

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO () DE 2024

Por la cual se dan indicaciones para la garantía del derecho a la información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes, a través del asentimiento y el proceso de consentimiento informado

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

En ejercicio de sus facultades legales contenidas en los numerales 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y 14, 24 y 30 del artículo 2 del Decreto 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia consagra como derechos fundamentales de niñas, niños y adolescentes los derechos a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, a expresar libremente su opinión y establece que los derechos de niñas y niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Que en el inciso 2 del mismo artículo, se establece que es obligación del Estado, asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos.

Que de conformidad con lo previsto en la Ley 1098 de 2006 *“Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”* se entiende por adolescente las personas entre 12 y 18 años y niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, estableciendo la primera infancia como la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años.

Que, teniendo en cuenta la definición de menor adulto para el ejercicio de derechos civiles o realización de negocios jurídicos, se considera que *“La edad de 14 años es el momento que, en general, se ha establecido que los menores de edad pueden tener la madurez para comenzar a asumir obligaciones y responsabilidades en la sociedad, [...]”*, de acuerdo con lo establecido por la Corte Constitucional, en sentencia C-246 de 2017 respecto al consentimiento informado y cualificado de menores de edad, frente a procedimientos médicos y quirúrgicos.

Que en la providencia antes citada, con respecto al derecho al libre desarrollo de la personalidad de niños, niñas y adolescentes a mayor capacidad, reconoce la mayor posibilidad de disponer de este derecho, pero siempre guiada por la salvaguarda de su mejor interés y en concordancia con el ejercicio de la patria potestad y la responsabilidad parental, orientado a la búsqueda de balance entre la protección de la autonomía y el principio de beneficencia, que busca garantizar su integridad y su interés superior.

Que la Corte Constitucional, al revisar el alcance del consentimiento del paciente y el derecho a la autonomía personal, a través de la Sentencia T-083 de 2021 y las distinciones entre autonomía y capacidad define que, *“Por un lado, la capacidad legal está determinada por el cumplimiento de la mayoría de edad prevista por el Legislador y “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”*. De otro lado, el ejercicio de la autonomía, *“o capacidad para consentir”*, depende de que la persona tenga *“una voluntad reflexiva formada»* y es *«necesaria para tomar una decisión sanitaria”*. De tal suerte que *“una persona puede no ser legalmente capaz, pero sin embargo ser suficientemente autónoma*

para tomar una opción médica en relación con su salud”, y viceversa.

Que el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada mediante la Ley 12 de 1991, establece el principio de interés superior del niño, mediante el cual las medidas que tomen las instituciones públicas o autoridades administrativas deben estar orientadas a atender a este principio a través de una adecuada protección y cuidado, cuando madres y padres, u otras personas responsables no tienen capacidad para hacerlos.

Que el numeral 1 del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, consagra que los Estados parte garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afecte, teniendo en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez, haciendo parte integral de su libre desarrollo de la personalidad.

Que el numeral 1 del artículo 24 de la precitada Convención, establece que los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el abordaje de las condiciones de salud y la rehabilitación de la salud y asegurarán que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios, que a su vez se erigen como servicios esenciales en pro de la niñez.

Que el Comité de la Convención sobre los Derechos del niño, mediante las Observaciones Generales No. 3 de 1993 (El VIH/Sida – y los derechos del niño), No. 4 de 2003 (La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los derechos del niño), No. 12 de 2009 (el derecho del niño a ser escuchado), sobre los derechos del niño), No. 12 de 2009 (el derecho del niño a ser escuchado), No. 14 de 2013 (sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial), No. 15 de 2013 (sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud), recomienda a los Estados Parte, adoptar medidas legales y administrativas para garantizar el interés superior del niño en la garantía del derecho a la salud, y en las decisiones que los afectan, y adoptar las medidas concernientes a garantizar la intimidad, el consentimiento fundamentado, de acuerdo con la edad y evolución de sus facultades y autonomía progresiva.

Que en los artículos 6, literal f, y 11 de la Ley 1751 de 2015 *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*, se establece que en el marco del principio de prevalencia de los derechos de niñas y niños, el Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizarla atención integral a niñas, niños y adolescentes, y que al ser ellas y ellos, sujetos de especial protección, la atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa y económica, además que las diferentes instituciones que integran el sector salud deberán definir procesos intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen mejores condiciones de atención a la niñez.

Que el artículo 27 de la Ley 1098 de 2006 dispone que *“[t]odos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud”*

Que la Corte Constitucional a través de una consistente línea jurisprudencial ha establecido reglas y subreglas encaminadas a garantizar el derecho a la salud respecto a la toma de decisiones en salud y consentimiento informado a niñas, niños y adolescentes. Las sentencias que componen esta línea jurisprudencial destacan aspectos como: Prevalencia en la autonomía del paciente y consentimiento informado del paciente en el contexto del tratamiento de médico de los niños con intersexualidad (SU-337 de 1999), consentimiento sustituto en tratamiento médico

del niño o incapaz, y factores a tener en cuenta para evaluación de validez del consentimiento en el contexto de intersexualidad (T-1025 de 2002), ejercicio de la Interrupción voluntaria del embarazo y derechos de las niñas y adolescentes (T-388 de 2009, y SU-096 de 2018), consentimiento informado y alcance del consentimiento sustituto analizado frente a las actuaciones del personal médico y administrativo (C-900 de 2011), prohibición de anticoncepción quirúrgica a menores de edad (C-131 de 2014), derecho fundamental a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes (T-544 de 2017), prohibición de procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad (C-246 de 2017), consentimiento informado del paciente y derecho a la autonomía personal-alcance capacidad legal y autonomía personal del paciente-distinción (T-083 de 2021) derecho a la afirmación de género y a la salud de persona transgénero menor de edad (T-218 de 2022).

Que la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento de la autonomía progresiva y contextual, define que la *“Toma de decisiones de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico. [...] está definida por la concurrencia de las siguientes aptitudes: (i) capacidad de comunicar la decisión, (ii) capacidad de entendimiento, (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio.”*

Que la Resolución 3100 de 2019, en el numeral 4.7 Definiciones del estándar de historia clínica y registros prevé sobre el consentimiento informado de menores de edad que *“[...] Para el caso de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento informado deberá cumplir con los trámites que establezca la normatividad correspondiente.”*

En coherencia con los desarrollos normativos anteriores, la Resolución 229 de 2020, *“Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente [...]”* al describir el numeral 4.2. Capítulo de derechos, indica frente al derecho a la información que, [la persona afiliada y el paciente tiene derecho a] Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.” Y frente al derecho 4.2.4 A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia [...] A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor. Finalmente, el mismo acto normativo, frente al derecho a la confidencialidad indica que, “[...] en caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.”

De acuerdo con el documento “La Evolución de las facultades del niño” de UNICEF y *Save the Children de 2005*, para dar alcance a los artículos cinco y doce de la Convención de los derechos de los niños, identificada cuatro niveles de participación en el proceso decisorio: (i) ser informado; (ii) expresar una opinión informada; (iii) lograr que dicha opinión sea tomada en cuenta; (iv) ser el principal responsable o corresponsable de la toma de decisiones, niveles que son base para el respeto de la conducta independiente sin exponer a los niños, niñas y adolescentes prematuramente a las plenas responsabilidades normalmente asociadas a la edad adulta.

