



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos

**Dirección de Prestación de Servicios y Atención
Primaria y
Oficina de Promoción Social**



JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

SAMUEL GARCÍA DE VARGAS
Director (E) de Prestación de Servicios y Atención
Primaria

JUAN PABLO CORREDOR PONGUTÁ
Jefe de Oficina de Promoción Social



**GOBIERNO
DE COLOMBIA**



MINSALUD

EQUIPO TÉCNICO

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SANDRA EUGENIA GALLEGOS M.

Líder desarrolladora del documento

LUZ MERY MUÑOZ O.

Equipo de apoyo

Grupo de Gestión en Discapacidad Oficina de Promoción Social

CLEMENCIA NIETO ALZATE

Coordinadora

SOREY MAIRENA TORRES

Líder desarrolladora del documento

Equipo de apoyo

CLAUDIA SUSANA CASTAÑO GONZÁLEZ

LEIDY TATIANA RIVEROS

SANDRA SOLEDAD RAMÍREZ CORTÉS

Contenido

Orientaciones técnicas para la Implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos	6
Introducción	6
1. Objetivo	6
2. Bases conceptuales	7
2.1 Personas con discapacidad:	7
2.2 Consentimiento informado de personas con discapacidad:	7
2.3 El consentimiento informado de personas con discapacidad como práctica segura en la atención en salud:	7
2.4 Barreras físicas:	8
2.5 Barreras actitudinales.	8
2.6 Barreras comunicacionales.	8
2.7 Ajustes razonables para el consentimiento informado:	9
2.8 Apoyos para la toma de decisiones:	9
2.8.1 Apoyos para la comunicación.	10
2.8.2 Personas de apoyo para la toma de decisiones.	10
2.9 Declaración anticipada:	11
2.10 Salvaguardias:	11
3. Orientaciones para la materialización del Consentimiento Informado de personas con discapacidad	12
3.1 Consideraciones generales	12
3.2 Prácticas seguras enfocadas en consentimiento informado para la persona con discapacidad	13
3.3 Estrategias comunicativas para el consentimiento informado de personas con discapacidad.	14
3.3.1 Estrategias para que el profesional asistencial use un lenguaje apropiado y se comunique con la persona con discapacidad.	14
3.3.2 Estrategias para la presentación de información verbal y escrita del consentimiento informado a personas con discapacidad.	16
3.4 Contenido del consentimiento informado.	17
4 Procedimiento para el consentimiento informado	19



4.1 Determinación de apoyos y ajustes razonables. 19

4.1.1 Reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones...... 20

4.1.2 Identificación de apoyos y ajustes razonables...... 21

4.2 Entrega de información adecuada y suficiente. 22

4.3 Comprensión de la información y análisis de las opciones y de sus posibles consecuencias. 22

4.4 Toma de decisión. 22

4.5 Consentimiento informado asistido 22

Es importante señalar, que el consentimiento informado asistido, a diferencia del consentimiento informado sustituto, requiere de la participación de la persona con discapacidad y que además esté presente en la toma de decisión, respecto de la intervención en salud que vaya a recibir. 23

5. Estrategias del prestador para lograr compromiso con la cultura del consentimiento informado. 23

6. Factores que contribuyen al fracaso del consentimiento informado durante la atención de personas con discapacidad...... 23

REFERENCIAS 24

ANEXO 1. Estrategias para hacer uso de formas comunicativas no convencionales.... 26

ANEXO 2. Normograma..... 27

Orientaciones técnicas para la Implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos

Introducción

En el marco de la Resolución 1904 de 2017¹, quedaron establecidas las obligaciones para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que permitan a las personas con discapacidad tomar decisiones informadas sobre su salud en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Por lo anteriormente expuesto, el documento que se presenta a continuación tiene como propósito brindar las bases, conceptuales y técnicas para que los prestadores de servicios de salud puedan llevar a cabo el procedimiento de Consentimiento Informado - CI con las personas con discapacidad, teniendo en cuenta que suministre la información adecuada y suficiente para que puedan tomar decisiones informadas en relación con la atención en salud que van a recibir.

Se tomaron como base, las orientaciones impartidas en la herramienta “Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado”² y su herramienta pedagógica, ajustando los contenidos a lo establecido en la Resolución 1904 de 2017 y su anexo técnico.

1. Objetivo

Brindar orientaciones para realizar el consentimiento informado – CI, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 1904 de 2017, con el fin de garantizar la toma de decisiones libres e informadas por parte de las personas con discapacidad, sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1904 del 31 de mayo de 2017. “Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones”

²Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-funcionalidad-procedimientos.pdf>

2. Bases conceptuales

2.1 Personas con discapacidad:

Desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (ONU, 2006), las personas con discapacidad “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

2.2 Consentimiento informado de personas con discapacidad:

El consentimiento informado es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que le serán practicados y que le permiten decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito en la historia clínica.

Para el caso de las personas con discapacidad, debe garantizarse que cuenten con los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias cuando sea necesario, para que puedan manifestar de manera libre e informada su voluntad, en igualdad de condiciones con los demás en lo referente a su atención en salud.

En los casos en los que no sea posible conocer la voluntad de la persona con discapacidad, aun cuando hayan sido provistos los apoyos y ajustes razonables requeridos, se acudirá al consentimiento informado asistido por las personas de apoyo de confianza y los profesionales de salud que estén a cargo de la atención.

2.3 El consentimiento informado de personas con discapacidad como práctica segura en la atención en salud:

El consentimiento informado hace parte de las prácticas seguras que los prestadores deben tener en cuenta durante la atención en salud, por cuanto incentiva prácticas que mejoran la actuación de los profesionales. Esta buena práctica se encuentra consignada en la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, definida como la obligación de garantizar la funcionalidad del consentimiento informado.

Los prestadores tienen la obligación de implementar su procedimiento de consentimiento informado, en este procedimiento se deberán considerar las formas para la determinación y provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardas, en los casos de personas con discapacidad.

2.4 Barreras físicas:

Hace referencia a la disposición y diseño de los espacios y/o elementos físicos, que puede limitar el uso, acceso y/o movilización de la persona con discapacidad durante la atención en salud. Por ejemplo, una persona que tenga restricción en la movilidad y que hace uso de algún producto de apoyo (silla de ruedas, bastón, caminador, entre otros) tendrá dificultad para ingresar por puertas con umbrales restringidos, subir y bajar escalones, o subir y bajar de las camillas; así mismo, el uso de instrumentación médico-quirúrgica estandarizada, la altura y disposición de los equipos no siempre se ajustan a las medidas antropométricas de algunas personas con discapacidad, lo que dificulta la realización del procedimiento en salud requerido, a su vez que puede generar un riesgo para la persona.

2.5 Barreras actitudinales.

Están relacionadas con aquellas actitudes que conllevan a prejuicios, discriminaciones, puntos de vista, ideas y expectativas que pueda tener el personal del ámbito de la salud, frente a las personas con discapacidad, lo que puede interferir durante la atención en salud.

Pueden comprenderse como barreras actitudinales, por ejemplo, considerar la discapacidad como una tragedia personal o asumir que las personas con discapacidad no pueden tomar decisiones, entre otras ideas. Así mismo, presumir o asumir lo que considera debe ser lo mejor para la persona con discapacidad sin haberle consultado, se constituye también como una barrera actitudinal, dada por el desconocimiento e invisibilización de la persona con discapacidad.

Las barreras actitudinales se pueden superar con ajustes razonables como la concientización y capacitación del personal que realiza la atención, la familia o red de apoyo de la persona, así como, la identificación y el reconocimiento de los apoyos con los que cuenta la persona para comunicarse.

2.6 Barreras comunicacionales.

Hace referencia a aquellos obstáculos que impiden o dificultan a la persona con discapacidad y a los profesionales o personal de salud, hacer un adecuado uso de los canales de recepción, emisión y comprensión para informar y ser informados. Cabe precisar que las barreras comunicacionales no se limitan únicamente a la interacción con las personas con discapacidad sensorial (visual y auditiva), sino que también son comunes en la comunicación que se establece con las personas con discapacidad intelectual y psicosocial.

