

Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia

Application of the do no-harm approach to informed consent among women with intellectual disabilities in Colombia

Inés Yohanna Pinzón Marín*

Consultorio Jurídico UT, Tolima, Colombia

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.05>

Resumen

El presente artículo analiza la pertinencia del Enfoque de la Acción Sin Daño (EASD) en la obtención del consentimiento informado (CI) en decisiones reproductivas de mujeres con discapacidad intelectual (DI), quienes además enfrentan múltiples formas de vulnerabilidad. Desde

* Profesora en Ciencias Humanas y Artes de la Universidad del Tolima. Directora del Centro de Conciliación y Consultorio Jurídico UT. Correo electrónico: ypinzon@ut.edu.co <https://orcid.org/0009-0003-9772-8419>

Recepción: 19/11/2024 Aceptación: 30/07/2025

CÓMO CITAR: Pinzón Marín, I. Y. (2025). Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.05>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

una perspectiva bioética, se plantea la necesidad de garantizar el respeto a la autonomía y dignidad de estas mujeres, evitando prácticas paternalistas o intervenciones que, aunque bien intencionadas, puedan generar efectos adversos. La propuesta metodológica es cualitativa y se estructura a partir de las categorías: EASD, CI, decisiones reproductivas, DI y vulnerabilidad. A través de un rastreo documental y jurisprudencial, se busca identificar los modelos utilizados en la práctica para la obtención del consentimiento, advirtiendo la necesidad de realizar ajustes razonables. El EASD permite repensar las intervenciones para que sean sensibles al contexto y promuevan decisiones verdaderamente informadas, sin imponer cargas indebidas ni sustituir la voluntad de las mujeres involucradas.

Palabras clave: acción sin daño, consentimiento informado, decisiones reproductivas, mujeres con discapacidad mental.

1. Introducción

La toma de una decisión reproductiva resulta de gran importancia en la vida de las personas, bien porque opten ser padres o madres, o por no serlo; sin embargo, estas decisiones se tornan más complejas cuando se trata de mujeres con discapacidad intelectual. Las dudas que surgen oscilan entre la autonomía para la toma de la decisión y el acompañamiento para la obtención del CI de una actuación médica en el ámbito reproductivo, sea esta el uso de anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo o la esterilización.

Suponiendo que una mujer adulta mayor, cuidadora, habitante de sector rural en zona de ex conflicto armado, acude al sistema de administración de justicia, manifestando actuar en nombre y representación de su nieta, mujer mayor de edad, en situación de discapacidad intelectual, contra una entidad prestadora de servicios de salud, por la denegación del servicio de ligadura de trompas o también conocido como método Pomeroy. La dificultad entorno a la prestación del servicio de salud solicitado, radica en la no claridad sobre el modo de obtención del CI de la paciente mayor de edad con

discapacidad intelectual. Quién, cómo, dónde, cuándo, porqué y de qué manera debe tomar una decisión reproductiva en un caso como este, es de gran complejidad.

La toma de decisiones difíciles generalmente se realiza en un ejercicio individual, en que se revisan los intereses y valores propios, sin embargo, la toma de una decisión difícil en personas que no pueden representar sus propios intereses y las consecuencias que se derivan a futuro de sus acciones, hace que deba revisarse el papel del apoyo, ayuda, medida o intervención. Cualquiera que sea su origen, estas acciones se insertan inevitablemente en un contexto de vulnerabilidad.

Si bien, los términos discapacidad, mujer y pobreza no son sinónimo de víctima, es también pertinente indicar que, asociados como condiciones a una misma persona, hace que esta, sea una potencial víctima de abusos en todo orden. Las condiciones de vulnerabilidad no solo coexisten, sino que interactúan entre sí, produciendo contextos únicos e individualizados. En otras palabras, no se trata solo de sumar factores de vulnerabilidad, sino de reconocer que cuando se presentan simultáneamente en una misma persona, la situación de riesgo no es simplemente mayor, sino cualitativamente distinta, y requiere un análisis más complejo y sensible.

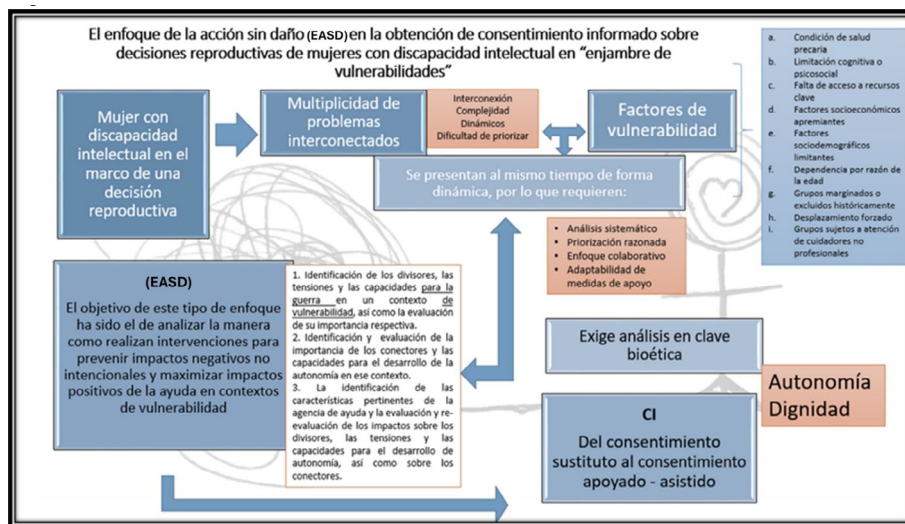
Una mujer con DI en condición de pobreza no es *per se* una víctima, pero si una potencial víctima por sobre exposición de factores de vulnerabilidad que al cruzarse se combinan, generando formas de discriminación y desventaja específicas y acumulativas. De suerte que, cuando en una mujer se suman varias condiciones, ella se encuentra sujeta a que en las acciones que busquen mitigar el daño o garantizar sus derechos, pueda quedar también sujeta a que se exacerbe su vulnerabilidad.

