



Características del consentimiento informado en personas en situación de discapacidad cognitiva

Recibido: 8 de noviembre de 2024 • Aprobado: 14 de abril de 2026
<https://doi.org/10.22395/ojum.a5037>

William Andrés Ordóñez Bastidas

Fundación Universitaria de Popayán, Popayán, Colombia;
Universidad del Cauca, Popayán, Colombia
william.ordonez@docente.fup.edu.co
<https://orcid.org/0000-0001-9684-0685>

Ivis Dayana Martínez Wila

Fundación Universitaria de Popayán, Popayán, Colombia
wila24042404@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-3859-1654>

Óscar Daniel Ordóñez Hidalgo

Fundación Universitaria de Popayán, Popayán, Colombia
danielordo42@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-5652-1269>

Resumen

Esta investigación se enfocó en determinar las características que constituyen el consentimiento informado sustituto en personas en situación de discapacidad (en adelante, PESD) cognitiva, para que sea considerado como válido a la hora de adelantar procedimientos médicos o investigaciones. La metodología utilizada es el análisis estático del precedente judicial, con revisión sistemática de normas jurídicas y fuentes del derecho enfocada hacia un análisis cualitativo. Se le brinda a la comunidad académica y estudiantil una herramienta para el análisis del consentimiento sustituto para poder garantizar en su máximo los derechos fundamentales de los pacientes con enfermedades mentales, así como la adquisición de nuevos conocimientos a partir de bases conceptuales existentes. Del análisis se concluye que, de acuerdo con las garantías fundamentales de los pacientes, el consentimiento sustituto es la excepción, y para que este proceda es indispensable que el paciente se encuentre ante una falta predominante de sus competencias intelectuales. En la generalidad de los casos se debe hacer lo posible para que él tome la decisión por sí mismo.

Palabras clave: consentimiento del paciente; consentimiento informado; consentimiento del tercero; enfermedad mental; capacidad; autonomía.

Characteristics of Informed Consent in Persons with Cognitive Disabilities

Abstract

This study aims to determine the characteristics that constitute substitute informed consent in persons with cognitive disabilities (hereinafter, PCD), so that it may be considered valid in the context of medical procedures or research. The methodology employed consists of a doctrinal analysis of judicial precedent, combined with a systematic review of legal norms and sources of law, oriented toward a qualitative approach. This research provides the academic and student community with a conceptual framework for analysing substitute consent in order to ensure, to the greatest extent possible, the fundamental rights of patients with mental illnesses, as well as to foster the development of new knowledge grounded in existing theoretical foundations. The findings indicate that, in accordance with the fundamental guarantees afforded to patients, substitute consent constitutes an exceptional mechanism, and its application requires that the patient exhibit a prevailing impairment of intellectual competencies. In general, every effort should be made to enable the patient to make decisions autonomously.

Keywords: patient consent; informed consent; third-party consent; mental illness; capacity; autonomy.

Características do Consentimento Informado em Pessoas em Situação de Deficiência Cognitiva

Resumo

Esta investigação teve como objetivo determinar as características que configuram o consentimento informado substitutivo em pessoas em situação de deficiência cognitiva (doravante, PSDC), a fim de que este seja considerado válido na realização de procedimentos médicos ou de investigação. A metodologia utilizada consiste na análise dogmática do precedente judicial, aliada à revisão sistemática de normas jurídicas e fontes do direito, orientada por uma abordagem qualitativa. O estudo oferece à comunidade acadêmica e estudantil um instrumento analítico para a avaliação do consentimento substitutivo, com o propósito de garantir, ao máximo, os direitos fundamentais dos pacientes com doenças mentais, bem como promover a produção de novos conhecimentos a partir de bases conceituais existentes. Conclui-se que, conforme as garantias fundamentais dos pacientes, o consentimento substitutivo apresenta caráter excepcional, sendo sua aplicação condicionada à existência de um comprometimento predominante das capacidades intelectuais do paciente. De modo geral, deve-se envidar todos os esforços para que o próprio paciente possa tomar decisões de forma autónoma.

Palavras-chave: consentimento do paciente; consentimento informado; consentimento de terceiro; doença mental; capacidade; autonomia.

Introducción

Este es el resultado de investigación del proyecto denominado "Elementos del consentimiento directo y sustituto en personas con enfermedades mentales", ejecutado desde el 1 de febrero de 2023 al 1 de diciembre de 2023, realizado por el Semillero de Investigación en Derecho Médico del grupo de investigación CAPAZ de la Fundación Universitaria de Popayán, liderado por el docente William Andrés Ordoñez Bastidas e integrado por Ivis Dayana Martínez Wila y Óscar Daniel Ordóñez Hidalgo.

En cuanto a su desarrollo, se debe precisar que la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (1999), aprobada en Colombia por la Ley 762 de 2002, determina que la discapacidad es una deficiencia física, intelectual o sensorial permanente o temporal que restringe la capacidad de realizar actividades indispensables de la vida cotidiana. En consecuencia, las PESD se encuentran en interrelación con diversos obstáculos que impiden su interacción plena y efectiva en la sociedad en las mismas condiciones con las demás personas.

El problema que expone esta definición radica en la falta de consideración que puede estructurarse, para las PESD, especialmente cognitiva, respecto a su contexto, el cómo son percibidas por la sociedad y su participación en esta. Es decir, la expresión "discapacidad" tiene el riesgo de ser simplificada como una desviación de lo que se consideraría "normalidad".

La discapacidad tiene un importante valor subjetivo que no puede ser ignorado, pues quienes la padecen tienen conocimientos, talentos y perspectivas que deben ser tenidas en cuenta, por lo que surge la necesidad de resguardar los derechos de las PESD cognitiva, entendiendo que ellas son especialmente vulnerables al rechazo social y corren el riesgo de ser marginadas y violentadas. Este nuevo paradigma ha sido asumido en distintas legislaciones como la colombiana, que se tratará en este artículo, y en la española, a partir de la reforma surtida en el año 2024 al artículo 49 de su Constitución (1978), que aboga por el ejercicio de los derechos de estos sujetos en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas. No basta con simplemente consagrar derechos a su favor, sino que se necesita de acciones que permitan incorporarlas al tejido social para que puedan desarrollarse como individuos, independientemente de la condición que padezcan, y además fomenten el desarrollo de su autonomía.

Es necesario entender que estas personas, por la estigmatización que históricamente han sufrido, fueron dejadas de lado por el mundo jurídico al ser tachadas como "incapaces" para tomar decisiones que se relacionen directamente con aspectos clave de su vida y desarrollo de la personalidad. Así pues, terminaban siendo catalogadas de manera general como personas que no podían hacer actos nacidos de su voluntad, y se dejaron las actuaciones con repercusión directa sobre ellas a sus encargados o

tutores, lo que, bajo los estándares actuales de derechos humanos, compromete su dignidad humana y autonomía.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) (en adelante, CDPCD), incorporada en Colombia por medio de la Ley 1346 de 2009, la discapacidad es una concepción progresista, resultado del vínculo entre las PESD y las limitantes surgidas a su alrededor que impiden su concurrencia en la sociedad. De ahí que se requiere incorporar a dichos sujetos de derecho mediante mecanismos de integración social, tal como lo establece la Ley 361 de 1997.

