

# Consentimiento informado en menores con intersexualismo\*

*Jhon Fredy Álvarez\*\**

*Miguel Rhenals\*\*\**

*Catalina Muñoz Correa\*\*\*\**

*Profesor: Juan Carlos Marín Castillo\*\*\*\*\**

Recibido: octubre 23 de 2015

Aprobado: noviembre 27 de 2015

## **Resumen**

Desde el punto de vista de los trastornos del desarrollo sicomotriz de las personas, la diferenciación sexual va de la mano con la identificación sexual y aunque según la Sociedad Colombiana de Pediatría, la primera no siempre asegura la segunda, esta noción es importante destacarla ya que jurídica y médicamente amplían el concepto del desarrollo de la sexualidad hacia uno que va más allá de las características biológicas. De esta manera, más que un asunto de carácter jurídico, el problema de los trastornos del desarrollo sexual o estados intersexuales en este artículo gira en torno a la ponderación de principios y valores constitucionales tales como la autonomía, la libertad, la vida, libre desarrollo de la personalidad y de dignidad humana a partir de la problemática que se crea en torno al consentimiento informado y sustitutivo como requisito de la atención médica para la práctica de un procedimiento invasivo. En este sentido, este escrito tiene como fin analizar los pronunciamientos de la Corte Constitucional respecto al derecho del menor con trastorno del desarrollo sexual mediante el estudio de los casos que han existido en Colombia y el papel del consentimiento informado en cirugías y tratamientos de reasignación de sexo cuando se trata de menores de edad.

**Palabras clave:** Autonomía, estados intersexuales, hermafroditismo, consentimiento informado. Derechos de los niños.

---

\* Artículo producto de trabajo académico desarrollado en la materia Proyecto Integrador II en el Semestre 2015 -1, de la Facultad de Derecho de la Corporación Universitaria de Sabaneta - UNISABANETA -.

\*\* Estudiante de segundo semestre de la Facultad de derecho de la Corporación Universitaria de Sabaneta - UNISABANETA

\*\*\* Estudiante de segundo semestre de la Facultad de derecho de la Corporación Universitaria de Sabaneta - UNISABANETA

\*\*\*\* Estudiante de segundo semestre de la Facultad de derecho de la Corporación Universitaria de Sabaneta - UNISABANETA

\*\*\*\*\* Comunicador Social de la Universidad Pontificia Bolivariana; Abogado de la Universidad de Medellín; Especialista en Derecho Constitucional y Magíster en Derecho Universidad de Antioquía; Doctorando en Filosofía Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: [juan.carlos.marin@unisabaneta.edu.co](mailto:juan.carlos.marin@unisabaneta.edu.co)

## ***Informed consent for minors with intersexualism***

### ***Abstract***

From the point of view of the developmental disorders; sexual differentiation comes together with the sexual identification and although according to the Colombian Society of Pediatrics, the first concept doesn't always ensures the second, this is important to emphasize as legal and medically expand development concept of sexuality to a concept that goes beyond the biological characteristics. But also, more than a legal issue, the problem raised in disorders of sexual development or intersex in this project revolves around the balance of constitutional principles and values such as autonomy, freedom, life, free development of personality and human dignity from the problems created around informed and substitutive consent as a condition of medical care for the practice of an invasive procedure. This work aims to analyze the rulings of the Constitutional Court regarding the right of the child's sexual development disorder by studying cases that have existed in Colombia and the role of informed consent in surgeries and treatments of sex reassignment when it comes of minors. We will see how the Constitutional Court decides in favor of the prevalence of the Fundamental Rights of children, sexual identity and gender.

**Keywords:** Autonomy, intersex, hermafroditism, informed consent. children's rights.

## Contextualización

A lo largo de la historia, los médicos y los padres a través de una actitud asistencialista tomaban la decisión de realizar la reasignación de género en el menor al momento de su nacimiento, ante lo cual se presentaron casos en los que la Corte Constitucional recibió tutelas de personas a las cuales les fueron realizadas estas intervenciones sin tener en cuenta su consentimiento y de esta manera vieron violentados sus derechos, puesto que a medida que fueron creciendo no tenían comportamientos del sexo que les habían asignado, así como también estaban en contra de la decisión tomada por sus representantes y el personal médico.

Estos sucesos en Colombia, responden a la falta de legislación respecto al tema sobre los derechos del menor con trastorno intersexual. Se analizará entonces cómo la Corte Constitucional se ha pronunciado antes los casos en los cuales se presenta este trastorno.

### I

En esta parte se abordará la definición de los trastornos del desarrollo sexual, los tipos de alteraciones que conllevan y se identificarán, en términos generales, cuales son las problemáticas concretas a las que se enfrentan los individuos con estados intersexuales.

Desde el punto de vista de los trastornos del desarrollo sexual, la diferenciación sexual va de la mano con la identificación sexual y aunque según la Sociedad Colombiana de Pediatría, la una no siempre asegura la segunda, este concepto es importante destacarlo ya que jurídica y médicamente amplían el concepto del desarrollo de la sexualidad hacia un concepto más allá de las características biológicas.