También se constituyen como barreras comunicacionales, por ejemplo, pasar por alto preguntar o reconocer los apoyos y requerimientos específicos de la persona con discapacidad, para establecer la comunicación con ella.

Las barreras comunicacionales se superan con ajustes razonables como por ejemplo, la entrega de información sobre acciones de promoción y prevención en salud, utilizando un formato escrito accesible (pictogramas, braille, manejo de contraste, macrotipos, etc), así como haciendo uso de un lenguaje sencillo, claro y comprensible, es decir no técnico, para la entrega de información, previo a la realización de los procedimientos.

2.7 Ajustes razonables para el consentimiento informado:

Son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas encaminadas a eliminar las barreras comunicacionales, actitudinales o físicas, para garantizar que en la prestación del servicio de salud, se facilite la accesibilidad y la participación en los procesos de toma de decisiones informadas y atención en salud de las personas con discapacidad; sin que se impongan cargas desproporcionadas o indebidas sobre los servicios de salud. Para el caso del consentimiento informado, pueden considerarse como ajustes razonables, entre otros, los siguientes:

- Leer el contenido del consentimiento informado a la persona con discapacidad visual, para los casos en que el formato utilizado no se presente en Braille, macrotipo o en otro formato accesible.
- Acudir al asentimiento como otro mecanismo para emitir el consentimiento informado de las personas con discapacidad. El asentimiento se comprende como la manera de emitir una afirmación en lo referente a una toma de decisión en salud que incluye diversos tipos de respuesta, por ejemplo: el lenguaje verbal y no verbal³; para estos casos debe quedar registrado en la historia clínica, la forma en que la persona expresó su voluntad.
- Apoyar las indicaciones verbales con imágenes, pictogramas, maniqués u otros elementos, para que la persona con discapacidad que así lo requiera, comprenda la información que se brinda relacionada con la atención en salud sobre la cual se requiere el consentimiento informado.

2.8 Apoyos para la toma de decisiones:

Son las estrategias, medios, métodos y recursos de información, comunicación, tecnológicos, de accesibilidad, redes de apoyo, entre otros, de los que disponga la persona con discapacidad o que deban ser provistos por los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, para que dichas personas puedan tomar

³ Lenguaje no verbal. Comprende la comunicación desde la emisión y recepción de mensajes a través de sonidos, gestos, movimientos corporales o signos.”

decisiones de manera libre, autónoma e informada en ejercicio de su capacidad jurídica en el proceso de atención en salud.

Tal como se menciona en el párrafo anterior, los apoyos para el consentimiento informado pueden ser provistos por la persona con discapacidad o por el prestador de servicios de salud. Es importante desde el inicio de la atención que el prestador, reconozca los apoyos con los que cuenta la persona y haga uso de los mismos. Por ejemplo: las señas o signos que utiliza para comunicarse, si cuenta con un tablero de comunicación aumentativa o alternativa, si cuenta con una persona que lo apoya en la interpretación o hace uso de audífonos o de sistema FM.

Por otro lado, cuando la persona no cuenta con apoyos o los que tiene no son suficientes para que emita su consentimiento informado, el prestador deberá proveer aquellos que estime pertinentes para la persona, una vez determine los apoyos y ajustes razonables, de acuerdo con lo definido en el numeral 4.1.

Se consideran dos tipos de apoyos para la toma de decisiones: apoyos para la comunicación y personas de apoyo.

2.8.1 Apoyos para la comunicación.

Son aquellas estrategias, medios, modos, formas y formatos relacionados con el lenguaje verbal oral y lenguaje verbal escrito, símbolos gráficos, lengua de señas, expresión facial y corporal, gesticulación, emisión de sonidos, entre otros, que son utilizados por la persona con discapacidad. Los apoyos para la comunicación facilitan que la persona pueda recibir información clara, apropiada y suficiente, así como comprenderla y analizarla para tomar una decisión durante la atención en salud.

Para el caso del consentimiento informado, algunas personas con discapacidad pueden apoyarse para sus procesos de comunicación con el uso de audífonos, tableros de comunicación alternativa o aumentativa, pictogramas, lengua de señas o guía intérprete, o cualquier mecanismo con el que la persona con discapacidad pueda estar familiarizada.

Cabe precisar, que no todas las personas con discapacidad requieren dichos apoyos. No obstante, de llegarse a utilizar los apoyos para la comunicación, estos pueden facilitar que la persona reciba la información y la exprese, sin que se interprete como limitación de su condición intelectual o de su comprensión de la información, para tomar una decisión.

2.8.2 Personas de apoyo para la toma de decisiones.

Las personas de apoyo brindan asistencia a las personas con discapacidad que así lo requieran, para facilitar el ejercicio de la toma de decisiones informadas durante la atención en salud.

La asistencia puede estar relacionada con la comunicación, comprensión de la información y sus consecuencias y/o manifestación de la voluntad y preferencias

personales. Cabe precisar que para todos los casos, la persona de apoyo deberá garantizar la confidencialidad y reserva de la información generada durante la atención en salud.

Se consideran como personas de apoyo, las reconocidas por la persona con discapacidad como personas de confianza y que pueden pertenecer a su grupo familiar, redes de apoyo comunitarias o institucionales. Es importante precisar, que la persona de apoyo definida por la persona con discapacidad para la toma de decisiones durante la atención en salud, no necesariamente puede ser la misma que le apoye en otros ámbitos.

Para el caso del consentimiento informado, las personas de apoyo pueden ser; los familiares más cercanos, amigos, personas cuidadoras o representantes legales. Igualmente, el médico, enfermera u otro profesional que se encuentre a cargo de la atención en salud de la persona con discapacidad, pueden ser considerados personas de apoyo durante la toma de decisiones para la emisión de su consentimiento informado.

2.9 Declaración anticipada:

Son instrucciones precisas que en ejercicio de su capacidad jurídica, imparten las personas con discapacidad, mayores de edad, en lo referente a su atención en salud, para los casos que aplique debe acudir al uso de los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias⁴.

2.10 Salvaguardias:

Son aquellas medidas que debe adoptar el prestador de servicios de salud, tendientes a proteger la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, libre de conflicto de intereses o influencia indebida. Las salvaguardias deben ser coherentes con el nivel en que dichas medidas afecten derechos e intereses de la persona con discapacidad, en la toma de decisiones en salud.

El consentimiento informado de personas con discapacidad se convierte en sí, en un mecanismo de salvaguardia, en la medida que a través de la provisión de apoyos y ajustes razonables, las personas con discapacidad pueden recibir información sobre la cual tomar decisiones en lo relacionado con las atenciones en salud.

Igualmente debe considerarse como salvaguardia, el registro en la historia clínica sobre los apoyos y ajustes razonables, utilizados para la emisión del consentimiento informado de las persona con discapacidad, entendiendo esto como las acciones que utilizó el personal de salud para buscar la protección de la expresión de la voluntad de la persona con discapacidad.

⁴ Resolución 1904 de 2017, Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la Sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones.

3. Orientaciones para la materialización del Consentimiento Informado de personas con discapacidad

3.1 Consideraciones generales

Deben considerarse los siguientes elementos para la materialización del consentimiento informado de personas con discapacidad.

