EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ESTRATEGIA DE GESTIÓN ANTICIPADA DEL RIESGO JURÍDICO EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN COLOMBIA

Javier de Jesús Torrenegra Villalobos (javiertorrenegra95@hotmail.com)[1]

Resumen

El presente artículo aborda el alcance jurídico del consentimiento informado dentro de la responsabilidad civil médica en Colombia, desde una perspectiva preventiva y de gestión anticipada del riesgo legal. A partir del análisis de doctrina especializada, textos académicos y jurisprudencia reciente, se evidencia que el consentimiento informado se constituye como un principio autónomo, capaz de materializar otros postulados constitucionales esenciales como lo son la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad individual y el pluralismo. Asimismo, se configura como un mecanismo de garantía para la protección de los derechos fundamentales a la salud y a la integridad personal.

En este sentido, se propone interpretar el consentimiento informado no solo como un requisito formal del acto médico, sino como una herramienta de gestión del riesgo jurídico,

[1] Médico de la Universidad Rafael Núñez. Estudiante de especialización en Derecho Médico, Universidad del Sinú Seccional Cartagena.

orientada a prevenir conflictos legales, promover la transparencia en la relación médico-paciente, fortalecer la autonomía del paciente y estructurar criterios probatorios que encaminen la praxis médica hacia el cumplimiento ético y legal de la lex artis. Bajo este enfoque, el consentimiento informado deja de concebirse como una mera firma en un documento para ser entendido como un proceso comunicativo y deliberativo, indispensable para la protección de derechos y la disminución de los conflictos legales en la práctica médica en Colombia

Palabras claves: Consentimiento informado, responsabilidad civil médica, lex artis, autonomía del paciente, gestión del riesgo jurídico.

1. Introducción

El derecho a la salud en Colombia se configura como un derecho fundamental de aplicación inmediata, con soporte en la Constitución Política y en diversos desarrollos legislativos y jurisprudenciales. Está definido como un servicio público esencial, sujeto a regulación, control y vigilancia por parte del Estado, y organizado bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. La prestación del servicio se realiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual integra múltiples actores, incluyendo al Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las Entidades Territoriales (ET), la Superintendencia Nacional de Salud y los usuarios/afiliados; lo que hace del sector salud un espacio donde convergen deberes jurídicos, responsabilidades técnicas y expectativas sociales.

La normativa colombiana establece que el acto médico implica la intervención del Talento Humano en Salud, definido en la Ley 1164 de 2007 y regulado de forma complementaria por el

Decreto 4192 de 2010. Ambos instrumentos indican que el profesional de la salud actúa con autonomía técnica y bajo la responsabilidad de orientar, tratar, rehabilitar o acompañar al paciente conforme a parámetros de competencia, racionalidad clínica y lex artis. En este sentido, la medicina adquiere una dimensión jurídica que exige no solo idoneidad científica, sino también diligencia informativa. La relación médico–paciente se estructura como una obligación de medios, es decir, el profesional no está obligado a garantizar la recuperación del paciente, pero sí a prestar un servicio diligente, prudente y fundamentado en criterios técnicos actualizados. De allí surge la necesidad jurídica de analizar las implicaciones del acto médico a la luz de la responsabilidad civil, en particular cuando el resultado asistencial deriva en un daño.

En consecuencia, la relación médica plantea un escenario de riesgo jurídico constante. El profesional se enfrenta a exigencias clínicas complejas que, aun siendo realizadas con fundamento técnico y ético, pueden generar cuestionamientos legales si aparece un daño posterior. Por ello, las herramientas de prevención y delimitación de responsabilidad adquieren relevancia dentro del contexto médico actual. Entre ellas, el consentimiento informado ha surgido como una figura fundamental, no solo en términos bioéticos, sino también como una estrategia de gestión anticipada del riesgo jurídico.

El consentimiento informado se ha consolidado en Colombia como una institución jurídica esencial dentro del acto médico, al punto de considerarse un componente estructural del derecho fundamental a la salud y, simultáneamente, un mecanismo de garantía de la autonomía personal del paciente. Su función no se reduce a una formalidad administrativa ni a un simple documento de firma, sino que se configura como un proceso comunicativo, razonado y bilateral, mediante el cual el paciente participa activamente en las decisiones sobre su propio cuerpo y tratamiento

médico. De esta manera, el consentimiento informado transforma al paciente en sujeto activo del acto médico y delimita el ámbito de responsabilidad del profesional tratante.

