



**LA VOZ DEL MENOR EN LA ELECCIÓN
DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS:
¿CUÁNDO DEBE EL MÉDICO IR EN CONTRA
DEL CONSENTIMIENTO SUBSTITUTO?
UNA PROPUESTA PRÁCTICA**

***THE VOICE OF THE MINOR IN THE CHOICE
OF MEDICAL PROCEDURES: WHEN SHOULD
THE DOCTOR OVERRIDE SUBSTITUTED CONSENT?
A PRACTICAL PROPOSAL***

NICOLÁS MONTENEGRO MORALES*

Fecha de recepción: 6 de marzo de 2025

Fecha de aceptación: 22 de abril de 2025

Fecha de Publicación: 30 de junio de 2025

RESUMEN

El concepto de consentimiento informado es fundamental en la práctica médica, ya que garantiza que los pacientes tomen decisiones sobre sus tratamientos con base en información clara y completa. Sin embargo, cuando se trata de menores de edad, este principio enfrenta importantes desafíos legales y éticos. Generalmente, los padres o guardadores legales otorgan el **consentimiento sustituto**, pero existen situaciones en las que esta autoridad entra en conflicto con el **interés superior del menor**. La jurisprudencia constitucional colombiana ha establecido límites a la decisión de los padres, priorizando la **autonomía progresiva del menor**, la urgencia del

* Estudiante de octavo semestre de la Pontificia Universidad Javeriana, miembro de Universitas, director editorial de opinión de Foro Javeriano, director del semillero SIDERCC y asistente jurídico en CAYRE-IPS. Correo: montenegro-n@javeriana.edu.co

procedimiento y la protección de sus derechos fundamentales. Este artículo analiza el marco legal del consentimiento informado en menores y explora las condiciones en las que los profesionales de la salud pueden intervenir sin el consentimiento de los representantes legales. Asimismo, se propone una rúbrica de análisis de riesgo como herramienta práctica para evaluar objetivamente los casos en los que la acción médica sin el consentimiento sustituto puede estar justificada. Este modelo busca equilibrar la seguridad jurídica de los profesionales de la salud con la garantía de los derechos fundamentales de los menores en la toma de decisiones médicas.

Palabras clave: Consentimiento sustituto, interés superior del menor, autonomía progresiva del menor, jurisprudencia constitucional, patria potestad, toma de decisiones médicas, derechos fundamentales del menor

ABSTRACT

Informed consent is essential in medical practice, but dealing with minors presents legal and ethical complications. Typically, parents or guardians provide substituted consent, yet this can clash with the child's best interests. Colombian constitutional law sets boundaries on parental authority, especially when a child's fundamental rights are at risk. The courts emphasize the growing autonomy of minors and the need for urgent medical care in some cases. Medical professionals may face situations where they must act without parental approval. This article examines when such actions are legally justified. It highlights the importance of protecting children's rights while respecting legal protocols. A proposed risk assessment rubric offers a structured way to evaluate these complex scenarios. The goal is to support ethical decision-making while reducing legal uncertainty for healthcare providers. Ultimately, the framework aims to uphold both medical responsibility and the evolving rights of minors.

Keywords: substituted consent, minors' best interest, progressive autonomy of minors, constitutional jurisprudence, child custody, medical decision making, fundamental rights of minors

1. INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es un principio fundamental en la relación médico-paciente, garantizando que en toda intervención médica sea realizada la

voluntad del paciente una vez que haya recibido información clara, completa y veraz sobre los riesgos y beneficios del procedimiento. Sin embargo, cuando se trata de menores de edad, esta garantía enfrenta diversas complejidades debido a la capacidad limitada de los menores para tomar decisiones autónomas y a la potestad que la ley otorga a sus padres o guardadores para consentir en su nombre. En este escenario, surge el denominado consentimiento sustituto, el cual permite que los representantes legales del menor decidan sobre los procedimientos médicos que le afectan.

Aunque la normatividad vigente y la jurisprudencia han reforzado la importancia del consentimiento sustituto en la protección de la vida y la salud del menor, hay circunstancias donde este principio choca con otros derechos fundamentales del niño. Casos emblemáticos han puesto de manifiesto que la voluntad de los padres no siempre es compatible con el interés superior del menor, especialmente cuando la negativa a un procedimiento se basa en consideraciones religiosas, morales o de otra índole que pueden poner en riesgo su vida, su integridad física o su desarrollo futuro.

