



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - N° 540

Bogotá, D. C., miércoles, 29 de julio de 2015

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
	SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariosenado.gov.co	SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PROYECTOS DE LEY

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 11 DE 2015 SENADO

*por medio de la cual se establecen medidas de protección para personas en condición de discapacidad y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

#### CAPÍTULO I

##### Alcance

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley busca subsanar las debilidades normativas que aún generan barreras para el acceso de la población en condiciones de discapacidad al goce pleno de sus derechos y libertades, de tal manera que la segregación social que puedan padecer sea efectivamente eliminada.

Artículo 2°. Para los efectos de la presente ley, se entenderá por personas en condición de discapacidad, aquellas que al nacer o en el transcurso de su vida adquieran deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo, que al interactuar con diversas barreras les impiden participar plena y efectivamente dentro de la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, de conformidad, con lo establecido en la “Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad”, aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009.

Artículo 3°. Toda persona en condición de discapacidad, deberá ser identificada como tal por parte del médico tratante de la EPS, con el fin de facilitar el acceso a subsidios, prestaciones, planes, programas, y proyectos públicos, como privados que los beneficien. El Gobierno reglamentará esta materia.

Parágrafo. La determinación del estado de condición de discapacidad se expedirá por parte del médico tratante de la EPS. En todo caso la persona sobre la cual sea determinada la condición de discapacidad, podrá acudir a una segunda instancia que para todos los efectos podrá ser la Junta médica que conforme la EPS, la Junta Calificadora Nacional o la Regional.

#### CAPÍTULO II

##### Sobre beneficios de retiro y pensiones

Artículo 4°. Toda persona en condición de discapacidad podrá ser beneficiaria de hasta dos pensiones, siempre y cuando cada una de ellas no supere el valor del salario mínimo legal mensual vigente. Se accederá al derecho siempre y cuando la discapacidad haya sido adquirida antes del fallecimiento del cotizante. En estos casos, el valor de las dos pensiones acumuladas será de máximo 2 smmlv.

Parágrafo 1°. El beneficio anterior se establecerá para personas que cotizan sobre el salario mínimo, tanto para empleados, como para trabajadores independientes.

Parágrafo 2°. Lo establecido en este artículo aplica para el Régimen pensional de Prima Media con Prestación Definida, y al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. En este último, no procederá la restricción establecida en el artículo 84 de la ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias.

#### CAPÍTULO III

##### Sobre los programas de apoyo

Artículo 5°. El Gobierno implementará conjuntamente con el ICBF Centros de apoyo día para la población en condición de discapacidad, sin límite de edad, especialmente para población multiimpedida.

Artículo 6°. Las Cajas de Compensación Familiar deberán contar con programas de cobertura, para personas en condición de discapacidad de todas las edades, incluidos adultos mayores.

Artículo 7°. Los Institutos de Recreación y Deporte del país, definirán, en todas las zonas de recreación públicas, elementos de inclusión para la población en condición de discapacidad. Coldeportes, realizará el control y seguimiento del cumplimiento de esta obligación.

Artículo 8°. Se creará un subsidio de apoyo en salud, para la población en condición de discapacidad que está imposibilitada en el acceso a los servicios priori-

tarios de salud, por razón de su ubicación geográfica, debilidad económica o necesidad de acompañamiento.

Parágrafo 1°. El subsidio será establecido para ciudadanos en condición de discapacidad de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, que no perciban ninguna clase de ayuda por parte del Estado, y que demuestren no tener ingresos superiores al smmlv.

Parágrafo 2°. El Gobierno establecerá el monto del subsidio, de acuerdo a la necesidad de transporte y traslado promedio de la población en condición de discapacidad, y así mismo determinará la forma en que este será entregado.

Artículo 9°. Todos los organismos de control, y los entes judiciales, garantizarán dependencias específicas, de atención a la población en condición de discapacidad, a fin de que esta población reciba una atención más pronta e inmediata de sus quejas o denuncias.

#### CAPÍTULO IV

##### **Sobre cuotas para personas en condición de discapacidad, capacitación, educación y emprendimiento**

Artículo 10. Las Universidades Públicas, Privadas y el SENA, destinarán al menos el 1% de los cupos específicamente para personas en condición de discapacidad, sin desmedro de las exigencias académicas de dichas Instituciones.

Parágrafo. Para el financiamiento de este programa, se contará con recursos que aporten la nación, los departamentos, los municipios y el Icetex. El Gobierno reglamentará dicha materia.

Artículo 11. El Ministerio de Educación Nacional garantizará que los principios de inclusión del reconocimiento a población en condición de discapacidad, hagan parte de los programas de formación a docentes ofertados en el país.

Artículo 12. Las Secretarías de Educación y el SENA, llevarán a cabo programas permanentes de capacitación dirigida a docentes, en procesos de inclusión educativa y/o pedagogía terapéutica de la población en condición de discapacidad; los cuales serán objeto de puntaje para el ascenso de escalafón docente.

Artículo 13. El Ministerio de Educación Nacional definirá los mecanismos para incentivar la formación de profesionales en Educación Especial, o la especialización de docentes en dicha materia, a fin de que estos aporten sus conocimientos en la atención e inclusión de las personas en condición de discapacidad dentro de las aulas regulares.

Parágrafo. El Ministerio de Educación Nacional se encargará de disponer de un mínimo importante de educadores capacitados en atención e inclusión de población en condición de discapacidad, dentro de las instituciones regulares, en concordancia específica de las necesidades mínimas de cada institución.

Artículo 14. El Gobierno nacional a través de Colciencias, el Sena y las entidades de educación técnica o superior promoverá y financiará la investigación de iniciativas nacionales, para el desarrollo efectivo de tecnologías que beneficien la calidad de vida de la población en condición de discapacidad. Así mismo, establecerá los mecanismos económicos para que las tecnologías que surjan de estas investigaciones, se puedan financiar para su comercialización en el país.

Artículo 15. El Gobierno nacional, establecerá un subsidio académico específico para la formación en

investigación o terapia enfocada en la rehabilitación y tratamiento de condiciones discapacitantes permanentes, a fin de estimular la preparación de profesionales en dichas áreas.

Artículo 16. Las Secretarías de Educación o quien haga sus veces, dispondrá que las instituciones de educación adapten sus infraestructuras al reconocimiento de las condiciones de discapacidad de los estudiantes en condición de discapacidad con los que cuente, lo cual incluirá la creación de accesos o infraestructuras adicionales.

Artículo 17. Los niños en condición de discapacidad de las diferentes instituciones de educación, tendrán garantizadas terapias de reemplazo por al menos la mitad de la educación física o vocacional que ha sido establecida por la institución.

#### CAPÍTULO V

##### **Sobre el trabajo**

Artículo 18. Modifíquese el parágrafo 1° del artículo 3° de la ley 1221 de 2008 el cual quedará así:

“Parágrafo 1°. Teletrabajo para población vulnerable. El Ministerio de la Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, formulará una política pública de incorporación al teletrabajo de la población vulnerable (Personas con discapacidad, personas que tengan a su cuidado a persona(s) con discapacidad, población en situación de desplazamiento forzado, población en situación de aislamiento geográfico, mujeres cabeza de hogar, población en reclusión, personas con amenaza de su vida).

Artículo 19. Modifíquese el artículo 26 de la ley 361 de 1997, el cual quedará así:

“No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado sin mediar una justa causa de las contempladas en el Código Sustantivo del Trabajo y por razón de su limitación, incumpliendo el requisito previsto en el inciso primero del presente artículo, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta (180) días de salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo modifiquen, adicionen, complementen o aclaren”

#### CAPÍTULO VI

##### **Sobre vivienda**

Artículo 20. En todos los programas de vivienda y en especial, en los de vivienda de interés social, prioritaria y/o gratuita, se asignará el 5% de los mismos, para atender las necesidades de las personas en condición de discapacidad. El Ministerio de Vivienda dispondrá los cupos, de acuerdo al Registro Nacional de localización y caracterización de las personas con discapacidad, del Ministerio de Salud, y que pertenezcan a la entidad territorial beneficiada por el programa de vivienda. Estos cupos deberán cumplir con los requerimientos de accesibilidad y habitabilidad establecidos en la normatividad vigente.

Parágrafo. El Fondo Nacional del Ahorro, desarrollará para sus usuarios en condición de discapacidad, opciones de financiamiento de vivienda con facilidades de acceso y tasa de interés.

Artículo 21. El Ministerio de Vivienda y las entidades territoriales destinarán al menos un 5% de los recursos asignados a programas de mejoramiento de vivienda, para el mejoramiento y readecuación de las

viviendas de personas en condición de discapacidad, de acuerdo a las necesidades de adaptación, habitabilidad y accesibilidad que requieren y han sido registradas mediante el Registro Nacional de localización y caracterización de las personas con discapacidad del Ministerio de Salud.

## CAPÍTULO VII

### Sobre la rehabilitación

Artículo 22. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá en los planes de beneficios del POS el suministro de sillas de ruedas, pañales, sondas y tecnologías de asistencia, que mejoren el desempeño en la ejecución de las actividades de vida diaria de las personas en condición de discapacidad y de la tercera edad.

Parágrafo 1°. Los beneficios que se incluyan deberán estar expresamente definidos en el manual de buenas prácticas de manufactura previo análisis técnico de costo - efectividad, y así mismo el Gobierno fijará los topes económicos para las mismas. El manual deberá determinar entre otros, la competencia de los actores que deben prescribirlas, fabricarlas, adaptarlas y entrenar a los usuarios de las mismas en su uso, así como aspectos relacionados con su mantenimiento y seguimiento.

Artículo 23. El Ministerio de Salud implementará estrategias para que la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud haga parte de los sistemas de información en salud, además asignará los recursos para que todo el personal de salud reciba la formación y capacitación necesaria en el uso de esta clasificación.

Artículo 24. Con el fin de garantizar la vida independiente, las personas con discapacidad tendrán derecho a importar para uso exclusivamente personal y libre de cualquier gravamen nacional, implementos ortopédicos, materia prima para su confección, medicamentos y un vehículo de características especiales, acordes con su limitación física o discapacidad permanente, que permitan su rehabilitación o recuperación.

Parágrafo. El vehículo a que se refiere el presente artículo deber ser matriculado únicamente a nombre de la persona con discapacidad, y no podrá trasladar su dominio antes de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de la matrícula el incumplimiento de esta disposición acarreará la pérdida del derecho de exención tributaria e inhabilitará a la persona con discapacidad para obtener este beneficio definitivamente.

## CAPÍTULO VIII

### Disposiciones generales

Artículo 25. El Gobierno periódicamente generará un estadístico acerca del reconocimiento de la condición de discapacidad, a fin de evaluar las estrategias de inclusión social de la población en condición de discapacidad.

Artículo 26. Los diferentes Ministerios dispondrán en sus planes de comunicaciones, por lo menos una vez al año, campañas de sensibilización de difusión nacional, que creen una cultura de respeto y apoyo a la población en condición de discapacidad, que sensibilicen sobre las patologías más comunes e informen al ciudadano sobre el cuidado y protección que se debe brindar a esta población, además del manejo social, y psicológico de las discapacidades.

Artículo 27. El Gobierno nacional, implementará un sistema de información gratuito para el ciudadano en condición de discapacidad, que le oriente sobre sus derechos y acceso a los servicios del Estado. Para este fin, implementará servicios de interpretación de lengua de señas, y otros apoyos que garanticen el acceso a la información por parte de la población en condición de discapacidad.

Artículo 28. Vigencia. La presente ley regirá a partir de su promulgación.



## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud, en su Gran Informe acerca de la discapacidad 2011, señala que: *“casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento”*, de ahí la importancia que se debe dar a los escenarios y circunstancias en que la población en condición de discapacidad se desenvuelve, no solo en el contexto internacional, sino en nuestro país.

Hoy se estima que, alrededor del mundo más de un millón de personas sufre de alguna condición discapacitante, de estas, cerca de 200 mil poseen una dificultad de funcionamiento importante haciendo más difícil el desarrollo de una vida cotidiana saludable y feliz. La OMS también establece que la población en condición de discapacidad posee una tasa permanente de crecimiento, viéndose influenciada por *las debilidades de los sistemas de salud, las condiciones ambientales, los catástrofes, las realidades de transporte del país, los conflictos internos, los accidentes, la violencia, los hábitos y condiciones alimentarias, y finalmente el abuso de sustancias psicoactivas*, cada uno de estos elementos modifica sustancialmente el entorno psicosocial de la población en condición de discapacidad, aumenta la tasa de crecimiento de esta población, y empeora sus condiciones de vida.

A pesar de que en las últimas dos décadas, el país ha avanzado en los temas de discapacidad como nunca antes, entre estos, la declaración de la condición discapacitante y el interés del país en general por lograr el reconocimiento de su población; igualmente en términos legales algunos avances, pero no lo suficiente, es poco el paso de la ley a la práctica y de las normas a la realidad, aún las leyes no son lo suficientemente claras para ayudar a la población en condición de discapacidad a acceder a los beneficios y rutas que les permitan satisfacer a plenitud sus necesidades, de una forma más clara y eficiente.

Las evidencias han mostrado a lo largo de los últimos años que la segregación espacial, cultural y educa-

tiva, continúa siendo permanente, muchas de las normas han sido ineficientes en su aplicación dando origen a interpretaciones muy subjetivas y no obligantes. Por lo mismo, no ha existido un avance considerable en el tema que le permita al país ofrecer condiciones más amigables a la población en condición de discapacidad. No es difícil observar, tanto en las grandes como en las pequeñas ciudades del país, a personas con algún tipo de discapacidad que todavía sufren de un sinnúmero de barreras para su desplazamiento, para el acceso a los servicios de educación, de salud, además de tener dificultades de adaptación de una vivienda acorde a su condición, y finalmente las adversidades para conseguir un empleo permanente.