Dentro de esta integración es fundamental considerar el consentimiento emanado por estas personas y velar por que sea expedido válidamente. En este sentido, los profesionales sanitarios están conminados a brindar atención médica a las PESD de la misma manera que a cualquier otra persona, y deben atender la situación particular de ellas para verificar su competencia para consentir, y solo como última medida, obtener el consentimiento por parte del apoyo o de un tercero.

Respecto del consentimiento, la Organización de las Naciones Unidas en el ítem 11 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991) expresa que debe ser libre, sin amonestaciones ni persuasiones, después de brindar información apropiada e inteligible. Aun con lo anterior, el consentimiento informado sobre decisiones que afectan el bienestar de las PESD cognitiva se ve restringido debido a sus condiciones individuales, lo cual lleva a que por mero prejuicio o por falta de diligencia del profesional de la salud se les anule, de manera injusta, todo tipo de autonomía.

Esto surge por la percepción de la sociedad acerca de la limitación en la capacidad de las PESD mental para asumir decisiones sobre su propia salud y una constante subestimación de sus capacidades, prejuicio producto de la ignorancia frente a la discapacidad cognitiva. Para aquellos que no logran comprender las consecuencias potenciales de someterse a un procedimiento, por ciertas condiciones cognitivas, emocionales y sensoriales, suele ocurrir que el consentimiento y acuerdo de voluntades entre paciente-médico queda en un punto gris en el que la frontera que divide lo correcto de lo incorrecto termina siendo difusa.

De manera que cobra especial importancia explorar y analizar lo emanado del legislador en cuanto a los derechos y límites de la autonomía de las PESD mental y revisar los pronunciamientos de la Corte Constitucional, para finalmente identificar cuáles son las reglas jurisprudenciales que rigen en la actualidad la materia. En esta investigación se tuvo el objetivo de examinar los componentes del consentimiento informado, directo y sustituto, en relación con las PESD. Se explorará su origen, el desarrollo normativo del consentimiento, así como la perspectiva actual de la legislación nacional y de la Corte Constitucional acerca del tema objeto de estudio, además del

consentimiento sustituto, la autonomía, y finalmente detallar el nuevo modelo social seguido con base en esta perspectiva.

1. Antecedentes de la regulación de la discapacidad en el derecho colombiano

Las PESD solían ser devaluadas en su integridad, llegando al punto de interpretar su condición como un retorno a la infancia o la permanencia perpetua en esta, por la percepción de su falta de control y entendimiento sobre las decisiones que afectaban su integridad y desarrollo.

Esto tenía un impacto significativo e inimaginable en todas las áreas de su vida y en las diversas actividades que tenían que llevar a cabo, además de experimentar una representación mínima en la capacidad de tomar decisiones propias.

Respecto a la legislación interna, el Código Civil (1873), antes de que la Ley 1306 de 2009, en su artículo 119 derogara multitud de artículos de características discriminatorias, contenía una clasificación para las PESD mental. Así, el artículo 545 del Código Civil (1873) menciona a quienes se encontraban en situación permanente de "imbecilidad o idiotismo, de demencia o locura furiosa". Esta clasificación era producto de la marcada herencia jurídico-romana, en la que se distinguía entre los "*furiosi*" y los "*mente capti*". El "*furiosus*" era quien permanecía privado del raciocinio, tuviese o no intervalos lúcidos. La persona considerada como "*mente captus*", por otra parte, era quien tenía poco desarrolladas sus facultades (Magdalena, 2020, pp. 911-912).

Así pues, es evidente cómo en el mundo jurídico de antaño, las distintas discapacidades con sus características propias y diferenciadoras eran ignoradas u omitidas. Tal como Laurent sostenía, "las distinciones que hace la medicina carecen de importancia. Que haya tres o cuatro especies de demencia, que se le dé el nombre de idiotismo, de manía, de monomanía, poco importa [...]" (Laurent, 1907, p. 225).

La Corte Constitucional, en un estudio sobre la evolución que ha tenido el concepto de discapacidad, en la Sentencia C-478 de 2003 expresó que, posterior a la Segunda Guerra Mundial, existió una modificación en la visión respecto de las PESD física o mental severa, entendiéndose que ya no se trataba de un aspecto meramente médico, y ahora se vinculaban directamente con el concepto de dignidad humana. Con base en esta, para el momento, novedosa perspectiva, se pretendió delimitar tanto el concepto como el alcance de la discapacidad. Los anteriormente tratados con "términos como retrasados mentales, impedidos, inválidos, y a partir de la década de los ochenta, discapacitados" (Sentencia C-478/03, 2003).

Producto de lo anterior, se gestó una de las primeras evoluciones normativas del concepto de discapacidad mental cuando en 1975 la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante su Resolución 3447, acogió la "Declaración de los derechos de los impedidos", a los cuales definió como una persona sin capacidad de suplir las ne-

cesidades individuales o colectivas, por sí misma ya sea de manera total o parcial, a causa de una deficiencia de sus capacidades físicas o mentales.

Sin embargo, el derecho internacional público ha estado en una evolución constante, que llevó a que en Colombia se expidieran leyes con el fin de proteger de manera integral a las PESD.

Este marco de derecho internacional es conformado por las ya citadas Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las PESD, de la OEA (1999), y por la CDPD de la ONU (2006). Esta última de gran relevancia, ya que tiene como propósito fomentar y asegurar el disfrute en las mismas condiciones de los derechos humanos para las PESD, y abarca diferentes ámbitos fundamentales, entre esos, la salud.

A pesar de las regulaciones establecidas, es evidente que aunque haya un avance, este no es el esperado, ya que la sociedad aún asume que es justificable mantener el control sobre las decisiones de las PESD mental. Incluso, en el afán de algunos por reemplazar la voluntad de estos individuos, se observa cómo las primeras leyes, al no abarcar de manera global los derechos y la autonomía de estas personas, brindaban la oportunidad para que los interesados en desplazar la voluntad de las PESD bajo su cuidado, pudieran hacerlo.

Por lo tanto, parte de la problemática relacionada con la equidad de derechos de las PESD, en comparación con el resto de la población, reside en la falta de reconocimiento y violación de su autonomía y capacidad para asumir decisiones que afectan de manera directa sus vidas.

De este modo, la Corte Constitucional identifica la necesidad de garantizar un espacio de igualdad formal y material para permitir que a quienes posean condiciones que generen una desigualdad frente a la generalidad social, se les garantice su libertad y autonomía, comprendiendo el carácter proyectivo, estimativo, temporal y de poder calificarse a sí mismos como únicos e irrepetibles. Esta necesidad nace del artículo 16 de la Constitución Política (1991) sobre el libre desarrollo de la personalidad, definido por la Corte como aquel que proporciona autonomía conforme a las decisiones e inclinaciones propias de cada ser (Sentencias T-015/99, 1999; C-309/97, 1997; T-516/98, 1998).