El presente artículo analiza la evolución jurisprudencial y doctrinal sobre el consentimiento informado en menores, estableciendo los límites del consentimiento sustituto y las circunstancias en las que el médico puede, e incluso debe, actuar en contra de la decisión de los padres. Para ello, se revisan los criterios fijados por la Corte Constitucional, que han establecido que la autonomía progresiva del menor, la urgencia del tratamiento y la afectación de otros derechos fundamentales deben ser ponderados al momento de determinar la validez del consentimiento otorgado o negado por los representantes legales.

Por último, se propone una metodología objetiva basada en una rúbrica de análisis de riesgo, que busca brindar una herramienta práctica a los profesionales de la salud para evaluar, en cada caso concreto, si es viable proceder con una intervención médica sin el consentimiento sustituto, garantizando la protección de los derechos del menor y minimizando la incertidumbre legal que puede enfrentar el personal médico al tomar estas decisiones.

2. DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la declaración de voluntad de un paciente, quien, tras recibir información suficiente sobre un procedimiento médico, de-

cide someterse o no a este. Esta protección se extiende a cualquier actividad médica con riesgos, incluyendo tratamientos y terapias. En Colombia, el consentimiento informado es una obligación legal en intervenciones quirúrgicas, garantizando que el paciente reciba información clara y veraz para ejercer su derecho a la autodeterminación¹.

En concordancia con esto, el Código de Ética Médica² en su artículo 15, dicta que:

El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. **Pedirá su consentimiento** para aplicar los tratamientos médicos, [sic] 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. (énfasis fuera de texto).

De esta manera, se observa que el consentimiento informado es el acto del cual nacen las obligaciones entre paciente y médico(s) tratante(s), y que es indispensable para la realización de cualquier procedimiento médico, pues, como dijo La Corte Constitucional en la Sentencia SU-337 de 1999: “Omitir el consentimiento informado sería permitir que la concepción de bienestar y salud del médico se imponga a aquella del paciente, en detrimento de los propios intereses de este último y de la protección constitucional al pluralismo”.

2.1. ¿Cómo aplica el consentimiento informado en los menores de edad?

Hablar de los hijos es hablar de los padres, para analizar la posición de los menores de edad se debe empezar por los adultos responsables sobre dicho menor. Los menores, salvo excepciones de emancipación, no tienen la totalidad de la capacidad legal para desenvolverse en la sociedad. Por esto, están bajo el cuidado y responsabilidad de un adulto, que en principio son sus padres y en algunos casos es un guardador³ 4. Este concepto de Patria Potestad está definido en el Código Civil en el artículo 288 como: *el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar a aquéllos el*

1 (Rubio, 2011)

2 Ley 23 de 1981: por la cual se dictan normas en materia de ética médica

3 Entiéndase guardador, como la persona designada por un juez para, por ausencia o incapacidad de los padres, ejercer la patria de potestad sobre un menor

4 (Díaz et al, 2023)

cumplimiento de los deberes que su calidad les impone. Definición que recoge y ratifica el Código de Infancia y Adolescencia⁵.

Estos derechos de los padres sobre los hijos se extienden a la autorización o negación de realizar procedimientos médicos sobre ellos, como establece la Corte Constitucional en la Sentencia T-1015 del 2002: *Con todo, tratándose de menores, de ordinario corresponde a quienes ejercen la patria potestad prestar su consentimiento para la práctica de las distintas intervenciones quirúrgicas o tratamientos terapéuticos indispensables para la recuperación o rehabilitación del menor.* Esto se llama consentimiento sustituto y es el equivalente al consentimiento informado que deben firmar todos los pacientes antes de recibir un servicio, solo que en este caso es firmado por los padres y no por el menor. Este consentimiento es:

“presupuesto fundamental para garantizar la efectiva protección de los derechos a la vida, a la salud y a la integridad física de quienes no están en capacidad de decidir de manera autónoma sobre su propio cuerpo, como ocurre, como ya se dijo, con los hijos menores de edad frente a sus padres” (Corte Constitucional, T- 565A del 2007).

