad de disfrutar de una maternidad responsable, saludable y socialmente beneficiosa (83). La maternidad y la paternidad son bienes personales, pero no solo de las personas consideradas individualmente, ya que también son valiosos en orden al bien común, por lo

que debería promoverse la defensa y hasta la promoción de bienes como la maternidad, la natalidad, o los modelos familiares potencialmente fecundos.

Es necesario armonizar esta visión de la maternidad/paternidad con el apoyo de la institución familiar, como pilar básico de la sociedad, como reconoce la onu en la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 16.3 (84). Por tanto, son los gobiernos y los políticos los que deben configurar las políticas de planificación familiar y los programas de anticoncepción para que sea posible mantener un estado saludable de la institución familiar que sea compatible con los deseos personales de limitar el tamaño de estas familias.

Queda en el aire la pregunta de si es socialmente aceptable facilitar, financiando con medios públicos, la esterilización voluntaria de individuos que no tienen proyecto familiar que aportar a la sociedad.

El principio de igualdad en este punto, entendido como imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios, presenta la dificultad de distinguir quiénes son iguales, ya que hay diferencias de todo tipo entre los hombres (85,86).

La aplicación del principio de justicia debe llevar a una selección equitativa de los sujetos para elegir, dentro de la sociedad, a los candidatos potenciales a recibir una prestación gratuita.

e) *Objeción de conciencia del profesional*

Cada vez es más frecuente que el estilo de vida de las personas, sus convicciones morales, sus creencias religiosas o su ideología entren en conflicto con deberes jurídicos, lo que no es ajeno a los profesionales de la salud respecto de determinadas indicaciones clínicas.

En los casos que entran dentro del ámbito de la medicina curativa, estas situaciones se deben valorar teniendo en cuenta los riesgos que conlleva el procedimiento a seguir, frente a no realizarlo o a realizarlo con las condiciones restrictivas que el paciente desea imponer al médico.

No siempre es claro el criterio por seguir, pero en general se puede aceptar que, a mayor riesgo, menor es la obligatoriedad del médico de seguir las peticiones del paciente (87).

Otro elemento argumental es cuando el tratamiento o procedimiento a realizar presenta rasgos de futilidad, por ejemplo, cuando existen alternativas terapéuticas al mismo o no sea imprescindible la resolución del problema médico que se ha planteado (88,89).

En estas situaciones anteriores, la negativa del médico no proviene de un conflicto entre su conciencia y las leyes vigentes, sino porque sabe que no puede incurrir en la mala praxis y debe negarse a estas peticiones. Se trata pues, más de un campo abierto a la deliberación que una cuestión de objeción de conciencia (90,91).

Sin embargo, en el campo de la sexualidad y la reproducción se encuentran puntos de fuerte controversia (92,93). Así, se oponen dos conceptos de sexualidad y reproducción: cuando se entienden como dos elementos inseparables o si se considera que son independientes.

En el centro de esta controversia se encuentran los conceptos de salud reproductiva y los derechos reproductivos que a reconocieron en el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo: derechos de libertad y elección en el marco privado de la pareja (94), así como en España, en la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (95).

En este marco, es preciso recordar que la esterilización voluntaria está despenalizada en España, en el artículo 156 del Código Penal. Desde el punto de vista jurídico, se considera una lesión (art.149 del CP), que no es punible si existe consentimiento válido, libre, consciente y expreso del ciudadano.

Esta despenalización refleja una transformación social que es favorable a garantizar la autonomía de los pacientes y a no sancionar unas actuaciones que no se ajustan a la medicina curativa, estando encuadradas en aspectos de mejora o perfeccionamiento de la salud.

Sin perjuicio de lo anterior, y aun tratándose de una práctica médica perfectamente legal en España y como en otros países de nuestro entorno, incluida en el catálogo de prestaciones sanitarias del sistema público de salud, el médico, al igual que otros profesio-

nales que pudieran colaborar en la cirugía de la vasectomía, tienen reconocido, constitucional y también legalmente, su derecho a la objeción de conciencia, en la medida en que, en el caso que analizamos, concurren elementos de carácter antropológico, moral y social, que podrían hacer que a los profesionales sanitarios se les planteasen reservas éticas o cuestionamientos morales que les impidiesen acceder a la solicitud de esterilización por parte ese paciente joven, autónomo y sin descendencia, sin comprometer o contrariar gravemente sus convicciones éticas, morales o religiosas personales.

