

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD,
UNA REVISIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE
CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA**

LUZ MERY TOBÓN JIMÉNEZ

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
FACULTAD DE DERECHO
DERECHO MÉDICO
MEDELLÍN
2013**

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD,
UNA REVISIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE
CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA**

LUZ MERY TOBÓN JIMÉNEZ

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Derecho
Médico**

Asesor

**CARLOS MARIO GALLEGOS OSPINA
MÉDICO Y ABOGADO**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
FACULTAD DE DERECHO
DERECHO MÉDICO
MEDELLÍN**

2013

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	5
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO 1	
NOCIONES DE CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO	
1. GENERALIDADES.....	8
1.1 RECORRIDO HISTÓRICO.....	8
1.2 DEL CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO	10
1.2.1 Definición de consentimiento - asentimiento informado...	10
1.2.2 Clases de consentimiento.....	14
1.2.3 Vicios del consentimiento.....	16
1.2.4 ¿Qué información se debe suministrar?.....	17
1.2.5 ¿Quién es el responsable de brindar la información?.....	18
1.2.6 ¿Qué personas deben ser informadas?.....	18
1.3 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD.....	19
1.4 DEBER DE INFORMAR COMO PRESUPUESTO ÉTICO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	20
1.5 Sentencias relacionadas con el consentimiento informado en menores de edad.....	22
CAPÍTULO 2	
DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LAS PERSONAS	
2. DEFINICIONES.....	24
2.1 LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS.....	24
2.1.1 Incapacidad absoluta.....	24
2.1.2 Incapacidad relativa.....	24
2.2 CLASIFICACIÓN DE LOS MENORES SEGÚN EL CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	25
2.3 LA PATRIA POTESTAD.....	27

CAPÍTULO 3

EL CONSENTIMIENTO EN LOS MENORES DE EDAD

3.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD.....	31
3.2	DERECHO A LA INFORMACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD.....	32
3.3	EXCEPCIONES AL DEBER DE INFORMAR POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE SALUD.....	35
3.4	CASOS EN DONDE ES IRRELEVANTE EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRE.....	35
3.5	CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL PARA PONDERAR PRINCIPIOS EN RELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO – ASENTIMIENTO INFORMADO.....	36
3.5.1	Urgencia e importancia del tratamiento.....	37
3.5.2	Impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y Futuro del menor.....	37
3.5.2.1	Tratamientos ordinarios y extraordinarios.....	38
3.5.3	Edad del menor.....	39

CAPÍTULO 4

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSENTIMIENTO – ASENTIMIENTO DE MENORES DE EDAD

4.1.	SECRETO PROFESIONAL Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD.....	43
4.2.	¿QUIÉN DEBE DAR EL CONSENTIMIENTO CUANDO NO EXISTEN PADRES O REPRESENTANTES LEGALES?	45
4.3.	CONFLICTO DE DECISIONES ENTRE LOS PADRES.....	46
4.4.	CONFLICTO ENTRE LA DECISIÓN DE LOS PADRES Y LA DEL MENOR.....	47
	CONCLUSIONES.....	49
	REFERENCIAS.....	50

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado del paciente en la realización de tratamientos o procedimientos médicos, ha sido un avance en la protección de los derechos del ser humano. Este consentimiento ha permitido mutar de una concepción meramente paternalista en donde el médico o profesional de la salud realizaba cualquier tipo de actividades en el paciente; pasando a una concepción de respeto a la autonomía del paciente, en donde sus ideas, temores y creencias son tenidos en cuenta; lo que ha permitido que la atención en salud sea un poco más humana y más consciente de las necesidades y expectativas de las personas.

Al considerar la situación con los menores de edad en relación con el consentimiento informado, surgen interrogantes sobre si se aplica o no la regla general de representación legal o patria potestad, bajo la cual el menor debe ser representado por sus padres para todos los actos, dado que no tiene capacidad legal y esto incluiría la de consentir en la ejecución del contrato de servicios de salud, así como la de asentir en la realización de un procedimiento o tratamiento médico. Es por ello que este trabajo pretende adentrarse en las consideraciones que la Corte Constitucional ha establecido en relación con el consentimiento informado, en los casos en los que el paciente a intervenir es un menor de edad.

Se pretende entonces establecer unas pautas claras que permitan a cualquier persona que lea este trabajo y en especial a los jueces, profesionales del derecho y desde luego a los profesionales de la salud, tener claridad sobre la postura que ha tenido la Corte Constitucional de Colombia en relación con el consentimiento que debe obtener el profesional de la salud antes de atender a un paciente menor de edad.

Se desarrollará entonces lo concerniente con los tipos de consentimiento aplicables al caso de los menores de edad, las condiciones o situaciones en las cuales prima la autonomía del menor y la resolución de algunos conflictos que pueden presentarse cuando no existe criterio unificado entre el menor y sus padres o entre estos últimos o cuando la voluntad de los padres del menor va en contravía de los derechos fundamentales de éste como son la vida, la salud, la integridad personal y la libertad.

El tema se desarrolló a través de una revisión exhaustiva de la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia y el interés particular en hacerlo surgió de la observación en la institución de salud donde laboro, donde se pudo constatar la constante confusión de los profesionales de la salud, en relación con la manera en que deben abordar al paciente menor de edad dentro del proceso de atención, pues debe considerarse que cada vez es más frecuente que sea el menor de edad quien solicite el servicio y quiera prescindir de la participación de sus padres, lo cual pone no solo en una encrucijada ética al profesional de la salud, sino también en un alto riesgo de ser demandado por cualquiera de los actores.

Espero el presente trabajo, contribuya a aclarar los conceptos relacionados con el consentimiento de los menores de edad y a dar pautas concretas y claras bajo las cuales se debe brindar la atención a este importante grupo de pacientes.

RESUMEN

El consentimiento informado en los pacientes menores de edad, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por parte de la Corte Constitucional de Colombia. Las sentencias sobre el tema, han definido los criterios a ser tenidos en cuenta por los profesionales de la salud, a efectos de establecer los casos en que los menores de edad deben ser tenidos en cuenta en las decisiones que tienen que ver con su salud, así como también, han establecido la solución a controversias y conflictos que pueden presentarse fruto de la representación de los menores de edad por parte de sus padres.

De las sentencias consultadas se observa que estas dejan a criterio del médico o de un equipo interdisciplinario, si se requiere; el establecimiento de la evaluación de la capacidad física y psicológica del menor, para definir el grado de autonomía y por consiguiente su participación o no dentro del proceso de información y la obtención del asentimiento informado por parte del menor de edad.

Aunque la edad es uno de los criterios establecidos, no deben los profesionales guiarse solo por este, sino también, revisar en conjunto, aspectos como la urgencia o importancia del tratamiento, el carácter más o menos invasivo del mismo y la edad, para lo cual, en este último caso, se debe tomar como referente los cinco años de edad¹. Teniéndose en cuenta que cada situación en concreto es única y por tanto la regla a aplicar será la que mejor se ajuste a los intereses del menor.

El grado de urgencia en que se deba actuar a efectos de proteger al menor, también es determinante, ya que el médico puede actuar contra la voluntad del menor, incluso contra la voluntad de sus padres o representantes legales, esto cuando la decisión adoptada por estos, ponga en riesgo al menor, y por tanto en este caso, el médico debe actuar conforme a los principios de beneficencia y no maleficencia.

PALABRAS CLAVE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, MENOR DE EDAD, CAPACIDAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA PARA DECIDIR, AUTONOMÍA DEL MENOR DE EDAD, URGENCIA EN EL TRATAMIENTO DE MENORES.

¹ Véase sentencia SU-337 de 1999 de la Corte Constitucional

CAPÍTULO 1

NOCIONES DE CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO

1. GENERALIDADES

1.1 RECORRIDO HISTÓRICO

El concepto de consentimiento informado surgió como respuesta a los crímenes y atropellos que principalmente los nazis cometieron contra el pueblo judío en la segunda guerra mundial. A raíz de estos abusos y luego de terminada la guerra, se expidió en el año 1947 el Código de ética de Núremberg, en el cual se consagró un código de ética médica que establece reglas para la realización de experimentos en seres humanos, ya que hasta este momento, no existían normas que regularan la materia.

En este código se consagraron 10 puntos entre los cuales se encuentra el consentimiento informado y la ausencia de coerción, aspecto que fue subrayado por Santamaría, Reinoso, Rincón y Romero (1995): *“1- Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano”* (SANTAMARÍA, 1995)

Otro evento que ha contribuido al desarrollo del principio de autonomía, fue la creación en el año 1947 de la Asociación Médica Mundial, quien ha sido propulsora de la defensa de los derechos de los pacientes y del respeto por parte de los médicos de un comportamiento ético y moral en las atenciones. Es así como en el año 1964 es adaptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial, la declaración de Helsinki (Finlandia), la cual amplía los conceptos ya establecidos en el código de ética de Núremberg para la investigación en seres humanos e introduce dos aspectos muy importantes como son: a) la obligación del profesional de la salud de informar al paciente sobre los riesgos y beneficios de la experimentación y b) la representación legal en los casos de menores de edad o dementes (SANTAMARÍA, 1995).

Tal y como lo establece Santamaría, Reinoso, Rincón y Romero, esta declaración, le da importancia a la persona que se somete a un experimento, considerándolo como un ser pensante y con capacidad de decidir y asemeja al médico a su paciente quitándole la potestad de ser un superior suyo o dictador y facilitando con ello la toma de decisiones en forma conjunta entre médico y paciente. (SANTAMARÍA, 1995)

Posteriormente en el año 1981, la misma Asociación Médica Mundial establece la Declaración de Lisboa, la cual es de importancia para efectos del consentimiento informado de los pacientes, dado que establece el derecho a la libertad de elección, a la autodeterminación, a solicitar concepto de otros médicos, a que se le suministre información necesaria para tomar sus decisiones y a que se le informe sobre las consecuencias de dar o no su consentimiento. Así mismo establece la obligación por parte del médico de obtener el consentimiento informado de un representante legal para los casos en que el paciente está inconsciente o no tiene capacidad legal y la posibilidad de obviar el consentimiento del paciente y de su representante legal en los casos de urgencia (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL., 1981).

Teniendo en cuenta lo establecido en la Declaración de Lisboa, en Colombia se expide la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Al respecto el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 establece:

El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981)

Ya en el año 1991 es modificada la Constitución Política de Colombia, siendo este un cambio hacia el derecho a la libertad y autonomía de las personas, hacia el libre pensamiento y creencias y hacia la autodeterminación. De igual forma surgen instituciones tan importantes como la Corte Constitucional, quien se ha encargado en materia de consentimiento informado en menores de edad, de establecer los criterios y condiciones que deben tenerse en cuenta cuando se esté prestando un servicio de salud a un menor de edad y de definir o establecer la respuesta a diferentes situaciones que pueden presentarse alrededor del consentimiento – asentimiento informado en menores de edad.