Por las razones antes expuestas y teniendo en cuenta lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, nos permitimos presentar a ustedes este proyecto desde el siguiente índice temático:

**1. OBJETO**

El presente proyecto de ley, busca subsanar las debilidades normativas que aún generan barreras para el acceso de la población en condiciones de discapacidad al goce pleno de sus derechos y libertades, de tal manera que la segregación social que puedan padecer sea efectivamente eliminada.

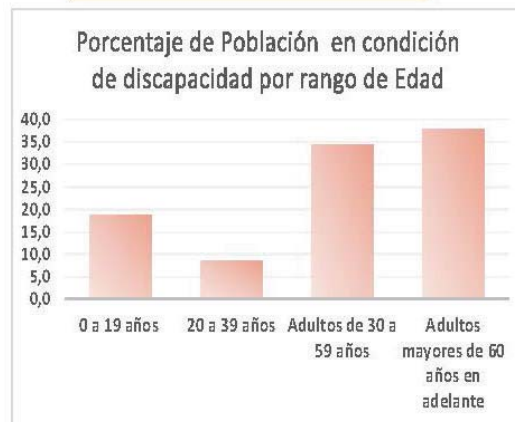
**2. JUSTIFICACIÓN**

La revisión de la condición de discapacidad en cifras nos revela importantes hallazgos.

Hemos venido denunciando desde el Senado, que el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), que fue diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, no se actualiza permanentemente, conllevando a una subestimación de la población real y a una precaria caracterización de la misma. A finales de 2014, el Registro establecía 1.121.274<sup>11</sup> personas en condición de discapacidad, mientras el DANE registra, 2.624.898 Personas Con Discapacidad (PCD), que equivale al 6,3% del total de la población. Debido a que las decisiones de política y las decisiones presupuestales se toman de acuerdo a las cifras del Registro (RLCPD), la población en condición de discapacidad que requiere estrategias y direcciones desde la política está subestimada, se puede establecer que **No** está siendo objeto directo y pleno de todos los beneficios y programas, pues además, la estimación del presupuesto necesario para la atención de esta población no está contemplando la población total.

Por otro lado, la mayor parte de la población en condición de discapacidad está entre los mayores de 80 años (casi 40%), y los menores de 19 años (20%); **lo que ubica a la mayoría de la población en condición de discapacidad en una situación de superior vulnerabilidad, y los hace sujetos de doble condición especial de protección, por ser adultos mayores y niños (de acuerdo a la señalado por la Corte)**<sup>22</sup>. Lo que implica un deber significativo de la sociedad en general y del Estado frente a la población en condición de discapacidad con la que hoy cuenta el país, pues la mayoría son pequeños o en etapa de vejez, dicha con-

dición obligante genera una responsabilidad mayor, y un deber de emprender acciones rápidas, positivas y de efectos estructurales frente a la situación actual de esta población.



Con base en datos DANE “Reporte discapacidad”.

Así mismo, la discapacidad tiene una mayor prevalencia en hombres hasta los 44 años, más que en mujeres, después de esa edad dicha tendencia se revierte, por lo que nos deja pensando en que dado que la mayoría de la población discapacitada son mujeres, la familia, los hijos, son altamente afectados.

Entre las condiciones discapacitantes, la alteración más frecuente es la relacionada con la movilidad del cuerpo (discapacidad motora, de brazos, cuerpo y piernas) con una prevalencia del 20%, le sigue la discapacidad visual, la del sistema nervioso, y la del habla. Esto implica que, las estrategias de construcción de obras civiles, la dinámica de formación, el adecuamiento de lo existente, y la planificación de lo nuevo, debe ir entorno a reconocer las condiciones discapacitantes, especialmente aquellas que se han convertido en recurrentes de la población en condición de discapacidad. Las familias que se encuentran en esta condición, deben ser ayudadas, de alguna manera, a sobrellevar la situación y a mejorar cada día más, las condiciones y calidades de vida de su familiar en condición de discapacidad.



Con base en datos DANE “Reporte discapacidad”

Por otro lado, la cobertura de afiliación al sistema de Salud de la población en condición de discapacidad llega apenas al 81,9%, lo que revela un déficit de atención de casi el 20% de esta población, lo cual es grave, si se entiende que es una población en condiciones físicas, mentales, o sensoriales plenamente vulnerable.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. RLCPD.  
<sup>2</sup> **CORTE CONSTITUCIONAL T-513/14** “(...) i) tiene doble calidad de sujeto de especial protección constitucional -adulto mayor y disminuido físicamente- (...)”  
**CORTE CONSTITUCIONAL T-824-2010** (...) tiene una doble condición de sujeto de especial protección constitucional en razón a su edad y a su discapacidad (...).”

La mayoría de esta población, se encuentra afiliada al Régimen subsidiado (57,7%), lo que evidencia las posibles condiciones de pobreza y precariedad en la que muchos de ellos se encuentran.

El RLCPD, además reporta un número considerable de adultos y niños en condición de discapacidad, que poseen una situación económica precaria, alrededor del 61%<sup>3</sup> de las personas con discapacidad no percibe ningún tipo de ingreso para subsistir, si a esto se le suma que en muchos de los casos, están “*permanentemente incapacitados para trabajar*”<sup>4</sup>, la restricción en el acceso a una pensión se acrecienta, aumentando su vulnerabilidad y la de sus familias.

Adicionalmente, **solamente el 28,6% de las personas con discapacidad, mayores de 18 años, tienen ocupación. Solo un 5,9% de los jóvenes y adultos con discapacidad cotiza a pensiones y el 2,2% ya es pensionado; por su parte el 0,6% de los adultos mayores cotizó a pensiones y el 7,1% ya es pensionado.**

El 57,8% de los niños y niñas con discapacidad menores de cinco años permanece con su padre o madre en la casa, 37 de cada 100 niños con discapacidad en edad escolar, no asiste a un establecimiento educativo. Según la Encuesta de Calidad de Vida, de cada 100 personas con discapacidad, solamente 63,5% saben leer y escribir, y únicamente el 71,3% en edad escolar estudia actualmente. De los niños de 5 a 14 años, solamente lee y escribe el 33%; en los jóvenes, 17% culminan su bachillerato, y solamente 3,4% terminan estudios técnicos, tecnológicos y profesionales. En la población discapacitada entre 18 y 39 años el 24,7% de encuestados no había alcanzado ningún nivel educativo, solamente el 9,7% alcanzó Educación superior y el 24,1% es analfabeta.

Es un hecho, que se ha buscado disminuir la segregación escolar incluyendo a los niños en condición de discapacidad en aulas corrientes de colegios públicos, lo que no necesariamente se traduce en ausencia de segregación, podría ser incluso todo lo contrario. Si un niño está en condiciones de discapacidad, e ingresa a una de estas aulas, tanto sus compañeros como los docentes posiblemente carecen de los conocimientos para interactuar con dicha discapacidad, la falta de preparación frente al evento, va a generar por sí sola segregación, mal llamada inclusión. La inclusión real, debe darse en condiciones donde interactúen los conocimientos, y reconocimientos del entorno, y se le den a los niños las herramientas para ser incluidos dentro de la sociedad.

En educación superior el tema es crítico, el Ministerio señala: “en los últimos 20 años no se ha desarrollado un modelo de atención para dicha población”, entonces los casos exitosos son escasos y poco conocidos<sup>5</sup> y continúa ese estancamiento.

Frente al Registro Único de Víctimas de Conflicto Armado, de octubre de 2014, se reporta un número total 152.219 víctimas que se encontraban en condición de discapacidad, de estas, 715 son niños y adolescentes, esto preocupa, debido a que el Informe del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Ví-

timas<sup>6</sup> señala que: “**No hay priorización de las víctimas con discapacidad”, entonces de alguna manera se ha eliminado el enfoque de derechos.**

En el más reciente Informe de la OMS, del que ya se ha hablado, la Organización señala algunos obstáculos principales de la población en condición de discapacidad, que incluye a Colombia; de la misma manera se señalan algunas estrategias para conseguir un avance, entre algunos:

“(…) - **Políticas y normas insuficientes.** La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes. Por ejemplo, en lo referente a las políticas educativas inclusivas, una revisión de 28 países que participaron en la Iniciativa Vía Rápida de Educación para todos comprobó que 18 de ellos proporcionaban muy poca información sobre las estrategias propuestas para incluir a los niños con discapacidad en las escuelas, o no mencionaban en absoluto la discapacidad o la inclusión (6). **Un déficit habitual en las políticas educativas es la falta de incentivos económicos y de otro tipo orientados a que los niños con discapacidad acudan a la escuela, así como la falta de servicios de apoyo y protección social para los niños con discapacidad y sus familias.**

- **Actitudes negativas.** *Las creencias y prejuicios constituyen obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social. Por ejemplo, las actitudes de los maestros, administradores escolares, otros niños e incluso familiares influyen en la inclusión de los niños con discapacidad en las escuelas convencionales.* Los conceptos erróneos de los empleadores de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados, junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo.

- **Problemas con la prestación de servicios.** *La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad. (...) una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria.* Muchos cuidadores están mal remunerados y tienen una formación insuficiente. Un estudio efectuado en los Estados Unidos de América encontró que el 80% de los asistentes sociales no tenía formación ni cualificaciones formales.

- **Financiación insuficiente.** *La falta de financiación efectiva es un obstáculo importante para la sostenibilidad de los servicios, sea cual sea el nivel de ingresos del país. Por ejemplo, en los países de ingresos altos, entre el 20% y el 40% de las personas con discapacidad no tienen cubiertas sus necesidades de asistencia para las actividades cotidianas. En muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos nacionales no pueden proporcionar servicios adecuados, y los proveedores comerciales de servicios no están disponibles o no son financieramente asequibles para la mayoría de las familias.*

<sup>6</sup> MINISTERIO DEL INTERIOR. Informe del sistema nacional de atención y reparación integran a las víctimas, a las Comisiones primeras de Senado y de Cámara. Marzo de 2013. Bogotá.

<sup>3</sup> RLCPD. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013.

<sup>4</sup> Centro de estudios de Derecho, Justicia y Sociedad. **Las personas con discapacidad en Colombia.** 2013.

<sup>5</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Respuesta a la Posposición 5: “Población discapacitada” 4 de agosto de 2014.

- **Falta de accesibilidad.** Muchos edificios (incluidos los lugares públicos) y sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas. La falta de acceso al transporte es un motivo habitual que desalienta a las personas con discapacidad a buscar trabajo o que les impide acceder a la atención de salud. Las personas con discapacidad, en comparación con las no discapacitadas, tienen tasas significativamente más bajas de uso de tecnologías de información y comunicación, y en algunos casos es posible incluso que no puedan acceder a productos y servicios tan básicos como el teléfono, la televisión o la Internet.

- **Falta de consulta y participación.** Muchas personas con discapacidad están excluidas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida. Por ejemplo, donde las personas con discapacidad no pueden decidir y controlar cómo se les preste apoyo en sus hogares (...) <sup>77</sup>.

### 3. MARCO O FUNDAMENTO JURÍDICO

- **Constitución Política de Colombia 1991.** No solo establece que la educación es un derecho, sino que adicionalmente, afirma que nos encontramos en un Estado social de derecho que no es únicamente democrático, sino que también es “pluralista”.

- **Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación) Título III, Capítulo I, artículo 46.** “Integración con el servicio educativo”, menciona: “La educación para personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio público educativo (...)”.

- **Ley 361 de 1997.** “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”.

- **Ley 762 de 2002.** “Por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”.

- **Ley 1145 de 2007.** “Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones”.

- **Ley 1346 de 2009.** “Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006”.

- **Ley 1618/2013.** “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”. Artículo 11. “Derecho a la Educación. El Ministerio de Educación Nacional definirá la política y reglamentará el esquema de atención educativa a la población con necesidades educativas especiales, fomentando el acceso y la permanencia educativa con calidad, bajo un enfoque basado en la inclusión del servicio educativo.

(...)”.

- **Decreto 1860 de agosto 3 de 1994, artículo 38.** Menciona: “Con el fin de facilitar el proceso de formación de un alumno o de un grupo de ellos, los establecimientos educativos podrán introducir excepciones al desarrollo del plan general de estudios y aplicar para estos casos planes particulares de actividades adicio-

nales, dentro del calendario académico o en horarios apropiados, mientras los educandos consiguen alcanzar los objetivos. De manera similar se procederá para facilitar la integración de alumnos con edad distinta a la observada como promedio para un grado o con limitaciones o capacidades personales excepcionales”.

- **Decreto número 2082 de 1996.** “Por el cual se reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales”.

- **Decreto número 1618 de 2003.** “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.

- **Decreto número 366 de 2009.** “Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva”.

- **Plan Decenal de Educación 2006-2016.** Atención Educativa a las personas con discapacidad. Garantía al derecho a la educación con equidad lo que significa acceso, permanencia y calidad.

- **Conpes Social 80 de 2004.** Política pública de discapacidad como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006: “Hacia un Estado Comunitario”

- **Conpes Social 166 de 2013.** Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social liderada por el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), el seguimiento a las acciones.

4. **Contenido del proyecto de ley.** El presente proyecto de Ley consta de 26 artículos, divididos en 10 capítulos, necesarios para que la población en condición de discapacidad pueda gozar de un acercamiento más efectivo al cumplimiento de sus derechos.

5. **Impacto Fiscal.** Si bien es cierto el impacto fiscal evidentemente característico de los proyectos sociales de atención a población vulnerable, se hace importante señalar las razones por las cuales a pesar del impacto financiero el Plan Nacional de Desarrollo contempla acciones tendientes a mejorar las condiciones de educación de la población en condición de discapacidad, y por lo mismo ha destinado recursos para la consecución de dichas acciones.

**Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”**, establece alcances importantes a saber en cuanto a educación de la población en condición con discapacidad:

(...) Todas las personas, sin importar su procedencia, grupo étnico, genero, edad, o condición de discapacidad, deben tener la posibilidad de acceder a mejores servicios públicos apropiados, lo que implica, condiciones de habitabilidad, vías de acceso para conectarse con las regiones y con el país, un servicio de salud de calidad y una educación que le permita construir su futuro.