Finalmente, con la Ley 1996 de 2019, el Congreso de la República trató de adaptar el ordenamiento nacional a los estándares de derechos humanos contenidos en tratados internacionales. Por ello, se derogó el antiguo proceso de interdicción y se dio la figura de apoyo, como la encargada de acompañar o asesorar al paciente para que sea él mismo quien tome las decisiones que lo afectan y no un tercero.

2. Desarrollo normativo sobre el consentimiento en PESD

Considerando lo previamente dicho, el marco jurídico sobre el consentimiento en PESD se sustenta, según la recopilación efectuada por la Vicepresidencia de la República (s. f.) en la Constitución Política de 1991, específicamente en sus artículos 13, 47, 54 y 366.

La denominada "Ley de Discapacidad" fue de las primeras y más importantes en el ordenamiento jurídico interno, Ley 361 de 1997. Incorpora herramientas de integración social de las PESD y abarca temas relacionados con derechos fundamentales de las PESD mental y delimita responsabilidades estatales para que estas personas puedan lograr su realización personal y una integración social absoluta (Vicepresidencia de la República de Colombia, s. f.). También es importante señalar la Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias", cuya importancia radica en el manejo que hace de la discapacidad, y en señalar los deberes que el Estado tiene en la formulación de programas del sector sanitario, en concordancia con otras leyes como la Ley 100 de 1993 y 115 de 1994.

La Ley 762 de 2002 aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad" ratificada por Colombia el 12 de abril de 2003. La Ley 1306 de 2009 que dicta normas para la proteger las PESD mental e instaura el régimen de representación de las PESD mental absoluta, que fue concebida con el fin de suplir distintas necesidades de estas personas, proporcionándoles el ambiente adecuado para el desarrollo correlativo a su capacidad intelectual, sin amenazar ningún interés, por lo que esta disposición dictaba las normas para salvaguardar a las PESD mental y establecía la figura de la representación legal de incapaces emancipados, derogando el artículo 554 del Código Civil (1873).

Desde una perspectiva evolutiva, la Ley 1306 de 2009 respondió a un modelo de protección propio de su momento, orientado a garantizar el bienestar de las PESD mediante mecanismos de representación. Sin embargo, a la luz de los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, este esquema resultaba limitado, por cuanto no reconocía plenamente la capacidad jurídica ni la participación directa de la persona en la toma de decisiones, aspecto central para la validez del consentimiento informado.

La Ley 1306 de 2009 mencionada se encuentra vigente, con gran parte de su articulado derogado por la Ley 1996 de 2019. Uno de los puntos fue el establecer en su artículo 40 (derogado por el artículo 61 de la Ley 1996 de 2019) la competencia de los jueces de familia para que los tutores, padres, encargados de las PESD impulsaran un proceso de interdicción, y estableció también las inhabilidades, rehabilitaciones y autorizaciones de internación o libertad para estas personas (Ley 1996, 2019, art. 40). Este modelo, basado en la interdicción, respondía a una lógica de total capacidad o

total discapacidad, que si bien buscaba proteger a la PESD, terminaba por excluirla del ejercicio efectivo de todo tipo de autonomía.

Ya desde un punto de vista jurisprudencial se estableció que quienes vayan a sustituir en su consentimiento al incapaz, deberán tener certeza de que la decisión que ellos tomarán siempre debe garantizar la vida y mejorar las condiciones de salud de quien se encuentra en situación de impedimento (Sentencia T-063/12, 2012), entendiéndola como una expresión de la diversidad y no como una condición limitante o causal que impida el goce y ejercicio de los derechos (Sentencia T-740/14, 2014). Sin embargo, esta premisa planteada por la Corte Constitucional exige valorar hipotéticamente el grado de respeto por la decisión de la PESD, incluso en escenarios en los que ella pueda resultar contraria a la preservación de su vida o a la mejora de sus condiciones de salud. Este ejercicio introduce una tensión adicional entre el deber de protección –tradicionalmente orientado a salvaguardar bienes jurídicos como la vida y la integridad– y el reconocimiento de la autonomía y autodeterminación personal, en la medida en que priorizar exclusivamente criterios de bienestar puede derivar en la sustitución de la voluntad y, con ello, en la restricción del ejercicio efectivo de derechos.

En el caso de la Ley 1346 de 2009 se destaca el haber hecho énfasis en el aspecto de la autonomía de estas personas, pues señala, por ejemplo, que las PESD cuentan con la potestad de decidir sobre su vida reproductiva como cualquier otra persona, pudiendo ejercer estos derechos sin que alguien externo se involucre en su toma de decisiones. Este ejemplo se puede encontrar en el artículo 23 de la mencionada ley, que establece que los Estados Parte se comprometen a implementar acciones efectivas para erradicar la discriminación hacia las PESD en los aspectos del matrimonio, familia, paternidad y relaciones personales. El objetivo es asegurar que estas personas gocen de igualdad de condiciones respecto de los demás, garantizando su derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre el número de hijos que desean tener y el intervalo entre nacimientos. Además, se debe proporcionar acceso a información y educación sobre reproducción y planificación familiar, adecuada a su edad, para garantizarles a todos la potestad de mantener su fertilidad en iguales condiciones (Ley 1346, 2009, art. 23).

Por lo que, en conformidad con el artículo 12 de la CDPCD, “se debe eliminar cualquier presunción de incapacidad”. Dicho esto, el Estado, de acuerdo con instrumentos internacionales está en la obligación de tomar medidas idóneas y efectivas que garanticen que las PESD ejerzan plenamente sus derechos en sus distintos ámbitos, en igualdad de condiciones (Sentencia T-740/14, 2014).

Siguiendo esta línea, la Ley 1618 de 2013 establece medidas con el fin de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las PESD. En su artículo 10 dispone medidas

para garantizar a las PESD el derecho a la salud, en conjunto con el artículo 25 de la mencionada Ley 1346 de 2009.

A raíz de la necesidad de tomar medidas pertinentes en el ámbito nacional nace la Ley 1996 de 2019, que establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las PESD mayores de edad. Esta ley busca proteger la dignidad humana, la autonomía, la independencia y la no discriminación, lo anterior teniendo como fundamento la CDPCD (ONU, 2006). El tránsito normativo evidencia una nueva base estructural, que deja atrás el modelo de sustitución de la voluntad, y adopta uno nuevo, de apoyos, centrado en la autonomía y la capacidad jurídica universal, lo cual redefine profundamente la forma en que debe entenderse el consentimiento informado en este tipo de pacientes.

Esta ley, finalmente hace que las PESD sean protagonistas de su proyecto de vida. Incluye de manera enfática la presunción de la capacidad legal de todas las personas sin ningún tipo de distinción, y que si hubiere una discapacidad, esta no será razón para limitar el ejercicio legal y la facultad de tomar sus propias decisiones. Así pues, la ley asume que las PESD pueden manifestar su voluntad, asumir responsabilidades y cumplir con obligaciones de manera independiente, haciendo uso de apoyos si así lo requieren.