Son muy variadas las causas de los trastornos del desarrollo sexual, tanto los que producen la ambigüedad sexual como los mismos estados intersexuales o del desarrollo sexual, ya que participan factores genéticos, hormonales, enzimáticos e inclusive factores externos (medicamentos,

tabaquismo, drogas de consumo, exposición a radiación, etc.) que pueden alterar en alguna de sus formas el desarrollo del embrión. Se parte del concepto de gónada indiferenciada y del “principio de Eva” que se resume en que la naturaleza tiende siempre a la formación de órganos sexuales externos femeninos, a menos que exista un gen masculino encargado de la producción de la virilización externa. (Sentencia T1025, 2002)

Durante las primeras semanas del desarrollo, el embrión tiene tanto conductos de Wolff como los conductos de Muller (cada uno se diferencia en órganos sexuales masculinos y femeninos respectivamente) y externamente existe una estructura anatómica común, llamada “el tubérculo genital” que da lugar tanto a la formación de pene y su escroto, o en caso contrario a la vagina y sus labios mayores y menores. Después de la fecundación la gónada primitiva o indiferenciada en un embrión XY se convierte generalmente en testículos y si es XX se forman órganos sexuales femeninos. (Temuco, 2006)

Durante el control genético de la diferenciación sexual no solo participan genes ubicados en los cromosomas sexuales XY o XX, los autosomas son los encargados de los procesos de diferenciación de los tejidos y las distintas hormonas encargadas de la esteroidogénesis. Así, cualquier alteración de estos factores internos y externos que participan del desarrollo sexual normal da lugar en forma patológica a los desórdenes del desarrollo sexual “estados intersexuales”, anteriormente llamados hermafroditismo y los trastornos por ambigüedad sexual. (Saulo Molina, 2008)

Los desórdenes del desarrollo sexual, antes llamados estados intersexuales, se definen en la sentencia T 622-2014 como “la situación en la que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente. Se presenta cuando la persona nace con ambos sexos, es decir, con órganos sexuales, tanto externos como internos, del sexo femenino y masculino”. (Sentencia T 622, 2014)

Los desórdenes del desarrollo sexual cambiaron en la literatura médica su clasificación y enfoque a partir del 2006.

Tanto la literatura médica, como la sentencia T-622 de 1014 y la sentencia SU-337 de 1999 clasifican los desórdenes del desarrollo sexual en tres grandes grupos:

De un lado, encontramos los llamados “hermafroditas verdaderos”, que son casos poco frecuentes y se caracterizan porque son personas que en general, aunque no obligatoriamente, tienen un cariotipo XX y presentan los dos tipos de tejido gonadal (con testículos y ovarios al tiempo) o porque poseen lo que se denomina un ‘ovotestes’ (mitad testículo y mitad ovario). De otro lado, están los ‘pseudohermafroditas masculinos’, que son individuos con sexo genético XY y testículos, pero que presentan genitales ambiguos, por lo cual se suele hablar de un hombre mal virilizado. Estas personas pueden presentar, en algunos casos, genitales externos que son muy femeninos, y pueden poseer entonces un introito vaginal, un clítoris normal o ligeramente aumentado de tamaño, o un pene muy pequeño. Por último, existen otros casos clasificados como de ‘pseudohermafroditismo femenino’, que son individuos con sexo genético XX, con ovarios, pero con genitales ambiguos o bastante masculinos, por lo cual se habla a veces, de mujeres virilizadas. (Sentencia T 622, 2014)

La sentencia T- 622 de 2014, precisa conceptos médicos, psicológicos y jurídicos, iniciando por el sexo genotípico el cual se refiere a los cromosomas sexuales tanto 46 XY para el varón y 46 XX para la mujer, el sexo fenotípico el cual hace relación al aspecto de los genitales externos distinto al sexo gonadal dado (testículos u ovarios, el sexo legal el cual es el que aparece según los Registros Notariales; el sexo de crianza, el cual es el que se forma en el seno de la familia e inducen los padres y por último pero no menos importante, el sexo psicológico es el que se toma en función de todas las anteriores y que llevan al individuo a asumir un rol.

La sentencia también conceptúa que la identidad de sexo y la identidad de género podrían dar lugar a confusiones y se deben diferenciar, ya que el concepto de identidad sexual se refiere a las características biológicas sexuales de una persona que incluyen el sexo cromosómico, la apariencia genital externa y el sexo gonadal o los genital interno (dimensión sexual estática); pero la identidad de género tiene en cuenta un concepto más relacionándolo con el sentido de masculinidad, de feminidad y determina la formación de su personalidad a partir de su actitud sicosocial y cultural (dimensión dinámica del sexo). (Sentencia T 622, 2014)

Los estados intersexuales, hermafroditismos o ahora llamados desordenes del desarrollo sexual, se refieren entonces a la discordancia entre las dimensiones anatómicas del sexo gonadal, cromosómico y fenotípico y la apariencia genital externa, la cual no permite la identificación fácilmente del sexo al momento de nacer. (Sentencia T 622, 2014)

El problema actual se ocupa de ponderar la autonomía del menor cuando se trate de disponer de su propio cuerpo en la reafirmación de su sexo, todo esto cuando el nivel de raciocinio y las condiciones clínicas se lo permitan, ya que cada persona debe de ajustar su sexo de acuerdo a lo sentido y vivido.

Entre los problemas que se enfrentan los padres de los menores con desorden del trastorno sexual, desde el nacimiento se encuentran tener que tomar la decisión de escoger (unilateralmente y según grupo de apoyo médico) el sexo biológico de los hijos o esperar a que éstos alcancen una autonomía y una madurez suficiente para tomar ésta decisión. (Sentencia T 622, 2014)

Otro problema es el problema discriminatorio desde el colegio hasta las otras instancias sociales debido a su apariencia física. Sin contar con los problemas desde el nacimiento ante el reconocimiento legal ante registro público, ya que como bien es sabido en las formatos actuales solo existe las casillas de masculino y femenino,

llevando erróneamente a tomar como urgencia la asignación de sexo cuando se sabe claramente que la mayoría de los casos no representan un riesgo mayor para salud e integridad del paciente. (Sentencia T 622, 2014)

Según la Sentencia T 1025 de 2002, la identidad personal toma la forma de un bien fundamental a partir del respeto del modo de ser de cada persona. Las intervenciones y los tratamientos hormonales en el desorden del desarrollo sexual no pretende solo curar una patología, sino que también persigue el logro de un objetivo superior como lo es poner en concreto aspectos determinantes de la naturaleza humana, la identidad sexual de la persona. (T 1025 de 2002).