A partir de este contexto surge la pregunta que orienta esta investigación:

¿puede el consentimiento informado ser aplicado como una estrategia de gestión anticipada del riesgo jurídico en la responsabilidad civil médica en Colombia, más allá de su función meramente documental?

Con base en este interrogante, se realiza un estudio jurídico–documental que busca examinar el consentimiento informado como garantía constitucional, deber médico y mecanismo preventivo frente a la judicialización creciente del acto médico, con el fin de valorar su potencial real para fortalecer la seguridad jurídica en la práctica médica actual.

2. Metodología:

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, de tipo documental y analítico, orientado a examinar el consentimiento informado como estrategia de gestión anticipada del riesgo jurídico dentro del marco de la responsabilidad civil médica en Colombia. Su propósito es comprender, desde una perspectiva jurídica, cómo el cumplimiento adecuado del deber de información y la correcta documentación del consentimiento pueden prevenir litigios derivados del acto médico.

El diseño metodológico es no experimental, puesto que no se manipulan variables ni se realizan observaciones directas sobre sujetos o instituciones de salud. En su lugar, se desarrolla un estudio basado en la revisión crítica, sistemática y comparada de fuentes secundarias (normativas, doctrinales y jurisprudenciales) que permitan identificar criterios, tendencias y vacíos en la

interpretación del consentimiento informado como elemento estructural del acto médico y del riesgo jurídico asociado.

3. Resultados

3.1. Naturaleza jurídica del consentimiento informado

3.1.1. Perspectiva doctrinal: evolución conceptual

Desde la visión doctrinal clásica, el consentimiento informado se concebía como un requisito formal que autorizaba la intervención del profesional de la salud y evitaba su responsabilidad penal o civil frente a eventuales reclamaciones. Desde esa óptica, su función se limitaba a obtener la firma del paciente, sin exigirse una verdadera interacción clínica o deliberación previa.

Sin embargo, los desarrollos más recientes de la doctrina han superado este enfoque formalista y han señalado que el consentimiento informado no se agota en un documento firmado, sino que constituye un proceso de comunicación que valida la decisión del paciente y materializa el principio de autonomía.

Autores como Cárdenas y Moreno (2011) sostienen que la autonomía del paciente es el fundamento central de esta figura, pues este posee un derecho inviolable a decidir sobre su cuerpo y a aceptar o rechazar tratamientos terapéuticos. En esa misma línea, Monsalve y Navarro (2014) advirtieron que la idea de limitar el consentimiento a una firma desconoce la esencia de la autodeterminación y configura un riesgo jurídico para el profesional, quien podría enfrentar demandas por intromisión ilegítima en el cuerpo del paciente o por omisión de información relevante.

En consonancia con estas posturas, Mendoza y Herrera (2017), apoyándose en desarrollos de la doctrina jurídico-médica, sostienen que el consentimiento informado "se entiende el CI como un proceso de ilustración continuada al paciente, en el cual éste expresa su voluntad de aceptar o rechazar un plan (diagnóstico, terapéutico o investigativo) formulado por el médico". En cuanto a la finalidad de dicha ilustración, señalan que el objetivo es permitir la efectiva manifestación de la voluntad frente a los procedimientos médicos o quirúrgicos que puedan incidir en la salud del paciente. Así, afirman que este proceso debe asegurar que el paciente alcance una comprensión clara de los beneficios, riesgos y posibles opciones frente a la intervención propuesta, de modo que, ejerciendo su derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de su personalidad, disponga de los elementos necesarios para adoptar una decisión informada respecto de las actuaciones médicas que puedan afectar su estado de salud.

Complementando esta posición, Pico y Vega (2022) plantean que la relación médico–paciente no se construye únicamente sobre el conocimiento técnico, sino sobre un ejercicio comunicativo que genera confianza y legitimidad del acto médico. Desde esta perspectiva, el consentimiento informado opera como un "registro del acuerdo de voluntades y la confiabilidad del paciente y su familia en el médico, la institución y el sistema de salud".

Los autores sostienen que la calidad del consentimiento depende directamente del diálogo clínico, pues una comunicación efectiva no solo favorece la comprensión del procedimiento, sino que reduce el riesgo de conflicto jurídico. En palabras de los propios autores, una interacción clara "disminuye la probabilidad de una acción legal ante un evento adverso y atenúa el impacto de una eventual consecuencia desfavorable".

