

ESTADO-Personas en circunstancias de debilidad manifiesta

Para que el núcleo esencial de un derecho social prestacional en salud pueda protegerse a través de la acción de tutela, la prestación solicitada debe ser necesaria para lograr una mejoría importante en sus condiciones de vida, o para evitar un daño significativo en las mismas, sin que sea necesario que tal prestación vaya encaminada a la desaparición fisiológica de una determinada patología. El carácter variable del estado de salud de las personas implica que el Estado está obligado a garantizar distintas prestaciones para la protección, promoción o recuperación de la salud, según las condiciones específicas de dicho estado. Por lo tanto, a pesar de que el derecho a la salud como tal pueda no considerarse en sí mismo un derecho fundamental, hay condiciones vitales en las cuales ciertas prestaciones específicas sí lo son.

DERECHO A LA SALUD-Eventos en los cuales se considera fundamental

Esta prestación se torna fundamental, entre otras, en los siguientes eventos: 1. Cuando debido a las condiciones físicas, mentales, económicas o sociales en las que le corresponde vivir disminuyen significativamente su capacidad para enfrentar la enfermedad, siempre y cuando; 2. El Estado o la sociedad tengan la capacidad para enfrentarla sin sacrificar otro bien jurídico de igual o mayor valor constitucional y; 3. La prestación solicitada sea necesaria: a.- para sobrepasar las barreras que le permiten llevar su vida con un grado aceptable de autonomía, b.- para mejorar de manera significativa las condiciones de vida a las que lo ha sometido su enfermedad o, c.- para evitar una lesión irreversible en aquellas condiciones de salud necesarias para ejercer sus derechos fundamentales.

AUTONOMIA INDIVIDUAL-Alcance frente al interés social y del Estado en preservar la salud

AUTONOMIA INDIVIDUAL-Libertad para tener hijos y constituir una familia

La decisión de una persona de tener hijos impone al Estado y a la sociedad, el deber de armonizar este interés con el de proteger la salud o la vida de dicha persona. El valor que la Constitución le otorga al interés individual en tener hijos, constituir y mantener una familia lleva de suyo la necesidad de darle una adecuada protección, y por lo tanto, proteger a las

personas frente a las acciones de terceros que tiendan a afectar la autonomía individual en este aspecto.

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DE PERSONAS QUE NO TIENEN PLENA AUTONOMIA-Protección del Estado

La tensión entre el interés en preservar la salud y la vida de las personas que no pueden ejercer plenamente su autonomía, y el respeto por su dignidad, impone la necesidad de establecer una medida a la actividad protectora del Estado y de la sociedad. Tal actividad debe encaminarse a permitir el desarrollo pleno de la autonomía de los individuos. Por lo tanto, las medidas protectoras serán aceptables constitucionalmente en tanto estén dirigidas a preservar o a promover el desarrollo de las condiciones físicas, mentales, y de salud, necesarias para el ejercicio de tal autonomía. Por supuesto, ello supone tanto unos límites como una directriz a la actividad protectora que pretenden ejercer terceras personas.

DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA DE PERSONAS QUE NO TIENEN PLENA AUTONOMIA-Límite a la protección del Estado

El límite a la actividad protectora implica, por un lado, que el Estado no puede adoptar las decisiones de salud por las personas, en la medida en que sus resoluciones específicas puedan ser tomadas autónomamente, aunque las mismas no hayan desarrollado plenamente su autonomía en todos los aspectos de su vida. Tal límite impone además el deber del Estado de proteger a las personas en relación con aquellas decisiones para las cuales no han desarrollado la autonomía necesaria. La protección de estas personas resulta aceptable entonces, en la medida en que ellas mismas, o terceros, pongan en peligro el ejercicio futuro de su autonomía, con sus decisiones respecto de su salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE-Alcance

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE-Características

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUALIFICADO DEL PACIENTE-Esterilización o tubectomía

CONSENTIMIENTO SUSTITUTO-Medida y límites

AUTONOMIA INDIVIDUAL-Relación existente con limitaciones mentales

CONSENTIMIENTO ORIENTADO AL FUTURO-Posibilidad de desarrollar capacidades para ejercer la maternidad en el futuro

Del análisis del informe no resulta claro que la condición actual de la joven le impida desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la maternidad en un futuro. Por el contrario, el aumento de tales capacidades parece ser posible, siempre y cuando tenga acceso a una educación adecuada y reciba el apoyo necesario. En esa medida, es necesario concluir que en el presente caso resulta razonable otorgar una protección mediante la figura del consentimiento orientado hacia el futuro. Es decir, una decisión que considere especialmente el interés manifiesto de la joven en “establecer una relación afectiva ... formar un hogar y tener hijos”.

AUTONOMIA INDIVIDUAL-Derecho a decidir cuál tratamiento médico le conviene más independientemente del estado mental

La autonomía supone el reconocimiento de la dignidad humana por parte del Estado y de la sociedad, la cual impone tratar al individuo como un sujeto moral, que tiene el derecho de decidir entre diversos tratamientos médicos cuál le conviene más, sin que ni el Estado, ni de la sociedad, puedan imponerle uno, independientemente del estado mental en el que se encuentre. En efecto, de la condición mental del paciente no se puede concluir que no tenga derecho a elegir a cuál de los tratamientos se somete. Menos aun cuando la alternativa al tratamiento sugerido no resulta tan lesiva de intereses subjetivos que gozan de protección constitucional especial -como el interés en tener una familia-, así el grado de protección no sea exactamente el mismo.

CONSENTIMIENTO ORIENTADO AL FUTURO-Ponderación en preservar condiciones físicas necesarias para tomar decisiones autónomas/SEGURO SOCIAL-Convocatoria de especialistas para evaluar opciones médicas favorables al manejo de la sexualidad

El consentimiento orientado al futuro impone que el juez constitucional deba ponderar el interés en preservar al máximo aquellas condiciones físicas necesarias para que la joven pueda tomar decisiones autónomas, aun cuando existan cuestionamientos acerca de su autonomía ulterior, debido a sus condiciones mentales actuales. Máxime cuando la existencia de alternativas médicas lleva a que no se trate de decidir de manera radical entre vida o autonomía, sino entre las ventajas y desventajas que plantea cada alternativa de

salud. Al efectuar esta ponderación, la Corte debe tener en cuenta el interés en preservar al máximo su vida y su salud, pero a la vez, como ya se dijo, su capacidad para ejercer su derecho a la procreación y su interés individual en tener hijos y formar una familia en una etapa posterior de su vida. Por lo tanto, teniendo en cuenta ese interés, la Corte encuentra que el Instituto de los Seguros Sociales -EPS- debe convocar un equipo de médicos especialistas en neurología, psiquiatría y ginecología, a fin de evaluar las diversas opciones médicas a las que se puede acudir en procura de preservar al máximo las condiciones físicas necesarias para que la joven pueda adoptar decisiones autónomas en relación con el manejo de su sexualidad, descartando aquellas opciones que tengan carácter quirúrgico y definitivo y que resulten inadecuadas a su condición de salud y al tratamiento que actualmente recibe para controlar la epilepsia que padece.

SEGURO SOCIAL-Programa de educación especial para ejercer la sexualidad y la maternidad de personas con condiciones mentales específicas

Referencia: expediente: T-463.037

Demandante: Marta Lucía Alvarez de Alvarez en representación de María Catalina Alvarez Alvarez

Procedencia: Juzgado Tercero Laboral de Circuito de Medellín

Magistrado Ponente:

Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL

Bogotá D.C., octubre diez (10) de dos mil dos (2002).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, conformada por los magistrados Rodrigo Escobar Gil, Marco Gerardo Monroy Cabra y Eduardo Montealegre Lynett ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

En el proceso de tutela radicado bajo el número de la referencia, adelantado por Marta Lucía Alvarez de Alvarez en representación de su hija María Catalina Alvarez contra la E.P.S. Seguro

Social.

I. ANTECEDENTES

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 86 de la Constitución Política y 33 del Decreto 2591 de 1991, la Sala Sexta de Selección de la Corte Constitucional decidió escoger para su revisión el expediente T-463.037, correspondiéndole por reparto a la Sala Quinta de Revisión.

a. Hechos

Afirma que su hija se encuentra adscrita a la E.P.S. Seguro Social como beneficiaria y que a pesar de haber solicitado que se le efectuara una esterilización quirúrgica, dicha entidad se ha negado a practicar la cirugía. El Seguro Social aduce que para ello es indispensable obtener la representación de su hija acudiendo previamente a un proceso de interdicción judicial por demencia.

Aduce la demandante que mientras se adopta una decisión definitiva sobre la interdicción por demencia, su hija está en riesgo de quedar embarazada, con lo que se pondrían en riesgo sus derechos fundamentales y los de su familia.

2. Solicitud

La demandante en el escrito de tutela solicita que se ordene a la E.P.S. demandada esterilizar quirúrgicamente a su hija María Catalina, quien sufre de retraso mental y de epilepsia refractaria. Considera que la negativa de la entidad demandada constituye una vulneración de los derechos a la seguridad social, a la salud, a la igualdad, a la protección especial de las personas discapacitadas y atenta contra la dignidad humana. Así mismo, afirma, la negativa de dicha entidad implica una amenaza tanto para su hija, como para su familia, dadas las consecuencias que un posible embarazo puede acarrearles.

3. Respuesta de la entidad demandada a la solicitud de tutela

En respuesta a la acción de tutela, el Gerente Seccional de la E.P.S. Seguro Social afirmó que a la paciente no se le había negado ninguna atención médica ni quirúrgica.

Sostiene que la paciente tiene diecinueve (19) años de edad, no ha tenido hijos, y que para practicar una esterilización quirúrgica, según las normas éticas de la disciplina ginecológica, la paciente debe contar con treinta (30) años de edad, y haber tenido por lo menos un (1) hijo. Realizar la esterilización sin la previa autorización judicial, aun con el consentimiento de la paciente y de su madre, implicaría consecuencias legales para el médico que la practicara, debido a las repercusiones que tiene dicha intervención para el órgano reproductivo de la paciente. Por tal razón el Seguro Social se ha negado a practicar la cirugía solicitada sin previa autorización judicial.

4. Sentencia de única instancia

El Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Medellín, mediante Sentencia de abril cuatro (4) de 2001, decidió conceder la protección de los derechos invocados y en consecuencia ordenó al Seguro Social que proceda a efectuar su esterilización, por un medio no quirúrgico ni definitivo, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al momento en que la madre de María Catalina Alvarez sea nombrada como su única representante legal. Para ello, la madre deberá iniciar el proceso de interdicción por demencia dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación de la Sentencia de tutela.

Para adoptar su decisión, el juzgado de instancia aplica al caso concreto el criterio establecido en la Sentencia T-474 de 1996 de esta Corporación, según el cual es posible que los padres tomen ciertas decisiones médicas respecto de sus hijos menores, aun contra su voluntad, cuandoquiera que estén en riesgo sus derechos fundamentales. Sin embargo, afirma que la prudencia que le corresponde tener al juez de tutela en estos casos implica que la orden deba ejecutarse una vez se establezca la incapacidad de María Catalina Alvarez, a través de un proceso de interdicción ante la jurisdicción de familia, y que, en todo caso, la esterilización no puede tener carácter quirúrgico ni definitivo.

5. Pruebas solicitadas y recaudadas

5.1 Evaluación neurológica y psiquiátrica realizada por el Instituto Nacional Medicina Legal y Ciencias Forenses

Mediante Auto de diciembre siete (7) de 2001, la Sala solicitó al Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses que le practicaran análisis neurológicos y psicológicos a María Catalina Alvarez. A partir de los resultados de tales análisis la Corte pretendió establecer si María Catalina Alvarez actualmente es o puede llegar a ser consciente de las consecuencias de los actos y decisiones afecten de manera definitiva su vida sexual y reproductiva. Sin embargo, el instituto no comunicó la fecha y hora de la cita a la demandante alegando falta de recursos y este despacho tampoco pudo hacerlo, pues el instituto comunicó esta circunstancia durante vacancia judicial. Por tal motivo, la solicitud fue reiterada el dos (2) de abril del presente año, requiriendo además a la demandante para que se comunicara con el instituto o se hiciera presente en el mismo a fin de enterarse de la fecha y hora de la cita.