La identificación sexual se refiere al sexo social o la forma desde la sexualidad como un individuo se relaciona con la sociedad, donde interviene factores biológicos, hormonales, estructuras del neurodesarrollo y dinámicas familiares y sociales que resultan en una identificación del género.

## II

En esta parte se definirá el consentimiento informado y se identificará cuál es la normatividad a aplicar cuando se trata de pacientes menores de edad con trastornos del desarrollo sexual.

En primer lugar, se debe precisar que el consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación o procedimientos médicos invasivos o no invasivos, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio o tratamiento, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. (Sánchez, 2011)

El paciente expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto, de forma oral ante un testigo independiente del equipo de médicos interdisciplinarios, que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad.

En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Sin embargo, cuando las condiciones del sujeto lo permitan, estos, también pueden dar su consentimiento o negarse a participar en el estudio, después de haber recibido la información pertinente y adaptada a su tipo de entendimiento. En algunos casos, tales como el examen físico de un médico, el consentimiento es tácito y sobreentendido. Para procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente. (Jimenez, 2013)

Bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son las emergencias médicas donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, así como en casos donde por razón de incapacidad de hecho o biológica, el sujeto no es capaz de dar o negar permiso para un examen o tratamiento. (Cárdenas, 2011)

El consentimiento informado tiene sus raíces legales en 1947 con el Código de Núremberg, a través del cual se juzgó a un grupo de médicos acusados de realizar experimentos caracterizados como crímenes en contra de la humanidad, cometidos contra prisioneros de guerra en campos de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial, los cuales se realizaban sin información o consentimiento sobre los riesgos a los que se enfrentaban las víctimas.

En 1964 se promulgó en la Asamblea Médica Mundial la Declaración de Helsinki, que ha sido modificada en varias ocasiones, agrupando un conjunto de reglamentos que orientan a los médicos en experimentos con seres humanos, y resalta la importancia del consentimiento voluntario dentro de los protocolos de estudio. La primera sentencia del consentimiento informa-

do tuvo lugar en las islas británicas en 1767 en el caso Slater vs. Baker & Stapleton (Cfr. Galán Cortés Julio César, Responsabilidad civil médica), pero el documento se perdió.

El consentimiento informado es un término que traduce un derecho del paciente dentro de la bioética médica. Su principal objetivo, y tal vez el único, es proteger la autonomía del paciente y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que son los fundamentos del consentimiento informado, y están contemplados en la Constitución Política de Colombia de 1991, Capítulo 1, Título II, Artículo 16 y siguientes. Estos fueron ratificados en la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, por la cual se adoptó el Decálogo de Derechos de los Pacientes aprobado por la Asociación Médica Mundial en Lisboa, 1981 donde el párrafo 2º del Artículo 1º de esta Resolución, señala que todo paciente debe ejercer sin restricciones de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole su derecho a una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a su enfermedad, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgo que dicho tratamiento pueda traer.

Así mismo, acorde con la Ley 23 de 1981, dentro de las exigencias al profesional médico se encuentra el deber de informar de forma adecuada y oportuna a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento (artículo 15 y 16). (RESOLUCION 13437 DE 1991 Los Derechos del Paciente, 1991) (Ley 23 1981 Normas Sobre Etica Medica, 1981) (Constitucional, 1991)

Es por esto que La Corte Constitucional, al decidir una acción de tutela en el año de 1994, indicó a propósito del reconocimiento de la autonomía del paciente lo siguiente: “1. En términos generales, toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta

de derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional (C.P. arts. 13, 16 y 28). Del principio general de libertad emana el derecho específico de la autonomía del paciente que le permite tomar decisiones relativas a su salud.”

Para la Corte el consentimiento informado constituye el instrumento idóneo para garantizar el reconocimiento de los derechos constitucionales del paciente, entre ellos el del acceso a la prestación de salud, el del reconocimiento de la dignidad humana, el derecho a la información, el de la autodeterminación y el de la libertad.

Bajo estos parámetros La Constitución Política de Colombia de 1991, Título II, “De los Derechos, las Garantías y los Deberes”, artículos 15, 18 y 20 hacen referencia a la intimidad, a la autonomía de las personas y a recibir información veraz e imparcial.

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Artículo 15: “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 puedan 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.”

El Ministerio de Salud a través del Decreto 3380 de 1981, reglamentario de la Ley 23 de 1981, define excepciones para la obtención del consentimiento informado y es así como en el artículo 11 se registra: “El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan. Cuando existe urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico”.

El Ministerio de Salud en la Resolución 13437 de 1991 “Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes” establece como derechos del paciente:

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. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión. (Metrosalud, 2011)

El consentimiento informado para ser válido según la Corte Constitucional, precisa de la existencia de varios elementos para que legitimen cualquier tratamiento médico y ante su ausencia se cataloga la intervención médica como abusiva, ilícita o ilegal. Tales elementos son: que sea informado, persistente y cualificado. Por su parte, el artículo 1504 del Código Civil establece que los menores de edad son incapaces absolutos o relativos, con lo que se establece que no es necesario el consentimiento informado de los menores para autorizar la práctica de cirugías de asignación de sexo (Sentencia T-1025, 2002).

El Ministerio de la Protección Social de Colombia dentro de las buenas prácticas en seguridad con el paciente y específicamente en el paquete instruccional denominado “Garantizar la Funcionalidad de los Procedimientos de Consentimiento Informado” lo define como “la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica”. (Ministerio de la Protección Social, 2015)

En los menores de edad incapaces, la voluntad se suple mediante el uso del consentimiento informado de sus padres o representantes legales, o a quien le corresponda. De esta manera, si

la ley prevé que en relación con los incapaces su voluntad se suple mediante el consentimiento de sus padres o representantes legales a quienes les corresponde expresar la autorización con el fin de la realización de cualquier tratamiento sea de tipo hormonal o quirúrgico del menor. (Sentencia T1025, 2002), (Codigo Civil Colombiano, 2014)

• **Elementos del consentimiento informado:**

- **Voluntariedad:** Acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.
- **Información en cantidad suficiente:** solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su conocimiento sigue siendo un juicio clínico. La información que debe darse a un paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado dándole al enfermo la opción de escoger. Esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente.
- **Información con calidad suficiente:** Se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. La primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo con su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.
- **Competencia:** De acuerdo con la teoría del consentimiento informado sólo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el con-

sentimiento. La competencia se define como “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”.