Asimismo, subrayan que el consentimiento informado no se limita a la transmisión de información, sino que es el resultado de un proceso complejo que exige habilidades comunicativas y capacidad de escucha. Su eficacia depende de que la decisión del paciente esté respaldada por un entendimiento claro del diagnóstico y del procedimiento.

La evolución doctrinal revela que el consentimiento informado ha dejado de considerarse un trámite accesorio para convertirse en un elemento esencial del acto médico. Esta transformación no solo redefine la relación entre médico y paciente, sino que también redefine los límites jurídicos de la intervención clínica, pues cualquier actuación sin diálogo esclarecedor puede considerarse una afectación a la autodeterminación del paciente y, por tanto, generar responsabilidad para el profesional. De esta manera, el consentimiento deja de operar únicamente como una herramienta de protección para el médico y se erige como un derecho del paciente, concebido como garantía mínima de legitimidad del acto médico.

3.1.2. Perspectiva normativa y jurisprudencial: evolución del consentimiento informado en Colombia

La construcción del consentimiento informado dentro del ordenamiento jurídico colombiano no surgió de manera inmediata ni como categoría autónoma. Su incorporación fue gradual y respondió tanto a la necesidad de delimitar los alcances del acto médico como a la obligación de proteger la dignidad humana frente a intervenciones que afectan directamente el cuerpo y la salud de las personas. Esta transformación normativa se puede entender a partir de tres momentos claves que explican el tránsito desde un enfoque ético hasta su reconocimiento como garantía jurídica y derecho fundamental.

1. Incorporación normativa en la década de los 80

El primer avance formal se ubica en la década de los ochenta, con la expedición de la Ley 23 de 1981, "por la cual se dictan normas en materia de ética médica", y su Decreto Reglamentario 3388 del mismo año. Si bien el legislador no utilizó expresamente la expresión "consentimiento informado", sí incorporó los pilares esenciales de esta institución jurídica, al exigir una práctica médica fundada en la responsabilidad profesional, la deliberación previa y la información clara y suficiente sobre los procedimientos a realizar.

En particular, el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 introduce de manera implícita esta figura, al ordenar 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".

De igual modo, el artículo 16 impuso al médico el deber de informar sobre las posibles reacciones adversas, inmediatas o posteriores, derivadas del tratamiento, ya sea al paciente o a sus familiares o allegados. Este deber se desarrolla en los artículos 9 a 13 del Decreto 3380 de 1981, que imponen informar sobre los efectos adversos, las alternativas terapéuticas y la posibilidad de dejar constancia cuando el consentimiento no pueda otorgarse.

2. Constitucionalización del consentimiento informado

La Constitución Política de 1991 reconoció en su artículo 49 el derecho a la salud como derecho constitucional conexo con la vida, y como servicio público esencial a cargo del Estado.

Aunque el texto constitucional no menciona directamente el consentimiento informado, los principios de autonomía, información y libre desarrollo de la personalidad establecieron su fundamento normativo.

A partir de este momento, el consentimiento informado dejó de ser un asunto exclusivamente ético y empezó a consolidarse como garantía constitucional exigible a través de la acción de tutela. La Corte Constitucional comenzó a pronunciarse sobre la figura y a integrarla como parte esencial del derecho a la salud. En la Sentencia T-477 de 1995 indicó que "el consentimiento informado en el ámbito de las intervenciones de la salud materializa importantes postulados constitucionales como el principio de autonomía, el derecho a la información y el derecho a la salud, entre otros." Además, la Corte introdujo el concepto de consentimiento cualificado, aplicable a procedimientos complejos que requieren mayor información y formalidades para asegurar la decisión libre del paciente.

Sentencias posteriores ampliaron el análisis en temas sensibles como la muerte digna y la eutanasia. En la línea iniciada por la Sentencia C-239 de 1997, la Corte sostuvo que el consentimiento es el elemento central para ejercer el derecho a morir dignamente, y que debe ser libre, informado, inequívoco y otorgado por una persona con capacidad real de comprensión. También se desarrolló la figura del consentimiento sustituto, válida cuando el paciente no puede manifestar su voluntad, aunque con exigencia de verificación estricta por parte de la autoridad médica.