Y teniendo en cuenta la necesidad de garantizar el acceso efectivo a los derechos

a la información, la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes en la atención en salud; a través del asentimiento pediátrico y el proceso de consentimiento informado, así como definir el rol de los prestadores de las atenciones en salud y los representantes legales de los menores de edad para la garantía del interés superior del menor.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. Objeto. Adoptar las medidas para garantizar la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes, a través del asentimiento pediátrico y el proceso de consentimiento informado en las atenciones en salud de acuerdo con el concepto de autonomía progresiva y contextual, desde un enfoque de derechos humanos, género, diferencial étnico, curso de vida, discapacidad, territorial, y bajo la comprensión del marco de los derechos individuales y colectivos.

ARTÍCULO SEGUNDO. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces en el ámbito de sus competencias; las entidades promotoras de salud, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas en salud, las entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, paliación y muerte digna; y en general, quienes desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la atención integral en salud.

ARTÍCULO TERCERO. Definiciones. Para efectos de la presente resolución adóptense las siguientes definiciones:

3.1. Actos asistenciales: Actos asistenciales: actos del talento humano en salud mediante los cuales se trata la prestación directa de servicios médicos, odontológicos, psicológicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, así como servicios de trabajo social, terapias física, ocupacional, respiratoria, ocupacional, fonoaudiología, nutrición y dietética, los servicios paramédicos y medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, conducentes a conservar o restablecer la salud de los pacientes, así como a la paliación y muerte digna.

3.1.1. Bajo riesgo: actos asistenciales con evidentes beneficios para la salud, el desarrollo integral y el mantenimiento de la salud. Sin riesgo o de mínimo riesgo para la integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

3.1.2. Mediano riesgo: actos asistenciales con beneficios para la salud, el desarrollo integral y el mantenimiento de la salud. Con riesgo mínimo a moderado para la integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

3.1.3. Alto riesgo: actos asistenciales que pueden resultar en beneficios para la salud, el desarrollo integral y el mantenimiento de la salud. Con alto riesgo para la supervivencia, integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

3.1.4. Actos extraordinarios o experimentales: actos asistenciales donde el beneficio para la salud, el desarrollo integral y el mantenimiento de la salud, no es claro o previsible, y se presenta la probabilidad de alto riesgo a la integridad y el desarrollo integral del niño, niña o adolescente.

3.2. Autonomía progresiva y contextual en la atención en salud: principio de agenciamiento para autodeterminarse, ponerse límites a sí mismo y a los otros, a partir de las características, necesidades, capacidades, creencias y valores personales.

La autonomía en el caso de niños, niñas y adolescentes es progresiva y contextual, y al mismo tiempo tiene carácter relacional, se desarrolla gradualmente, de acuerdo con el contexto individual, la decisión a tomar y las relaciones con los adultos que promueven la provisión de información y promoción de la participación, permitiéndoles desempeñar la tarea de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y asumir las responsabilidades de las decisiones.

La autonomía progresiva y contextual, está íntimamente relacionada con la capacidad mental del individuo para la toma de decisiones, por lo que para el caso de niños, niñas y adolescentes se reconoce desde factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad. Requiere de la provisión de información, esto es información clara, suficiente y verificable, de la comprensión de esta y de la promoción de la participación de modo que permita la libre escogencia.

3.3. Asentimiento Pediátrico: Asentimiento Pediátrico: se entiende como la manifestación informada, libre, voluntaria que emiten niñas, niños, y adolescentes, de aceptar que dé lugar un acto asistencial. El asentimiento informado, es resultado del proceso de información realizado conforme su nivel de desarrollo acerca de la naturaleza de su condición, y busca promover el ejercicio a la autonomía progresiva y contextual para participar en los procesos de toma de decisiones en salud y enfermedad que le afectan, promoviendo su capacidad moral y desarrollo emocional.

Tiene como objeto solicitar una expresión de la voluntad del paciente para aceptar el cuidado propuesto. Y resulta tras la evaluación clínica de la comprensión del paciente acerca de la situación y de los factores que influyen en su respuesta.

3.4. Consentimiento Informado Pediátrico: se comprende como la manifestación informada, libre, y voluntaria e informada para que dé lugar un acto asistencial por parte del adolescente de 14 años o más, tras la adecuada provisión de información incluyendo la naturaleza de la enfermedad o la condición, la naturaleza de los pasos del diagnóstico y tratamiento propuestos, y las probabilidades de éxito. Así como los riesgos involucrados y la existencia de los potenciales beneficios de los tratamientos alternativos recomendados, incluyendo la opción de no tratamiento.

3.5. Consentimiento Sustituto: es la manifestación informada, libre, y voluntaria e informada para que dé lugar un acto asistencial por parte de quienes se encuentran en ejercicio de los derechos de patria potestad en los casos en los cuales el niño, niña o adolescente no pueda participar en el proceso de toma de decisiones, dar su asentimiento o consentimiento, por razones de derivadas del no desarrollo de su autonomía progresiva y contextual o debido a su condición clínica.

El consentimiento sustituto, no se traduce en un poder absoluto y en la toma de decisiones en salud. A través de este, el niño, niña o adolescente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés, esto es con el fin de garantizar el ejercicio y el goce efectivo del derecho a la salud y mejorar sus condiciones de salud hacia el futuro.

3.6. Habilidades para la toma de decisiones en salud. La toma de decisiones en el ámbito médico está definida por la concurrencia de las siguientes aptitudes: (i) capacidad de comunicar la decisión, (ii) capacidad de entendimiento, (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio. Es el conjunto de estas habilidades y su desarrollo, el que permite que las personas puedan expresar de manera voluntaria una preferencia, manifestar sus preocupaciones, pensar y elegir con independencia, evaluar los beneficios, peligros, riesgos y daños potenciales.

La evolución de las habilidades para la toma de decisiones en salud resulta en el

agenciamiento de la autonomía progresiva y contextual, en consecuencia, está permeada por la experiencia individual, la cultura, la educación, el apoyo y orientación que reciben de madres, padres o cuidadores. La evolución de estas habilidades para la toma de decisiones en salud está vinculada a la información y educación que se recibe para el mantenimiento de la salud, y sobre los procesos de atención en salud, incluyendo el reconocimiento del cuidado de sí.

3.7. Toma de decisiones compartidas: es el proceso colaborativo entre el paciente, familiares y personal de salud, para tomar decisiones de manera conjunta; guiados a través de la evidencia científica disponible y los valores, metas y preferencias del paciente.

Para el caso de la toma de decisiones compartidas con los niños, niñas y adolescentes, estos deben estar incluidos en el proceso de información, comunicación y la toma de decisiones, promoviendo las opciones que respondan al mejor interés del niño, niña o adolescente.