Lo anterior deja claro que como regla general son los padres quienes deben dar el consentimiento por sus hijos y no puede brindársele servicio alguno sin el documento firmado por sus padres o guardador. Esto también se encuentra regulado en el Código de Ética Médica, en el artículo 14: *“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” (énfasis fuera de texto).*

2.2. De los límites del consentimiento sustituto

Como quedó claro en el inciso anterior, es responsabilidad de los padres consentir por sus hijos para cualquier procedimiento. Esto implica que el profesional de la salud debe siempre tener en mente que la primera opinión a consultar

5 Artículo 14: La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos.

y, usualmente, la de mayor peso es la de los padres o guardadores, incluso si es contraria a la del niño, como se evidencia en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en Sentencia T-408-1995:

En estos eventos, es claro que los padres pueden decidir por el hijo. Así, ninguna objeción constitucional se podría hacer al padre que fuerza a un niño de pocos años a ser vacunado contra una grave enfermedad. En efecto, a pesar de la incomodidad relativa que le puede ocasionar al infante la vacuna, los beneficios de la misma para sus propios intereses son evidentes. Por ello es razonable concluir que no se vulnera la autonomía del niño, a pesar de que éste se oponga de momento a la vacuna, por cuanto es lícito suponer que[sic] en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la corrección de la intervención paternal (énfasis fuera de texto).

Si bien, esta es la regla general y debe ser el punto de partida de todo profesional médico para analizar un caso, no siempre es la regla aplicable, pues existen situaciones en las que el consentimiento no debe aplicarse; en que la regla general tiene excepciones. Estas excepciones las ha esbozado la Corte Constitucional en diferentes sentencias para determinar que la teoría del poder sustitutivo aplica cuando los procedimientos no son tan invasivos ni hieren la identidad o el libre desarrollo de la personalidad del menor.

“Sin embargo, aun cuando esta postura jurisprudencial puede ser lógica y razonable para aquellas operaciones o tratamientos que por su propia naturaleza no tengan incidencia sobre la identidad personal, la identidad sexual o el libre desarrollo de la personalidad del menor” SU-337 de 1999 (énfasis fuera de texto).

Es decir, la capacidad de los padres de consentir por sus hijos, incluso en contra de estos, encuentra límites en la jurisprudencia. Pues, como se dijo al principio de este escrito, los derechos de los menores tienen prevalencia, y por lo tanto deben, ser ponderados favorablemente incluso cuando entran en disputa con los de sus padres a pesar de que, en principio, son ellos los encargados de salvaguardar los derechos del menor. Esto, porque esa responsabilidad que otorga la patria de potestad en procedimientos médicos se entiende como un juicio sensato pensado a futuro, para proteger los derechos del titular incluso su juicio aún inmaduro. Por esto, en la Sentencia T-408, citada anteriormente, (el ejemplo de la vacuna) ilustra cómo la poca edad del niño haría que este quisiera oponerse a aplicarse una vacuna por el dolor que esta le produce, sin embargo, los padres de familia saben que esta vacuna es necesaria para su correcto desarrollo y por eso consienten su aplicación, incluso frente a la negativa del menor.

Este ejemplo, deja claro que lo que legitima el poder de la patria de potestad es el derecho a la salud del menor y el hecho de que deba asignarse un guardador, puesto que el titular es todavía muy inmaduro para ser consciente de la gravedad e importancia de sus propios derechos. Por esto mismo, no puede el padre de familia extralimitarse en su uso, pues usar como criterio para decidir algo diferente a los derechos de salud del menor, como podrían ser las creencias religiosas o sociales del padre de familia, constituirían un uso incorrecto de la patria de potestad y darían pie para prescindir del consentimiento sustituto.

Ejemplos de ambos casos hay en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Es el caso de la Sentencia T-474 de 1996, en donde un adolescente de 17 años se negaba a recibir un tratamiento de quimioterapia, pero su padre insistía en realizarlo. Así La Corte falló a favor del padre, argumentando que:

El tratamiento era entonces necesario no sólo para amparar la vida y salud sino también para proteger la estabilidad emocional del menor, que ha entendido que de él en gran medida depende que cuente con la posibilidad de un futuro.