Algunos modelos de deliberación bioética permiten la revisión de dilemas éticos complejos como el que se presenta, entre los más destacados: el modelo principialista (1), modelo deliberativo (2), modelo hermenéutico (3), modelo narrativo (4,5), modelo casuístico (6), modelo ético de la responsabilidad (7), Modelo ético de las

virtudes (8), solo por reseñar algunos. No obstante, estos modelos no dan cuenta del poder del contexto, ni la naturaleza multifactorial de la vulnerabilidad, ni cómo, en ciertos casos, el apoyo o acompañamiento en la toma de decisiones puede intensificar otras formas de vulnerabilidad distintas a la que se pretendía atender. Por esta razón, el EASD, desarrollado en el ámbito de la ayuda humanitaria, como se observa en la Figura 1, puede ofrecer herramientas metodológicas útiles para analizar y comprender las intervenciones de apoyo en este tipo de escenarios.

El objetivo de este artículo es entonces, el de analizar cómo la aplicación del EASD contribuye a la obtención del CI sobre decisiones reproductivas en mujeres con discapacidad intelectual, que se encuentran en contexto de vulnerabilidad, garantizando el respeto a su autonomía, y dignidad.

Figura 1. El EASD



Fuente: elaboración propia.

2. El EASD en el marco de una decisión reproductiva de mujeres con discapacidad intelectual

La EASD es un concepto ampliamente difundido en el mundo, a partir de las experiencias obtenidas por los trabajadores humanitarios para abordar los contextos del conflicto, sin empeorarlo. El objetivo de este tipo de enfoque ha sido el de analizar la manera como realizan intervenciones la Organización de las Naciones Unidas, las ONG, cooperantes, mediadores y políticos, para prevenir impactos negativos no intencionales y maximizar impactos positivos de la ayuda humanitaria (9).

En otras palabras, este enfoque permite revisar como diseñar e implementar intervenciones humanitarias que promuevan la paz y la reconciliación en contextos de conflicto, fortaleciendo la capacidad de las comunidades locales para construir sistemas alternativos de resolución de conflictos y reducir su dependencia de la violencia. Esto en consideración a que la manera como interactúa la asistencia en situaciones de conflicto puede llevar a la exacerbación o la mitigación de este, por lo que es importante identificar el escenario para tener un mejor control de los impactos (10).

De suerte que, el EASD emergió en el contexto de la acción humanitaria, inspirado en el principio ético *primum non nocere*, basado en el juramento hipocrático y que daría origen al principio de no maleficencia (11).

Sin embargo, este principio bajo el EASD se erigió bajo dos preceptos:

- a. Que el “no hacer daño” se centra por igual en el daño y el beneficio, es decir, que no se centra solo en los posibles daños o efectos negativos que proporciona una intervención humanitaria, sino que igualmente debe considerar el bien en su conjunto.
- b. Que no se puede usar el “no hacer daño” para justificar que no se actuará. Bajo la premisa de que no se debe causar la mínima posibilidad de daño o incomodidad, entonces se opta por mejor no hacer nada.

De otro lado, Wallace (12) desarrolla a partir de los estudios de Anderson, seis lecciones de no hacer daño, en el marco de una intervención en el contexto de ayuda humanitaria: i). Siempre que una intervención de cualquier tipo entra en un contexto, se convierte en parte del contexto, ii). Todos los contextos se caracterizan por divisores y conectores. iii). Todas las intervenciones interactúan con ambos, ya sea empeorándolos o mejorándolos. iv). Las acciones y los comportamientos tienen consecuencias, que crean impactos. v). Los detalles de las intervenciones importan. vi). Siempre hay opciones.

En este orden, el principio de no hacer daño en el marco del EASD no se agota en solo abstenerse de dañar, sino que implica sobre todo el imperativo de hacer activamente el bien, además de prevenir el mal (13).

Pese a que este enfoque emergió en el contexto de la ayuda humanitaria, este resulta aplicable a otras áreas de intervención en contextos que no necesariamente se caractericen por la violencia (14), la metodología que se emplea a partir del EASD puede convertirse igualmente en una valiosa herramienta para la comprensión de contextos de vulnerabilidad. En la Tabla 1 se muestra la metodología del EASD que comprende al menos las siguientes etapas:

Tabla 1. Análisis de contexto (diferente a análisis de conflictos; que divide a las personas y como se conectan sus intereses y objetivos)

Wallace	Anderson
Fase 1. Comprender el contexto y el escenario del conflicto	<i>Etapa 1. comprende la identificación de los divisores, las tensiones y las capacidades para la guerra en un contexto de conflicto, así como la evaluación de su importancia respectiva</i>

<p>Fase 2. Analizar los factores de división y las fuentes de tensión</p>	<p>Divisores “Cosas que se quieren detener”</p> <p>Estos divisores pueden ser de naturaleza étnica, religiosa, política, económica o social, y a menudo son explotados por actores violentos para profundizar las divisiones y perpetuar el conflicto</p> <p>Los divisores debilitan las capacidades locales para la paz</p> <p><i>La etapa 2 comprende la identificación y la evaluación de la importancia de los conectores y las capacidades para la paz en ese contexto</i></p>
<p>Fase 3: Analizar los factores de cohesión o conectores y las capacidades locales para la paz</p>	<p>Conectores y capacidades locales para la paz “Cosas que se quieren apoyar”</p> <p>Frente a los divisores, se propone fortalecer las “capacidades locales para la paz”. Esto implica desarrollar las habilidades, recursos y estructuras necesarias dentro de las comunidades para que puedan gestionar sus propios conflictos de manera pacífica y sostenible. En otras palabras, se trata de empoderar a las comunidades para que sean los principales actores en la construcción de su propia paz</p>
<p>Fase 4: Analizar los elementos del proyecto</p>	<p><i>La etapa 3. la identificación de las características pertinentes de la agencia de ayuda y su programa, y la evaluación y reevaluación de los impactos sobre los divisores, las tensiones y las capacidades para la guerra, así como sobre los conectores y las capacidades para la paz</i></p>
<p>Fase 5: Analizar los efectos y el impacto del proyecto sobre el escenario de conflicto</p>	
<p>Fase 6: Identificar opciones y/o alternativas para el proyecto</p>	
<p>Fase 7: Comprobar las opciones y rediseñar el proyecto</p>	

Fuente: realizado a partir de (CDA, 2016; Wallace, 2016; Anderson, 1999).

Ahora bien, el EASD resulta especialmente útil para el análisis de la toma de decisiones en contextos marcados por el conflicto. Se entiende por conflicto, aquel escenario en el que dos o más personas o grupos mantienen intereses opuestos que generan disputas, desacuerdos y situaciones de confrontación constante. En estos casos, las medidas de ayuda o de restablecimiento suelen requerir la intervención de terceros, que actúan como mediadores o facilitadores en la búsqueda de soluciones.