En este tipo de casos clínicos, entendemos que se cumplen los requisitos desarrollados por la doctrina jurídica más autorizada (96) y por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional español (97) para que se deba garantizar, en los servicios médico-quirúrgicos correspondientes, el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de la salud, como un derecho fundamental.

11. Conclusiones

Desde el punto de vista bioético, concluimos que el punto fundamental sobre el que se sustenta el problema es si la autonomía de la voluntad es el principio prioritario en la toma de decisión sobre la esterilización voluntaria.

El criterio predominante en la literatura consultada sobre la vasectomía es que la planificación familiar es un derecho de la salud reproductiva al que todo individuo con capacidad de decisión debe tener acceso libre, voluntario y gratuito.

Acerca de la universalidad de los criterios aplicados para la realización de la vasectomía según las distintas corrientes de pensamiento, la teoría personalista y la antropología y bioética católicas discrepan de los criterios predominantes en otras corrientes de pensamiento, anteponiendo la integridad de la persona al principio de autonomía.

Desde la perspectiva personalista, y en particular en la visión de la bioética católica, la autonomía, esto es, contar con competencia, madurez y una información completa, no hace lícita la acción ya que

el médico debe buscar el bien del paciente y evitar la maleficencia, y no debe ir en contra de su organismo, mutilando una parte sana y alterando su función sana y su naturaleza corporal (98).

En relación con la universalidad de los criterios aplicados para la realización de la vasectomía, la corriente de pensamiento en bioética personalista ontológicamente fundamentada prioriza la integridad de la persona por encima del principio de autonomía, lo cual puede diferir de los criterios predominantes en otras corrientes de pensamiento en bioética.

En cuanto a los aspectos jurídicos, la esterilización voluntaria está despenalizada en España, en el artículo 156 del Código Penal, donde se considera una lesión (art. 149 del CP), que no es punible si existe consentimiento válido, libre, consciente y expreso del ciudadano.

Respecto del principio de autonomía, hemos explicado cómo en la actualidad, en sociedades pluralistas, en la solicitud de vasectomía, se entiende que se debe respetar la autonomía de decisión del individuo y se debería evitar la interferencia de los criterios personales del profesional en la toma de decisión del individuo.

Sobre los efectos sociales negativos, se reconoce la dificultad de llevar a cabo una paternidad responsable sin los medios de contracepción adecuados.

Es necesario armonizar esta visión de la maternidad/paternidad con el apoyo de la institución familiar, como pilar básico de la sociedad. Los gobiernos son los responsables de configurar las políticas de planificación familiar y los programas de anticoncepción de forma que sea posible mantener un estado saludable de la institución familiar que sea compatible con los deseos personales de limitar el tamaño de estas familias.

Sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, en este ámbito de la vasectomía, concluimos que es procedente por las características que presenta:

- Se refiere a valores morales sobre los que no hay acuerdos en la sociedad.
- No existe una indicación clínica estricta.
- La intervención no es directamente curativa.

Como conclusiones generales relativas a la vasectomía y al caso concreto presentado, de solicitud de vasectomía en joven sin hijos, podemos afirmar:

- A la hora de la decisión sobre la esterilización se debe respetar la autonomía del paciente, evitando sesgos en la interpretación de los deseos del individuo, como etnia, estatus socioeconómico, orientación sexual, edad y paternidad.
- Se debe proporcionar amplia información sobre los riesgos y complicaciones de la vasectomía, especialmente los que se mantienen a largo plazo.
- Se debe informar sobre la irreversibilidad del procedimiento.
- Se debe indicar claramente si las técnicas de reversión de la vasectomía son accesibles y si lo son de forma gratuita.
- Se debe informar ampliamente sobre las alternativas de contracepción reversibles, algunas tan efectivas como la esterilización.
- En el caso de solicitudes realizadas por varones muy jóvenes o sin hijos se debe dar relevancia a proporcionar información sobre el riesgo aumentado de arrepentimiento posterior.
- Se debe reconocer la objeción de conciencia en relación con la vasectomía tanto de forma general como en casos particulares por el riesgo de arrepentimiento. En estos casos, el paciente debe ser informado de dónde puede ser realizada su demanda.
- En caso de gratuidad, las autoridades deben concretar claramente los criterios de acceso de los individuos a esta prestación.

En definitiva, aunque la vasectomía sea legal, el médico puede negarse siempre por objeción de conciencia, basada en motivos éticos, ya que esta práctica implica ir contra el bien superior de la integridad física sin ningún fin terapéutico, y hacerlo podría ser maleficente para esa persona.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con este artículo.