El recorrido histórico de los alcances del consentimiento informado, así como los principios de autodeterminación y libertad de conciencia, han sido un proceso lento y dificultoso, sin embargo, todo este trabajo que se ha realizado, ha permitido que en Colombia los profesionales de la salud entiendan la importancia de hacer partícipe a los pacientes de las

decisiones que tienen que ver con ellos y por su parte ha logrado que los pacientes reclamen sus derechos y tengan más conciencia sobre la importancia de las decisiones que toman en relación con procedimientos o tratamientos que se les realice.

1.2 DEL CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO

1.2.1 Definición de consentimiento - asentimiento informado. En el derecho civil Colombiano, el consentimiento es una de las características de los contratos consensuales. El artículo 1500 del Código Civil establece:

Contrato real, solemne y consensual. El contrato es real cuando, para que sea perfecto, es necesaria la tradición de la cosa a que se refiere; es solemne cuando está sujeto a la observancia de ciertas formalidades especiales, de manera que sin ellas no produce ningún efecto civil; y es consensual cuando se perfecciona por el solo consentimiento. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

Conforme a la anterior definición del código civil, el contrato de prestación de servicios de salud, es un contrato consensual, ya que el mismo no requiere perfeccionarse ni se enmarca en los contratos en los que se entrega una cosa (inmueble o nave), por lo tanto, dicho contrato es válido por el acuerdo entre las partes.

Ahora, como bien lo establece la Doctora María Patricia Castaño en su obra *El Consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica "El consentimiento inicial no es un consentimiento a priori y total"* (CASTAÑO DE RESTREPO, 1997), ello se explica cuando por ejemplo un paciente llega al consultorio de un cirujano, está dando su consentimiento para la realización de la consulta y valoración, sin embargo este consentimiento inicial no es suficiente para que el médico disponga del paciente y le realice cualquier procedimiento quirúrgico sin contar con su voluntad y decisión. Es por ello que el término consentimiento se ha venido reevaluando y a pesar de que dicho término no sea el correcto o el indicado para establecer la voluntad o decisión del paciente, por la costumbre o la práctica profesional y además porque la Ley 23 de 1981 así lo consagra, se ha venido utilizando de forma indistinta sin tener muy clara las diferencias entre el consentimiento y el asentimiento.

Se debe identificar por tanto, dos conceptos diferentes; el consentimiento y el asentimiento, distinción claramente establecida por la doctora Castaño:

...A distinguir dos fases de la voluntad jurídica del paciente:

- 1) *La que integra el elemento consentimiento necesario para la formación del contrato, es decir, el momento inicial en que el médico acepta tratar al paciente y este acepta ser tratado, acordando las condiciones en que se desarrollará dicha relación.*
- 2) *La que constituye el asentimiento que se requiere para poderle aplicar al paciente un tratamiento o procedimiento en el campo de la salud. Dicho asentimiento generalmente hace parte de la etapa de ejecución contractual... (CASTAÑO DE RESTREPO, 1997)*

Conforme a lo establecido por la Doctora Castaño, el consentimiento debe entenderse para el establecimiento o nacimiento del contrato y el asentimiento como parte de la declaración de la voluntad del paciente dentro de la etapa de ejecución del contrato, esto quiere decir que cuando el paciente solicita una valoración médica, estamos hablando de dar su consentimiento para dar inicio a un contrato y cuando autoriza la realización de un procedimiento médico, nos referimos al asentimiento; dado que está permitiendo la realización de un acto médico en su cuerpo, previa la suficiente información al respecto. Por lo tanto, cuando en el desarrollo de este trabajo se haga referencia al consentimiento (porque así es más conocido en el medio), debe entenderse al asentimiento del paciente para la realización de un tratamiento o procedimiento.

En relación con la diferenciación entre asentimiento y consentimiento informado, el Consejo de Estado, en sentencia del 24 de enero de 2002, trajo a colación las palabras de Lorenzetti (LORENZETTI, 2005) al afirmar que:

Para Lorenzetti desde el momento en que el paciente se somete a un tratamiento médico, celebra un contrato expresando su consentimiento y dispone de un derecho personalísimo manifestando su asentimiento.

...Cuando el médico y el paciente se relacionan mediante un contacto social típico se produce un

vínculo jurídico que puede ser precontractual, contractual o extracontractual. En estos casos la expresión del paciente es una declaración de voluntad, vinculada con la libertad de contratar. Siendo un acto voluntario se requiere del discernimiento y para que exista se precisa de información suficiente, como veremos más adelante.

En virtud de este consentimiento las partes pueden haberse referido a una serie de actos que importen, además, la afectación de derechos personalísimos. Por ejemplo, si en la visita al médico se acuerda una intervención mutilante, el consentimiento y el asentimiento se confunden. (COLOMBIA. CONSEJO DE ESTADO.MP. Jesús María Carrillo Ballesteros, 2002)

Pese a la confusión de conceptos, es importante contar con una definición clara de lo que es un consentimiento (asentimiento) informado, para lo cual traigo a colación una definición dada por la Corte Constitucional de Colombia en la sentencia T-1025 de 2002 en donde basados en la doctrina general establece una definición:

...El consentimiento consiste en la expresión de voluntad libre y espontánea orientada a la producción de efectos jurídicos, que al perfeccionarse en un acuerdo de voluntades o en un consentimiento mutuo permite la consolidación de diversos actos o contratos. En materia médica, dicho consentimiento tiene por objeto la formación de un pacto o convención entre el o los profesionales tratantes y el paciente con el fin de adoptar las medidas curativas necesarias para la recuperación o rehabilitación del enfermo. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Rodrigo Escobar Gil, 2002)

De la anterior definición, se puede establecer que el consentimiento informado en materia de salud debe partir de la expresión de voluntad del paciente, quien acepta un determinado acto médico tendiente a recuperar o rehabilitar su estado de salud.

Características del consentimiento:

La Corte Constitucional en la sentencia SU-337 de 1999 estableció algunas características que debe reunir un consentimiento informado para tener validez. Dichas características son las siguientes:

- **Consentimiento Libre:** Según la Corte Constitucional esto es *“que la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños”*. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)

En el campo de la salud esta presión puede surgir por una exageración o minimización de los riesgos y complicaciones por parte del médico o profesional de la salud, lo cual en caso de producirse invalidaría los efectos del consentimiento otorgado por el paciente.

- **Consentimiento informado:** Conforme lo indica la Corte Constitucional este requisito consiste en:

...debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999).

Esta información debe ser comprensible para el paciente, en un lenguaje claro y no muy técnico, de manera que el paciente pueda comprender los efectos de someterse a determinado tratamiento, e incluso las consecuencias de no hacerlo.

- **Consentimiento autónomo:** Esta característica la define la Corte Constitucional como: *“debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal”* (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999).

Conforme a esta característica definida por la Corte Constitucional en la sentencia en mención, debe entenderse que las personas con problemas mentales o en un estado psicológico perturbado estarían inhabilitadas para otorgar de forma directa su consentimiento informado, así mismo, los menores de edad con algunas excepciones, no podrían otorgar un consentimiento válido, en cuyos casos correspondería a los representantes legales o al Estado suplir esta autonomía del paciente, buscando el beneficio para el mismo. Ahora bien, esta autonomía es una

característica que se presume de todas las personas mayores de edad, pero que debe evaluarse siempre por parte del médico, ya que una persona puede ser plenamente capaz, sin embargo por el estado de salud o su condición emocional, el paciente puede estar tan afectado que para la toma de decisiones relacionadas no pueda predicarse su plena autonomía, por lo que debe considerarse esta característica para cada caso concreto.

1.2.2 Clases de consentimiento. Ni la Ley 23 ni el Decreto 3380 ambos de 1981 hacen mención a alguna clasificación en cuanto al consentimiento informado, sin embargo, ha sido la Corte Constitucional la que ha venido construyendo a través de la jurisprudencia una clasificación o diferenciación del consentimiento, conforme se señala a continuación:

- **Consentimiento directo:** Corresponde al consentimiento otorgado por el propio paciente sin necesidad de que actúe por él algún representante o familiar.

- **Consentimiento sustituto:** La sentencia SU-337 de 1999 estableció el consentimiento sustituto como la posibilidad de que otras personas, sean estos tutores o familiares del paciente puedan otorgar el consentimiento requerido por este cuando se trata de condiciones temporales o definitivas en donde la misma persona que debe someterse a un tratamiento o procedimiento no está en capacidad para decidir por sí solo. Este consentimiento no es absoluto, es decir, como lo ha dicho la Corte en la sentencia ya mencionada: *“ciertas determinaciones médicas de los padres o los tutores no son constitucionalmente legítimas, por ejemplo, por cuanto ponen en peligro la vida del menor”* (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999). Es por ello que el consentimiento sustituto pierde toda validez y deja de ser necesario para el profesional de la salud, cuando la decisión que el tutor o representante adopte pueda afectar la vida o salud del menor o representado.

- **Consentimiento compartido:** La sentencia T-850 de 2002 estableció un tipo especial de consentimiento informado, como es el consentimiento compartido. Dicho consentimiento corresponde al que se toma en conjunto entre los padres del menor y este; esto en razón a la edad de dicho menor y a la capacidad de autonomía que este pueda tener e igualmente considerando que la decisión sea en todo benéfica para la salud y vida del paciente (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Rodrigo Escobar Gil, 2002).

- **Consentimiento orientado hacia el futuro:** Este consentimiento fue descrito por la Corte Constitucional en la sentencia T-477 de 1995. Dicho consentimiento corresponde al otorgado por los padres o representantes legales de pacientes menores de edad y que se caracteriza porque está orientado a autorizar o no un procedimiento o tratamiento, que en el futuro el paciente (menor de edad) verá como adecuado o correcto para su vida o salud, aunque en el momento el paciente no lo considere benéfico. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1995).
- **Consentimiento cualificado:** Este consentimiento corresponde a un modelo más exigente debido a lo invasivo del tratamiento y las bajas probabilidades de éxito del mismo. Así fue establecido en la sentencia SU-337 de 1999, en donde se afirma: *“Por consiguiente, entre más invasivo sea un tratamiento, más cualificado debe ser el consentimiento prestado por el enfermo y mayor la información que le debe ser suministrada.”* (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)

Sus características principales son el grado de información que debe suministrar el profesional de la salud al paciente previo a que este dé o no su consentimiento y la valoración que debe realizar el personal de salud sobre el nivel de autonomía del paciente.

