

**La doctrina constitucional sobre intersexualidad en Colombia**

**Sandra Victoria Correa Almeyda**

**Rafael Daniel Castro Arenas**

**Universidad Autónoma de Bucaramanga**

**Facultad de Derecho**

**Proyecto de Grado. Maestría en Derecho de Familia**

**2012**

**Resumen**

La protección integral de los niños debe ser armonizada con el resto del ordenamiento jurídico, que para efectos de capacidad para actuar se encuentra regulada en el código civil, norma que como se verá en este estudio es inaplicada por la Corte Constitucional al resolver el problema del hermafroditismo y es reemplazada por el principio de autonomía, particularmente en la aplicación del consentimiento informado del menor de edad que permita la intervención médica para practicar procedimientos invasivos en los órganos sexuales del mismo, con la advertencia que cuando se trate de afecciones sexuales o genitales que afecten de manera grave la salud del niño cobra validez el consentimiento sustituto paterno.

### **Introducción**

El presente trabajo tiene por objeto analizar la doctrina de la Corte constitucional en Colombia respecto a la readecuación del sexo de los niños intersexuales, en cuyo estudio se han planteado diversas soluciones para resolver las tensiones entre los principios de autonomía del menor de edad y el de beneficencia, a la luz de las teorías bioéticas contemporáneas y el régimen general de la capacidad contemplado en la normatividad legal.

El análisis atañe especialmente al consentimiento informado a que tienen derecho los niños en estado de intersexualidad para decidir sobre la suerte de su ambigüedad genital, tema delicado que si no se analiza con prudencia puede vulnerar el derecho fundamental a la orientación sexual de los mismos.

El problema gira en torno a verificar si el balanceo de los principios de autonomía y de beneficencia que la jurisprudencia nacional ha aplicado en el procedimiento de readecuación de sexo en los niños y niñas hermafroditas es adecuado para proteger el interés superior de los niños, si protege su dignidad y si es viable reconocer los estados intersexuales en el registro civil de nacimiento para garantizar su derecho de identidad.

En Colombia son pocos los fallos de la Corte Constitucional que se han ocupado de resolver el problema planteado, no obstante, en la sentencia SU-337 de 1999, unificadora de la línea jurisprudencial sobre hermafroditismo, se ofrece una solución cuyo desarrollo conceptual será la principal fuente de estudio en este ensayo.

Como objetivos puntuales se abordará el estudio del soporte científico que empleó la doctrina constitucional para abordar el concepto de hermafroditismo y su clasificación; luego se analizará la inaplicación del régimen de capacidad legal en los menores de edad hermafroditas. Se expondrá en qué casos los niños hermafroditas no están en capacidad de tomar su propia decisión sobre su orientación sexual, al tiempo que se determinarán los aspectos psicológicos, médicos y sociales relevantes de su identidad sexual. En este orden se revisarán aquellos casos que por no haberse utilizado en debida forma los protocolos por parte de equipos médicos se haya vulnerado el derecho a la identidad personal de los niños.

El enfoque del estudio seguirá los planteamientos filosóficos que sobre bioética ha elaborado Arthur Kaufmann y los conceptos que sobre la misma materia ha realizado en Italia Uberto Scarpelli, de corte laico, los cuales se confrontarán con los estudios de línea católica del italiano Francesco D'Agostino y que en Colombia ha adelantado Gilberto Cely Galindo. Este bloque informativo será orientado metodológicamente por los principios de hermenéutica jurídica explicados por el profesor Laureano Gómez Serrano, como

herramienta para comprender los criterios que ha tenido la doctrina de la Corte Constitucional sobre la intersexualidad.

*Análisis Preliminar.* A través de la historia se ha definido al ser humano según su género, es decir, como masculino (hombre) y femenino (Mujer); sin embargo, se presentan situaciones genéticas por ambigüedades sexuales que no determinan concretamente una identidad sexual, como es el caso de los hermafroditas, catalogados por la ciencia como sujetos intersexuales que experimentan estados intermedios de un dimorfismo sexual.

Esta situación morfológica proviene desde el nacimiento y se ha presentado en la humanidad desde tiempos inmemoriales. Sin embargo, como se trata de una situación que solo abarca a una minoría de la población, aun no existe una regulación normativa sobre su identificación sexual, ni mucho menos se le ha asignado el estado de ser hermafrodita o intersexual, como sexo para determinar el estado civil.

El trato moralista de corte religioso que le dan los padres al tema obliga a intervenir algunas veces al juez constitucional para proteger a los niños en estado intersexual, pues este tema, considerado la mayoría de las veces un tabú, induce a las personas mayores a definir la situación sexual de esos hijos desde los primeros años de su infancia, aún en contra de la decisión que pudieran tener los niños sobre su orientación sexual. Como estos casos son excepcionales, el legislador sencillamente los ha ignorado y le ha correspondido a la Corte constitucional crear derecho sobre el asunto.

Como punto relevante en el estudio del tema se considera importante el consentimiento informado, como una manifestación de la autonomía, derecho fundamental que la Carta Política reconoce a los niños. Partiendo de este supuesto, la Corte

Constitucional ha establecido doctrina respecto al momento en que debe tomarse la decisión de definir el sexo a los niños en estado intersexual.

Lo anterior constituye una excepción en el régimen de capacidad de las personas contemplado en el Código Civil (artículo 1502) que limita o anula la opinión de los infantes e impúberes.

Nos interesa estudiar si la posición de la Corte respeta el principio del interés superior del niño o si se inclina por preservar la posición de los padres. De igual manera, el criterio sobre la edad en la que debe aplicarse al niño la intervención quirúrgica que establecerá, finalmente, su identidad sexual.

Desde el punto de vista del derecho positivo, no existe un criterio legal definido sobre el procedimiento que debe realizarse sobre el registro del nombre como elemento del estado civil y los requisitos para cambio de sexo. No obstante, la posición jurisprudencial en algunas sentencias de la Corte Constitucional sí ha sentado doctrina sobre este último punto, para establecer si el protocolo médico vulnera otros principios constitucionales como el libre desarrollo de la personalidad, la libre expresión y la dignidad de los niños en estado intersexual

## 1. La intersexualidad

La existencia simultánea en una persona de estructuras anatómicas genitales masculinas y femeninas genera un estado de intersexualidad. Tovar, D. (2009). Este estado se presenta en “... personas que biológicamente desarrollan las características físicas y genitales de los dos sexos. Aunque existen diferentes grados de intersexualidad y extensa literatura científica sobre el tema, es importante resaltar la autonomía de los seres humanos para definirse a sí mismos/as”.

La definición del sexo de las personas se produce en secuencias o etapas que pueden sufrir desviaciones en su desarrollo, lo cual origina los estados intersexuales.

Diana Patricia Tovar ilustra el proceso con un ejemplo de la diferenciación sexual del hombre en tres procesos secuenciales. Dice: “El primer paso es el establecimiento del sexo genético por la presencia de los cromosomas sexuales 46XY, proceso completado durante la fecundación del óvulo. El segundo paso es la diferenciación de la gónada indiferenciada hacia el testículo. Este proceso de diferenciación testicular involucra el gen SRY, localizado en el cromosoma Y, como también a múltiples genes localizados en los cromosomas autosómicos; este proceso ocurre entre la 5ª y 6ª semana. El tercer paso es la traducción del sexo gonadal en el sexo fenotípico, es decir, en la formación de los genitales internos y externos (Molina, Polanía, Osorio y Pérez, 2008, pp. 259-276).

En términos generales, el hermafroditismo es equivalente a un estado de intersexualidad, de acuerdo con las diferentes acepciones científicas y académicas que la Corte Constitucional ha tenido en cuenta para resolver los casos que le ha correspondido estudiar, especialmente el resuelto en la sentencia hito SU-337/99.

La Corte Constitucional asume que la sexualidad es un fenómeno complejo que implica atender los diversos patrones socioculturales que le corresponde desempeñar a los hombres y a las mujeres dentro de la llamada cultura de género, que repercute en aspectos como la identidad, el comportamiento y la orientación sexual de las personas, sin desconocer el sexo en su dimensión biológica, esto es, la distinción entre macho y hembra.

Sobre este aspecto Diana Patricia Tovar indica:

Así, vemos enfrentados dos argumentos que explican las diferencias sexuales; por un lado, el argumento esencialista: “por herencia genética o por condicionamiento social, las mujeres son femeninas y los hombres masculinos” y el argumento antiesencialista: “la sexualidad está sujeta a una construcción social: la conducta sexual está ligada a la cultura, a las transformaciones sociales y políticas, a la moda etc. Por tal motivo, sólo podemos comprender las conductas sexuales en un contexto concreto, cultural e histórico (Tovar, s.f.)

La valoración de la sexualidad ha sido diversa en el campo del género, de acuerdo con la evolución sociocultural de la sociedad, en fenómenos tales como la homosexualidad, que en épocas pasadas era objeto de rechazo y que en la actualidad se acepta como una opción de vida en las democracias pluralistas, con base en los principios de igualdad y dignidad, y en el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

En el campo biológico el concepto de sexo no es único y ha sido clasificado en la literatura médica, la cual se ha estandarizado a nivel científico y en la que el hermafroditismo presenta una ambigüedad sexual atípica, considerado como un trastorno anatómico y funcional.