Los resultados de la evaluación fueron enviados a esta Corporación el siete (7) de junio de 2002.

En el informe se afirma, dentro de los antecedentes familiares, que la madre de María Catalina Alvarez tuvo un episodio agudo de enfermedad mental en la adolescencia y que en la actualidad está siendo tratada por depresión.

En los antecedentes personales generales, sostiene que el embarazo de la madre fue normal, con parto en posición podálica, intervenido con fórceps y con cianosis perinatal. A los tres meses tuvo hidrocefalia y a los seis meses convulsiones tónico clónico generalizadas, las cuales sigue presentando. Atendió a tres niveles de escuela especial, aprendió a leer y escribir. Conoce el valor del dinero, guarda parcialmente su cuidado personal y no sale sola por miedo a extraviarse. Sabe prepararse ciertos alimentos elementales, y tiene casi nula red de apoyo, con mínima vida social. No ha tenido relaciones afectivas ni sexuales. Ha sufrido convulsiones toda su vida, y sigue presentando frecuentes episodios de crisis, con un patrón de una a tres convulsiones diarias. El 5 de abril sufrió una convulsión como consecuencia de la cual cayó al piso, presentando un hematoma pericraneano temporoparietal izquierdo. Después de dicho evento ha aumentado la frecuencia de las convulsiones y según testimonio de la madre, se ha tornado más irritable.

En relación con los antecedentes personales específicos, presenta como antecedentes quirúrgicos una resección del nódulo mamario izquierdo; traumáticos, múltiples traumas craneanos secundarios a caídas desde su propia altura, por repetidas crisis convulsivas;

patológicos, hipoglicemia que se maneja con dieta y; siquiátricos, una hospitalización en psiquiatría durante una semana por cambios de comportamiento.

En el examen mental, afirma el informe que la paciente ingresa al consultorio por sus propios medios, bien vestida, consciente, alerta y amable. Con pensamiento lógico concretista, de curso lento y contenido normal, sin ideas delirantes ni alucinaciones. Responde adecuadamente a las preguntas sobre cuestiones cotidianas. Así mismo, dice ser consciente de las consecuencias de una relación sexual, pero no puede decir en qué consisten.

Manifiesta que desea tener una relación afectiva, pues se siente muy sola. De otra parte, es ambivalente en relación con el procedimiento de esterilización quirúrgica definitiva (tubectomía), pues dice que le gustan mucho los niños, quisiera formar un hogar y tener hijos. Por otra parte, en relación con el análisis cognoscitivo, presenta una inteligencia promedio inferior, con déficit cognoscitivo, afecto mal modulado, poco resonante y con tendencia a la apatía. No establece contacto visual con el entrevistador, no resuelve operaciones matemáticas sencillas, ni es capaz de interpretar refranes simples. Presenta juicio, raciocinio, introspección y prospección limitados. Como impresión diagnóstica, afirma que tiene un retraso mental leve.

En cuanto a los exámenes paraclínicos se afirma que en resonancia magnética nuclear cerebral de enero 20 de 2000 muestra lesión encefalomalacica en el fórceps mayor izquierdo de naturaleza inespecífica. Así mismo, varios encefalogramas han sido reportados anormales.

En la entrevista la madre afirma que la tubectomía fue idea de los neurólogos y del neurocirujano; que su hija no está preparada para ser mamá, pues no tiene siquiera las nociones mínimas de cuidado personal.

Como conclusión de todo lo anterior, el siquiatra forense advierte que la paciente tiene un retraso mental leve, que ocasiona marcadas limitaciones cognoscitivas, incluyendo su cuidado personal, no es autónoma y requiere supervisión parcial. Por tal motivo, no logra dimensionar las responsabilidades que acarrea la maternidad. Afirma finalmente, que en la actualidad no existen tratamientos que permitan mejorar sus facultades mentales, dado el grado de retraso mental que padece.

Mediante el mismo Auto, esta Corporación ofició al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

para que evaluara el ambiente social y familiar en el que se desenvuelve María Catalina Alvarez. Dicha solicitud tenía como finalidad proveer a la Corte de elementos de juicio suficientes acerca de la relación que María Catalina tiene con los miembros de su núcleo familiar, para establecer qué papeles y responsabilidades desempeña cada uno de sus miembros en el cuidado especial que requiere para su salud y bienestar. Así mismo, se pretendía evaluar la capacidad de cada uno de tales miembros para afrontar los desafíos que implica su proceso de formación y desarrollo y para cuidarla de los riesgos que representa su especial condición.

Como resultado de las entrevistas y la visita domiciliaria que efectuó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se encontró que María Catalina convive actualmente con su madre (Marta Lucía Alvarez), quien realizó hasta tercer grado de primaria; con un hermano de sangre (Luis Fernando Alvarez Alvarez), quien realizó estudios hasta noveno grado; con la hija del antiguo compañero permanente de su madre (Doris Estella Restrepo), quien también realizó estudios hasta tercero elemental; y su hijo de ocho años de edad (Joni Alejandro Restrepo), quien actualmente cursa tercero elemental.

Reside en la zona nororiental de Medellín en una casa de dos plantas sin terminar, con pisos de cemento y paredes de ladrillo, y que resulta insegura, pues carece de ventanas en algunas de las habitaciones.

En torno al ambiente familiar, se destaca en el informe que si bien en términos generales María Catalina recibe amor por parte de sus familiares y de las demás personas con quienes convive, se presentan episodios continuos de agresión verbal por parte de su hermano Luis Fernando. Por su parte, la madre manifiesta haber sufrido diversos quebrantos de salud, y haber estado sometida durante algún tiempo a tratamiento siquiátrico, terapéutico y farmacológico, a raíz de crisis que ha sufrido en el último tiempo.

Afirma el informe que la madre, quien se encuentra desempleada, la acompaña continuamente y es quien asume la responsabilidad de su cuidado. Agrega que María Catalina, a pesar de haber atendido a una escuela especial, actualmente permanece durante el día en la residencia, donde ocasionalmente realiza labores domésticas. Hace notar, sin embargo, que el día de la visita ésta se encontraba con contusiones y suturas, pues al sufrir un episodio de epilepsia se había golpeado la frente contra un espejo.

Agrega que resultan preocupantes las deficiencias en la alimentación de María Catalina, particularmente, si se tiene en cuenta la cantidad de medicamentos que debe tomar diariamente. En relación con su estado de salud, relata que a pesar de estar recibiendo los medicamentos, continuamente sufre de convulsiones. Sin embargo, dentro del testimonio rendido ante el Instituto, la madre relata que María Catalina a veces se rehúsa a recibir los medicamentos.

Por otra parte sostiene el Instituto que la familia vive en condiciones económicas bastante precarias, ya que la madre se encuentra desempleada, su hermanastra trabaja sólo un día a la semana, y su hermano aporta muy poco para el sostenimiento, el cual proviene principalmente de los recursos que aporta el antiguo compañero permanente de la madre de María Catalina.

5.3 Ampliación de la demanda de tutela (realizada mediante comisión por el Juzgado Tercero Laboral de Circuito de Medellín)

Mediante Auto de diciembre 7 de 2001 se comisionó al juzgado de instancia para que recibiera en ampliación de la demanda de tutela a Marta Lucía Alvarez. Sin embargo, dicha ampliación no pudo ser llevada a cabo porque el juzgado de instancia no poseía la dirección de la demandante. Posteriormente, se informó a dicho juzgado la dirección de la demandante que consta a folio 2 del expediente.

El juzgado comisionado recibió ampliación de la demanda mediante audiencia pública celebrada el diecisiete de abril del presente año. En la declaración afirmó que tanto ella como los demás miembros del núcleo familiar que conviven con María Catalina Alvarez actualmente se encuentran desempleados. Afirma que su antiguo compañero permanente las tiene afiliadas a ella y a su hija al servicio médico del seguro social E.P.S., gracias a lo cual su hija está sendo atendida por dicha entidad. Agrega que su hija no se encuentra estudiando ni recibiendo terapia actualmente, pues carecen de los medios económicos necesarios para inscribirla un programa semejante. Ante tal circunstancia, y teniendo en cuenta el hecho de que María Catalina padece continuamente de convulsiones, permanece con ella durante el día. Sostiene que en ocasiones su hija no recibe los medicamentos, que suman 26 pastillas distintas diarias.

Dice, por otra parte, que su hija se preocupa por su propia presentación personal, pero que

no se baña por la mañana porque hacerlo le produce convulsiones. Comenta que también convulsiona cuando es reprendida, y que en ocasiones suele tornarse agresiva. Afirmo que si bien la relación de María Catalina con sus hermanos es escasa, y a veces se irritan con ella, siempre han respetado su intimidad, y aun más, le sugieren que le mantenga puesto un short debajo del vestido. Por último agrega que ella no había pretendido demandar al Seguro Social, sino asegurar que su hija no quedara embarazada, pues el neurocirujano le había informado que los hijos de María Catalina podrían padecer la misma enfermedad que ella tiene.

5.4 Informe médico de riesgos y contraindicaciones

Mediante Auto de mayo veintidós (22) del presente año se solicitó al Seguro Social que informara a esta Sala qué medicamentos estaban siendo aplicados a María Catalina Alvarez, tanto en su tratamiento para la epilepsia, como en el tratamiento anticonceptivo, y los riesgos que implicaría un eventual embarazo.

Afirmó que para el tratamiento de la epilepsia, la usuaria recibe los siguientes medicamentos: 1. Acido Valproico de 250 mg. (6 diarios); Gabapentin de 300 mg. (6 diarios); Fenitoina de 100 mg. (4 diarios); Mysoline (2 diarios).

Por otra parte, afirma que dentro de la historia clínica aparece una nota de octubre 1º de 2001, en la que se afirma que está pendiente una tubectomía.

Finalmente, afirma que un embarazo implicaría riesgos para la paciente y par su hijo, pues las altas dosis de anticonvulsionantes tendrían efectos dañinos para el feto. Por otra parte, el antecedente de preclampsia de la madre constituye un riesgo para un embarazo de su hija.

Sin embargo, no se refiere a las consecuencias de suministrarle anticonvulsionantes al tiempo con tratamientos anticonceptivos hormonales. Por tal motivo, se solicitó a la Jefatura del Grupo Clínico Forense del Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses que informara a esta Corporación sobre estos aspectos.

El 5 de agosto de 2002, el mencionado grupo clínico respondió diciendo que los anticonvulsivantes disminuyen los efectos de los anticonceptivos hormonales orales, por lo cual María Catalina Alvarez correría el riesgo de quedar embarazada si utiliza este método

anticonceptivo. Así mismo, afirmó que la mayoría de anticonvulsivantes tienen efectos teratogénicos sobre el feto por lo tanto, hay una alta probabilidad de malformaciones físicas.

A su vez, las hormonas aumentan los episodios epilépticos sicóticos y depresiones. Así mismo, informó que los tratamientos indicados para prevenir el embarazo en las condiciones de María Catalina Alvarez son el dispositivo intrauterino y la esterilización quirúrgica.

II. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Competencia

Por lo dispuesto en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, concordados con los artículos 33, 34 y 35 del Decreto 2591 de 1991, la Sala tiene competencia para revisar la Sentencia de la referencia.

2. Consideraciones Generales sobre el asunto objeto de decisión

Planteamiento de los problemas jurídicos

En el presente caso la demandante solicita el amparo de su derecho a la igualdad, en particular, a la protección especial para las personas discapacitadas (art. 13); a la seguridad social (art. 48) y específicamente a la salud (art. 49) en conexidad con el derecho a una vida digna (preámbulo, arts. 1º, 2º y 11).

Estos derechos, considera, están siendo amenazados porque el Seguro Social se ha negado a practicarle un procedimiento quirúrgico definitivo de esterilización a su hija, quien sufre de epilepsia y tiene un retraso mental leve. Aduce que ni su hija ni su familia se encuentran en condiciones de afrontar las implicaciones de un eventual embarazo.