Posteriormente, en la sentencia T-551 de agosto de 1999, la Corte Constitucional estableció tres requisitos que debía cumplir el consentimiento cualificado, los cuales son: *“i) una información detallada, ii) unas formalidades especiales y iii) una autorización por etapas”*. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)

Este consentimiento, conforme a lo establecido por la Corte Constitucional, debe ser escrito, ya que esto permite asegurar el cumplimiento de los requisitos y darle mayor seriedad al documento. En relación con la autorización por etapas, esto obedece, según la Corte, a la necesidad de que el consentimiento pase por un proceso de revisión concienzuda de parte del paciente y no a una decisión acelerada en un determinado estado de ánimo.

- **Consentimiento asistido:** Fue establecido en la sentencia T- 1025 de 2002 (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Rodrigo Escobar Gil, 2002), en esta se consideró que en algunas circunstancias debe prevalecer el consentimiento informado del menor de edad, previo asesoramiento y acompañamiento de parte de los padres y del equipo de salud. Por decirlo de alguna manera, este

tipo de consentimiento es contrario al consentimiento sustituto, pues considera que en algunas circunstancias, como el caso de reasignación de sexo, es necesaria la participación del menor en la toma de decisiones. Debe por tanto considerarse las condiciones del menor como son su edad y madurez psicológica, debiendo revisarse conforme a ello cada caso concreto y no atendiendo solamente a conceptos de edad.

- **El disentimiento:** Contrario al consentimiento informado está el disentimiento, este corresponde a la negación expresa por parte del paciente o representante de este, de realizarse determinado procedimiento o tratamiento sugerido por el profesional de la salud. Es de aclarar que para que el paciente manifieste su disentimiento debe haber recibido de manera previa la suficiente información al respecto, de tal forma que pueda conocer las consecuencias de su decisión y las asuma. Así mismo, el disentimiento requiere de una expresión por escrito de ello ya que en determinado momento, el profesional de la salud tendría que demostrar que el paciente no aceptó las opciones planteadas y la mejor forma de hacerlo es con un documento escrito.

1.2.3 Vicios del consentimiento. Para que el consentimiento sea válido se requiere que esté exento de vicios, es decir, que no exista ningún defecto de que adolezca y que los contratantes, en nuestro caso el profesional de la salud y el paciente manifiesten libremente su voluntad. Existen algunos vicios o defectos que pueden invalidar el consentimiento otorgado, estos vicios se encuentran descritos entre los artículos 1508 a 1516 del Código Civil Colombiano y son: a) el error, b) la fuerza y c) el dolo. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

- **El error:** Conforme lo establece la Corte Constitucional en la sentencia C-993 de 2006, el error consiste en *“la falta de correspondencia entre la representación mental del sujeto y la realidad, es decir, en el conocimiento no verdadero o falso de la realidad. Se distingue de la ignorancia, en cuanto ésta consiste en la ausencia de conocimiento”*. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Jaime Araujo Rentería, 2006)

Este vicio puede presentarse cuando por ejemplo el paciente entiende que el procedimiento a realizar no tiene mayores riesgos cuando en realidad es un procedimiento delicado y altamente riesgoso para el paciente. Igualmente se puede predicar un error como vicio del consentimiento, cuando el paciente está convencido de que el procedimiento resuelve definitivamente su problema de salud cuando ello no es así.

- **La fuerza:** Según la sentencia C-993 de 2006, la fuerza es *“la presión física o moral que se ejerce sobre una persona para obtener su consentimiento, la cual infunde miedo o temor en la misma”*. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Jaime Araujo Rentería, 2006).

Este tipo de vicio es predicable no solo en relación con la persona beneficiada con el consentimiento, como podría ser el médico o profesional de la salud, sino también, cualquier persona que la haya ejercido con el objeto de obtener el asentimiento; como podría ser el caso en donde los hijos presionan psicológicamente al padre para que dé su consentimiento para un procedimiento médico al que él voluntariamente no quiere someterse.

- **El dolo:** El dolo, tal y como lo consagra la sentencia C-993 de 2006, es *“toda especie de artificio para engañar a otro sujeto del negocio jurídico y que induce o provoca un error en él”*. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Jaime Araujo Rentería, 2006)

Este se diferencia del error, en tanto existe conocimiento y voluntad por parte del agente contractual de provocar el engaño. Este tipo de vicio solo puede alegarse de una de las partes contratantes, no pudiendo predicarse de terceras personas como generador de invalidez del acto. En el contrato de servicios de salud, podría establecerse un dolo, cuando el profesional de la salud, asegura un resultado que no puede producir, dadas las condiciones del paciente, esto con el objeto de lograr su consentimiento y obtener un provecho económico.

Estos vicios generan la nulidad relativa del contrato, lo que implica que el acuerdo puede declararse nulo pero solo cuando la parte afectada lo alega dentro de un proceso judicial.

En relación con el asentimiento informado, la existencia de alguno de los vicios invalidaría dicho asentimiento, lo que implica que si el procedimiento médico ya se realizó se genere una responsabilidad civil y ética contra el profesional por intervenir al paciente sin contar con el asentimiento del mismo y si el acto no se ha realizado, se deba suspender cualquier actividad relacionada hasta tanto se obtenga el consentimiento exento de vicios.

1.2.4 ¿Qué información se debe suministrar? El profesional de la salud debe informar al paciente su estado de salud y diagnóstico, los posibles tratamientos o procedimientos que aplican a su estado de salud, los riesgos previstos de mayor ocurrencia, el pronóstico de la enfermedad y posibilidades de rehabilitación si aplica.

1.2.5 ¿Quién es el responsable de brindar la información? El deber de informar no solo corresponde al profesional que realiza un procedimiento, sino también al que lo ordena. Es decir, por ejemplo para el caso de una ayuda diagnóstica invasiva, la información debe ser suministrada por el especialista o médico que ordena el procedimiento, así como también por el profesional que realiza dicho procedimiento diagnóstico. Esto permite asegurar que el paciente tiene clara toda la información y consiente de forma voluntaria el procedimiento a realizar.

1.2.6 ¿Qué personas deben ser informadas? La información a brindar por norma general corresponde al mismo paciente, es este quien debe dar su consentimiento después de haber recibido una clara explicación sobre lo que se le vaya a realizar. Sin embargo, existen unas excepciones a esta regla, las cuales se encuentran consagradas en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, el cual establece: *“El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”*. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981) Esta norma crea la posibilidad de que la información sea suministrada a personas diferentes al paciente, siendo dichas personas con capacidad de consentir en sustitución del paciente, los padres, tutores o allegados.

En relación con los allegados, surge la duda acerca de quienes tienen competencia para otorgar el consentimiento de otra persona en su representación; al respecto la Corte Constitucional en la sentencia T-401 de 1994 (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Eduardo Cifuentes Muñoz, 1994), hace alusión a la ley 73 de 1988 (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1988), norma relacionada con los trasplantes y donación de órganos, la cual establece una prioridad en relación con los familiares autorizados. Dicha norma en su artículo 5º establece:

Cuando quiera que en desarrollo de la presente Ley deba expresarse el consentimiento, bien sea como deudo de una persona fallecida o en otra condición, se tendrá en cuenta el siguiente orden:

- 1) *El cónyuge no divorciado o separado de cuerpos.*
- 2) *Los hijos legítimos o naturales, mayores de edad.*
- 3) *Los padres legítimos o naturales.*
- 4) *Los hermanos legítimos o naturales, mayores de edad.*
- 5) *Los abuelos y nietos.*
- 6) *Los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el tercer grado.*

7) *Los parientes afines hasta el segundo grado.*
(COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1988)

Esta norma es la única que ha establecido un orden para que los allegados o familiares den el consentimiento sustituto, y si bien corresponde a la materia de donación y trasplante de órganos; por referencia de la Corte Constitucional, es aplicable a los demás casos en donde se deba dar o no un consentimiento para la realización de un determinado tratamiento a una persona que se encuentre en las condiciones establecidas en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981 (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981), (menores de edad, personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces).

1.3 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD

El Diccionario de la Real Academia Española define la autonomía como la *“Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”* (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2009). Esta definición nos lleva a establecer la autonomía de la voluntad como la condición que otorga a las personas la posibilidad de dictarse sus propias reglas o normas morales, ya que son estas, las que cualquier ser humano puede establecer para sí.

Asimilando estos conceptos al campo del derecho médico, la autonomía de la voluntad conforme a lo expresado por la Corte Constitucional en la sentencia C- 477 de 1995 (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1995), otorga al paciente la posibilidad de consentir o no determinado tratamiento, pudiendo rechazarlo o solicitar completa información sobre el mismo antes de tomar cualquier determinación.

Este principio de autonomía encuentra pleno respaldo en la Constitución Política de Colombia (1991), principalmente en el artículo 13, que establece:

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. (COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991)

Así mismo, el artículo 1º de los principios fundamentales, establece el respeto de la dignidad humana. De igual forma el artículo 16 de la Constitución concerniente al derecho al libre desarrollo de la personalidad, derecho que se encuentra íntimamente ligado con la autonomía.

El principio de autonomía que para el tema de estudio se predica de los pacientes, se contrapone o puede encontrarse en disputa con el principio de beneficencia, el cual corresponde a la obligación de los profesionales de la salud, de actuar en beneficio del paciente, colocando todo su conocimiento y experiencia en mejorar las condiciones de salud de este, incluso sin tener en cuenta la voluntad del mismo. Esta concepción paternalista de la medicina, fue seguida con estricto rigor durante muchos años, sin embargo y tal y como se mostró en el recorrido histórico, el médico o profesional de la salud no puede actuar en el paciente hasta tanto este no haya suministrado debidamente su consentimiento, previa información que el profesional debe brindarle.

La autonomía como libertad de decisión, es un derecho de todas las personas, aunque existen algunas condiciones en donde el paciente está en incapacidad de ejercer su autonomía como son el caso de los menores de edad, que como veremos, tienen una autonomía en desarrollo y dependiendo de algunos factores podrán o no ser partícipes en las decisiones que los afectan. Así mismo, las personas con retardo mental grave o en situación temporal de inconsciencia, en cuyo caso se requiere que otras personas decidan en representación del paciente, situación que ha sido establecida en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, cuando establece: *“El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”*. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981)

La autonomía como principio tiene pleno respaldo legal y constitucional y ha sido ampliamente protegido por la Corte Constitucional colocándolo incluso por encima del principio de beneficencia o paternalismo, en donde se ha establecido que cuando estos principios chocan entre sí, previa ponderación, prima el principio de autonomía como derecho de las personas.