Sobre el punto Diana Patricia Tovar señala:

De acuerdo con la Sentencia SU-337/99, nacer en condición de intersexualidad cuestiona algunas de las convicciones sociales más arraigadas y profundas, pues la noción misma según la cual biológicamente existen sólo dos sexos queda en entredicho y nos problematiza acerca de lo que entendemos por normalidad. Lo que no es puramente femenino o masculino es visto como una enfermedad, una patología. Hemos sido educados binariamente, es decir, como hombres o como mujeres y la sociedad y la cultura genera resistencia para reconocer como iguales a aquellas personas que, debido a malformaciones congénitas o a su naturaleza biológica ambigua nacen en condiciones de intersexualidad (Tovar, s.f.)

La Corte Constitucional resume la diferenciación sexual biológica en la sentencia SU-337de 1999, así:

*Sexo cromosómico o genotípico, que es aquél que se encuentra determinado genéticamente en la concepción, y corresponde a los cromosomas sexuales: XY para el varón y XX para la mujer.*

*Sexo gonadal, que es definido por la naturaleza de las glándulas sexuales y de los órganos reproductores internos, a saber, los testículos para el hombre y los ovarios para la mujer.*

*Sexo hormonal o endocrinológico, según si predominan en las personas las hormonas masculinas (andrógenos) o femeninas, como los estrógenos.*



*La apariencia o el fenotipo, permite diferenciar entre hombres y mujeres, en especial por la forma de los genitales externos, pues los hombres presentan pene y escroto, mientras que las mujeres poseen vagina y labios.*

*Otros rasgos fenotípicos, o de apariencia, secundarios, pues existen algunas características típicamente masculinas -como la barba- y otras femeninas - como el crecimiento de los senos-.*

En general, la combinación ordenada de todos estos elementos sexuales determina si una persona es varón o mujer, pero cuando estos elementos no coinciden se produce la ambigüedad sexual. Al respecto dijo la Corte:

*En cambio, existe ambigüedad sexual o genital cuando, por alguna causa, no existe coincidencia entre tales componentes y, en especial, cuando los genitales externos no pueden ser directamente clasificados como masculinos o femeninos, y por ello no existe claridad para asignar un sexo específico al recién nacido (Corte Constitucional, 1999)*

En el fundamento 31 de la sentencia unificadora de la Corte se establece que, de acuerdo con la literatura médica, el hermafroditismo es un estado intersexual que se ha clasificado en tres grupos: los hermafroditas verdaderos, los pseudohermafroditas masculinos y el grupo de pseudohermafroditismo femenino, definidos por la Corte de la siguiente manera:

*"Hermafroditas verdaderos". 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).*

*"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.*

*"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 (Corte Constitucional, 1999).*

No obstante, Alice Drege, citada por la Corte, indica que es criticable esta clasificación que data del siglo antepasado, por estar cimentada en la existencia exclusiva de los dos sexos tomados como modelos, el masculino y el femenino, que a su vez se sustentaba en que el sexo realmente solo se determinaba por la naturaleza del tejido gonadal, pues se desconocía el sexo cromosómico. Dice la cita:

*...estas denominaciones fueron inventadas por los médicos en el Siglo XIX, durante la época victoriana, con el fin de tratar de probar que, a pesar de la apariencia de ambigüedad genital de ciertas personas, en el fondo existían sólo*

*dos sexos. Con ello se buscaba preservar los patrones culturales de esas sociedades, que estaban basados en una rígida división de papeles entre los hombres y las mujeres, la cual se veía amenazada por la presencia de personas que aparentemente tenían un sexo indefinido. Los médicos victorianos creyeron entonces encontrar que el sexo "verdadero" era el determinado por la naturaleza del tejido gonadal... Como los casos de hermafroditismo verdadero son raros, entonces se podía sostener que existían sólo dos sexos biológicos, pues los pseudohermafroditas no eran verdaderamente hermafroditas, sino machos mal virilizados o hembras virilizadas, con lo cual quedaba protegida la rígida división de tareas sociales entre hombres y mujeres. ...Esa clasificación es hoy muy discutible, en términos científicos, pues no sólo deja de lado el sexo cromosómico sino que, además, sus consecuencias parecen absurdas en algunos casos. Por ejemplo, no parece lógico caracterizar como un "hombre mal virilizado" a una persona que tiene testículos pero que, debido a una insensibilidad absoluta a los andrógenos, tiene una apariencia totalmente femenina y ha adquirido una identidad y un comportamiento igualmente femenino (Drege, s.f.).*

A pesar de esta crítica científica la Corte acoge la distinción clásica entre hermafroditismo y pseudohermafroditismo, por ser la más aceptada para describir los estados intersexuales. Y hace referencia además a algunos estados de ambigüedad sexual diferentes a los descritos. Estos son:

*a. "Las hipospadias", que son dolencias de distinta gravedad o intensidad, y que se caracterizan porque en ciertos hombres, el orificio de salida de la uretra (el meato urinario) no se encuentra situado en la punta del pene, sino que se localiza en otros sitios, o puede ser muy abierto, por lo cual puede incomodar la evacuación de la orina, generar infecciones recurrentes y dar la apariencia de genitales ambiguos.*

*b. Ciertas personas de sexo genético (XY), gonadal (testículos) y hormonal (predominancia de los andrógenos) claramente masculinos, tienen, conforme a ciertos parámetros médicos, un pene demasiado pequeño o "micropene", que se considera que no puede llegar a ser funcional. Estos casos son entonces considerados y tratados médicamente también como una forma de ambigüedad genital.*

*c. Algunos personas cromosómicamente femeninas (XX), con ovarios y predominio de estrógenos, presentan, sin embargo, un clítoris que es considerado, de acuerdo a los criterios médicos dominantes, demasiado grande ("megaclitoris"), por lo cual es recomendado un tratamiento similar a los casos de hermafroditismo o pseudohermafroditismo (Corte Constitucional, 1999).*

Para el estudio del caso en la sentencia hito, la Corte agrupa todos estos estados como intersexuales y les da un tratamiento jurídico semejante, aunque en estricto sentido se trate de trastornos diferentes. Al respecto indica que:

*...conviene a veces distinguir entre estados intersexuales, formas de hermafroditismo, ambigüedad genital y ambigüedad sexual; sin embargo, en la*

*medida en que, a pesar de esas diferencias científicas, en general estos síndromes reciben tratamientos médicos semejantes, y suscitan por ende interrogantes éticos y jurídicos similares, por economía de lenguaje y para no hacer excesivamente pesada la exposición, la Corte no distinguirá entre estas distintas condiciones, salvo cuando sea estrictamente necesario. Esto significa que en ocasiones la sentencia podrá calificar genéricamente de hermafroditas o intersexuales a personas que, en sentido estricto, no lo son, sino que tienen una apariencia que los médicos podrían denominar de ambigüedad genital, como un micropene o un megaclítoris (Corte Constitucional, 1999)*

Dado que la diferenciación sexual en las personas es gradual, cuando quiera que factores de orden genético y hormonales internos y externos actúan sobre el desarrollo embrionario, se produce una alteración en el proceso de formación de los órganos sexuales, lo cual es causa de ambigüedad sexual y de los estados intersexuales. Este fenómeno La Corte lo resume así:

*...todo embrión tiene originariamente la capacidad de desarrollar órganos sexuales tanto masculinos como femeninos. El resultado del proceso depende entonces, en primer término, de la formación del sexo genético y cromosómico, en el momento de la fecundación; en segundo término, del establecimiento del sexo gonadal; y finalmente, de las hormonas masculinas, cuya acción determina el desarrollo de genitales masculinos y cuya ausencia provoca una genitalidad femenina. En tales condiciones, una alteración importante de esos*

*procesos provoca irregularidades en la diferenciación sexual y causa entonces genitales ambiguos (Corte Constitucional, 1999)*

A su vez, cada uno de los sexos, el genético, el cromosómico y el gonadal, puede sufrir trastornos independientes en su formación que también ocasionan genitales externos ambiguos. Aún después del estado gonadal también pueden ocurrir alteraciones que generan ambigüedad genital y pseudohermafroditismo.

El pseudohermafroditismo masculino se debe a dificultades enzimáticas que obstaculizan la producción de los andrógenos; o puede que los testículos produzcan los andrógenos, pero por razones genéticas, los receptores de esas hormonas tienen irregularidades. Dice la Corte:

*Existe entonces una insensibilidad a los andrógenos, que si es parcial, produce genitales ambiguos, y que si es total, origina una persona con apariencia externa totalmente femenina, a pesar de que su cariotipo sea XY y que, en vez de ovarios, tenga internamente testículos (Corte Constitucional, 1999)*

El pseudohermafroditismo femenino se ocasiona cuando “*una persona con cariotipo XX es sometida, durante la fase embrionaria, a la acción de andrógenos que generan una cierta virilización, con lo cual adquiere también genitales ambiguos*”.

La Corte, basada en la literatura médica, expone que es difícil establecer una frecuencia específica en la población de los estados intersexuales o de ambigüedad sexual, pues la diversidad de opiniones entre los expertos médicos precisamente se presenta porque carecen de criterios objetivos para determinar el significado de cada uno de estos

conceptos. Como ejemplo de este aserto coloca la afección denominada hipospadia, consistente en que el meato urinario no se ubique en la punta del pene, lo que algunos médicos diagnostican como ambigüedad genital y que para otros constituye una hipospadia perineal.