Así se puede ver que la razón de la decisión del padre (la posibilidad de alargar la vida y curarse de su enfermedad) fue basada en los derechos de salud del menor y en su futuro, razón por la cual la Corte ratificó el uso del consentimiento sustitutivo.

Caso contrario, es el analizado en la Sentencia T-408 de 1995 (la misma del ejemplo de la vacuna), en donde se evalúa que:

en la hipótesis contraria, no sería admisible constitucionalmente que un padre forzara a su hijo, que está a punto de cumplir la mayoría de edad, a someterse a una intervención médica que afecta profundamente su autonomía, y que no es urgente o necesaria en términos de salud, como una operación [sic] de cirugía plástica por meras razones estéticas.

En este caso el padre está usurpando la autonomía de su hijo y modelando su vida, pues le está imponiendo, de manera agobiante y permanente, unos criterios estéticos que el menor no comparte. La decisión paterna deja entonces de tener sentido para proteger los intereses del menor y se convierte en la imposición coactiva a los individuos de un modelo estético contrario al que éste profesa, lo cual obviamente contradice la autonomía, la dignidad y el libre desarrollo de la persona, fundamentos esenciales de nuestro ordenamiento jurídico (CP arts 1º, 5 y 16)”.

Así, empieza a quedar claro que no es que el menor sea un titular mudo de sus derechos, sino que de acuerdo con diferentes escenarios su voz toma mayor o menor relevancia. Estos parámetros son analizados desde los principios de (i) necesidad, (ii) urgencia y (iii) afectación a los demás derechos del menor.

La necesidad, en cuanto sea indispensable el recibimiento del procedimiento, como fue el caso citado anteriormente de la quimioterapia, en donde si este procedimiento no se aplicaba el paciente seguramente fallecería. La urgencia, entendida como el juicio de qué tan inminente e indispensable es la realización del procedimiento en el menor, cómo fue plasmada por La Corte Constitucional:

*“El consentimiento informado en menores se denomina consentimiento sustitutivo, puede ir en cabeza de los padres o del médico tratante, pero para ello debe tener en cuenta los siguientes parámetros: **La urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor de 18 años**, o Los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño y la edad del paciente”. (Sentencia C-900 de 2011).*

Y la vulneración de sus otros derechos, como la ponderación entre el derecho protegido y aquellos que pueden verse vulnerados por el procedimiento médico, porque existen procedimientos que por su naturaleza son invasivos y pueden afectar gravemente la vida del paciente, como lo establece la Corte Constitucional en Sentencia C-900 de 2011:

*“No obstante, esta facultad no es absoluta, y por el contrario: (i) debe garantizarse que la opinión del niño sea consultada, de acuerdo [sic] a su edad y madurez y (ii) bajo ciertas circunstancias resulta indispensable el consentimiento informado del menor de 18 años, **en aras de salvaguardar el derecho al libre desarrollo de la personalidad, la proyección de la identidad y autonomía personal y, en últimas, la vida digna, especialmente en aquellos procedimientos altamente invasivos y definitivos**” (énfasis fuera de texto).*

3. PARÁMETROS PARA PONDERAR LAS VOLUNTADES IRRECONCILIABLES

Como regla general, la protección de los derechos de los menores de edad implica un equilibrio con los derechos de sus padres. Derechos, que como se vio en el capítulo anterior incluyen la capacidad para consentir los procedimientos médicos que se realizan sobre el menor a su cargo, siempre y cuando se haga en aras del mejor interés del menor. Y, cuando existan discrepancias entre ambas

voluntades, La Sentencia C-900 de 2011 de la Corte Constitucional explica el interés superior del niño como un principio fundamental en la protección de sus derechos, enfatizando su prevalencia sobre los derechos de terceros, incluyendo los de sus padres o representantes legales. La Corte señala que este principio, consagrado en el Artículo 44⁶ de la Constitución Política, obliga a que en todas las decisiones que afecten a los menores, se garantice de manera prioritaria su bienestar y desarrollo integral.