1.4 DEBER DE INFORMAR COMO PRESUPUESTO ÉTICO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El contrato de servicios de salud no solo implica por parte de los profesionales la atención del paciente, sino también y de forma muy

importante la de brindar una adecuada y completa información. Este deber se encuentra consagrado como derecho del paciente en la Resolución 13437 de 1991, expedida por el Ministerio de Salud, la cual establece en su numeral 2º lo siguiente:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, 1991)

De igual forma, el Estatuto del Consumidor Ley 1480 de 2011, establece como derecho de los consumidores en su artículo 3º, numeral 3 el derecho a recibir información:

Obtener información completa, veraz, transparente, oportuna y verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los productos que se ofrezcan o se pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización, los mecanismos de protección de sus derechos y las formas de ejercerlos. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2011)

La información que el profesional suministre debe estar enmarcada en un lenguaje claro, sin tecnicismos que hagan difícil la comprensión de dicha información por parte del paciente. De igual forma, el profesional debe no solo brindar la información sino también permitir que el paciente realice todas las preguntas que tenga respecto a su enfermedad y tratamiento; y corroborar que la información brindada haya sido clara y completa para el paciente. Y como lo indica la doctora Castaño (1997):

Para determinar el contenido de la información y la manera de llegarle al paciente se debe partir de su ignorancia técnica; pero esto no resulta suficiente para asumir una actitud correcta en esta materia. Como cada paciente es un ser humano único diferente e irrepetible,

se torna necesario auscultar tanto su estado psicológico y moral, como sus particulares condiciones culturales y sociales para establecer una comunicación adecuada y clara, que cumpla por lo menos su función de presupuesto de la elección libre. (CASTAÑO DE RESTREPO, 1997)

Desde el punto de vista ético, el médico o profesional de salud tiene el deber de informar adecuadamente a su paciente, excepto casos de inconsciencia; pues como bien lo establece Francisco Javier León (2012):

La información al menor, incluso mucho antes de los 14 años, es necesaria y clínicamente muy efectiva, para que también puedan sentirse comprendidos en la situación por sus padres y por los profesionales de la salud que les atienden, sin "conspiraciones de silencio" por parte de nadie. (LEÓN CORREA, 2012)

La información clara y completa suministrada por el profesional de la salud, es el primer peldaño para que el paciente pueda ejercer su capacidad de autonomía y establecer si permite o no la realización en su cuerpo de un determinado tratamiento o procedimiento médico. Esta información es la que hace que el paciente menor de edad se sienta o no respetado, ya que cualquier actuación a sus espaldas puede afectar la efectividad del tratamiento, así como los principios, creencias y valores de esta persona.

El profesional de la salud, al brindar información, debe facilitar la educación al paciente y como lo dijo Francisco Javier León, (2012) *“Los padres son los responsables de crear un ambiente de confianza con sus hijos que lleve a la necesaria participación en las decisiones que éstos deben tomar y que vayan a afectar su vida...”* (LEÓN CORREA, 2012)

1.5 SENTENCIAS RELACIONADAS CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD

La Corte Constitucional de Colombia se ha pronunciado en relación con el consentimiento informado en menores de edad en diversas sentencias, siendo las más representativas por la novedad en sus argumentos, las siguientes:

- T - 401 de 1994

- T- 477 de 1995
- T- 474 de 1996
- C- 264 de 1996
- SU- 337 de 1999
- T- 551 de 1999
- T- 850 de 2002
- T- 1025 de 2002
- T- 510 de 2003

CAPÍTULO 2

DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LAS PERSONAS

2. DEFINICIONES

2.1 LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

La capacidad de las personas se divide en capacidad legal y capacidad jurídica. La capacidad jurídica se tiene desde el mismo momento del nacimiento, por el hecho de ser persona, sin embargo la capacidad legal, exige para su existencia del cumplimiento de unos requisitos. En relación con la capacidad legal, el artículo 1502 del Código Civil Colombiano, establece esta como la posibilidad de las personas de poder obligarse por sí solas, sin el concurso de otros (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010).

Por regla general todas las personas son capaces, es decir, existe una presunción de capacidad establecida en el artículo 1503 del Código Civil, sin embargo, hay excepciones y son las consagradas en los artículos 1504 del Código Civil relativo a la incapacidad absoluta y la incapacidad relativa, las cuales como veremos, pueden generar la nulidad del contrato si son alegadas oportunamente por alguna de las partes.

2.1.1 Incapacidad absoluta. Este tipo de incapacidad corresponde a los impúberes (menores de 14 años), los dementes o personas con discapacidad mental y los sordomudos que no puedan darse a entender. Los actos realizados por estas personas no producen obligaciones y generan por tanto una nulidad absoluta, no pudiendo subsanarse de ninguna manera. Se produce por la falta de desarrollo psicológico y fisiológico, así como también por ciertas enfermedades mentales que hacen imposible que la persona pueda ser consciente de sus actos y obligarse de manera voluntaria, por lo que necesitan para actuar de la intervención de sus padres o guardadores.

2.1.2 Incapacidad relativa. La incapacidad relativa es la que tienen algunas personas, las cuales solo son capaces para realizar determinados actos establecidos en la ley y conforme a ciertas condiciones como son la autorización de sus representantes legales o la ratificación de estos. La incapacidad relativa se predica de los menores adultos que corresponde a los mayores de 14 años y menores de 18 años y los disipadores que se hallen bajo interdicción.

Esta incapacidad relativa tiene como característica que los actos celebrados con los incapaces relativos son válidos hasta tanto sean declarados como inválidos por un juez.

Sus actos pueden tener validez obrando de forma autónoma como en el evento de reconocimiento de hijo extramatrimonial o pueden requerir de la autorización de su representante legal como en el caso de contraer matrimonio.

Las facultades que la ley les ha otorgado a los menores adultos son las siguientes:

- Contraer matrimonio- con autorización de los padres
- Otorgar testamento
- Reconocer hijo extramatrimonial o legítimo
- Celebrar contratos de trabajo con autorización de los padres
- Abrir cuentas bancarias
- Asociarse a una industria
- Contraer deudas
- Ser depositarios
- Ejercer contrato de mandato

Puede observarse que los menores de edad en Colombia tienen facultades para realizar diversos actos o contratos, pudiendo disponer o hacer uso de derechos de terceros. Es por ello que con mayor razón deben tener capacidad de decidir sobre su propio cuerpo o disponer de sus propios derechos, pues debe entenderse que en este caso, al disponer de lo más, como son los derechos de terceros, se puede también disponer de lo menos, como lo es su propio cuerpo. Esta capacidad de disposición hace parte de su ejercicio por la búsqueda del respeto a sus derechos fundamentales, que dicho sea de paso, no son derechos absolutos, pues tienen límites establecidos en la ley así como en la jurisprudencia; en lo que tiene que ver con los criterios a tener en cuenta en la participación de un menor de edad en el otorgamiento del consentimiento informado.

2.2 CLASIFICACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD

La presente investigación relacionada con el consentimiento informado de los menores de edad, toma como sustento legal para efectos de la clasificación de los menores de edad, lo establecido en dos normas, en primer lugar el Código de Infancia y Adolescencia (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2006), que clasifica a los menores en niño y adolescente y la clasificación del Código Civil Colombiano que

clasifica los menores de edad en infante, impúber y adulto. Ambas normas contemplan una clasificación diferente, ya que el Código de Infancia y Adolescencia publicado el 08 de noviembre de 2006, establece en su artículo 3°:

Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2006)

De igual forma el Código Civil haciendo referencia a las palabras relacionadas con la edad, indica en su artículo 34: “*Llámesse infante o niño, todo el que no ha cumplido siete años; impúber, el que no ha cumplido catorce años; adulto, el que ha dejado de ser impúber*”. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

De esta manera se encuentra entonces una diferencia de conceptos, ya que para el Código de Infancia y Adolescencia el niño es el menor de 12 años y en el Código Civil el niño es el menor de 7 años y el Impúber el menor de 14 años. Sin embargo, en el año 2009 se promulgó la Ley 1306 (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2009), por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. Dicha norma estableció en el parágrafo del artículo 53 lo siguiente:

Para todos los efectos legales el impúber se equipara al niño y niña definido en el artículo 3° del Código de la Infancia y Adolescencia. De igual manera, el menor adulto se equipara al adolescente de ese estatuto.

Con todo, la edad mínima para contraer matrimonio se mantiene en 14 años, tanto para los varones como para las mujeres. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2009)

Con esta norma se logra equiparar el impúber, al menor de 12 años haciendo la salvedad de forma única y exclusiva para los efectos de la edad mínima para contraer matrimonio la cual se dejó en 14 años como está indicado en el Código Civil.

Analizando el artículo 1504 del Código Civil que establece la incapacidad absoluta y relativa, se puede identificar que dicho artículo no determina una edad para considerar la incapacidad relativa o absoluta de los menores de edad, sino que indica, que los impúberes serán incapaces absolutamente y los menores adultos lo serán en forma relativa, lo cual asimilado con el parágrafo del artículo 53 de la ley 1306 de 2009 corresponde a decir que los impúberes son los menores de 12 años y los menores adultos los mayores de 12 años. De esta manera debe entenderse que aunque el Código de Infancia y Adolescencia no modificó el artículo 34 del Código Civil, la ley 1306 de 2009 si lo hizo, estableciendo en 12 años la edad para considerar que los menores tengan una capacidad relativa para ciertos asuntos.

2.3 LA PATRIA POTESTAD

El artículo 288 del Código Civil define la patria potestad como: *“el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar a aquellos el cumplimiento de los deberes que su calidad les impone”*. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

La patria potestad también es conocida como potestad parental y conforme lo establece la sentencia de la Corte Constitucional C-145 de 2010 (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, 2010), presenta como características que es temporal y precaria, esto quiere decir, temporal en tanto dura el tiempo en que el menor alcanza la mayoría de edad y precaria en razón a que quienes la ejercen (los padres) pueden ser privados de ella si no se cumplen los fines benéficos para el menor.

En relación con la emancipación, esta consiste en la terminación de la patria potestad en las circunstancias y eventos descritos en la ley y de los cuales se hablará más adelante.

La patria potestad la ejercen en forma conjunta ambos padres; sin embargo existe, una diferencia en relación con la representación judicial y la representación extrajudicial. En la representación judicial, el artículo 306 del Código Civil (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010) establece que esta podrá ser ejercida por cualquiera de los padres, esto quiere decir que basta con que uno de los padres sea quien represente al menor, pero solo en relación con la representación judicial, es decir, en la participación del menor como demandante o demandado en un proceso judicial.

En cuanto a la representación extrajudicial, esto es, la representación del menor en todos los actos diferentes a procesos judiciales, la representación conforme lo establece el Código Civil en su artículo 307 es conjunta, esto quiere decir que deben ser los dos padres los que representen los intereses del menor.