Adicionalmente, de acuerdo con las pruebas practicadas por esta Corporación, el embarazo de María Catalina Alvarez sería de alto riesgo para su salud y para la del feto, por sus antecedentes familiares de eclampsia y porque está contraindicado con el tratamiento que recibe actualmente para la epilepsia.

Por otra parte, relata el informe siquiátrico rendido por Medicina Legal que María Catalina Alvarez carece en el presente de la facultad para representarse las responsabilidades propias de la maternidad, y resulta improbable que la tenga en un futuro.

La EPS demandada se niega a practicar la tubectomía a María Catalina, pues conforme a las reglas de ética médica aplicables a la especialidad de la ginecología, este procedimiento está prohibido en personas que no tengan al menos un hijo y/o sean menores de 35 años.

Adicionalmente, afirma que María Catalina es mayor de edad, y su madre no puede sustituir su consentimiento para realizarle una tubectomía si no ha obtenido la representación de su hija por medio de un proceso judicial de interdicción.

Los hechos en el presente proceso llevan a la Corte a plantearse los siguientes problemas jurídicos:

¿Tiene una persona derecho a que, por su condición de debilidad física y mental, se le suministre el tratamiento médico necesario cuando un embarazo supone un riesgo grave para su salud y para el embarazo mismo, y no tiene las condiciones mentales necesarias para afrontar la maternidad de manera autónoma?

¿Puede sustituirse el consentimiento de una persona adulta con retraso mental leve para someterla a un tratamiento médico necesario, a pesar de que manifiesta su deseo de tener hijos en un futuro, debido a que, según los dictámenes médicos, no es ni será consciente de las responsabilidades de la maternidad y a que un embarazo implicaría graves riesgos que para su salud y para su vida?

2.1 Condiciones de fundamentabilidad de los derechos sociales prestacionales en materia de salud

El primero de los problemas jurídicos planteados lleva a la Corte a preguntarse cuáles son las condiciones fácticas requeridas para que una prestación en salud sea directamente exigible por vía de esta acción constitucional, como garantía de un derecho social prestacional fundamental.

2.1.1 El sistema normativo integrado de seguridad social en salud, la capacidad de participación democrática y las posibilidades de acción del Estado.

El carácter fundamental de ciertas prestaciones de salud a personas en condiciones de debilidad física o mental tiene como sustento la necesidad de garantizar el valor de la dignidad humana, consagrado en el artículo 1º de la Constitución

Al referirse al núcleo esencial de los derechos sociales prestacionales, susceptible de protección por vía de tutela, la Corte ha dicho:

“Ciertamente, existen carencias cuya satisfacción escapa absolutamente al control de la persona que las sufre; que son ineludibles pues no dependen de su voluntad o deseo; cuya satisfacción es absolutamente imprescindible para evitar un daño que, desde cualquier concepción constitucionalmente aceptable, constituye alteración grave de las condiciones mínimas esenciales del concepto de dignidad humana.” SU-225/98.

Así, resulta indispensable que el Estado proteja de manera directa y eficaz a aquellas personas a quienes sus condiciones físicas o mentales les imponen barreras o las aíslan drásticamente, impidiéndoles desarrollar sus actividades diarias fundamentales de manera funcional, ubicándolos en condiciones de debilidad manifiesta (C.N. art. 13), y debido a sus circunstancias, carecen de la capacidad para proveerse por sí mismas las prestaciones necesarias o en general para afrontar autónomamente su condición. Por lo tanto, ciertas prestaciones de salud adquieren un carácter fundamental como consecuencia del deber estatal de proteger la vida (C.N. arts. 2º y 11) de manera integral, en consonancia con el valor de la dignidad humana (C.N. art. 1º). Esta protección resulta exigible especialmente tratándose de “aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta” (C.N. art. 13 inc. 3º).

Con todo, la Corte ha establecido que el sistema de seguridad social en salud se caracteriza por ser un sistema normativo integrado. Esto significa que la exigibilidad de las prestaciones correspondientes a este servicio público no depende exclusivamente de su consagración constitucional, sino que es necesario que el juez observe también las disposiciones legales y reglamentarias que componen y articulan este sistema.¹

Sin embargo, la prevalencia de la Carta Política sobre las demás disposiciones del ordenamiento jurídico conducen a que este principio de aplicación del sistema de seguridad social no deba entenderse como una regla absoluta. En particular, cuando la aplicación de una disposición legal o reglamentaria produzca un resultado contrario a la Constitución.²

2.1.2 Las prestaciones de salud, su relación con las condiciones generales de vida y la capacidad para afrontar las cargas que impone la enfermedad.

Debido a lo anterior, para que el núcleo esencial de un derecho social prestacional en salud pueda protegerse a través de la acción de tutela, la prestación solicitada debe ser necesaria para lograr una mejoría importante en sus condiciones de vida, o para evitar un daño significativo en las mismas,³ sin que sea necesario que tal prestación vaya encaminada a la desaparición fisiológica de una determinada patología.⁴

La importancia de tal mejoría o del daño que se pretende evitar se deben apreciar a partir de la condición vital individual de la persona a favor de quien se solicita la prestación, no sobre un parámetro general, abstracto e impersonal de normalidad. En ese mismo orden de ideas, para calificar una determinada prestación como un servicio de salud, el juez no debe ceñirse exclusivamente a clasificaciones ontológicas respecto de la naturaleza del servicio, sino, principalmente, al resultado esperado sobre la capacidad de la persona para sobrepasar las barreras físicas o mentales que lo aíslan o le impiden desarrollar sus propias actividades diarias de manera funcional.

El carácter variable del estado de salud de las personas implica que el Estado está obligado a garantizar distintas prestaciones para la protección, promoción o recuperación de la salud, según las condiciones específicas de dicho estado. Por lo tanto, a pesar de que el derecho a la salud como tal pueda no considerarse en sí mismo un derecho fundamental, hay condiciones vitales en las cuales ciertas prestaciones específicas sí lo son. Con todo, como la fundamentabilidad jurídico constitucional de las prestaciones de salud depende necesariamente de su conexión con el valor de la dignidad humana, los servicios de salud no se pueden concebir como mecanismos para la simple superación de una condición patológica.

La enfermedad, como fenómeno social –y no de otro modo puede asumirla un ordenamiento normativo como el constitucional– supone un cierto grado de complejidad, por lo cual es necesario abordarla integralmente, incluyendo aspectos que van más allá del estricto estudio fisiológico. Por tal motivo, la protección, promoción y recuperación de la salud son elementos que permiten garantizar que el Estado provea los servicios necesarios para que las personas puedan llevar dignamente su vida, desarrollando sus intereses y potencialidades, dentro de las condiciones y limitaciones físicas en las cuales deben desenvolverse diariamente. Lo determinante en estos casos es establecer qué cargas propias de su condición vital es aceptable que las personas asuman individualmente, y cuáles otras exceden el umbral que

resulta constitucionalmente admisible exigirles que afronten.

En este sentido es necesario recordar que el tratamiento jurídico constitucional de la salud supone un cambio de enfoque, un giro hacia un juicio cualitativo, no cuantitativo de este concepto. Este giro, a su vez, implica un cambio en dos sentidos.

Por un lado, supone un aumento de la facultad del juez de tutela para apreciar e intervenir sobre los elementos que determinan la salud de las personas. Esto es lo que ha permitido que la Corte conceda determinadas prestaciones que, si bien no van dirigidas a suprimir la patología diagnosticada a un individuo, sí tienden a aliviar su padecimiento, y a mejorar las condiciones en las que debe afrontar su enfermedad.⁵

Por otro lado, esta concepción cualitativa de la salud supone una modificación de los parámetros por medio de los cuales se determina cuándo este derecho adquiere carácter fundamental. Una modificación que permita tener en cuenta también el contexto individual y social amplio en el cual se presenta un determinado problema de salud.

En esa medida, la desatención de una afectación leve o moderada de la salud, o la amenaza de este derecho, pueden no afectar su núcleo esencial cuando la persona que lo solicita se encuentra en circunstancias sociales e individuales normales, que le permiten afrontar su condición de manera autónoma. Sin embargo, esa misma desatención o amenaza pueden comprometer el núcleo esencial de manera significativa cuando a tal situación se suma la total impotencia o un alto grado de incapacidad del individuo para afrontar su propia situación. En estos casos, la pobreza, la condición física y mental, o la irregularidad de la situación familiar, entre otros, son factores que resultan determinantes al momento de establecer si una prestación de salud tiene un carácter fundamental en el caso concreto.

De tal modo, la negativa de otorgarle una prestación de salud a una persona en condiciones normales puede no alterar de manera significativa su salud y por lo tanto, puede no ser considerada como una prestación fundamental.

Sin embargo, esta prestación se torna fundamental, entre otras, en los siguientes eventos:

a. Cuando debido a las condiciones físicas, mentales, económicas o sociales en las que le

corresponde vivir disminuyen significativamente su capacidad para enfrentar la enfermedad, siempre y cuando;

a. El Estado o la sociedad tengan la capacidad para enfrentarla sin sacrificar otro bien jurídico de igual o mayor valor constitucional y;

a. La prestación solicitada sea necesaria:

a.- para sobrepasar las barreras que le permiten llevar su vida con un grado aceptable de autonomía,

b.- para mejorar de manera significativa las condiciones de vida a las que lo ha sometido su enfermedad o,

c.- para evitar una lesión irreversible en aquellas condiciones de salud necesarias para ejercer sus derechos fundamentales.

En el presente caso, el conjunto de condiciones de salud, económicas y familiares en las cuales le corresponde vivir a María Catalina Alvarez, la ubican en una condición de debilidad manifiesta y de impotencia para afrontar por sí misma las responsabilidades, y sobre todo, los riesgos que implicaría un embarazo para su vida y para su salud, dada su condición neurológica, mental, la contraindicación con el consumo concomitante de anticonvulsivos, y los antecedentes familiares de eclampsia.

En esa medida, es necesario concluir que en su caso el tratamiento médico constituye una prestación social fundamental. Sin embargo, la solicitud en sede de tutela no fue hecha directamente por María Catalina Alvarez sino por su madre, y se dirige específicamente a obtener un procedimiento de esterilización definitiva.

Estas dos particularidades llevan a la Corte a abordar el segundo problema jurídico planteado.

2.2 El consentimiento para realizar una esterilización definitiva, cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la persona sustituida y ésta no puede representarse las responsabilidades

de la maternidad

La Corte entra a resolver entonces el segundo problema jurídico planteado: ¿Puede sustituirse el consentimiento de una persona adulta con retraso mental leve, para someterla a un tratamiento de esterilización definitiva a pesar de que manifiesta su deseo de tener hijos en un futuro, teniendo en cuenta que, según los dictámenes médicos, no es ni será consciente de las responsabilidades de la maternidad y de los graves riesgos que implicaría un embarazo para su salud y su vida?

Para tal efecto, es necesario retomar los criterios jurisprudenciales generales utilizados por esta Corporación para armonizar las tensiones entre la autonomía individual y el interés de la sociedad y del Estado en proteger la salud de las personas. Posteriormente, se analizarán las condiciones mínimas para que los individuos adopten autónomamente decisiones sobre su salud, y los límites a la posible sustitución de su consentimiento, cuando ellos carezcan de la autonomía necesaria.

2.2.1 La autonomía individual frente al interés social y del Estado en preservar la salud de las personas: criterios jurisprudenciales en torno al tema.

La jurisprudencia de esta Corporación ha abordado el tema del contenido y alcance de la autonomía individual en diversos contextos y circunstancias. En particular, ha resuelto judicialmente múltiples situaciones en las cuales entran en tensión la autonomía en decisiones sobre la propia salud, y el interés social o estatal en preservar la vida y la salud de las personas. En muchos de estos casos han estado presentes situaciones límite que, como en el presente, aumentan la complejidad humana de los problemas planteados en términos jurídicos. Bien sea porque las personas no adoptan aquellas conductas de autonconservación que sería usual que asumieran, o porque existen situaciones de incertidumbre en torno a su capacidad para decidir autónomamente.