- a) El consentimiento informado debe reflejar la voluntariedad ⁵ de la persona. En los casos de las personas con discapacidad se reconoce la voluntariedad, aun cuando requieran del uso de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, para conocer su voluntad, frente a la realización de un procedimiento en salud.
- b) La competencia⁶ para la obtención del consentimiento informado, en el caso de las personas con discapacidad, debe reconocerse en el ejercicio de su capacidad jurídica, para lo cual es necesario garantizar la provisión y uso de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, cuando estos se requieran, con el fin de conocer la voluntad y preferencia de la persona en relación con otorgar o no su consentimiento, frente a una intervención en salud.
- c) La información que se suministre durante la relación con el paciente, debe ser clara, amplia y comprensible y en los casos que se requiera, se deben facilitar y hacer uso de los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que se necesiten. En este punto, se deben considerar también elementos como: dónde, con quién y cómo lograr información adicional, suficiente y comprensible.
- d) Todos los prestadores de servicios de salud, tienen la obligación de establecer sus procedimientos de consentimiento informado, identificando aquellas intervenciones a las que se va a aplicar el consentimiento escrito⁷. En dicho procedimiento, debe estar incluida la determinación de apoyos y ajustes razonables para que las personas con discapacidad puedan informarse y dar a conocer su voluntad otorgando o no el consentimiento informado.
- e) El prestador de servicios debe capacitar al personal de asistencial y orientar a la persona con discapacidad y su familia, en la importancia de la participación activa durante la aprobación o no de los procedimientos asistenciales que se puedan presentar durante la atención en salud.

⁵ Voluntariedad: Entendida como: “el acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o participación en una investigación”. Tomado de la Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, paquete instruccional versión 2.0, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014

⁶ Competencia: entendida como “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su escala de valores tomado de la “Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, paquete instruccional versión 2.0, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014

⁷ Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Estándar Historia Clínica y registros. Pág 34



- f) El personal asistencial debe conocer la importancia legal del consentimiento informado y sus repercusiones.
- g) El personal de salud debe conocer la importancia de la provisión de apoyos y ajustes razonables para que la información brindada a la persona con discapacidad sea oportuna, confiable, entendible y la necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.
- h) Se deben realizar auditorías constantes en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado y tomar las acciones de mejoramiento a que haya lugar.
- i) Se debe generar una cultura alrededor del consentimiento informado de las personas con discapacidad, como proceso vital dentro de los procedimientos asistenciales.
- j) Cada prestador de servicios de salud, debe generar los formatos de consentimiento informado, con los datos necesarios, teniendo en cuenta los requerimientos legales y de accesibilidad a la información.

3.2 Prácticas seguras enfocadas en consentimiento informado para la persona con discapacidad

La voluntariedad, la autonomía y la claridad informativa son elementos esenciales, para el consentimiento informado, no obstante, pueden aparecer algunas distorsiones, como son:

- a. Manipulación: debe evitarse el sesgo amañado y el cruce de información.
- b. Persuasión: debe evitarse la presentación del compromiso a manera de publicidad o mercadeo de un producto.
- c. Coacción: debe omitirse la presión o amenaza tácita o explícita, en este sentido, se recomienda tener un documento único para el procedimiento de consentimiento informado y para su aplicación, se recomiendan lo siguiente:
 - La formalización del consentimiento informado debe hacerse en el momento adecuado, posterior al suministro de información y verificación de la comprensión de la información, para evitar momentos de tensión, ansiedad o depresión, dejando tiempo para decidir. En los casos que se requiera, se puede acudir a una cita extra para que la persona con discapacidad pueda recibir la información adecuada y suficiente, así como comprenderla y conocer las consecuencias de dicha decisión, habiendo hecho uso de los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias necesarios.
 - La emisión del consentimiento informado por parte de la persona con discapacidad, debe hacerse en un lugar que garantice la privacidad, pues las circunstancias o espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona.

- El procedimiento de consentimiento informado debe realizarlo el profesional de salud, conocedor de todo el proceso y no un delegado o auxiliar. En lo posible, quien va a realizar la atención en salud.
- El personal de salud debe estar capacitado en la determinación y provisión de apoyos y ajustes razonables para brindar la información a la persona con discapacidad
- Las preguntas deben ser claras de manera que permitan su comprensión, y de ser necesario realizar retroalimentación, para garantizar que la persona con discapacidad haya comprendido las preguntas y la información suministrada.
- Deben evitarse dos extremos, ambos perjudiciales para el real propósito del “consentimiento informado”: 1.) presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa y 2.) el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar pueda asustar y alejar.

3.3 Estrategias comunicativas para el consentimiento informado de personas con discapacidad.

De manera general, el personal de salud debe propender por garantizar la accesibilidad de la información durante el consentimiento informado, que facilite tanto la comprensión de la información como la toma de decisión de la persona con discapacidad. Para ello el personal en salud a cargo de la atención, puede acudir a elementos que validen otras formas de presentación de la información, además de los formatos escritos o la comunicación oral, es decir, hacer uso de las estrategias, medios, modos, formas y formatos no convencionales existentes (ver anexo 1).

3.3.1 Estrategias para que el profesional asistencial use un lenguaje apropiado y se comunique con la persona con discapacidad.

- a) Reconocer la(s) forma (s) de comunicación de la persona, a través de la determinación de apoyos y ajustes razonables, descrita en el numeral 4.1
- b) Mantener una actitud de escucha activa durante toda la consulta. Abstenerse de realizar otras actividades mientras se conversa con la persona con discapacidad.
- c) Reconocer que toda forma de comunicación es válida y que la manera de comunicación no limita la capacidad de una persona para tomar decisiones. Una persona puede tener dificultades en la comunicación ya sea verbal o no verbal y puede o no, estar afectando la comprensión de la información.
- d) Evitar suposiciones frente a la capacidad de la persona con discapacidad, para entender lo que se le va a informar y a explicar.



- e) Se recomienda confirmar la comprensión de la información por parte de la persona con discapacidad, con preguntas como: ¿me hago entender?, ¿todo es claro?, ¿tiene alguna duda?.
- f) Tener en cuenta el estado emocional de la persona con discapacidad que asiste a la consulta. Algunos estados emocionales pueden influir, en cómo la persona toma las decisiones y evalúa la situación actual.
- g) Dirigirse siempre a la persona con discapacidad, no solo a su acompañante, evitar usar una actitud paternalista. Si el personal de salud tiene dudas debe preguntar siempre a la persona con discapacidad. Si no obtiene respuesta o requiere aclaración, puede preguntar al acompañante o a la persona de apoyo.
- h) Dirigirse a la persona utilizando un lenguaje sencillo, pero no infantil.
- i) Durante la atención, hacer uso de material gráfico como herramienta de apoyo para la comprensión, evitando el uso de términos médicos difíciles de entender o explicándolos en un lenguaje sencillo. No use un lenguaje figurado o metafórico. Evite el uso de conceptos abstractos para transmitir la información.
- j) Apoyar el lenguaje oral con imágenes, teniendo en cuenta el método comunicativo preferido por la persona.
- k) Hablar despacio, usar frases cortas vocalizando adecuadamente. Evitar incluir muchas ideas en una sola frase y separar la información que se desea transmitir de acuerdo con su complejidad.
- l) La persona con discapacidad puede expresar su voluntad sin recurrir al lenguaje oral. Las respuestas pueden incluir gestos, movimientos o conductas no verbales, en estos casos el personal de salud debe prestar atención a estas reacciones.
- m) Para los casos de las personas con discapacidad que tengan un lenguaje oral con dificultades de articulación, ayuda a mejorar el entendimiento, solicitar a la persona que hable más despacio o que use imágenes para complementar lo que dice y lo que explica.
- n) Cuando la persona con discapacidad quiera decir algo, dar el tiempo que requiera, respetando los momentos de silencio.
- o) Repetir la información por parte del personal de salud, si es necesario, para asegurar la comprensión de las ideas e información.
- p) Evitar hacer un uso de preguntas cerradas y respuestas SI o NO. Prefiera el uso de preguntas abiertas o refuerzos empáticos. De ser necesario, permitir que elija entre varias opciones.
- q) Emplear expresiones que involucren a la persona con discapacidad. Por ejemplo, en vez de decir: “Este procedimiento consiste en...”, decir “El procedimiento que usted se va a realizar es... y tiene estas consecuencias...”