“El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Transporte, adoptará, como parte del manual de señalización, un capítulo de señalización y semaforización que incluya dispositivos para la protección de personas con necesidades especiales o con movilidad reducida”.

Para garantizar el cumplimiento de los lineamientos de política pública, el Gobierno nacional a través del SND, diseñará una ruta de atención intersectorial para las personas con discapacidad, sus

<sup>77</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Y BANCO MUNDIAL. “Resumen Informe mundial sobre la Discapacidad”, 2012.

familias y cuidadores, con el fin de incluirlos dentro de la oferta programática sectorial.

Para ello, todas las entidades del orden nacional y territorial deberán generar o actualizar la oferta de planes, programas y proyectos conforme a lo establecido en la política pública actual, así como **la adopción de la certificación de discapacidad**, que será reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social durante el primer semestre de 2015. De manera particular, **el Ministerio del Trabajo deberá impulsar el desarrollo de herramientas para la PcD en particular en los aspectos de generación de competencias, formación, generación de ingresos y acceso al trabajo.**

**El Servicio Nacional de Aprendizaje, las cajas de compensación familiar (CCF), la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias y las Administradoras de Riesgos Laborales, desarrollarán programas de formación y de reentrenamiento laboral, para promover la incorporación de las personas con discapacidad a la vida productiva, como trabajadores o como empresarios, según sus competencias.**

En cuanto al fomento del deporte, la recreación y la actividad física, a través de Coldeportes se propenderán por la participación de las PcD tanto en programas de deporte para todos, como en iniciativas de formación y preparación de deportistas de alto rendimiento. **De la misma manera, los escenarios para la práctica del deporte y la actividad física deben permitir en todo caso la accesibilidad y participación de la población con discapacidad.**

En la estrategia de Cero a Siempre (...) **se dará prioridad a la atención de niños y niñas con discapacidad**, pertenecientes a comunidades indígenas, afrocolombianas, negras, palenqueras y raizales, al pueblo rom y habitantes de zonas rurales dispersas. **En el Plan de acción concertado en la Contcepi, se priorizará, entre otros, la formulación e implementación de un Programa de Educación Especial dirigido a personas indígenas con discapacidad.**

**Vivienda para la Fuerza Pública con discapacidad** ofreciendo atención oportuna e integral en el ciclo de rehabilitación de la **población con discapacidad de la Fuerza Pública** como consecuencia de actos del servicio, en combate, o por acción directa del enemigo. Se implementarán las siguientes líneas de acción: Desarrollo de los lineamientos establecidos en la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa; Implementación del Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación Integral (SGRRI). Con el fin de fortalecer el proceso de rehabilitación se desarrollará una fase final de “rehabilitación inclusiva”, la cual comprende procesos sociales, familiares y laborales tendientes a desarrollar capacidades que le permitan al **personal con discapacidad de la Fuerza Pública** estructurar un nuevo proyecto de vida. Caracterizar la población que actualmente cuenta con pensión de invalidez o sobrevivencia como consecuencia del combate o servicios especiales, así como las proyecciones de la población futura. Determinar posibles escenarios teniendo en cuenta el incremento propuesto de acuerdo al nivel de discapacidad.

## 6. PROPOSICIÓN

En Concordancia con los anteriores argumentos, ponemos a consideración de los honorables Miembros del Congreso de la República el presente proyecto, teniendo en cuenta que el mismo preserva los principios constitucionales de especial protección a la población vulnera-

ble, y está encaminado a proteger los derechos conexos de dicha protección con el fin de preservar las condiciones de igualdad y equidad para toda la población.

H.S. ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO  
 H.R. MARGARITA RESTREPO ARANGO  
 H.S. HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO  
 H.S. ÁLVARO URIBE VÉLEZ

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General  
 (Arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 21 del mes de julio del año 2015 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 11, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por los honorables Senadores *Orlando Castañeda, Honorio Henríquez, Álvaro Uribe Vélez, María del Rosario Guerra, Iván Duque.*

El Secretario General,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 21 de julio de 2015

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de ley número 11 de 2015 Senado, *por medio de la cual se establecen medida de protección para personas en condición de discapacidad y se dictan otras disposiciones*, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General por los honorables Senadores *Orlando Castañeda Serrano, María del Rosario Guerra, Honorio Enriquez Pinedo, Iván Duque Márquez.* La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

PRESIDENCIA DEL HONORABLE  
 SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 21 de julio de 2015

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado proyecto de ley de la referencia a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la *Gaceta del Congreso.*

Cumplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

*Luis Fernando Velasco Chaves.*

El Secretario General del honorable Senado de la República,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 24 DE 2015**  
**SENADO**

*por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.*

Honorable Senador

LUIS FERNANDO VELASCO

Presidente del Senado de la República.

E. S. D.

**Asunto: Proyecto de ley número 24 de 2015 Senado, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.**

Apreciado Presidente, honorables Senadores y Representantes:

En ejercicio de la facultad prevista en el artículo 150 de la Constitución Política y del artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, presento a consideración del Congreso de la República el presente proyecto de ley, “por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica”.

La exposición de motivos que acompaña el proyecto, se estructura de la siguiente manera:

- Introducción.
- Marco normativo vigente.
- El problema del marco normativo vigente.
- Bloque de constitucionalidad.
- Propuesta de modificación.
- Jurisprudencia de la Corte Constitucional.
- Conclusión.

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 24 DE 2015**  
**SENADO**

*por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.*

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

LIBRO PRIMERO

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

**Del objeto y campo de aplicación**

Artículo 1°. *Del Objeto.* La presente ley regula la ética profesional y la deontología en el campo de la medicina, con el fin de que el ejercicio médico en Colombia cumpla requisitos de ética y calidad para beneficio de las personas y de la colectividad; crea y define los tribunales competentes para investigar y juzgar sus violaciones; señala el procedimiento, las faltas y las sanciones correspondientes y establece otras disposiciones.

Artículo 2°. *Campo de Aplicación.* La presente ley se aplica a los médicos titulados y legalmente autorizados para ejercer la medicina en Colombia.

CAPÍTULO II

**Declaración de principios**

Artículo 3°. *De los Principios.* La medicina es una profesión que tiene como fin el cuidado del ser humano y de las comunidades a través de la promoción de la salud y de la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de las enfermedades.

El ejercicio de la profesión médica estará fundado en el respeto a la dignidad humana, a los deberes y derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia, en las normas legales vigentes, en el deber de autorregulación y el derecho a la autonomía profesional. Es decir que siempre es deber del médico aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.

Para lograr lo anterior, el ejercicio médico se regirá, entre otros, por los siguientes principios:

a) **Principio de beneficencia:** El deber primordial de la profesión médica es buscar el bienestar o beneficio del paciente y promover sus legítimos intereses, respetando su autonomía. Entendido en el ámbito individual del médico exige profesionalismo y buenas prácticas ajustadas a la *Lex Artis*, la cual se define como: *Lex Artis* es aquello que un médico competente y ético haría en el mismo caso concreto teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar, para actuar dentro de los parámetros de excelencia y en el ámbito de la experiencia decantada de la profesión.

b) **Principio de no maleficencia:** Es obligación del médico no causar daño intencional o innecesario durante el acto médico. Este principio implica un compromiso con la excelencia ética, técnico científica y con la educación permanente dentro de normas de prudencia, diligencia, pericia y seguimiento de reglamentos aceptados.

c) **Principio de no discriminación:** El médico debe atender a todos sus pacientes con igual solicitud y respeto, sin distingo de ningún tipo.

d) **Principio de humanidad y de solidaridad:** Es fundamental el respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos; por consiguiente, el ejercicio de la medicina debe estar sustentado en el conocimiento del ser humano en toda su integridad e intimidad, magnitud y trascendencia, como también en la compasión frente a la desgracia ajena.

e) **Principio de integralidad:** El ser humano es una unidad eco-bio-psicosocial, sometida a influencias externas. En consecuencia, médicamente el paciente debe ser estudiado y tratado en relación con su entorno social y ecológico.

f) **Principio de supervivencia:** La supervivencia de la especie humana depende de la conservación del hábitat. Por lo tanto, la misión de la medicina y su cultor –médico– incluye propiciar su preservación.

g) **Principio de responsabilidad:** Los profesionales de la medicina deben obrar con integridad, transparencia y honestidad; sus decisiones y acciones deben estar enmarcadas en la *Lex Artis*, los principios éticos y jurídicos vigentes, y pueden ser objeto del control profesional y social.

h) **Principio de autonomía:** El médico tiene la obligación de respetar el derecho que asiste a todo paciente de tomar decisiones libres con respecto a su salud y su vida, previa información suficiente y comprensible, mientras sea mentalmente competente y sus determinaciones no vayan en perjuicio de terceros y su accionar debe enmarcarse dentro de la Constitución y la ley.

i) **Principio de justicia distributiva y de consideración:** La distribución de los recursos destinados a la salud deberá hacerse con criterio equitativo y su uso será inteligente y considerado, pensando en el mejor interés del paciente y la comunidad.



j) **Principio de justicia retributiva y de no lucratividad:** Se entiende que la actividad médica, por ser intrínsecamente valiosa, da derechos y por lo tanto obliga a una remuneración justa, tanto en la modalidad de salario como en la de honorarios.

k) **Principio de reivindicación:** Emprender acciones reivindicatorias en el ámbito laboral de la medicina es un derecho, siempre que no atenten contra la vida y el bienestar de los pacientes.

l) **Principio de ejemplaridad:** Quien ejerce la medicina está sujeto al escrutinio de la sociedad. Por lo mismo, está obligado a comportarse de manera ejemplar.

### CAPÍTULO III

#### De la promesa

Artículo 4°. *Promesa del Médico.* Durante el acto en que reciba su grado, el nuevo médico hará en forma pública y solemne la siguiente promesa:

Solemne y libremente, bajo mi palabra de honor prometo cumplir a cabalidad durante el ejercicio de mi profesión los siguientes preceptos:

a) Ejercer de manera humanitaria, propiciando siempre el bienestar de la persona y la comunidad, sin discriminación de ningún tipo.

b) Proteger la vida de mi paciente como un bien fundamental, base de los demás bienes, valores y derechos.

c) Cuidar solícitamente su salud. Del daño intencional e innecesario le preservaré.

d) Respetar su autonomía en tanto haga uso de ella con entera competencia mental. Cuando carezca de ésta, respetar así mismo la autonomía de aquellos en quienes legalmente recaiga la delegación de la suya.

e) Suministrar de manera oportuna, veraz y clara, la información pertinente a su estado de salud, suficiente como para permitirle tomar una determinación autónoma, acorde con sus mejores intereses, y así poder actuar una vez obtenido el debido consentimiento.

f) Guardar en secreto todo aquello que haya conocido en el marco de la relación médico-paciente, salvo en los casos exceptuados por la ley y siempre que no vaya en contra del bienestar de otros.

g) Contribuir a que los recursos que se destinen al cuidado de la salud sean los más adecuados y a que se utilicen de manera correcta.

h) Actuar siempre de acuerdo con mis capacidades y conocimientos.

i) Mantener actualizados mis conocimientos en las cuestiones propias de mi profesión.

j) Propender porque lo que se me retribuya por ejercer mi profesión sea justo. Desdeñaré el lucro indebido y rechazaré los incentivos económicos o de cualquier otro tipo orientados a determinar la prescripción de exámenes o tratamientos innecesarios o no pertinentes.

### TÍTULO II

#### PRÁCTICA PROFESIONAL

##### CAPÍTULO I

#### De la relación médico-paciente y del acto médico

Artículo 5°. *De la relación médico-paciente.* Se entiende como tal el encuentro vincular autónomo entre dos personas: una necesitada de salud (el paciente) y otra dispuesta a proporcionarla en forma de alivio, cu-

ración, rehabilitación, cuidado paliativo o prevención (el médico).

Artículo 6°. *Cuándo se establece la relación médico-paciente.* La relación médico-paciente se establece en los siguientes casos:

a) Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.

b) Por solicitud de terceras personas, cuando el paciente esté en incapacidad de consentir.

c) Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.

d) Por intermediación institucional.

e) Por orden de autoridad competente para producir y obtener exclusivamente pruebas judiciales.

Artículo 7°. *Fundamento de la relación médico-paciente.* La adecuada relación médico-paciente se fundamenta en el concepto de médico tratante, en el respeto mutuo por las ideas, creencias y valores de los dos agentes y en un compromiso recíproco de derechos y deberes, responsable, leal y auténtico.

Parágrafo 1°. Médico tratante es aquel facultativo experto, que conoce a su paciente, establece unos objetivos en salud, responde por la generación del plan de cuidado y de la comunicación con el paciente y su familia, así como de la organización del equipo de cuidado.

Parágrafo 2°. Siendo la relación médico-paciente una vinculación de carácter estrictamente profesional, el facultativo no debe traspasar sus límites, es decir, debe evitar todo comportamiento susceptible de cuestionamiento ético, en especial, los relacionados con el honor y el pudor sexuales, el respeto a la intimidad y la garantía de la dignidad del paciente.

Artículo 8°. *Motivos para no prestar los servicios médicos.* Cuando no se trate de casos de urgencia o emergencia, el médico podrá excusarse de prestar sus servicios o interrumpirlos, en razón de los siguientes motivos:

a) Por enfermedad incapacitante del médico: El médico no ejercerá su profesión si se encontrare en situación de enajenación mental transitoria o permanente, toxicomanía, enfermedad o limitación funcional que ponga en peligro la salud de su paciente o de la comunidad.

b) Cuando en virtud de su juicio clínico y dentro de los principios de la diligencia, pericia y prudencia debidas, considere que el caso no corresponde a su experiencia, conocimiento o especialidad, excepto en estado de necesidad.

c) Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional con exclusión de la suya, sin previo consentimiento.

d) Cuando el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas, o falte gravemente al respeto al profesional.

e) Durante el ejercicio institucional, con ocasión del legítimo descanso laboral, de licencias legalmente concedidas, de vacaciones o por cesación de su compromiso laboral, siempre y cuando no se abandone al paciente en situaciones críticas.

f) Cuando se le solicite una actuación reñida con las normas jurídicas o éticas.

g) Cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión.

h) Cuando no tenga compromiso con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente.

i) Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente.

j) Cuando manifieste objeción de conciencia.