En una de tales decisiones, la Corte estudió un caso en que una mujer accedió a que filmaran el momento en que ella daba a luz a su hijo, siempre y cuando la difusión de la filmación se hiciera con determinados fines. En particular, como un homenaje a la vida. Sin embargo, la institución médica que había realizado el parto y la programadora de televisión que realizó la filmación difundieron el nacimiento para fines distintos de aquellos que había autorizado la mujer. La programadora difundió la filmación en un programa en el que comparaba el

nacimiento de un bebé rico –el hijo de la demandante- y el de un bebé pobre, fomentando de este modo una distinción de clases que la demandante consideró contraria a su concepción de vida, y a la imagen que como individuo pretendía proyectar a los demás: la de una “madre burguesa”.

En dicha ocasión la Corte protegió los derechos a la identidad y a la propia imagen de la mujer, como derechos derivados del libre desarrollo de la personalidad, y ordenó cesar toda difusión de la filmación. La utilización de la filmación para fines distintos, en desconocimiento de la voluntad de la demandante, vulneró su autonomía individual en relación con la imagen que pretendía proyectar a los demás. Al referirse al derecho a la identidad como derecho constitucional fundamental innominado, la Corte resaltó el carácter de sujeto moral que es inherente a la dignidad del ser humano, quien busca su destino por sí mismo, sin que la sociedad pueda utilizar la imagen de su cuerpo para intereses ajenos al suyo propio, ni restringir con ello su autonomía individual para proyectar su propia imagen como elemento inescindible de su vida y de su personalidad.

En dicha ocasión esta Corporación sostuvo:

“El principio de dignidad no sería comprensible si el necesario proceso de socialización del individuo se entendiera como una forma de masificación y homogenización integral de su conducta, reductora de toda traza de originalidad y peculiaridad. Si la persona es en sí misma un fin, la búsqueda y el logro incesantes de su destino conforman su razón de ser y a ellas por fuerza acompaña, en cada instante, una inextirpable singularidad de la que se nutre el yo social, la cual expresa un interés y una necesidad radicales del sujeto que no pueden quedar desprotegidas por el derecho a riesgo de convertirlo en cosa.” T-090/96 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz)

Por su parte, en la Sentencia T-493/93 (M.P. Antonio Barrera Carbonell), la Corte planteó específicamente el dilema entre autonomía sobre las decisiones individuales y los límites del interés social y estatal en proteger la vida y a la propia salud. En aquel caso, la Corte decidió denegar la protección solicitada por el hermano de una mujer que rehusaba acudir a un tratamiento de quimioterapia, a pesar de que se trataba de una persona analfabeta que habitaba en un área rural, y también pese a que –al decir de su hermano- su decisión no era completamente libre, pues estaba sujeta a presiones de su marido.

En dicha oportunidad, la Corte afirmó que a pesar del carácter prevalente del derecho a la vida y a la salud de las personas, la interposición de la acción de tutela por parte de la defensoría del pueblo y del hermano de la mujer constituía una vulneración del derecho a la intimidad, pues se inmiscuía indebidamente en la vida familiar y privada de la persona a favor de quien se interpuso la acción. En este caso, para explicar su opción, la mujer afectada sostuvo que en realidad ella se sentía bien de salud, y que por lo tanto no justificaba el costo del tratamiento. Además, porque acudir a él implicaba desplazarse a un lugar apartado, y por consiguiente, dejaría de cumplir ciertos deberes familiares que ella consideraba prioritarios –particularmente el cuidado de sus hijas-. Por otra parte, en tal caso, la mujer también sostuvo que su conducta de la mujer estaba guiada bajo una convicción religiosa. Todas estas razones, dijo la Corte, eran objeto de especial protección constitucional.⁶

La Corte, tanto en las decisiones referidas anteriormente, como en otras, ha sostenido que la Constitución le otorga un carácter preponderante a la vida y al cuidado de la propia salud. Sin embargo, el interés de la familia y del Estado en llevar a cabo esta protección legítima debe armonizarse con el interés de las personas en desarrollar su propio plan de vida de manera responsable; el cual, en casos como el anterior, se concreta en su interés en construir su propia familia y cuidar de ella.

Impedirle a una persona optar por cuidar de su propia familia, porque con su decisión pone en peligro su salud, atentaría contra el valor constitucional de la dignidad, que busca preservar la condición del ser humano como fin en sí mismo, y que busca la realización personal de su vida.⁷ En tales casos, la Corte ha resaltado que si bien al Estado le corresponde velar por la salud y la vida de sus asociados, y que esta finalidad goza de un valor prominente dentro de nuestro ordenamiento constitucional, las atribuciones de que dispone en estos casos deben armonizarse con el interés en proteger otros valores y bienes constitucionales. En ese orden de ideas, la actividad estatal dirigida a garantizar la autoconservación de la salud y la vida debe armonizarse con la autonomía del individuo para construir su propia vida.

En relación con el presente caso, es necesario entonces que la Corte establezca si las medidas solicitadas para preservar la salud y la vida de María Catalina Alvarez afectan su capacidad para construir su propia vida de acuerdo con sus intereses y aspiraciones

legítimas. Así, sin entrar a identificar plenamente las alternativas médicas para evitar el riesgo que supondría un embarazo para María Catalina Alvarez –labor que no le corresponde a esta Corporación, sino a los profesionales de la salud que la atienden-, la Corte considera pertinente dividir las para efectos prácticos en dos categorías.

Por un lado, aquellas que tienen un carácter definitivo, en particular la esterilización quirúrgica definitiva o tubectomía, solicitada por su madre; y por el otro, aquellas que no tienen un carácter definitivo, que corresponden a las ordenadas de manera genérica por la juez de instancia. La primera de tales categorías impediría que María Catalina tuviera hijos, y por lo tanto, afectaría de manera definitiva el ejercicio de su libertad para decidir el número de hijos que quiere tener.

Para la Corte, las decisiones respecto de los hijos se encuentran estrecha y profundamente relacionadas con la dignidad de la persona y con el respeto de su intimidad personal y familiar, contrario a lo que sucede con decisiones de menor entidad, como la decisión de portar o no portar un cinturón de seguridad, como lo sostuvo en la Sentencia C-309/97.⁸ Por lo tanto, la decisión de una persona de tener hijos impone al Estado y a la sociedad, el deber de armonizar este interés con el de proteger la salud o la vida de dicha persona. El valor que la Constitución le otorga al interés individual en tener hijos, constituir y mantener una familia lleva de suyo la necesidad de darle una adecuada protección, y por lo tanto, proteger a las personas frente a las acciones de terceros que tiendan a afectar la autonomía individual en este aspecto.

Sin embargo, la protección constitucional de que fueron objeto la mujer que rehusó la quimioterapia y la mujer que fue filmada dando a luz en las Sentencias T-493/93 y T-401/94 respectivamente, partió del presupuesto de que contaban con las capacidades necesarias para entender las repercusiones de sus decisiones.

En el presente caso, por el contrario, el informe psiquiátrico realizado a María Catalina Alvarez advierte que sus condiciones mentales suponen una disminución significativa de su capacidad para entender plenamente las repercusiones de cada una de las opciones planteadas aunque sostiene que conoce las consecuencias de la tubectomía, y que manifiesta querer formar una familia y tener hijos. Por tal motivo, aunque la protección de la autonomía para vivir conforme a su propia concepción de la vida es un aspecto importante,

no puede asumirse a priori, pues existen ciertos cuestionamientos en torno a la capacidad de María Catalina para ejercer su autonomía.

¿Cómo conciliar entonces la dignidad de las personas que carecen de las capacidades necesarias para representarse plenamente las diversas opciones de realización personal –como en el presente caso- y el interés social y estatal en preservar la salud y la vida de tales personas?

2.2.2 La adquisición de capacidades como presupuesto indispensable para tomar autónomamente ciertas decisiones respecto de la propia salud.

La tensión en estos casos entre el interés en preservar la salud y la vida de las personas que no pueden ejercer plenamente su autonomía, y el respeto por su dignidad, impone la necesidad de establecer una medida a la actividad protectora del Estado y de la sociedad. Tal actividad debe encaminarse a permitir el desarrollo pleno de la autonomía de los individuos. Por lo tanto, las medidas protectoras serán aceptables constitucionalmente en tanto estén dirigidas a preservar o a promover el desarrollo de las condiciones físicas, mentales, y de salud, necesarias para el ejercicio de tal autonomía. Por supuesto, ello supone tanto unos límites como una directriz a la actividad protectora que pretenden ejercer terceras personas.¹⁰

El límite a la actividad protectora implica, por un lado, que el Estado no puede adoptar las decisiones de salud por las personas, en la medida en que sus resoluciones específicas puedan ser tomadas autónomamente, aunque las mismas no hayan desarrollado plenamente su autonomía en todos los aspectos de su vida.¹¹ Tal límite impone además el deber del Estado de proteger a las personas en relación con aquellas decisiones para las cuales no han desarrollado la autonomía necesaria. La protección de estas personas resulta aceptable entonces, en la medida en que ellas mismas, o terceros, pongan en peligro el ejercicio futuro de su autonomía, con sus decisiones respecto de su salud.

Por su parte, la directriz impuesta implica que el Estado debe proveer los medios necesarios para promover que las personas adquieran las capacidades necesarias para desarrollar autónomamente sus intereses y potencialidades, dentro de las condiciones y limitaciones físicas en las cuales deben desenvolverse diariamente.¹²

La maximización de la autonomía de las personas hace indispensable, entre otras cosas, que el Estado y la sociedad provean el conocimiento necesario para que éstas adopten las decisiones que consideran más adecuadas para sí mismas, según su propio juicio. Esta labor puede tomar diversas manifestaciones. Una de ellas, que pretende el desarrollo general pero paulatino de las capacidades necesarias para que los individuos adopten decisiones vitales, es el acceso a una educación formal o especial, adecuada a las condiciones, necesidades e intereses de los individuos, como mecanismo de promoción de la salud (C.N. art. 49). Otra de las formas en que el Estado y la sociedad garantizan que los individuos cuenten con el conocimiento, y por lo tanto, con los elementos de juicio necesarios para tomar decisiones específicas que atañen a su salud y a su autonomía, es el principio del consentimiento informado.

Con todo, si bien la labor de promoción de la salud a través de la educación especial de personas con discapacidades físicas y mentales es un elemento que permite aumentar gradualmente su autonomía, la situación de María Catalina Alvarez requiere también una solución a su situación actual. En esa medida, entra la Corte a referirse al consentimiento informado, como condición para realizar una intervención médica, relacionándolo con las características de las diversas categorías de intervenciones que han sido planteadas, con el fin de establecer si permiten preservar las condiciones de salud necesarias para que María Catalina Alvarez ejerza su autonomía en la medida de sus capacidades.

2.2.3 El consentimiento informado y cualificado, como principio encaminado a maximizar la igualdad y la libertad en la toma de decisiones individuales respecto de la propia salud.

El principio del consentimiento informado constituye una forma de promover la materialización de los principios de libertad y de igualdad, pues está encaminado a otorgarle simetría a la relación médico paciente, de tal modo que no sea el médico quien termine decidiendo por el afectado, ejerciendo indebidamente su poder y -como depositario de un conocimiento superior- termine sustituyendo la voluntad del paciente.¹³

Al respecto, la Corte ha resaltado el carácter consensual de la relación médico paciente, y que la presunción del consentimiento a los tratamientos médicos ha sido relativizada:

“Anteriormente se consideró que se presumía el consentimiento del paciente cuando el médico actuaba en beneficio de aquél, se llegó al extremo de creer que el consentimiento

era irrelevante y el médico debería intervenir aún con la oposición del paciente porque estaba de por medio el deber del socorro. Este criterio fue revisado a fondo y hoy se acepta que en todo caso debe haber aceptación del paciente.”