En todo caso, concluye la Corte, *“la ambigüedad genital no es corriente, pero tampoco es absolutamente excepcional, como a veces se cree, por lo cual puede afectar a un número importante de colombianos.”*

Para la Corte resulta claro que cuando se trata de trastornos sexuales dolorosos o que amenacen la salud del niño es legítimo un consentimiento sustituto de parte de los representantes de los menores. Pero el problema no radica ahí, sino en los casos en que:

*... la ambigüedad genital no se encuentra ligada a ninguna dolencia física grave, ni a un riesgo a la vida o a la salud, pero en donde, sin embargo, los médicos consideran que es necesario remodelar, por procedimientos quirúrgicos y hormonales, los genitales del menor a fin de ajustar su apariencia a un sexo que le fue asignado. En efecto, es en esta última hipótesis en donde aparecen conflictos constitucionales y éticos muy agudos, pues algunos cuestionan esas intervenciones quirúrgicas y hormonales, por provocar daños en el paciente y desconocer, injustificadamente, la autonomía del menor (Corte Constitucional, 1999)*

En cambio, si se aplica la línea de pensamiento bioético de D'Agostino, el cual critica la “parcelización” de la persona en el plano científico, se puede concluir que como a la misma se le debe considerar como un “ser más allá de la apariencia”, entonces sería

preferible que se respetara los designios de la naturaleza divina y en consecuencia no se debe intervenir quirúrgicamente ni tratar con hormonas al paciente intersexual. Faralli, K. (2007).

## **2. Capacidad Legal de los Niños**

Para el estudio de la situación jurídica que presentan actualmente los menores de edad en estado de intersexualidad es conveniente precisar que con el transcurso de los años el concepto “niños” en nuestro país ha variado.

Así, en la Convención de los derechos del niño, promulgada el 20 de Noviembre de 1989, se comprometen los Estados a garantizar de manera integral los derechos de los niños; en Colombia, aún sin la influencia de la Convención se expidió el mismo año el Decreto 2737 de 1989, Código del Menor, el cual concebía al niño como menor incapaz y con posibilidad de protegerlo; este texto legal consagraba como paradigma la teoría de la situación irregular, según la cual los niños eran sometidos totalmente a la autoridad de los padres, eran considerados seres indefensos que requerían cuidado y protección.

En Colombia la Constitución de 1991 incorpora lo señalado en la Convención de los derechos del niño y obliga a cambiar la doctrina de la situación irregular por la protección integral, y en virtud al Preámbulo y la consagración de los derechos de los niños en el artículo 44, a los menores de edad se les tiene y trata como sujetos de derechos, considerándoseles como seres en desarrollo que poseen dignidad propia.

De igual manera, se consagra la protección especial que el Estado, la sociedad y la familia deben brindar a los niños, niñas y adolescentes, en aras de garantizar el goce de sus derechos, entendiendo que éstos prevalecen sobre los derechos de los demás.



Este cambio de paradigma varía a su vez el concepto formal de lo que significa ser actualmente niño. Así, el artículo 3 de la ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y Adolescencia, dice: *"Se entiende por niño o niña, las personas entre 0 y los 12 años y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad."*

Conforme a esta definición, en Colombia la expresión "niño" solamente se refiere a las personas entre los 0 y los 12 años de edad, sin perjuicio de los derechos que tienen los adolescentes por ser menores de 18 años.

Esta diferencia entre niño o niña y adolescente resalta que aun así se debe tener como vigente la clasificación legal de la minoría de edad establecida en el artículo 34 del Código Civil, especialmente en lo relativo a la capacidad de actuar que puedan tener estas personas.

En relación con la protección de las personas discapacitadas el párrafo del artículo 53 de la Ley 1306 de 2009, que modificó el artículo 34 del Código Civil, se equipara al impúber con la definición de niño o niña del Código de la Infancia, es decir hasta los 12 años y la adolescencia, y menor adulto con la definición de adolescente del mismo código.

La distinción entre capacidad goce y de ejercicio establecida en el derecho positivo formal, particularmente en la teoría de la voluntad del negocio jurídico que establece los requisitos para obligarse, entre los cuales se encuentran el consentimiento exento de vicios; así mismo la distinción legal entre incapacidad absoluta y relativa, ésta última atinente a los negocios jurídicos o contratos que pueden realizar los menores adultos y la convalidación de los mismos, tales como la celebración de matrimonio con autorización de los padres y la autorización para realizar testamentos, se enmarcan dentro de unas reglas jurídicas de obligatorio cumplimiento, cuya aplicación a los casos concretos que deben resolver los

administradores de justicia se concreta a establecer si el menor o su representante están autorizados por la regla legal para realizar los negocios jurídicos correspondientes.

Así, al hacer el intérprete la subsunción correspondiente, utiliza los métodos tradicionales de interpretación y resuelve el asunto de acuerdo con la normatividad legal. Para el caso de los menores de edad, se basa en instituciones legales como la patria potestad que establece que los niños, quienes en general son considerados incapaces para administrar sus bienes y para actuar en nombre propio, sean representados por sus padres, y a falta de cualquiera de ellos por el otro u otra. Si faltan ambos, entonces deben ser representados por un curador.

Esta protección a los menores de edad se amplía y adquiere rango constitucional a partir de la Carta Política de 1991, que principalmente en sus artículos 42 y 44, crea un catálogo de derechos, principios y valores, que irradian todo el resto del ordenamiento jurídico, basado en la los tratados de derecho internacional, específicamente en la Convención de los Derechos del niño.

De tal manera que principios como la autonomía, el interés superior del niño, la dignidad, la libertad de expresión y al desarrollo de la personalidad, a la Igualdad y a la dignidad, a tener una familia entre otros, permean el derecho de corte formalista establecido en los códigos hasta tal punto que deben ser utilizados en cada caso concreto por los jueces, cuando quiera que se diriman asuntos en los cuales se encuentren comprometidos los derechos de los niños, que en la mayoría de los casos son o se tornan fundamentales.

En este orden, los derechos sexuales de los niños, que por su interés superior deben ser protegidos por el Estado, deben ser abordados en su estudio de manera diferente, por cuanto el legislador, poco se ha ocupado de ellos.

Así, una aproximación normativa para la regulación de los derechos sexuales de los niños se encuentra en la Ley de Infancia y Adolescencia, 1098 de 2006, que a su vez retoma los principios de la Convención de los Derechos del niño y de la Constitución, al considerar a los niños como sujetos titulares de derechos, a los cuales se les debe prestar una protección integral que tenga en cuenta su interés superior con prevalencia de sus derechos frente a los de los adultos, consagra el derecho a la integridad personal y a la vida, y dentro de las libertades fundamentales abriga los derechos sexuales y reproductivos.

Esta protección integral debe ser armonizada con el resto del ordenamiento jurídico, que para efectos de capacidad para actuar se encuentra regulada en el código civil, norma que como se verá en este estudio es inaplicada por la Corte Constitucional al resolver el problema del hermafroditismo y es reemplazada por el principio de autonomía, particularmente en la aplicación del consentimiento informado del menor de edad que permita la intervención médica para practicar procedimientos invasivos en los órganos sexuales del mismo, con la advertencia, como ya se dijo, que cuando se trate de afecciones sexuales o genitales que afecten de manera grave la salud del niño cobra validez el consentimiento sustituto paterno.

En efecto, no obstante que se inaplique la preceptiva legal sobre capacidad, al ser abordada desde un enfoque constitucional por la Corte, esta corporación considera que para algunos casos es legítima la sustitución del consentimiento informado del menor. Dijo la Corte en la sentencia T-551/99, en la cual reitera su doctrina: *“La autorización paterna para la remodelación genital en casos de menores de cinco años es legítima, si se trata de un “consentimiento informado cualificado y persistente”.*

A contrario sensu, la autorización de los padres en otros casos es considerada ilegítima y solamente debe atenderse el consentimiento informado del niño:

*En el caso de los menores o de los incapaces, la Corte concluyó que los padres y los representantes legales pueden autorizar las intervenciones médicas en sus hijos, pero en ciertas situaciones, ese permiso parental es ilegítimo, por cuanto los hijos no son propiedad de los padres: son una libertad en formación, que merece una protección constitucional preferente. Para evaluar si es válido ese "consentimiento sustituto", la sentencia reiteró que es necesario tener en cuenta (i) la necesidad y urgencia del tratamiento, (ii) su impacto y riesgos, y (iii) la edad y madurez del menor (Fundamentos 21 a 24).*

### **3. El Consentimiento Informado**

Desde el punto de vista de la bioética, el cirujano pediátrico Jaime Duque Quintero indica:

El consentimiento informado de un enfermo es la aceptación racional de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles. O en otras palabras: consentimiento informado es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posible con sus respectivos riesgos y beneficios (Duque, s.f.)

La Corte Constitucional resalta la comunicación que debe existir entre el enfermo y el médico para que aquél consienta en que se le practique una intervención quirúrgica o un tratamiento médico.