Conforme a lo anterior, para efectos de estudiar la representación de un menor de edad en el otorgamiento del consentimiento informado para la realización de tratamientos o procedimientos quirúrgicos, este debe ser otorgado por ambos padres del menor, o en caso de no ser posible obtener el consentimiento de alguno de los padres, se debe contar con autorización escrita de éste, en la cual delegue en forma total o parcial la representación de su hijo.

Frente a la existencia de algún conflicto entre los padres por falta de acuerdo en cuanto a la representación extrajudicial de su hijo, dicha controversia deberá ser dirimida por el juez mediante proceso verbal sumario, conforme lo establece el artículo 435 del Código de Procedimiento Civil, parágrafo 1, numeral 5. (COLOMBIA. CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, 2008)

Es importante traer a colación lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada en Colombia mediante la Ley 12 de 1991 establece en su artículo 18 en relación con la representación de los menores de edad, lo siguiente:

Los Estados Partes pondrán el máximo de empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1991)

En casos de urgencia, en donde se requiera actuar prontamente para evitar mayores perjuicios al menor, será válido el consentimiento otorgado por uno de los padres, sin hacerse exigible la autorización escrita del otro padre, ya que en estos casos se debe proteger la vida del menor y por ello, incluso ante la ausencia de ambos padres, el profesional de la salud puede actuar conforme al principio de beneficencia buscando el interés superior del paciente.

La patria potestad puede ser suspendida, conforme lo establece el artículo 310 del Código Civil o terminada de acuerdo a los artículos 313, 314 y 315 del Código Civil, los cuales fijan las condiciones para la emancipación legal.

En relación con la suspensión, esta debe ser declarada por orden judicial cuando se presenten los siguientes hechos:

- a) Por demencia del padre o madre
- b) Por estar en entredicho el padre o madre del menor en la administración de sus propios bienes
- c) Por la larga ausencia del padre o madre frente al menor (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

La emancipación o terminación de la patria potestad puede darse por causas voluntarias, legales y judiciales. La voluntaria hace referencia al acuerdo entre los padres y el hijo en dar por terminada la patria potestad. Esta situación solo puede presentarse cuando se trate de menores adultos, esto es, el hijo mayor de doce años (12) y menor de dieciocho años (18) y requiere de la autorización judicial para considerarse válida.

Las causas legales para dar por terminada la patria potestad son:

- a) Por la muerte real o presunta de los padres
- b) Por matrimonio del hijo
- c) Por cumplir el hijo la mayoría de edad
- d) Por el decreto que da la posesión de los bienes del padre desaparecido (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

En cuanto a las causas judiciales para dar por terminada la patria potestad son:

- a) Por maltrato del hijo
- b) Por haber abandonado al hijo
- c) Por depravación de los padres que los incapacite de ejercer la patria potestad
- d) Por haber sido condenados a pena privativa de la libertad superior a un año
- e) Cuando el adolescente hubiese sido sancionado por los delitos de homicidio doloso, secuestro, extorsión en todas sus formas y delitos agravados contra la libertad, integridad y formación sexual

y se compruebe que los padres favorecieron estas conductas
(COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

CAPÍTULO 3

EL CONSENTIMIENTO EN LOS MENORES DE EDAD

3. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD

Por regla general los menores de edad que deban ser intervenidos o sometidos a algún tratamiento en salud, son sus padres o representantes legales los llamados a autorizar o no con su consentimiento la realización del mismo, esto previa la entrega de una información clara y completa por parte del profesional de la salud, donde se identifiquen los riesgos, las alternativas terapéuticas y las implicaciones de no someterse a dicho tratamiento o procedimiento. Esta situación, en donde los menores son representados por sus padres, obedece a la presunción de incapacidad por parte del menor de edad de dirigir sus propios destinos de manera que favorezca su bienestar, por lo que requiere del apoyo permanente de un adulto como lo son sus padres. Ahora bien, la Corte Constitucional ha hecho énfasis en la imposibilidad de que los padres decidan sobre cualquier tipo de asuntos, cuando estos puedan afectar la integridad física y psicológica del menor. Al respecto la sentencia de la Corte Constitucional C-477 de 1995 establece:

...En principio los padres pueden tomar ciertas decisiones en relación con el tratamiento médico de sus hijos, incluso, a veces, contra la voluntad aparente de éstos. Sin embargo, ello no quiere decir que los padres puedan tomar, a nombre de su hijo, cualquier decisión médica relativa al menor, por cuanto el niño no es propiedad de sus padres sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo, que tiene entonces protección constitucional. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1995)

Lo establecido por la Corte Constitucional en esta sentencia, abrió la posibilidad a los menores para poder intervenir o participar en las decisiones que con relación a ellos se vayan a tomar y que afecten su integridad física y psicológica, como podría suceder con un procedimiento o tratamiento médico que revista las características de extraordinario o altamente invasivo y agobiante en el ámbito de la autonomía personal. Es por ello que la Corte Constitucional en el año 1996, con la sentencia T-474 determinó que la regla general de

representación de los menores de edad por parte de sus padres para otorgar el consentimiento, aplica sin excepción con los infantes o menores de 7 años, sin embargo, para el caso de los mayores de 7 años, estos tendrán una mayor participación en las decisiones que los afectan, la cual se debe considerar en proporción a la edad y al juicio y discernimiento que se observa del menor. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. M.P. Fabio Morón Díaz, 1996)

La edad del menor puede ser un criterio determinante para establecer si este cuenta con la madurez psicológica necesaria para abordar el tema con él y poder obtener de su parte su consentimiento, pero dicho criterio no puede ser tajante, pues por la complejidad del ser humano, puede presentarse que personas de la misma edad y características sociales y culturales similares, tengan un grado de madurez muy diferente, situación que debe ser valorada o considerada por el profesional de la salud o en caso de requerirlo, evaluada por un psicólogo o experto en el tema.

En relación con la capacidad relativa de los menores de edad para tomar decisiones relacionadas con su salud, la Corte Constitucional en la sentencia SU-337 de 1999 manifestó:

...se entiende que el número de años del paciente es importante como una guía para saber cuál es el grado de madurez intelectual y emocional del menor pero no es un elemento que debe ser absolutizado. Así, es razonable suponer que es menos autónomo un infante que un adolescente, y por ende el grado de protección al libre desarrollo de la personalidad es distinto en ambos casos. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)

Esta posibilidad de participación del menor de edad, que estableció la Corte Constitucional, no obsta para que exista la obligación tanto para el Estado, como para la sociedad y la familia de garantizar la protección de su integridad, por lo cual, en algunos casos puede protegerse al menor aun en contra de la decisión de sus padres o incluso contra su propia voluntad cuando se trata de garantizar la vida e integridad personal de este.

3.2 DERECHO A LA INFORMACIÓN DE LOS MENORES DE EDAD

Como ya se ha dicho, el menor de edad debe ser tenido en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con someterse o no a un

procedimiento y esto debe realizarse en consideración al grado de madurez psicológica que tenga dicho menor. Es por ello que la información a suministrar al paciente debe ser brindada por el profesional con toda la claridad en el lenguaje y con la transparencia en relación con los riesgos y consecuencias de someterse o no a un procedimiento determinado.

El deber por parte del médico o profesional de la salud de brindar información a los pacientes menores de edad, debe corresponder a una valoración de las condiciones de juicio y discernimiento de dicho menor que permitan identificar no solo en razón a la edad, si el paciente puede o no comprender el procedimiento sino también, si asimila los riesgos y las consecuencias de someterse o no al mismo.

El profesional de la salud debe hacer una valoración individual de cada paciente menor de edad, donde considere si conforme a la edad y al grado de autonomía, este puede comprender el procedimiento o tratamiento que se le ofrece, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse. Si es afirmativo, deberá informar de manera completa y clara al menor y hacerlo participe en la decisión de otorgar o no el consentimiento informado. Si por el contrario, encuentra que el menor no es capaz aún de comprender a cabalidad el procedimiento y sus implicaciones, entonces deberá brindar toda la información a sus padres o representantes legales quienes tendrán el deber de tomar la decisión más favorable para el menor.

En relación con el consentimiento informado de los menores de edad, la sentencia T-1025 de 2002 establece:

En caso de operaciones invasivas, es procedente darle prevalencia al consentimiento informado del paciente, aun cuando éste sea menor de edad, en aras de salvaguardar la libre determinación de su personalidad, la proyección de su identidad y, en últimas, su vida digna. No obstante, el citado mandato admite excepciones, tal y como lo estableció la doctrina de esta Corporación en Sentencias SU-337 de 1999 y subsiguientes, en donde concluyó que el permiso paterno era válido en menores de cinco años, siempre que se tratara de un consentimiento informado, cualificado y persistente, cuya responsabilidad se adjudicó al grupo interdisciplinario de médicos, cirujanos, siquiátras, sicólogos y trabajadores sociales que cuiden y velen por la salud del menor. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Rodrigo Escobar Gil, 2002)

Comparando el límite de edad establecido por la Corte Constitucional en la sentencia T-474 de 1996 y la sentencia SU-337 de 1999; se encuentra que la primera hace referencia a los 7 años de edad como referente para establecer si el menor de edad es o no tenido en cuenta para decidir sobre la realización de un procedimiento o tratamiento, y la sentencia SU-337 de 1999 cambió la posición, ya que planteó como referente la edad de 5 años, para ser tenido en cuenta el menor en el proceso de otorgamiento o no del consentimiento informado. Por lo tanto, la posición más reciente de la Corte Constitucional ha sido la de los 5 años de edad, previa la verificación de la madurez psicológica y mental requerida para comprender la información y sus consecuencias.

Los padres son entonces quienes deben otorgar el consentimiento de los menores de 5 años, puesto que se presume una incapacidad psicológica que no permite que el menor pueda comprender a plenitud el procedimiento que se le realice, así como los riesgos y consecuencias. Esto tiene sin embargo excepciones, como son los casos de readecuación de sexo u otros procedimientos que puedan afectar gravemente la integridad personal del menor, en cuyo caso, conforme lo ha establecido la Corte Constitucional, se deberá esperar a que el menor adquiera la capacidad y autonomía que se requiere para que el pueda tomar esta decisión.