Parágrafo. La contagiosidad, cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituyen motivo para que el médico prive de asistencia al paciente.

Artículo 9°. *Objeción de conciencia.* Se entiende por objeción de conciencia, la negativa de una persona natural a realizar un acto permitido por la ley, basada en sus convicciones personales.

En virtud del derecho a la objeción de conciencia, el médico podrá rehusar la prestación de sus servicios para adelantar actos contrarios a sus convicciones. Sin embargo, no lo autoriza a impedir el cumplimiento de normas legales vigentes en el país. La objeción de conciencia deberá manifestarse siempre frente a un acto médico concreto, sin que sea necesario argumentarla, ni someterla a debate o controversia.

Parágrafo: Se entiende la ideología del médico como un dato sensible.

Artículo 10. *Libertad del paciente.* El médico respetará la libertad del paciente o de quien lo represente, para prescindir de sus servicios o para solicitar segundas opiniones o información sobre las diferentes terapias existentes para su caso particular.

Artículo 11. *Del Acto médico.* Acto médico es el obrar del profesional de la medicina en el marco de la relación médico-paciente-comunidad, con intención de proporcionarles beneficio mediante la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de la enfermedad.

Artículo 12. *Campos de acción del acto médico.* El acto médico comprende no solamente la relación médico-paciente-comunidad, ya descrita, sino también aquellos actos que en pro del ser humano, la familia o la comunidad, desarrolle el médico en el desempeño de funciones administrativas, documentales, docentes, científicas, técnicas, periciales, forenses, de investigación, de auditoría o de participación en programas de telemedicina.

Artículo 13. *Cómo debe adelantarse el acto médico.* El acto médico debe adelantarse de manera idónea, consciente, libre, voluntaria, diligente, humanitaria y con autonomía, entendida esta como la garantía que tiene el médico para examinar y tratar libremente a sus pacientes. La autonomía profesional se acompaña de la responsabilidad de autorregulación y del acatamiento a la Constitución y a la ley.

Parágrafo 1°. Durante la relación médico-paciente el facultativo dedicará al acto médico el tiempo necesario para hacer una evaluación clínica adecuada del paciente, ordenar las acciones diagnósticas y terapéuticas correspondientes y extender las prescripciones y recomendaciones del caso. Igual forma de proceder ocurrirá en la relación médico-comunidad.

Parágrafo 2°. Para no comprometer la seguridad del paciente, se debe evitar la atención simultánea de varios pacientes por parte de un solo médico, salvo situaciones justificadas de fuerza mayor.

Parágrafo 3°. El médico ordenará al paciente los exámenes y tratamientos justificados, acorde con la *Lex Artis*.

Parágrafo 4°. En el ejercicio institucional, el médico tendrá en cuenta las guías actualizadas que para el manejo de las distintas enfermedades hubiesen sido adoptadas por la respectiva institución, de acuerdo con los parámetros científicos, éticos y legales vigentes.

Parágrafo 5°. El médico puede apartarse de las guías establecidas, exponiendo las razones o evidencias científicas para hacerlo. Es contrario a la ética que en su ejercicio primen intereses de carácter económico o de otra índole, que lo favorezcan o que deriven en beneficio de terceros.

Artículo 14. *De los medios diagnósticos y terapéuticos.* El médico en su ejercicio profesional empleará medios diagnósticos o terapéuticos aceptados por la ética, la racionalidad y la mejor información científica disponible teniendo en cuenta la *Lex Artis*.

Parágrafo 1°. Si en circunstancias excepcionalmente graves un medicamento o un procedimiento, aún en etapa de experimentación, se muestra como única posibilidad terapéutica, podrá utilizarse con la autorización plenamente informada del paciente o de sus familiares responsables, previa autorización de un comité de ética en investigación. En estos casos considerando el aporte realizado por el paciente a la ciencia, no podrá cobrarse el servicio ni al paciente ni a la institución a la cual se encuentre afiliado.

Artículo 15. *Del empleo de medios diagnósticos y terapéuticos.* El médico usará los recursos a su disposición o alcance, mientras exista una expectativa razonable de curación o alivio del paciente.

Parágrafo 1°. Cuando exista diagnóstico de muerte encefálica solo se mantendrán las medidas de soporte de los órganos, si existe la posibilidad de donación de órganos o tejidos.

Parágrafo 2°. Cuando exista una condición clínico-patológica irreversible, sin pronóstico razonable de recuperación, no es obligación del médico realizar actos fútiles para prolongar la vida por medios artificiales; sin embargo, se deben garantizar los cuidados paliativos.

Parágrafo 3°. En caso de que el paciente haya informado previa y válidamente su voluntad frente a los límites de la atención y a su derecho a morir dignamente y, se encuentre en imposibilidad de manifestarla directamente, esta deberá ser respetada por el médico, aun en caso de oposición de los familiares responsables.

Artículo 16. *De los riesgos.* En ninguna circunstancia el médico podrá exponer a su paciente a riesgos injustificados.

Parágrafo. Riesgo justificado es el peligro para la vida, la salud o la integridad del paciente, derivado del tratamiento médico o quirúrgico, al cual se expone con su consentimiento, o el de quien lo representa; con sujeción a la *Lex Artis*, y de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se desarrolle el acto médico.

Artículo 17. *Del consentimiento informado.* Previa información suficiente, veraz, comprensible y oportuna, el médico pedirá al paciente o a quien lo represente, su consentimiento para realizar los actos médicos que considere pertinentes, en particular aquellos que pue-

dan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible.

Parágrafo 1°. El médico no intervendrá a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia, mentalmente incompetentes o legalmente incapaces, sin la previa autorización escrita de sus padres, tutores, curadores o representantes legales, o allegados en el orden legalmente establecido, a menos de que la urgencia del caso lo exija. Cuando se trate de menores entre los siete (7) y los dieciocho (18) años de edad se obtendrá su asentimiento informado siempre que sea posible.

Parágrafo 2°. En caso de consentimiento por representación, subrogado o indirecto, si no existe expresión de voluntad anticipada, deberá buscarse el mejor interés del paciente.

Parágrafo 3°. El consentimiento deberá manifestarse por escrito en los casos contemplados en la ley. La aceptación o rechazo del acto médico propuesto se consignará por escrito en la historia clínica. En los casos de procedimientos experimentales, extraordinarios, invasivos, de alto riesgo, o que puedan implicar cambios trascendentales en la vida del paciente, el consentimiento debe ser cualificado.

Parágrafo 4°. El consentimiento informado es el marco general de autorización con que cuenta el facultativo, pero no se requiere su validación permanente para cada acto particular, salvo cuando cambie el riesgo del paciente o se trate de una intervención extraordinaria o diferente a la inicialmente explicada. El consentimiento informado podrá ser revocado por el paciente en cualquier momento del proceso de atención.

Artículo 18. *Del secreto profesional.* Salvo lo dispuesto por la ley, para preservar los derechos del paciente, el médico debe mantener en reserva todo lo que haya hecho, visto, oído o comprendido por razón del ejercicio de su profesión. Este deber de secreto profesional no cesa con la muerte del paciente.

Artículo 19. *De los servicios profesionales a familiares.* En principio, salvo circunstancias de urgencia o cuando en la localidad no existiere otro facultativo, el médico no prestará sus servicios profesionales a sus padres, hermanos, cónyuge e hijos.

Artículo 20. *Conflicto de opiniones.* En caso de presentarse un conflicto de opinión entre el médico tratante y un paciente, sus familiares, tutores, curadores o representantes legales, la diferencia puede ser dirimida escuchando una segunda opinión o por una junta médica *ad hoc*. Cuando se trate de un dilema ético, el comité de ética hospitalaria o de bioética debe ser consultado.

Artículo 21. *Honorarios profesionales.* Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico propenderá por una remuneración y honorarios justos y dignos de conformidad con su jerarquía científica y en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir. Si se trata de paciente particular o privado, los honorarios se fijarán previamente y de común acuerdo con él o sus allegados responsables.

En caso de urgencia o emergencia, la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios.

Artículo 22. *Asistencia honorífica.* Haciendo honor a la tradición hipocrática, es potestativo del médico en su práctica privada asistir sin cobrar honorarios al colega, sus padres, su cónyuge y sus hijos dependientes económicamente de él, así como a las personas que a su juicio merezcan esa excepción.

Parágrafo. Si el pago de honorarios lo hace un tercero pagador, el médico está autorizado para hacerlos efectivos. Lo anterior sin perjuicio del cobro y pago de los exámenes o insumos a que hubiere lugar.

Artículo 23. *De la participación por remisión.* Al médico le está prohibido solicitar, recibir o conceder participación económica por la remisión del paciente.

## CAPÍTULO II

### La historia clínica, prescripción médica y demás documentos

Artículo 24. *Definición.* La historia clínica es un documento privado, físico o electrónico, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente el estado de salud del paciente, los incidentes, los actos médicos, los acuerdos convenidos con este y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su proceso de atención; pertenece al paciente y se encuentra en custodia en el centro de atención sanitaria, acorde con la regulación legal de archivos y protección de datos vigente. La propiedad intelectual de la historia clínica es del médico tratante o del equipo de trabajo institucional.

Parágrafo 1°. Se consideran anexos de la historia clínica, y sometidos a las mismas normas, los registros de voz, fotográficos, filmicos, exámenes e imágenes diagnósticas, prescripciones médicas, materiales biológicos y otro tipo de material de registro relacionado con el proceso de atención.

Parágrafo 2°. La historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Parágrafo 3°. Toda anotación que se haga en la historia clínica deberá tener fecha, hora, nombre e identificación de quien la realizó. Deberá ser legible, precisa, concisa, sin tachaduras, enmendaduras o abreviaturas. En caso de correcciones o aclaraciones necesarias, hecha la salvedad respectiva, deberán ser efectuadas en el mismo texto, guardando la debida secuencia.

Artículo 25. *Reserva de la historia clínica.* La historia clínica está sometida a reserva y a la regulación vigente sobre protección de datos personales. Puede ser conocida por el médico tratante, el paciente o su representante legal o por aquel a quien estos autoricen y por el equipo de salud vinculado al caso en particular, incluyendo el personal en formación, por las personas o instituciones que señale la ley para garantizar la calidad de la atención y por las autoridades judiciales competentes.

Artículo 26. *Revelación del secreto profesional.* Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional, definido en el artículo 18, se podrá hacer:

a) A quien el paciente o su representante legal autorice de manera expresa.

b) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incompetentes o legalmente incapaces. En el caso de menores de edad se tendrán en cuenta el grado de madurez y el impacto del tratamiento sobre su autonomía actual y futura.

c) A las autoridades judiciales, disciplinarias (Tribunales de Ética Médica), administrativas (incluidas las de higiene y salud), en los casos previstos por la ley; salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los infor-

mes sanitarios o epidemiológicos no se individualice al paciente.

d) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables, o por enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida de su pareja o de su descendencia.

e) En situaciones extremas en las que la revelación del secreto tuviere sin duda la virtualidad de evitar la consumación de un delito grave.

**Artículo 27. De la prescripción médica.** Las prescripciones médicas, que son el resultado de una valoración facultativa, se harán por escrito y de manera legibles. De conformidad con las normas vigentes sobre la materia deben incluir: identificación plena (nombre completo del paciente, documento y número de identificación), inscripción (denominación común internacional, o nombre genérico del producto medicamentoso), suscripción (modo de preparar dicha sustancia cuando sea pertinente), instrucción o forma de administrar el medicamento (forma farmacéutica, concentración, vía de administración, número de dosis/día, número de días/tratamiento) y responsabilidad (lugar y fecha de expedición, nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional).

Parágrafo. Los médicos podrán sugerir un medicamento con nombre comercial, basados en criterios técnico-científicos.

**Artículo 28. Del certificado médico.** El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad ética y legal para el médico.

Parágrafo 1°. El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado. El certificado médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener por lo menos los siguientes datos: lugar y fecha de expedición, persona o entidad a la cual se dirige el certificado, objeto o fines del certificado, nombre e identificación del paciente, concepto, nombre del médico, número de tarjeta profesional, y firma del médico.

Parágrafo 2°. Cuando el certificado estuviera destinado a empleador o entidad aseguradora, solo contendrá los datos de identificación y estado actual de salud del paciente, previa autorización de este.

Parágrafo 3°. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

Parágrafo 4°. Los certificados de nacimiento, defunción e incapacidad deberán expedirse de acuerdo con la regulación vigente.

### CAPÍTULO III

#### Relaciones del médico con sus colegas

**Artículo 29. Fundamento de las relaciones.** El respeto mutuo constituye el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos.

Parágrafo. En el ejercicio de funciones públicas, privadas o docentes, el médico guardará por sus colegas, discípulos y demás miembros del equipo de salud el debido respeto.

**Artículo 30. Competencia desleal.** No debe el médico procurar conseguir para sí empleos o funciones que estén siendo desempeñados por otro colega.

**Artículo 31. Diferencias de criterio.** No constituyen actitudes contrarias a la ética las diferencias de criterio o de opinión entre médicos con relación al proceso de atención del paciente, o en general sobre temas médicos, siempre que estén basadas en argumentos científicos y técnicos que las justifiquen y sean manifestadas en forma prudente y respetuosa.

Parágrafo Cuando las diferencias versen sobre diagnóstico y tratamiento el conflicto o discrepancia deberá ser resuelto por las Juntas médicas previstas en el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015.

### CAPÍTULO IV

#### Relación del médico con las instituciones

**Artículo 32. Responsabilidad laboral.** El médico debe dar ejemplo de responsabilidad frente a los compromisos laborales adquiridos con las instituciones.