Para acreditar el interés superior del niño, La Corte, en la sentencia anteriormente mencionada, manifiesta la necesidad de (i) tomar a consideración el grado de autonomía de los menores de edad, que evoluciona con su edad y madurez, lo que implica que su opinión debe ser tenida en cuenta en decisiones que les afecten. (ii) Determinar si la decisión tomada por los representantes del menor vulnera derechos fundamentales, particularmente el derecho a la vida y la salud. Y (iii) la facultad del Estado de intervenir para garantizar la protección de los menores cuando los padres o representantes legales adoptan decisiones que comprometen gravemente la salud o la vida del menor.

Así la Corte concluye que, si bien no hay una regla general que permita al personal médico aplicar procedimiento sin el consentimiento sustituto de los Padres de familia: “en los casos de urgencia manifiesta que ponga en peligro la vida de los infantes, el sistema de salud debe actuar de forma inmediata, incluso cuando no sea posible obtener dicha aquiescencia”. (Sentencia C-900 de 2011).

Lo anterior, evidencia que existen momentos en donde la persona encargada de llevar a cabo el test de prevalencia de interés superior del menor para realizar o no un procedimiento médico es el médico tratante, incluso teniendo la facultad de ir en contra de lo manifestado por los representantes legales del menor si considera que sus derechos fundamentales deben tener primacía.

El problema, es que no existen lineamientos específicos para tomar esta determinación, como lo reconoce la misma Corte Constitucional en la sentencia

6 Artículo 44 de la Constitución política:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

anteriormente citada: “La forma en que se deben armonizar los derechos y resolver los conflictos entre los intereses de los padres y los intereses del niño, no se puede establecer en abstracto, sino en función de las circunstancias de cada caso particular”. Sino que remite a los conceptos anteriormente mencionados, y a un listado general que se recogió de las sentencias C-900 del 2011, T-510 de 2003 y T-572 de 2009, sobre los criterios a tener en cuenta cuando se intente establecer el interés superior del menor:

a. Garantía del desarrollo integral del niño. Se debe, como regla general, asegurar el desarrollo armónico, integral, normal y sano de los niños, desde los puntos de vista físico, psicológico, afectivo, intelectual y ético, así como la plena evolución de su personalidad. Corresponde a la familia, la sociedad y el Estado, brindar la protección y la asistencia necesarias para materializar el derecho de los niños a desarrollarse integralmente, teniendo en cuenta las condiciones, aptitudes y limitaciones propias de cada niño.

b. Garantía de las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos fundamentales del niño. Los derechos de los niños deben interpretarse de conformidad con las disposiciones de los tratados e instrumentos de derecho internacional público que vinculan a Colombia.

c. Protección del niño frente a riesgos prohibidos. Se debe resguardar a los niños de todo tipo de abusos y arbitrariedades, y protegerlos frente a condiciones extremas que amenacen su desarrollo armónico, tales como el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución, la violencia física o moral, la explotación económica o laboral, y en general, el irrespeto por la dignidad humana en todas sus formas.

Sin embargo, estos criterios son abstractos, abarcan más escenarios que el médico y requieren de un conocimiento legal profundo que un profesional de la salud no debería tener, además de ser necesarios en momentos de urgencia donde puede no existir el tiempo para que el médico busque asesoramiento jurídico. Por ende, existe la necesidad de intentar cuantificar el razonamiento médico de estas situaciones, no con la intención de reemplazar reemplazar el juicio humano, sino de darle un fundamento numérico que, a su vez, brinde seguridad jurídica al profesional de la salud. Por estos motivos, se presenta la siguiente propuesta.

4. UNA PROPUESTA PRÁCTICA

De la unión de los principios dados por la Corte Constitucional para juzgar el peso de la opinión del menor a la hora de opinar sobre procedimientos médicos para que sean o no aplicados en él, los cuáles fueron numerados y definidos en

el capítulo 2.2 de este texto, y los parámetros requeridos por la misma Corte Constitucional para valorar opiniones en controversia entre el menor de edad y sus padres o representantes legales sobre la aplicación de un procedimiento médico, explorados en el capítulo 3 del texto, se construyó una rúbrica de medición de riesgo jurídico que pretende ser una herramienta que dé un sustento objetivo y número al profesional de la salud que se encuentre en una situación donde deba juzgar si aplicar o no un procedimiento a un menor de edad.