Referencias

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de la ONU, resolución 217 A, 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/index.html>
2. 1978 Alma-Ata Declaration - WHO | World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata#:~:text=International%20conference%20on%20primary%20health,-goal%20of%20Health%20for%20All.>
3. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [consultado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm
4. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 [consultado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
5. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 [consultado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
6. Carmona H. Asociación de la satisfacción sexual en pacientes con vasectomía y sin vasectomía de 20 a 40 años adscritos en la UMF 93 [Tesis doctoral] Repositorio Institucional de la Universidad del Estado Autónomo de México. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/111127>
7. Pablo VI. Carta Encíclica Humanae Vitae, (7) [consultado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html
8. Fernandes J, Pizzi R. Aspectos ético-legales en la esterilización quirúrgica voluntaria. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2016; 76(3):196-202. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art08.pdf>
9. Romero P, Merenciano FJ, Rafie W. La vasectomía: estudio de 300 intervenciones. Revisión de la literatura nacional y de sus complicaciones. Actas Urológicas Españolas 2004; 28(3):175-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004000300002&lng=es&tlng=es
10. Ramos-Salazar LV, Castañeda-Sánchez O, López-Ruiz EM. Factores biopsicosociales que influyen en la elección de la vasectomía. Aten Fam 2015; 22(3):82-86. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-factores-biopsicosociales-que-influyen-eleccion-S1405887116300578>

11. Romero P, Merenciano F J, Rafie W. La vasectomía: Estudio de 300 intervenciones. Revisión de la literatura nacional y de sus complicaciones. *Actas Urológicas Españolas* 2004; 28(3):175-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004000300002&lng=es
12. Ministerio de Sanidad de España. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada, RAE-CMBD [consultado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SolicitudCMBD.htm>
13. Ministerio de Sanidad de España. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada, RAE-CMBD [consultado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SolicitudCMBD.htm>
14. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. Unidad de Archivo y Codificación clínica. CMBD (conjunto mínimo básico de datos).
15. Dohle G, Diemer T, Kopa C, Krausz C, Giwercman, A, Jungwirth, F. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la vasectomía. <https://doi.org/10.1016/j.acuroe.2012.08.012>
- 15-18. Fernandes J, Pizzi R. Aspectos ético-legales en la esterilización quirúrgica voluntaria. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2016; 76(3):196-202. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art08.pdf>
19. Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II) *Revista de Calidad Asistencial*. 2011; 26(5):320-324. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3668438>
- 19-23. Tena A, Azparren L, Donat, E. Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013; 39(4):162-167. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-estudio-jurisprudencial-medicina-satisfactiva-S0377473213000679>
24. Lipshultz LI, Rumohr JA y Bennet RC. Técnicas de reversión de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. *Urologic Clinics of North America* Ed. Jay I Sandlow and Harris M. Nagler. Elsevier. Barcelona, 2009; 36(3):375-382. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3306137>
25. Kim HH, Goldstein M. Historia de la reversión de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. *Urologic Clinics of North America* Ed Jay I Sandlow and Harris M. Nagler. Elsevier. Barcelona. 2009; 36(3):359-375. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3306126>
26. Nagler HM, Jung H. Factores predictivos del éxito de la reversión microquirúrgica de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. *Urologic Clinics of North America*. Barcelona, Elsevier. 2009; 36(3): 383-390. Disponible: <https://revistasacademicas.cl/schu>
- 26-29. Robb P. y Sandlow J. Coste-efectividad de la reversión de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. *Urologic Clinics of North America* Ed Jay I Sandlow and Harris M. Nagler. Elsevier. Barcelona. 2009;36(3):391-396. <http://biblioteca.solcaquito.org.ec:9997/handle/123456789/988>