Sin embargo, no todos los escenarios problemáticos en los que se requiere toma de decisiones corresponden a contextos de conflicto. Algunos deben entenderse como contextos dilemáticos, los cuales presentan una lógica distinta. Un dilema se define como una situación en la que se enfrentan dos posibles soluciones, ambas aceptables, pero ninguna plenamente satisfactoria (15).

A diferencia del conflicto, el dilema se centra en una única persona que debe decidir entre dos o más opciones disponibles, cada una con consecuencias tanto positivas como negativas. Estas opciones reflejan un valor cuya solución no resulta satisfactoria para todos los derechos involucrados de esa misma persona; de este modo, los derechos entran en tensión, y una resolución inevitablemente deja algún aspecto sin una respuesta completamente justa o adecuada.

Las dificultades en la toma de decisiones dilemáticas se agudizan cuando se presentan en el límite con los conflictos; por ejemplo, cuando una persona no puede expresar un dilema moral por sí misma y, además, enfrenta intereses contrapuestos. Lo que sucede en casos como, los de toma de decisiones de mujeres con DI y en situaciones de vulnerabilidad.

En estos casos, es necesario que otros intervengan para brindarle apoyo o asistencia, lo que guarda correspondencia con una de las reglas para tratar a las personas de manera autónoma: “cuando te lo pidan, ayuda a otros a tomar decisiones importantes” (16). Esto es así, porque el contexto en el que se desenvuelven marca la diferencia, debido el estatus socio relacional multifactorial de vulnerabilidad, que resulta igualmente relevante para la evaluación de su autoridad normativa (17), como se observa en la Tabla 2.

De igual manera, estos son casos en los que no se debe atender solo la consideración específica de una vulnerabilidad, sino de múltiples vulnerabilidades que se encuentran en una misma persona y sobre los cuales, esta rara vez podría ejercer algún control, porque provienen de dinámicas externas.

Tabla 2. Análisis de contexto en el EASD

1. Comprender el contexto	<p>Enjambre de vulnerabilidades</p> <p>Factores de vulnerabilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Condiciones de salud precaria b. Limitación cognitiva o psicosocial c. Falta de acceso a recursos clave d. Factores socioeconómicos apremiantes e. Factores socio demográficos limitantes f. Dependencia por razón de la edad g. Grupos marginados o excluidos históricamente h. Desplazamiento forzado i. Sujetos a atención de cuidadores no capacitados en el cuidado 	<p>No se pueden abordar de modo aislado cuando están en una misma persona, ya que una decisión puede generar efectos colaterales o estar conectados</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconexión • Complejidad • Dinámica • Dificultad de priorización • Están presentes de modo simultaneo <p>Requiere que se realice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis sistemático: ¿cómo se conectan los factores de vulnerabilidad? ¿cuáles son sus causas, orígenes, consecuencias, relaciones y efectos? - Priorización racional: en el marco de la prudencia, ¿cuál factor de vulnerabilidad al resolverse facilita el tratamiento de otros factores? - Enfoque colaborativo: ¿Cómo se articula la familia, el Estado, la Sociedad, las entidades y profesionales para atender personas en enjambre de vulnerabilidades?
----------------------------------	---	---

2. Comprensión de la identificación y la evaluación de la importancia de los conectores y las capacidades	Divisores Cosas que se quieren detener	Ayuda, Apoyo, Medida De Restablecimiento o Intervención Toma de una decisión reproductiva	Conectores Cosas que se quieren apoyar
	Sistemas e instituciones	Integración de información cognitiva, emocional y motivacional El conocimiento solo no es suficiente	Sistemas e instituciones
	Actitudes y acciones	¿Por qué? ¿Dónde? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cómo?	Actitudes y acciones
	Valores e intereses		Valores e intereses
	Experiencias		Experiencias
	Símbolos		Símbolos
		Toda ayuda debe reducir tensiones y fortalecer capacidades (competencia para la autonomía)	

<p>3. la identificación de las características pertinentes de la agencia de ayuda y su programa, y la evaluación y reevaluación de los impactos sobre los divisores, las tensiones y las capacidades</p>	<p><i>“Nada de nosotros sin nosotros”</i> Ningún apoyo que afecte un derecho puede ser tomado a espaldas de su beneficiario (confianza)</p> <p><i>“Yo no comprendo, pero tu sí”</i> El que no comprenda las consecuencias de una decisión no hace que quien la apoya no la deba comprender representando al otro en la situación. (empatía)</p> <p><i>“No basta pensar en lo que es bueno”</i> Toda ayuda debe consultar cada factor de vulnerabilidad para no exacerbar daños (responsabilidad)</p> <p><i>“siempre es el momento apropiado para hacer lo que es bueno”</i> Siempre será mejor actuar para mejorar las condiciones de vulnerabilidad que no hacerlo (acción)</p> <p><i>No use el “no daño” como pretexto para mentir</i> No hacer daño no puede ser usado como pretexto de la mentira, las personas merecen en el trato la verdad (veracidad)</p> <p><i>Quienes ayudan o apoyan “eligen el bien, no eligen un bien”</i> La ayuda o apoyo no tiene como finalidad juzgar a quienes apoyan, aunque pueda estar la idea de que su intervención no se hace bien, está siempre se enmarca en el bien, es decir, busca elegir el bien (no recriminación)</p>
--	--

Fuente: elaboración propia, realizada a partir del esquema del EASD de Anderson y Wallace.

3. Implicaciones prácticas del EASD en la obtención de CI

Tal como se referenció, el EASD tiene como objetivo principal prevenir consecuencias negativas no intencionadas sobre las personas, comunidades o grupos sobre los que se va a intervenir para

apoyarlos. Cuando se aplica este enfoque a mujeres con DI en el marco de una decisión reproductiva, en las que además de su discapacidad, pueden converger otros factores de vulnerabilidad al tiempo, sus implicaciones prácticas son profundas. Este enfoque invita a reconocer que incluso las acciones bien intencionadas, pueden generar efectos adversos si no se consideran adecuadamente las condiciones contextuales, las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad y la capacidad de decisión de las mujeres involucradas.