Destacando más adelante en la misma Sentencia cómo la tradición casuística anglosajona que da prioridad al principio de autonomía del paciente ha impregnado también la tradición francesa continental, que privilegia el principio de beneficencia médica:

“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 solo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. (...) Antonio V, Gambaro pone de relieve en relación con el consentimiento que tanto el ordenamiento francés como el ordenamiento americano reconocen la exigencia de que los actos médicos sólo se lleven a cabo en relación con el cuerpo del paciente después de que haya sido informado de las finalidades e ilustrado sobre las ventajas y riesgos de la terapia y, en fin exista el consentimiento expreso. Incluso la terminología con que esta exigencia viene expresada es análoga, se habla de ‘informed consent’ en U.S.A. y de ‘consentement éclairé’ en Francia. (...) tanto en Francia como en Estados Unidos, la antigua idea jurídica y civil de que todo individuo es titular de un derecho exclusivo sobre el propio cuerpo, por lo que cualquier manipulación del mismo sin consentimiento del titular del derecho constituye una de las más típicas y primordiales formas de lo ilícito.” Sentencia T-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

Con todo, el consentimiento informado tiene dos características que lo hacen particular. Por un lado, se trata de un principio constitucional,¹⁴ lo cual significa que la información que el médico le suministra al paciente no siempre resulta exigible en igual grado, y aun cuando en tal sentido no se pueden formular reglas generales a priori,¹⁵ dependiendo de la ponderación conjunta de una serie de variables, el médico debe darle información más o menos cualificada al sujeto afectado.¹⁶ Entre las variables que deben ser tenidas en cuenta en estas situaciones, la Corte ha puesto de relieve las siguientes:

a) El carácter más o menos invasivo del tratamiento. Si todas las demás variables permanecen constantes, entre mayor sea el grado de invasión en el cuerpo humano, también debe ser mayor la información necesaria para formar el consentimiento del paciente.¹⁷

b) El grado de aceptación u homologación clínica del tratamiento o su carácter experimental. A su vez, el grado de aceptación clínica del procedimiento determina la cualificación del consentimiento. Cuando existan dudas acerca de la aceptación clínica de un procedimiento o tratamiento, debe efectuarse una junta médica con la participación de un epidemiólogo clínico, quien debe informar al paciente acerca de las características del mismo.¹⁸

c) La dificultad en la realización del tratamiento y las probabilidades de éxito. De tal forma, cuando existan condiciones que dificulten la realización de un procedimiento, o que disminuyan significativamente las probabilidades de éxito, el médico debe informar al paciente de dicha circunstancia.¹⁹

d) La urgencia del tratamiento. Cuando la demora en la realización de un procedimiento ponga en riesgo la salud o la vida, el médico debe sopesar este factor y, si es del caso, entrar a protegerlos, aun sin el consentimiento expreso del paciente.²⁰

a. El grado de afectación de derechos e intereses personales del sujeto al efectuarse el tratamiento. Cuando un tratamiento o procedimiento signifique un riesgo para ciertos derechos o intereses del paciente, en principio, la información necesaria para que se pueda prestar válidamente el consentimiento es mayor.²¹

a. La afectación de derechos de terceros de no realizarse la intervención médica. Así, en algunos casos resulta aceptable que se practiquen determinados procedimientos sin necesidad de informar detalladamente al paciente para obtener su consentimiento, cuando están de por medio los derechos de terceras personas, como sería el caso de la aplicación de una vacuna para evitar que se propague una epidemia.²²

g) La existencia de otros tratamientos que produzcan resultados iguales o comparables,

y las características de estos. Cuando existan otros tratamientos o procedimientos que produzcan resultados similares o comparables, el médico debe informar de esta situación al paciente, si observa que hacerlo redundaría en interés del paciente.²³

h) La capacidad de comprensión del sujeto acerca de los efectos directos y colaterales del tratamiento sobre su persona. Cuando existan circunstancias subjetivas del paciente que afecten su capacidad de comprensión, el médico debe velar por que éste tenga la mayor comprensión posible acerca de sus repercusiones, sin afectar otros intereses que puedan estar en juego. Esto último supone que, si bien en la mayoría de los casos resulta conveniente que el paciente conozca las consecuencias de cada opción, en otros, cierta información puede terminar alterando su juicio, impidiéndole tomar una decisión autónoma. Por lo tanto, es responsabilidad del médico juzgar cuál es el nivel adecuado de información que debe suministrar al paciente, a partir de una evaluación de su situación particular.²⁴

De tal modo, sólo a partir de una ponderada combinación de los anteriores elementos puede calificarse, en cada caso concreto, el nivel de información que requiere el paciente para adoptar la decisión autónoma de someterse a una intervención médica sobre su cuerpo.

En el presente caso el procedimiento de esterilización quirúrgica definitiva o tubectomía resulta altamente invasivo de su propio cuerpo, por lo cual adquiere relevancia la primera de las variables descrita. Por otra parte, afecta el ejercicio de su derecho a la procreación, pues le impide tener hijos, por lo cual también resulta relevante la variable descrita en el literal e) supra.

Finalmente, adquiere particular relevancia la última de tales variables, pues existen dudas sobre la capacidad de María Catalina para decidir autónomamente sobre el tratamiento. Es necesario entonces que la Corte entre a analizar el último de tales aspectos. En particular, en lo que se refiere a las condiciones en las cuales otra persona puede sustituir su consentimiento, cuando existen circunstancias que llevan a pensar que el paciente no tiene la capacidad de comprender plenamente los efectos directos e indirectos que tienen las diversas opciones médicas. La forma como intervienen las demás variables en el presente caso será estudiada más adelante, cuando se analicen en concreto cada una de las alternativas de salud aplicables a su caso.

2.2.4 Medida y límite del consentimiento sustituto: el consentimiento orientado al futuro

y la consiguiente necesidad de preservar las condiciones físicas indispensables para el ejercicio posterior de libertades individuales.

De acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación, las anteriores circunstancias son algunas de las que cualifican el nivel de información necesario para formar la convicción del paciente y permitirle prestar su consentimiento.²⁵ En relación con la última de tales circunstancias, esto es, cuando el paciente no tiene la capacidad de comprender los efectos de la intervención, la Corte ha aceptado la posibilidad de que otras personas, en ciertas condiciones, y para determinados propósitos, sustituyan válidamente su consentimiento.

Si bien algunas decisiones de la vida civil de las personas pueden ser adoptadas por sus representantes legales mediante un proceso de interdicción por demencia, esta figura propia del derecho civil no resulta trasladable por completo al campo del derecho constitucional, en particular en lo que tiene que ver con las decisiones sobre las intervenciones médicas a las cuales debe someterse a una persona. No sería concebible desde un punto de vista constitucional, que por la sola representación legal que ejerce una madre sobre su hija interdicta, pudiera someterla a una esterilización forzada, conducta que, por lo demás, constituye un delito tanto en la normatividad interna, como en el sistema internacional de protección de los derechos humanos.²⁶ Por lo tanto, la jurisprudencia constitucional ha utilizado el concepto de autonomía, el cual no se puede equiparar al de capacidad legal para tomar decisiones respecto de la vida civil, comercial o política de un individuo.²⁷

Así, en la Sentencia T-411/94 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa), la Corte aceptó la agencia oficiosa ejercida por el médico tratante de un menor de diez meses de edad, protegiendo sus derechos a la vida y a la salud, en contra de la decisión de sus padres, quienes se negaban a hospitalizarla, alegando que su credo religioso se los impedía. En dicha oportunidad, la Corte, si bien aceptó la legitimidad de la patria potestad, estableció que dicha figura tiene como límite permitir el desarrollo futuro de la vida del menor, como condición previa y necesaria para el ejercicio de sus demás derechos.

A su vez, en la Sentencia T-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), la Corte decidió el caso de un menor que había sufrido una emasculación a la edad de 18 meses, y le habían practicado una serie de procedimientos quirúrgicos y psicológicos tendientes a asignarle anatómica y mentalmente el sexo femenino por autorización de sus padres. Sin embargo,

después de unos años, el niño no se identificó con el rol femenino que le habían impuesto, y solicitó que lo intervinieran nuevamente para restablecerle su identidad sexual masculina.

En dicha oportunidad la Corte, reiterando criterios jurisprudenciales anteriores, estimó que la potestad paterna en relación con las decisiones médicas de los hijos menores depende: a) de la importancia y urgencia del tratamiento para la salud del menor, b) del grado de afectación de la autonomía actual y futura del menor, y que, por supuesto, tal criterio incluye el carácter definitivo del mismo y c) de la edad del menor.²⁸ Así mismo, la Corte sostuvo la importancia que tenía la protección de las condiciones materiales mínimas para que el menor ejerciera su libertad para decidir cuál era su propia identidad sexual.

En relación con las condiciones para la aceptación del consentimiento sustituto, la Corte tuvo oportunidad de pronunciarse in extenso, en la Sentencia T-474/96 (M.P. Fabio Morón Díaz) en la cual, por solicitud de su padre, ordenó a una clínica a practicarle una transfusión de sangre a un menor adulto (17 años y 10 meses de edad) a pesar de que éste se negaba a someterse a ese procedimiento por considerarlo contrario a sus convicciones religiosas.

En dicha oportunidad la Corte enfatizó que la formación de una voluntad autónoma capaz de adoptar decisiones es un proceso gradual, pero que para el desarrollo de dicha autonomía era indispensable preservar la vida del menor, como condición necesaria para el ejercicio futuro de todos sus demás derechos. En tal proceso de desarrollo, el individuo va decidiendo acerca de cuestiones más trascendentales en relación con su propio destino, a medida que va adquiriendo experiencias vitales nuevas, y con ellas, nuevas capacidades que le permiten aceptar o rechazar las enseñanzas familiares. Por lo tanto, sin negar la autonomía de los menores adultos, estableció la necesidad de que las decisiones en relación con la propia salud fueran tomadas en conjunto con sus padres, teniendo en cuenta la necesidad de preservar la vida y salud del menor, como condiciones materiales necesarias para el ejercicio autónomo futuro de sus libertades individuales, en lo que esta Corporación denominó un “consentimiento compartido”.

En todo caso, la razón por la cual de todos modos ordenó la transfusión fue porque la toma de decisiones vitales respecto del propio destino supone la preservación de ciertas condiciones materiales –en este caso particular la vida-, que son un presupuesto mínimo, necesario para el ejercicio futuro de dicha autonomía. En la circunstancia estudiada por la

Corte en aquella oportunidad, la libertad religiosa, como ejercicio de una opción autónoma, si bien entraba en tensión con el interés en proteger la propia vida, requería de ésta como condición mínima para su ejercicio. Por lo tanto, en esa medida, para permitir el desarrollo -hasta ese momento incompleto- de dicha autonomía en el menor adulto, resultaba indispensable que se protegiera la vida, y se ordenara al Seguro Social y a la clínica practicar la transfusión, aun en contra de la voluntad actual del menor.

Por su parte, la Corte en Sentencia SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), se pronunció también in extenso sobre este tema, frente a un caso en el cual una madre solicitaba que se autorizara la práctica de un tratamiento de readecuación sexual a su hija menor de ocho años, quien al parecer tenía una condición de pseudohermafroditismo masculino.

En dicha oportunidad estableció que existían cuestionamientos científicos razonables a la necesidad del procedimiento como única alternativa posible, que la avanzada edad de la menor desvirtuaba su urgencia,²⁹ y que dadas estas dos condiciones, cobraba aun mayor peso la necesidad de que esta menor expresara autónomamente su consentimiento cuando tuviera la autonomía suficiente para hacerlo. Por lo tanto, en aquellas condiciones, no resultaba válido el consentimiento sustituto de la madre de la menor para realizarle la intervención a su hija.