Adicionalmente, en los casos en los cuales el grado de afectación sobre la persona es muy elevado, se requiere del consentimiento informado y cualificado. En estos casos no basta con brindarle al sujeto la información necesaria con el fin de que pueda decidir en plena conciencia y libertad, sino que, además, el mismo debe presentarse bajo una determinada forma, bajo la consideración de aspectos adicionales tales como la oportunidad para realizar la manifestación, la manera como la información debe ser presentada. (Metrosalud E., 2011)

Aunque es posible establecer elementos comunes entre el consentimiento sustituto y lo que se debe entender por consentimiento informado es preciso advertir que en cada uno de los ámbitos en los que éste se requiere deben observarse las especificidades y características propias del caso, prestando especial atención a los diferentes principios y valores constitucionales involucrados, así como a la posibilidad del sujeto de derechos afectado para prestar su consentimiento. Así por ejemplo, decisiones como las de someterse o no a un determinado procedimiento médico que afecte de manera exclusiva a quien va a ser objeto de éste, son del resorte exclusivo de la persona que las toma de forma libre, autónoma e informada. En estas circunstancias, por lo tanto, la posibilidad que eventualmente pueden tener los padres, los familiares o el Estado de tomar una decisión en nombre y representación del afectado mediante un consentimiento sustituto se debe a que la persona en cuestión no está en condiciones para poder tomarla pese a la urgencia de hacerlo.

### ***El consentimiento sustituto***

El consentimiento informado puede ser reemplazado por un consentimiento sustituto cuan-

do haya una urgencia de realizar el tratamiento. Así, existen tres criterios centrales que deben ser considerados para determinar cuándo es procedente que se brinde un consentimiento informado sustituto. Estos eventos son: En primer lugar, la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del niño, niña o adolescente. En segundo lugar, el análisis de los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño o la niña. En tercer lugar, la edad del paciente. (Sentencia SU-337, 1999)

En relación con este último punto, la Corte Constitucional ha insistido en la necesidad de salvaguardar el consentimiento sustituto informado, cualificado y persistente, sin entrar a analizar la procedencia de la operación. También ha enfatizado, en lo referente a la edad del paciente, que a partir de los cinco años no es constitucionalmente admisible el consentimiento paterno sustituto para la remodelación de los genitales. Así, tratándose de intervenciones quirúrgicas y hormonales para la asignación de sexo, el permiso paterno es válido y suficiente en menores de cinco años, siempre que se trate de un consentimiento informado, cualificado y persistente, cuya responsabilidad se adjudica al grupo interdisciplinario de médicos, cirujanos, siquiatras, sicólogos y trabajadores sociales que cuiden y velen por la salud del niño o la niña.

Finalmente, el consentimiento informado y sustituto es un elemento necesario para lograr, en los casos de intervenciones quirúrgicas a niños y niñas menores de cinco años, la protección integral que como sujetos de derechos, los niños y niñas requieren para su pleno desarrollo ( Sentencia SU 337, 1999)

### **III**

En este apartado se establecerá, según las sentencias estudiadas, cómo la Corte Constitucional ha garantizado el derecho al consentimiento informado en la reasignación de género basado en el principio del interés superior del menor, cuando sus representantes no tienen en cuenta su autonomía para autorizar este procedimiento.

El principio constitucional del consentimiento informado ha sido especificado por la Corte por medio de este Escenario constitucional:

### **Análisis dinámico**

<b>¿Cuáles han sido las decisiones y los fundamentos de los pronunciamientos de la Corte Constitucional respecto al derecho del menor con trastorno del desarrollo sexual cuando el consentimiento de reasignación de género es autorizado por sus representantes?</b>		
<b>Las cirugías y los tratamientos de reasignación de sexo deben realizarse con el consentimiento informado del menor en estado de intersexualidad, cuando éste alcance la edad o umbral crítico que le permita tener una conciencia respecto a su orientación sexual</b>	° T 477/95 MP Alejandro Martínez ° T 692/99 MP Carlos Gaviria ° T 551/99 MP Alejandro Martínez ° T 337/99 MP Alejandro Martínez ° T 1025/02 MP Rodrigo Escobar ° T 1021/03 MP Jaime Córdoba ° T 912/08 MP Jaime Córdoba ° T622/14 MP Jorge Pretelt	° Código Civil art 1504 ° Ley 23/ 81 Art 15 ° Resolución 13437- 81 ° Decreto 3380/81 Art 11
		<b>No es necesario el Consentimiento Informado de los menores con estados de intersexualidad para autorizar la práctica de cirugía de reasignación de sexo; los menores de edad son incapaces o relativos</b>

Se procede a realizar un análisis de las sentencias, iniciando con la última sentencia proferida por la Corte Constitucional o sentencia arquimédica en materia de los desórdenes del desarrollo sexual, Sentencia T 622 de 2014. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt donde la Corte Constitucional en el caso de la tutela contra la EPS, para lograr la cirugía y tratamiento de un menor con intersexualismo, en uno de los puntos más importantes exhortó al Ministerio de Salud a elaborar un protocolo de obligatorio cumplimiento para que las entidades de salud sigan un procedimiento ágil y adecuado para tratar a personas nacidas en condición de intersexualidad. La jurisprudencia debe de garantizar que el consentimiento informado sea persistente y cualificado en defensa de la realización de los derechos relacionados con la sexualidad e identidad de género de los menores.