**Artículo 33. Responsabilidad ante el sistema general de seguridad social.** En situaciones programadas, el médico podrá abstenerse de prestar sus servicios al paciente cuando encuentre ausencia o deficiencia de los recursos o medios indispensables para su adecuada atención.

Parágrafo 1°. Cuando se ocasione daño a los pacientes por dichas ausencias o deficiencias, el médico o funcionario no tendrá responsabilidad ético-disciplinaria, si ellas se originan en causas imputables a la institución y no han sido puestas en evidencia por el profesional.

Parágrafo 2°. El médico no podrá ser obligado a modificar su conducta profesional por terceros pagadores o instituciones prestadoras de servicios, por causas no justificables en términos de racionalidad técnico científica.

**Artículo 34. Honorarios adicionales.** El médico que labore por contrato solo podrá percibir los honorarios pactados por atender los pacientes institucionales, salvo cuando por previo acuerdo con la institución se le permita recibir honorarios adicionales.

Parágrafo. El médico no aprovechará su vinculación profesional con una institución para inducir al paciente a utilizar sus servicios en el ejercicio privado.

**Artículo 35. Acciones reivindicatorias.** Cuando el médico emprenda acciones reivindicatorias colectivas, por razones salariales u otras, deberá garantizar los servicios médicos que salvaguarden la salud de los pacientes y de la comunidad.

**Artículo 36. Comités institucionales de ética.** Toda institución prestadora de servicios de salud deberá contar con un Comité de Ética que se regirá en su funcionamiento por las normas legales vigentes. Dichos comités no tendrán funciones ético-disciplinarias, es decir no podrán juzgar o sancionar a los médicos.

**Artículo 37. De los beneficios y dádivas.** El médico en ejercicio no podrá exigir, conceder o aceptar cualquier tipo de beneficios y dádivas, en dinero o en especie, de farmacias, laboratorios, ópticas, establecimientos ortopédicos y demás organizaciones o instituciones similares encargadas del suministro de elementos susceptibles de prescripción médica, o necesarios para el desarrollo del acto médico, como dispositivos biomédicos, aparatos o instrumentos.

Parágrafo 1°. En principio, el médico no deberá asistir a eventos científicos invitado directamente por la industria farmacéutica. De hacerlo, no debe haber contraprestación alguna como promocionar o prescribir productos recomendados por la casa comercial. Si interviene en el programa científico deberá manifestar sus conflictos de interés.

Parágrafo 2°. Si bien el médico no está impedido para ser socio de instituciones de servicios de salud, empresas de industria farmacéutica, empresas de dispositivos biomédicos, aparatos o instrumentos, cuando tome decisiones que tengan que ver con estas, deberá declarar su conflicto de interés a quien corresponda.

## CAPÍTULO V

### De las relaciones del médico con la sociedad y el Estado

Artículo 38. *Requisitos para el ejercicio profesional.* La condición de médico y la categoría de especialista solo se adquieren cuando se llenan los requisitos exigidos por las autoridades nacionales de educación y salud.

Parágrafo. El médico no permitirá la utilización de su nombre para encubrir a personas que ilegalmente ejerzan la profesión.

Artículo 39. *Enseñanza de la ética.* La enseñanza formal de la ética profesional es obligatoria en las facultades de medicina.

Artículo 40. *Temas especiales.* El médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:

- a) Trasplante de componentes anatómicos, órganos y tejidos
- b) Creación y funcionamiento de bancos de componentes anatómicos, órganos y tejidos, sangre total y hemoderivados; bancos de unidades de medicina reproductiva; bancos de células madre; biobancos con fines de investigación
- c) Diagnóstico de muerte y práctica de necropsias
- d) Técnicas de reproducción humana asistida
- e) Planificación familiar
- f) Esterilización humana
- g) Cambio de sexo
- h) Interrupción del embarazo
- i) Eutanasia y otros dilemas del final de la vida
- j) Medicina genómica
- k) Los demás temas de que se ocupen las disposiciones legales vigentes sobre la materia o las recomendaciones de la Asamblea de la Asociación Médica Mundial.

Parágrafo 1°. En caso de conflicto entre las recomendaciones adoptadas por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial y las disposiciones legales vigentes, prevalecerán las de la legislación colombiana.

Parágrafo 2°. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en cualquier práctica que atente contra la dignidad humana, tales como torturas u otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes.

## CAPÍTULO VI

### De la docencia y la investigación médicas

Artículo 41. *Enseñanza de la medicina.* Es inherente al médico transmitir los conocimientos y las expe-

riencias adquiridos. Tal actividad puede hacerse desde la cátedra, la prestación de servicios de salud, o los medios masivos de divulgación, a condición de que esté ceñida al conocimiento científico y no se preste a errores de interpretación de parte de quienes reciben el mensaje. Siendo así, no deberán absolverse consultas individuales de carácter médico a través de la radio, la prensa escrita, la televisión, la internet o cualquier otro medio de comunicación. Está permitida la participación en programas formales de telemedicina o e-salud.

Parágrafo 1°. En las instituciones que desarrollan actividades de docencia-servicio, el médico podrá permitir que un estudiante de pregrado bajo su supervisión, y de acuerdo con los conocimientos y las experiencias adquiridos, realice algunas actividades del acto médico, con el consentimiento del paciente, sin delegar su propia responsabilidad.

Parágrafo 2°. En las instituciones que desarrollan actividades de docencia-servicio, el médico podrá permitir que un médico en formación de postgrado bajo su supervisión, de acuerdo con los conocimientos y las experiencias adquiridos, asuma en forma gradual las responsabilidades del acto médico, con el consentimiento del paciente y de conformidad con el plan de estudios aprobado por la respectiva facultad o escuela de medicina y lo estipulado en el convenio de docencia-servicio.

Parágrafo 3°. En las instituciones que desarrollan actividades de docencia-servicio, de las faltas que cometa en el curso de sus prácticas un médico en formación de posgrado, responderá el médico docente cuando se compruebe que no existió una adecuada supervisión, sin perjuicio de las sanciones académicas u otras a que se haga merecedor el médico en formación.

Artículo 42. *Aspectos éticos de la investigación.* El médico que realice investigación científica se sujetará a las normas vigentes sobre la materia, al igual que a los principios universalmente reconocidos sobre el respeto a la dignidad humana y la protección a los sujetos de investigación.

Parágrafo 1°. Los médicos darán protección especial a los sujetos de investigación en condición de vulnerabilidad.

Parágrafo 2°. El comportamiento del médico en la investigación deberá estar acorde con la integridad científica. Se considera mala conducta deliberada el fraude, la falsificación y el plagio.

Parágrafo 3°. En la investigación o experimentación en animales se sujetará a las normas nacionales e internacionales vigentes.

Parágrafo 4°. Los comités de ética de investigación deberán dar traslado a los tribunales ético-profesionales, e informar a la institución a la que se encuentre vinculado el investigador, de las posibles desviaciones éticas o de mala conducta científica por parte de este.

Artículo 43. *Consentimiento.* El médico que realice investigación en seres humanos deberá contar siempre con el consentimiento informado acorde con el marco legal vigente.

## CAPÍTULO VII

### De la publicidad y las publicaciones

Artículo 44. *Publicidad.* El médico tiene derecho a anunciarse públicamente en procura de darse a conocer y captar pacientes. La forma de hacerlo debe ajustarse a elementales normas de ética y estética, es decir, ceñirse

a la verdad y a la ponderación y sencillez en la presentación de los anuncios.

Artículo 45. *Publicidad indebida.* El médico no prestará su nombre para promocionar procedimientos o tratamientos sin debido respaldo científico, así como productos farmacéuticos y comerciales, los cuales tampoco podrá vender en su consultorio.

Artículo 46. *Derechos de autor.* El médico respetará las normas legales sobre derechos de autor en relación con las obras científicas, literarias y artísticas surgidas del ejercicio profesional.

Artículo 47. *Protección de datos personales.* La publicación por cualquier medio de las historias clínicas, las fotografías, las películas cinematográficas, las videograbaciones y demás material de carácter científico deberá hacerse respetando el secreto profesional y la dignidad del titular de los datos. Cuando sea necesario revelar la identidad del paciente deberá obtenerse su consentimiento o el de sus representantes legales.

Artículo 48. *Veracidad de las publicaciones.* El médico no realizará ni auspiciará en ninguna forma publicaciones que no se ajusten a los hechos científicamente aceptados, o aquellas que induzcan a error, ya sea por su título, contenido, presentación o fines perseguidos.

## LIBRO SEGUNDO

### TÍTULO III

#### ÓRGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

#### CAPÍTULO I

#### De los tribunales ético-profesionales

Artículo 49. *Del Tribunal Nacional de Ética Médica.* El Tribunal Nacional de Ética Médica, con sede en la capital de la República, es la autoridad competente para conocer en segunda instancia los procesos ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia.

Artículo 50. *Composición del Tribunal Nacional de Ética Médica.* El Tribunal Nacional de Ética Médica estará integrado por cinco (5) médicos elegidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, con el carácter de magistrados, de una lista de diez (10) candidatos, de los cuales serán propuestos dos (2) por cada una de las siguientes instituciones: Academia Nacional de Medicina, Colegio Médico Colombiano, Federación Médica Colombiana, Ascofame y Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Parágrafo. Durante los tres meses anteriores a la iniciación de un periodo del Tribunal Nacional de Ética Médica, las entidades competentes enviarán las listas de candidatos al Ministerio de Salud y Protección Social, o a quien haga sus veces.

Artículo 51. *Requisitos para ser Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica.* Para ser magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano
- b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a quince (15) años
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión
- d) No haber sido condenado ni sancionado previamente por hechos derivados del ejercicio de la medicina en los cinco (5) años anteriores a su elección.

Artículo 52. *Nombramiento de los Magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica.* Los magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica serán nombrados por un periodo de cuatro (4) años, pudiendo ser reelegidos hasta por dos periodos consecutivos y tomarán posesión de sus cargos ante el Ministro de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces.

Parágrafo 1°. En caso de impedimento aceptado o recusación probada de un Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica, será sustituido por un conjuer. La sala plena hará un sorteo entre los médicos integrantes de la lista inicial que no fueron elegidos. Se entienden incorporadas a esta ley las causales de impedimento y recusación señaladas en la Constitución y en el Código de Procedimiento Penal.

Parágrafo 2°. *Transitorio:* Los magistrados que estén en funciones en el momento en que entre en vigencia la presente ley completarán su periodo y podrán ser reelegidos de acuerdo con el presente artículo anterior.

Artículo 53. *Vacancia.* Cuando en el Tribunal Nacional de Ética Médica se produzca vacancia definitiva de uno o varios de sus cargos, el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, cubrirá cada vacancia para la parte restante del periodo con uno de los profesionales que figuran en la lista inicial.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, podrá conceder licencias a los Magistrados del Tribunal Nacional para separarse de sus cargos por más de noventa (90) días en un solo año y designará los interinos a que haya lugar. Las licencias inferiores a noventa (90) días serán tramitadas por el mismo Tribunal Nacional.

Artículo 54. *Funciones del Tribunal Nacional de Ética Médica.* Son funciones del Tribunal Nacional de Ética Médica:

a) Designar a los Magistrados de los Tribunales Seccionales. Para el efecto solicitará candidatos a la Academia Nacional de Medicina y sus Capítulos, a los Colegios Médicos de la Federación Médica Colombiana, al Colegio Médico Colombiano y a Ascofame. En el caso de que en el respectivo departamento o distrito no existan tales asociaciones médicas, o que no envíen candidatos en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, el Tribunal Nacional podrá designarlos, escogiéndolos del cuerpo médico de la respectiva sección geográfica;

b) Investigar y juzgar, en primera instancia, los procesos disciplinarios contra los Magistrados de los Tribunales Seccionales por presuntas faltas a la ética profesional cometidas en el ejercicio de su profesión, mientras ejerzan el cargo de Magistrados. La segunda instancia en este caso, corresponderá al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien haga sus veces;

c) Conocer de los recursos de apelación y de queja en los procesos que tramiten en primera instancia los Tribunales Seccionales;

d) Para garantizar la imparcialidad o para descongestionar los Tribunales Seccionales, disponer que los procesos, por razones de competencia, cambien de radicación y sean adelantados por un Tribunal diferente al que corresponda al lugar o sección geográfica en que se cometió la falta. Igualmente, decidirá sobre los conflictos o colisiones de competencia que surjan entre los Tribunales Seccionales;

e) Vigilar y controlar el funcionamiento de los Tribunales Seccionales, sin perjuicio de los controles ad-

ministrativos y presupuestales que deban adelantar los organismos competentes;

f) Conceder licencias a los Magistrados de los Tribunales Seccionales para separarse de sus cargos por más de noventa (90) días en un solo año y designar los interinos a que haya lugar;

g) Incrementar el número de magistrados en los tribunales seccionales previa solicitud motivada de los mismos;

h) Realizar publicaciones, reuniones científicas y otras actividades relacionadas con la enseñanza, el fortalecimiento y la divulgación de la Ética Médica;

i) Darse su propio reglamento.

Artículo 55. *De los Tribunales Seccionales de Ética Médica.* En cada Departamento y en el Distrito Capital de Bogotá habrá un Tribunal Seccional de Ética Médica que tendrá competencia para investigar hechos ocurridos en el respectivo territorio de su competencia, salvo lo dispuesto en el literal d) del artículo 54.

Artículo 56. *Composición de los Tribunales Seccionales de Ética Médica.* Cada Tribunal Seccional de Ética Médica estará integrado por un número impar de magistrados, mínimo cinco (5) y máximo once (11), elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica, acorde con el literal a) del artículo 54.

Parágrafo. El incremento en el número de los magistrados dependerá de la solicitud que el Tribunal Seccional haga al Tribunal Nacional de Ética Médica con la debida sustentación.

Artículo 57. *Requisitos para ser Magistrado del Tribunal Seccional de Ética Médica.* Para ser magistrado del Tribunal Seccional de Ética Médica se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano;
- b) Haber ejercido legalmente la medicina por espacio no inferior a diez años;
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión;
- d) No haber sido condenado ni sancionado previamente por hechos derivados del ejercicio de la medicina en los cinco (5) años anteriores a su elección.