Para justificar su decisión, la Corte sostuvo que el concepto de autonomía, que sirve como base para determinar la plausibilidad del consentimiento personal exclusivo en relación con las intervenciones médicas, no equivale al de “capacidad de ejercicio” que habilita a la persona para celebrar negocios jurídicos consagrado en la legislación civil. En general, la Corte sostuvo que la autonomía en relación con tales intervenciones no es un concepto rígido, sino variable, que depende, entre otros factores, del tipo de intervención que se pretenda realizar. Es pertinente entonces, transcribir el aparte correspondiente al análisis que en tal oportunidad hizo esta Corporación:

“19- La necesidad misma del consentimiento y su distinta cualificación, según la naturaleza de la intervención médica, se encuentran entonces inevitablemente ligadas al problema del grado de autonomía que deben tener los pacientes para aceptar o rechazar un determinado tratamiento. En efecto, la exigencia de un consentimiento informado presupone que la

persona goza de suficiente autodeterminación para comprender su situación y decidir conforme a ese entendimiento. Y, como es natural, si el consentimiento debe ser cualificado en ciertos eventos, entonces, en tales casos, la competencia del paciente para decidir debe ser mayor y aparecer más clara, lo cual muestra que la autonomía de la persona para autorizar o no un tratamiento médico no es un concepto absoluto sino que depende de la naturaleza misma de la intervención sanitaria. La evaluación de la capacidad del paciente deriva entonces de la decisión concreta que éste debe tomar, pues una persona puede ser considerada competente para aceptar unas intervenciones médicas pero carecer de la suficiente autonomía para decidir otros asuntos sanitarios. Por ejemplo, un menor puede gozar de la capacidad necesaria para rechazar su participación en un experimento riesgoso, y que tiene pocos beneficios médicos para él; en cambio, esa misma persona podría ser juzgada incompetente para rechazar un tratamiento, que presenta escasos peligros y es vital para su salud.”

“Así, en general no se requiere un alto grado de autonomía para que un paciente acepte de manera válida una intervención de bajo riesgo y elevado beneficio, o rechace un procedimiento muy peligroso y poco efectivo, por lo cual en tales casos, las exigencias de capacidad deben ser mínimas; en esos eventos, puede ser suficiente que la persona tenga conciencia de su situación y sea capaz de aceptar, de manera expresa o tácita, el tratamiento que se le propone, para que se la considere competente para tomar esas decisiones sanitarias.”

(...)

“La autonomía necesaria para tomar una decisión sanitaria no es entonces una noción idéntica a la capacidad legal que se requiere para adelantar válidamente un negocio jurídico, conforme al derecho civil, o para ejercer el voto, de acuerdo a las disposiciones que regulan el acceso a la ciudadanía. En efecto, una persona puede no ser legalmente capaz, pero sin embargo ser suficientemente autónoma para tomar una opción médica en relación con su salud” (F.J. No. 20) (resaltado fuera de texto)

En otras palabras, además de los derechos y principios constitucionales específicos, los cuales varían en cada caso, el objeto de protección es la integridad de las condiciones físicas necesarias para ejercer la autonomía individual presente y futura. Así, en el primero de los

casos reseñados, la vida recibió una doble protección, como derecho fundamental, y como condición necesaria para el ejercicio futuro de la autonomía de la menor, estableciendo que constituye un límite a la libertad religiosa de sus padres y por lo tanto, a la posibilidad que estos tienen para imponer a sus hijos determinadas concepciones de vida, cuando estos carecen de autonomía suficiente para adoptar por sí mismos tales decisiones. En el segundo de ellos, se protegió la decisión de un menor de decidir autónomamente sobre su propia identidad sexual, impidiendo que criterios de conveniencia médica interfirieran en dicha decisión. Con ello se protegió la integridad de las condiciones fisiológicas que le permitirían asumir su identidad sexual en el futuro. En el tercero, la Corte protegió la capacidad del menor adulto para desarrollar su libertad religiosa plenamente en el futuro, aun en contra de su propia decisión actual sobre su salud, como condición necesaria para el ejercicio de su libertad religiosa futura; y en el cuarto, protegió la autonomía de la menor para decidir su propia identidad sexual en el futuro, por encima de la voluntad de su madre y de las consideraciones de conveniencia médica, que suponían una disminución de tales condiciones físicas.

Ahora bien, todos los casos anteriores tienen también en común un factor que los distancia del presente: en todos ellos la Corte estaba decidiendo sobre el presupuesto cierto de que en el futuro los individuos protegidos adquirirían autonomía plena para adoptar decisiones que sólo a ellos les correspondía tomar. Así, la última de las Sentencias referidas, la SU-337/99 dice al respecto:

“Por ello es razonable concluir que no se vulnera la autonomía del niño, a pesar de que éste se oponga de momento a la vacuna, por cuanto es lícito suponer que en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la corrección de la intervención paternal. Se respeta entonces la autonomía con base en lo que algunos autores denominan un “consentimiento orientado hacia el futuro”³⁰, esto es, la decisión se funda en aquello que los hijos verán con beneplácito al ser plenamente autónomos, no sobre aquello que ven en la actualidad con beneplácito.” F.J. No. 24.

Y citando la Sentencia T-447/96, agrega más adelante:

“En efecto, la personalidad es un proceso evolutivo de formación, de tal manera que el ser humano pasa de un estado de dependencia casi total, cuando es recién nacido, hasta la

autonomía plena, al llegar a la edad adulta. El acceso a la autonomía es entonces gradual ya que ésta 'es el resultado de un proceso en el que el individuo avanza paulatinamente en el conocimiento de sí mismo y en el reconocimiento y uso de sus potencialidades y capacidades, descubriéndose como un ser autónomo, singular y diferente'³¹." F.J. No. 26.

En este caso, empero, la posibilidad de que María Catalina Alvarez adquiriera mayor autonomía con el tiempo no resulta evidente, por lo cual su autonomía futura no puede asumirse simplemente como premisa para adoptar una decisión, sino que resulta indispensable que la Corte entre a indagar la relación que existe entre su autonomía y sus limitaciones mentales. No solamente porque la evaluación psiquiátrica solicitada por esta Corporación cuestiona la autonomía de María Catalina Alvarez para asumir actualmente las responsabilidades de una decisión sobre la maternidad, sino además porque dicho informe anula por completo la posibilidad de que en el futuro mejoren sus condiciones o adquiriera mayores facultades mentales.

Pasa entonces la Corte a referirse al informe médico en este punto.

El informe dice que la evaluada "no logra dimensionar los alcances de la maternidad con todas las responsabilidades y cuidados que esta acarrea" y por otra parte que "no existe en la actualidad ningún tratamiento médico ni de otro tipo, que permita que se resuelvan o se mejoren las condiciones y las facultades mentales del retardo mental que padece".

Tales afirmaciones hacen suponer que el retraso mental de María Catalina es profundo, sin embargo, para la Corte tales conclusiones deben ser matizadas.

En primer lugar, porque si bien en la conclusión el informe afirma que María Catalina "Tiene marcadas limitaciones cognoscitivas...", el mismo dictamen psiquiátrico afirma en la parte inicial que es "Consciente, alerta. Pensamiento lógico de tipo concretista, de curso lento y contenido normal, sin ideas delirantes. No se evidencian fenómenos alucinatorios. Responde forma (sic) adecuada a las preguntas que se le formulan acerca de aspectos cotidianos. Manifiesta conocer las consecuencias de una relación sexual, pero no sabe definir en qué consiste. ... Se observa un nivel de inteligencia de promedio inferior con un moderado déficit cognoscitivo. Afecto mal modulado con tendencia a la apatía. ... No resuelve operaciones matemáticas sencillas ni interpreta refranes simples", concluyendo posteriormente con la impresión diagnóstica de que padece un "Retardo Mental Leve".

Por otra parte, si bien María Catalina puede tener déficits cognoscitivos importantes, tampoco resulta aceptable la afirmación que sentencia que “no existe en la actualidad ningún tratamiento médico ni de otro tipo, que permita que se resuelvan o se mejoren las condiciones y las facultades mentales del retardo mental que padece”, pues del mismo informe se ve claramente que su condición puede mejorar, ya que “inició escolaridad a los seis años y cursó tres niveles en escuela especial”, y que en esos tres años “Aprendió a leer y escribir.”

Además de las contradicciones internas entre la parte inicial y las conclusiones del informe en relación con sus capacidades cognoscitivas y sus posibilidades de mejoría, tampoco resulta clara la conclusión en relación con los aspectos cotidianos de la vida, incluyendo el autocuidado.

Así, como conclusión sostiene que María Catalina “Tiene marcadas limitaciones cognoscitivas que incluyen su autocuidado, por lo que no es autónoma en actividades de la vida cotidiana para la que requiere supervisión parcial” Sin embargo, en la parte inicial del informe se dice que “Ingresa al consultorio por sus propios medios, bien trajeada, amable, colaboradora.”, agregando más adelante que “Responde forma (sic) adecuada a las preguntas que se le formulan acerca de aspectos cotidianos.” Y a su vez en otra parte se sostiene que “Permanece en la casa al cuidado de la madre y se ocupa de forma ocasional en oficios domésticos. Conoce el valor del dinero. Guarda parcialmente su autocuidado y no sale sola porque se pierde.”

Por otra parte, dicho informe llega a la conclusión de que “Estas limitaciones cognoscitivas no le permiten tomar decisiones autónomas y responsables frente al ejercicio de su sexualidad, de los cuales (sic), si bien, si conoce sus consecuencias (embarazo), no logra dimensionar los alcances de la maternidad con todas las responsabilidades y cuidados que esta (sic) acarrea.”

Sin embargo, no existen en el informe suficientes datos que permitan establecer cómo se puede llegar razonablemente a una conclusión tan categórica. Por el contrario, en torno a su sexualidad, la única referencia en el informe es que “Manifiesta conocer las consecuencias de una relación sexual pero no sabe definir en que (sic) consiste. Expresa deseos de establecer una relación afectiva porque dice que se siente muy sola. Es ambivalente frente a la

posibilidad de la tubectomía, de la que dice conoce en que (sic) consiste, pero refiere que le gustan mucho los niños y quisiera llegar a formar un hogar y tener hijos.”

Del análisis del informe no resulta claro que la condición actual de María Catalina Alvarez le impida desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la maternidad en un futuro. Por el contrario, el aumento de tales capacidades parece ser posible, siempre y cuando tenga acceso a una educación adecuada y reciba el apoyo necesario.

En esa medida, es necesario concluir que en el presente caso resulta razonable otorgar una protección mediante la figura del consentimiento orientado hacia el futuro. Es decir, una decisión que considere especialmente el interés manifiesto de María Catalina en “establecer una relación afectiva ... formar un hogar y tener hijos”.

2.2.5 La condición mental de un paciente no permite a terceros sustituir su consentimiento para elegir el tratamiento médico menos lesivo de sus intereses, cuando las alternativas brindan resultados comparables en relación con su salud.

Con todo, al margen de las apreciaciones contradictorias respecto de la condición mental de María Catalina Alvarez, en el presente caso no hay sólo dos alternativas posibles. En esa medida, se disuelve parcialmente la tensión entre el llamado principio de beneficencia y el de autonomía, pues no se trata de escoger entre la salud y la vida o la autonomía, sino de elegir entre las diversas opciones médicas que se presentan como alternativas para proteger la salud de María Catalina. En tal sentido, no es necesario establecer si la paciente tiene derecho a escoger entre su salud o su libertad, sino si puede escoger entre las diversas alternativas médicas dada su condición mental. En particular, debe la Corte determinar si ella puede escoger la opción que no le impida de manera definitiva el ejercicio de su derecho a decidir el número de hijos que quiere tener, pues en el presente caso la esterilización quirúrgica definitiva o tubectomía, no es el único tratamiento posible.

Frente a un caso similar, en la Sentencia T-401/94 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz), la Corte protegió la autonomía de una persona que había sido declarada mentalmente enferma para decidir el tratamiento médico al cual quería someterse. En esa ocasión, médico y paciente habían tenido contrariedades en torno al tratamiento de deficiencia renal crónica que el primero le estaba administrando al segundo. Durante tales desavenencias, el médico le ordenó practicarse unos exámenes psiquiátricos en la institución donde dicho médico

laboraba, como resultado de los cuales se concluyó que el paciente padecía de trastornos mentales. Continuaron las discrepancias y el paciente le solicitó al médico tratante que le suministrara los elementos necesarios para que su esposa le efectuara el tratamiento en la casa. El médico se rehusó, alegando que esa posibilidad estaba contraindicada para personas con enfermedades mentales como él, quienes no eran suficientemente responsables para administrarse el tratamiento en sus hogares. Por lo tanto, el paciente debía continuar con el tratamiento hospitalario.