Además se dejó por sentado que las decisiones de los médicos no pueden desconocer la condición de sujeto libre y autónomo del paciente, ni siquiera cuando se trate de menores, pues a pe-

sar de que el consentimiento depende principalmente de la decisión de los padres, debe de tener en cuenta la opinión del niño. Estas deben ser el producto de un conocimiento detallado.

También el estado deberá garantizar la asistencia psicoterapéutica de un equipo médico especializado y trabajador social permanente para la asesoría del menor y sus padres.

La corte además subrayó que el consentimiento de los padres no debe ser absoluto, por que el niño va a llegar a la madurez mental que le permita tener una conciencia respecto a su orientación sexual, que además anotó que no es admisible el consentimiento sustituto en niños mayores de cinco años, caso en el cual la decisión respecto a la asignación del sexo corresponde a él mismo.

La sentencia arquimédica despliega este nicho citacional, pues muestra un nivel analógico fáctico donde podemos apreciar que todas estas sentencias tratan del consentimiento informado en menores con trastornos del desarrollo sexual.

## Nicho Citacional Primer nivel

Sentencia T  
622- 2014

Sentencia SU 337- 1999	Sentencia T 551 - 1999	Sentencia T 692 -1999	Sentencia T 1390 -2000	Sentencia T 1025 - 2002	Sentencia T 1021-2003	Sentencia T 912- 2008	Sentencia T 477- 1995
---------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Con base en lo anterior, se analiza el nicho citacional de segundo nivel, fallos que ya están contenidos en las sentencias del primer nivel; cada una con las respectivas citas que nos llevan a las Sentencias Hito.

SENTENCIA  
T 622- 2014

SENTENCIA SU 337 1999	SENTENCIA T 551 1999	SENTENCIA T 692 1999	SENTENCIA T 1390 2000	SENTENCIA T 1025 DE 2002	SENTENCIA T 1021 2003	SENTENCIA T 912 2008	SENTENCIA T 477 1995
T 477 1995	T 271 1995	T 551 1999	T 337 1999	T 337 1999	SU 819 1999	T 337 1999	C 479 1995
T 411 1994	T 114 1997	T 337 1999	T 551 1999	T 531 1999	SU 337 1999	T 551 1999	C 109 1995
T 481 1998	T 337 1999	T 489 1998	T 692 1999	T 477 1995	T 411 2003	T 692 1999	T 548 92
T 206 1997	T 477 1995	T 239 1997	T 629 1999	T 692 1999	C 542 1998	T 1025 2002	T 1009 1995
T 401 1994	T 269 1995		T 153 1998	T 629 1999	T 1056 2001	T 1021 2003	
				T 474 1996	T 1025 2002	T 523 1992	
				T 477 1995			

De este modo se realizará un análisis dinámico para la búsqueda de un nicho citacional que nos lleve a las sentencias más relevantes o sentencias hito que nos permitan esbozar la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional.

## Sentencias Hito

SENTENCIA SU 337- 1999	T 477 -1995	SENTENCIA T 551-1999	SENTENCIA T 622- 2014	SENTENCIA T 622- 2014
Sentencia hito dominante	Sentencia fundadora de línea	sentencia consolidadora de línea	sentencia reconceptualizadora de línea	sentencia arquimédica

La sentencia SU-337 de 1999 es la sentencia HITO dominante pues hace presencia en la mayoría de las sentencias que tratan del tema en particular y es reiterada su opinión en estas. Además que definen los trastornos intersexuales desde el punto de vista médico, se solicitó intervención a la Academia Nacional de Medicina, a la Sociedad Colombiana de Urología y a las facultades de Medicina oficialmente reconocidas, a la Defensoría

del Pueblo y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Ministerio de Salud para que estos tuvieran presente esta decisión para otros casos similares.

Este fallo define los trastornos intersexuales así:

“Estos trastornos del desarrollo y de la diferenciación sexual, que en general la litera-

tura médica caracteriza como ‘estados intersexuales’, suelen clasificarse, desde finales del siglo pasado, en tres grandes grupos. De un lado, encontramos los llamados “hermafroditas verdaderos”, que son casos poco frecuentes y se caracterizan porque son personas que en general, aunque no obligatoriamente, tienen un cariotipo XX y presentan los dos tipos de tejido gonadal, ya sea porque tienen testículo y ovario simultáneamente, o porque poseen lo que se denomina un ‘ovotestes’ (mitad testículo y mitad ovario). De otro lado, están los ‘pseudohermafroditas masculinos’, que son individuos con sexo genético XY y testículos, pero que presentan genitales ambigüos, por lo cual se suele hablar de un hombre mal virilizado. Estas personas pueden presentar, en algunos casos, genitales externos que son muy femeninos, y pueden poseer entonces un introito vaginal, un clítoris normal o ligeramente aumentado de tamaño, o un pene muy pequeño. Por último, existen otros casos clasificados como de ‘pseudohermafroditismo femenino’, que son individuos con sexo genético XX, con ovarios, pero con genitales ambigüos, o bastante masculinos, por lo cual se habla a veces, de mujeres virilizadas. ( Sentencia SU 337, 1999)

La Corte resolvió que las cirugías y tratamientos deben de realizarse con el consentimiento del menor cuando está en condiciones de tomar la decisión. En consecuencia, en los términos señalados en el fundamento jurídico No 91 de esta sentencia, se debió constituir un equipo interdisciplinario que atienda su caso y brinde el apoyo psicológico y social necesario al menor y a la madre.

Por su parte, la sentencia T 477-1995, es la FUNDADORA de línea ya que es la que inicia las sentencias de tutela o de constitucionalidad con enérgicas y amplias interpretaciones del derecho constitucional. Aunque esta sentencia no fue preferida entre los años 1992 y 1993 (periodo inicial de actividad de la Corte) se caracteriza porque fue fundamental en el tema tratado y no puede remitirse a ningún precedente.