La línea jurisprudencial se consolidó durante los años siguientes. En la Sentencia T-303 de 2016, la Corte Constitucional sostuvo que el consentimiento informado se fundamenta en los

artículos 16 y 20 de la Constitución, esto es, la autonomía personal y derecho a la información, lo que permitió reconocerlo como principio autónomo, directamente vinculado con la libertad de decidir del paciente y la protección de su integridad personal.

Ese mismo año, en la Sentencia C-182 de 2016, la Corte estableció un estándar mínimo de exigibilidad: el consentimiento debe ser libre, es decir, emitido sin presiones ni interferencias, y debe ser informado, lo que implica acceso a datos suficientes para comprender las implicaciones de la intervención terapéutica y las alternativas disponibles, incluida la opción de no recibir tratamiento. Sobre este punto señaló:

"el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características: (i) debe ser libre, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños; además, (ii) debe ser informado, pues debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica. Así, deben proporcionarse al individuo los datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento".

Con ello, la Corte dio un giro conceptual determinante: el consentimiento no opera como mera autorización médica, sino como presupuesto de validez constitucional del acto clínico.

Sin embargo, la Corte reconoció situaciones excepcionales en las que la exigencia del consentimiento puede flexibilizarse:

(i) emergencias vitales,

(ii) riesgo inminente para terceros,

(iii) representación sustituta para menores de edad, y

(iv) discapacidad mental que imposibilite una decisión autónoma.

Estas excepciones, al puntuales, no debilitan el principio general, sino que refuerzan la regla según la cual la autonomía del paciente constituye la base mínima de legitimidad jurídica del acto médico.

3. Reglamentación administrativa y operatividad del principio

El debate jurisprudencial tuvo impacto directo en la regulación administrativa. La Sentencia T-760 de 2008 ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar medidas para garantizar que toda persona afiliada al sistema tuviera acceso a información clara, comprensible y pertinente sobre su atención médica. En consecuencia, se expidieron las Resoluciones 1817, 2818 y 4392 de 2009, mediante las cuales se adoptaron lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Paciente y la Carta de Desempeño de las EPS e IPS.

Asimismo, se implementó la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, donde se consagró de manera expresa que el consentimiento informado “Es un derecho y es el medio de concertar un plan terapéutico entre el médico y su paciente. Es la expresión de la autonomía y la posibilidad que tiene un usuario en la decisión de su futuro y contexto de calidad de vida que puede lograr frente a un evento de salud específico.”

El reconocimiento legal del consentimiento informado transformó no solo la relación médico-paciente, sino que también creó un parámetro mínimo de validez constitucional para los actos médicos. El desarrollo de normas y jurisprudencia demostró que su validez requiere un proceso deliberativo genuino, respaldado por el derecho a la información, la autonomía personal

y la dignidad humana, y no solo la existencia de un registro escrito. Tal movimiento requiere que entendamos el concepto de consentimiento informado tanto como una garantía de derechos fundamentales y guía en la práctica clínica, como también un deber legal del profesional de la salud, quien puede estar vinculado por la omisión o el cumplimiento defectuoso del consentimiento informado, resultando en consecuencias legales. Finalmente, la jurisprudencia ha elevado esta idea al nivel de un principio constitucional autónomo y ha reconocido su posición estructural dentro del derecho a la salud, y, por lo tanto, debería ser reconocido como una potencial arma contra el riesgo médico en términos de prevención, y como la base de la legitimidad legal de los actos clínicos.

3.2. Dimensión jurídica del consentimiento informado en la atribución de responsabilidad médica: Jurisprudencia de la Corte Suprema

La responsabilidad civil médica exige la verificación de un nexo causal entre la actuación del profesional y el daño alegado. Este elemento probatorio resulta especialmente complejo cuando el reproche jurídico se fundamenta en una omisión, como ocurre frente a la falta de consentimiento informado. Uno de los principales desafíos consiste en explicar cómo un acto no realizado (la ausencia de información oportuna) puede generar un resultado dañoso. Precisamente por ello, la jurisprudencia civil reciente ha debido delimitar los criterios que permiten imputar responsabilidad cuando el daño proviene de una conducta omisiva del médico.

En esta materia, la Corte Suprema de Justicia ha advertido que la mera relación entre el hecho y el daño no basta para establecer responsabilidad. La teoría de la equivalencia de las condiciones, tradicionalmente empleada para evaluar la causalidad en hechos positivos, no resulta

funcional en hipótesis de omisión, pues exige una relación física directa entre eventos que, en este tipo de casos, no es verificable. Así lo precisó la Sala de Casación Civil en la sentencia SC3272 de 2020, donde señaló que esa teoría implica una dependencia inversa de las condiciones y resulta insuficiente para explicar la causalidad jurídica en el ámbito médico.