Indica la Corte:

Dada la distancia científica que generalmente existe entre el médico y el enfermo, lo mínimo que se le puede exigir a aquél es que anticipadamente informe el paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que sólo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Esto se ha llamado el CONSENTIMIENTO INFORMADO; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial. Sentencia T- 477, 1995. M.p. Alejandro Martínez Caballero.

Una intervención quirúrgica o un tratamiento médico convierten el consentimiento de la persona en un asunto de suma importancia para su vida, pues con esa decisión bien puede definirse la suerte de la integridad física y emocional de la misma.

La bioética exige que el consentimiento informado del paciente esté revestido de la competencia decisoria indispensable para que sea considerado válido y pueda autorizar la intervención médica del caso.

Esta competencia debe reunir unos requisitos mínimos de aptitud en la voluntad que manifieste la persona para autorizar un procedimiento médico. La bioética precisa que la persona debe reunir por lo menos las siguientes aptitudes cuando presta su consentimiento (Duque, s.f.)

- Aptitud para darse cuenta de la propia situación y de las expectativas razonables.
- Aptitud para comprender la información relevante.
- Aptitud para deliberar sobre las opciones que se ofrecen, de acuerdo con los objetivos personales y los valores propios.
- Capacidad para comunicarse, verbalmente o no, con el profesional de la salud.

No existe unanimidad en la comunidad médica para determinar cómo debe ser la capacidad decisoria o competencia para decidir del paciente, en lo cual inciden diversos factores, incluidos el paternalismo del médico tratante.

Sobre este aspecto puntualiza Duque Quintero:

“No obstante, la evaluación de la competencia se presta a bastantes confusiones. Y ha podido comprobarse que los distintos médicos utilizan criterios de competencia bastante diferentes entre sí. Este problema tiene una gran importancia práctica. Se puede errar por exceso o por defecto. Y tan perjudicial puede ser declarar incompetente, como considerar competente a un paciente que no lo es. Conviene por lo tanto, precisar ciertos conceptos. El dictamen sobre la competencia de un enfermo depende a su vez del grado de paternalismo de su médico. Pero, no obstante, pueden persistir ciertas confusiones incluso cuando el paternalismo ha sido reducido a su justo límite.”

En la revista pediátrica (Gimar, F.; Figueroa, J.; González, K.; Hormaza, N.; Lemus, E., s.f.), se define paternalismo en el sentido filosófico del término, esto es, como "La interferencia en la libertad de acción de una persona, justificada por razones que se

refieren exclusivamente al bienestar, al bien, a la felicidad, a las necesidades, a los intereses o a los valores de la persona coaccionada" Gerald Dwoekin (Corte Constitucional, Sentencia T-477, 1995 M.p. Alejandro Martínez caballero )

La Información y el consentimiento del paciente son conceptos correlacionados y éste, al aceptar o rechazar una intervención médica, debe ser autónomo en su decisión. Desde luego que esta decisión no debe resultar fácil cuanto se trata de intervenir en la corporeidad de la persona. En esta necesariamente incide la formación ética del médico, el cual puede ser partidario del principio de beneficencia o de la autonomía del paciente.

Sobre este punto señala Duque Quintero:

La aceptación o el rechazo de una intervención médica es una manifestación particular del ejercicio de la autonomía. El consentimiento a la indicación médica se hace sobre la base de la información que posee el paciente en relación con su enfermedad, pronóstico y opciones de tratamiento. Surge entonces la pregunta de qué debe hacer el paciente. La respuesta dependerá del marco ético en que se mueva el médico: si su conducta se rige por el principio de proporcionar al paciente el máximo beneficio retendrá información si considera que esta provocará angustia, depresión o aún reacciones autodestructivas. Por el contrario, si las acciones del médico giran alrededor del respeto por la autonomía del paciente, le proporcionará toda la información necesaria antes de tomar una decisión.

En similar sentido, Duque Quintero, en artículo publicado en La revista de pediatría de la Universidad Nacional señala:

“Con respecto a la relación médico - paciente, hay dos grandes tendencias de pensamiento; una de ellas, la del Paternalismo Médico, prevalente hasta hace poco tiempo, considera que el médico debe aplicar el tratamiento más adecuado de acuerdo con su conocimiento científico y guiado por los principios de la ética médica, sin consultar la voluntad del paciente, considerándolo incapaz de decidir lo más conveniente por efecto de su "ignorancia" en la ciencia médica. En contraposición, el concepto que surge en el contexto del Estado Social de Derecho, cuyos principios consigna la constitución Colombiana de 1991, es que el paciente tiene la capacidad y el derecho de autodeterminarse, de modo que..."la labor médica no puede orientarse únicamente por la búsqueda de resultados que la ciencia médica considera óptimos sino que debe respetar la dignidad y la autonomía de los pacientes" (Corte Constitucional, Sentencia T- 477, 1995).

En la práctica médica el consentimiento informado puede ser recabado a través de un diálogo espontáneo y sincero entre el médico y el paciente, o por escrito. Esta última modalidad ha recibido fuerte crítica por los mismos galenos, puesto que el paciente por lo general no entiende, o no recuerda después de la intervención, el contenido ni el significado de lo que leyó.

Sobre este aspecto indica Duque Quintero (s.f.):

Además, la información puede ofrecerse en una discusión franca con el paciente o a través de un impreso o formulario escrito en el que se solicitará su consentimiento. Esta última práctica es muy común, sobre todo en algunos países, pues es evidente que con frecuencia no cumple el objetivo de dar



información al paciente. Los pacientes leen y firman estos impresos pero muchas veces no recuerdan después lo que leyeron, o ni siquiera haberlo leído.

Los mismos médicos reconocen que el formato escrito utilizado como mecanismo para prestar el consentimiento más que todo es un formalismo legal para evitar eventuales demandas por responsabilidad médica, pues éstas tienden a ser desvirtuadas con la prueba documental que constituye el susodicho formato.

Indica al respecto el autor mencionado:

Las críticas a la información por escrito son fundamentalmente de dos tipos. Por un lado, esta tiende a ser cada vez más un requisito legal para evitar problemas posteriores en vez de un ejercicio real de comunicación. De esta suerte, una vez que el paciente ha firmado su “consentimiento informado” es menos probable que una demanda prospere, pues siempre podrá argüirse que el paciente “sabía” a lo que iba a someterse. En situaciones de urgencia lo que ocurre con frecuencia es que ni el paciente (a veces inconsciente) ni los familiares (habitualmente angustiados) tienen la capacidad cognoscitiva necesaria para leer y comprender la información que se les proporciona (Duque, s.f.).

Estos formatos, además, son de difícil comprensión para el paciente, sobre todo si éste se encuentra angustiado debido a la incertidumbre del resultado que eventualmente tendrá la intervención quirúrgica a la cual se somete. Tampoco se ha definido un criterio médico unificado para la elaboración y presentación de estos formatos.

Sobre este aspecto Duque Quintero (s.f.), anota:

La segunda crítica a los impresos para el consentimiento escrito se relaciona con su estructura y contenido. Con frecuencia estos formularios emplean un lenguaje cuya comprensión requiere que el nivel educativo del paciente sea elevado; en otras ocasiones, la información que presentan es incompleta o bien muy extensa, y realmente no se entiende. Se ha discutido mucho cual sería el mejor método para proporcionar tal información (videograbación, folletos, discusión en grupo, etc.) pero no existen suficientes estudios que permitan establecer si hay uno mejor que los demás.

Se sugiere entonces por los mismos médicos que:

Además de los impresos de consentimiento legal se desarrollen otros, redactados por escritores profesionales, asesorados por médicos y que antes de emplearse se evalúen tanto en sujetos sanos como en pacientes, para tener la seguridad de que son comprendidos. Estos impresos informativos deberían incluir información detallada sobre la naturaleza, riesgos y beneficios de la intervención propuesta. Además, a los pacientes se les proporcionaría una copia para que pudieran discutirla con sus familiares y allegados. Aunque la idea no es mala, en la práctica se antoja viable solo en ciertos casos.

Es difícil adoptar un criterio médico unificado respecto del contenido y la forma del consentimiento informado por escrito, por lo que la utilización de un único formato para

todos los casos resulta inconveniente, por lo cual los especialistas de la salud prefieren muchas veces ocultar información que pueda resultar angustiante para el paciente.

De igual manera, la persona afectada, en la mayoría de los casos, prefiere descargar su responsabilidad en el médico que la orienta, porque se supone que es quien conoce y es un experto en la intervención quirúrgica o el tratamiento que va a practicar.

Otro criterio indica que ante las divergencias de opinión entre el médico y el paciente debe valorarse la competencia decisoria de éste y en caso de que aquél considere que carece de ella entonces deberá atenderse el criterio médico.

Como puede verse, esta manera de abordar el consentimiento informado es peligroso, por cuanto presupone ignorancia del paciente a pesar de la información médica. Sobre este aspecto señala el autor referenciado:

Algunos autores sostienen que la capacidad del paciente para tomar un decisión sobre su tratamiento debe confirmarse únicamente si hay desacuerdo entre paciente y médico. Ante estas circunstancias, no muy convincentes, la competencia del paciente deberá valorarse y al margen de las cuestiones legales, será el juicio del médico el que en última instancia determine si el paciente es o no competente para negarse a seguir un tratamiento.