ARTÍCULO CUARTO. Intensidad en el acompañamiento para la toma de decisiones de niñas, niños y adolescentes. Los profesionales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán considerar la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes, a través del asentimiento pediátrico y el proceso de consentimiento informado pediátrico teniendo en cuenta: *(i) el concepto de autonomía progresiva y contextual, (ii) el tipo de acto asistencial de acuerdo con la naturaleza de su indicación, (iii) el tipo de riesgo y los efectos para su desarrollo integral, (iv) las necesidades y condiciones particulares en el que la niña, niño o adolescentes crece y se desarrolla.*

En ese orden, se deben seguir las siguientes reglas:

- 4.1. Si la niña, niño, o adolescente no cuenta con habilidades para la toma de decisiones en salud, y no puede recibir información ni participar en la toma de decisiones, de conformidad con las indicaciones que se dan en el Anexo Técnico de esta Resolución, serán sus representantes legales quienes deberán emitir el consentimiento informado, por medio del consentimiento sustituto, teniendo en cuenta su condición de salud hacia el futuro, buscando que estas no limiten la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad a través de decisiones irreversibles que puedan afectar su salud física o mental, así como su aspecto físico o su imagen corporal.
- 4.2. Si la niña, niño, o adolescente cursa con una condición clínica que impide el ejercicio de autonomía progresiva y contextual, serán sus representantes legales quienes deberán emitir el consentimiento informado, por medio del consentimiento sustituto; y en los casos de emergencia donde la situación amerite una intervención inmediata el médico podrá intervenir al paciente sin el consentimiento o asentimiento. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor de edad.
- 4.3. Frente a actos asistenciales de bajo riesgo, niñas, niños y adolescentes podrán asumir la responsabilidad en la toma de decisiones, sin que esto demande niveles significativos en la autonomía progresiva y contextual, de esta manera se reconoce la posibilidad de emitir una decisión frente al acto asistencial a realizar.
- 4.4. Respecto de actos asistenciales de mediano riesgo, la autonomía progresiva y contextual, debe enfocarse desde factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad, así como de la identificación de habilidades para la toma de decisiones y de comprender el alcance y la naturaleza de la decisión para que puedan asumir la responsabilidad de la decisión.
- 4.5. En el caso de actos asistenciales de alto riesgo, en reconocimiento de la

autonomía progresiva y contextual, y al tipo de acto asistencial de acuerdo con la naturaleza de su indicación, se deberá tener en cuenta el asentimiento informado de la niña, el niño o el adolescente, y quienes estén en ejercicio de los derechos de patria potestad tendrán la responsabilidad en la toma de decisiones.

- 4.6. En el caso de actos asistenciales de alto riesgo, en reconocimiento de la autonomía progresiva y contextual, y al tipo de acto asistencial de acuerdo con la naturaleza de su indicación se deberá tener en cuenta el consentimiento informado pediátrico por parte del adolescente de 14 años o más, podrán serán estos quienes tendrán la responsabilidad en la toma de decisiones.
- 4.7. Respecto a actos extraordinarios o experimentales, se requerirá siempre el asentimiento del niño o niña, y adolescentes menores de 14 años, quienes estén en ejercicio de los derechos de patria potestad tendrán la responsabilidad en la toma de decisiones.
- 4.8. En el caso de actos extraordinarios o experimentales, se requerirá siempre el consentimiento informado del adolescente de 14 años, quien podrá asumir la responsabilidad en la toma de decisiones.
- 4.9. Para los casos en los cuales se considere un acto asistencial complejo con múltiples riesgos y efectos sobre el desarrollo integral, se debe promover la toma de decisiones compartidas.

ARTÍCULO QUINTO. Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en el marco de sus competencias para la promoción y prevención de la salud de niños, niñas y adolescentes, adelantarán el proceso de implementación y de difusión de la presente resolución, para lo cual deberán:

- 5.1. Desarrollar un proceso para la socialización, difusión del acto administrativo con los diferentes actores vinculados a esta Resolución.
- 5.2. Promover espacios de participación de niñas niños y adolescentes que les permitan expresar sus opiniones, experiencias, así como proponer y sugerir ajustes en la planificación y programación de servicios destinados, a garantizar el derecho a la salud, y en los diferentes entornos de vida donde crecen y se desarrollan.
- 5.3. Promover el desarrollo procesos de fortalecimiento de capacidades dirigido al talento humano en salud de los prestadores de servicios de salud, así como al personal administrativo, sobre derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, igualdad no discriminación, garantía del derecho a la información, la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes.
- 5.4. Adoptar medidas para generar el cambio social para la eliminación de barreras en la atención, a través de la intervención de creencias, imaginarios, estereotipos, actitudes y comportamientos que generan barreras en el acceso, ingreso y atención en salud y en el reconocimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y participar en las decisiones que los afectan, y no ser discriminados por su condición de salud, sexo, identidad de género, etnia, condición de discapacidad, procedencia o estatus migratorio.
- 5.5. Delimitar criterios para orientar al talento humano en salud en la determinación del interés superior de niñas, niños y adolescentes respecto de su condición de salud, así como de las herramientas u orientaciones para llevar a cabo procesos de evaluación de las habilidades para la toma de decisiones de niños, niñas y adolescentes.
- 5.6. Diseñar, establecer y gestionar mecanismos que permitan promover la autonomía progresiva y contextual, y fomentar el reconocimiento de las habilidades de toma de decisiones de niñas, niños y adolescentes en la participación y toma de decisiones en el ejercicio del derecho a la salud.
- 5.7. Promover con padres, madres y cuidadores, así como con autoridades administrativas de protección a niñas, niños y adolescentes, procesos de

generación de capacidades que permitan garantizar los derechos a ser escuchados, de opinión y participación en los asuntos que les afectan, así como en la generación de entornos que promuevan el desarrollo de la autonomía contextual y progresiva.

- 5.8. Disponer por parte del prestador de servicios de salud con talento humano en salud y administrativo con habilidades y competencias para interactuar con niñas, niños y adolescentes.
- 5.9. Contar con información adaptada a las necesidades, que sean en lenguaje claro y accesible, y teniendo en cuenta la pertenencia étnica o la condición de discapacidad.
- 5.10. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán generar o adecuar los sistemas de registro en el acceso al servicio de salud, que permitan a niñas, niños y adolescentes presentar de forma directa su registro civil de nacimiento o tarjeta de identidad, y relacionarla con el número de documento de sus representantes legales de quienes sean beneficiarios, sin que se exija a niñas, niños y adolescentes el conocimiento de tal información.

ARTÍCULO QUINTO. Activación ruta de violencias. El personal de salud, sin perjuicio de las medidas que deban ser adoptadas para garantizar el acceso a los servicios de salud a niñas, niños y adolescentes, deberá prestar atención a las diferentes condiciones y particularidades que estos presentan al momento de la consulta, dados los riesgos relacionados con diferentes formas de violencia en razón de la edad, el sexo, el género, la discapacidad, o pertenencia étnica y deberán adoptar las medidas necesarias para coordinar acciones con otros sectores para prevenir o atender todo tipo de violencia, adoptar medidas de protección cuando se pueden estar vulnerando los derechos de niñas, niños y adolescentes y para evitarla repetición de esta.

En este orden, se deberán tomar las medidas necesarias en coordinación con defensores o comisarios de familia, y centros zonales y regionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con la finalidad de adoptar para cada caso concreto, las medidas para prevenir o atender cualquier tipo de violencia, adoptar las medidas de protección para evitar que esta se siga cometiendo, teniendo en cuenta su seguridad, así como asegurar la prestación de servicios y el acceso a estos.

De igual manera, ante la sospecha de la existencia de un caso de violencia, el prestador de servicio de salud deberá articular con la Fiscalía General de la Nación y Policía de Infancia y Adolescencia, y con las autoridades administrativas de protección, que permitan garantizar el acceso a la justicia, protección y a los servicios de salud de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia.

ARTÍCULO SEXTO. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

ANEXO TÉCNICO

Orientaciones para prestadores de las atenciones en salud y los representantes legales de los menores de edad para la garantía del interés superior del menor, en el contexto derechos a la información, la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes, a través del asentimiento pediátrico y el proceso de consentimiento informado.

I. Presentación

Con la aprobación de la Convención sobre los derechos del niño por parte Organización de la Naciones Unidas, se generó un cambio frente al reconocimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes, en el que se pasó de considerar a estos como sujetos “menores” e incapaces que requerían de protección tutelar por parte de personas adultas, a ser reconocidos como sujetos de derechos que deben ser escuchados en sus opiniones, participar y decidir de forma activa en las situaciones que les afectan, así como asumir el control sobre sus vidas.