Artículo 58. *Sede y período.* Los Tribunales Seccionales de Ética Médica tendrán su sede en la capital del respectivo departamento y el de Bogotá en la capital de la República, pero podrán sesionar válidamente en cualquier lugar de su respectiva jurisdicción. Sus integrantes serán nombrados para un período de dos (2) años, pudiendo ser reelegidos por dos (2) veces y tomarán posesión ante la primera autoridad política del lugar o ante aquella en quien esta delegue la facultad de adelantar la diligencia.

Artículo 59. *Funciones de los Tribunales Seccionales.* Son funciones de los Tribunales Seccionales de Ética Médica:

- a) Adelantar en primera instancia los procesos disciplinarios contra los médicos por presuntas faltas a la ética profesional, de acuerdo con la presente ley.
- b) Tramitar y decidir los impedimentos y recusaciones de sus magistrados.
- c) Conceder licencias a sus magistrados para separarse de sus cargos hasta por noventa (90) días en un año y designar el conjuce a que haya lugar.
- d) Designar a los conjucees, en los casos previstos en la ley.

e) Elaborar informes semestrales de su actividad y remitir copia de los mismos, antes del 31 de julio y del 31 de enero de cada año, al Ministerio de Salud y Protección Social, o a quien haga sus veces y al Tribunal Nacional de Ética Médica.

f) Realizar publicaciones, reuniones científicas y otras actividades relacionadas con la enseñanza, el fortalecimiento y la divulgación de la Ética Médica.

g) Darse su propio reglamento.

Parágrafo. Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética Médica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional.

## CAPÍTULO II

### Disposiciones comunes

Artículo 60. *Calidad jurídica.* Los Tribunales Ético Profesionales Médicos, en el ejercicio de las atribuciones que les confiere la presente ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes, por el hecho de serlo, no adquieren el carácter de servidores o funcionarios públicos.

Artículo 61. *Abogados secretarios asesores.* Cada Tribunal será asesorado jurídicamente por un abogado titulado, designado por el respectivo Tribunal, quien desempeñará las funciones señaladas en el reglamento del mismo.

Artículo 62. *Quórum.* Los Tribunales de Ética Médica podrán sesionar y decidir válidamente con la asistencia de más de la mitad de sus integrantes. Las decisiones que se adopten serán firmadas por todos los Magistrados que hayan asistido a la sesión deliberatoria y quien no esté de acuerdo con la decisión tomada podrá salvar o aclarar su voto y así lo hará constar, siempre y cuando la providencia sea votada por más de la mitad de los magistrados que integran el Tribunal.

Artículo 63. *Actas.* De cada una de las sesiones del Tribunal se extenderá un acta que será suscrita por el Presidente y el Secretario del mismo. El Secretario será responsable de la conservación y guarda de las actas.

Parágrafo. Las actas del Tribunal que contengan decisiones sobre procesos, tendrán reserva mientras los procesos no tengan decisión en firme.

Artículo 64. *Remuneraciones.* Como reconocimiento a su labor, los magistrados y conjucees de los Tribunales Nacional y de los Tribunales Seccionales recibirán una remuneración, a título de honorarios, la cual no es incompatible con la recepción de cualquiera otra asignación que provenga del tesoro público o del ejercicio de su profesión. El monto de dichos honorarios será fijado por cada Tribunal de acuerdo con su categoría y responsabilidades.

## CAPÍTULO III

### Del Proceso Disciplinario Ético Profesional Médico

Artículo 65. *Principios rectores.* Serán principios rectores del proceso disciplinario ético profesional los siguientes derechos: debido proceso, legalidad, juez natural, a la defensa, a la favorabilidad, no agravación de la sanción por el superior, gratuidad e igualdad, así como los previstos en el Código Penal y el Código de Procedimiento Penal.

Artículo 66. *Instauración del Proceso Disciplinario Ético Profesional.* El Proceso Disciplinario Ético Profesional será instaurado:

a) De oficio, cuando por conocimiento de uno de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley.

b) Por solicitud de una entidad pública o privada, o de cualquier persona natural.

Parágrafo 1°. En cada caso deberá presentarse por lo menos una prueba sumaria del acto que se considere reñido con la ética médica.

Artículo 67. *Instrucción del Proceso Disciplinario.* Una vez la denuncia es aceptada por parte de la sala plena, el Presidente del Tribunal designará por sorteo a uno de sus miembros para que abra investigación preliminar, la que tendrá por finalidad establecer si la conducta se ha realizado, si parece ser constitutiva de falta disciplinaria y si es posible identificar al médico que en ella haya incurrido. Se ordenará la ratificación personal de la queja bajo la gravedad del juramento.

Parágrafo. El término máximo para la investigación preliminar será de seis (6) meses y culminará con resolución de apertura de investigación formal o con resolución inhibitoria. Este término podrá ser prorrogado por un periodo igual.

Artículo 68. *Resolución inhibitoria.* El Tribunal dictará resolución inhibitoria y archivará la queja cuando aparezca demostrada una de las siguientes causales:

- a) Que la conducta no ha existido;
- b) Que la conducta no es constitutiva de falta disciplinaria consagrada en la presente ley;
- c) Que el médico investigado no la ha cometido;
- d) Que el proceso no puede iniciarse por muerte del médico investigado, prescripción de la acción o cosa juzgada ético-disciplinaria;

Parágrafo. La decisión de resolución inhibitoria será motivada y contra ella proceden los recursos ordinarios que podrán ser interpuestos por el quejoso, su representante o su apoderado. La decisión de apertura de investigación formal no es susceptible de recursos.

Artículo 69. *Investigación formal.* Si no procede la resolución inhibitoria el Tribunal ordenará la apertura de investigación formal. El Magistrado Instructor procederá a establecer la calidad de médico del investigado, le recibirá versión libre y espontánea, con asistencia de abogado defensor.

Parágrafo 1°. Durante la investigación formal el profesional instructor practicará todas las pruebas y diligencias que considere necesarias para la investigación. Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se harán bajo la gravedad del juramento.

Parágrafo 2°. Las actuaciones dentro del proceso disciplinario ético-profesional deberán constar por escrito.

Parágrafo 3°. Si alguna de las partes recusare a un magistrado o este se declare impedido, el punto se resolverá de acuerdo con las normas legales vigentes.

Artículo 70. *Término de la investigación formal.* El término máximo de la investigación formal será de seis (6) meses, contados a partir de la fecha del auto que ordena su iniciación. No obstante, el magistrado instructor podrá solicitar al Tribunal ampliación del término para presentar informe de conclusiones, el cual no deberá exceder los doce (12) meses.

Artículo 71. *Versión libre y espontánea.* Recibida la ratificación de la queja o demostrada la imposibilidad

de hacerlo, pero resuelta por el Tribunal en sala plena la continuación del procedimiento, el magistrado señalará fecha y hora para recibirle versión libre al médico investigado, para lo cual se le citará por medio idóneo a la dirección que aparezca en el proceso, indicándole que tiene derecho a nombrar un abogado que lo asista, sea de confianza o de oficio. En caso de no contar con dirección el Tribunal adelantará las diligencias pertinentes para tratar de localizarlo acorde con la ley.

Si no compareciere sin excusa justificada, se le emplazará mediante edicto fijado en la Secretaría del Tribunal por un término de cinco (5) días, a partir de los cuales se le declarará persona ausente y se continuará la actuación con el abogado defensor. El interrogatorio deberá ceñirse a las siguientes reglas:

a) Previamente al interrogatorio se le advertirá al médico implicado que se le va a recibir una versión libre y espontánea, que es voluntaria y libre de todo apremio, que no tiene obligación de declarar contra sí mismo ni contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, ni contra su cónyuge, compañera o compañero permanente;

b) Acto seguido, se interrogará al médico sobre sus generales de ley, universidad de la que es egresado, fechas de egreso y de grado, estudios realizados, establecimientos que avalen su especialización (si la tuviere), vinculaciones laborales, experiencia profesional, número de identificación profesional, domicilio y residencia;

c) A continuación el magistrado instructor brindará información suficiente y necesaria al médico investigado del objeto de la versión y le solicitará que haga un relato de cuanto le conste con relación a los hechos que se investigan;

d) Cumplido lo anterior, continuará interrogándolo con el fin de precisar los hechos, las circunstancias en que ocurrieron y la razón de su manifestación. No podrá limitarse al interrogado el derecho de hacer constar cuanto tenga por conveniente para su defensa o para la explicación de los hechos, se recibirán los elementos que pueden ser medio de prueba, se verificarán las citas contenidas en su declaración y se realizarán las diligencias que propusiere para comprobar sus aseveraciones;

e) Del interrogatorio se levantará un acta en la que se consignarán textualmente las preguntas y las respuestas, así como la relación detallada de los elementos aportados que puedan constituir medio de prueba, o de las diligencias que solicite practicar. Dicha acta será firmada por los que intervengan en ella, una vez leída y aprobada.

Parágrafo 1°. Cuando el médico en su versión libre haga imputaciones a terceros sobre el mismo hecho, se le tomará juramento respecto de tales afirmaciones.

Parágrafo 2°. Si en concepto del presidente del Tribunal o del magistrado instructor el contenido de la denuncia permite establecer la presunción de violación de normas de carácter penal, civil o administrativo, simultáneamente con la investigación formal, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad competente.

Artículo 72. *Informe de conclusiones. Calificación.* Vencido el término de la investigación formal, o antes si la investigación estuviere completa, el magistrado instructor presentará por escrito su informe de conclusiones como proyecto de calificación del proceso. La sala plena dispondrá de quince (15) días hábiles para



decidir si precluye la investigación o plantea resolución de formulación de cargos.

Artículo 73. *Resolución de preclusión o terminación definitiva del proceso.* La sala plena del Tribunal dictará resolución de preclusión cuando esté demostrada una cualquiera de las siguientes causales:

- a) Que la conducta imputada no ha existido;
- b) Que el médico investigado no la cometió;
- c) Que no es constitutiva de falta a la ética médica;
- d) Que el proceso no podía iniciarse o proseguirse por muerte del investigado, prescripción o cosa juzgada;
- e) Que haya alguna causal de ausencia de responsabilidad;
- f) Cuando se configure el principio de *indubio pro reo*.

Parágrafo. Contra la resolución de preclusión del proceso no procede recurso alguno.

Artículo 74. *La formulación de cargos.* La sala plena del Tribunal dictará resolución de formulación de cargos cuando esté establecida la ocurrencia del hecho y exista prueba que merezca serios motivos de credibilidad sobre la falta y la presunta responsabilidad ético-disciplinaria del médico.

Parágrafo 1°. La resolución de formulación de cargos deberá contener:

- a) El señalamiento de la conducta del investigado que se presume reñida con la ética, por acción u omisión, el resumen y valoración de las pruebas demostrativas de la misma;
- b) La indicación precisa de la norma o normas legales que se consideren infringidas;
- c) Cuando fueren varios los implicados, los cargos se formularán por separado para cada uno de ellos.

Parágrafo 2°. Notificada la resolución de formulación de cargos, el expediente quedará en secretaría a disposición del médico acusado, quien podrá solicitar las copias deseadas.

Parágrafo 3°. Contra la decisión de formulación de cargos no procede recurso alguno.

Artículo 75. *Notificación personal de la resolución de formulación de cargos.* La resolución de formulación de cargos se notificará personalmente, así: se citará por un medio idóneo al médico acusado y a su apoderado, a su última dirección conocida. Transcurridos cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de la certificación de la entrega efectiva de la comunicación, sin que comparecieren y sin excusa válida o en caso de renuencia a comparecer, se continuará el proceso con el abogado defensor o, en su defecto, será designado un defensor de oficio, a quien se notificará personalmente la resolución. Cuando el implicado resida fuera del lugar en que se adelanta el proceso, la notificación se hará por medio de un funcionario comisionado. Al notificarse la resolución de cargos se hará entrega al acusado o a su defensor de una copia de la misma.

Parágrafo. En firme la resolución de cargos, se interrumpe la prescripción e inicia un nuevo periodo de prescripción por otros tres (3) años.

Artículo 76. *Descargos.* Salvo en los casos de fuerza mayor, el disciplinado dispondrá de veinte (20) días hábiles contados a partir de la notificación de la resolución de formulación de cargos para presentar –ver-

balmente y por escrito– sus descargos a la sala plena y solicitar la práctica de las pruebas que estime necesarias. Se levantará un acta que sea transcripción fiel de lo expresado.

Parágrafo. Al rendir descargos el disciplinado podrá aportar y solicitar a la sala plena el decreto de práctica de pruebas que considere convenientes para su defensa, las que se decretarán siempre y cuando fueren conducentes, pertinentes, lícitas y necesarias. De oficio, el magistrado instructor y la Sala podrán decretar y practicar las pruebas que consideren necesarias. Las pruebas decretadas deberán practicarse dentro del término de veinte (20) días hábiles.

Artículo 77. *Término para fallar.* Vencidos los términos para presentar los descargos y práctica de las pruebas, según el caso, el magistrado instructor dispondrá del término de treinta (30) días hábiles para presentar por escrito el proyecto de fallo, y la sala de otros treinta (30) para decidir. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

Artículo 78. *Requisitos sustanciales para sancionar.* Solo se podrá dictar fallo sancionatorio cuando exista certeza sobre la conducta violatoria de las normas contempladas en la presente ley y sobre la responsabilidad del médico acusado, o cuando este haya aceptado los cargos y estos estén probados.

Parágrafo 1°. El fallo deberá contener:

- a) Un resumen de los hechos materia del proceso;
- b) Un resumen de los cargos formulados y de los descargos presentados por los intervinientes y análisis de los mismos;
- c) Las razones por las cuales los cargos se consideren probados o desvirtuados, mediante evaluación de las pruebas respectivas;
- d) La cita de las disposiciones legales infringidas, de conformidad con la resolución de cargos y las razones por las cuales se absuelve o se impone determinada sanción;
- e) Cuando fueren varios los implicados, se hará el análisis separado para cada uno de ellos

Parágrafo 2°. Son causales de exclusión de la responsabilidad disciplinaria ético-profesional: la fuerza mayor, el caso fortuito y el estado de necesidad.