Siguiendo al citado autor, cuando el paciente adolezca de un trastorno grave y existe un tratamiento eficaz, sin riesgos, sin alternativa terapéutica, puede el paciente aceptarlo o rechazarlo. A contrario sensu:

...Si hay alternativas de tratamiento o existe algún riesgo en el que se propone, el paciente debe comprender las diferencias y los riesgos de las alternativas que existen y ser capaz de una decisión basada en tal comprensión. La ignorancia o la incapacidad de comprensión le hacen incompetente. En estos casos es válido que el médico decida la opción que considere más adecuada (Duque, s.f.)

Como puede observarse, la comunidad médica se debate en una incertidumbre ética respecto de cómo debe proceder en cada caso. La autonomía del paciente no es uniforme o absoluta; cada situación puede contener problemas demasiado complejos que ni los mismos médicos se atreven a recomendarle al paciente determinada decisión, por el temor de fracasar en el resultado obtenible.

Por esta circunstancia la comunidad médica conceptúa que:

...Cuando la controversia sobre la autonomía se plantea en términos absolutos, es difícil llegar a un consenso. No es posible dictar normas éticas que se apliquen a todos los pacientes en todas las circunstancias. Por lo tanto, hay que considerar que la autonomía no es una condición de todo o nada; mas bien existen diversos grados que permiten o no ejercerla, total o parcialmente (Duque, s.f.)

Cuanto se trata de pacientes menores de edad la Corte indica que el consentimiento informado debe contener ser abordada teniendo en cuenta tres elementos o criterios:

a)...la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor; b) la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y

futura del niño. Así la doctrina ha establecido una distinción, que esta Corporación ha aceptado, entre intervenciones médicas ordinarias, que no afectan el curso cotidiano de la vida del paciente, e intervenciones extraordinarias, que se caracterizan porque es "notorio el carácter invasivo y agobiante del tratamiento médico en el ámbito de la autonomía personal", de suerte que se afecta "de manera sustancial el principio de autodeterminación personal". Esto incluye obviamente una ponderación de los posibles efectos irreversibles de ciertas intervenciones médicas, por cuanto los tratamientos que tienen tal carácter predeterminan, en muchos aspectos, la vida futura del menor;

c) Y, finalmente, la edad misma del menor, puesto que no es igual la situación de un recién nacido y la de un adolescente que está a punto de llegar a la mayoría de edad. En ese orden de ideas, un análisis combinado de esos criterios, nos permite identificar casos extremos (Corte Constitucional, 1999)

En el caso puntual del estado intersexual, se debe analizar que el consentimiento informado puede provenir de un niño o de un adolescente, quien debe tomar una decisión sobre la asignación de su sexo y en el evento que se autorice la sustitución del consentimiento, este recae sobre los padres, en ejercicio de la patria potestad, o de un tutor si estos no existen o no pueden emitirlo.

Respecto del consentimiento informado para los estados de intersexualidad de personas menores de edad la Corte, en las sentencias T-551 de 1999 y 629 de 1999, precisó el alcance de ese tipo de consentimiento en los siguientes términos:

Para entender el sentido de ese estándar normativo, es necesario recordar que por medio del mismo, y como ya se señaló en esta sentencia, la Corte intenta salir de un

callejón sin salida. Esta Corporación no puede prohibir las cirugías tempranas a los hermafroditas, pues esa decisión invade la privacidad familiar y puede estar sometiendo a estas personas a un incierto experimento social; pero tampoco es adecuado establecer que los padres puedan decidir por sus hijos, sin que se establezca alguna salvaguarda para proteger a los infantes, por cuanto no es claro que la opción inmediata paterna se fundamente en los intereses del menor.

Ahora bien, las dificultades de los padres para tomar en cuenta las verdaderas necesidades de sus hijos hermafroditas derivan de la naturaleza misma de los problemas que suscita la ambigüedad genital en nuestras sociedades. En efecto, como lo señala la sentencia SU-337 de 1999, el tema del hermafroditismo ha permanecido en el silencio, de suerte que el nacimiento de un niño intersexual implica para sus padres un trauma, que no logra comprender adecuadamente, por cuanto nuestras sociedades están organizadas sobre la idea de que biológicamente existen sólo dos sexos, que se encuentran claramente definidos y diferenciados. El propio peticionario, en el presente caso, ilustra esas dificultades, por cuanto reconoce explícitamente que se ha sentido corto para explicar a la menor su situación.

En tales circunstancias, es perfectamente humano que las decisiones inmediatas de los padres tiendan más a basarse en sus propios temores y prejuicios, que en las necesidades reales del menor. En cierta medida, los padres hacen parte de la mayorías sociales, que tienen una sexualidad biológica definida, y que ven entonces en los hermafroditas unos seres extraños que ojalá pudieran ser "normalizados" lo más rápidamente posible. Los hijos corren entonces el riesgo de ser discriminados por sus propios padres. Además, tampoco parece probable que en las actuales circunstancias los padres y las familias desarrollen opciones distintas a las ofrecidas por el actual paradigma de tratamiento, no sólo porque los

equipos médicos plantean las cirugías tempranas como la única alternativa que ofrece la medicina, sino además, porque esa opción disminuye los temores de los progenitores, ya que les permite creer que su hijo ha sido normalizado gracias a la intervención quirúrgica. Ahora bien, la Corte recuerda que una de las funciones esenciales de los jueces constitucionales es precisamente proteger a las minorías silenciadas y marginadas. Esta Corporación debe entonces "asumir la vocería de las minorías olvidadas" (Sentencia T-153 de 1998. MP Eduardo Cifuentes Muñoz. Fundamento Jurídico No 47), como sin lugar a dudas son los hermafroditas. Además, los derechos de los niños son prevalentes (CP art. 44), por lo cual, debe esta Corte privilegiar la protección de los intereses de estos menores sobre los deseos inmediatos de los padres, pero sin llegar a afectar desproporcionadamente la privacidad familiar, ni someter coactivamente a estas familias a inciertas experimentaciones sociales.

En ese contexto, la Corte consideró que la única opción que existe es que los padres puedan decidir, con lo cual se protege la privacidad familiar. Sin embargo, es necesario establecer unos procedimientos que en cierta medida obliguen a los progenitores a tomar en cuenta la situación actual del debate médico, y a reflexionar y decidir teniendo como eje central los intereses reales de los menores. Así, si se establecen reglas que aseguren que los padres sólo tomarán la decisión luego de comprender la complejidad de la intersexualidad, así como los riesgos y beneficios de los actuales tratamientos para sus hijos, entonces aumenta la protección de los intereses del menor, sin que los jueces interfieran en la privacidad familiar.

Es deber entonces del Estado y de la propia comunidad médica 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. ¿Cómo lograrlo? La Corte

considera que en este punto son muy útiles algunas regulaciones normativas así como los protocolos médicos diseñados para que los pacientes decidan si aceptan o no cierto tipos de tratamientos, que pueden ser muy invasivos o riesgosos, sin que sus beneficios sean totalmente claros. En efecto, esos protocolos pretenden precisamente depurar el consentimiento del paciente, para lo cual recurren en general a tres mecanismos: (i) una información detallada, (ii) unas formalidades especiales y (iii) una autorización por etapas. La Corte entiende que por medio de esos requisitos, los equipos médicos pretenden asegurar lo que podríamos denominar un "consentimiento informado cualificado y persistente", antes de que se llegue a los tratamientos irreversibles, como puede ser una cirugía. Así, la información muy depurada, tanto sobre el tratamiento como sobre las otras opciones, cualifica el consentimiento pues permite a la persona comprender los riesgos de las terapias y las otras posibilidades que existen. Los plazos aseguran que la autorización no sea dada por un estado de ánimo momentáneo sino que sea la expresión de una opción meditada y sólida, y en esa medida genuina. Finalmente, las formalidades -como la autorización escrita- son útiles para mostrar la seriedad del asunto y asegurar el cumplimiento de los otros requisitos.

“La Corte entiende que un protocolo de esa naturaleza permite entonces cualificar el consentimiento paterno, y en esa medida contribuye a proteger los intereses del menor hermafrodita sin invadir la órbita de privacidad de las familias, ni la autonomía científica de la comunidad terapéutica. Un interrogante obvio surge: ¿cuál es el contenido concreto que deben tener esos protocolos para asegurar un consentimiento paterno cualificado y persistente?

Como es obvio, no es función de esta Corte elaborar en detalle las reglas precisas que deben contener estos protocolos. Esa tarea debe ser desarrollada directamente por la



comunidad médica, obviamente dentro del marco normativo que fije el Congreso, puesto que, en desarrollo del principio democrático y de la cláusula general de competencia (CP arts 1º, 3º y 150), corresponde al Legislador regular temas de esta naturaleza. Con todo, es natural que los procedimientos fijados por los galenos deben tener en cuenta ciertos estándares básicos, para que la autorización paterna se ajuste a la Carta.