En consecuencia, el nexo causal en materia de consentimiento informado debe entenderse desde una perspectiva normativa: sólo puede atribuirse responsabilidad cuando el daño sea consecuencia directa, y evitable, de la omisión informativa atribuible al personal tratante. La Corte Suprema, en la sentencia STL11123 de 2020, enfatizó que cualquier afectación al cuerpo o a la salud del paciente debe ser producto de una conducta médica reprochable para que surja responsabilidad profesional.

No obstante, si bien el nexo causal es un elemento indispensable, su acreditación representa una de las mayores dificultades probatorias para el paciente. En principio, conforme a las reglas generales del derecho de daños, corresponde al demandante probar la relación causal entre la actuación médica y el daño sufrido. Así lo ratificó la Corte Suprema en la sentencia STC11914 de 2019. Sin embargo, el Código General del Proceso introdujo la figura de la carga dinámica de la prueba, que ha sido especialmente relevante en los procesos de responsabilidad civil médica. Esta figura, aplicada con frecuencia por la jurisprudencia, permite atribuir la carga probatoria a quien esté en mejores condiciones para aportar evidencia, lo que en el ámbito médico suele recaer sobre la institución sanitaria o el profesional tratante.

De este criterio deriva una conclusión clave: no todo resultado adverso genera responsabilidad, pues la intervención médica supone riesgos previsibles que no siempre son atribuibles al actuar del profesional.

Precisamente, el tratamiento diferenciado del derecho de daños frente a la profesión médica se justifica en un criterio de riesgo-beneficio: la intervención clínica implica una potencialidad lesiva aceptada jurídicamente, en tanto su objetivo es precisamente preservar la salud o la vida de la persona. Pero ese margen de tolerancia no se fundamenta exclusivamente en criterios científicos, sino también en el consentimiento del paciente o, excepcionalmente, de sus familiares cercanos. Como lo sostiene la sentencia STC941 de 2019, la decisión de asumir los riesgos del procedimiento debe estar respaldada por una voluntad expresada de forma libre y suficientemente informada.

Surge aquí un punto central: la autonomía y la dignidad del paciente exigen que la asunción del riesgo sea consentida, y ese consentimiento debe ser producto de un proceso informativo claro, oportuno, comprensible y leal. Solo así puede materializarse la autodeterminación personal

Lo anterior se enmarca en una línea jurisprudencial consolidada desde el año 2018. La sentencia SC5641 de ese año reconoció que la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento constituye una expresión directa del derecho fundamental a la autonomía personal. Asimismo, la Corte Suprema, en la SC2506 de 2016, vinculó el consentimiento informado con el derecho a la información como componente esencial del derecho a la salud, resaltando que el paciente debe recibir datos completos sobre su diagnóstico y las opciones de manejo clínico existentes.

El argumento adquiere mayor relevancia cuando se examina el consentimiento como límite protector de la integridad física. La sentencia SC9721 de 2015 subrayó que el cuerpo es inviolable,

y cualquier intervención sin consentimiento puede resultar contraria a la dignidad humana. En ese sentido, no basta una mera autorización; se requiere un consentimiento informado real y suficiente para validar la intervención médica.

Finalmente, la jurisprudencia ha marcado una frontera importante: el consentimiento informado no excluye automáticamente la responsabilidad civil, ni su ausencia la configura de forma automática. La sentencia SC2804 de 2019 explicó que, si el daño surge de una negligencia médica, el consentimiento prestado previamente pierde relevancia jurídica. Y, de forma inversa, si el resultado dañoso fue totalmente inesperado o imprevisible, no habrá lugar a responsabilidad, aunque no se hubiese recabado el consentimiento. Solo si el daño corresponde a un riesgo que debió ser informado, la omisión genera responsabilidad.