- r) Para confirmar que la persona con discapacidad comprendió y está entendiendo la información, es importante motivar la retroalimentación por parte de ella, es decir, solicitar que exprese lo que se le ha explicado en sus propias palabras.
- s) Recordar que los entornos nuevos y nuevas situaciones pueden llegar a generar en algunas personas comportamientos y respuestas como movimientos repetitivos, acciones y actitudes que pueden ser una forma de comunicación o la respuesta al nuevo ambiente. Al respecto, es importante que el personal de salud indague como actúa la persona ante nuevos entornos y si quiere expresar algo con estos comportamientos. Además tener en cuenta que la presencia de estos comportamientos no significa que la persona con discapacidad no están atentas a la conversación.
- t) Tener en cuenta que la toma de decisiones libre e informada por parte de la persona con discapacidad, no se deben calificar como de “buenas o malas decisiones”, son elecciones libres y expresión de la voluntad de la persona.

3.3.2 Estrategias para la presentación de información verbal y escrita del consentimiento informado a personas con discapacidad.

De acuerdo al proceso de determinación de apoyos y ajustes razonables que se haya realizado, el personal de salud a cargo de la atención, identificará la mejor forma de presentar la información a la persona con discapacidad. En este sentido, la información puede presentarse en forma verbal o escrita. A continuación se presentan algunas estrategias.

Tabla1. Estrategias para la presentación de información verbal y escrita del consentimiento informado a personas con discapacidad

Forma de presentación de la información	Estrategia
Verbal/oral	Indagar si la persona con discapacidad utiliza algún método de comunicación aumentativa o alternativa ⁸ ; donde se incluyen diversos sistemas de símbolos, tanto gráficos (fotografías, dibujos, pictogramas, palabras o letras) como gestuales (mímica, gestos o signos manuales), como también productos de apoyo tecnológico como tabletas, computadores de uso personal, comunicadores de habla artificial, entre

⁸ Comunicación aumentativa y alternativa. Estos sistemas permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con los demás, manifestando sus opiniones, sentimientos y la toma de decisiones personales para afrontar y controlar su propia vida. Los sistemas aumentativos de comunicación, complementan el lenguaje oral con imágenes, pictogramas y/o señas; los sistemas alternativos de comunicación, sustituyen o apoyan al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente. Resolución 1904/2017. Cabe precisar, que de acuerdo a los requerimientos de comunicación de la persona con discapacidad, un mismo recurso tecnológico puede ser considerado como sistema alternativo o como sistema comunicativo.



	<p>otros⁹; en caso de ser así, pregunte como lo usa para lograr una comunicación efectiva.</p> <p>En caso de ser necesario usar frases cortas y claras</p> <p>Usar como apoyo imágenes impresas o modelos en 3D para explicar procedimientos</p> <p>Mantener contacto visual para poder interpretar las expresiones faciales que reflejen la comprensión de lo que se está informando.</p> <p>En caso de ser necesario preguntar ocasionalmente si se ha comprendido la información dada</p> <p>Recordar que no todas las personas con discapacidad tienen dificultades en la comprensión, no estigmatizar limitando y generando actitudes discriminatorias.</p>
Escrita	<p>Escribir con términos sencillos y frases cortas.</p> <p>Incluir dibujos, si es posible.</p> <p>Si la persona tiene baja visión imprimir el documento con las siguientes especificaciones: letra Arial o Verdana, tamaño de la letra entre 24 a 36 puntos, alineado a la izquierda, interlineado 1.5 a doble y uso de sangría para facilitar la identificación del inicio del párrafo.</p> <p>Cuidar la calidad de la imagen en el momento de la impresión.</p> <p>Dejar espacio amplio para la firma.</p> <p>Indagar sobre las estrategias que utiliza la persona con discapacidad en el momento que registra su firma y garantizar los apoyos requeridos para este proceso.</p>

3.4 Contenido del consentimiento informado.

En relación con el contenido del consentimiento informado se debe tener en cuenta lo dispuesto en la herramienta para “Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado”¹⁰

- a) Fecha y hora del consentimiento informado
- b) Municipio donde se realiza
- c) Prestador que lo realiza
- d) EPS, ARL, AFP
- e) Nombre y apellido del paciente

⁹ Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. <http://www.arasaac.org/aac.php>

¹⁰ibd



- f) Nombre del profesional de salud que informa
- g) Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo
- h) Explicación de los beneficios y riesgos que se pueden esperar del procedimiento o examen y consecuencia de la denegación, respondiendo como mínimo, las siguientes preguntas:
 - ¿Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento? (objetivos claros).
 - ¿Qué se espera obtener como resultado? (beneficios esperados).
 - ¿Cuáles pueden ser los riesgos que se pueden presentar?.
 - ¿Qué ocurriría desde el punto visto clínico (probables complicaciones, mortalidad y secuelas), personal, familiar y social, si el paciente decide no acceder al tratamiento o procedimiento ofrecido (riesgos de no tratarse o no aceptar un procedimiento o tratamiento)?.
 - ¿Qué alternativas disponibles existen a lo que se está proponiendo?.
- i) Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos cuando se requiera.
- j) Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos (cuando se requiera).
- k) Explicación sobre la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes del tratamiento o procedimiento. Con alternativas a seguir si la persona cambia de idea frente al consentimiento (revocabilidad).
- l) Información sobre la satisfacción del paciente por la información recibida y resolución de sus dudas.

Adicionalmente en el caso de personas con discapacidad, se debe incluir lo siguiente:

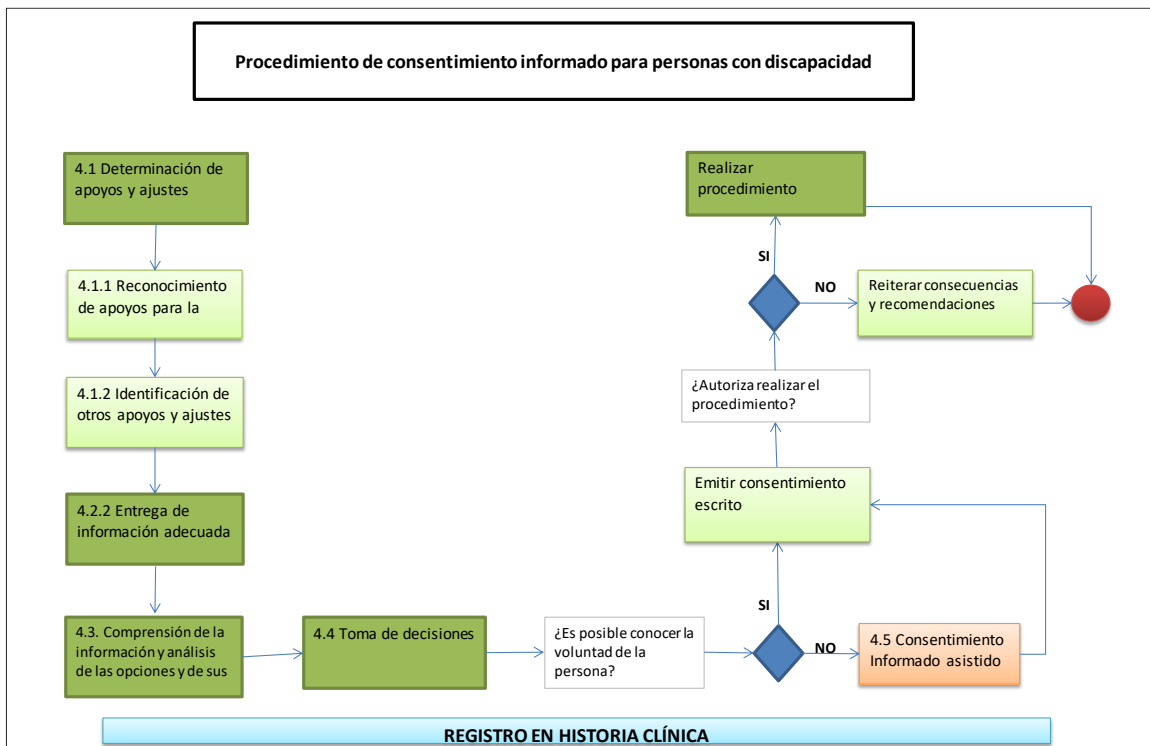
- m) Información sobre los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias utilizados para que la persona con discapacidad emita su consentimiento informado.
- n) En los casos de haber requerido personas de apoyo, deben quedar registrados los datos de la persona de apoyo, así como un acuerdo de confidencialidad de la información manejada durante la atención en salud.
- o) Información acerca de si el consentimiento informado fue asistido, en el caso que no haya sido posible conocer la voluntad de la persona, pese a la provisión de apoyos y ajustes razonables
- p) Debe quedar registrada la decisión tomada luego de hacer la mejor interpretación de la voluntad de la persona durante el consentimiento asistido en los casos que aplique.