Así, la aplicación del EASD en este tipo de decisiones no solo implica la prevención de daños adicionales, sino que también exige la promoción activa de escenarios que garanticen la autonomía, la dignidad y la justicia reproductiva para las mujeres. Esta aplicación debe considerar, en todo caso, los siguientes elementos:

a. Comprensión de la DI como un factor de vulnerabilidad

La DI corresponde a un trastorno del desarrollo intelectual, dentro de los trastornos del neurodesarrollo, definida a partir del año 2022 como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, que abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas”. Esta discapacidad se origina antes de los 22 años” (18). La DI tiene tres criterios de diagnóstico: i). Deficiencias de las funciones intelectuales, ii). Deficiencias del comportamiento adaptativo. iii). Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo del desarrollo. El DSM-5 TR (2022)¹ (19) propone una clasificación del trastorno del desarrollo intelectual en función de la gravedad, medida según el funcionamiento adaptativo ya que éste es el que determina el nivel de apoyos requerido, distinguiendo entre: leve, moderado, grave y profundo.

¹ El DMS TR 20022, ha buscado simplificar algunos términos para mayor comprensión y mejor comunicación, así, por ejemplo, la “discapacidad intelectual” ha sido renombrada como “trastorno del desarrollo intelectual” para reflejar mejor la naturaleza del trastorno y resaltar su relación con el desarrollo intelectual.

La discusión que plantean casos en los que efectivamente se reconoce que el estado de DI es de tal magnitud, que impide que la titular del derecho pueda expresar de manera inequívoca una decisión sobre la disposición de su cuerpo, bien para recibir un tratamiento médico o una intervención quirúrgica con el objetivo de evitar el embarazo, es decir, de un método anticonceptivo permanente. Siendo esta una toma de decisión trascendental y en este caso dilemática, dadas las implicaciones que reporta la decisión de tener hijos o no tenerlos, en el proyecto de vida de las personas, lo que se fundamenta en su autonomía y libre desarrollo de la personalidad, y de otro lado, las condiciones en que el nuevo integrante pueda desarrollarse, con los cuidados que se aspira debe tener y que una mujer con una condición de discapacidad severa, probablemente no pueda dispensar, advierte un debate que no es fácil de mediar.

Cuando la DI afecta la capacidad de decisión del individuo, resulta de gran dificultad la comprensión de un CI del paciente, lo que plantea un obstáculo para las prestadoras o profesionales de servicios de salud, que obliga en muchas ocasiones a que sean los familiares o cuidadores, quienes tomen la decisión.

Si la mujer no cuenta con las facultades cognitivas plenas, que permitan la comprensión de la toma de una decisión, esto es: la atención, la percepción, motricidad, cognición social, funciones ejecutivas, lenguaje y memoria (20), es sumamente difícil que se obtenga de ella un CI válido, lo que no significa que los profesionales de la salud en la red de los prestadores de servicios de salud, se eximan de adelantar todos los pasos para su obtención, lo que implica atender las orientaciones técnicas para la implementación del CI para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos (21).

Tal como establece la consigna de “Nada de nosotros, sin nosotros” empleada por el movimiento a favor de la vida independiente de las personas con discapacidad (22), con la que se ha querido expresar la idea de que ninguna decisión que influya sobre las personas con discapacidad debe hacerse sin su participación plena o a sus

espaldas; resulta importante advertir en todo caso, que el reconocimiento de su autonomía no es sinónimo alguno de su capacidad, y esta debe ser respetada en toda decisión que les afecte.

El reconocimiento y valoración médica del estado, nivel o grado de discapacidad es un factor determinante para establecer en qué medida puede comprender una decisión reproductiva, de allí se desprende el camino a seguir para la posible intervención clínica.

Ha de entenderse que cualquier intervención en el cuerpo requiere consentimiento y este en el campo clínico, ha de ser suficientemente informado, teniendo como características: la voluntariedad, la divulgación o información plena y la capacidad decisional. Dentro de las habilidades involucradas en la capacidad decisional, se advierte que tal como sucede en el proceso cognitivo humano, la persona debe hallarse en una situación que le permita entender, apreciar, razonar y pueda expresar su elección en libertad.

b. *Comprensión del contexto de las mujeres con DI en la toma de una decisión reproductiva desde aspectos normativos*

El análisis de contexto debe consultar los derechos reproductivos y su desarrollo jurisprudencial, en la categoría de mujeres con discapacidad intelectual. En Colombia se ha reconocido a través de varias disposiciones y pronunciamientos jurisprudenciales² los derechos

² La Corte Constitucional en sentencia T- 199 de 2025 del 25 de mayo, siendo Magistrada ponente la Dra. Diana Fajardo Rivera, en un fallo histórico para la defensa de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas en situación de discapacidad, planteó como un problema jurídico a resolver en un caso específico: (i) ¿Vulneran una ESE y una EPS los derechos a la salud, al consentimiento informado, a la capacidad legal, a una vida libre de violencias y los derechos reproductivos de una mujer mayor de edad en situación de discapacidad, intelectual, sicosocial (mental) y múltiple, al ordenar un procedimiento de anticoncepción quirúrgica? En este caso, se establece que *Verónica*, como mujer en situación de discapacidad intelectual y psicosocial, tiene derecho a ejercer plena y autónomamente sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad con las demás personas. Para ello, puede contar con ajustes razonables y apoyos para la toma de decisiones, sin que

reproductivos de las mujeres, y de modo especial, como este derecho se debe garantizar a mujeres en condición de discapacidad, sobre estos se hará referencia más adelante. Lo primero que se advierte es que el escenario de esterilización sin el consentimiento de la mujer con discapacidad es inconstitucional. No obstante, se reconoce que las mujeres con discapacidad requieren ser apoyadas en sus decisiones reproductivas de manera respetuosa y con los mecanismos adecuados, para asegurar que su autonomía sea protegida.

En la Tabla 3 se observa el marco normativo a revisarse entorno a los derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad en Colombia, en el cual se tienen, entre otras disposiciones, las siguientes:

Tabla 3. Marco normativo de los derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad en Colombia

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2016). Adoptada mediante la Ley 1346 de 2009 “Por medio de la cual se aprueba la <i>Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad</i> ”, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Especialmente el artículo 12 y 25.
Ley Estatutaria 1618 de 2013: “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.
Ley Estatutaria 1751 de 2015: “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
Ley 762 de 2002: “Por medio de la cual se aprueba la <i>Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad</i> , suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”.

su discapacidad justifique que otros decidan por ella. Negar esta autonomía constituye una forma de discriminación, contraria a la Constitución, la jurisprudencia y los compromisos internacionales del Estado colombiano.