Esta rúbrica no pretende ser la herramienta final que tendría un profesional de la salud en sus manos, sino ser una primera propuesta en una larga discusión para cuantificar conceptos abstractos y altamente cualitativos como lo pueden ser la ponderación de derechos. Asimismo, el valor de la propuesta yace en los criterios seleccionados, los cuales fueron elegidos por ser los más repetidos en las sentencias de la Corte Constitucional. Y en el orden que le dio en la tabla, teniendo en cuenta que del valor del primer concepto, el resto tendrá un valor mayor o menor.

Por ende, lo que este artículo propone es una es una rúbrica con cuatro conceptos, donde el primero es el más importante y dependiente del nivel de gravedad que se evidencie en este criterio, los demás tendrán mayor o menor relevancia. Los porcentajes mostrados fueron elegidos por el autor para poder presentar una demostración gráfica de cómo se vería la rúbrica, no pretenden ser el número final, por el contrario, se espera sean revisados y modificados por expertos en la materia que tomen interés en la propuesta. Por lo anterior, se le pide al lector que localice su atención en lo que significa cada criterio y en el orden en que aparecen, no en la precisión matemática del porcentaje.

Hecha esa salvedad, se presenta la siguiente rúbrica elaborada en Excel:

Nivel de Riesgo	
5	no hacerlo
1	hacerlo

				Violación otros derechos		
				entre 4 y 5	3	entre 1 y 2
1	Violación otros derechos			50%	35%	20%
2	Necesidad			5%	5%	10%
3	Edad			5%	15%	20%
4	Urgencia			40%	45%	50%

La rúbrica presenta cuatro elementos:

I. La violación a los derechos:

Los menores de edad tienen especial protección del ordenamiento legal, según la constitución política en su artículo 44. Esto, porque los menores no han alcanzado la plenitud de sus facultades mentales, lo que implica que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el **ejercicio pleno de sus derechos**⁷. Es decir, que el sentido de la protección especial es salvaguardar al niño de daños hasta que tenga la capacidad para ejercer sus derechos de manera individual.

Por ende, toda potestad derivada de esta especial protección debe ejercerse con en pro de los derechos del menor. En temas médicos, la Corte Constitucional ha enfatizado que siempre deben considerarse “los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño” (C 900-2011) y que no pueden tomarse “decisiones que tendrían que imponerse por la fuerza, a lo mejor transgrediendo otros derechos del mismo” (C 474-1996). Asimismo, ha dicho que, para determinar en un caso en concreto lo mejor para el interés superior del menor, debe buscarse la opción que de Garantía de las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos fundamentales del niño (T-510 del 2003).

Lo anterior, complementa lo dicho en capítulos anteriores para concluir que la razón de ser de la posición privilegiada de los menores de edad en el orden constitucional, es el interés del Estado en que los menores se desarrollen oportunamente y puedan ejercer sus derechos. Por ende, se seleccionó la violación a los derechos como el primer concepto que debe juzgar el profesional de la salud que tome la decisión final sobre si aplicar un procedimiento o no. Pues, entre más un procedimiento interfiera con el resto de derechos del menor, más urgente y necesario debe ser para poder considerarlo, y mayor debe ser el menor de edad.

Con esto dicho, entiéndase el criterio como: qué tan invasivo es el procedimiento y, debido a esta naturaleza invasiva, cómo puede el cuerpo y/o los demás derechos del paciente (vida, libre desarrollo de la personalidad, libertad de locomoción, derechos sexuales, etc.) verse afectados.

7 Corte Constitucional Sentencia C-900 de 2011.

II. La necesidad:

Uno de los parámetros de la Corte Constitucional para juzgar este tipo de casos, como se citó en el capítulo 3, es la obligación de Protección del niño frente a riesgos prohibidos, donde dice que “se debe proteger a los menores frente a condiciones extremas que amenacen su desarrollo armónico” (C-900, 2011). Dichas amenazas, pueden ser de carácter médico, pues es deber el médico expresar al paciente cuáles son los riesgos de su procedimiento y cuáles son los riesgos de no realizarlo (SU-337, 1999). Y Sobre esta valoración médica, debe evaluarse siempre que el paciente presente necesidades fisiológicas que justifiquen el procedimiento, pues de lo contrario esas intervenciones quirúrgicas y hormonales debían ser postergadas hasta que el afectado pueda comprender sus riesgos y beneficios (T-1021 del 2003), por lo que, ha dicho la Corte que para tomar estas decisiones debe estar clara la importancia del tratamiento para los intereses del menor (C-900, 2011).