Es oportuno recordar lo manifestado por la Corte Constitucional en la sentencia SU-337 de 1999 en relación con la autonomía y la capacidad legal:

La autonomía necesaria para tomar una decisión sanitaria no es entonces una noción idéntica a la capacidad legal que se requiere para adelantar válidamente un negocio jurídico, conforme al derecho civil, o para ejercer el voto, de acuerdo a las disposiciones que regulan el acceso a la ciudadanía. En efecto, una persona puede no ser legalmente capaz, pero sin embargo ser suficientemente autónoma para tomar una opción médica en relación con su salud; o por el contrario, un paciente puede gozar de plena capacidad jurídica pero puede encontrarse afectado transitoriamente en el ejercicio de su juicio, de suerte que puede ser considerado incompetente para decidir un asunto médico particularmente delicado. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)

3.3 EXCEPCIONES AL DEBER DE INFORMAR POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

El artículo 14 de la Ley 23 de 1981, establece las excepciones al deber de informar y obtener el consentimiento informado, estas excepciones se presentan cuando la persona a intervenir es un menor de edad, una persona en estado de inconsciencia o mentalmente incapaz y cuando a su vez confluente la necesidad de una intervención inmediata (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981), en estos casos el médico o profesional de la salud, puede actuar conforme al principio de beneficencia y por tanto buscar lo mejor para el paciente.

Para fines de este trabajo, se analizará la situación de los menores de edad. Debe recordarse que por regla general estos son representados por sus padres para efectos de informar y obtener el consentimiento para un tratamiento o procedimiento, sin embargo, la excepción radica no en minoría de edad, sino en que estos menores requieran un procedimiento o tratamiento urgente. Esto podría presentarse cuando los padres o representantes legales no están presentes y no se sabe de manera inmediata donde pueden localizarse, por lo cual, el profesional de la salud, debe actuar no solo de forma ágil, sino también buscando el bienestar del paciente.

Ahora bien, esta excepción al deber de informar, no puede pasar por encima de los derechos humanos. El médico en una situación de urgencia y ante un menor de edad consciente, deberá considerar el grado de madurez que este tiene a efectos de brindarle toda la información y en lo posible obtener de él su consentimiento, sin embargo, si el procedimiento o tratamiento es indispensable para salvar la vida o impedir que se agrave su estado de salud, el profesional o médico deberá actuar aún contra la voluntad del menor, ya que este es protegido por la sociedad y el Estado y su autonomía no es tenida en cuenta cuando va en contra de su bienestar.

3.4 CASOS EN DONDE ES IRRELEVANTE EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

El consentimiento de los padres en los casos en donde se requiera intervenir menores de edad puede llegar a ser irrelevante cuando la decisión de estos ponga en riesgo la vida y la salud del menor o impida su estabilidad o desarrollo integral, así lo establece la sentencia de la Corte Constitucional T-510 de 2003, cuando señala:

Sin embargo, como parámetro general, ha de tenerse en cuenta que el ejercicio de los derechos de los padres no puede poner en riesgo la vida, salud, estabilidad o desarrollo integral del menor, ni generar riesgos prohibidos para su desarrollo, según se explica en el acápite anterior; cuando estas circunstancias se presenten, es legítimo que el Estado intervenga en la situación, en ejercicio de su función protectora, para resguardar los intereses prevalecientes del menor en riesgo. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Manuel José Cepeda Espinosa, 2003)

La discusión entre cual de los derechos proteger, si la autonomía de los padres al no aceptar un determinado tratamiento o el principio de beneficencia que predica la necesidad de realizar lo más beneficioso para el paciente, es resuelto en revisión del artículo 44 de la Constitución Política de Colombia (COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991), el cual entre otras cosas, establece la obligación por parte de la familia, la sociedad y el Estado de proteger y asistir a los niños para buscar su desarrollo armónico. Si en razón a este derecho de los niños, la familia no lo hiciere, debe el Estado en ejercicio de la prevalencia de los menores, protegerlos aún contra la voluntad de estos.

El profesional de la salud es quien en cabeza de la sociedad debe proteger a los menores de edad. En caso de tratarse de una situación de urgencia para salvar la vida del paciente, debe obrar conforme a los postulados éticos de beneficencia del paciente y actuar contra la voluntad de los padres, cuando dicha voluntad sea peligrosa para el mismo. Si el paciente menor de edad no requiere una intervención urgente, pero si debe someterse a un tratamiento o procedimiento para evitar perjuicios mayores y sus padres no quieren aceptarlo, se debe recurrir a los jueces para que sean ellos quienes en nombre del Estado tomen la decisión más favorable para el menor de edad protegido.

3.5 CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL PARA PONDERAR PRINCIPIOS EN RELACIÓN CON EL CONSENTIMIENTO – ASENTIMIENTO INFORMADO

En el año 1995, la Corte Constitucional mediante la sentencia T- 477 estableció tres criterios a ser considerados en relación con procedimientos o intervenciones en menores de edad. La razón de definir dichos criterios corresponde a la necesidad de establecer reglas que esclarezcan, las circunstancias en que los padres puedan dar el consentimiento informado en representación de sus hijos menores y cuando es el menor de edad el que debe otorgar su propio consentimiento. Dichos criterios son. a) La urgencia e importancia del

tratamiento para el menor de edad, b) la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del menor y c) la edad del menor. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1995)

A continuación desarrollaré cada uno de estos criterios.

3.5.1 Urgencia e importancia del tratamiento. El Decreto 3380 de 1981 en su artículo 3º haciendo alusión a la responsabilidad médica establece:

Para señalar la responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia, entiéndase por ésta todo tipo de afección que ponga en peligro la vida o integridad de la persona y que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen médico.
(COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 1981)

Esta definición permite aclarar que no todo acto médico corresponde a una urgencia, pues no siempre en la atención de un paciente está en riesgo su vida o su integridad personal.

Como se ha dicho a lo largo de este trabajo, la situación de urgencia en donde deba intervenirse a un menor de edad de forma inmediata a efectos de salvar su vida, debe ser realizada por el médico o profesional de la salud aunque no exista consentimiento informado de sus padres o si existiendo, este fuere contrario a los postulados de beneficencia para el paciente.

3.5.2 Impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del menor. Otro de los criterios establecidos por la Corte Constitucional que deben servir de orientación a efectos de establecer en qué casos se requiere la participación del menor de edad en la decisión de otorgar o no su consentimiento, es la valoración del nivel de impacto del tratamiento a realizarse sobre la autonomía del paciente, no solo al momento en que se le realice el procedimiento o tratamiento, sino también el grado en que se puede afectar la autonomía en un futuro.

Los efectos de la valoración de este criterio son muy importantes, pues conllevan a preguntarse si el procedimiento que se le va a realizar al menor implica riesgos mayores, así como el sometimiento a un procedimiento traumático o si por el contrario, es un tratamiento ordinario con pocos riesgos o baja probabilidad de ocurrencia.

En orden a seguir los criterios definidos por la Corte Constitucional, el profesional de la salud debe valorar si el tipo de procedimiento a realizar puede llegar a causar afectación a la autonomía actual o futura del menor, en cuyo caso, de suceder, deberá definir si el procedimiento es urgente o necesario para salvar la vida y cuidar la salud de dicho menor. Si estas dos situaciones concuerdan, deberá ser el menor el que consienta junto con sus padres el procedimiento médico, pues no es válida por sí sola la autorización otorgada por sus padres.

Ahora bien, si la edad del paciente y su nivel de desarrollo psicológico y mental no permiten que sea el menor de edad quien de la autorización, entonces en este caso, debe el profesional establecer el grado de urgencia del procedimiento. Si el tratamiento o procedimiento requerido se hace urgente o indispensable para salvar su vida o evitar perjuicios mayores, primará el principio de beneficencia por encima de la autonomía del menor y se solicitará el consentimiento a sus padres, aunque el procedimiento altere el grado de autonomía del paciente. En estos casos, cuando se torna indispensable el procedimiento, el médico podrá actuar incluso contra la voluntad de los padres, ya que debe primar el derecho fundamental a la vida del menor de edad. Si por el contrario, el procedimiento o tratamiento no es urgente, debe esperarse a que el menor adquiera la madurez requerida para que él mismo comprenda los riesgos, las implicaciones y demás, del procedimiento que se le debe realizar y decida si se somete o no al mismo.

Como mecanismo que permita identificar si se produce o no la afectación de la autonomía del menor de edad, la Corte Constitucional en la sentencia T-477 de 1995 hace alusión a la definición de tratamientos ordinarios y extraordinarios, lo que se establece en los siguientes términos:

3.5.2.1 Tratamientos ordinarios y extraordinarios. La sentencia T-447 de 1995 señala lo siguiente:

Así la doctrina ha establecido una distinción, que esta Corporación ha aceptado, entre intervenciones médicas ordinarias, que no afectan el curso cotidiano de la vida del paciente, e intervenciones extraordinarias, que se caracterizan porque es "notorio el carácter invasivo y agobiante del tratamiento médico en el ámbito de la autonomía personal", de suerte que se afecta "de manera sustancial el principio de autodeterminación personal. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1995)

Conforme lo establece la Corte Constitucional, quien se basó en conceptos doctrinarios; los tratamientos o procedimientos extraordinarios se caracterizan por ser altamente invasivos, esto es, aquellos que para realizarse requieren tener acceso a alguna estructura o conducto del cuerpo humano de forma significativa, lo que implica dolor, molestia y una difícil recuperación, además de riesgos importantes que debe asumir el paciente.

Debe el profesional de la salud, antes de identificar quién es la persona que debe dar el consentimiento para la realización de un procedimiento, analizar si corresponde a un procedimiento ordinario o rutinario, en donde el paciente no se afecta gravemente en su autonomía y los riesgos y complicaciones son mínimas o si por el contrario el procedimiento a realizar obedece a un tratamiento altamente invasivo, agobiante y riesgoso para el paciente, en cuyo caso debe ser el mismo paciente el que establezca si se somete o no a dicho procedimiento, aunque como ya se ha indicado, también depende de la edad del paciente y de la urgencia o necesidad del tratamiento.