Decreto 3973 de 2005: “Por el cual se promulga la <i>Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad</i> , suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”.
Ley 1306 de 2009: “Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el <i>Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados</i> ” Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 600 de 2012. En concordancia con la Ley 762 de 2002 y Ley 1346 de 2009. Artículos del 1 al 48 fueron derogados por el art.61 de la Ley 1996 de 2019.
Ley 1412 de 2010: “Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable”.
Decreto 0600 de 2012: “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1306 de 2009 y se expiden disposiciones en relación con los avales o garantías”.
Resolución 2003 de 2014 MinSalud: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
Resolución 1904 de 2017 MinSalud: “Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones”
Ley 1996 de 2019: “Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad” Modifica Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso. Establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.
Marco jurisprudencial Corte Constitucional de Colombia sobre derechos reproductivos de mujeres en condición de discapacidad
Sentencia T-850/2002 de 10 de octubre de 2002. M.P. Rodrigo Escobar Gil.
Sentencia T-248 de 2003 de 21 de marzo de 2003.M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
Sentencia T-492 de 2006 de 29 de junio de 2006. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
Sentencia T-1019 de 2006 de 1 de diciembre de 2006M.P. Jaime Córdoba Triviño.

Sentencia T-063 de 2012 de 9 de febrero de 2012 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
Sentencia C-131 de 2014 de 11 de marzo de 2014. M.P. Mauricio González Cuervo.
Sentencia T-740 de 2014 de 3 de octubre de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
Sentencia C-182 de 2016 de 13 de abril de 2016 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
Sentencia T-573 de 2016 de 19 de octubre de 2016 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
Sentencia T-690 de 2016 de 7 de diciembre de 2016. M.P. Alberto Rojas Ríos.
Sentencia T-665 de 2017 de M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
Sentencia T-231 de 2019 de 28 de mayo de 2019. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.
Sentencia T-199 de 2025 del 25 de mayo, M.P. Dra. Diana Fajardo Rivera

Fuente: elaboración propia.

De suerte que, la legislación y jurisprudencia constitucional colombiana ha desarrollado un marco sólido y garantista en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en condición de discapacidad. Se ha consolidado como regla general, la prohibición de la esterilización sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada, presumiendo siempre su capacidad jurídica. Solo de manera excepcional —y tras cumplir rigurosos requisitos— puede autorizarse un CI sustituto, lo que requiere la existencia de una discapacidad profunda y severa, riesgo probado para la vida, la imposibilidad comprobada de que la persona consienta en el presente o futuro, y la obtención previa de autorización judicial.

En la actualidad, se propugna por el deber de brindar ajustes razonables y apoyos para la toma de decisiones, como parte del tránsito hacia el modelo social de la discapacidad (23,24), alineado con los estándares de derechos humanos internacionales. En consecuencia, el CI en estos casos debe adelantarse, ser promovido y facilitado

mediante medios técnicos, pedagógicos y por profesionales, para garantizar el respeto a la autodeterminación de todas las mujeres, incluidas aquellas en situación de discapacidad intelectual.

En este contexto la Ley 23 de 1981 por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica en Colombia, al referirse a las relaciones médico-paciente, en los artículos 14 y 15, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos medico quirúrgicos que se requieran, así:

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.

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

De la normatividad y desarrollo jurisprudencial esbozado, se puede establecer al menos cuatro modelos de CI en Colombia, como puede observarse en la Tabla 4, para casos de toma de decisiones reproductivas de mujeres con discapacidad intelectual, así: CI general en materia reproductiva, asistido, cualificado y sustituto.

Tabla 4. Tipos de CI empleados en la toma de decisiones reproductivas de mujeres con DI en Colombia

CI – concepto normativo general

Resolución 2003 de 2014, definió el CI como: “...la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso de que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente”

Sentencia Corte Constitucional C- 182-2016.

El CI debe ser (i) libre, es decir, debe ser voluntario y sin que medie ninguna interferencia indebida o coacción, (ii) informado, en el sentido de que la información provista debe ser suficiente, esto es —oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa— y en algunos casos, (iii) cualificado, criterio bajo el cual el grado de información que debe suministrarse al paciente para tomar su decisión se encuentra directamente relacionado con la complejidad del procedimiento y por lo tanto se exige un mayor grado de capacidad para ejercer el consentimiento, casos en los cuales también pueden exigirse formalidades para que dicho consentimiento sea válido, como que se dé por escrito. Además, requiere que el individuo pueda comprender de manera autónoma y suficiente las implicaciones de la intervención médica sobre su cuerpo. En su defecto, excepcionalmente terceras personas pueden otorgar dicho consentimiento como se desarrollará más adelante.

Sentencia Corte Constitucional C-233-2021: estableció que el CI tiene que ser libre, informado e inequívoco, indicando del mismo modo, que las personas no solo podrían manifestarlo cuando lo necesitaran, sino que podría ser previo o anticipado

CI

Requisitos esenciales en el ámbito del acceso a la información en materia reproductiva según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, específicamente en el ámbito del acceso a la información en materia reproductiva, ha dicho que el CI consta de tres requisitos esenciales:

- (i) que los profesionales de la salud suministren la información necesaria sobre la naturaleza, beneficios y riesgos del tratamiento, así como alternativas al tratamiento;
- (ii) tomar en cuenta las necesidades de la persona y asegurar la comprensión del paciente de esa información; y
- (iii) que la decisión del paciente sea voluntaria. Así, el CI debe garantizar una decisión voluntaria y suficientemente informada, lo cual protege el derecho del paciente a participar en las decisiones médicas, y a su vez impone obligaciones en los prestadores del servicio de salud.

CI asistido

Se entiende por CI asistido, aquel que se obtiene cuando no es posible conocer la voluntad de la persona con discapacidad, después de haber realizado la determinación de apoyos y ajustes razonables. En estos casos, se acudirá a las personas de apoyo que demuestran una relación de confianza con la persona con discapacidad y al personal de salud tratante, para asistir de manera conjunta la toma de decisiones frente a la atención en salud y la suscripción del CI. De este hecho debe quedar registro en la historia clínica con la información de la decisión tomada (25).