Parágrafo 3°. La parte resolutive se proferirá con la siguiente fórmula: “El Tribunal de Ética Médica (de la jurisdicción respectiva) en nombre de la República de Colombia y por mandato de la ley, resuelve:” Ella contendrá la decisión que se adopte, la orden de expedir las comunicaciones necesarias para su ejecución y la advertencia de que contra ella proceden los recursos de reposición y apelación.

Artículo 79. *Notificación.* La notificación será personal, en estrados, por estado, por edicto, por conducta concluyente y por funcionario comisionado en casos indicados por la ley. Se podrá notificar por correo electrónico si previamente y por escrito alguna de las partes hubiere solicitado este medio.

Artículo 80. *Impugnación del fallo.* Los recursos de reposición y apelación deberán ser interpuestos dentro del término de cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación.

Parágrafo 1°. El recurso deberá sustentarse por escrito ante el Tribunal correspondiente dentro del término de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento

del término previsto para interponer el recurso; en caso de apelación, el expediente será remitido al Tribunal Nacional de Ética Médica para su trámite.

Parágrafo 2°. Contra los fallos de segunda instancia del Tribunal Nacional de Ética Médica no procede recurso alguno.

Artículo 81. *Segunda instancia.* Recibido el proceso con la apelación sustentada por escrito en el Tribunal Nacional de Ética Médica, será repartido por sorteo y el Magistrado Ponente dispondrá de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha en que entre a su Despacho para presentar proyecto de decisión y la Sala, de treinta (30) días hábiles siguientes para decidir.

Artículo 82. *Prescripción.* La acción ético-médico-disciplinaria prescribe en cinco (5) años contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta, salvo lo dispuesto en el parágrafo del artículo 75.

Artículo 83. *Reserva.* El proceso ético-médico-disciplinario está sometido a reserva. Solamente será conocido por el médico examinado y su apoderado o por autoridad competente mientras no esté ejecutoriado el fallo definitivo.

#### CAPÍTULO IV

##### De las sanciones

Artículo 84. *Tipos de sanción.* Los Tribunales Seccionales Ético-Disciplinarios Médicos, probada la falta a la ética médica podrán aplicar alguna de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación verbal privada;
- b) Censura escrita y pública;
- c) Suspensión en el ejercicio de la medicina hasta por seis (6) meses;
- d) Suspensión mayor en el ejercicio de la medicina, hasta por cinco (5) años.

Artículo 85. *Amonestación verbal privada.* La amonestación verbal privada es la reprensión privada que la sala plena del Tribunal hace al infractor por la falta cometida; de ella quedará constancia solamente en el expediente. No figurará en los antecedentes ético-médico disciplinarios.

Artículo 86. *Censura escrita y pública.* La censura escrita y pública es la reprensión mediante la lectura de la decisión en la sala del respectivo Tribunal, su fijación en lugar visible del mismo y del Tribunal Nacional por treinta (30) días hábiles y su registro en la página electrónica del Tribunal, si la hubiere. Se deberá dejar constancia de la fijación y desfijación de la decisión.

Artículo 87. *Suspensión.* La suspensión simple consiste en la prohibición del ejercicio de la medicina por un término no inferior a treinta (30) ni superior a ciento ochenta (180) días calendario.

Artículo 88. *Suspensión mayor.* La suspensión mayor consiste en la prohibición del ejercicio de la medicina por un período superior a seis (6) meses y hasta por cinco (5) años.

Artículo 89. *Publicidad.* Las sanciones consistentes en suspensión del ejercicio profesional serán publicadas en lugares visibles del Tribunal Nacional de Ética Médica y de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, de la Academia Nacional

de Medicina, de la Federación Médica Colombiana y sus colegios departamentales, del Colegio Médico Colombiano, de las demás organizaciones colegiadas, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Procuraduría y de las Autoridades competentes para el registro médico, así como en las páginas electrónicas de las mismas entidades. Así mismo, incluida la censura escrita y pública, se anotarán en el Registro Médico Nacional que llevarán las autoridades competentes, para el registro médico y los Tribunales de Ética Médica.

Parágrafo. Ejecutoriada la decisión en la que se sanciona al médico, el Tribunal Seccional la comunicará a las entidades a que se refiere el presente artículo.

Artículo 90. *Graduación.* Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta la gravedad, modalidades y circunstancias de tiempo, modo y lugar, factores atenuantes y agravantes en que se cometió la falta.

Parágrafo. Son circunstancias de agravación de la sanción:

- a) Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo ético y deontológico profesional durante los cinco (5) años anteriores a la comisión de la falta;
- b) Aprovecharse de la posición de autoridad;
- c) Ocultar acciones u omisiones o intentar hacerlo.

#### CAPÍTULO V

##### Actuación procesal

Artículo 91. *Clasificación de las providencias.* Las providencias que se dicten en el proceso ético-médico disciplinario se denominan fallos, bien en primera o en segunda instancia, previo el agotamiento del trámite respectivo; resoluciones interlocutorias, si resuelven algún incidente o aspecto sustancial de la actuación; y resoluciones de sustanciación cuando disponen el trámite que la ley establece para dar curso a la actuación. Las resoluciones interlocutorias y los fallos deberán ser motivados.

Artículo 92. *Providencias que deben notificarse.* Al médico disciplinado y a su apoderado se les notificarán personalmente las siguientes providencias:

- a) La resolución de apertura de investigación preliminar;
- b) La resolución de apertura de investigación formal;
- c) La resolución inhibitoria;
- d) La que resuelve una recusación;
- e) La que niega la práctica de prueba;
- f) La que pone en su conocimiento el dictamen de los peritos;
- g) La que formula cargos;
- h) Los fallos (absolutorio o sancionatorio);
- i) La que resuelve en segunda instancia la consulta;
- j) La que niega el recurso de apelación;
- k) La que dispone la preclusión del proceso.

Parágrafo 1°. Al quejoso o a su apoderado se le notificará la resolución inhibitoria y podrá ser recurrida.

Parágrafo 2°. Una vez calificado el proceso disciplinario, sea con pliego de cargos o con resolución de preclusión, el quejoso deja de ser sujeto procesal y por tanto no tiene intervención en el mismo, excepto la po-

sibilidad de aportar pruebas o datos que permitan recaudarlas o decretarlas.

Artículo 93. *Notificación personal de providencias.* La notificación se surtirá citando mediante un medio idóneo al médico disciplinado y a su apoderado, a su última dirección conocida, solicitándole su comparecencia a la secretaría del respectivo Tribunal. Si no fuere posible hacer la notificación personal, en cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de envío de la comunicación, previa constancia secretarial, las resoluciones se notificarán por estado, que permanecerá fijado en la Secretaría del Tribunal durante un (1) día y los fallos por edicto que permanecerá fijado en la Secretaría durante tres (3) días. Cuando la persona que deba notificarse no residiere en el lugar en que se adelanta el proceso, la notificación se hará por medio de un funcionario comisionado.

Artículo 94. *Recursos ordinarios.* Contra las resoluciones interlocutorias, excepto la de formulación de cargos y la resolución de preclusión, proceden los recursos de reposición, apelación y queja. Procede el recurso de reposición contra las providencias de primera instancia y se interpone ante el mismo funcionario que dictó la providencia con el fin de que la revoque, aclare, modifique o adicione. Procede el recurso de apelación contra los fallos de primera instancia, exceptuando los previstos en este artículo y el de queja ante el superior inmediato, cuando el funcionario de primera instancia deniega el anterior en los casos en que es procedente.

Artículo 95. *Consulta.* Es un grado jurisdiccional mediante el cual el Tribunal Nacional conoce en segunda instancia de las decisiones que sin haber sido apeladas, deben ser revisadas en virtud de expreso mandato de la ley. Serán de consulta obligatoria las sanciones consistentes en suspensión simple o suspensión mayor, cuando el proceso se adelantó con persona ausente o cuando haya sido imposible la notificación personal de la sanción.

Artículo 96. *Cambio de radicación de un proceso, finalidad y procedencia.* El cambio de Tribunal competente podrá disponerse por el Tribunal Nacional, cuando en el territorio donde se esté adelantando la actuación procesal existan circunstancias que puedan afectar la imparcialidad o la independencia de la administración de justicia, o el Tribunal que conoce del mismo se encuentre muy congestionado o se haya visto en la obligación de cesar en el ejercicio de sus funciones. En todo caso se garantizará el derecho a la defensa y al debido proceso.

Artículo 97. *Nulidades.* Son causales de nulidad en el proceso ético-médico disciplinario:

- a) La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas en que se fundamentan;
- b) La existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso;
- c) La violación del derecho de defensa.

Artículo 98. *Autonomía de la acción disciplinaria.* La acción ético-médica disciplinaria se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil, administrativa o contenciosa administrativa a que hubiere lugar.

Parágrafo. Dentro del proceso disciplinario ético profesional podrán obrar pruebas válidamente practicadas en otro proceso, siempre y cuando sean allegadas en legal forma y se garantice el derecho de contradicción.

Artículo 99. *Requisitos formales de la actuación.* Las actuaciones en el proceso ético-médico disciplinario deberán constar por escrito y en idioma español. De las actuaciones se conservará registro en medio magnético en consonancia con la regulación vigente sobre datos personales.

#### TÍTULO IV

##### OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 100. *Remisión a otras normatividades.* En lo no contemplado en esta ley, los vacíos jurídicos serán llenados en la siguiente forma:

Los vacíos en materia penal necesariamente deben ser llenados haciendo remisión al Código Penal, que actualmente no es otro que el contenido en la Ley 599 de 2000.

Los vacíos en materia procesal, deben tener una remisión múltiple:

- a) Al Código de Procedimiento Penal vigente;
- b) Al Código Disciplinario Único;
- c) Al Código Contencioso Administrativo. y
- d) Al Código General del Proceso.

Todo lo anterior siempre y cuando no contravenga la naturaleza del Derecho Disciplinario.

Artículo 101. *Asesores.* En materias ético-disciplinarias médicas serán asesores y consultores del Gobierno nacional: la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, Ascofame, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y el Colegio Médico Colombiano.

Artículo 102. *Financiamiento de los Tribunales.* El Gobierno nacional y los Gobiernos Departamentales incluirán en el proyecto de presupuesto de gastos correspondiente a cada vigencia, las partidas indispensables para sufragar los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 103. *Vigencia y derogatoria.* La presente ley rige a partir de su sanción y deroga la Ley 23 de 1981 y demás disposiciones que le sean contrarias.

#### VI. CONCLUSIÓN

Con fundamento en las consideraciones y argumentos expuestos, en el marco de la Constitución Política y la ley, y teniendo en cuenta que la presente iniciativa persigue subsanar el vacío legal en el que incurrió el legislador en el año de 1981, someto a consideración del honorable Congreso de la República, el presente texto de proyecto de ley para que sea estudiado por esta célula legislativa.

Con toda atención,

  
**JUAN MANUEL GALÁN,**  
 Senador de la República

#### I. INTRODUCCIÓN

La Ley 23 de 1981 ha sido para el médico colombiano un código de moral objetiva que regula el ejercicio profesional y que es de obligatorio cumplimiento, so pena de ser sancionado por los respectivos tribunales. Sin desconocer la buena intención de sus gestores y redactores, dicha disposición presenta fallas y demanda una actualización de sus normas que considere el

contexto presente, así como los cambios que ha traído para la rama de la medicina, los avances tecnológicos y científicos en la materia.

Es así como luego de casi siete lustros de estar vigente, el código de ética presenta grandes inconsistencias con el desarrollo de la vida actual. Esta necesidad de actualizar la normatividad fue prevista hace veinte años, a través del autorizado concepto del abogado Alfonso Tamayo Tamayo, uno de los redactores del Código de Ética Médica, quien en su momento manifestó que “*muchas precisiones, cambios, supresiones y reformas podrán introducirse a la ley de ética médica para hacerla un instrumento cada vez más claro y adecuado para regular las diferentes relaciones que existen en el trabajo médico*”<sup>1</sup>, palabras que adquieren mayor validez en los días que corren, cuando la modalidad de ejercicio y las relaciones laborales de los médicos han sufrido fuertes cambios, desde que fue contemplada en 1981.

La Ley 23 de 1981, contó en su momento con un fundamento moral legado por la escuela hipocrática, que existió hace veinticinco siglos. Sin embargo, aunque es cierto que algunos de los principios del Juramento hipocrático son intemporales, otros compromisos que se adquieren con este, difieren ampliamente de la manera como se ejerce la medicina en el mundo actual. Puesto que las costumbres cambian, asimismo cambia la interpretación moral de los actos.

Recurriendo a la historia, encontramos que al inicio de la década de los años setenta irrumpió una nueva corriente ética, ajustada a la época, como respuesta a un momento en que la ciencia, en su afán inquisitivo y transformador, se convirtió en amenaza para el individuo y la sociedad. Para ponerle freno a ese afán, se le dio un nuevo rostro y un nuevo cerebro a la ética científica. Esa neoética se conoce con el nombre de Bioética, disciplina que gira alrededor de la vida en todas sus dimensiones, no solo de la humana, sino también de las demás formas conocidas sobre el planeta, es decir, la animal irracional y la vegetal.