“Así, esta Corte ha dicho que un consentimiento médico válido supone que quien decide debe tener la oportunidad de conocer todos los datos que sean relevantes para comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. Y si el consentimiento sustituto paterno en estos casos debe ser cualificado, esto significa que los padres sólo pueden tomar la decisión después de haber comprendido las posibilidades, límites y riesgos de los actuales tratamientos, lo cual implica el correspondiente deber médico de procurarles una información depurada sobre el actual debate suscitado por esas intervenciones. Por ejemplo, todo indica que los equipos médicos deben indicar a los padres la diferencia entre la asignación temprana de un sexo masculino o femenino al recién nacido -que en nuestras sociedades parece ser inevitable- y las cirugías destinadas a reconstruir la apariencia de los genitales, lo cual permitirá que los padres comprendan que es posible asignar rápidamente al menor un sexo -según consenso del equipo interdisciplinario- sin necesidad de adelantar inmediatamente las cirugías. De esa manera, los padres pueden además entender que las intervenciones quirúrgicas y hormonales para modelar los genitales son una de las posibilidades que ofrece la medicina para enfrentar los problemas psicológicos y sociales que puede generar a un menor un estado intersexual, pero que se han ofrecido formas diversas de manejo. Igualmente, en la medida en que los padres deben poder evaluar la

necesidad y los riesgos de estas cirugías, es razonable que se les informe que los actuales tratamientos no constituyen una terapia probada y rutinaria sino que son intervenciones que suscitan debates crecientes en la propia comunidad médica, ya que no existen pruebas convincentes de que los menores intersexuales se benefician claramente de una cirugía a temprana edad, y existen quejas importantes sobre los daños psicológicos y físicos que ocasionan esas cirugías y tratamientos hormonales, por lo cual numerosas personas con ambigüedad genital, y que fueron operadas, consideran que fueron mutiladas sexualmente.

En ese mismo orden de ideas, si el consentimiento debe ser persistente, es obvio que los protocolos deben prever que no basta que la autorización sea dada en una sola ocasión sino que se requiere que el permiso sea reiterado, a fin de que los padres tengan el tiempo y la posibilidad de meditar sobre cuál es la mejor opción para su hijo. Ahora bien, en este aspecto existe una tensión evidente, pues los protocolos actuales recomiendan que las cirugías se realicen lo más rápido posible, y en todo caso antes de los dos años, a fin de permitir una identificación de género sólida del menor. Por el contrario, el choque emocional por el que atraviesan los padres sugiere que el permiso para la cirugía sea postergado por un tiempo largo, a fin de que los progenitores superen su sentimiento de duelo antes de decidir. En efecto, como ya se señaló en esta providencia y en la sentencia SU-337 de 1999, los padres suelen pasar por una etapa de duelo cuando saben que su hijo es hermafrodita, es necesario que transcurra un tiempo razonable entre el diagnóstico y el perfeccionamiento del consentimiento paterno, a fin de que durante ese lapso, y con el debido apoyo psicológico, los padres puedan recrear un vínculo afectivo con el infante, antes de tomar una decisión, que tiene efectos irreversibles para el menor. Es pues necesario encontrar un equilibrio entre esos dos imperativos, de suerte que los permisos deben darse en un tiempo suficientemente corto para que pueda funcionar el actual

protocolo -si los padres optan por él-, pero suficientemente distanciado para garantizar que el consentimiento parental sea sólido y persistente, y no que derive de la crisis emocional del momento. No es fácil fijar unas reglas precisas que resuelvan esa tensión normativa, por cuanto la recuperación de un choque emocional y la recreación de un vínculo afectivo son procesos no sólo lentos sino que varían mucho de persona a persona. Corresponderá pues a la propia comunidad médica y al Legislador fijar unos plazos prudentes mínimos que permitan todavía adelantar las cirugías, conforme al actual protocolo, pero que confieran a los padres un tiempo de reflexión suficiente para tan importante decisión sobre el futuro de su hijo.

Finalmente, la prudencia indica que este permiso parental debe contar con ciertas formalidades, como darse por escrito, para mostrar la seriedad de la decisión.

Trayendo esta doctrina constitucional y los conceptos de la bioética al plano fáctico real que se ha planteado en los casos objeto de estudio por la Corte y en los múltiples casos en los cuales no se acude a la justicia para que los resuelva, que son los más abundantes, cuando son los padres quienes deciden, como atrás se advirtió, su criterio estará dirigido a buscar la “normalización” del estado intersexual del hijo, para asignarle lo más pronto un sexo, sin reflexionar detenidamente sobre el futuro emocional del menor.

Todo lo que no es igual o semejante a lo que la cultura ha aceptado como tal se le considera vergonzoso por el común de los miembros de la sociedad. Si se trata de ambigüedad sexual, la apariencia genital del niño o niña en estado de intersexualidad puede parecerle monstruosa a los padres, los cuales tratarán de ocultarlo.

Es usual que las personas consideradas anormales por la sociedad y las instituciones se pongan en manos de los peritos médicos, debido a la patología que éstos le atribuyen al

hermafroditismo. Al respecto, el filósofo Foucault, al referirse a las pericias médico-legales, reseña:

La pericia médico legal no se dirige a delincuentes o inocentes, no se dirige a enfermos en confrontación a no enfermos, sino a algo que es, creo, la categoría de los anormales, o, si lo prefieren, en ese campo no de oposición sino de gradación de lo normal a lo anormal donde se despliega efectivamente la pericia médico legal.(...) [Porque] les propone conceptos distintos, se dirige a otro objeto, trae consigo técnicas que son otras y constituyen una especie de tercer término insidioso y oculto (...). Propone en realidad, un tercer término; es decir que compete de manera verosímil al funcionamiento de un poder que no es ni el poder judicial ni el poder médico: un poder que yo llamaría, provisionalmente y por el momento, poder de normalización. (...) Y en tanto constituye lo médico judicial como instancia de control, no del crimen, no de la enfermedad, sino de lo anormal, de individuo anormal, es a la vez un problema teórico y político importante (Foucault, 2000, p. 49)

En el consentimiento informado se exige que en su capacidad decisoria el niño o adolescente pueda percibir de manera objetiva el estado de intersexualidad en que se encuentra. Pero es preciso anotar que esta objetividad nunca va a ser total, por cuanto es el mismo sujeto que porta la ambigüedad sexual a quien le compete asumir la decisión de definir la asignación de su sexo, por lo cual es lógico concluir que el menor asuma un criterio marcadamente subjetivo, en el cual influyen todos los factores que rodean su desarrollo como persona.

Las expectativas razonables del resultado obtenible con la intervención, por muy razonables que sean siempre serán inciertas, no se trata de curar una gripe, cuyos síntomas y evolución se conocen por los profesionales médicos, se trata de un estado de intersexualidad que aunque se descubra cuál es su causa, a través de los exámenes del caso, no existe seguridad de cómo será su evolución en el cuerpo y la psiquis del niño cuando sea adulto.

Ante un tema tan complejo, la sexualidad por sí sola lo es, en el cual la misma comunidad médica se muestra dudosa en la asunción de criterios de validez, es muy difícil que un niño o adolescente comprenda la información relevante que intente transmitirle el cuerpo médico sobre la intersexualidad.

Esta forma de pensar el problema no significa que se considere al niño o adolescente incapaz para discernir sobre la asignación de su sexo. Pero tampoco es menos cierto que si los profesionales involucrados en la orientación del niño o adolescente son simpatizantes de un criterio paternalista, de poco o nada le sirve al joven paciente tener un criterio diferente al adoptado por ellos, por cuanto es más posible que sea convencido del criterio médico, el cual, como se dijo, puede reservarse algunos datos para convencerlo y así poder intervenirlo de acuerdo con lo que crean correcto.

En un sistema de salud como el colombiano que exhibe tantas deficiencias en la prestación del servicio no se percibe la materialización del ideal funcional del equipo interdisciplinario, ni se visiona al mismo agotando todo el tiempo suficiente para brindar la orientación requerida al niño o adolescente sobre la información relevante que sugieren que se ofrezca por los especialistas en salud.

La capacidad para comunicarse, del niño o adolescente, con el profesional de la salud, exige claridad en la exposición de lo que quiere. Una timidez marcada o un grado de

formación deficiente resulta contraproducente para tomar la decisión que defina su sexualidad, el adolescente puede callar aunque sean otros sus deseos. O puede aceptar lo que diga el médico por el temor reverencial que toda persona le tiene a los galenos que recaban información para tomar decisiones que formalmente deben aparecer como el resultado del consentimiento informado. ¿Qué criterios psicológicos se deben tener para considerar válido el consentimiento del menor parco en la comunicación? ¿Quién valida el consentimiento del joven, el formato escrito?

Razón le asiste al cirujano pediátrico Duque Quintero al indicar entonces que: “Debemos aceptar que el consentimiento informado es mucho antes que un “problema médico” una cuestión sociopolítica, una dinámica sociocultural.”

#### **4. Desarrollo Jurisprudencial de la Corte. Autonomía Versus Beneficencia. Derechos Fundamentales a la Identidad Sexual, Libre Desarrollo de la Personalidad y el Interés Superior**

Como se ha apreciado, los principios de autonomía y de beneficencia no son estrictamente jurídicos, provienen del ámbito de la bioética; tampoco puede predicarse que sean absolutos. Deben ser utilizados de acuerdo al caso judicial que se pretenda resolver.