Ante esto, el segundo criterio seleccionado busca que el profesional de la salud juzgue qué tan indispensable es el procedimiento para tratar o diagnosticar la condición del paciente, es decir, que para la condición específica del paciente ese procedimiento sea el único o el más efectivo y que las consecuencias de no aplicarlo configuran riesgos de gran escala para el menor, entendiendo esto como un parámetro a mediano o largo plazo.

III. La edad del menor:

La autonomía de los menores de edad no es un concepto estático, sino que evoluciona progresivamente en función del desarrollo de sus capacidades. A medida que los niños y adolescentes crecen, su habilidad para ejercer sus derechos y comprender los riesgos asociados a sus decisiones se fortalece, lo que implica que la intervención de los padres o representantes también debe ajustarse a esta evolución. Como lo señala la Corte, corresponde a los padres “ir delante mostrando el camino” (T-474 de 1996), guiándolos en el ejercicio de su libertad de manera acorde con el desarrollo de sus facultades, restringiendo progresivamente su intervención conforme el menor alcanza mayor autonomía. Este proceso de consolidación de la personalidad y de la autonomía se encuentra íntimamente relacionado con la edad de la persona, como lo reconoce la jurisprudencia al afirmar que dicho desarrollo está “en gran medida ligado a la edad” (SU-337 de 1999).

Sin embargo, ni la ley ni la jurisprudencia marcan una diferenciación específica para el caso de las edades de los menores. Por analogía, podría usarse la establecida en el Código de Infancia y Adolescencia, la cual únicamente distingue a los niños (entre 0 y 12 años) y a los adolescentes (entre 13 y 17). Sin embargo, al no especificarse en la jurisprudencia un trato diferenciado por edades, se presenta la siguiente diferenciación: Si el paciente es menor de 12 años, calificar como 5. Si tiene 13 o 14 años, calificar con 4. Si tiene 15-años calificar con 3. Si tiene 16 años calificar con 2. Si tiene 17 años calificar con 1.

IV. Urgencia:

En materia de derechos a la salud de los niños, niñas y adolescentes, la urgencia del tratamiento resulta un factor primordial. La disposición aplicable establece que debe garantizarse “la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida” (C-900 de 2011), resaltando la importancia de responder sin dilaciones ante situaciones que comprometan su integridad. Además, la jurisprudencia constitucional ha enfatizado que, al abordar estos casos, debe sopesarse la urgencia y relevancia del tratamiento en función de los intereses del menor. En esta línea, se ha señalado que “**la urgencia**, el carácter benéfico, poco invasivo y no riesgoso del procedimiento, la poca edad del niño y el hecho de que no se afecte su libre desarrollo de la personalidad juegan a favor del consentimiento sustituto, mientras que sus contrarios aconsejan consultar la voluntad del menor de edad, así sea necesario esperar a que crezca un poco para alcanzar la autonomía suficiente para decidir” (C-900 de 2011).

Ante esto, se ecogió la urgencia como el último criterio, pero como el segundo que más importancia tiene, al ser este entendido como la inminencia del procedimiento, y la afectación grave y riesgo de muerte que sufre el paciente de no hacerse lo más pronto posible.

¿Cómo se califican los criterios?

Cada elemento debe ser calificado de 1 a 5, siendo 1 valor donde más recomendable es hacer el procedimiento y 5 el que menos. La rúbrica debe ser llenada en orden, pues los valores de cada numeral no son fijos, sino que varían en función del valor asignado al criterio anterior. Esto significa que cada factor de riesgo no es evaluado de forma aislada, sino que su peso se ajusta según la influencia de los

factores previos usando un ajuste dinámico de los porcentajes. Este mecanismo permite una evaluación más precisa y contextualizada del riesgo, garantizando que las decisiones sean proporcionales a la situación específica de cada caso.