La ratio decidendi de este fallo es:

NO es posible la “readecuación de sexo,” sin la autorización directa del paciente, por las siguientes razones: Los niños no son propiedad de nadie: ni son propiedad de sus padres, ni son propiedad de la sociedad. Su vida y su libertad son de su exclusiva autonomía. Desde que la persona nace está en libertad y la imposibilidad física de ejercitar su libre albedrío no sacrifica aquélla. La tragedia del niño a quien un perro o alguien le cercenó sus genitales externos acerca y no aleja la libertad y el consentimiento. La condición en la cual quedó el menor no destruye sino por el contrario hace más fuerte “la presencia en mí” (frase de Mounier) porque en el fondo de cada existencia hay un núcleo inaccesible para los demás y el sexo forma parte de ese núcleo o cualidad primaria o esencia. El sexo constituye un elemento inmodificable de la IDENTIDAD de determinada persona y sólo ella, con pleno conocimiento y debidamente informada puede consentir en una readecuación de sexo y aún de “género” (como dicen los médicos) porque el hombre no puede ser juguete de experimentos despersonalizados ni tampoco puede su identidad ser desfigurada para que el contorno dentro del cual vive se haga a la idea del “género” que unos médicos determinan con la disculpa de que era lo “menos malo”. (Sentencia T 477, 1995)

El gran interrogante para absolver en esta tutela es:

*¿Fue o es legítima la conducta de las autoridades y de los particulares que participaron en el proceso de readecuación de sexo del menor, a la luz de los artículos 20 de la anterior Constitución, artículo 6º de la actual y, en el caso concreto de los particulares, del artículo 45 del Decreto 2591 de 1991? (Sentencia T 477, 1995)*

La Corte Resuelve entonces: Se le deben proteger los derechos fundamentales a la identidad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, ordenar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar le preste a la persona vulnerada a cuyo nombre se instauró la tutela, la protección adecuada consistente en el tratamiento integral

físico y psicológico requerido para la readecuación del menor, previo consentimiento informado, y en relación con la mutilación sufrida y a la cual se ha hecho referencia en este fallo. Este tratamiento integral podrá tener continuidad más allá de los 18 años siempre y cuando un grupo científico interinstitucional lo considere conveniente. El mismo grupo interinstitucional, junto con el correspondiente Defensor de Menores, hará el seguimiento al tratamiento, ordenar la corrección del registro civil de nacimiento.

La Sentencia CONSOLIDADORA de línea es la T- 551 de 1999, en la cual la Corte revisó los fallos adoptados con ocasión de una solicitud de tutela presentada por el padre de una niña de dos años que presentaba una forma de ambigüedad genital, a saber un pseudohermafroditismo femenino por hiperplasia suprarrenal congénita. El padre solicitaba al juez de tutela que ordenara al ISS que llevara a cabo una cirugía para reasignar los genitales de la menor de edad, y que además le suministrará todos los medicamentos y terapias que fueran necesarios para tratar esta patología. Según el peticionario, los especialistas consideraban que esa operación debía ser adelantada cuando el paciente cumpliera dos años, ya que era indispensable para asegurar un desarrollo psicológico sano de la niña.

La SENTENCIA T 622- 2014 también es la RECONCEPTUALIZADORA de línea, ya que realiza reformulaciones importantes y explica mejor el sentido general que ha mantenido la línea a lo largo del tiempo, y además aplicó en este caso la ratio de la sentencia anterior. Pues precisa conceptos médicos, psicológicos y jurídicos, iniciando por el sexo genotípico el cual se refiere a los cromosomas sexuales tanto 46 XY para el varón y 46 XX para la mujer.

La sentencia también conceptúa que la identidad de sexo y la identidad de género podrían dar lugar a confusiones y se deben diferenciar, ya que el concepto de identidad sexual se refiere a las características biológicas sexuales de una persona que incluyen el sexo cromosómico. Con

base en estos fundamentos, la Corte ordena a la EPS que debe continuar de forma prioritaria con las evaluaciones de los especialistas que requiere el menor –como urología pediátrica–, y prestar el apoyo y acompañamiento psicológico necesario con profesionales de la salud especialistas en el área de asesoría; así mismo, se debe preguntar al niño y a sus padres su decisión, y se debe realizar la cirugía, (Sentencia T 622, 2014). Esta sentencia introduce un elemento adicional, que consiste en la orden para que el Ministerio de Salud elabore un protocolo de práctica para el tratamiento de las personas nacidas en condición de intersexualidad, (Sentencia T 622, 2014).

La sentencia T-912 de 2008 también es una sentencia RECONCEPTUALIZADORA de línea, ya que dentro de sus posturas se encuentra que se solicitó una operación para reasignación de genitales a un menor. En este caso se reiteraron los parámetros sentados en las sentencias SU-337 de 1999, T-551 de 1999, T-692 de 1999, T-1025 de 2002 y T-1021 de 2003, sobre las cuales extrajo la regla según la cual:

“(…) en casos de estados intersexuales o hermafroditismos, es válido el consentimiento sustituto paterno en menores de cinco años, siempre que se trate de un consentimiento informado, cualificado y persistente, acorde con las recomendaciones médicas y cuyo seguimiento corresponde a un grupo interdisciplinario de apoyo. Sin embargo, cuando el infante ha superado el umbral de los cinco años, le corresponde a éste tomar la decisión sobre su identidad sexual, pero a partir de un consentimiento especial y cualificado que comporta: (i) el consentimiento prestado por los padres coadyuvado por (ii) la expresa voluntad del menor y, dada la naturaleza altamente invasiva de las operaciones y tratamientos médicos destinados a asignar un determinado sexo, (iii), el seguimiento profesional de un equipo interdisciplinario que brinde apoyo psicoterapéutico, y que debe incluir, no sólo profesionales de la medicina sino también un psicoterapeuta y un trabajador social, que deberán acompañar al niño y a sus padres en todo el proceso de la decisión”. ( Sentencia T 912, 2008)

## **Análisis estático**

Una vez realizado el análisis dinámico de los precedentes, se procederá a efectuar el análisis estático de las sentencias hito, buscando ampliar la interpretación de las mismas en la consolidación de la línea jurisprudencial, para esto veremos la ratio decidendi en cada una de las sentencias.