Tal reconocimiento debe permitir a niñas, niños y adolescentes manifestar sus preferencias a través de la autonomía progresiva y contextual, y de sus habilidades para la toma de decisiones en salud, en consonancia con el derecho y responsabilidad que recae en representantes legales, en el apoyo que deben proporcionar en la dirección y orientación necesarias para que niñas, niños y adolescentes en el curso de su vida puedan ejercer los derechos que les son reconocidos en la Convención.

En este orden, el Estado colombiano debe desarrollar diferentes reglamentos y lineamientos encaminados a garantizar los derechos consagrados en la Convención sobre los derechos del niño, que involucra a los diferentes actores corresponsables, como la familia, sociedad y el Estado, y adoptar medidas que permitan a niñas, niños y adolescentes ejercer sus derechos a la participación, a la opinión y a ser escuchados y decidir sobre los asuntos que les afectan, al generar y proporcionar los medios que les permita avanzar en la configuración de la autonomía progresiva y contextual, para tomar decisiones en salud y comprender la responsabilidad en la adopción de estas.

En coherencia con lo anterior, y con las diferentes providencias de la Corte Constitucional relacionadas con el tema, en particular la sentencia T-083 de 2021, sobre la autonomía de los menores de edad, donde se indica la “Diferenciación entre capacidad legal y autonomía”. De esta manera, y en el marco de la prestación de servicios de salud, la Corte Constitucional ha diferenciado entre la capacidad legal y la autonomía.

Por un lado, la capacidad legal está determinada por el cumplimiento de la mayoría de edad prevista por el Legislador y “se requiere para adelantar válidamente un negocio jurídico, conforme al derecho civil, o para ejercer el voto, de acuerdo con las disposiciones que regulan el acceso a la ciudadanía”. De otro lado, el ejercicio de la autonomía, “o capacidad para consentir”, depende de que la persona tenga “una voluntad reflexiva formada” y es “necesaria para tomar una decisión sanitaria”. De tal suerte que “una persona puede no ser legalmente capaz, pero sin embargo ser suficientemente autónoma para tomar una opción médica en relación con su salud”, y viceversa. [...] En consecuencia, la autonomía de los menores de edad para participar en las decisiones relativas a la práctica de procedimientos y tratamientos médicos depende de que tengan “la voluntad reflexiva y la posibilidad de adoptar o participar en la toma de decisiones en el campo de las intervenciones sanitarias”.

Bajo esta comprensión, este anexo técnico, busca proporcionar al personal de la

salud, sin perjuicio de la autonomía profesional reconocida en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, las orientaciones que permitan guiar sus actuaciones y llevar a cabo el proceso de información, y promoción de la participación de niñas, niños y adolescentes, para la toma de decisiones en salud, así como para reconocer su autonomía progresiva y contextual; sin que esto derive en la no participación en la toma de decisiones de las personas responsables de la garantía del interés superior del menor.

Se debe precisar que estas orientaciones deben partir del reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos y no solo como propiedad o sujetos de cuidado de los mayores de edad, y en ese orden, contiene parámetros que permiten al personal de los servicios de salud ponderar cada situación y caso concreto, de acuerdo con las condiciones particulares en la vida de niñas, niños y adolescentes, relacionadas con la evolución de sus facultades y autonomía progresiva, respecto a su relacionamiento en los diferentes entornos como, el familiar, social y comunitario, educativo e institucional, vivencia de situaciones adversas de vulneración de derechos y violencia, desarrollo cognitivo y socio afectivo y condiciones de vida.

En el marco de la autonomía de los profesionales de la salud, este anexo técnico no pretende reemplazar protocolos, escalas, o metodologías que cuenten con evidencia científica y revisión de pares, y que puedan ser usados en la evaluación de diferentes aspectos relacionados con las particularidades de cada niña, niño o adolescente, siempre y cuando sean respetuosos de la privacidad e intimidad de ellas y ellos.

Estas orientaciones parten de las Observaciones Generales del Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño, en las que se incluyen una serie de recomendaciones a los Estados y al talento humano, y de acuerdo con lo propuesto en los documentos de “La Evolución de las facultades del niño” de UNICEF y *Save the Children*, así como de los desarrollos que desde la bioética y neurobiología del desarrollo humano se han discutido y puestos a disposición de los tomadores de decisiones para el respeto de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

II. Objetivo.

Proporcionar al personal de salud y administrativo de las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, orientaciones que permitan la garantía de los derechos a la información, la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niñas, niños y adolescentes, que permitan contar con elementos orientadores para los actos asistenciales específicos.

III. Orientaciones para garantizar el acceso e ingreso a niñas, niños y adolescentes en la prestación de los servicios de salud.

Con el ánimo de garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados, informados, participar en las decisiones que les afectan y facilitar el acceso e ingreso a los servicios de salud, el personal administrativo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberá actuar bajo diferentes parámetros para evitar acciones discriminatorias debido a la edad, y que permitan el reconocimiento pleno de niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos.

En este orden, al momento del primer contacto en el ingreso y acceso a los servicios de salud debe procurarse:

1. Identificar si niñas o niños se encuentran acompañados o acuden de forma directa a los servicios de salud. Respecto de niñas o niños acompañados o no

acompañados, siempre deben ser escuchados e informados, sin asumir que no cuentan con las competencias para comunicarse o invalidarlos debido a la edad.

2. Evaluar al momento del ingreso su asistencia sin acompañante e indicar el acompañamiento permanente de una profesional de trabajo social, enfermería, o psicología. Teniendo en cuenta el contexto de la asistencia a los servicios de salud y del tipo de acto asistencial, no pueden presentarse barreras para que adolescentes que asisten sin acompañantes a los servicios de salud reciban atención médica. Para el caso de adolescentes, se debe ofrecer y favorecer recibir el acompañamiento permanente de una profesional de trabajo social, enfermería, o psicología.
3. Facilitar en los casos que se presente una solicitud de cita médica, se debe respetar la privacidad e intimidad sobre los motivos de consulta.
4. Dar prevalencia en los casos de emergencias al interés superior de niñas, niños y adolescentes, y se debe proceder a la atención sin que prime barreras en el aseguramiento.
5. Garantizar la atención en salud, y coordinar con las autoridades administrativas de protección presentes en el municipio y con el centro zonal del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para que se adopten las medidas de verificación de derechos, protección y restablecimiento de derechos en casos de niñas, niños y adolescentes no acompañados.
6. Tener en cuenta con relación a la asignación de citas médicas, que las solicitudes efectuadas por niñas, niños y adolescentes pueden ser realizadas, sin limitar la solicitud ante la exigibilidad de la presencia de representantes legales.

IV. Orientaciones para garantizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados en el ámbito de la toma de decisiones en salud.

De acuerdo con la Observación General No 12 del Comité de la Convención sobre los derechos del niño, para garantizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados en los asuntos que los afecten o cuando sean invitados a dar su opinión en procedimiento oficial, así como en diferentes circunstancias, se deben adoptar, por los diferentes Estados, cinco tipos de medidas que deben adaptarse de acuerdo con el contexto y particularidades de cada niña, niño o adolescente.

En este orden de ideas el personal de salud o equipo interdisciplinario en la Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá actuar con fundamento en las siguientes medidas:

1. Preparación

Toda niña, niño o adolescente debe conocer sobre el derecho que tiene a ser informado, escuchado, y a manifestar o comunicar sus opiniones o decisiones de forma directa o a través de un representante, así como las consecuencias de este tipo de decisión.