- q) Registro de las salvaguardas utilizadas durante el consentimiento asistido
- r) Firma del médico, del paciente, de los testigos y personas de apoyo, si las hubiere.

4 Procedimiento para el consentimiento informado

El procedimiento de consentimiento informado para personas con discapacidad, requiere que se lleve a cabo mediante el uso de apoyos y ajustes razonables, lo anterior, con el fin de que la persona pueda acceder a información adecuada y suficiente y tomar decisiones en referencia a la atención en salud que vaya a recibir. En el Gráfico 1, se describe cada una de las acciones requeridas para realizar el procedimiento.

Gráfico 1. Procedimiento de Consentimiento Informado para Personas con Discapacidad

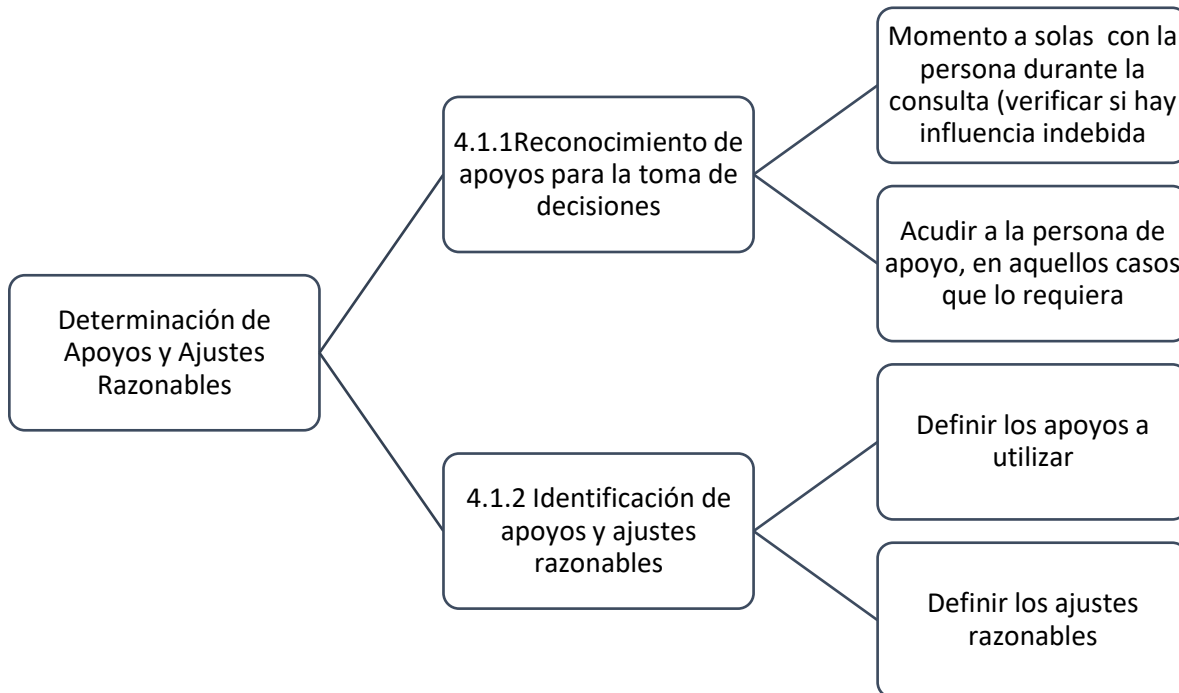


4.1 Determinación de apoyos y ajustes razonables.

La determinación de apoyos y ajustes razonables, es el primer paso a desarrollar en el procedimiento de consentimiento informado. Se lleva a cabo en dos pasos: 1) el reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones y 2) la identificación de apoyos y ajustes razonables. Es necesario recordar que la determinación de apoyos y ajustes

razonables, debe disponerse únicamente para los casos de personas con discapacidad que así lo requieran.

Gráfico 2. Determinación de apoyos y ajustes razonables



4.1.1 Reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones.

Hace referencia al primer paso de la determinación de apoyos y ajustes razonables. En dicho momento el personal de salud a cargo¹¹, establece con la persona con discapacidad, mediante el diálogo y la interacción, las formas en que se comunica y toma decisiones, así como los apoyos con los que cuenta la persona y la manera de usarlos durante la atención.

Por ejemplo, si se identifica que el apoyo con el que cuenta la persona con discapacidad auditiva es el Sistema FM, el personal de salud debe saber que para su uso, solo se debe utilizar el micrófono.

¹¹ Medicina, enfermería, psicología u otra área de la salud, que esté capacitado y disponible en el servicio para llevar a cabo la determinación de apoyos y ajustes razonables

Durante el reconocimiento de apoyos¹², se incluye además, obtener información que sea relevante para la toma de decisiones informadas, relacionada con:

- Las características del contexto familiar, social, educativo, laboral, institucional entre otros aspectos, en los que se desempeña la persona con discapacidad.
- Los aspectos que dan cuenta de la historia de vida de la persona con discapacidad, así como de sus intereses, deseos y preferencias.
- Aspectos relacionados con decisiones sobre salud que haya tomado la persona con discapacidad.
- La identificación de la red de apoyo de la persona con discapacidad, donde estén incluidas aquellas personas que hacen parte de su círculo de confianza y en las cuales se puede apoyar para tomar decisiones en diferentes aspectos de su vida. Las redes de apoyo contemplan personas del círculo familiar, comunitario y/o institucional.

Es importante que el personal de salud que lleve a cabo el reconocimiento de apoyos, considere un primer momento a solas durante la consulta con la persona con discapacidad. Esto permitirá entre otras cosas, verificar que no exista influencia indebida por parte de quien acompaña a la persona con discapacidad, frente a la decisión sobre su atención en salud.

Posterior a ese momento, si el personal de salud considera necesario, podrá acudir a la persona de apoyo en aquellos casos que lo requiera, para poder contar con información que se considere relevante para el reconocimiento de apoyos para la toma de decisiones.

4.1.2 Identificación de apoyos y ajustes razonables.

Después del reconocimiento, si el personal de salud a cargo encuentra que la persona no cuenta con apoyos o los que tiene no son suficientes, procederá a identificar los apoyos y ajustes razonables que deben ser provistos para llevar a cabo el procedimiento de consentimiento informado.

Estas actividades facilitarán la identificación por parte del personal de salud, de los factores que influyen en la provisión, como por ejemplo: el tiempo de organización logística, los materiales, los espacios disponibles, entre otros, de tal manera que puedan ser usados de forma efectiva durante el procedimiento de consentimiento informado.

¹² Esta información retoma lo dispuesto en el Anexo Técnico que hace parte integral de la Resolución 1904 de 2017, que adopta y adapta elementos del del documento de Valoración de necesidades de apoyos para tomar decisiones en salud sexual y salud Reproductiva de Profamilia (2017).



4.2 Entrega de información adecuada y suficiente.

Para que la persona con discapacidad pueda dar su consentimiento informado frente a un procedimiento en salud, le debe ser brindada información adecuada y suficiente sobre el mismo. La entrega de información debe hacerse posterior a la determinación de apoyos y/o ajustes razonables. De manera específica para este momento de participación, el personal de salud acudirá al uso de aquellas estrategias, medios, modos, formas y/o formatos que le faciliten la comunicación con la persona con discapacidad para la entrega de la información.