- Sentencia SU 337-1999: las razones de la Corte fueron: Definición del consentimiento informado, en la cual se ratificó la importancia al respeto de los derechos fundamentales, (la identidad sexual, al libre desarrollo de la personalidad y a la igualdad de la niña), decidió que la madre y la niña tenían que tener un apoyo psicoterapéutico e interdisciplinario necesario para prestar un consentimiento informado con miras a que se adelantaran las cirugías y los tratamientos hormonales, con base en la posición propia de la niña.
- Sentencia T 477-1995: las Razones de la Corte: En aras a proteger los derechos fundamentales a la identidad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, se ratificó entonces su condición de varón ante el Notario, queriendo la protección adecuada consistente en el tratamiento integral físico y psicológico requerido para la readecuación del menor, previo consentimiento informado, y en relación con la mutilación sufrida y a la cual se ha hecho referencia en este fallo, ordenó al ICBF lleva a cabo un procedimiento para que esto se presente y finalmente dio la opción al menor que se le puede desinar un abogado para comenzar un juicio de responsabilidad civil.
- Sentencia T 551 1999: las razones de la Corte: El Estado y la comunidad médica deben cualificar el consentimiento de los padres en los casos de ambigüedad genital, a fin de que la decisión paterna se fundamente ante todo en los intereses del niño. El juez entonces estableció que: antes de ordenar que se adelante una operación de readaptación de los genitales del menor, debe comprobar previamente si la autorización paterna reúne esas

características de “consentimiento informado cualificado y persistente”, pues de no ser así, el permiso sustituto no se adecua a la Carta, y mal podría ordenarse por vía judicial la práctica de una intervención médica que no cuenta con un consentimiento informado válido, que es requisito constitucional esencial para todo tratamiento médico.

- Sentencia T 622 DE 2014: Resuelve ordenar a la EPS continuar de forma prioritaria con las evaluaciones de los especialistas que requiere el menor y prestar el apoyo y acompañamiento psicológico necesario con profesionales de la salud especialistas en el área de los trastornos de desarrollo genital. Igualmente resuelve que la EPS en el término de las 48 horas siguientes a la notificación deberá integrar un equipo interdisciplinario conformado por médicos (cirujanos, urólogos, endocrinólogos, pediatras y psiquiatras), psicólogos y trabajadores sociales, con el fin de que fijen un diagnóstico, asistan, orienten y asesoren sin perjuicio de los resultados que ya se han obtenido.

Una vez se haya realizado la asesoría se consulte al niño la decisión informada por medio del equipo. Si es afirmativa, resuelve la Corte, ordenar la cirugía y los tratamientos hormonales requeridos y demás tratamiento que sean indispensables. Así mismo, se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil se modifiquen los documentos conforme a su identificación sexual, además que el Ministerio de Salud y protección social elabore protocolos de práctica clínica para el manejo de las personas con trastornos de identidad sexual y reciban un manejo ágil e interdisciplinario.

Argumentos legítimos e ilegítimos de interpretación del precedente

Sentencia SU 337-1999. En este caso se presenta la llamada por López Medina “Obediencia al precedente”, dado que la Corte Constitucional por primera vez conoció de un caso de una niña diagnosticada con ambigüedad sexual en el año 1999. Este precedente fijó los criterios rela-

cionados con el consentimiento libre, previo e informado de los padres y los menores de edad para solicitar las operaciones y tratamientos que resolvieran el estado hermafrodita. En esta providencia también recopiló y analizó distinta literatura científica sobre los estados intersexuales y sus consecuencias tanto en la salud como en el desarrollo personal de los niños y niñas con esta condición. Del desarrollo jurisprudencial debe resaltarse el hecho de que la Corporación admite que es el menor de edad quien debe decidir si se realiza o no la operación de asignación de sexo y todo lo que ello implica, en virtud del respeto de sus derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la identidad sexual y a la autonomía personal. La sentencia actual aplica argumentos legítimos respecto al precedente proferido en las sentencias T 477-1995.

En la Sentencia T 551 1999 se presenta obediencia del precedente ya que organizó una síntesis y reiteración de la doctrina constitucional sobre el consentimiento informado en casos de ambigüedad sexual y establece textualmente: “En la reciente sentencia SU-337 de 1999, esta Corporación analizó *in extenso* y de manera sistemática los problemas constitucionales que plantea el consentimiento informado en relación con los actuales tratamientos a la ambigüedad genital. Por ende, para resolver el presente caso no es necesario estudiar nuevamente el tema en forma integral sino que es suficiente sintetizar y reiterar los principales resultados del examen constitucional adelantado en la mencionada sentencia”.

En la Sentencia T 622 DE 2014 se da obediencia al precedente se da continuidad a lo definido por la Corte Constitucional en la sentencia SU-337 de 1999 y que además ha reiterado a lo largo del tiempo, se retoma lo expresado sobre el significado y tratamiento médico de los estados intersexuales. Además agrega “posteriormente, esta Corporación retomó los parámetros expuestos en la **sentencia T-551 de 1999**, en la cual revisó los fallos adoptados con ocasión de una solicitud de tutela presentada por el padre de una niña de dos años que presentaba una forma de ambigüedad ge-

nital, a saber un pseudohermafroditismo femenino por hiperplasia suprarrenal congénita.”