Es importante señalar, que el CI asistido, a diferencia del CI sustituto, requiere de la participación de la persona con discapacidad y que además esté presente en la toma de decisión, respecto de la intervención en salud que vaya a recibir.

- Sentencias T 1019 de 2006, T-740 de 2014, C-182 de 2016, T-690 de 2016, T573-2016, T-665 de 2017.

CI cualificado

La jurisprudencia constitucional ha establecido que, dependiendo del carácter extraordinario, invasivo o riesgoso de una intervención médica, puede requerirse un CI cualificado. En otras palabras, entre más cualificado deba ser el CI, “la

competencia del paciente para decidir debe ser mayor y aparecer más clara”. Ello evidencia que el ejercicio de la autonomía del paciente, lejos de ser un concepto absoluto, “depende de la naturaleza misma de la intervención sanitaria”. Este tipo de consentimiento exige una mayor claridad en la competencia del paciente y una información más detallada por parte del profesional de salud. Asimismo, su formalización puede implicar requisitos adicionales, como la constancia escrita de la voluntad del paciente y, en ciertos casos, la reiteración del consentimiento tras un período de reflexión, especialmente en tratamientos prolongados. Estos elementos refuerzan la idea de que la autonomía del paciente es una noción graduada, sujeta al contexto y a la complejidad del procedimiento médico.

- Sentencias C 182-2016, T-850 de 2002.

CI sustituto

El CI sustituto, se presenta cuando la persona no puede manifestar su voluntad y no lo ha hecho de manera anticipada mediante un documento de voluntad anticipada, sus familiares y personas más cercanas pueden ayudar a interpretar la voluntad y las preferencias de la persona (26).

El CI sustituto es excepcional y sólo procede en casos en que la persona no pueda manifestar su voluntad libre e informada una vez se hayan prestado todos los apoyos necesarios para ello.

Por consiguiente, la jurisprudencia constitucional ha determinado que en aquellos supuestos en los que las personas carecen de la conciencia suficiente para autorizar tratamientos médicos sobre su propia salud y para reconocer la realidad que los rodea, como en el caso de “las personas con discapacidades o limitaciones mentales profundas o de aquellos menores de edad, que por su corta edad dependen totalmente de sus padres para sobrevivir”, terceras personas, mediante el denominado CI sustituto, pueden avalar los procedimientos médicos requeridos por ellos, con el fin de velar por su vida, salud e integridad física. Este tipo de consentimiento es restringido y se aplica caso a caso, dadas las particularidades del mismo. Es de carácter excepcional y sólo procede en casos en que la persona no pueda manifestar su voluntad una vez se hayan prestado todos los apoyos para que lo haga

El CI sustituto tiene sustento en los artículos 14 y 15 de la Ley 23 de 1981.

- Sentencias T 248 de 2003, T 492 de 2006, T 063 de 2012, C 131 de 2014, C 182-2012, C-231 de 2019.

Fuente: elaboración propia.

De lo anterior, se colige que el desarrollo jurisprudencial demuestra una tendencia hacia el apoyo, ayudas o ajustes razonables que permita la toma de decisiones asistidas a mujeres en condiciones de DI y solo exceptivamente, en aquellos eventos en los que se torna imposible la toma de una decisión individual, se recurra al consentimiento sustituto. Esto es así, porque se entiende que cada persona requiere un análisis específico e individual, ya que la discapacidad no es igual en todos los casos, y por tanto no pueden ser taxativas las ayudas, apoyos o intervenciones.

c. *El análisis de contexto debe indagar factores de vulnerabilidad adicionales a la DI – enjambres de vulnerabilidad*

La vulnerabilidad en primer lugar, al ser parte de la condición humana nos hace iguales a todos, sin embargo, se reconoce que algunas personas requieren una protección reforzada, bien porque las condiciones del entorno, o por las propias de su fuero interno o capacidades limitadas, obligan a un trato diferencial, positivo y progresivo para protegerles. En este sentido, la vulnerabilidad es percibida como una señal de alerta de que algunas personas necesitan atención especial.

De acuerdo con Ten la vulnerabilidad existe cuando se dan al menos estos tres componentes (27): a) exposición: deben existir tensiones o perturbaciones externas que generen amenazas potencialmente dañinas, como resultado de la relación del hombre con su entorno natural y social, b) sensibilidad: como la susceptibilidad al daño y c) capacidad de adaptación o capacidad de respuesta; de estos la a) corresponde a factores externos y b) y c) a factores internos.

Por lo general, las mujeres con DI enfrentan además otras situaciones de vulnerabilidad, las cuales deben ser consideradas y abordadas integralmente en cualquier forma de apoyo, asistencia o intervención que se les brinde.

De allí, que se emplee la expresión “enjambres de vulnerabilidad” en este artículo, para referirse al hecho de que algunas personas o

grupos, debido a ciertos factores sociales en los que se desenvuelven, se encuentran en un mayor riesgo de sufrir daños, abusos, explotación, en contextos en donde deben tomar decisiones importantes, relacionadas con su vida, salud o la disposición de derechos fundamentales, y por tanto, requieren de una protección reforzada, para evitar que las condiciones de vulnerabilidad sumadas, las conviertan en víctimas. Entre algunos factores de vulnerabilidad se encuentran los siguientes: a) Condiciones de salud precaria, b) Limitación cognitiva o psicosocial, c) Falta de acceso a recursos clave, d) Factores socio económicos apremiantes, e) Factores socio demográficos limitantes, f) Dependencia por razón de la edad, g) Grupos marginados o excluidos históricamente, h) Desplazamiento forzado, i) Sujetos a atención de cuidadores no capacitados en el cuidado.

En el caso reseñado inicialmente de la abuela y su nieta, confluyen varios factores de vulnerabilidad; de un lado, es una mujer con discapacidad intelectual, en condiciones socio-económicas precarias, dependiente del cuidado de una adulta mayor, en ubicación geográfica de ruralidad en zona de conflicto armado, en donde el acceso a servicios de salud y educación son bajos para la atención de sus específicas necesidades. Es lo que se podría denominar un *enjambre de vulnerabilidades*, que expone a la mujer a posiciones de desventaja o fragilidad frente a amenazas externas o internas que pueden afectar su bienestar, derechos, o acceso a recursos esenciales.

De suerte que, en el análisis del caso la ayuda, apoyo o medida que se estime prudente tomar, debe consultar el contexto; de modo que, se privilegie el interés superior de sus derechos, para no hacer en todo caso más gravosa su situación y, por el contrario, intentar que quede en una mejor situación a la que presenta en este momento, por lo que el EASD provee un mejor enfoque metodológico para abordar la toma de decisiones.