4.3 Comprensión de la información y análisis de las opciones y de sus posibles consecuencias.

El personal de salud, deberá buscar que la persona comprenda la información y hacer la respectiva verificación de que así haya sido. Para ello, deberá acudir a los apoyos y ajustes razonables necesarios para tal fin. Así mismo, deberá indagar sobre la claridad que tenga la persona con discapacidad respecto de las consecuencias para su vida y los efectos de la decisión que vaya a tomar en relación con su atención en salud.

Dicho análisis lo podrá desarrollar la persona con discapacidad, sola o acompañada de la persona de apoyo que se haya determinado, según el caso. Además, el personal de salud deberá hacer uso de preguntas de verificación del entendimiento de la información.

4.4 Toma de decisión.

Después de verificar que la persona con discapacidad recibió, comprendió y analizó la información, esta emitirá su decisión de asentimiento o disentimiento a través del consentimiento informado escrito. El personal de salud dejará consignada dicha información en la historia clínica. Cuando se cuente con decisión de asentimiento al procedimiento y así conste en el consentimiento informado, se continuará con la realización de los procedimientos autorizados, en el caso contrario cuando hay disentimiento se reitera a la persona con discapacidad, las consecuencias de la no aceptación del procedimiento y las recomendaciones que se estimen pertinentes, lo cual se deberá consignar en la historia clínica.

4.5 Consentimiento informado asistido

Se entiende por consentimiento informado asistido, aquel que se obtiene cuando no es posible conocer la voluntad de la persona con discapacidad, después de haber realizado la determinación de apoyos y ajustes razonables. En estos casos, se acudirá a las personas de apoyo que demuestran una relación de confianza con la persona con



discapacidad y al personal de salud tratante, para asistir de manera conjunta la toma de decisiones frente a la atención en salud y la suscripción del consentimiento informado. De este hecho debe quedar registro en la historia clínica con la información de la decisión tomada.

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

5. Estrategias del prestador para lograr compromiso con la cultura del consentimiento informado.

- a) Capacitar acerca de la importancia de informar a la persona con discapacidad, sobre la necesidad de conocer y solicitar información, de los procedimientos de salud que se le van a realizar.
- b) Fortalecer estrategias pedagógicas, para enfatizar el reconocimiento de las personas con discapacidad, como sujetos de derechos, con capacidad jurídica, y con autonomía para la toma de decisiones.
- c) Capacitar permanentemente, para crear una cultura de consentimiento informado en el marco de la política de la seguridad del paciente.
- d) Desarrollar formatos de consentimiento informado, claros y amigables para su lectura, comprensión y diligenciamiento por parte de las personas con discapacidad. Se recomienda tener disponibles formatos de consentimiento informado en presentación de lectura fácil y macrotipos.
- e) Para la comprensión del consentimiento informado, el personal de salud, se puede apoyar en videos con subtítulos e interpretación de lengua de señas, entre otros.
- f) Considerar tiempos adicionales, para adelantar las actividades de consentimiento informado cuando se requiera, como los propuestos en el anexo técnico que hace parte integral de la Resolución 1904 de 2017.
- g) Realizar auditorías periódicas, al diligenciamiento completo del consentimiento informado y a su entendimiento por parte de la persona con discapacidad y/o por las personas de apoyo. De los resultados se deberá realimentar al personal de salud.

6. Factores que contribuyen al fracaso del consentimiento informado durante la atención de personas con discapacidad.



- a) Personal de salud poco comprometido con la cultura del consentimiento informado.
- b) Personal de salud no formado en la determinación y provisión de apoyos y ajustes razonables, para la emisión del consentimiento informado de las personas con discapacidad
- c) Personal de salud, que usan lenguaje poco comprensible cuando dan la información a la persona con discapacidad.
- d) Verificación deficiente o ausente de los procedimientos de consentimiento informado.
- e) Verificación deficiente o ausente del entendimiento del consentimiento informado, por parte de la persona con discapacidad y la persona de apoyo.
- f) Acciones ausentes o deficientes para la determinación y provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardas.
- g) Ausencia de registro en la historia clínica.
- h) Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado.

Teniendo en cuenta lo enunciado, los prestadores que atiendan personas con discapacidad, deben contemplar dentro de su procedimiento de consentimiento informado, actividades que eliminen los factores que contribuyen al fracaso del consentimiento informado durante la atención de personas con discapacidad.

REFERENCIAS



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Ministerio de la Protección Social (2014). Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” versión 2.0. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-funcionalidad-procedimientos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, paquete instruccional versión 2.0. Bogotá: Autor

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: Autor

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Resolución 1904 de 2017. Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Autor

Gobierno de Aragón (2018). Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Disponible en <http://www.arasaac.org/aac.php>

Profamilia (2017). Valoración de necesidades de apoyos para tomar decisiones en salud sexual y salud reproductiva. Bogotá: AUTOR

ANEXO 1. Estrategias para hacer uso de formas comunicativas no convencionales.

En los casos en que la persona no se comunique de manera verbal o escrita, el personal de salud podrá tener en cuenta otras posibilidades comunicativas, para identificar la comprensión de la información entregada y la decisión que tome la persona con discapacidad. A continuación se presentan algunas posibilidades.

Posibilidad Comunicativa	Estrategia
Estado de Alerta	Identifique si la persona con discapacidad se encuentra alerta y si al intentar comunicarse con ella exagera la respuesta, con movimientos o sonidos.
Estado de Agitación	de Observe si la persona con discapacidad está ansiosa o en pánico; esta situación puede interferir en la toma de decisiones.
Emisión de Sonidos	de Algunas personas con discapacidad emiten sonidos, debe revisarse si hace parte de su forma de comunicación. Indague con el acompañante o persona de apoyo, si tiene algún sonido asociado a palabras como “si o no”, esto le permitirá entablar una conversación que partirá de preguntas cerradas, inicie con preguntas como: ¿se siente cómodo (a) en este espacio?
Movimientos faciales corporales	y Observar constantemente a la persona con discapacidad, esto le permitirá identificar, si existe tensión facial, que sea usada como medio de comunicación, reflejando incomodidad, felicidad, disgusto, entre otros.
	Indague si usa movimientos para expresar necesidades o comunicarse con el entorno, pregunte como hacer uso de estas e intente comunicarse directamente con las personas con discapacidad.



ANEXO 2. Normograma

Derecho Internacional

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
<p>Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad - OEA</p>	<p>1999</p>	<p>Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad. Establece que la discriminación se manifiesta con base a cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga como efecto impedir a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Resalta que la distinción solo se justifica si está al servicio de una mejor y mayor inclusión. Aprobada por el Congreso de la República en la Ley 762 de 2002. Declarada constitucional por la Corte Constitucional en la Sentencia C-401 de 2003. Ratificada por Colombia el 11 de febrero de 2004. En vigencia para Colombia a partir del 11 de marzo de 2004.</p>
<p>Convención de las Personas con Discapacidad – ON</p>	<p>2006</p>	<p>El propósito de la convención es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto los derechos humanos por las personas con discapacidad. Cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad.</p> <p>En su artículo 23 del numeral 1, se reconoce que los niños y niñas con discapacidad “deberán disfrutar de una vida plena</p>



		<p>y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”.</p> <p>En el artículo 24 del numeral 1 se reconoce el derecho que los niños y niñas con discapacidad tienen al “más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.”</p> <p>Aprobada por el Congreso de la República en la Ley 1346 de 2009. Declarada constitucional por la Corte Constitucional en la Sentencia C-293 de 2010. Ratificada por Colombia el 10 de mayo de 2011. En vigencia para Colombia a partir del 10 de junio de 2011.</p>
--	--	--