Cada niña, niño o adolescente debe contar con el apoyo de personas que acompañen el proceso de adopción de decisiones; estas pueden ser las personas que generen confianza en ellas y ellos, personal de salud o del equipo interdisciplinario de la IPS. Estas personas deben apoyar a niñas, niños y adolescentes en la preparación antes de ser escuchados, en la que se les explique cómo, cuándo y dónde, y quién o quiénes los escucharán, y deben tener en cuenta

las opiniones de ellas y ellos.

Antes de ser escuchados, el personal de salud debe asegurarse que niñas, niños y adolescentes cuentan con toda la información previa y con los apoyos descritos anteriormente, sobre su derecho a expresar su opinión en los diferentes asuntos que los afecte.

2. Momento y espacio de escucha.

Este momento y espacio debe desarrollarse en un ambiente y en condiciones amigables, que sean propicias para generar confianza en niñas, niños y adolescentes, además de garantizar la confidencialidad en la toma de decisiones, esto con la finalidad de que niñas, niños y adolescentes puedan estar seguros de que el personal de salud que acompaña y apoya la toma de decisiones está dispuesto a escuchar y considerar la decisión que haya decidido comunicar.

3. Evaluación de autonomía progresiva y contextual, partiendo de las habilidades para la toma de decisiones.

Cada caso debe ser evaluado de forma individual, de acuerdo con las condiciones y particularidades de cada niña, niño o adolescente, por la experiencia individual, la cultura, la educación, el apoyo y orientación que reciben de madres, padres o cuidadores, para recibir información, formarse un juicio propio y la posibilidad de asumir la responsabilidad que se derive de la toma de decisiones.

Las opiniones y decisiones de cada niña, niño o adolescente se deben analizar teniendo en cuenta al desarrollo cognitivo, su desarrollo emocional, el entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad. Así como se hace necesario reconocer la necesidad de provisión de información necesaria de acuerdo con su desarrollo cognitivo y contextual, de la misma manera que se requiere la verificación de la comprensión y la promoción de la participación y libre escogencia.

En este anexo técnico, se presentan algunas orientaciones para poder llevar a cabo esta evaluación.

4. Comunicación del resultado a niñas, niños y adolescentes.

El personal de salud para el apoyo en la toma de decisiones debe comunicar a cada niña, niño o adolescente el resultado del proceso de información, evaluación y escucha. La información por comunicar debe explicar cómo se tuvieron en cuenta su opinión y decisión, buscando que el,las y ellos puedan expresarse frente a la decisión, como estar de acuerdo, declinar del proceso, insistir en la decisión o hacer otra propuesta.

Comunicar los resultados a niñas, niños o adolescentes es una forma de garantizar que fueron escuchados y que sus opiniones y decisiones no se escuchan como mera formalidad.

5. Garantizar mecanismos de queja frente al derecho a ser escuchados.

Se debe garantizar por parte de la IPS y los profesionales del talento humano, la existencia de canales y procedimientos que permitan manifestar tal vulneración de derechos, y proporcionar los mecanismos de protección que generen confianza sobre su uso, sin que esto les exponga un riesgo de violencia o castigo, como parte de la garantía del derecho de niñas, niños o adolescentes a ser informados, escuchados, a ser partícipes del proceso de toma de decisiones.

6. Orientaciones al personal de los servicios de salud para la valoración de las habilidades para la toma de decisiones en salud, de niños, niñas y adolescentes.

- 6.1. Niñas, niños y adolescentes deben contar con el tiempo suficiente y el acceso a la información apropiada y necesaria, que les permita conocer y comprender las implicaciones de los actos asistenciales, contraindicaciones, pronóstico, el tiempo necesario para la recuperación, y las consecuencias del acto asistencial del que trata la decisión.
- 6.2. La evaluación de las habilidades para la toma de decisiones, como base para el agenciamiento de la autonomía progresiva y en niñas, niños y adolescentes puede variar teniendo en cada caso concreto, a partir de su contexto particular por lo que ha ponerse en referencia al nivel de información, orientación y apoyo proporcionado por representantes legales en la posibilidad de ejercer sus derechos, frente factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias previas con la salud y enfermedad, así como a situaciones adversas presentes en la vida, relacionada con la vulneración de derechos, discriminación y violencia, así como condiciones diferenciales relacionadas con la pertenencia étnica, procedencia, relación con el territorio, estatus migratorio, discapacidad, entre otros.
- 6.3. Teniendo en cuenta la definición de desarrollo cognitivo como el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida, por el cual se aumentan los conocimientos y permite la resolución de problemas cotidianos, este se desarrolla con base en el establecimiento de las habilidades de percepción, memoria, pensamiento, comprensión y comportamiento, condiciones por factores innatos y ambientales. La valoración de las habilidades puede tener dos componentes, uno subjetivo y otro objetivo, los cuales podrán usarse de manera individual o combinada según el tipo de acto asistencial, su complejidad y el riesgo de este.
- 6.4. Según el riesgo y la complejidad del acto asistencial, así como la naturaleza y consecuencias de la decisión para el desarrollo integral, del niño, niña o adolescente, la evaluación subjetiva alcanzada a través de entrevista personal con el niño, niña o adolescente y sus madres, padres o cuidadores, donde se interroga sobre el neurodesarrollo, el desempeño escolar, comportamientos, socialización, comportamiento y estado de ánimo. Así como la identificación de las estrategias de afrontamiento, ante eventos significativos en su historia, a fin de identificar factores facilitadores u obstructores, que puedan ser tenidos en cuenta en su condición actual y como esta se relaciona con su opinión sobre el acto asistencial.

La entrevista subjetiva puede ser adelantada por personal entrenado para dicho proceso según disponibilidad psicología, psiquiatría o neurología infantil.

- 6.5. Según el riesgo y la complejidad del acto asistencial, así como la naturaleza y consecuencias de la decisión para el desarrollo integral armónico del niño, niña o adolescente, la evaluación objetiva podrá incluir valoraciones específicas por Neuropsicología quienes definirán las escalas apropiadas para la población colombiana, teniendo como referente la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI) que permite una evaluación independiente y confiable de cada uno de los dominios, que dan cuenta del razonamiento, resolución de problemas, estrategia de afrontamiento y habilidades metacognitivas.

- 6.6. Para el caso de mayores de 14 años, la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones puede ser realizada según parámetros establecidos para mayores de edad.
- 6.7. Respecto a niñas, niños y adolescentes que han sido discriminados o víctimas de diferentes formas de violencia, la evolución de sus capacidades y autonomía progresiva se puede ver afectada en la toma de decisiones y por lo tanto podría no disponer de los elementos para poder adoptar y ejercer sus derechos en las mismas condiciones que otras niñas, niños o adolescentes. En este orden, el personal de salud deberá tener en cuenta este factor al momento de buscar la manifestación de la voluntad y toma de decisiones, y proporcionar el apoyo necesario para la emisión del consentimiento informado y su confidencialidad.