Para adoptar su decisión, la Corte estableció una distinción entre la condición mental de una persona y su autonomía para opinar y decidir de acuerdo con sus preferencias entre dos tratamientos posibles. La distinción hecha por la Corte en dicha oportunidad resulta determinante para establecer los alcances del consentimiento sustituto en menores de edad, o en personas con enfermedades mentales, pues a pesar de la estrecha relación que existe entre la enfermedad mental de una persona y su autonomía, este último concepto no puede subsumirse por completo en el primero. En particular, porque constitucionalmente la autonomía no se reduce a un concepto descriptivo de un estado mental.

La autonomía supone el reconocimiento de la dignidad humana por parte del Estado y de la sociedad, la cual impone tratar al individuo como un sujeto moral, que tiene el derecho de decidir entre diversos tratamientos médicos cuál le conviene más, sin que ni el Estado, ni de la sociedad, puedan imponerle uno, independientemente del estado mental en el que se encuentre. En efecto, de la condición mental del paciente no se puede concluir que no tenga derecho a elegir a cuál de los tratamientos se somete. Menos aun cuando la alternativa al tratamiento sugerido no resulta tan lesiva de intereses subjetivos que gozan de protección constitucional especial -como el interés en tener una familia-, así el grado de protección no sea exactamente el mismo.

En el caso citado, la Corte dijo:

“1.5. Es posible entonces establecer una diferenciación entre la situación mental del paciente – patológica o no – y su autonomía o capacidad para consentir. En este orden de ideas, la contraindicación hace parte del espacio de discrecionalidad y autonomía que posee el paciente frente al médico al momento de la prescripción del tratamiento. Aún existiendo un desequilibrio psicológico de parte del peticionario, a partir del cual se pudiese concluir una

agresividad especial contra sus semejantes, ésta no parece ser una razón para excluir al paciente de la posibilidad de opinar acerca del tratamiento que prefiere. El peticionario está capacitado para decidir la suerte de su propio cuerpo y para asumir las consecuencias que su decisión acarree en su estado de salud.” (resaltado fuera de texto original) Sentencia T-401/94 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

En esa medida, el consentimiento orientado al futuro impone que el juez constitucional deba ponderar el interés en preservar al máximo aquellas condiciones físicas necesarias para que María Catalina pueda tomar decisiones autónomas, aun cuando existan cuestionamientos acerca de su autonomía ulterior, debido a sus condiciones mentales actuales. Máxime cuando la existencia de alternativas médicas lleva a que no se trate de decidir de manera radical entre vida o autonomía, sino entre las ventajas y desventajas que plantea cada alternativa de salud. Al efectuar esta ponderación, la Corte debe tener en cuenta el interés en preservar al máximo su vida y su salud, pero a la vez, como ya se dijo, su capacidad para ejercer su derecho a la procreación y su interés individual en tener hijos y formar una familia en una etapa posterior de su vida.

Por lo tanto, teniendo en cuenta ese interés, la Corte encuentra que el Instituto de los Seguros Sociales -EPS- debe convocar un equipo de médicos especialistas en neurología, psiquiatría y ginecología, a fin de evaluar las diversas opciones médicas a las que se puede acudir en procura de preservar al máximo las condiciones físicas necesarias para que María Catalina pueda adoptar decisiones autónomas en relación con el manejo de su sexualidad, descartando aquellas opciones que tengan carácter quirúrgico y definitivo y que resulten inadecuadas a su condición de salud y al tratamiento que actualmente recibe para controlar la epilepsia que padece.

2.2.6 La necesidad de complementar los mecanismos cuando una persona carezca de la capacidad necesaria para ejercer autónomamente decisiones en torno a su propia salud.

Para proveer una protección integral y encaminada realmente hacia el desarrollo futuro de la autonomía, juega un papel determinante la labor del Estado de educar a las personas en relación con su salud, en virtud de su obligación constitucional de promoverla, como mecanismo adecuado para armonizar la autonomía individual con la salud como bien jurídico de estirpe constitucional. Por supuesto, el acceso al conocimiento no garantiza que las

decisiones que toma el individuo autónomamente sean las más apropiadas de acuerdo con el criterio mayoritario. No obstante, el conocimiento constituye un presupuesto necesario para la toma de cualquier decisión de este tipo, tendiente a preservar la dignidad humana y a promover el ejercicio de la libertad e igualdad de las personas.

En tal sentido cobra especial relevancia la obligación del Estado de adoptar medidas para que la igualdad sea real. Constituye un presupuesto para que individuos que, por sus condiciones físicas y mentales, se encuentran en condiciones de debilidad manifiesta, puedan aumentar sus capacidades y así afrontar con menor dificultad las decisiones vitales en torno a su salud y a la maternidad.

De tal modo también, en casos como el presente, resulta ilusoria la distinción a priori entre prestaciones de salud y de educación especial para enfermos mentales, que en varias ocasiones ha sido desvirtuada por esta Corporación,³² pues unas y otras propenden porque personas como María Catalina Alvarez adquieran mayor autonomía en sus decisiones respecto de su propia salud, de tal modo que puedan vivir dignamente dentro de las limitaciones que les impone su propia situación vital.

En esa medida, además de confirmar parcialmente la Sentencia de instancia que acertada y prudentemente impidió la utilización de un mecanismo de esterilización tenga carácter quirúrgico o definitivo, esta Corporación ordenará al Seguro Social E.P.S. incorporarla en un programa de educación especial integral, de acuerdo con sus capacidades y necesidades, y en el cual se imparta la educación adecuada para las personas con sus condiciones mentales específicas, tendiente además a capacitarla para ejercer su sexualidad y la maternidad de manera autónoma y responsable.

Para tal efecto, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Seccional Antioquia vigilará el cumplimiento de lo aquí establecido, informando de la asistencia al programa de educación especial a la juez de instancia, a quien, dicho sea de paso, esta Corporación le reconoce el gran acierto, y la ponderación constitucional con que justificó y adoptó su decisión de no autorizar la práctica de una intervención quirúrgica definitiva a María Catalina Alvarez.

III. DECISION

En mérito de lo expuesto, la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional,

administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO.- REVOCAR la Sentencia de única instancia proferida el cuatro (4) de abril de 2001, por el Juzgado Tercero Laboral de Medellín, especificando que la orden impartida en el numeral segundo de dicha providencia consiste en ORDENAR al Instituto de los Seguros Sociales - EPS - que, dentro del término de los diez días hábiles siguientes a la notificación de la presente sentencia, convoque un equipo de médicos especialistas en neurología, psiquiatría y ginecología, a fin de que, dentro del mismo término, evalúen las diversas opciones médicas a las que se puede acudir en procura de preservar al máximo las condiciones físicas necesarias para que María Catalina pueda adoptar decisiones autónomas en relación con el manejo de su sexualidad, descartando aquellas opciones que tengan carácter quirúrgico y definitivo y que resulten inadecuadas a su condición de salud y al tratamiento que actualmente recibe para controlar la epilepsia que padece.

SEGUNDO.- ADICIONAR la Sentencia de instancia en el sentido de ORDENAR al Seguro Social E.P.S. incorporar a la mayor brevedad posible a María Catalina Alvarez en un programa de educación especial de acuerdo con sus necesidades, en el cual se le imparta la educación sexual y reproductiva adecuada para las personas con sus condiciones mentales específicas, tendiente a capacitarla para ejercer su sexualidad y de las repercusiones de la maternidad, de acuerdo con su condición, intereses y capacidades. Los trámites para la incorporación de María Catalina Alvarez en un programa de educación especial deberán iniciarse dentro de los dos días hábiles siguientes a la notificación de la presente Sentencia. María Catalina Alvarez deberá estar incorporada en tal programa a más tardar dos (2) meses después de que la misma sea notificada a la autoridad correspondiente.

TERCERO.- Para tal efecto, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Seccional Antioquia deberá VIGILAR el cumplimiento de lo aquí establecido, e INFORMAR de ello a la juez de instancia, Juez Tercero Laboral del Circuito de Medellín, quien ordenará lo necesario para su cabal cumplimiento.

CUARTO.- AUTORIZAR al Instituto de los Seguros Sociales - EPS - para que solicite al Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud Fosyga el reembolso de los recursos que destine a actividades y procedimientos contenidos dentro del tratamiento que prestará a María

Catalina Alvarez, que no se encuentren dentro de sus obligaciones corrientes como empresa promotora de salud.

QUINTO.- REMITIR copias de la presente providencia al Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Antioquia, Siquiatría Forense; al Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses, Dirección Regional Bogotá, Grupo de Clínica Forense; al Seguro Social E.P.S. Seccional Antioquia; y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Medellín.

Cópiese, notifíquese, cúmplase y publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional

RODRIGO ESCOBAR GIL

-Presidente-

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

1 La Corte, en Sentencia SU-480/97 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) sostuvo: “La realización del servicio público de la Seguridad Social (art. 48) tiene como sustento un sistema normativo integrado no solamente por los artículos 48, 49, 11, 366 de la Constitución sino también por el conjunto de reglas en cuanto no sean contrarias a la Carta. Todas esas normas contribuyen a la realización del derecho prestacional como status activo del Estado. Es decir, el derecho abstracto se concreta con reglas y con procedimientos prácticos que lo tornan efectivo.”

“... para dar la orden con la cual finaliza toda acción de tutela que tenga que ver con la salud es indispensable tener en cuenta esas reglas normativas que el legislador desarrolló en la Ley 100/93, libro II (art. 152 s.) y en los decretos, resoluciones y acuerdos pertinentes. Lo

importante es visualizar que la unidad de los principios y las reglas globalizan e informan el sistema y esto debe ser tenido en cuenta por el juez de tutela.” (resaltado fuera de texto).

2 Así, la Corte ha inaplicado varias disposiciones de este sistema normativo integrado. En particular, en lo que respecta a los períodos mínimos de cotización como requisito para acceder a determinadas prestaciones de salud necesarias en enfermedades catastróficas, y a ciertos medicamentos y tratamientos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, cuando estos resultan indispensables para que una persona recupere su salud. Ver entre otras las sentencias: T-114/97, T-640/97, SU-480/97 y T-236/98.

3 La Corte, al referirse a la parte de los derechos prestacionales que puede ser objeto de protección por medio de la acción de tutela ha dicho: “Ciertamente, existen carencias cuya satisfacción escapa absolutamente al control de la persona que las sufre; que son ineludibles pues no dependen de su voluntad o deseo; cuya satisfacción es absolutamente imprescindible para evitar un daño que, desde cualquier concepción constitucionalmente aceptable, constituye alteración grave de las condiciones mínimas esenciales del concepto de dignidad humana. (...) Así por ejemplo, hace parte del núcleo esencial del derecho a la salud de los menores, el atentado grave – por acción o por omisión – contra su salud, que de ninguna manera puede ser evitado o conjurado por la persona afectada y que pone en alto riesgo su vida, sus capacidades físicas o psíquicas o su proceso de aprendizaje o socialización.” Sentencia SU-225/98.

4 En este sentido, la jurisprudencia de la Corte ha sido objeto de una evolución. Inicialmente, en la sentencia T-200/93 (M.P. Carlos Gaviria Díaz) se negó un tratamiento de rehabilitación a una persona con una discapacidad mental por considerar que se trataba de una cuestión educativa, no de salud. Sin embargo, a partir de la Sentencia T-067/94 (M.P. José Gregorio Hernández Galindo) se concedieron este tipo de servicios, así no fueran encaminados directamente a abolir la patología que padecía la persona, por cuanto iban dirigidos a mejorar las condiciones de vida –y por tanto la dignidad– de la persona. De ahí en adelante la Corte ha reiterado este criterio amplio del concepto curación, incluyendo todos aquellos servicios necesarios para 1) aliviar las condiciones producidas por una enfermedad, condición física o mental; 2) evitar las secuelas de la misma, o 3) superar la condición de limitación física que padece la persona como consecuencia de la enfermedad.