En el estudio sobre intersexualidad adelantado por Diana Patricia Tovar se retoma la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Constitucional, de acuerdo con el trabajo de sistematización de las sub reglas que realizó la profesora Patricia Moncada, en el cual el conocimiento informado, como parte del principio de autonomía de los niños prevalece sobre el principio de beneficencia. Las subreglas son enunciadas así:

1. Sobre la necesidad del consentimiento informado para estos casos y la prevalencia del principio de autonomía de los y las pacientes en los tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas.
2. Sub-regla del «consentimiento informado paterno o materno sustituto» en los casos de niños y niñas intersexuales.
3. Sobre el consentimiento informado sustituto cualificado y persistente de los padres y madres de niños o niñas intersexuales (sub-regla desarrollada en la sentencia T-551 de 1999). Necesidad y urgencia del tratamiento, impacto y riesgos y edad y madurez del o la menor (Tovar, s.f.)

Aunque los casos resueltos en las sentencias T-551 de 1999 y SU-337 de 1999, sean fácticamente diferentes, la Corte mantiene en ambos, criterios de interpretación similares.

El primero no es un caso de intersexualidad, pues se trata de un niño que sufrió emasculación o castración a los seis meses de edad; el cuerpo médico consideró pertinente “readecuarle” el sexo y asignarle el género femenino, a lo cual reaccionó negativamente el joven, quien se atrevió a exigir a través de una tutela que se mantuviera su sexo primigenio. Los hechos de esta tutela son impactantes para cualquier lector, pues el joven refleja en sus declaraciones la frustración que siente por identificarse como varón y que lo trataran como mujer, debido al tratamiento médico hormonal y psicológico, coordinado con el ICBF, sugerido por los médicos que lo operaron en dos ocasiones para convertirlo en niña.

La Corte, atendiendo que los hechos que produjeron la castración del niño ocurrieron en vigencia de la Constitución de 1886 y que la tutela fue presentada después, en vigencia de la constitución de 1991, planteó como problema jurídico la siguiente pregunta:

¿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 6 de la actual y, en el caso concreto de los particulares, del artículo 45 del Decreto 2591 de 1991?

Como se advirtió renglones arriba, la patria potestad se limita para abrir paso al principio de autonomía y la Corte:

Considera que precisamente estos límites derivan de una adecuada ponderación, frente al caso concreto, de los principios en conflicto, esto es, entre el principio de la autonomía, según el cual el paciente debe consentir al tratamiento para que éste sea constitucionalmente legítimo, y el principio paternalista, según el cual el Estado y los padres deben proteger los intereses del menor (Corte Constitucional, 1999)

Esta sentencia sostiene un criterio igual al caso de la persona hermafrodita que se resolvió en la sentencia unificadora, en el sentido de considerar que cuando se trata de eventos en que deba protegerse la salud del menor en una enfermedad que requiera tratamiento urgente no se menoscaba la autonomía del niño si se practica una intervención o tratamiento que éste se niegue a aceptar en el momento, por cuanto se produce lo que la Corte denomina un consentimiento proyectado hacia el futuro, pues el menor cuando sea adulto reconocerá la corrección de la decisión de sus padres.

En el caso concreto del muchacho emasculado no es de recibo el paternalismo para la "readecuación de sexo," sin la autorización directa del menor. Al respecto indica la Corte:



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 mi" (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". En la identidad de las personas no cabe determinismo extraño. Si cupiera, habría que concluir que el infante que nació varón y a quien la decisión paternalista de un grupo médico lo ubica en la sociedad como mujer, tendría necesariamente que convertirse en un ser sumiso y cobarde frente a lo que otros decidieron y tendría que permanecer en el reposo que le señaló una conceptualidad científica extraña y ello desvirtuaría el libre desarrollo de la personalidad que en este aspecto sólo él puede señalarse y por consiguiente cualquier autorización escrita de los padres no es más que un simple juego de

palabras. En conclusión, los padres no pueden permitir que se altere la IDENTIDAD (EN LO SEXUAL) DE SU HIJO. Y los médicos no podían basarse en esa autorización paterna para hacer el tratamiento (Corte Constitucional, 1999)

Para sustentar su decisión la Corte resaltó la importancia de los derechos fundamentales a la identidad, el libre desarrollo de la personalidad y el interés superior del niño, a los cuales transversaliza con el derecho a la dignidad de las personas.

Respecto al derecho a la identidad sostuvo que es un derecho subjetivo de la persona, a la cual se le debe respetar su dignidad; que en su condición de ser pensante y único se distingue de los demás seres vivos. Existe una relación de la identidad con la autonomía, por cuanto la persona es capaz de autodeterminarse, de autoposeerse y autogobernarse.

La identidad abarca otros derechos; en cierta medida es un derecho a la libertad de la persona, el cual a su vez cobija el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Todos estos son derechos fundamentales inherentes a la naturaleza humana.

A su vez, el derecho a la identidad hace parte del interés superior del niño, por cuanto determina lo que le conviene hoy y en un futuro en el desarrollo de su personalidad. Al entrar en conflicto la identidad del menor con los derechos de los adultos, se debe proteger a ésta, por cuanto es un interés del niño que predomina sobre el interés de las otras personas.

En consecuencia, al enfrentar la patria potestad de los progenitores, derecho que faculta a los padres para representar a sus hijos menores de edad, con el derecho a la

identidad del niño emasculado, se concluye que el interés de aquellos debe ceder ante el interés superior del niño agraviado.

En el caso de la Sentencia SU-337 de 1999 se aborda específicamente un problema de pseudohermafroditismo en el que la Corte ratifica y unifica su criterio sobre la forma en que el consentimiento informado, como parte del derecho fundamental a la autonomía del menor de edad, el cual debe prevalecer sobre el principio de beneficencia.

En este caso una niña, a quien siempre se trató como tal desde su nacimiento, se le descubrió en un examen pediátrico que poseía genitales ambiguos y se le diagnosticó "pseudohermafroditismo masculino, debido a un problema de trastorno en la síntesis de la testosterona, por lo cual se recomendó un tratamiento quirúrgico, antes de que la niña llegue a la pubertad, que consiste en la readecuación de los genitales por medio de la extirpación de las gónadas y la plastia o remodelación del falo (clitoroplastia), de los labios y de la vagina."

Los médicos del ISS se negaron a practicar la intervención quirúrgica, pues consideraron que, según lo establecido por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la decisión debe ser tomada por la propia menor, y no por su madre. Esta presentó acción de tutela porque su "hija es una menor y no puede tomar decisiones por ella misma y si esperamos a que ella tenga capacidad para decidir, ya será demasiado tarde y su desarrollo psicológico, fisiológico y social no será normal.", por lo cual consideró que se le vulneraban a la niña sus derechos a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a la protección especial a la niñez. En consecuencia solicitó la autorización al juez para practicar "las cirugías que mi hija necesita para la remodelación de sus genitales y el tratamiento médico que como consecuencia de esto requiriese".

En este caso la Corte sigue el precedente horizontal de la sentencia T-477 de 1995 en relación con la tesis de la autonomía. También ratifica lo relativo a la importancia de los derechos fundamentales a la identidad, el libre desarrollo de la personalidad y el interés superior del niño.

En el análisis de la línea jurisprudencial de la Corte Diana Patricia Tovar, conforme a la propuesta de Patricia Moncada, acota sobre este caso:

El juez de tutela en primera instancia denegó el amparo con fundamento en la Sentencia T-477 de 1995. Considero que a partir de este fallo, la Corte estableció la sub-regla constitucional autonomista en estos términos: “el consentimiento para este tipo de intervenciones es una decisión exclusiva de la propia persona y no de los padres, teniendo en cuenta que la escogencia de la afinidad sexual es un acto inherente al ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad”. La Corte consideró, además, que los tratamientos médicos en estos casos son invasivos, innecesarios, irreversibles y potencialmente dañinos. La anterior sentencia es fundadora de línea, puesto que se apoya en un vacío jurisprudencial, en el sentido de que no había en ese momento (1995) un antecedente doctrinal ni jurisprudencial sobre la readecuación de sexo o transformación de órganos genitales y se apeló a la interpretación constitucional del derecho a la identidad sexual, a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad, razonamientos todos que hacen parte de lo que en derecho jurisprudencial se denomina *obiter dicta*.

... Según el alto tribunal, “si bien el caso decidido por la Corte no era idéntico, pues se refería a una reasignación de sexo como consecuencia de una mutilación del pene en un infante, lo cierto es que los asuntos son prácticamente iguales ya que los médicos intentan corregir los defectos de una criatura hermafrodita, lo que equivale

a decir que sin su consentimiento y su voluntad se va asignar el sexo femenino a un infante que genéticamente es del sexo masculino”.

...Por estas razones, la operación debería ser postergada hasta tanto la menor adquiriera la capacidad para dar un consentimiento libre e informado.”

La Corte, en sentencia T-1390 del 2000, reitera que:

“... de conformidad a la doctrina sentada en las sentencias SU-337 de 1999, T-551 de 1999 y T-692 de 1999, los casos de intervenciones quirúrgicas y hormonales destinadas a remodelar los genitales, en casos de ambigüedad genital, en menores de cinco años, requieren de un consentimiento informado cualificado y persistente de los padres, a fin de proteger el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la identidad sexual de los menores.