Así, aunque la Corte Suprema ha sido clara en señalar que la ausencia de consentimiento informado no siempre configura el nexo causal ni determina por sí misma la responsabilidad médica, no por ello ha dejado de resaltar su relevancia jurídica. Más que concebirlo únicamente como una fuente de responsabilidad, la jurisprudencia ha comenzado a otorgarle una función preventiva: el consentimiento informado se entiende como un estándar de diligencia, un medio de gestión anticipada de riesgos y como un instrumento de protección tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Visto de esa manera, constituye una garantía mínima de transparencia en la relación asistencial, así como un mecanismo para evitar conflictos legales mediante una comunicación clara, registros adecuados y documentación responsable del acto médico. De hecho, la jurisprudencia reciente no solo aborda las infracciones del deber de informar, sino que también establece un modelo de práctica clínica basado en la prevención del daño y el respeto efectivo por la autonomía del paciente.

3.3. La función preventiva del consentimiento informado en la responsabilidad médica

Del análisis articulado entre doctrina y jurisprudencia colombiana, se evidencia que el consentimiento informado ha dejado de concebirse solo como un requisito formal o probatorio para proyectarse como una herramienta estratégica de prevención del riesgo jurídico dentro de la responsabilidad médica. Este hallazgo constituye uno de los aportes centrales del presente estudio, pues demuestra que el consentimiento informado no debe permanecer estático ni limitado a la firma de un documento; por el contrario, puede adquirir un papel activo dentro de la seguridad clínica, la legitimidad del acto médico y la disminución de litigios.

A partir de la evolución doctrinal, normativa y jurisprudencial desarrollada previamente, resulta posible afirmar que el consentimiento informado adquiere eficacia jurídica y clínica si se realiza como proceso comunicativo, no como mera formalidad. Su verdadero valor reside en el diálogo médico–paciente, a través de este se construye confianza, se explican riesgos, se presentan alternativas reales y se delimitan claramente los alcances del acto médico. Como lo advierte la doctrina contemporánea, el consentimiento no debe ser únicamente informado, debe ser comprendido, pues solo así puede afirmarse que existe autonomía real del paciente y diligencia del profesional conforme a la lex artis.

Esta comprensión permite reconocer al consentimiento informado una doble función esencial:

(i) proteger derechos fundamentales, y

(ii) operar como un mecanismo de gestión anticipada del riesgo jurídico, especialmente frente a la creciente judicialización de la práctica médica en Colombia.

A partir de lo anterior, se plantea la necesidad de construir un enfoque preventivo del consentimiento informado, sustentado en comunicación efectiva, trazabilidad documental y humanización del acto médico. No se trata de añadir formalismos, sino de estructurar pautas mínimas que permitan dejar evidencia verificable de que el paciente participó activamente en la decisión clínica. Entre estas pautas se propone incluir:

- La identificación clara del procedimiento y su fundamento clínico,
- La explicación de riesgos previsibles y extraordinarios,
- La presentación de alternativas terapéuticas reales,
- La posibilidad del paciente de formular preguntas y recibir aclaraciones, y
- La verificación de su comprensión mediante herramientas simples, como checklists o registros del tiempo de explicación.

Este enfoque demuestra que la gestión del riesgo jurídico no es antagónica a la ética médica, sino que la fortalece. Asumir el consentimiento como instrumento preventivo implica reconocer que la comunicación clara y la autonomía del paciente son condiciones básicas de la responsabilidad médica y pueden reducir de forma significativa la conflictividad judicial en salud. Además, esta perspectiva es plenamente compatible con los desarrollos normativos y jurisprudenciales previamente analizados.

3. Conclusiones y recomendaciones

A partir del enfoque preventivo propuesto, se sugiere adoptar un modelo clínico-jurídico donde el consentimiento informado se desarrolle mediante un proceso comunicativo verificable, que registre de forma clara los elementos esenciales de la decisión del paciente. La implementación de formatos estandarizados, notas clínicas descriptivas o simples mecanismos de checklist no representa un formalismo adicional, sino una estrategia para garantizar seguridad clínica y fortalecer el valor probatorio del consentimiento frente a eventuales reclamaciones. Se requiere igualmente fomentar programas de formación dirigidos a los profesionales de la salud, orientados al desarrollo de habilidades comunicativas, conocimiento básico de responsabilidad civil médica y manejo de documentación clínica con fines preventivos.

De igual manera, es indispensable que el sistema de salud colombiano propenda hacia una cultura asistencial que no se funde en la firma de documentos, sino en la construcción de decisiones compartidas. Ello implica asumir que la responsabilidad médica no se evita con autorizaciones generales, sino con procesos comunicativos trazables y adaptados al diagnóstico real de cada paciente. En esa línea, el consentimiento informado puede convertirse en un mecanismo idóneo para reducir litigiosidad, delimitar la lex artis aplicable, humanizar la atención en salud y fortalecer la confianza entre médico, paciente e instituciones prestadoras de servicios.