7. Orientaciones sobre el disentimiento o rechazo a los actos asistenciales.

El resultado del proceso de información, promoción de la participación y agenciamiento de la autonomía progresiva y contextual, para tomar decisiones en salud de Niñas, niños y adolescentes, puede ser la negativa a la realización de los actos asistenciales, frente a lo cual se dan las siguientes orientaciones a ser tenidas en cuenta:

- a. En los casos en que niñas, niños y adolescentes no cuenten con capacidad para la toma de decisiones en salud de acuerdo con la autonomía progresiva y contextual, y exprese su disentimiento o rechazo al acto asistencial y este es necesario, pero no urgente, se deben adelantar las acciones necesarias que permitan la comprensión de la necesidad del tratamiento o procedimiento buscando la aceptación de este, sin coacción o manipulación
- b. En los casos en que niñas, niños y adolescentes no cuenten con capacidad para la toma de decisiones en salud de acuerdo con la autonomía progresiva y contextual, y exprese su disentimiento o rechazo al acto asistencial y este es impostergable e indispensable para la garantía de su supervivencia y desarrollo integral, se puede no tener en cuenta el rechazo y proceder a la realización del acto asistencia en atención al interés superior de niñas, niños y adolescentes.
- c. Los motivos o razones que llevaron al rechazo se deben tener en cuenta para avanzar en la toma de decisiones compartidas que permitan establecer un consenso para el cuidado centrado en el mejor interés del niño, niña o adolescente.
- d. En los casos en que niñas, niños y adolescentes se encuentren en capacidad para la toma de decisiones de acuerdo con la autonomía progresiva y contextual, de tomar una decisión informada, comprendiendo el alcance de la decisión, la naturaleza y sus consecuencia e implicaciones, su voluntad y decisión del rechazo o disentimiento del acto asistencial.

8. Orientaciones sobre el ejercicio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en casos específicos.

Las atenciones relacionadas con el libre desarrollo de la personalidad, y de salud sexual y salud reproductiva, presentan situaciones complejas y sensibles que requieren de un análisis de proporcionalidad cuidadoso y exhaustivo en cada caso, teniendo en cuenta el momento del curso de vida, así como las habilidades para la toma de decisiones en salud, y la autonomía progresiva y contextual, teniendo en cuenta como la decisión a tomar podrá afectar el curso de vida de niñas, niños y adolescentes, incluyendo efectos o consecuencias irreversibles.

La totalidad de las evaluaciones para la toma de decisiones en estos casos en particular deben partir de la identificación de información de niños, niñas y adolescentes sobre la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de las posibles pautas que hayan recibido desde sus entornos y medios

de cuidado. Adicionalmente, según consideración ser articuladas las diferentes autoridades de protección y de justicia ante situaciones de vulneración de derechos o violencia.

En este orden de ideas, frente a casos de toma de pruebas de enfermedades de transmisión sexual y VIH, solicitud y asesoría en anticoncepción, Interrupción Voluntaria del Embarazo, sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado de intersexualidad, y procesos de reafirmación de género, entre otros, que requieren del reconocimiento de los principios de autonomía progresiva y contextual, del interés superior del menor, en conjunto con desarrollo cognitivo, su desarrollo emocional, el entorno y la experiencia vital, sus valores y contexto cultural, frente a los beneficios, riesgos y alternativas disponibles sobre el acto asistencial o proceso de cuidado general relacionado con las atenciones específicas aquí presentadas, de tal manera que no se impongan parámetros que terminen por limitar o vulnerar el derecho a la salud, al momento de usar e implementar medidas que funcionaron en un caso específico en otro incluso similaro totalmente diferente.

9. Indicaciones frente a la asesoría y prueba de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben contar con los protocolos y procedimientos, que permitan a niñas, niños y especialmente adolescentes, contar con toda la información adaptada al momento de curso de vida y a sus necesidades respecto del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, para que puedan participar en las decisiones que les afectan.

El acceso a asesoría y a la prueba de VIH siempre debe ser voluntaria y confidencial, y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben abstenerse de imponer pruebas de detección sin el consentimiento de niñas, niños, o adolescentes.

Siempre antes de efectuar la prueba se debe analizar y ponderar cuáles son los efectos de realizar esta y de sus resultados, para lo cual se deberán tomar las medidas previas para el acompañamiento y de coordinación con otras autoridades para su protección.

La información proporcionada debe ser accesible, asequible, y el proceso mediante el cual se proporciona debe ser confidencial, y el personal de salud debe abstenerse de emitir juicios de valor de cualquier índole, ante la solicitud de asesoría y prueba de VIH. Toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, a brindarse, deben ir orientadas a la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud, y teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.

En el caso de niñas y niños en la primera infancia, infancia y niñez, la asesoría se prestará a las y los representantes legales, y el consentimiento informado será emitido por estos, siempre garantizando la información a niñas, niños, y contando con el asentimiento del paciente. La definición del proceso de información y participación para el asentimiento pediátrico ha de tener en cuenta las orientaciones al personal de los servicios de salud para la valoración de las habilidades para la toma de decisiones en salud, de niños y niñas.

Ante casos de sospecha de violencia sexual a nivel intrafamiliar con sospecha de alguno de los tutores legales, se podrá proceder a realizar la prueba en el marco del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual sin necesidad de consentimiento de los representantes legales, la autoridad de protección podrá dar su consentimiento, de ser el caso. Por otra parte, cuando de acuerdo con la autonomía progresiva y contextual y el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, los niños, niñas y adolescentes menores de 14 años podrán requerir la solicitud de asesoría y prueba de VIH, así como emitir un consentimiento informado

pediátrico, de acuerdo con lo definido en el acto normativo al que corresponde este anexo técnico.

Los mayores de 14 años en general, podrán requerir la solicitud de asesoría y prueba de VIH, así como emitir un consentimiento informado, si durante el proceso de información de la asesoría se identifica un adecuado conocimiento sobre la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos e información sobre pautas de autocuidado.

Con relación a los resultados de la prueba de detección de VIH, el estado serológico de niñas, niños y adolescentes es confidencial y no puede ser revelado a terceras personas, incluidos los representantes legales en los casos donde, tras la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones en salud, y la autonomía progresiva y contextual, este exprese que no desea que estos sean informados, pero procurando motivar la posibilidad de comunicación con la familia que permita y facilite la garantía del acceso a las atenciones en salud necesarias en caso de una prueba serológica positiva.

Respecto al tratamiento de VIH, este se efectuará teniendo en cuenta el asentimiento consentimiento de niñas, niños y adolescentes o de sus representantes legales (según sea el caso). En los casos de disenso o rechazo del tratamiento se deben explorar los motivos o razones que llevan al rechazo para avanzar en la toma de decisiones compartidas que permitan establecer un consenso para el cuidado centrado en el mejor interés del niño, niña o adolescente.

Respecto de representantes legales que se nieguen a garantizar el tratamiento, la Institución Prestadora del Servicio de Salud, deberá coordinar con las autoridades de protección y de restablecimiento de derechos, para que en el marco del interés superior de niñas, niños y adolescentes se adopten las medidas que permitan proporcionarlo y garantizar su adherencia, y así salvaguardar su salud hacia el futuro.

10. Indicaciones para la atención en anticoncepción.

10.1. Adolescentes menores de 14 años que desean recibir asesoría y no han iniciado relaciones sexuales.

Son adolescentes mayores de 12 años y menores de 14 años que desean obtener información y teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra, sobre aspectos relacionados con el uso de método anticonceptivos y la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual. En todo caso, siempre se les debe brindar información, educación y asesoría conforme a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y de acuerdo con los parámetros contenidos en esta Resolución.

En el plan de cuidado, se debe establecer seguimiento para continuar con el proceso de información y educación; y no es necesario activar la ruta atención de violencias, reporte o notificación de caso. Si el resultado de la asesoría es que el o la adolescente decide iniciar un método anticonceptivo se deberá actuar conforme a lo establecido en el numeral 2.2 de estas indicaciones específicas.

Si durante la atención el profesional de la salud sospecha que él o la adolescente puede estar siendo víctima de violencia, incluyendo violencia sexual, o explotación sexual y comercial se debe activar la ruta de atención a la violencia sexual conforme a lo establecido por la normatividad vigente. En este tipo de casos se debe proporcionar todo el acompañamiento que sea necesario con el fin de acompañar la toma de decisiones en salud, teniendo en cuenta que la autonomía progresiva y contextual, así como el desarrollo de las habilidades para la toma de decisiones pueden verse afectadas por los eventos adversos y de vulneración de derechos.