5 En relación con discapacidades mentales y servicios de educación especial ver: T-068/94, T-204/94, T-430/94, T-432/94, T-020/95, T-131/95, T-640/97, T-514/98, T-556/98, T-338/99, T-179/00, T-920/00.

6 En dicha oportunidad la Corte dijo: “La decisión de María Libia Pérez Duque de no acudir a los servicios médicos en la ciudad de Medellín, entre otras razones, por lo costosos que ellos resultan, su razón valedera de no querer dejar sola a su hija en la casa, su especial convicción de que “Cristo la va a aliviar”, y de que se siente bien de salud, no vulnera ni amenaza los derechos de los demás, ni el orden jurídico; por consiguiente, merece ser respetada, dentro del ámbito del reconocimiento de su derecho al libre desarrollo de la personalidad.”

7 Refiriéndose al derecho al libre desarrollo de la personalidad de los niños, y los límites que tienen las instituciones educativas como autoridades dentro del ámbito escolar para imponerle determinadas conductas a los alumnos, desde sus inicios la Corte ha puesto de manifiesto el carácter de valor fundamental de la dignidad humana. Al respecto ha dicho: “... la dignidad humana ... es en verdad principio fundante del Estado,... que más que derecho en sí mismo, es el presupuesto esencial de la consagración y efectividad del entero sistema de derechos y garantías contemplado en la constitución.” T-401/92 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz)

8 En este sentido, la Corte afirmó en la Sentencia C-309/97 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), que ciertas medidas de protección estatal de la salud de los individuos están claramente fundamentadas en la Carta, pues no afectan aspectos sustanciales del derecho de las personas a forjar su propio plan de vida. En este sentido, dijo: “La Carta no es neutra entonces frente a valores como la vida y la salud sino que es un ordenamiento que claramente favorece estos bienes. El Estado tiene entonces un interés autónomo en que estos valores se realicen en la vida social, por lo cual las autoridades no pueden ser indiferentes frente a una decisión en la cual una persona pone en riesgo su vida o su salud. Por ello el Estado puede actuar en este campo, por medio de medidas de protección, a veces incluso en contra de la propia voluntad ocasional de las personas, con el fin de impedir que una persona se ocasione un grave daño a sí mismo.”

9 Del mismo modo, aun cuando de manera más general, la Corte recopiló la jurisprudencia

constitucional sobre el tema en una decisión posterior. En esa decisión esta Corporación resumió el criterio para establecer la legitimidad de las medidas de protección individualmente consideradas, como es su grado de oposición con las convicciones y proyectos de vida individuales: “Sin embargo, esto no significa que todos estos principios tengan exactamente la misma fuerza normativa ya que, tal y como esta Corte lo ha señalado en numerosas oportunidades, en una sociedad fundada en el pluralismo y la dignidad humana, el principio de permiso o de autonomía tiene una prevalencia *prima facie* sobre los otros principios concurrentes. Por ello ha sido doctrina constante de esta Corporación que toda intervención médica debe contar con el consentimiento informado del paciente, quien puede entonces rehusarse incluso a determinados tratamientos que objetivamente podrían prolongar la duración de su existencia biológica pero que él considera incompatibles con su más importantes proyectos y convicciones personales.” (resaltado y subrayado fuera de texto) SU-337/99 (M.P. Alejandro Marínez Caballero) F.J. No. 10.

10 La directriz y restricción a las que se hace referencia, como mecanismos para armonizar los intereses en tensión, fueron afirmadas por esta Corporación en un caso en que una persona infectada con HIV reclamaba un tratamiento específico para su dolencia (AZT), con exclusión de otros que no consideraba adecuados, pero el Seguro Social no se lo prestaba. En dicha oportunidad la Corte dijo: “Ahora bien, no es extraño al juicio de esta Sala que, en situaciones como la presente, el principio de la autonomía personal, del que es trasunto el derecho consagrado en el artículo 16 superior, tiene una especial aplicación, no sólo porque a falta de vida el ejercicio de dicha autonomía sería imposible, sino también porque en desarrollo de su facultad de autodeterminación se garantiza a la persona el poder para tomar, sin injerencias extrañas o indebidas, las decisiones acerca de los asuntos que le conciernen, lo que adquiere especial significación en materias relativas a la salud y a la vida individual. La Corte, en otra oportunidad, protegió la determinación de rehusar un tratamiento no deseado, al denegar una acción de tutela tendiente a obligar a quien padecía una enfermedad grave a aceptar la actuación de los médicos (Sentencia T-493 de 1993. M.P. Dr. Antonio Barrera Carbonell), y, en un pronunciamiento posterior, señaló que “cada quien es libre de decidir si es o no el caso de recuperar su salud” (Sentencia C-221 de 1994. M.P. Dr. Carlos Gaviria Díaz). Siendo ello así, en principio es lógico concluir que a quien, en ejercicio de su autonomía, expresa su voluntad de someterse a un tratamiento paliativo, que cree favorable, deba respetársele su opción del mismo modo que se respeta la del sujeto que se opone a ser tratado, con la diferencia de que en un caso basta la abstención y en el otro se

exige la actuación positiva encaminada a salvaguardar la salud y la vida.”

11 Este tema se desarrollará más adelante cuando se analice el concepto de autonomía en relación con las decisiones sobre la propia salud. En todo caso, baste por ahora resaltar que aun los individuos que no son plenamente autónomos pueden tomar autónomamente ciertas decisiones respecto de su propia salud.

12 Así lo sostuvo la Corte en Sentencia de unificación, al afirmar que el Estado tiene la obligación de otorgar los medicamentos al paciente –en este caso para el tratamiento del SIDA-, y que éste, previo consentimiento informado, puede decidir libremente si los toma o no. Sostuvo esta Corporación: “Surge, entonces, esta otra conclusión: Previo consentimiento informado, si en enfermedades catastróficas como el sida, o en otras, siempre y cuando esté de por medio la vida, se recetan medicamentos esenciales, genéricos a menos que solo existan de marca registrada, el enfermo es autónomo para aceptarlos o no, y si los acepta, tiene derecho a la entrega de la droga por la EPS, con la condición de que sea recetada por el médico tratante.” (resaltado fuera de texto) SU-480/97 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

13 La Corte ha definido el concepto en términos de libertad, diciendo: “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-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

14 En Sentencia SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), F.J. 14, la Corte reiteró el carácter de principio del consentimiento informado y cualificado, el cual ya había establecido en la Sentencia T-401/94 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz). Al respecto sostuvo: “15- El anterior análisis ha mostrado que, tal y como esta Corte ya lo había señalado, la ‘información que el médico está obligado a transmitir a su paciente tiene la naturaleza normativa de un principio’, por lo cual es ‘un mandato que ordena que algo sea realizado en la mayor medida posible dentro de las posibilidades jurídicas y fácticas existentes’. Por consiguiente, ‘la obligación de informar al paciente, considerada como principio adscrito constitucionalmente al principio de la protección de la autonomía (C.P. arts. 16 y 28) no debe ser apreciada con independencia de otros valores que participan en la relación médica, tales como la finalidad curativa de la medicina (Ley 23 de 1991 art. 1), la dignidad y autonomía de la profesión

médica (C.P. arts. 16, 25 y 26)''' (resaltado fuera de texto).

15 La Sentencia T-401/94 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz) dijo al respecto: "... resulta temerario formular una pauta de conducta objetiva que pueda ser seguida en todos los casos" F.J. 3.2.3. Por su parte, en la Sentencia SU-337/99 F.J. 17, expresó: "17- No es pues posible, dada la complejidad de los casos concretos, formular unas reglas rígidas sobre el alcance de la información que debe ser suministrada por los médicos. Tan sólo se puede establecer una pauta, como la señalada en el fundamento jurídico 14 de esta sentencia, la cual permite evaluar, dadas las particularidades de las distintas situaciones, si los profesionales de la salud han cumplido o no con su obligación de información. Sin embargo, tal y como esta Corte ya lo ha indicado en anteriores ocasiones, algunas características de los tratamientos inciden profundamente en el deber de revelación de parte de los médicos y en la importancia de la obtención explícita del consentimiento." (resaltado fuera de texto).

16 La Corte ha dicho al respecto que: "16. La importancia que tiene el principio de autonomía individual del paciente respecto de su cuerpo, como principio adscrito a nuestro ordenamiento constitucional, impone la necesidad de que sus decisiones sean producto de un consentimiento informado y cualificado. Estos dos elementos, que condicionan el consentimiento del paciente, le imponen a los médicos el deber de informarle y hacerle comprender los aspectos necesarios para que pueda tomar una decisión libre. El primero de tales elementos, el del consentimiento informado, implica un deber general del médico de permitir que el paciente sea consciente de los beneficios, riesgos y demás implicaciones del procedimiento al que va a ser sometido, así como de las alternativas a dicho tratamiento y sus respectivas implicaciones. El segundo de los elementos, el del consentimiento cualificado, relativiza el del consentimiento informado en función de diversas variables ..." Sentencia T-597/01 (M.P. Rodrigo Escobar Gil)

17 Ver Sentencia T-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

18 Ver Sentencia T-597/01 (M.P. Rodrigo Escobar Gil). En un sentido general, ver también SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) F.J. No. 12.

19 Ibíd.

20 T-477/95.

21 Sentencia SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-1390/00 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-411/94 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa), T-474/96 (M.P. Fabio Morón Díaz).

22 SU-337/99 F.J. No. 13.

23 SU-480/97 (M.P. Alejandro Martínez Caballero), SU-337/99 F.J. No. 14, T-597/01 (M.P. Rodrigo Escobar Gil).

24 T-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-1390/00 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-411/94 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa); T-474/96 (M.P. Fabio Morón Díaz); SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) F.J. No. 15. Con todo, en esta última sentencia, la Corte resaltó el carácter excepcional de la situación en la cual el exceso de información resulta perjudicial al paciente. Al respecto destacó: “Con todo, esta Corte precisa que este privilegio terapéutico es excepcional, por lo cual los riesgos de daño al paciente o de afectación de su autonomía deben ser evidentes o muy probables, para que se justifique la retención de información por el médico, no sólo debido a la prevalencia prima facie del principio de autonomía sino también porque diversas investigaciones han concluido que son muy raros los casos en donde se pueda sostener que informar adecuadamente al paciente, con discreción y sensibilidad, es más peligroso para su salud que ocultarle información”

25 SU-337/99 Fundamento Jurídico No. 13.

26 Ver entre otras, el Estatuto de la Corte Penal Internacional art. 7º, adoptado internamente mediante Ley 742 de 2002, que considera esta conducta como un delito de lesa humanidad.

27 Ver SU-337/99, F.J. No. 20. La relación entre capacidad legal y autonomía se desarrollará más adelante en la Sentencia.

28 En el aparte relevante, la Sentencia dice: “Con todo, la Corte considera que hay tres elementos centrales a ser considerados en situaciones de esta naturaleza, y que son: (...) – de un lado, la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor. (...) – De otro lado, 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. (...)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” (resaltado fuera de texto) Sentencia T-477/95.

29 En tal oportunidad la Corte estableció que según el criterio científico que aconsejaba la práctica de la intervención, la edad más adecuada para llevarla a cabo era dentro de los primeros dieciocho meses de vida. Ver en general Sentencia SU-337/99.

30 Ver Gerald Dworkin. “El paternalismo” en Jerónimo Betegón, Juan Ramón de Páramo (Ed) Derecho y moral. Barcelona : Ariel, 1990, p 156

31 Sentencia T-474 de 1996. MP Fabio Morón Díaz. Consideración de la Corte 4.1.3. En el mismo sentido, ver sentencias T-124 de 1998 y SU-642 de 1998.

32 Ver supra nota al pie No. 8.