Esta ley crea jurídicamente los "apoyos", que tienen por objetivo que las decisiones asumidas por las PESD sean respetadas en la celebración de actos jurídicos. Su designación se hace en una o varias personas naturales o jurídicas mediante un acuerdo para que asistan a una persona mayor de edad en la toma de decisiones respecto a los ya mencionados actos jurídicos. Se solicitan al juez mediante un proceso de jurisdicción voluntaria o verbal sumario o adoptando una directiva anticipada en la que se exprese la voluntad sobre los actos jurídicos de manera anticipada. Lo establecido para los apoyos es que no podrán superar un periodo de cinco años, por lo que transcurrido este término se deberá agotar un nuevo procedimiento de la misma entidad.

El reconocimiento de la ya mencionada capacidad legal a las PESD cognitiva, mayores de edad, y el uso de apoyos como ayuda para manifestar su voluntad se encuentra en concordancia con el ordenamiento constitucional. Así pues, actualmente se concibe a las PESD como directoras de su proyecto de vida haciendo uso de su autonomía, tal como lo afirmó la Corte en la Sentencia C-025/21 de 2021.

3. Consentimiento informado en los tratamientos médicos

La Corte Constitucional se ha manifestado con respecto de la relación entre médico-paciente en la situación en que este último no se encuentre en lo que se podría considerar plenas condiciones y capacidad de decidir sobre sí mismo. En la Sentencia T-401/94 de 1994 la Corte abordó el asunto de la autonomía y la asistencia médica, afirmando que la comunicación es fundamental para asegurar el

funcionamiento de valores como el respeto y la dignidad humana y también para la perspectiva terapéutica, puesto que el paciente debe querer y creer en la curación y en la medicina (Sentencia T-401/94, 1994). Para la Corte debe existir una relación de colaboración entre ambas partes del ejercicio médico, actuando desde la voluntad inequívoca de querer ser curado o tratado y fundamentándose en el conocimiento brindado por parte del médico al paciente, de las consecuencias que esta podría tener.

Debido a que el bienestar pleno del paciente es el objeto de la acción de la ciencia médica, y que no es el paciente quien debe tener los conocimientos necesarios para aliviar, curar o tratar sus padecimientos, puede llegarse equivocadamente a un paternalismo médico, que rechaza la importancia de la opinión del paciente, surgiendo así una postura que desdeña la opinión del enfermo, que la Corte ha tenido que analizar para constatar la vigencia de la autonomía individual y la dignidad, que a finales del siglo pasado tomaron especial trascendencia con la Constitución Política de 1991. Así pues, toda persona sin discriminación alguna tendría derecho a decidir sobre asuntos que determinen el curso de su vida, materializando el principio general de libertad, del ordenamiento constitucional, en los artículos 13, 16 y 28.

Esta postura autonomista aboga por el respeto de las decisiones personales, aun cuando estas conlleven actuaciones imprudentes o perjudiciales para la salud, pero siempre siendo necesario que el individuo tenga conciencia de sus mejores intereses y claridad sobre los riesgos de su decisión. Dicha visión autonomista reconoce el hecho de que el ser humano puede tomar decisiones, sean ventajosas o desventajosas, pero que lo importante es que estas se tomen con discernimiento, intención y libertad.

Dicho esto, se tiene que la perspectiva paternalista subordina la libertad de acción y decisión del paciente, y lo deja bajo el control del aparato hospitalario, con sustento en que en algunas oportunidades el paciente no puede apreciar la mejor alternativa para su tratamiento; mientras que la postura autonomista enfoca la relación médico-paciente en un auténtico acuerdo de voluntades, más que a una relación de imposición por parte del profesional.

Sobre esa discusión, la bioética ha constatado que todo tratamiento de cualquier naturaleza debe realizarse con el consentimiento del paciente, con tres excepciones: cuando el estado intelectual del paciente es anormal, cuando esté inconsciente y cuando es menor de edad; siempre entendiendo respecto a la primera y tercera excepción que estar bajo el cuidado de padres o tutores no constituye estar bajo el dominio absoluto de estos (Sentencia T-411/94, 1994).

En relación con lo dicho, el ejercicio del médico debe basarse en dos características esenciales: capacidad técnica del médico y el consentimiento idóneo del paciente. Por lo tanto, la información que debería suministrar el médico tratante tiene naturaleza normativa de principio (Sentencia T-401/94, 1994), entendiéndolo también como

mandato de optimización; y debe comprender también lo consagrado en el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica), que sobre el consentimiento informado manifiesta que el profesional de la salud se debe abstener de someter a su paciente a riesgos innecesarios, además de que debe solicitar el consentimiento antes de someter a la persona a procedimientos médicos o quirúrgicos que considere necesarios y que puedan tener un impacto físico o psicológico, procedimientos acerca de los cuales el médico debe informar las posibles consecuencias de manera anticipada. Este consentimiento no será necesario en situaciones de imposibilidad de manifestarse (Ley 23, 1981, art.15).

Es así como el problema del consentimiento adquiere relevancia jurídica por su íntima correlación con la vida, integridad y dignidad del individuo e, incluso, la libertad sexual y reproductiva (Sentencia T-559/95, 1995). Y dada la distancia científica y técnica existente entre médico y paciente, es exigible que de manera anticipada aquel le informe a este sobre las consecuencias de la operación o tratamiento, siempre con la debida prudencia y sin disminuir los resultados, pero tampoco alarmando injustificadamente al paciente de forma tal que abandone el procedimiento; es una alusión permanente hacia el porvenir, en el cual se le permite escoger entre diferentes opciones (Sentencia T-477/95, 1995), y ha sido considerado como la expresión de la existencia como libertad de asumir su propio devenir existencial (Sentencia T-559/95, 1995).

Al Estado se le atribuye como propia la controversia bioética entre las posturas paternalista y autonomista, y le corresponde a través de la interpretación judicial buscar una armonía entre las necesidades individuales y colectivas, entendiendo que la gran complejidad de los casos no permite una generalización, sino que es necesario analizar las características de cada uno (Sentencia T-401/94, 1994).

4. Principios médicos sobre el consentimiento de los pacientes

La bioética ha identificado máximas, como el principio de autonomía, que establece que toda intromisión en el cuerpo de una persona debe, en un comienzo, contar con el permiso del propio afectado. También el principio de beneficencia, que dispone el deber del profesional de la medicina de aportar de manera positiva a la mejoría del paciente y abstenerse de causarle daño físico o psíquico. Estos principios tienen una base, tanto en la Constitución como en la normatividad internacional sobre derechos humanos y práctica médica, y al ser principios *prima facie* pueden entrar en tensión, cuestión que se debe resolver en cada caso en concreto aplicando las técnicas de interpretación que la teoría del Derecho ha creado para este tipo de eventos.