Algunos autores en el marco de teorías de justicia social (28), han advertido que se debe plantear una nueva perspectiva sobre la vulnerabilidad, criticando las definiciones tradicionales que la entienden como una condición fija, por lo que se propone un enfoque dinámico

y contextual, conceptualizando la vulnerabilidad en “capas” (29). Estas capas pueden superponerse y manifestarse de modos diferentes según el contexto y las circunstancias individuales en que se desenvuelven los sujetos, como el caso de las mujeres en entornos que limitan sus derechos reproductivos.

De manera que, la vulnerabilidad no es una etiqueta permanente, sino una condición variante, que se puede alterar y ajustar. El enfoque de la vulnerabilidad por capas pretende evitar los estereotipos y etiquetas, permitiendo una comprensión más relacional y adaptable de la vulnerabilidad, que refleja las complejidades de cada caso particular.

Sin embargo, a diferencia del abordaje de *capas de vulnerabilidad*, la denominación de *enjambres de vulnerabilidad*, presenta la idea de que existen en un mismo tiempo múltiples factores que, aunque están interconectados, no siempre dependen uno de otro, se hallan en desorden, por lo que al abordar un factor no necesariamente se supera este sin exacerbar otro, mientras que, las capas sugieren conexiones lineales una de otra, representa un orden de abordaje de problemáticas simultáneas.

De otro lado, Las capas son abordadas como condiciones negativas que impiden algo, como un simple divisor y tensor, por su parte, el *enjambre* plantea la idea de abordar el contexto que sigue al sujeto, no solo como un elemento individual que puede superar, sino que exige comprender que existen factores que a lo mejor nunca serán superables, porque no existe el poder individual de hacerlo, ya que su superación depende de otros.

En resumen, cualquier ayuda, apoyo, medida o intervención que se implemente para la obtención de CI de una mujer con DI en el marco de sus derechos reproductivos, debe consultar no solamente el principio de autonomía y no maleficencia, sino que ha de considerar de modo especial, e incluso en primer orden, el principio de beneficencia; en el que se cumpla al menos lo siguiente:

1. Cumplir la exigencia ética de “no hacer daño intencionado” para el caso corresponde establecer cuál es el daño, que en estos casos puede oscilar entre:

- a. Que la mujer no pueda tener hijos, como consecuencia de un procedimiento quirúrgico que no puede comprender y sobre el que a lo mejor no puede extender un CI individual (esterilización decidida por terceros – *principio de prevención*, que establece que es mejor actuar preventivamente para evitar riesgos que podrían comprometer la seguridad, el bienestar o el derecho de una persona, en lugar de reaccionar una vez que el daño ya ha ocurrido (30)
 - b. Que quien no puede comprender la toma de una decisión reproductiva pueda quedar embarazada con posibilidades del nacimiento de un niño enfermo e imposibilidad de extender atención y cuidado apropiados para ella y para él, ya que no se puede valer en varios aspectos de su vida por sí misma (*principio de precaución* aplicable cuando existen indicios de que una acción podría causar daño grave o irreversible, pero no hay certeza científica completa sobre la magnitud o probabilidad del riesgo. Este principio implica que, ante la falta de certeza, se deben tomar medidas preventivas para evitar posibles daños, incluso si aún no se ha demostrado de manera concluyente que el daño se producirá) (31,32). Con todo, la precaución es una conducta humana que tiene como finalidad evitar un daño.
2. Prevenir el daño.
 3. Quitar o destruir el daño.
 4. Acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.
 5. Promover el bien, a través de acciones positivas de cuidado y bienestar.

En esta valoración ha de considerarse que la obligación del Estado a través de todas las entidades que le hacen parte se relaciona con la obligación de procurar “hacer el bien”, es decir, tomar medidas de reforzamiento de derechos en favor de las mujeres con discapacidad intelectual, siempre que se den las siguientes condiciones (33): a) una

amenaza de padecer una pérdida o daño importante en sus derechos, b) la acción e intervención necesaria del Estado para evitar un daño, la pérdida o menoscabo de un derecho importante, c) el reconocimiento de que, con la acción e intervención del Estado, probablemente se evitará el daño, pérdida o menoscabo de un derecho importante.

- d. *El diseño de las intervenciones con medidas de apoyo debe estar centradas en la dignidad y autonomía*

Una vez se ha efectuado un análisis sistemático del contexto, corresponde revisar que las medidas de intervención o apoyo para la toma de una decisión reproductiva se realicen en un proceso de integración de la información tanto cognitiva, como emocional y motivacional.

Por lo que, al momento de obtención del consentimiento informado, debe buscarse la manera en que se reduzcan tensiones y se promueva el respeto a la autonomía progresiva de la mujer con discapacidad intelectual, evitando decisiones impuestas o prácticas paternalistas, realizando los ajustes razonables que correspondan.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (34), Art 2. Inciso 4 establece que por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Los ajustes razonables, se advierten en la actualidad como una nueva herramienta del derecho antidiscriminatorio que, a pesar de no ser del resorte exclusivo de la discapacidad, permiten un espacio de igualdad inclusiva (35).

En relación con el consentimiento informado, estos ajustes pueden incluir que todo apoyo debe ser adaptado comunicativamente,

de acuerdo con sus capacidades cognitivas, usando lenguaje claro, pictogramas o apoyos visuales para facilitar la comprensión de la información médica. Según el caso, se debe disponer formatos accesibles y el uso del asentimiento, entendido como la expresión verbal o no verbal de la voluntad. Estas medidas buscan asegurar el respeto a la autonomía y los derechos de las personas con discapacidad en contextos sanitarios.

Entre otras consideraciones, cualquier medida adoptada implica revisar políticas, protocolos o servicios para garantizar accesibilidad, inclusión y ajustes razonables.

No es menos importante en casos de discapacidad intelectual, hacer parte del proceso a las familias o cuidadores, su rol es importante. Sin embargo, el EASD exige escuchar y priorizar el consentimiento y perspectiva de la mujer, incluso si requiere apoyos para expresar su voluntad. De este modo, se generan procesos de acompañamiento y empoderamiento, y no de reemplazo de decisiones.