3.5.3 Edad del menor. Un criterio muy importante que debe tenerse en cuenta a efectos de determinar si es el paciente menor de edad el que da su consentimiento, o si por el contrario corresponde a sus padres o representantes legales tomar dicha la decisión de someter o no a un procedimiento o tratamiento médico a su hijo, es la edad del paciente. Dicho criterio no puede aplicarse de forma rígida, pues como lo establece la Corte Constitucional en la sentencia T-477 de 1995: *“no es igual la situación de un recién nacido y la de un adolescente que está a punto de llegar a la mayoría de edad”*. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1995)

Ahora bien, la Corte Constitucional ha establecido unos parámetros a considerar en relación con la edad. Uno de ellos relacionados con el consentimiento de menores de 7 años (incapaces absolutos), fue establecido en la sentencia T-474 de 1996, la cual dice:

Es claro entonces como ya se había dicho, que para los menores la incapacidad es la regla general, pues en principio ellos se proclaman incapaces de pleno derecho; sin embargo, tal condición sólo se atribuye sin excepción a los infantes, niños menores de 7 años, de quienes se presume la total ausencia de "juicio y discernimiento"; a medida que tales características se afianzan en el individuo, no obstante éste se mantenga en el intervalo de edad en que se es menor de edad, la ley le reconoce un mayor grado de capacidad para

realizar y ejercer actos jurídicos que lo comprometan.
(COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. M.P. Fabio Morón Díaz, 1996)

En los casos en donde el menor de edad no alcanza los 7 años, se presume que no tiene la capacidad necesaria para entender el procedimiento y tratamiento y por ende para otorgar su consentimiento. Debe sin embargo tenerse en cuenta que posteriormente, con la sentencia SU-337 de 1999 la Corte Constitucional en relación con el caso de una menor de edad que requería un procedimiento quirúrgico de readecuación de sexo dijo lo siguiente:

*Sin embargo, es importante resaltar que numerosos estudios de psicología evolutiva y las diversas escuelas psicológicas, a pesar de sus obvias diferencias de enfoque, coinciden en general en indicar que a los cinco años un menor no sólo ha desarrollado una identidad de género definida sino que, además, tiene conciencia de lo que sucede con su cuerpo y posee una autonomía suficiente para manifestar distintos papeles de género y expresar sus deseos. (Subrayas fuera del texto)
(COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)*

Este aparte de la sentencia reconoce que los menores de siete años, generalmente han logrado un desarrollo psicológico que les permite tener conciencia de su cuerpo, situación que puede evidenciarse desde los cinco años. En este sentido y teniendo en cuenta que la autonomía es un criterio muy personal y se desarrolla en cada individuo de forma particular y diferente, el profesional de la salud debe analizar la capacidad del menor para comprender su situación y debe realizar todos los menesteres a efectos de obtener un consentimiento cualificado. Dicho consentimiento, como lo establece la sentencia T-551 de 1999 tiene tres características a saber:

(i) Una información detallada, (ii) unas formalidades especiales y (iii) una autorización por etapas. La Corte entiende que por medio de esos requisitos, los equipos médicos pretenden asegurar lo que podríamos denominar un “consentimiento informado cualificado y persistente”, antes de que se llegue a los tratamientos irreversibles, como puede ser una cirugía. (Subrayas fuera del texto) (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero, 1999)

En el derecho comparado, podemos encontrar como la Ley Española número 41 del año 2002, establece en forma clara el criterio de la edad para efectos de determinar la participación de un menor de edad en las decisiones relacionadas con su salud. Al respecto, el artículo 9º de los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación, establece en el numeral 3, literal c, lo siguiente):

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. (ESPAÑA. CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, 2002)

Conforme a la norma extranjera, si el menor tiene 12 años, pero menos de 16 años, se le consultará su opinión, sin embargo el consentimiento lo otorgará su representante legal y para el caso de los mayores de 16, será el mismo menor quien otorgue o no su consentimiento informado, sin requerirse el del representante legal.

En Colombia esta diferenciación legal no existe, se tiene que recurrir a la jurisprudencia de la Corte Constitucional y por tanto el criterio en razón a la edad, partirá de identificar si el paciente es o no mayor de 5 años. Si es menor de 5 años el paciente no podrá participar en la decisión previa al otorgamiento o no del consentimiento informado, solo participarán sus padres o representantes legales, excepto que como ya se dijo, el procedimiento a realizarle, pueda afectar su autonomía actual o futura, en cuyo caso, se tendrá que esperar a que el paciente adquiera la madurez psicológica y mental, así como que sea mayor de 5 años para que pueda decidir por sí mismo.

Finalmente, debe tenerse claro que en relación con la edad del paciente, no es igual la capacidad legal que se adquiere por regla general a los 18 años, a la autonomía para autorizar un tratamiento médico, pues en este último caso, no se tiene en cuenta como criterio absoluto la edad, sino su madurez psicológica y mental que le permita entender su situación y determinar si se somete o no a un procedimiento o tratamiento determinado.

CAPÍTULO 4

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO DE MENORES DE EDAD

4.1 SECRETO PROFESIONAL Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD

La ley 23 de 1981 en su artículo 37 define el consentimiento informado como *“aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa”* (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981). Dicho consentimiento obliga al médico a guardar la reserva de toda la información que haya conocido en razón a su labor médica, con excepción de los casos expresamente establecidos en el artículo 38 de la misma ley, entre los cuales se encuentran el literal c) que dice: *“A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces”* (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1981)

Conforme a lo anterior, la ley de ética médica permite a los galenos revelar la información de su paciente menor de edad, a los familiares o responsables del mismo, sin embargo, debe recordarse que el menor de edad debe ser tenido en cuenta durante el proceso de atención en las decisiones que deban tomarse, ya que si bien el menor es un incapaz legalmente, ello no obsta para que su voluntad sea consultada, pues dependiendo de su capacidad psicológica y su nivel de autonomía será el mismo quien determine si autoriza o no, que la información sobre su estado de salud y demás, sea comunicada a otras personas.

En relación con el tema del secreto profesional, la Corte Constitucional se pronunció en la sentencia C-264 de 1996 donde se estudió la constitucionalidad de los artículos 37 y 38 de la Ley 23 de 1981, afirmando que:

Cuando no es posible o factible obtener el consentimiento del paciente - estado mental anormal, inconsciencia o minoridad -, la revelación a los familiares se torna necesaria para proteger la salud y la vida del paciente y, en sí misma, no representa un quebranto al secreto profesional, pues materialmente los familiares en la relación médico-paciente asumen la representación de este último o agencian sus derechos. (COLOMBIA.

CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Eduardo Cifuentes Muñoz, 1996)

Conforme a lo anterior, debe entenderse que para el caso que nos ocupa que es la minoría de edad, es legal y éticamente posible violar el secreto profesional, pero debe entenderse correcta la divulgación, en los casos en donde se requiera proteger la vida y salud del paciente, esto es, en casos de urgencia. La Corte hizo por tanto una ponderación de principios o valores, entre el principio de la confianza que deposita el paciente en su médico y la vida misma de dicho paciente; el resultado de esta ponderación debe ser en todo caso la prevalencia de la vida del paciente y por ello el profesional de la salud puede romper el secreto profesional e informar a los familiares o responsables del mismo si ello favorece la protección en la vida y salud del menor.

Más adelante en la misma sentencia C-264 de 1996 la Corte Constitucional dice:

Si el estado mental del paciente le permite ser consciente de las implicaciones que acarrea la divulgación de la información, hacer caso omiso de su consentimiento, lesiona su autonomía y viola el deber de sigilo que debe mantener el médico. No obstante que el descubrimiento de la reserva a los familiares, pueda resultar útil para los fines del tratamiento, el paciente que, bien puede rehusar por entero el tratamiento del mal que lo aqueja, con mayor razón podrá negarse a una modalidad del mismo que comporte el conocimiento o la intervención de sus parientes próximos. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Eduardo Cifuentes Muñoz, 1996)

Ya hablamos entonces de los casos de urgencia en donde amerita para efecto de los menores de edad romper el secreto profesional. Sin embargo, existen otras situaciones de no urgencia en donde el paciente puede decidir si autoriza al profesional de la salud para comunicar información sobre su estado y demás relacionados, a los familiares o responsables, pues como lo manifestó la Corte Constitucional en el anterior párrafo, si el paciente tiene capacidad psicológica y mental de elegir si se somete o no a un tratamiento, podrá también decidir si quiere que sus familiares o responsables se enteren de su condición de salud y demás información y por tanto, el profesional de la salud deberá respetar esta decisión siempre y cuando no se vea afectada la vida y salud del menor.

4.2 ¿QUIÉN DEBE DAR EL CONSENTIMIENTO CUANDO NO EXISTEN PADRES O REPRESENTANTES LEGALES?

Cuando se presente que un paciente menor de edad requiera un tratamiento o procedimiento en salud, pero carezca de padres o representantes legales; se debe analizar si el procedimiento o tratamiento es urgente y necesario para salvar la vida del paciente y propender por su salud, o si por el contrario puede esperarse a que el paciente adquiera la mayoría de edad y decida por sí mismo si se somete o no a este tratamiento.

Para los tipos de procedimientos o tratamientos no urgentes, el profesional debe establecer las medidas de control y seguimiento de la condición de salud del paciente y esperar a que este adquiera la capacidad legal para poder autorizar el mismo con su consentimiento el procedimiento requerido. Ahora bien, si se trata de un menor que requiera una intervención urgente y no cuenta con representantes legales que otorguen su consentimiento, podrá el médico actuar sin necesidad del mismo, esto teniendo en cuenta lo establecido en el Decreto 3380 de 1981, artículo 11 que establece las excepciones a la advertencia por parte del médico del riesgo previsto:

El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan, b). Cuando exista urgencias o emergencias para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico. (COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 1981)

Es claro entonces que si se trata de un procedimiento urgente, el médico, no tendrá que pedir el consentimiento y por ello no habría ningún problema en que el paciente no tenga un representante legal.

Ahora bien, en el caso de los pacientes menores de edad, cuya capacidad psicológica no permita que él mismo comprenda el procedimiento que debe realizársele, se trate de un tratamiento altamente invasivo, necesario para evitar mayores problemas de salud y el paciente no tenga padres o representantes legales; deberá el profesional de la salud poner en conocimiento sobre el caso a las autoridades públicas encargadas de la protección de menores como es el ICBF, la defensoría de familia o una comisaría de familia, esto para efectos de que se tramite ante el juez de familia la revisión del caso del

paciente y la determinación o no del consentimiento informado, necesario para realizar cualquier procedimiento o tratamiento médico.