Marco legal Nacional

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
Constitución Política de Colombia.	1991	Art 13 "El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan."
Ley 1346	2009	Por medio de la cual se aprueba la Convención de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas el 13 de Diciembre de 2006.
Ley Estatutaria 1618	2013	<p>Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las Personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 9 Derecho a la habilitación y Rehabilitación</p> <p>Artículo 10 Derecho a la Salud : Literal c) Asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles a las personas con discapacidad;</p> <p>Artículo 14 Derecho al Acceso y Accesibilidad</p>



<p>Conpes 166</p>	<p>2013</p>	<p>Define los lineamientos, estrategias y recomendaciones que con la participación de las instituciones del Estado, la sociedad civil organizada y la ciudadanía, permitan avanzar en construcción e implementación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social – PPDIS, que se basa en el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las Personas con Discapacidad.</p>
<p>NTC 6047</p>	<p>2013</p>	<p>Accesibilidad al medio físico. Espacios de servicio al ciudadano en la administración pública. Requisitos 22.1 y 22.2 sobre accesibilidad auditiva – iluminación para facilitar el lenguaje de señas y lectura labial 45 y 45.1 Señalización y Generalidades para la señalización Requisitos para las zonas de servicio al ciudadano: (...)Señalización y suministro de señales táctiles realizadas y las señalización en braille</p>
<p>Decreto 103</p>	<p>2014</p>	<p>Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 Accesibilidad y otras directrices Artículo 12. Formato alternativo. Para efectos de lo previsto en el artículo 8° de la Ley 1712 de 2014, se entenderá por formato alternativo, la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública o se permite su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas en situación de discapacidad, en aplicación del criterio diferencial de accesibilidad. Artículo 13. Accesibilidad en medios electrónicos para población en situación de discapacidad. Todos los medios de comunicación electrónica dispuestos para divulgar la información deberán cumplir con las directrices de accesibilidad que dicte el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones a través de los lineamientos que se determinen en la Estrategia de Gobierno en línea. Artículo 14. Accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad. Los sujetos obligados deben cumplir con los criterios y requisitos generales de accesibilidad y señalización de todos los espacios físicos destinados para la atención de solicitudes de información pública y/o divulgación de la misma, conforme a los</p>



		lineamientos de la Norma Técnica Colombiana 6047, “Accesibilidad al medio físico. Espacios de servicio al ciudadano en la Administración Pública. Requisitos”, o la que la modifique o sustituya, atendiendo al principio de ajustes razonables establecido en dicha norma.
Ley 1752	2015	Por medio de la cual se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. Eleva a delito la discriminación por motivos de discapacidad.

Normas sobre la atención integral en salud

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
Ley 100	1993	<p>Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, y brinda beneficios especiales a las personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 153 numeral 3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.</p>
Ley 1438	2011	<p>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones,</p> <p>En su artículo 66. Determina que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de la Protección Social.</p>
Resolución 2003	2014	<p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud</p> <p>“ARTICULO 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.</p> <p>ARTÍCULO 15. “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan</p>



	<p>afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.</p> <p>ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.</p> <p>El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados. ” Sobre el estándar de Historia Clínicas: Página 34</p> <p>En el estándar, de historia clínica y/o registros, determina que las historias clínicas deben contar “con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.”</p> <p>Sobre el consentimiento informado: Página 202.</p> <p>Lo define como “la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente”</p> <p>Sobre accesibilidad: La resolución aborda el cumplimiento de la accesibilidad en los siguientes aspectos:</p> <p>“(…)3. Pasos para la habilitación.</p> <p>3.2 Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación</p> <p>3.2.2 En Infraestructura(</p> <p>“(…) La institución cumple con las condiciones de accesibilidad en Colombia (Resolución Min Salud 14861 de 1985 y Ley 361 de 1997). (…)”</p> <p>“(…)Atención domiciliaria:</p> <p>Procesos prioritarios</p> <p>Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico sin ventilador, cuenta con guías, protocolos o procedimientos para: (….)numeral 7 : Valoración del domicilio, previo al ingreso al programa, para evaluar las condiciones de accesibilidad al mismo.</p> <p>Estándar: Infraestructura</p>
--	---



		<p>Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico con y sin ventilador.</p> <p>Para inclusión de pacientes en el servicio de atención domiciliaria, el domicilio debe cumplir con las siguientes condiciones y características:</p> <p>1. Accesibilidad al mismo. (...)"</p>
Circular 016	2014	Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos por leyes especiales.
Ley 1751	2015	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Artículo 11 establece como sujetos de especial protección a la población con discapacidad. Declarada exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C-634 de 2015</p>
Circular 010	2015	Dirigida a Entidades Promotoras de Salud – EPS, Prestadores de Servicios de Salud y afiliados del Sistema General de Seguridad en Salud, con el fin de garantizar el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de esta población.
Resolución 1904	2017	<p>Por medio de la cual se establece el reglamento de que trata la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Con relación al consentimiento informado establece:</p> <p>ARTÍCULO 8. NECESIDAD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran las personas con discapacidad, incluyendo los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para la atención en salud sexual y salud reproductiva, deberá contar previamente con la autorización de dichas personas, materializada a través del consentimiento libre e informado, según lo definido en el numeral 5.4 del artículo 5o de la presente resolución, salvo en aquellos casos en que corra riesgo su vida o integridad física.</p> <p>PARÁGRAFO 1. En aquellos casos en los que pese a la provisión de apoyos y/o ajustes razonables no sea posible conocer la voluntad de la persona con discapacidad frente al procedimiento diagnóstico y terapéutico que requiera, el referido consentimiento será asistido por las personas que demuestren relación de confianza y tomando en consideración las recomendaciones provistas por el profesional de salud, a efectos de hacer la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad.</p>



	<p>PARÁGRAFO 2. El consentimiento informado respecto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, procederá en las mismas condiciones en que se otorga el consentimiento de los niños, niñas y adolescentes en general y en todo caso, brindándoles a aquellos los apoyos y ajustes razonables a que alude esta resolución, para el evento en que sea necesario.</p> <p>ARTÍCULO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA MENORES. Cuando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deban realizarse como consecuencia de casos de violencia sexual cometida en contra de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad por parte de sus representantes legales, familiares, cuidadores o aquellas personas que hagan parte de su entorno protector, se activará por parte del prestador de servicios de salud, la ruta intersectorial contemplada en el Protocolo de Atención Integral en Salud, adoptado mediante Resolución 0459 de 2012, expedida por este Ministerio o la norma que lo modifique o sustituya.</p> <p>En consecuencia, el consentimiento informado para la realización de dicho procedimiento, estará a cargo de las autoridades administrativas de protección y restablecimiento de derechos o de las autoridades judiciales competentes, según corresponda.</p> <p>Para la emisión del referido consentimiento se deberá contar con la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, que sean necesarias para considerar la voluntad del niño, niña o adolescente respecto de su salud sexual y salud reproductiva, de acuerdo con las particularidades del caso.</p> <p>PARÁGRAFO. En los casos de interrupción voluntaria del embarazo, se tendrá en cuenta la decisión de las niñas y adolescentes con discapacidad sobre continuar o interrumpir el embarazo, previa asesoría a través del uso de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias con la finalidad de garantizar que esta decisión haya sido libre e informada.</p> <p>ARTÍCULO 10. PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN. El procedimiento de esterilización, deberá contar con el consentimiento informado de la persona con discapacidad, según lo definido en el numeral 5.4, del artículo 5o de la presente resolución, en consonancia con el artículo 8.</p> <p>En los casos en que el procedimiento de esterilización no sea solicitado directamente por la persona con discapacidad o cuando, pese a los apoyos y ajustes razonables correspondientes, no pueda reconocerse su voluntad y preferencia para tomar una decisión al respecto, se deberá hacer uso de las salvaguardias para proteger la voluntad de la persona con discapacidad. De igual manera, se procederá en los casos en donde el personal médico tenga sospechas fundadas de coerción, influencias indebidas o similares, frente a dicha solicitud.</p>
--	--



		<p>Así mismo, se deberá informar a las personas con discapacidad y en los casos que corresponda a las personas de apoyo, de otros procedimientos de anticoncepción no definitivos, como alternativa a los procesos de esterilización definitiva.</p> <p>PARÁGRAFO. La prohibición a la anticoncepción quirúrgica de que trata el artículo 7o de la Ley 1412 de 2010, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se extenderá a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, por lo que este procedimiento no podrá realizarse respecto de dicha población, pese a que medie consentimiento informado.</p> <p>ARTÍCULO 11. DECLARATORIAS ANTICIPADAS. Las personas con discapacidad, mayores de edad, podrán emitir declaratorias anticipadas frente a las atenciones que en materia de salud sexual y salud reproductiva desean o no recibir cuando no puedan tomar decisiones o expresar su voluntad. Estas declaratorias deberán ser tenidas en cuenta durante la atención en salud y ser registradas en la historia clínica. Las declaratorias anticipadas solo podrán ser revocadas por quien las emite.</p>
Resolución 825	2018	“Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de niños, niñas y adolescentes”.