10.2. Adolescentes menores de 14 años que desea usar un método anticonceptivo y no han iniciado relaciones sexuales.

Corresponde a adolescentes mayores de 12 años, menores de 14 años, que tengan intención a corto plazo de iniciar relaciones sexuales, o a adolescentes que desean ampliar información sobre aspectos relacionados con el uso de método anticonceptivos y la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Para la toma de decisiones en estos casos en particular deben partir de la identificación de la información que tienen estos adolescentes sobre la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de las posibles pautas que hayan recibido desde sus entornos y medios de cuidado.

En todo caso, siempre se les debe brindar asesoría y suministro de métodos anticonceptivos conforme a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Y se deberá reportar el caso a las autoridades administrativas competentes en el territorio para activar entornos de protección. Este reporte a las autoridades permite que por ejemplo desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)/Comisarias de Familia se activen entornos protectores, se logre apoyar procesos de asesorías a las familias sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes, así como medidas de fortalecimiento preventivo a las violencias de género y sexual.

10.3. Adolescentes menores de 14 años que iniciaron relaciones sexuales y desean usar un método anticonceptivo.

Corresponde usualmente a adolescentes mayores de 12 años y menores de 14 años que se encuentra en una relación asimétrica e inequitativa, donde las diferencias de edad pueden ser marcadas. En algunos casos son adolescentes menores de 14 años que se encuentran en uniones tempranas, o en situación de matrimonio infantil, en todo caso son practicas nocivas que configuran formas de violencias contra niñas, niños, y adolescentes.

En primer lugar, siempre se debe brindar la asesoría y consulta anticonceptiva, y suministrar el método anticonceptivo seleccionado. Es muy importante, la identificación de la información que tienen estos adolescentes sobre la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de las posibles pautas que hayan recibido desde sus entornos y medios de cuidado, incluida la validación de situaciones de riesgo y de la normalización de la relación asimétrica e inequitativa, para iniciar un proceso de información sobre el proceso a seguir.

Seguidamente se deberá activar y notificar el caso y reportar a las autoridades administrativas competentes en el territorio para activar entornos de protección y justicia conforme al caso adolescentes mayores de 12 años y menores de 14 años.

11. Indicaciones frente a actos asistenciales relacionados con asignación de sexo a niñas, niños y adolescentes intersexuales¹.

¹ Referencias. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR):__OHCHR. (2015). Eliminating forced, coercive, and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement. Disponible en: UN OHCHR / Organización Mundial de la Salud (OMS):__World Health Organization (WHO). (2014). Sexual health, human rights, and the law. Ginebra: OMS. Disponible en: OMS / Consejo de Europa: __Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE). (2015). Resolution 2191: Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people. Disponible en: Consejo de Europa / American Academy of Pediatrics (AAP): __Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. Hormone Research

Los actos asistenciales de asignación de sexo a niñas, niños y adolescentes que presentan características de intersexualidad, requieren siempre de la participación de la persona intersexual, según su desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y la autonomía progresiva y contextual, se deberá contar con su asentimiento o consentimiento según el caso, en todas las atenciones puesto que se trata de actos que tendrán efectos para toda la vida y que inciden directamente en el libre desarrollo de la personalidad.²

Para el caso de recién nacidos, primera infancia y niños o niñas en general que no se encuentren en capacidad de dar su asentimiento, los actos asistenciales orientados a que se lleve a cabo la reasignación de sexo no podrán ser solicitadas por representantes legales que crean poder actuar amparados en el marco de la orientación y responsabilidad parental, dado que, esta facultad y derechos en el marco de la corresponsabilidad, está encaminada a velar por las condiciones futuras de salud de niñas, niños y adolescentes, y no pueden bajo ningún motivo intervenir o actuar a través del consentimiento sustituto como medio de absoluta representación.

Ahora bien, por tratarse de actos asistenciales, procedimientos y tratamientos, que tendrán efectos en el curso de vida, y para el desarrollo integral armónico del niño, niña o adolescente así como para el libre desarrollo de la personalidad, la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones deberán incluir siempre valoraciones subjetivas y objetivas, de acuerdo con lo definido en este anexo técnico según corresponda.

De acuerdo con las evaluaciones sobre el desarrollo de la autonomía progresiva y contextual así como de las habilidades para la toma de decisiones, se dará la información acerca de las diferentes posibilidades existentes frente a las decisiones en salud que se vinculan con el sexo biológico y el desarrollo de la identidad de género, incluyendo todos los actos asistenciales y consecuencias de los mismos así como la posibilidad de permanecer sin cambios en sus condiciones morfológicas. Se recomienda que el proceso de la información procure el uso de términos "normalización".

12. Indicaciones frente a actos asistenciales encaminados relacionados con la reafirmación de género o no conformidad de género.

El proceso de información sobre la reafirmación de género y de las atenciones en salud relacionadas con la no conformidad de género debe tener en cuenta las particularidades propias del desarrollo de la identidad y la construcción del concepto de género, al mismo tiempo que la definición de desarrollo cognitivo y del establecimiento de las habilidades de percepción, memoria, pensamiento, comprensión y comportamiento, condiciones por factores innatos y ambientales.

Dada la complejidad y los riesgos para el desarrollo integral del niño, niña o adolescente, así como para el libre desarrollo de su personalidad, la valoración de

in Paediatrics, 74(4), 312-318. DOI:10.1159/000316940 /The Lancet Child & Adolescent Health: __Liao, L. M., Wood, D., & Creighton, S. M. (2015). Parental choice on normalising cosmetic genital surgery. The Lancet Child & Adolescent Health, 386(9999), 1008-1010. DOI:10.1016/S0140-6736(15)60298-5 / Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism: __Wiesemann, C., Ude-Koeller, S., Sinnecker, G. H. G., & Thyen, U. (2010). Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD). Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 23(6), 545-551. DOI:10.1515/JPEM.2010.23.6.545 / Human Rights Watch: __Human Rights Watch. (2017). "I Want to Be Like Nature Made Me": Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US. Disponible en: HRW / GLMA: Health Professionals Advancing LGBTQ Equality: __Tamar-Mattis, A. (2013). Exceptions to the rule: Curing the law's failure to protect intersex infants. Berkeley Journal of Gender, Law & Justice, 21(1), 59-110.

las habilidades puede tener dos componentes, uno subjetivo y otro objetivo, los cuales podrán usarse de manera individual o combinada según el tipo de acto asistencial, a razón de la amplia disponibilidad de actos asistenciales derivados del acompañamiento de la reafirmación de género o no conformidad de género.

Todo el proceso de información que se presente a niñas, niños y adolescentes relacionada con este tipo de actos asistenciales, debe estar debidamente soportada en evidencia científica sobre sus efectos, consecuencias, así como el impacto sobre su sexualidad, y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Y en lo posible debe ser adelantado por profesionales capacitados para la atención y el cuidado de personas con identidad de género no conforme o trans, y diversidades, que permitan un proceso de información que garantice los derechos a ser escuchados, de opinión y participación en un entorno seguro que promuevan el desarrollo de la autonomía contextual y progresiva.

Para el caso de actos asistenciales específicos como medidas farmacológicas de pausa de la pubertad, inicio de terapias hormonales y realización de procedimientos quirúrgicos, se deberá contar con evaluaciones objetivas y subjetivas para la evaluación de habilidades para la toma de decisiones, teniendo en cuenta la decisión particular y los efectos conocidos de las terapias/cirugías hormonales sobre la fertilidad futura; efectos potenciales de terapias que no están bien estudiadas y son de reversibilidad desconocida así como de las opciones de preservación de la fertilidad y las implicaciones psicosociales de la infertilidad.