Así pues, el principio de autonomía nace, tal como lo afirman Beauchamp y Childress, de dos condiciones esenciales: la libertad y la agencia. La primera se entiende como la independencia de influencias externas que controlan al sujeto. La agencia, en cambio, es la capacidad para la acción intencional (Beauchamp

y Childress, 1994, p. 121). Estos mismos autores reconocerían que la autonomía admite grados. Por esto precisan que para la toma de decisiones importa más el concepto de acción autónoma. Esta se caracteriza cuando el sujeto la realiza intencionadamente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinan su actuar; entendiéndose de este modo la complejidad en la toma de decisiones respecto a tratamientos médicos, específicamente en la valoración de riesgo-beneficio (Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, 1979). La doctrina, con fundamento en lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, ha consolidado como principio ético esencial la transparencia y la comprensibilidad de la información, ajustada al nivel cognitivo de cada persona (Correa, 2024, p. 22). En este sentido, la validez del consentimiento informado no puede prescindir de una valoración previa de dicho nivel, por cuanto solo a partir de esta es posible garantizar que la decisión adoptada sea verdaderamente libre, informada y acorde con la capacidad de comprensión del individuo.

Es entonces como consecuencia del ineludible pluralismo, del reconocimiento de la autonomía de la persona y de la titularidad de un derecho singular sobre su cuerpo, que cualquier intervención en el paciente sin su aprobación constituirá una forma de lo ilícito (Sentencia SU-337/99, 1999).

Según el precedente judicial en cita, el carácter plural del Estado Social de Derecho colombiano permite que cada persona valore la conveniencia de las actuaciones médicas a las que será sometida, y salvo algunos límites, ningún extraño puede imponerle al individuo una concepción sobre la salud. Pero para poder emitir una manifestación de la voluntad sin vicios, se requiere que el sujeto disfrute de unos mínimos de discernimiento (Sentencia SU-337/99, 1999).

También es importante la diferenciación entre terapias ordinarias o no invasivas, que tienen riesgos mínimos y no alteran actividades ordinarias, y las intervenciones extraordinarias, en las que hay un carácter invasivo y agobiante del tratamiento, respecto de la autonomía del paciente. Así, en las segundas, el deber de proporcionar información requiere mayor exigencia y la autorización del paciente debe ser clara, expresa e inequívoca (Sentencia SU-337/99, 1999).

Por lo tanto, la cantidad y esmero de la información, así como la reiteración del consentimiento, depende del tipo de intervención o procedimiento médico y, por supuesto, de la condición mental del paciente, que le permita comprender aquello que ha de consentir.

Una consideración que atañe a lo dicho con anterioridad sobre la autonomía y sus aristas se encuentra en la reiteradamente citada Sentencia SU-337 de 1999, en la cual se manifiesta que un individuo puede no gozar de capacidad legal, pero sí ser

autónomo para tomar una decisión sobre su salud o viceversa, puede ser jurídicamente capaz, pero estar limitado transitoriamente para tomar una decisión médica.

En dicha providencia expresó la Corte que el ordenamiento jurídico nacional no es imparcial frente a la vida y a la salud, sino que favorece la conservación de estos bienes, por lo cual el Estado puede interferir en este ámbito, en ciertas circunstancias, mediante medidas encaminadas a proteger al individuo aun contra su propio deseo (por ejemplo, en la prevención del suicidio o cuando se estime clínicamente que la persona en el momento de proferir su decisión se considera no autónoma). Así pues, de acuerdo con los parámetros aceptados de la experiencia médica, si la decisión del paciente acarrea un riesgo para su salud y su vida, el Estado y los profesionales médicos deben solicitar una autonomía superior de la persona y verificar la autenticidad de su posición (Sentencia SU-337/99, 1999) y si es necesario, un consentimiento cualificado escrito (sentencias T-551/99, 1999; T-692/99, 1999; T-1390/00, 2000 y T-412/04, 2004).

5. Pacientes en situación de discapacidad cognitiva y el consentimiento sustituto

Respecto a las personas que no gozan de la autonomía requerida para asumir una decisión de un tratamiento concreto, adquiere gran importancia el principio de beneficencia, también establecido por el Informe Belmont (1979) y recogido en distintas escuelas bioéticas. En este principio se establece que otros individuos (generalmente sus tutores o familiares) tienen el derecho y la obligación de tomar las decisiones necesarias para salvaguardar los derechos de los sujetos no autónomos. De este modo se permite que las personas que cuidan o representan a estos individuos (familiares, tutores, cuidadores, etc.) puedan tomar las decisiones sobre los tratamientos médicos, siempre en beneficio de los afectados directos, cuestión que también ha tenido recepción en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, que reza: "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".

Sobre el tema de sustituir el consentimiento de una PESD mental, adulta, la Sentencia T-850/02 de 2002 alude a la tensión entre la conservación de la vida de las personas que no son plenamente autónomas, y el respeto por su dignidad. Surge así la obligación de establecer restricciones a la actividad protectora del Estado y de la sociedad, encaminando tal labor a habilitar el desarrollo pleno de la autonomía de estos individuos.

Es, por tanto, límite a la actividad protectora del Estado que este no puede tomar las decisiones por los pacientes por el simple hecho de que estos tengan una discapacidad, sino que debe respetarse su autonomía en el grado en el que efectivamente la hayan obtenido. Teniendo en cuenta también que el Estado debe poner a disposición los

medios necesarios para que las PESD desarrollen las capacidades necesarias para manifestar sus intereses y fortalezas, con sus limitaciones físicas en las cuales deben desenvolverse diariamente (Sentencia T-850/02, 2002).

Importante es aludir al caso de la Sentencia T-410 de 2021, en la cual a una paciente la separaron de su hija, ya que tras el parto no deseaba acercarse a ella; la internaron en psiquiatría del Hospital Universitario del Valle. La paciente tuvo episodios de violencia sexual que resultaron en 2 embarazos no deseados, de los cuales, el segundo tenía como sospechoso principal a un familiar.

Lucero obtuvo la custodia de la menor, y ante esto la Corte establece dos parámetros a tomar en cuenta en casos futuros: (i) es recomendable que se tomen las acciones necesarias para respetar la capacidad jurídica de las PESD cognitiva en cuanto a su salud sexual y reproductiva, (ii) se deben realizar planes de acción que contengan medidas a corto y largo plazo para salvaguardar los derechos fundamentales. (Sentencia T-410/21, 2021).

6. Autonomía de los pacientes en situación de discapacidad cognitiva

La Sentencia T-1025/02 de 2002 reconoce al ser humano como un ser incuestionablemente libre y que, a partir del libre albedrío, es capaz de entenderse a sí mismo y a los otros. Así, la autonomía conlleva al entendimiento propio como un ser único en el tiempo y en el espacio, como un fin y un principio en sí mismo, y protagonista de su vida, pero también responsable de sus decisiones (Sentencia T-1025/02, 2002).