Este es un caso de hipospadía severa, que afecta la salud de la niña y amerita un tratamiento médico inmediato, dado que la niña solo cuenta con pocos meses de edad y necesita el tratamiento urgente para practicarle la remodelación de su vagina; en estos eventos la Corte acoge el criterio médico según el cual antes de los dos años de edad los niños poseen un sexo neutro que puede ser remodelado de acuerdo con la asignación de sexo que arrojen los exámenes clínicos, hecho que autorizaría el consentimiento sustituto paterno para autorizar la remodelación del sexo, de acuerdo con la doctrina de la Corte.

No obstante, para tomar la decisión la Corte consideró conveniente analizar la legitimidad del consentimiento paterno, a la luz del precedente establecido en las sentencias arriba referidas.

La Corte plantea el siguiente problema: ¿es o no procedente que, por vía de tutela, el juez constitucional ordene a una entidad de seguridad social, en este caso el ISS, adelantar una cirugía de remodelación de los genitales, la cual ha sido recomendada por los

especialistas como esencial para asegurar un desarrollo psicológico y físico satisfactorio de un menor, que presenta una forma de ambigüedad genital?

La Corte, luego de exponer su doctrina constitucional autoriza en este caso la remodelación de los genitales de la niña, pero condiciona la decisión a que el juez de instancia confirme que el consentimiento paterno reúna las condiciones del "consentimiento informado cualificado y persistente.", consignado en la sentencia T- 551 de 1999.

Si se comparan los criterios de la Corte Constitucional en las sentencias analizadas puede colegirse que la alta corporación trata de proteger y de hecho, en la mayoría de los asuntos lo logra, el interés superior del niño, pues se prefiere la aplicación de su derecho a la autonomía a la patria potestad de los padres y se inaplica el concepto legal de capacidad del código civil

Así se evidencia al crear su doctrina propia sobre el consentimiento informado, pues exige que cuando sean los padres quienes den el consentimiento éste debe ser cualificado y persistente en el tiempo, con el debido seguimiento del equipo interdisciplinario correspondiente.

La identidad sexual, en los casos en los que no haya urgencia de remodelar los genitales, sin duda se preserva, porque el afectado puede prestar su consentimiento solamente cuando su estado de pubertad le permita orientarse sexualmente.

El libre desarrollo de la personalidad es protegido, por cuanto permite al niño determinarse respecto del sexo que crea conveniente de acuerdo con su individualidad en una edad considerada pertinente por la comunidad médica.

Por último, observamos que los protocolos alternativos para el tratamiento de la intersexualidad propuestos por Diana Tovar, extractados de los estudios de sexo de Milton Diamond, de la Escuela Médica de la Universidad de Hawaii y el psiquiatra Keith

Sigmundson, de la Universidad de British Columbia, son semejantes a los planteados por la Corte . Ellos son:

1. Recomiendan que las dificultades emocionales de los padres y madres con respecto a la intersexualidad de su hijo o hija intersexual sean tratadas brindando asesoría a los padres;
2. Que se proporcione asesoría continua e información honesta al intersexual en un modo apropiado a su edad a medida que crezca, y
3. Que se evite la cirugía genital temprana, pues es irreversible y potencialmente perjudicial.

## Conclusiones

En la dinámica que se mueve el derecho constitucional actualmente es preciso señalar que el estado de intersexualidad de los niños colombianos debe ser objeto de regulación normativa, a través políticas de inclusión del Estado.

Las injusticias que se pueden cometer a estas personas, derivadas de la actitud paternalista de la comunidad médica, merecen una atención más acentuada por parte de todas las instituciones, no solamente de la judicial, por cuanto bien es sabido que esta instancia es la última ratio a la cual acude el ciudadano, cuando muchas veces ya es demasiado tarde.

La ley 23 de 1981, no es suficiente para resolver esta problemática, porque además de ser una norma de carácter general, carece de la inclusión de las nuevas tendencias y proyecciones establecidas en los tratados de derecho internacional ratificados por Colombia y el avance que la Corte Constitucional ha hecho sobre derechos fundamentales como la autonomía, la identidad y el libre desarrollo de la personalidad de los niños, los cuales repercuten en la justa aplicación del consentimiento informado.

Se necesita unificación de criterio y divulgación en el sector de la salud sobre los protocolos médicos alternativos sobre intersexualidad; que se reconozcan y acojan las recomendaciones de la Corte y de los expertos en bioética respecto de la autonomía que debe respetarse a estos menores de edad para definir su orientación sexual en el respeto de su dignidad como personas.

Sin políticas de inclusión social los planteamientos de la Corte se convierten en cantos románticos que se lleva el viento, pues el sistema de salud de un estado fallido



como el colombiano constituye el primer obstáculo para proteger a estos sectores minoritarios; cualquier recomendación de carácter jurisprudencial o académico no se materializa con el sistema precario de salud que hoy se presta, donde en ocasiones hasta a los más pudientes se les niega el servicio.

Por último, estas políticas de inclusión de los intersexuales deben enmarcarse dentro de una filosofía de género en la cual se considere que éstos puedan optar por una asignación de sexo no tradicional, entendiendo que es posible que al momento de tomar su decisión la persona intersexual pueda disponer que su estado civil se inscriba en el registro como sexo intermedio, o neutro, o bisexual, o como considere el legislador que se le deba denominar.

## Referencias Bibliográficas

Castillo Bocanete, A. (2009). ¿Qué es doctor, niño o niña? Prácticas médicas en torno a la intersexualidad. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología.

Congreso de la República de Colombia (1981). Ley 23, Código de Ética Médica. En: Diario Oficial No. 35.711 (Febrero).

Congreso de la República de Colombia (2009). Ley 1306. Bogotá.

Constitución Política de Colombia (1991). Bogotá: Legis.

Convención Americana Sobre Derechos Humanos Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos (1969). Pacto de San José. San José, Costa Rica.

Corte Constitucional (1994). Sentencia T- 411, M.P. Vladimiro Naranjo Ochoa

Corte Constitucional (1994). Sentencia T-401, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Corte Constitucional (1995). Sentencia T-477, M.P. Alejandro Martínez Caballero

Corte Constitucional (1996). Sentencia T-474, M.P. Fabio Morón Díaz

Corte Constitucional (1999). Sentencia SU-337, M.P. Alejandro Martínez Caballero

Corte Constitucional (1999). Sentencia T-551, M.P. Alejandro Martínez Caballero

Corte Constitucional (1999). Sentencia T-692, M.P. Carlos Gaviria Díaz.

Corte Constitucional (2000). Sentencia T-1390, M.P.: Alejandro Martínez Caballero.

Corte Constitucional (2002). Sentencia T-850, M.P.: Rodrigo Escobar Gil.

Declaración De Ginebra

Duque Quintero, 2007. Revista Pediátrica Universidad Nacional

Faralli, C. (2007). La filosofía del derecho contemporánea. I temi e le sfide. Editorial Laterza. Roma, Bari.

García Borrero, L.M. & Zapata Ramírez, L.I. (2008). El consentimiento informado. Universidad Ciencias de Salud, CES, Medellín.

Gimar, F.; Figueroa, J.; González, K.; Hormaza, N. & Lemus, E., (1999). El consentimiento en el acto médico una aproximación en pediatría. En: Rev. Pediatría, Órgano Oficial de la Sociedad Colombiana de Pediatría, Volumen 34 No. 2 (Junio). Recuperado el 20 de julio de 2012, de [http://www.encolombia.com/pediatrica34299\\_consentido25.htm](http://www.encolombia.com/pediatrica34299_consentido25.htm)

Giraldo Gómez, L.F. (2011). El consentimiento informado un desarrollo del principio constitucional de la Autonomía. En: Revista Médico Legal. Recuperado el 20 de julio de 2012, de <http://www.medicolegal.com.co/articulo/subtema/889>

Lopera Sepúlveda, C. & Ramírez Montoya, Y.F. (2005). Implicaciones jurídicas por el cambio de sexo. Universidad de Medellín Facultad de Derecho.

Moncada Roa, P. (2001). Línea jurisprudencial y subreglas vigentes. Ambigüedad genetal: línea jurisprudencial y subreglas vigentes. En: Revista mensual Tutela acciones populares y de cumplimiento, tomo II N 15, Marzo, Legis, Bogotá.

Naciones Unidas (1924). Declaración de Ginebra. V Asamblea de la Sociedad de Naciones Unidas.

Naciones Unidas (1961). Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1989). Convención de los derechos del niño.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1966). Pacto Internacional de derechos civiles, políticos, sociales y culturales.

Presidencia de la República de Colombia (1970). Decreto 1260. En: Diario Oficial No. 33.118 (Agosto).

Tovar, D. (2009) Desarrollo jurisprudencial de la intersexualidad. Revista Jurídica Uniinca

Serrano Gómez, R. (2009). Modificaciones al régimen de capacidad humana en la ley 1306 de 2009. En: Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Vol. 40, No. 113.

Velásquez Acevedo, C.; González Sánchez, P. & Sarmiento Echeverri, I.C. (2007). Principios y derechos involucrados en el análisis jurídico de los estados intersexuales en pacientes menores de edad en Colombia –El caso del Hermafroditismo–. En: Revista Estudios de Derecho, Vol. 64, No. 144, Universidad de Antioquia.