13. Registro en la historia clínica y documentación de la participación en la toma de decisiones.

La documentación del proceso de información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños niñas y adolescentes, a través del asentimiento pediátrico y el proceso de consentimiento se puede documentar de acuerdo con el caso en particular de la siguiente manera:

Documento de consentimiento informado firmado por el adolescente de 14 años: documento con validez jurídica, donde se registra el proceso de información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente del adolescente de 14 años.

El documento de consentimiento informado podrá ser firmado por el adolescente de 14 años sin la concurrencia de un adulto, esto según el riesgo del acto asistencial y habiendo pasado la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones en salud.

- 13.1. Documento de consentimiento sustituto por quienes están en ejercicio de patria potestad. Documento con validez jurídica, donde se registra el proceso de información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente de la aceptación del acto asistencial.
- 13.2. Registro del consentimiento pediátrico: Registro en la historia clínica del proceso de información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial, y la decisión de aceptación libre, voluntariedad, consciente, y la expresión de consentimiento del niño, niña o adolescente, en adición a la referencia al consentimiento sustituto por parte de quienes están en ejercicio de patria potestad si corresponde, según el tipo de acto asistencial.
- 13.3. Registro del asentimiento pediátrico: Registro en la historia clínica de la manifestación informada, libre, y voluntaria e informada que emiten niñas, niños, y adolescentes, de aceptar que dé lugar un acto asistencial. Del asentimiento informado no se requiere la firma de documentos adicionales.

En los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo puede adelantarse la firma del **documento de consentimiento informado por la adolescente** teniendo en cuenta la prevalencia de su autonomía y la protección de su salud.

BORRADOR

Los actos asistenciales encaminados relacionados con la reafirmación de género no conformidad de género, deben en lo posible, realizarse a partir de toma de decisiones compartidas, deben ser registrados de manera amplia y suficiente en la historia clínica.

14. Recomendaciones para atenciones que requieren especial atención a la autonomía progresiva y contextual

14.1. Derecho a morir con dignidad

El ejercicio del derecho a morir con dignidad, en todas sus dimensiones, esto es a través del cuidado paliativo, la adecuación de los esfuerzos o eutanasia, según sea el caso requiere de contexto diferencial y que la consolidación de la decisión y expresión sobre el cuidado durante una enfermedad o condición amenazante para la vida, del momento de curso de vida, y de las características específicas definidas para cada grupo etario en el que se encuentre el niño, la niña o adolescente, de acuerdo con lo definido por la regulación vigente en el país.

En reconocimiento a la autonomía progresiva y contextual y al carácter de especialmente protegido del derecho de niños, niñas y adolescentes a morir con dignidad, se requiere que el proceso de información sobre su condición clínica, diagnóstico, pronóstico, funcionalidad, y posibilidades de desarrollar calidad de vida en salud de acuerdo con sus metas y expectativas, debe ser adecuado y promovido por los profesionales de talento humano en salud, teniendo en cuenta su desarrollo cognitivo y el concepto de muerte según edad evolutiva, así como las particularidades de su diagnóstico y el tipo de acompañamiento, orientación y apoyo proporcionado dentro de las atenciones derivadas de este.

La evaluación de las habilidades para la toma de decisiones, según el riesgo y la complejidad del acto asistencial, así como la naturaleza y consecuencias de la decisión, diferenciando las medidas de rechazo terapéutico, el proceso de adecuación de los esfuerzos terapéuticos y la solicitud de eutanasia, procurando que se realicen valoraciones subjetivas y objetivas según sea el caso. De la misma manera que promoviendo la participación en la definición de calidad de vida en salud, conceptualización del sufrimiento multidimensional que genera la condición de salud en la que se encuentra y la experiencia específica de su condición clínica y diagnóstico. El proceso asistencial del manejo de la solicitud de eutanasia y de la adecuación de esfuerzos terapéuticos debe darse en articulación con la regulación vigente en el país Participación en la toma de decisiones en cuidado crítico

El personal de salud debe asegurarse que niñas, niños y adolescentes cuentan con toda la información previa y con los apoyos necesarios para ser informados

sobre su situación y ser partícipes de las decisiones que afecten su pronóstico clínico, desarrollo integral, y dignidad humana.

La evaluación subjetiva de las habilidades para la toma de decisiones en salud, alcanzada a través de entrevista personal con el niño, niña o adolescente y sus madres, padres o cuidadores, donde se interroga sobre el neurodesarrollo, el desempeño escolar, comportamientos, socialización y comportamiento del estado de ánimo. Así como la identificación de las estrategias de afrontamiento, ante eventos significativos en su historia, que puedan ser tenidos en cuenta en su condición actual y como esta se relaciona con su opinión sobre el acto asistencial, con el propósito de alcanzar su asentimiento o consentimiento de ser el caso, debe procurar estar orientada a identificar el mejor interés del niño, niña o adolescente en particular en aras de garantizar el ejercicio y goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de salud no solo para la supervivencia sino para su desarrollo el futuro.

Para el caso de los adolescentes mayores de 14 años, que puedan expresar su consentimiento directo, se debe procurar su participación permanente en el proceso de información y de toma de decisiones.

Y deberá siempre tenerse en cuenta que, si la niña, niño, o adolescente cursa con una condición clínica que impide el ejercicio de autonomía progresiva y contextual, serán sus representantes legales quienes deberán emitir el consentimiento informado, por medio del consentimiento sustituto, con la limitación propia de este a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés, esto es a garantizar el ejercicio y goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de salud de ellas y ellos hacia el futuro.

En casos de alta complejidad, o incertidumbre, se debe procurar la toma de decisiones compartidas.

14.2. Cirugías plásticas y reconstructivas

En el caso de las excepciones de la Ley 1799 de 2016, deberá tenerse en cuenta para el consentimiento de adolescentes que se quiere de provisión de información, comprensión de información y promoción de la participación y libre escogencia, frente a la definición de los procedimientos de *cirugías de nariz y de orejas, cirugías reconstructivas y/o iatrogénicas de otras cirugías.*

Por otra parte, teniendo en cuenta que la autonomía progresiva y contextual, está íntimamente relacionada con la capacidad mental del individuo para la toma de decisiones, se reconoce desde factores asociados al desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, al entorno y la experiencia vital, incluyendo experiencias

previas con la salud y enfermedad, los y las adolescente podrán dar su consentimiento de acuerdo a lo dispuesto en esta resolución, en aquellas *cirugías motivadas por patologías físicas o psicológicas debidamente acreditadas por los respectivos profesionales de salud.*

La motivación de la cirugía, podrá ser verificada dentro de la evaluación de las habilidades para la toma de decisiones, como base para el agenciamiento de la autonomía progresiva del adolescente, teniendo en cuenta que esta puede variar, a partir del su contexto particular por lo que ha ponerse en referencia al nivel de información, orientación y apoyo proporcionado por representantes legales en la posibilidad de ejercer sus derechos, y como el acceso a la información necesaria para que la decisión según el riesgo y la complejidad del acto asistencial, así como la naturaleza y consecuencias de la intervención puedan ser adecuadamente evaluadas y comprendidas, como actos que tendrán efectos para toda la vida y que inciden directamente en el libre desarrollo de la personalidad.

El consentimiento informado para estos casos, deben complementarse con la valoración subjetiva y/o objetiva según el riesgo de la intervención.