La Corte ha declarado que es inconcebible constitucionalmente que únicamente por la representación legal que ejerce una persona sobre otra en condición de discapacidad, esta última pueda ser sometida a procedimientos de manera coercitiva. Lo anterior constituirá una conducta contraria a derecho, en la normatividad interna, que permitiría el ejercicio de acciones resarcitorias y constitucionales para la protección de los derechos fundamentales, pues la concepción de autonomía no se puede asimilar a la de capacidad legal para asumir determinaciones respecto de la vida civil, comercial o política de una persona, tal y como lo reconoció la Sentencia T-850/02 de 2002.

Constitucionalmente, la autonomía tampoco se podría ver reducida a un concepto descriptivo de un estado cognitivo. La Corte establece una diferenciación entre condición mental de un individuo y su autonomía para expresar sus opiniones y escoger según sus inclinaciones entre varios tratamientos factibles.

En el mismo sentido, se debe tener en cuenta el grado de certeza y si esta es o no absoluta, respecto de la persona que va a otorgar consentimiento sustituto, puesto que es necesario verificar que de manera posterior no tenga la posibilidad de obtener el criterio suficiente de su estado, que le pueda permitir en algún momento dar su

consentimiento a plena voluntad y razón (Sentencia T-248/03, 2003), siempre y cuando no se trate de procedimiento de urgencia.

Se entiende entonces que el concepto de autonomía sobre las decisiones de intervenciones médicas en un paciente en situación de discapacidad cognitiva no es un concepto estático, sino variable. Este depende de multitud de factores sobre su capacidad para actuar con discernimiento, intención y libertad.

Para ejemplificar esto, hay que entender que no es necesario un amplio grado de autonomía para que se acepte válidamente un procedimiento de bajo riesgo y elevado beneficio, o se niegue a que le realicen uno muy peligroso y poco efectivo, por lo que, en esos casos, los requerimientos de capacidad deben ser mínimos (Sentencia T-850/02, 2002).

Como corolario de lo anterior, para garantizar el respeto por la autonomía es esencial llevar a cabo una evaluación cuidadosa de la capacidad para proporcionar el consentimiento informado por el mismo paciente y, como regla residual, la exigencia del consentimiento sustituto proporcionado por los progenitores, tutores u otros representantes. Esta ponderación debe tener en cuenta tanto la naturaleza de la enfermedad como el nivel de impacto del tratamiento propuesto o recomendado, lo que significa considerar el nivel de invasividad de la intervención (Sentencia T-1025/02, 2002). Esta postura debe ser entendida en conjunto con la obligación de los profesionales de la salud de permitir el desarrollo integral en la mayor medida posible de las personas de lo que la doctrina ha denominado "discapacidad prolongada" (Rueda y Miranda, 2002).

Es importante comprender que, cuando se trata de PESD cognitiva, psíquica o física, garantizar su derecho a la salud implica la eliminación de algunos obstáculos que restringen su desarrollo personal y el pleno desarrollo de otros derechos fundamentales (Sentencia T-1019/06, 2006). En este sentido, es responsabilidad del Estado asumir el deber de proteger y respaldar a aquellos cuyas limitaciones exceden sus propias capacidades, tanto con la elaboración de leyes como por medio del aparato judicial. Sobre esto se pronunció la Corte:

El consentimiento sustituto, es consecuencia de la necesidad de poner en perspectiva los principios de la autonomía de la voluntad y de la autodeterminación de la persona, para dar prioridad a otros principios como los que guían la actividad médica (benevolencia, utilidad, justicia y autonomía). (Sentencia T-1019/06, 2006)

Así pues, en el caso de las PESD cognitiva el consentimiento sustituto nace como un instrumento para asegurar la auténtica protección del derecho a la vida, a la salud y a la integridad física de aquel que no está capacitado para expresarse y/o actuar de manera independiente, tal como serían los sujetos con una condición de discapacidad severa (Sentencia T-560A/07, 2007). Esta autorización deberá estar precedida

por una exhaustiva información que los profesionales sanitarios suministren a los que proporcionan el consentimiento sustituto, a efectos de que dicha autorización esté avalada en un detallado y explícito conocimiento de la terapia o el proceso a realizar (Sentencia T-1019/06, 2006).

Este consentimiento sustituto en materia médica es, en términos pragmáticos, el convenio entre los profesionales tratantes y los representantes legales o tutores del paciente, con la finalidad de tomar las medidas curativas indispensables para la rehabilitación del paciente; y esta autorización se entiende como cualificada cuando instaura procedimientos que permitan confirmar la autenticidad de la voluntad (Sentencia T-560A/07, 2007).

7. Un nuevo modelo social

Es importante abordar la importancia del modelo social que trajo consigo la aprobación de la CDPCD (2006), debido a que esta herramienta internacional gesta una modificación de paradigma en el abordaje la discapacidad. La aprobación de la CDPCD supuso un hito en la garantía de derechos de las PESD (Sentencia T-468/18, 2018), y ha permitido la evolución de los modelos sobre la comprensión de la discapacidad.

Los modelos identificados por la Corte Constitucional son cuatro: (i) modelo de la prescindencia, que señala a la PESD como improductivo y como una "desgracia indigna"; (ii) modelo de la marginación, que equipara a las PESD como anormales y sujetos de caridad y permanente asistencia; (iii) modelo médico o rehabilitador, que analiza el fenómeno de la discapacidad desde diferentes perspectivas científicas y asume a estas personas en dicha situación como enfermas que deberán ser normalizadas por la sociedad; y finalmente, (iv) el modelo social, que interpreta la discapacidad como las barreras interpuestas por el entorno que imposibilitan el ejercicio de los derechos de las PESD (Sentencia T-532/20 de 2020).

Así pues, tal como lo expresa la Sentencia T-573/16 de 2016, nació un nuevo modelo de protección junto con la entrada de la Convención (2006), tendiente a superar la barrera en torno a la discapacidad como una condición meramente médica, y atribuyendo este concepto como una limitación creada por la sociedad que impide a las PESD física, intelectual o sensorial a participar integralmente en la sociedad (Sentencia T-573/16, 2016).

Este cambio se gestó en gran medida por los principios que la CDPCD introdujo, como el de promover la dignidad de las PESD (art. 3), el principio de no discriminación (art. 2) o el de participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad. Así pues, este cambio tenía como fin dejar atrás todo aquel modelo que avalaba todo tipo de abusos y la pérdida del libre ejercicio de los derechos de las PESD (Sentencia T-573/16, 2016). El modelo de protección de las personas con discapacidad cognitiva adquiere especial relevancia en el contexto iberoamericano, en la medida en que

existe un porcentaje significativo de la población que presenta este tipo de discapacidad (Sanabria *et al.*, 2019). Esta realidad demográfica no solo exige respuestas normativas adecuadas, sino también la adopción de enfoques que garanticen efectivamente el ejercicio de derechos, particularmente en ámbitos sensibles como la toma de decisiones y el consentimiento informado, en los cuales la protección no puede desvincularse del reconocimiento de la autonomía personal.