30. Sgreccia E. Bioética y esterilización. En Manual de Bioética. I Fundamentos y ética biomédica. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid 2009; 710-713.
- 30-35. Sentencia 215/1994, de 14 de julio del Tribunal Constitucional español. Disponible en: <https://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/2732>
36. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 2022;(274).
- 36-40. Seoane JA. El consentimiento en materia de bioética y biojurídica. La esterilización en el derecho español y en derecho comparado [Tesis doctoral]. Facultad de Derecho. A
41. Selected practice recommendations for contraceptive use. WHO. 2016 [consultado 16 de febrero 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf>
- 42-43. Benn P, Lupton M. Sterilisation of young, competent, and childless adults. British Medical Journal. 2005; 330:1323-1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7503.1323>
44. Comisión Nacional para la Protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. EU [consultado 16 de febrero 2023]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
45. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, EU. 2001.
46. Silva, J. Capacidad de moral e competencia jurídica para tomar uma decisão autónoma. Conflitos Morais en Bioética Clínica. Recife. 2022; 27-39.
47. Gafo J. Bioética teológica. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. 2003; 10.
48. Sobre el principio de autonomía en la bioética. Ed. Abellán Salort, José Carlos. Bioética, autonomía y libertad. Fundación Universitaria Española, Madrid. 2007.
49. Benn P, Lupton M. Sterilisation of young, competent, and childless adults. British Medical Journal. 2005; (330):1323-1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7503.1323>
50. Selected practice recommendations for contraceptive use. WHO. 2016 [consultado 16 de febrero 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-webannex-eng.pdf?sequence=5>
- 51-54. Diaz, E. De moralidad y eticidad. Dos dimensiones para la bioética. Acta Bioética 2002; (1):9-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2002000100002>
- 54-60. Adams CE, Wald M. Riesgos y complicaciones de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. Urologic Clinics of North America Ed Jay I Sandlow and Harris M. Nagler. Elsevier. Barcelona. 2009; 36(3):331-336.
- 60-62. Lipshultz LI, Rumohr JA y Bennet RC. Técnicas de reversión de la vasectomía. En Vasectomía y reversión: aspectos importantes. Urologic Clinics of North America Ed. Jay I Sandlow and Harris M. Nagler. Elsevier. Barcelona, 2009; 36 3):24.

63. Nagler HM, Jung H. Factores predictivos del éxito de la reversión microquirúrgica de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. Urologic Clinics of North America. Barcelona, Elsevier. 2009; 36(3): 383-390. Disponible: <https://revistasacademicas.cl/schu>
64. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (España) Jefatura del Estado. BOE 2012; (98). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2012/04/20/16/con>
65. Robb P. y Sandlow J. Coste-efectividad de la reversión de la vasectomía. Vasectomía y reversión: aspectos importantes. Urologic Clinics of North America Ed Jay I Sandlow and Harris M. Nagler. Elsevier. Barcelona. 2009;36(3):391-396. <http://biblioteca.solcaquito.org.ec:9997/handle/123456789/988>
- 65-68. Sgreccia E. Bioética y esterilización. En Manual de Bioética. I Fundamentos y ética biomédica. Ed. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid 2009; 710-713.
69. Gafo J. Bioética teológica. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. 2003; 10.
- 69-77. Diaz, E. De moralidad y eticidad. Dos dimensiones para la bioética. Acta Bioética 2002; (1):9-19. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2002000100002>
- 77-79. La Santa Sede. Congregación para la doctrina de la fe. Documentos de carácter doctrinal. Acerca de la esterilización en los hospitales católicos. 1975. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19750313_quaecumque-sterilizatio_sp.html
80. Benatar, David. Better Never to Have Been: The Harm of Coming Into Existence. Oxford, Oxford University Press. 2006.
- 81-83. Selected practice recommendations for contraceptive use. WHO. 2016 [consultado 16 de febrero 2023]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/
84. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de la ONU, resolución 217 A, 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- 84-86. Comisión Nacional para la Protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. EU [consultado 16 de febrero 2023]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
87. Rascón J, Sandoica, E. Caso: solicitud de reversión de vasectomía en varón VIH con pareja serodiscordante. Cuadernos de Bioética. 2016; 27(3):425-427. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87549410015>
88. Couceiro A, Seoane JA y Hernando P. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II) Revista de Calidad Asistencial. 2011; 26(5):320-324. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3668438>
- 82-94. Martínez León, Mercedes; Rabadán Jiménez, José. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología. Cuadernos de Bioética. 2010 (2):199-210. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3301305>

95. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Jefatura del Estado. BOE. 2010; (55). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
96. Comité de Bioética de España: opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad.
97. Tribunal Constitucional. BOE. 1987; (271). Disponible en: <https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/893#:~:text=%C2%ABLa%20Ley%20fijar%-C3%A1%20las%20obligaciones.caso%2C%20una%20prestaci%C3%B3n%20sustitutoria.%C2%BB>
98. La santa sede. Santo Padre Francisco. Exhortaciones Apostólicas. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/apost_exhortations/documents/pa-pa-francesco_esortazione-ap_20160319_amoris-laetitia.html

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