## Conclusiones

Después de analizar las sentencias y los conceptos técnicos al respecto, se puede concluir que el consentimiento informado en menores debe tener las siguientes condiciones: antes de los cinco años se debe proceder con base en la regla general del consentimiento sustituto, padres, representantes o tutores legales acompañado de un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud. Después de los cinco años se puede proceder a la intervención quirúrgica de redefinición de sexo sólo con fundamento en el consentimiento informado del menor, a menos que, en atención a las particularidades de cada caso, se disponga una opción distinta, como el consentimiento asistido, en procura que el Estado respete la integridad y los derechos del menor y tanto los padres como los menores deben obtener desde el inicio la información de tratamientos y cirugías para sus hijos antes de firmar el consentimiento.

En procura de garantizar en los menores el libre desarrollo de la personalidad cuando estos tienen algún trastorno de desarrollo sexual, en toda la jurisprudencia estudiada se estableció que la identidad sexual hace parte del núcleo esencial de dicho derecho, lo que implica la autonomía del sujeto de autogobernarse y autodefinirse como desee en su proyecto de vida es por esto que la corte constitucional determino que en caso de ser llevada a cabo la reasignación de genero deberá realizarse la misma en el registro civil de nacimiento.

Luego de construir la línea Jurisprudencial y con respecto a las decisiones y fundamentos de la Corte Constitucional como la encargada salvaguardar la integridad y supremacía de la Constitución, cuando se refiere a menores con trastornos de desarrollo sexual, se puede concluir que está fundamentada siempre en el principio de la prevalencia de los derechos del menor; es por esto que sus pronunciamientos generan una línea de reiteración sólida y uniforme que genera un ba-

lance constitucional en las decisiones futuras de la corte sobre estos asuntos.

## Referencias bibliográficas

- Sentencia SU 337, 377 (CORTE SUPREMA DE JUSTICIA 1999).
- Sentencia T 551, 551 (CORTE CONSTITUCIONAL 1999).
- Sentencia T 912, 912 (CORTE CONSTITUCIONAL 2008).
- Camargo, R. E. (4 de 12 de 2008). *www.derecho.unal.edu.co*. Recuperado el 22 de 03 de 2015, de <http://www.derecho.unal.edu.co/unijus/pj25/10Concepto.pdf>
- Camila Cespedes, S. C. (2005). Trastornos de la Diferenciación sexual. Un enfoque práctico. *programa de Educacion Continua en pediatria*, 45 a 51.
- Cárdenas, J. S. (2011). Consentimiento Informado. *Medico Legal*.
- Carpenter, M. (4 de Octubre de 2014). *www.brujulaintersexual.com*. Obtenido de <https://brujulaintersexual.wordpress.com/2015/01/21/que-es-la-intersexualidad-intersexualidad-para-aliados-por-morgan-carpenter-activista-intersexual/>
- Castillo, I. U. (5 de noviembre de 2014). <http://aleasiuclm.wix.com>. Obtenido de /aleasiuclm#18-de-Diciembre-d%C3%A1Da-de-la-Solidaridad-Intersexual/c1kod/8BF81664-530D-40F8-82B2-D55FB7DAE34C
- Código Civil Colombiano*. (2014). Bogota: Legis.
- Constitucional, C. (1991). *Constitucion Politica de Colombia*. Santafe De Bogota: Leyer.
- Encrypted. (18 de 03 de 2015). *www.encrypted.com*. Obtenido de <https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcR4d-sq-6TTUw1HYC9WZ47rgh29itVzYWdG-FYKpIWrbryVMLV7Cc>
- geosalud. (s.f.). *www.geosalud.com*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de <http://www.geosalud.com/consentimiento/consinformmms.htm>
- Intersex. (30 de Mayo de 2015). <http://lesbitgay.info>. Obtenido de <http://lesbitgay.info/in-tersex-terminologia-e-historia/>
- Jimenez, L. M. (2013). *EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS MENORES DE EDAD, UNA REVISIÓN A LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE*. Medellín: universidad Pontifica Bolivariana.
- Ley, 23 (Colegio de Etica Medica 1981).
- Ley 23 1981 Normas Sobre Etica Medica, 23 (Congreso de la Republica 1981).
- Metrosalud. (2011). *Documento Tecnico Sobre el Consentimiento Informado*. Medellín : Alcaldia de Medellin.
- Metrosalud, E. (2011). *www.metrosalud.gov.co*. Recuperado el 26 de 02 de 2015, de <http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/planeacion/Estructura%20Documental/5%20Manuales/MANUAL%20CONSENTIMIENTO%20INFORMADO.pdf>
- RESOLUCION 13437 DE 1991 Los Derechos del Paciente, 13437 (Ministerio de Salud 1991).
- Salud, M. d. (2015 de Marzo de 2015). *WWW.MINSALUD.COM*. Obtenido de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>
- Sánchez, A. F. (2011). El consentimiento informado, como parte del derecho médico. *www.ambitojuridico.com*. Obtenido de [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9570&revista\\_caderno=7](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9570&revista_caderno=7)
- Saulo Molina, O. (2008). Diagnóstico prenatal de ambigüedad. Bogota: Universidad Javeriana.
- Sentencia T 276, 276 (Corte Constitucional 11 de abril de 2012).
- Sentencia T 477, t 477 (Corte Constitucional 1995).
- Sentencia T 622, 622 (Corte Constitucional 2014).
- Sentencia T1025, 1025 (Corte Constitucional 2002).
- Sentencia T1025, 1025 (Corte Constitucional 2002).
- Temuco, J. h. (marzo de 2006). <http://www.med.ufro.cl>. Obtenido de [http://www.med.ufro.cl/clases\\_apuntes/cursos\\_clinicos/urologia/documentos/apuntes-embriolog-urogenital\\_resumen.pdf](http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/cursos_clinicos/urologia/documentos/apuntes-embriolog-urogenital_resumen.pdf)