En suma, la protección jurídica del acto médico no se logra únicamente evitando la reclamación judicial, sino construyendo relaciones asistenciales transparentes, bien documentadas y comunicativamente sólidas. El consentimiento informado ofrece la posibilidad de lograrlo y, más aún, representa una oportunidad para unir ética médica y prevención legal. Allí reside su verdadero

potencial: convertirse en una herramienta estratégica para cuidar la salud del paciente y, al mismo tiempo, proteger responsablemente la labor del profesional.

Bibliografía

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política De La República De Colombia. 01 de enero de 1991.

Cárdenas, H., & Moreno, J. (2011). la responsabilidad médica: estándares jurisprudenciales de la falta de servicio. Santiago: Legal Publising.

Consejo Superior De La Judicatura. (2019). Responsabilidad Médica En La Especialidad Civil.

Corte Constitucional, Sala de Revisión de Tutelas. (1995). Sentencia 477 de 1995.

Corte Constitucional (1997). Sentencia 239 de 1997. M.P.: Carlos Gaviria Díaz.

Corte Constitucional (2016). Sentencia C-186 de 2016. M.P.: Gloria Stella Ortiz Delgado.

Corte Constitucional (2016). Sentencia T-303 de 2016. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2015). Sentencia SC9721-2015, rad. 20020056601. Relatoría de la Corte Suprema de Justicia.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2016). Sentencia SC2506-2016, rad. 200001116, M.P.: Margarita Cabello.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2018). Sentencia SC5641-2018, rad. 20060000601, M.P.: Margarita Cabello.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2019). Sentencia SC2804-2019 del 26 de julio, M.P.: Margarita Cabello Blanco.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2019). Sentencia STC11914-2019, del 05 de septiembre, Rad. 201902813, M.P.: Luis Armando Tolosa.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2019). sentencia STC941-2019, rad-20180397600, M.P.: Octavio Augusto Tejeiro.

Corte Suprema de Justicia. (2020). Sentencia STL11123-2020, rad. 94231. Relatoría de la Corte Suprema de Justicia.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2020). Sentencia del 07 de septiembre, S.C 3272-2020 M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (2021). Sentencia del 25 de agosto de 2021, S.C 3604-2021 M.P.: Luis Alonso Rico Puerta

Corte Suprema de Justicia (2025). RESPONSABILIDAD MÉDICA. Algunos estudios contemporáneos de la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia de Colombia. Relatora Nubia Cristina Salas Salas.

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 3380 de 1981. “por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981”. 30 de noviembre de 1981.

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 4192 de 2010. “Por medio del cual se establecen las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en Colegios Profesionales del área de la salud, se reglamenta el Registro Único Nacional y la Identificación Única del Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Fernando, G. M., & Alberto, A. P. C. (2011). EL CONCEPTO DE RIESGO EN MEDICINA. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000200011

Guzmán Mora, F. (1994). La Responsabilidad Civil del Médico. Revista Colombiana de Cirugía.

Henao Cardona, L. C. (2021). El riesgo inherente y los elementos estructurantes de la responsabilidad civil médica, en el marco del Derecho sanitario colombiano. Universidad Cooperativa de Colombia.

Congreso de la República. Ley 23 de 1981. "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica". 18 de febrero de 1981.

Congreso de la República. Ley 1164 de 2007. "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud". 03 de octubre de 2007.

Congreso de la República. Ley 1564 de 2012. "Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones". 12 de julio de 2012.

Mendoza, J., & Herrera, L. (2017). El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de Ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. Revista CES Derecho.

Ministerio De Salud Y Protección Social. "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud en dos versiones", versión 1, 2009, y versión 2, 2017.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=gu%C3%ADa%20consentimiento%20informado

Monsalve, N., & Navarro, D. (2014). el consentimiento informado en la praxis médica: responsabilidad civil y derecho del consumo. Bogotá: Temis.

Ospino Rivera, J. S. (2018). Responsabilidad del profesional de la salud. Fundación Universitaria del Área Andina.

Pico, A., & Vega, N. (2022). La comunicación en el consentimiento informado. Revista Colombiana de Cirugía.

Villegas, J. (2024). El consentimiento informado: una mirada a su incorporación en el Derecho Colombiano. Revista de la Academia Colombiana de Jurisprudencia.