Otro de los aspectos que trajo consigo la CDPCD fue la obligación del Estado de implementar herramientas que aseguren e impulsen el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las PESD (Sentencia T-573/16, 2016). Entre estos estarían, tal como lo señala el artículo 12 de la CDPCD, el reconocimiento de la persona ante la ley y la capacidad jurídica de las PESD.

Por lo anterior, la Convención optó por un modelo de asistencia en la toma de decisiones, y señaló que el alcance de la "capacidad jurídica" no se termina en la capacidad de gozar del derecho en sí, sino que también abarca la opción de ejercerlo. Así pues, la capacidad jurídica se aborda en dos vías, tal como lo señaló la "Observación General n.º 1 del Comité de las Naciones Unidas" sobre los derechos de las PESD: la facultad de ser titular de derechos y la de realizar actos con efectos jurídicos (Sentencia T-573/16, 2016).

Así, el artículo 12 de la CDPCD materializó la figura de "nada sobre nosotros, sin nosotros" y origina la obligación para el Estado de crear mecanismos de apoyos para las PESD en la toma de decisiones, y crear métodos para garantizar que las decisiones asumidas estén libres de vicios o influencias abusivas indebidas (Sentencia T-573/16, 2016). Esto fue la base de la creación de la Ley 1996 de 2019, que reemplazó el sistema de interdicción de la Ley 1306 de 2009.

Estos regímenes de apoyo comprenden ciertas disposiciones esenciales, tales como que el apoyo esté accesible a todos, costo simbólico o gratuito, y que las actuaciones se deben fundar en los deseos e inclinaciones de la persona. Deberán tener a alguien encargado, con pleno reconocimiento jurídico y con la posibilidad de ser cambiado en cualquier momento (Sentencia T-573/16, 2016).

Así pues, bajo el contexto del modelo social de la discapacidad que trajo consigo la CDPCD, sobre las decisiones de cuestiones fundamentales como la salud, aclara la Corte que la voluntad no debería de sustituirse, tal como lo aclara:

Los Estados deberían reconocer que las personas en situación de discapacidad cuentan con capacidad plena para decidir de qué manera y en qué momento conformar una familia, casarse, tener hijos; que pueden asumir libremente su sexualidad, disponer de su cuerpo de forma autónoma y que tienen derecho a acceder a educación e información completa y transparente sobre métodos de anticoncepción y planificación. (Sentencia T-573/16, 2016)

Sobre el consentimiento sustituto en concreto, este modelo social se debe entender, según la Corte, teniendo de parámetro la presunción de capacidad jurídica para asumir decisiones libres y autónomas por parte de las PESD, mediante apoyos, ajustes razonables y salvaguardas proporcionadas por el Estado; ninguna situación habilita la adopción de decisiones por medio del consentimiento sustituto, pues les incumbe a las PESD.

Consecuentemente, cuando la PESD no logre expresar su voluntad sobre la práctica de un procedimiento de esterilización, una vez se le hayan proporcionado los respectivos apoyos y salvaguardas, la intervención no debería realizarse. Se reivindica así el principio "Nada sobre nosotros sin nosotros" (Sentencia T-573/16, 2016), interpretación que debe entenderse sobre procedimientos extraordinarios que impliquen un impacto significativo en la autonomía y calidad de vida futura del paciente en situación de discapacidad y que, por supuesto, no aplica para atención de urgencias, en la cual en ningún supuesto se requiere de consentimiento informado.

Conforme a lo anterior, la Sentencia T-410 de 2021 enfatizó en la importancia de abordar los casos sobre la autonomía y procedencia del consentimiento informado de PESD cognitiva desde un enfoque de interseccionalidad. Así pues, con este enfoque se busca abordar cada situación de manera específica, entendiendo que no se puede generalizar y que cada caso es ocasionado por diferentes motivos, buscando así llegar a una materialización efectiva y plena de la igualdad.

Conclusiones

El consentimiento sustituto de las PESD ha cambiado su paradigma en los últimos 40 años, reflejado en normas internacionales, legislación nacional y jurisprudencia de la Corte Constitucional. Dentro de esta evolución se resaltan estos aspectos, que se identifican como características del consentimiento informado en PESD.

La discapacidad como una condición médica fisiológica o psicológica que requiere tratamiento es superada y se incorpora un concepto evolutivo que busca vencer impedimentos sociales que limitan a las personas funcional, física, mental, o sensorialmente diversas, para actuar plenamente en la sociedad.

En este sentido, el Estado no debe intervenir en las decisiones personales de cada individuo, independientemente de su nivel de autonomía, y garantizar los medios para que todos los pacientes, sin importar sus condiciones, puedan expresar su voluntad. El principio "nada sobre nosotros sin nosotros" compromete al Estado a ofrecer apoyos para que las PESD tomen decisiones informadas, libres de vicios o influencias indebidas. Este principio se da en procedimientos extraordinarios, con gran impacto en la autonomía y calidad de vida, y no aplica para atención de urgencias, que no requiere consentimiento informado.

Es importante resaltar que el ordenamiento jurídico busca favorecer la preservación de la vida y la salud, por lo que puede tomar medidas que busquen proteger al paciente, incluso contra sus propias decisiones, solo si son tomadas en ausencia de autonomía, siendo esta gradual según la potencial lesividad de la elección.

En esta misma línea, la autonomía no es un concepto estático, el consentimiento depende de distintos factores, salvo en situación de emergencia. Es por ello que se debe realizar una evaluación cuidadosa de la capacidad para que el mismo paciente otorgue consentimiento informado o se dé uno sustituto, dado por los tutores o representantes. Según la Ley 1346 (2009), las PESD tienen derecho a tomar decisiones sobre su vida y cuerpo, y el Estado garantiza el acceso a la información necesaria para el ejercicio de sus derechos. Se debe distinguir que las terapias ordinarias son poco invasivas y con un nivel de riesgo inferior; y las extraordinarias tienen un carácter invasivo y agobiante con respecto a la autonomía del paciente, teniendo también presente que el profesional debe dar información y reiterar el consentimiento, dependiendo de la naturaleza del procedimiento y de la condición mental del paciente.

Tal como la CDPCD establece, se elimina la presunción de incapacidad y se procura que estas personas puedan ejercer sus derechos en las mismas condiciones que los demás sujetos. Esto busca que las PESD sean protagonistas de su proyecto de vida. La discapacidad no es motivo para restringir el ejercicio legal ni para tomar sus decisiones.

En el ámbito normativo, la Ley 1996 de 2019 marcó un cambio en el ordenamiento jurídico al ratificar la presunción general de capacidad de las PESD. En ella no se ignora la voluntad de estos pacientes, sino que se brindan apoyos con el fin de respetar, en la mayor medida de lo posible, la autonomía del individuo, y se promueven su bienestar, igualdad, dignidad y libertad.

Por lo tanto, el consentimiento sustituto es un instrumento que garantiza la protección de la vida, la salud y la integridad física de la PESD que no está capacitada para actuar de manera autónoma, por lo que termina siendo una convención entre profesionales tratantes y representantes legales o tutores, con el fin de tomar las medidas curativas para la rehabilitación. Este consentimiento se entiende como cualificado cuando instaura procedimientos que permitan verificar la autenticidad de la manifestación de voluntad.