Las mujeres con DI enfrentan escenarios de desconfianza social constante. La aplicación del EASD significa construir vínculos terapéuticos o sociales que restauren su sentido de confianza y pertenencia, que permita su reconocimiento como mujeres que sienten; en este orden, toda acción debe estar alineada con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el enfoque de género interseccional, y marcos como el Modelo Social de la Discapacidad.

Conclusiones

Es preciso concluir sobre la importancia de un abordaje bioético sensible a las realidades por las que transitan las mujeres con discapacidad intelectual, especialmente en la toma de decisiones reproductivas sobre su cuerpo, de manera que, siempre se promueva su bienestar sin exacerbar factores de vulnerabilidad asociados a su contexto.

En este sentido, la garantía del Estado, la sociedad representada entre otros por sus médicos, y la familia, en corresponsabilidad, deben

garantizar la obtención de CI de mujeres con DI en decisiones reproductivas, en el marco del respeto a su autonomía y dignidad, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

La aplicación del EASD ofrece un marco valioso para entender cómo las intervenciones deben ser diseñadas de manera que no exacerbén las vulnerabilidades existentes y, en cambio, promuevan el bienestar de las mujeres. Se propone este enfoque, en consideración a que los modelos bioéticos tradicionales no siempre abordan adecuadamente la multifactorialidad de las vulnerabilidades. En consideración a que los modelos bioéticos tradicionales, como el principalismo de Beauchamp y Childress, la bioética utilitarista e incluso el modelo deliberativo, han sido ampliamente criticados por su enfoque individualista, racional, universalista, que puede encubrir las relaciones de poder presentes y débiles a la sensibilidad de la diversidad cultural y relacional, dejando en evidencia su limitada capacidad para abordar la complejidad y multifactorialidad de las vulnerabilidades que afectan a ciertos grupos sociales, como en este caso, las mujeres con discapacidad intelectual.

Estos modelos tienden a centrarse en sujetos ideales —autónomos, informados y plenamente racionales—, ignorando las intersecciones que se pueden presentar al mismo tiempo en una persona, entre discapacidad, género, pobreza, exclusión social u otras, lo cual puede derivar en respuestas normativas y éticas insuficientes ante escenarios reales de desigualdad estructural. Por lo tanto, se requiere un enfoque más contextualizado que considere la intersección de diversos factores que de modo simultáneo y de difícil superación generan un *enjambre de vulnerabilidades*.

De suerte que, todo apoyo, ayuda, medida o intervención debe ser diseñada y evaluada en función del contexto específico en el que se lleva a cabo, reconociendo que cada situación puede tener impactos diferentes en las mujeres involucradas.

Si bien, siempre será deseable la obtención de un CI que cumpla los requisitos de fondo y de forma, en donde la expresión de la voluntad sea un auténtico reflejo de la autonomía, en los casos de DI

en mujeres en decisiones reproductivas, no resulta sencillo; por lo que, en países como Colombia, se ha pasado por la revisión de los modelos de CI cualificado, asistido y sustituto, evidenciándose, a partir de la incorporación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, una inclinación a la obtención de consentimientos directos y asistidos con apoyos o ajustes razonables que permitan la participación en la toma de decisiones sobre sus propias vidas, a través de un acompañamiento adecuado que respete su autonomía.

Referencias

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
2. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 3a ed. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
3. Gadamer H. Verdad y método. Salamanca: Editorial Sígueme; 1984.
4. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001; 286(15):1897–902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>.
5. Martha M. Narrative ethics. In: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics; 2014.
6. Jonsen A, Toulmin S. The Abuse of Casuistry. Berkeley: University of California Press; 1988.
7. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder Editorial; 2004.
8. Pellegrino E, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence of the healing professions. New York: Oxford University Press; 1988.
9. Wallace M. From Principle to Practice. A User's Guide to Do No Harm. Cambridge: Collaborative Learning Projects (CDA). Disponible en: https://www.cdacollaborative.org/?smd_process_download=1&download_id=3948
10. Anderson M. Acción sin daño: cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra. Londres: Lynne Rienner Publishers; 1999.
11. Abellán J. Bioética, autonomía y libertad. España: Fundación Universitaria Española; 2006.
12. Wallace M, Ziai A. From Principle to Practice. A User's Guide to Do No Harm / Development Discourse and Global History: From Colonialism to the Sustainable Development Goals. Cambridge/Londres: CDA Collaborative Learning Projects / Routledge; 2016.
13. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero; 1994.

14. Langa Herrero A, Rey Marcos F. La acción sin daño y los proyectos de desarrollo: una alternativa práctica de triple nexa. *Rev Esp Des Coop.* 2023; 50(2):199–212.
15. Rabadán AT, Tripodoro VA. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional?: El método deliberativo para resolver posibles dilemas. *Medicina (B Aires)*. 2017; 77(6):486–90. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0025-76802017000600007
16. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
17. Mackenzie C. Autonomía relacional, autonomía normativa y perfeccionismo. *Humanitas Hodie*; 2020.
18. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Definición de la discapacidad intelectual; 2022.
19. Morrison J. *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2015.
20. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
22. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Nada sobre nosotros sin nosotros: La convención de Naciones Unidas sobre discapacidad y la gestión civil de derechos. México: CONAPRED; 2016.
23. Oliver M. *The Politics of Disablement*. London: Macmillan Press; 1990.
24. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: CERMI; 2008.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
27. Ten Have H. *The Idea of Vulnerability*. In: *Vulnerability*. 1st ed. United Kingdom: Routledge; 2016.
28. Fraser N. Escalas de justicia. Barcelona: Herder; 2008. Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Madrid: Morata; 2006. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*. 2008; IV(1):60–7.
29. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*. 2008; IV(1):60–7.
30. Garrafa V. Da bioética de principios a una bioética interventiva. *Rev Bioét (Impr.)*. 2009; 13(1). Disponible en: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/articulo/view/97
31. Briceño AM. El principio de precaución en una sociedad de riesgos ambientales. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2017.

32. Kottow M. Acerca del 'principio' precautorio. *Bioética y precaución. Nuevos Folios de Bioética*. 2011; (5):7–26. Disponible en: <https://www.revistas.uchile.cl/index.php/NFB/article/download/32902/34639>
33. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
34. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*; 2006.
35. Martínez J. Los ajustes razonables como medida de integración laboral de las personas con discapacidad. *Rev Derecho*. 2022; 23(1):187–211.