4.3 CONFLICTO DE DECISIONES ENTRE LOS PADRES

En ocasiones puede presentarse que no exista acuerdo entre los padres de un menor que requiera la realización de un tratamiento o procedimiento médico y que por tanto deba otorgarse el consentimiento informado para la realización del mismo. En estos casos debe tenerse en cuenta lo establecido en el artículo 307 del Código Civil que dice:

En los casos en que no hubiere acuerdo de los titulares de la patria potestad sobre el ejercicio de los derechos de que trata el inciso primero de este artículo o en el caso de que uno de ellos no estuviere de acuerdo en la forma como el otro lleve la representación judicial del hijo, se acudirá al juez o funcionario que la ley designe para que dirima la controversia de acuerdo con las normas procesales pertinentes. (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2010)

Debe por tanto acudir a la jurisdicción de familia para solicitar al juez que se resuelva bajo el proceso verbal, el conflicto presentado. Ahora bien, si se trata de un caso en donde se deba salvaguardar la vida, integridad personal y salud del menor y por tanto no se pueda esperar hasta la sentencia de un proceso judicial, debe aplicarse lo establecido por la Corte Constitucional en la Sentencia T-474 de 1996 donde se analizó un caso de un menor de 16 años al que se le diagnosticó cáncer severo de rodilla y para su tratamiento requería transfusión de sangre, tratamiento que rechazó el menor, dado que pertenecía a la iglesia de los Testigos de Jehová y su padre estaba en desacuerdo con su decisión. Con esta sentencia la Corte dijo:

La institución de salud responsable de la atención médica del menor, debió cumplir con sus obligaciones dando prelación a la defensa y protección del derecho a la vida del paciente, para lo cual, ante la negativa del joven de recibir un tratamiento que se le recomendó como urgente y necesario dada la gravedad de su estado, debió consultar y contar con la opinión de por lo menos uno de sus padres, y dado el conflicto de posiciones entre uno y otro acoger y aplicar aquella que le garantizara al menor el acceso inmediato a todos los tratamientos y recursos científicos disponibles para salvar su vida, con mayor razón cuando el organismo

especializado al que consulto, se había pronunciado señalando que se acogiera la decisión del padre.
(COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. M.P. Fabio Morón Díaz, 1996)

Por lo anterior, cuando exista discrepancia entre los padres de un menor que requiere un procedimiento o tratamiento urgente, deberá el profesional de la salud actuar considerando el bienestar del menor y por tanto, haciendo valer el consentimiento informado del padre que otorgue el consentimiento que se requiere para evitar mayores daños o perjuicios al paciente.

Si se trata de un caso no urgente, pero los padres del menor optan por tomar una decisión que pone en peligro la vida de su hijo, deberá el profesional de la salud propender por que sea el juez de familia el que dirima el conflicto, esto a efectos de que se tome la decisión más favorable para el menor.

4.4 CONFLICTO ENTRE LA DECISIÓN DE LOS PADRES Y LA DEL MENOR

Los menores de edad cuya capacidad de autonomía y madurez psicológica les permita comprender su estado de salud, deben ser tenidos en cuenta por el profesional antes de establecer si se le somete o no a determinado tratamiento, sin embargo, no debe olvidarse que la representación legal de los menores de edad corresponde a los padres, por lo que también deben ser consultados al momento de tomar la decisión.

El hecho de tener que contar con el consentimiento informado del paciente menor de edad y de sus padres, puede no solo provocar un conflicto entre ambos padres de familia, sino también entre estos y el menor, ya que puede presentarse que el menor acepte el tratamiento o procedimiento y sus padres lo rechacen o viceversa, lo que obliga al profesional de la salud a seguir una de las dos posiciones haciendo caso omiso de la otra.

La Corte Constitucional en la sentencia T-474 de 1996 estableció en relación con los conflictos a presentarse entre padres e hijos para la determinación del consentimiento informado lo siguiente:

El ejercicio de la patria potestad le permite a los padres orientar y participar en las decisiones de sus hijos

menores adultos, y a exigir que se de prevalencia a las que ellos adopten, en caso de enfrentamiento o contradicción que ponga en peligro el derecho fundamental a la vida de sus hijos. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. M.P. Fabio Morón Díaz, 1996)

Conforme a lo establecido por dicha corte, cuando la vida del menor se encuentre en peligro, será la decisión de los padres la que prevalezca, siempre y cuando dicha decisión vaya en beneficio de la vida y salud del menor. La Corte Constitucional recalca que aunque el menor adulto tenga una capacidad relativa, dicha capacidad no es suficiente para que se adopte la decisión del menor en donde se ponga en peligro su vida, pues el menor puede carecer aún de la suficiente autonomía para determinar una decisión riesgosa.

Agrega la Corte Constitucional en la misma sentencia:

...si se presenta contradicción entre las decisiones que tome el menor, que pongan en peligro su derecho fundamental a la vida, y las decisiones de sus padres para preservarla, le corresponde al Estado, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 5, 11 y 44 de la Carta Política, garantizar la primacía del derecho fundamental a la vida del menor, en el caso específico que se trata haciendo prevalecer el consentimiento emitido por el padre. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. M.P. Fabio Morón Díaz, 1996)

Debe por tanto el profesional de la salud estar atento a la posición que cada parte tome en relación con el procedimiento o tratamiento requerido, y en caso de que el menor adopte una postura que ponga en peligro su vida y salud y por parte de los padres estos estén a favor de salvar la vida y proteger la integridad personal de su hijo, en este caso, el profesional deberá tomar en cuenta la posición de los padres y pasar por alto la voluntad del menor, todo esto orientado a favorecer al menor, quien posiblemente no alcanza a dimensionar los riesgos, complicaciones y consecuencias de la decisión tomada por él.

Si por el contrario la decisión de los padres implica poner en riesgo la vida del menor y este por su parte no comparte con ellos la decisión tomada, deberá entonces el profesional de la salud, ignorar la posición de sus padres, claro está, después de suministrar toda la información necesaria para buscar que cambien de opinión, pero si ello no se logra, prevalecerán los derechos del menor y por tanto se adoptará la decisión más favorable para él.

CONCLUSIONES

- Aunque los menores de edad carecen de capacidad legal plena para contratar y comprometerse; en relación con su salud y de forma específica con el consentimiento informado, deben ser tenidos en cuenta por los profesionales, ya que dichos menores tienen una autonomía en desarrollo. La participación de estos en las decisiones médicas que los afectan depende del grado de madurez psicológica del menor para lo cual el profesional de la salud debe atender no solo criterios de edad, sino también al desarrollo mental y físico y la capacidad de autonomía que este demuestre.
- La familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de velar por la protección de los menores de edad, garantizando que las decisiones que se tomen y los actos que se realicen en relación con el menor, sean favorables a los intereses del mismo y no contravengan sus derechos. Es por ello que los profesionales de la salud deberán actuar respetando el consentimiento informado del menor y de sus padres, pero también contrariando la decisión, cuando ésta ponga en peligro la vida del paciente.
- La urgencia e importancia del tratamiento, el impacto sobre la autonomía actual y futura y la edad del menor son criterios relevantes a considerar cuando de la atención de menores de edad se trata. Por lo tanto, la edad no es un único criterio a considerarse y en razón a ello no existe una regla que aplique para todos los casos, sino que siempre deberá hacerse el análisis completo a efectos de determinar la participación o no del menor en la toma de las decisiones relacionadas con su salud.
- Los profesionales de la salud deben estar preparados para saber qué hacer cuando están atendiendo un menor de edad, ya que el desconocimiento de los derechos del menor así como de las facultades de los padres en la representación legal de sus hijos puede acarrearle sanciones de tipo ético, disciplinarias e incluso indemnizaciones por daños ocasionados.
- En Colombia falta establecer una normativa clara en relación con el consentimiento informado, que incluya el consentimiento en pacientes menores de edad, ello se ve reflejado en la ausencia de normas específicas y en el predominio de jurisprudencia de la Corte Constitucional para suplir estas debilidades. Es necesario por tanto, que el Congreso de la República reglamente el tema y se dé así mismo una amplia divulgación de la norma a efectos de buscar que tanto pacientes, como médicos y profesionales del derecho, conozcan las reglas y se apliquen en beneficio del menor.

REFERENCIAS

- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. (1981). *Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente*. Recuperado de [//www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/).
- CASTAÑO DE RESTREPO, M. P. (1997). *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Bogotá: Temis.
- COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (20 de Julio de 1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Gaceta Constitucional No. 116.
- COLOMBIA. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL. (2008). Vigésima Edición. Bogotá: Legis.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (1981). Ley 23. (18, febrero, 1981). Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Bogotá: Diario oficial, no. 35711.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (20 de diciembre de 1988). Ley 73 (20, Diciembre, 1988). Por la cual se adiciona la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos. Diario oficial. Bogotá, 1988, no. 38623.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (22 de enero de 1991). Ley 12 de 1991. por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Bogotá: Diario Oficial 39640.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (08 de noviembre de 2006). Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: Diario Oficial 46446.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (05 de junio de 2009). Ley 1306 de 2009. Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. Bogotá: Diario Oficial 43.371.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (2010). CÓDIGO CIVIL, Vigésima Quinta Edición. Bogotá: Legis.

- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (12 de octubre de 2011). Ley 1480 de 2011. Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 48220.
- COLOMBIA. CONSEJO DE ESTADO.MP. Jesús María Carrillo Ballesteros. (24 de Enero de 2002). Sentencia del 24 de enero de 2002. Radicado 25000-23-26-000-1994-9875-01(12706).
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. M.P. Fabio Morón Díaz. (25 de septiembre de 1996). Sentencia T-474 de 1996. Expediente T-100472.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero. (23 de octubre de 1995). Sentencia T- 477 de 1995. Expediente T-65087.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero. (12 de Mayo de 1999). Sentencia SU-337 de 1999. Expediente T-131547.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Alejandro Martínez Caballero. (02 de agosto de 1999). Sentencia T- 551 de 1999. Expediente T-194963.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Eduardo Cifuentes Muñoz. (12 de Septiembre de 1994). Sentencia C-401 de 1994. Expediente T-36771.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Eduardo Cifuentes Muñoz. (13 de junio de 1996). Sentencia C-264 de 1996. Expediente N° D-1139.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. (03 de Marzo de 2010). Sentencia C-145 de 2010. expediente D-7833.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Jaime Araujo Rentería. (29 de noviembre de 2006). Sentencia C-993 de 2006. Expediente D-6349.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Manuel José Cepeda Espinosa. (19 de Junio de 2003). Sentencia T-510 de 2003, expediente T-722933.
- COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Rodrigo Escobar Gil. (27 de noviembre de 2002). Sentencia del 27 de noviembre de 2002. T- 1025 de 2002. Expediente T-541.423.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. MP. Rodrigo Escobar Gil. (10 de octubre de 2002). Sentencia T- 850 de 2002. Expediente T-463.037.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. (01 de noviembre de 1991). Resolución 13437 de 1991.

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. (30 de noviembre de 1981). Decreto 3380 Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981. Bogotá: Diario oficial no. 35914.

ESPAÑA. CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (14 de Noviembre de 2002). Ley 41 de 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Obtenido de Boletín Oficial del Estado. : <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>.

LEÓN CORREA, F. J. (2012). *Información y consentimiento informado de menores de edad en Chile. Revista chilena de pediatría, vol.83*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200001&lng=en&nrm=iso&tl

LORENZETTI, R. L. (2005). *Responsabilidad Civil de los Médicos. Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Jurídica Grijley.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2009). *DICCIONARIO REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Vigésima segunda edición. 2009. Consultado el 16 de noviembre de 2012.* . Obtenido de Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.

SANTAMARÍA, G. R. (1995). El código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y la Declaración de Tokio: Un Intento Social para Ejercer un Control en la Investigación Biomédica. . *Revista Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, Vol. 88 102-110.