Normas que relacionan específicamente la obligatoriedad del consentimiento informado.

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
Ley 23	1981	<p>Por la cual se dictan normas en materia de ética médica</p> <p>En el artículo 15 establece que “el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”</p>
Resolución 1995	1999	<p>Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica</p> <p>En su artículo 11 define que son considerados anexos de la historia clínica; “ todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes”</p>
Resolución 8430	1993	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.



		<p>En el Artículo 6 literal e, la resolución plantea que la investigación desarrollada en humanos, "(...) contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución".</p> <p>En ese mismo artículo en el literal g se informa que la investigación se llevará a cabo "cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución."</p>
Decreto 1543	1997	<p>Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)</p> <p>El Decreto determina de manera específica del consentimiento informado en los siguientes momentos:</p> <p>Artículo 37: Derecho al Consentimiento Informado. La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente decreto.</p>
Decreto 2997	1998	<p>Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones</p> <p>En el Artículo 6o. determina que "Todo médico que aplique terapias alternativas, deberá antes de iniciar cualquier tratamiento explicar al usuario en términos claros y sencillos, el procedimiento, el tiempo aproximado de duración del mismo y la advertencia del riesgo previsto, solicitando su autorización o la de sus familiares o personas responsables, para tal efecto.</p> <p>PARAGRAFO. Las entidades aseguradoras, instituciones prestadoras de servicios de salud y demás prestadores que ofrezcan o presten servicios de terapias alternativas, deberán difundir entre sus usuarios la prestación de estos servicios y las condiciones para acceder a ellas.</p>
Decreto 2493	2004	<p>Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos</p> <p>Determina en el artículo 16 con relación a la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplantes o implante, podrá realizarse "1. Cuando se trate de donante vivo (...) literal b) Que exista consentimiento informado expreso, con un término mínimo entre la firma del documento y la extracción del órgano de 24 horas del proceso de extracción del donante, mediante declaración juramentada ante notario público;"</p>



		<p>“2. Cuando se trate de donante fallecido: a) Siempre que se haya garantizado y asegurado el proceso de consentimiento informado del donante y a falta de este último el de los deudos; b) Que el donante o los deudos responsables de la donación, en el momento de expresar su voluntad sean mayores de edad y civilmente capaces; (...)”</p> <p>Parágrafo. En donante vivo menor de edad y mujer en estado de embarazo la donación solo procederá para la obtención de células progenitoras, previo consentimiento informado de sus representantes legales cuando sea del caso y teniendo en cuenta lo establecido en el presente artículo.”</p>
Resolución 1448	2006	<p>Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina</p> <p>Determina en el artículo 12 determina con relación al consentimiento informado que “(...) para la atención de pacientes bajo la modalidad de telemedicina, será necesario que al paciente se le haya informado en qué consiste esta modalidad de servicio, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención.</p> <p>Para este efecto, se dejará constancia en la historia clínica del paciente, quien con su firma autógrafa o huella dactilar declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido bajo esta modalidad.</p> <p>En los casos en los cuales la condición médica o mental del paciente no le permita expresar su consentimiento éste podrá ser dado por los padres legítimos o adoptivos, el cónyuge o compañero (a) permanente, los parientes consanguíneos en línea directa o colateral hasta el tercer grado o su representante legal”</p>
Resolución 4905	2006	<p>Por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-, se adiciona la Resolución 1896 de 2001</p> <p>Sobre el consentimiento informado se determina en el artículo 5 “CELERIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IVE. La provisión de servicios de IVE debe realizarse en lo posible dentro de los primeros cinco días siguientes a la solicitud y previo el consentimiento informado por parte de la gestante y la presentación de la certificación médica o la copia de la denuncia penal, según el caso.”</p>
Resolución 1973	2008	<p>Por medio de la cual se modifica la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008</p> <p>Artículo 2°. Modifícase los numerales 5.3.2 y los subnumerales correspondientes de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, los cuales quedarán de la siguiente manera:</p> <p>5.3.2. Aplicación de dispositivos</p>



		<p>5.3.2.1. Aplicación y Retiro de Dispositivo Intrauterino-DIU- (Inserción de Dispositivo Intrauterino DIU 69.7.1.00; Extracción de Dispositivo anticonceptivo intrauterino-DIU-SOD 97.7.1.00).</p> <p>5.3.2.1.1. DIU de Intervalo</p> <p>5.3.2.1.2. DIU Postevento Obstétrico (posparto y posaborto)</p> <p>5.3.2.2. Aplicación y retiro del implante anticonceptivo subdérmico (Inserción de Anticonceptivos Subdérmicos 86.1.8.01; Extracción de anticonceptivos subdérmicos por incisión 86.1.2.03)</p> <p>Determina que serán “(...) técnicas realizadas por profesionales de la medicina o de la enfermería debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación.”</p>
Ley 1566	2012	<p>Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas.</p> <p>Se establece en el artículo 4o. sobre el consentimiento informado que “(...) Para realizar el proceso de atención integral será necesario que el servicio de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas o el servicio de farmacodependencia haya informado a la persona sobre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. La persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.</p>
Decreto 780	2016	<p>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y. Protección Social</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.10. ADVERTENCIA DEL RIESGO PREVISTO. El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro de la práctica médica, pueda llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.</p> <p>(Artículo 10 del Decreto 3380 de 1981)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.11. CAUSALES DE EXONERACIÓN DE ADVERTENCIA DEL RIESGO PREVISTO. El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:</p>



	<p>a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;</p> <p>b) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.</p> <p>(Artículo 11 del Decreto 3380 de 1981)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.12. CONSTANCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.</p> <p>(Artículo 12 del Decreto 3380 de 1981)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.13. EFECTOS ADVERSOS DE CARÁCTER IMPREVISIBLE. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.</p> <p>(Artículo 13 del Decreto 3380 de 1981)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.14. DE LA OBLIGATORIEDAD DE COMUNICAR LA GRAVEDAD DEL PACIENTE. Entiéndase que la obligación a que se refiere el artículo 18 de la Ley 23 de 1981, con relación a los familiares o allegados debe cumplirse solo cuando estos se encuentren presentes.</p> <p>(Artículo 14 del Decreto 3380 de 1981)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.1.1.15. RESPONSABLES DEL ENFERMO. Para efectos del artículo 19 de la Ley 23 de 1981, son responsables del enfermo, las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros médicos.</p> <p>(Artículo 16 del Decreto 3380 de 1981)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.2.8. ADVERTENCIA DEL RIESGO PREVISTO. El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, Capítulo II, artículo 5o, con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos.</p> <p>(Artículo 8o del Decreto 491 de 1990)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.2.9. CAUSALES DE EXONERACIÓN DE ADVERTENCIA DEL RIESGO PREVISTO. El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;</p>
--	--



	<p>b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico. (Artículo 9o del Decreto 491 de 1990)</p> <p>ARTÍCULO 2.7.2.2.2.10. CONSTANCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA. El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla.</p>
--	---