Referencias

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006, 13 de diciembre). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [CDPCD]. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente de la República de Colombia. (1991, 13 de junio). *Constitución Política de Colombia*. Gaceta Constitucional n.º 116 de 20 de julio de 1991. <https://bit.ly/3kPmJPO>
- Beauchamp, T., and Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. Oxford University Press.

- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979, 18 de abril). *El informe Belmont. Principios y Guías Éticas para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación*. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1981, 18 de febrero). *Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica*. Diario Oficial n.º 35.711. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial n.º 41.148. http://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (1994, 8 de febrero). *Ley 115 de 1994. Por la cual se expide la ley general de educación*. Diario Oficial n.º 41.214. http://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0115_1994.html
- Congreso de la República de Colombia. (1997, 7 de febrero). *Ley 361 de 1997. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas en situación de discapacidad y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial n.º 42.978. http://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html
- Congreso de la República de Colombia. (2001, 21 de diciembre). *Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*. Diario Oficial n.º 44.654. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
- Congreso de la República de Colombia. (2002, 31 de julio). *Ley 762 de 2002. Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)*. Diario Oficial n.º 44.889. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=8797>
- Congreso de la República de Colombia. (2009, 5 de junio). *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*. Diario Oficial n.º 47.371. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1306_2009.html
- Congreso de la República de Colombia. (2009, 31 de julio). *Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006"*. Diario Oficial n.º 47.427. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1346_2009.html
- Congreso de la República de Colombia. (2013, 27 de febrero). *Ley estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Diario Oficial n.º 48.717. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1618_2013.html
- Congreso de la República de Colombia. (2019, 26 de agosto). *Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad*. Diario Oficial n.º 51.057. http://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html
- Congreso de los Estados Unidos de Colombia. (1873, 26 de mayo). *Ley 84 de 1873. Código Civil*. Diario Oficial n.º 2.867. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_civil.html

- Correa Mantilla, M. (2024). *Derecho al consentimiento informado en Colombia: contenido y derechos involucrados* [tesis de pregrado, Universidad Externado de Colombia]. Repositorio institucional. <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/27818>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1994, 12 de septiembre). Sentencia T-401/94 de 1994 (Eduardo Cifuentes Muñoz, M. P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-401-94.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1994, 19 de septiembre). Sentencia T-411/94 de 1994 (Vladimiro Naranjo Mesa, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-411-94.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1995, 23 de octubre). Sentencia T-477/95 de 1995 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-477-95.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1995, 29 de noviembre). Sentencia T-559/95 de 1995 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-559-95.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1997, 25 de junio). Sentencia C-309/97 de 1997 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-309-97.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1998, 21 de septiembre). Sentencia T-516/98 de 1998 (Antonio Barrera Carbonell, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-516-98.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1999, 21 de enero). Sentencia T-015/99 de 1999 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-015-99.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1999, 12 de mayo) Sentencia SU-337/99 de 1999 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/SU337-99.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1999, 2 de agosto). Sentencia T-551/99 de 1999 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-551-99.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (1999, 16 de septiembre). Sentencia T-692/99 de 1999 (Carlos Gaviria Díaz, M. P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-692-99.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2000, 12 de octubre). Sentencia T-1390/00 de 2000 (Alejandro Martínez Caballero, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-1390-00.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2002, 10 de octubre). Sentencia T-850/02 de 2002 (Rodrigo Escobar Gil, M. P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-850-02.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2002, 27 de noviembre). Sentencia T-1025/02 de 2002 (Rodrigo Escobar Gil, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-1025-02.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2003, 21 de marzo). Sentencia T-248/03 de 2003 (Eduardo Montealegre Lynett, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-248-03.htm>

- Corte Constitucional de la República de Colombia (2003, 10 de junio) Sentencia C-478/03 de 2003 (Clara Inés Vargas Hernández, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/C-478-03.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2004, 6 de mayo). Sentencia T-412/04 de 2004 (Marco Gerardo Monroy Cabra, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-412-04.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2006, 1 de diciembre) Sentencia T-1019/06 de 2006 (Jaime Córdoba Triviño, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-1019-06.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2007, 27 de julio). Sentencia T-560A/07 de 2007 (Rodrigo Escobar Gil, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-560A-07.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2012, 9 de febrero). Sentencia T-063/12 de 2012 (Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-063-12.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2014, 3 de octubre) Sentencia T-740/14 de 2014 (Luis Ernesto Vargas Silva, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-740-14.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2016, 19 de octubre). Sentencia T-573/16 de 2016 (Luis Ernesto Vargas Silva, M. S.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-573-16.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2018, 7 de diciembre). Sentencia T-468/18 de 2018 (Diana Fajardo Rivera, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-468-18.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2020, 18 de diciembre). Sentencia T-532/20 de 2020 (Diana Fajardo Rivera, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/t-532-20.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2021, 5 de febrero). Sentencia C-025/21 de 2021 (Cristina Pardo Schlesinger, M. S.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-025-21.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2021, 24 de noviembre). Sentencia T-410/21 de 2021 (Diana Fajardo Rivera, M. P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-410-21.htm>
- Cortes Generales de España. (1978, 6 de diciembre). *Constitución Española*. Boletín oficial del Estado n.º 311. <https://www.senado.es/web/conocersenado/normas/constitucion/detalleconstitucioncompleta/index.html#t1c3>
- Laurent, L. (1907). *Traité de Droit Civil*, París, 1907, p. 225.
- Magdalena Miguel, L. (2020). Limitación de la capacidad de obrar en miembros institutos de vida consagrada. *Revista de la Universidad Pontificia de Salamanca*. REDC 77(189), 911-912. <https://doi.org/10.36576/summa.133081>
- Organización de las Naciones Unidas. (1975, 9 de diciembre). *Resolución 3447. Declaración de los Derechos de los impedidos*. https://www.hchr.org.co/informes_onu/declaracion-de-los-derechos-de-los-impedidos/
- Organización de las Naciones Unidas. (1991, 17 de diciembre). *Resolución 46/1 19. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. <https://share.google/M2F7nH9vm5n9fLk7Q>
- Organización de los Estados Americanos (1999, 6 de julio). *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

- Rueda Castro L. y Miranda Zúñiga, O. (2002). Principales dilemas bioéticos en las personas con discapacidad prolongada. *Acta bioethica*, 8(1), 127-135. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2002000100012>
- Sanabria Barradas, B., Linares Márquez, P. y Granados Ramos, D. (2019). Consentimiento informado en la discapacidad: trastorno del espectro autista. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(36-1), 13-26. <https://doi.org/10.18359/rbi.3870>
- Vicepresidencia de la República de Colombia. (s. f.). *Marco legal de la discapacidad*. Consultado el 16 de julio de 2025. <https://share.google/NAMDH9JmugwT31wl1>