El porcentaje de los numerales depende del valor ingresado en el numeral primero: vulneración de otros derechos, que se evidencia es al que más preponderancia se le da en las sentencias. Así, en los casos donde el caso evidencia una violación a otros derechos de 4 y 5 (el más grave, es decir, el escenario donde el procedimiento más interfiere con los otros derechos del menor), este numeral valdrá el 50%, en los casos donde el valor es 3, valdrá el 35% y en los casos donde el valor es 1 o 2, valdrá el 20%. De esta manera, el porcentaje del resto de numerales se distribuirá en concordancia, como se evidencia ilustra en la siguiente tabla:

Violación otros derechos		
entre 4 y 5	3	entre 1 y 2
50%	35%	20%
5%	5%	10%
5%	15%	20%
40%	45%	50%

De esta manera, se utilizan coeficientes numéricos como “0.5”, “0.35” y “0.2” para cada factor de riesgo, lo que permite cuantificar su impacto en la evaluación global y el resultado final del análisis de riesgo indica la acción a seguir. Si el puntaje total es mayor a 3.5, se recomienda no hacer el procedimiento, si es menor, es recomienda hacerlo, como se puede ver en la siguiente simulación:

Simulación		
5	50%	2,50
5	5%	0,25
1	5%	0,05
1	40%	0,40
	100%	3,20

SI

5. CONCLUSIONES

El consentimiento informado en menores de edad representa un desafío en la intersección entre la autonomía progresiva del menor, la patria potestad de los padres y la obligación del Estado de garantizar el interés superior del niño. La jurisprudencia constitucional colombiana ha reconocido que, si bien los padres tienen la facultad de otorgar un consentimiento sustituto en nombre de sus hijos, este poder no es absoluto y debe estar sujeto a límites que protejan los derechos fundamentales del menor, especialmente en situaciones donde su vida, salud o desarrollo integral estén en riesgo.

A lo largo de este artículo, se han analizado los criterios establecidos por la Corte Constitucional para evaluar en qué circunstancias el consentimiento sustituto es válido y cuándo, por el contrario, es necesario ponderar la opinión del menor o incluso prescindir del consentimiento de sus representantes legales. Se ha identificado que la urgencia del procedimiento, la afectación de otros derechos fundamentales y la capacidad de discernimiento del menor son factores determinantes en esta decisión.

En este contexto, la propuesta de una rúbrica de análisis de riesgo busca proporcionar una herramienta práctica y cuantificable para guiar la toma de decisiones en situaciones médicas complejas. Al permitir un enfoque estructurado, esta metodología ayuda a evaluar la gravedad del caso y a determinar si es necesario proceder con el tratamiento, aun en ausencia o contra la voluntad del consentimiento sustituto.

Sin embargo, es fundamental reconocer que ninguna herramienta puede reemplazar el análisis caso a caso que deben realizar los profesionales de la salud y las autoridades competentes. La protección del menor exige un equilibrio entre la seguridad jurídica del personal médico y la garantía de los derechos del paciente. La evolución normativa y jurisprudencial en esta materia continuará siendo crucial para definir con mayor claridad los límites del consentimiento sustituto y fortalecer el marco de protección de la niñez en Colombia.

REFERENCIAS

- Corte Constitucional, Sentencia C-900 de 2011
- Corte Constitucional, Sentencia SU-337 de 1999
- Corte Constitucional, Sentencia T-1021 de 2003
- Corte Constitucional, Sentencia T-401 de 1994

- Corte Constitucional, Sentencia T-1015 de 2002
- Corte Constitucional, Sentencia T-408 de 1995
- Corte Constitucional, Sentencia T 474 de 1996
- Corte Constitucional, Sentencia T-510 de 2003
- Corte Constitucional, Sentencia T-572 de 2009
- *DECISIONES MÉDICAS EN MENORES DE EDAD: AUTONOMÍA y CONSENTIMIENTO INFORMADO*. (2011). [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54834/RubioMorelli%2cMariaCamila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, B. J. O., Medina, A. P., & Martínez, C. a. C. (n.d.). Consentimiento informado en menores de edad en tratamientos de reasignación de sexo en Colombia. *Deleted Journal*, 2(2), 146–167. <https://doi.org/10.62407/rces.v2i2.56>