La ciencia, hasta ese momento había sido considerada una disciplina neutral, éticamente. Sin embargo, luego de los hechos ocurridos a partir del holocausto de Hiroshima y Nagasaki, se dimensionaron las implicaciones de los aportes científicos para la humanidad y sus funestas consecuencias y efectos directos sobre el hombre y su entorno. En 1971, *Van Renselaer Potter*, oncólogo y profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin en Estados Unidos de Norteamérica, publicó su libro *Bioethics, bridge to the future*<sup>2</sup>, en donde defiende la tesis de que si no se pone freno al comportamiento del ser humano frente a la naturaleza, su supervivencia sobre el planeta no será muy larga. Así, luego de profundas reflexiones, concluyó que la supervivencia del hombre puede depender de una ética basada en el conocimiento biológico. A esa ética le dio el nombre de “*Bioética*”, vale decir, “*Ciencia de la supervivencia*”, afirmando que: “*Una ciencia de la supervivencia debe ser más que ciencia sola; por lo tanto yo propongo el término Bioética en orden a enfatizar los dos más importantes ingredientes, en procura de la nueva sabiduría tan desespera-*

*damente necesaria: los conocimientos biológicos y los valores humanos*”<sup>3</sup>. Más adelante continuó diciendo: “*Debemos desarrollar la ciencia de la supervivencia, y esta debe arrancar con una nueva clase de ética: la bioética, que también podría llamarse “ética interdisciplinaria”, es decir, que incluya tanto las ciencias como las humanidades*”<sup>4</sup>.

Por su parte, ya en 1969 en la ciudad de Nueva York el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra Willard Gaylin habían llevado a cabo una iniciativa con científicos y filósofos interesados en las ciencias biomédicas, para analizar cuál debía ser la posición de la sociedad en general y de los profesionales en particular frente a los avances de ellas. Así nació el *Instituto de Ética y Ciencias de la Vida*, conocido más tarde como “*Hastings Center*” en donde comenzó a desarrollarse una nueva ética, diferente a la propuesta por Potter. Este centro tuvo un enfoque esencialmente médico, pues se ocupó solo de los asuntos relacionados con las ciencias médicas: reproducción humana asistida, distanasia, eutanasia, muerte digna, geneterapia, trasplantes, derechos del paciente, aborto, etc. En otros términos, se trató de una ética biomedicalizada, aceptada por Potter y calificada por él como una especialidad de la Bioética.

Más adelante, en 1980 el Congreso de los Estados Unidos designó una Comisión Presidencial, para que continuara el trabajo que en 1978 había adelantado la *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos* en la Investigación Biomédica. Esa Comisión Presidencial, rindió un informe conocido como “*Informe Belmont*”<sup>5</sup>, donde quedó establecido que la autodeterminación (autonomía) y el bienestar (beneficencia) de la persona, eran los principios éticos que debían regir la actuación del médico y de todos aquellos profesionales que se ocuparan de la atención y la investigación de los sujetos humanos<sup>6</sup>. A partir de entonces, quedaron claramente identificados los principios morales sobre los cuales se sustenta la Ética Médica: autonomía, beneficencia-no maleficencia y justicia<sup>7</sup>. El primero, inherente al paciente, el segundo al médico y el tercero a la sociedad y el Estado. Debe hacerse caer en cuenta que el principio de justicia, de tanta importancia en la ética médica actual, no fue considerado en el Juramento hipocrático ni en la Ley 23 de 1981.

El médico y eticista español Diego Gracia Guillén, ha dicho que la bioética médica es una consecuencia necesaria de los principios que viven informando la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos<sup>8</sup>. Así, junto con la formulación y vigencia de los principios de libertad política y libertad religiosa, se impone también el principio de libertad moral. De hecho, el mismo Gracia Guillén añade: “*Todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas*”<sup>9</sup>. Si lo moral es la esencia de lo

<sup>3</sup> Ibíd p. 2.

<sup>4</sup> Ibíd p. 4.

<sup>5</sup> **The Belmont Report**. Ethical Principles and Guidelines for the Protections of Human Subjects of Research. April 18, 1979.

<sup>6</sup> Faden RR. y Beauchamp TR. **A history and theory of Informed Consent**, Oxford University Press, p. 97, 1986.

<sup>7</sup> Buchan A. **Biomedical Ethics**. Mappes TA. y Zembaty JS., Mac Graw-Hill, inc., 3ª. Ed., p. 552, 1991.

<sup>8</sup> **Fundamentos de Bioética**, Eudema, S. A., Madrid, p. 17, 1989.

<sup>9</sup> **Ibíd.**, p. 17.

<sup>1</sup> “Ética médica y responsabilidad legal”. En *Ética y responsabilidad en medicina*. Publicación del Tribunal Nacional de Ética Médica. Bogotá, p. 65, 1994.

<sup>2</sup> “Ética médica y responsabilidad legal”. En *Ética y responsabilidad en medicina*. Publicación del Tribunal Nacional de Ética Médica. Bogotá, p. 65, 1994.

ético, deberá aceptarse entonces que la Ética Médica con el advenimiento de la Bioética fue modificada en su esencia. En efecto, fue en los inicios de los años 70 cuando al paciente se le concedió la ciudadanía libre y responsable a través de la declaración de la *National Welfare Rights Organization*<sup>10</sup>. Esa ciudadanía, quedó refrendada con la “*Declaración de los derechos del paciente*”, aprobada por la *Asociación Americana de Hospitales* en 1973. En Colombia, el *Ministerio de Salud* profirió la Resolución número 13437 de 1991, acto administrativo que refrendó estos derechos con carácter general para instituciones de salud, oficiales y privadas<sup>11</sup>.

Como se propuso anteriormente, junto con el de la autonomía, los principios morales de beneficencia y justicia constituyen el trípode que sirve de base de sustentación a la ética médica actual. Debe advertirse entonces que el paternalismo registrado en el Juramento hipocrático, que caracterizó a la medicina durante veinticinco siglos, dejó de tener vigencia. El paciente superó su condición de incapacitado mental y moral para convertirse en un sujeto activo, con derechos legales; el médico a su vez, continúa siendo el benefactor del paciente, pero no a contrapelo del querer de este; y finalmente el Estado, que en cuestiones médicas no fue tenido en cuenta, asumió la responsabilidad de estatuir la salud como un derecho y de garantizar su vigencia, es decir, de actuar con criterio justo. Sin duda alguna, tal ingrediente, involucrado hoy en el concepto de ética médica, tiene sus raíces en las tesis propuestas por *John Stuart Mill* en su tratado de filosofía moral, *El utilitarismo*. Para él, la esencia de la justicia no es otra cosa que el derecho al bienestar que posee el individuo; así, escribió: “*La justicia es el nombre de ciertas clases de reglas morales que se refieren a las condiciones esenciales de bienestar humano de forma más directa y que son, por consiguiente, más absolutamente obligatorias que ningún otro tipo de reglas que orienten nuestra vida*”<sup>12</sup>.

Al cumplir el médico las normas escritas en el código de moral respectivo, lo que está cumpliendo es con un deber coactivo que le impone la sociedad. Si la conciencia del médico no está convencida de la bondad de esas normas, no está cumpliendo el deber ético, que depende más de aquella conciencia que de su bondad intrínseca, pues sabemos que la corrección de los actos se origina en la intimidad de la conciencia, ajena a sanciones o recompensas externas. Dado que no es posible que la ley regule la moral subjetiva, es decir, aquellas decisiones que brotan de la conciencia individual, no por ello sobran las guías de comportamiento dictadas y aprobadas por la sociedad, ya que el actuar ético no es producto de palpito o de iluminación divina, sino de reflexión consciente, inteligente, madura, orientada por las guías o por la moral objetiva. Existiendo, como existen hoy, circunstancias de suyo conflictivas, no imaginadas hace cuarenta o cincuenta años, se hace indispensable poner a disposición del médico un conjunto de preceptos o normas lo más perfectas posibles, que le faciliten cumplir su deber, que le impidan extrañarse, y que sirvan como consejeras de su actividad diaria.

Cuanto más se acerquen a la perfección, las leyes serán más justas, más acatadas y más perdurables. Por

eso, es necesario que la Ley 23 de 1981 sea derogada y se expida un nuevo Código de Ética Médica, que basado en la realidad actual, posibilite una relación más fluida paciente-médico-Estado. Es en ese marco que la nueva ley de Ética Médica, busca cumplir la delicada función que la sociedad espera de ella.

## II. MARCO NORMATIVO VIGENTE

LEY 23 DE 1981

(febrero 18)

*por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica.*

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

### Declaración de Principios

Artículo 1°. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica:

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

2. El hombre es unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias eternas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el método debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación a su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes. Si así procede a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la ciencia de la salud a través de la práctica cotidiana de su profesión.

3. Tanto en la sencilla investigación científica antes señalada, como en la que lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.

4. La relación médico paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional.

5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Cuando quiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional.

<sup>10</sup> Faden RR y Beauchamp TR. Óp. cit., p. 93.

<sup>11</sup> Resolución número 13437 de 1991.

<sup>12</sup> Óp. cit., Alianza Editorial, S. A., Madrid, p. 126, 1984.

6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley; ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad.

7. El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

8. Cuando el médico emprenda acciones reivindicatorias en comunidad, por razones salariales u otras, tales acciones no podrán poner en peligro la vida de los asociados.

9. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.

10. Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen sí por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente ley médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia.

## CAPÍTULO II

### Del Juramento

Artículo 2°. Para los efectos de la presente ley, adoptándose los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, con la adición consagrada en el presente texto. El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente.

**Juramento médico** Prometo solemnemente: Consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen; Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica a los más puros distados de la ética: Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; Velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente; Guardar y respetar los secretos a mí confiados; Mantener incólumes por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; Considerar como hermanos a mis colegas; Hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, raza, rangos sociales, evitando que estos se interpongan entre mis servicios profesionales y a mi paciente. Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho.

## TÍTULO II

### PRÁCTICA PROFESIONAL

#### CAPÍTULO I

##### De las Relaciones del Médico con el Paciente

Artículo 3°. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley.

Artículo 4°. La asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará en lo posible este derecho.

Artículo 5°. La relación médico paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.
4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

Artículo 6°. El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión.

Artículo 7°. Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la presentación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:

- a) Que el caso no corresponda a su especialidad;
- b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya;
- c) Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas.

Artículo 8°. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de su servicio.

Artículo 9°. El médico mantendrá su consultorio con el decoro y la responsabilidad que requiere el ejercicio profesional. En él puede recibir y tratar a todo paciente que lo solicite.

Artículo 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.

Artículo 11. La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

Artículo 12. El método solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.

Parágrafo. Si en circunstancias excepcionales graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, este podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica.

Artículo 13. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.

Artículo 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa

autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden 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.

Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

Artículo 17. La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.

Artículo 18. Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales.

Artículo 19. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el curso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutirle el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante.

Artículo 20. El médico tratante garantiza al enfermo o a sus allegados inmediatos responsables, el derecho de elegir al cirujano o especialista de su confianza.

Artículo 21. La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares.

Artículo 22. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico fijará sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica y en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente, y previo acuerdo con este o sus responsables.

Artículo 23. En caso de urgencia la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios profesionales.

Artículo 24. En las Juntas Médicas los honorarios serán iguales para todos los participantes.

Artículo 25. Cuando quiera que se presenten diferencias entre el médico y el paciente con respecto a los honorarios, tales diferencias podrán ser conocidas y resueltas por el Colegio Médico correspondiente.

Artículo 26. El médico no presentará sus servicios profesionales a personas de su familia o que de él dependan en caso de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas de urgencias o cuando en la localidad no existiere otro médico.

## CAPÍTULO II

### De las relaciones del médico con sus colegas

Artículo 27. El deber del médico asistir sin cobrar honorarios, al colega, su esposa y los parientes en primer grado de consanguinidad que dependan económicamente de él, salvo en los casos en que estén amparados por un seguro de salud y en el de los tratamientos psicoanalíticos.

Artículo 28. El médico que reciba la atención a que se refiere el artículo anterior, ya sea personalmente o para alguna de las personas señaladas, deberá pagar los insumos correspondientes, como vacunas, exámenes de laboratorio, estudio radiográficos, yesos, etc.

Parágrafo. El médico podrá conceder tarifas especiales a los miembros de las profesiones afines a la suya y solo podrá establecer consultas gratuitas para las personas económicamente débiles.

Artículo 29. La lealtad y la consideración mutuas constituyen el funcionamiento esencial de las relaciones entre los médicos.

Artículo 30. El médico no desaprobará con palabras o de cualquier otra manera, las actuaciones de sus colegas en relación con los enfermos. Será agravante de esa conducta, el hecho de que esté dirigido a buscar la sustitución del médico tratante.

Artículo 31. Todo disentimiento profesional entre médicos, será redimido por la Federación Médica Colombiana de conformidad con las normas de la presente ley.

Parágrafo. La Federación Médica Colombiana señalará el mecanismo mediante el cual Colegios Médicos se ocuparán de la atención de las solicitudes que se presenten en desarrollo a este artículo.

Artículo 32. Es censurable aceptar un cargo desempeñando por otro colega que haya sido destituido sin causa justificada, salvo que se trate de un empleo de dirección o confianza.

## CAPÍTULO III

### De la Prescripción Médica, la Historia Clínica, el Secreto Profesional y Algunas Conductas

Artículo 33. Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Artículo 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Artículo 36. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que hay cambio de médico, el reemplazo está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante.

Artículo 37. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Artículo 38. Teniendo en cuenta los consejos que dicten prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

a) Al enfermo en aquello que estrictamente le concierne y convenga;

b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;

c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;

d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley;

e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Artículo 39. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

Artículo 40. Está prohibido al médico en ejercicio recibir beneficios comerciales de farmacias, laboratorios, ópticas, establecimientos ortopédicos y demás organizaciones o instituciones similares encargadas del suministro de elementos susceptibles de prescripción médica.

Artículo 41. El médico no debe aceptar o conceder participación por la remisión del enfermo.

#### CAPÍTULO IV

##### **De las Relaciones del Médico con las Instituciones**

Artículo 42. El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que se esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

Artículo 43. El médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atienda en esas instituciones.

Artículo 44. El médico no aprovechará su vinculación con una institución para inducir al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

Artículo 45. El médico funcionario guardará por sus colegas y personal paramédico subalterno, la consideración, aprecio y respeto que se merecen, teniendo en cuenta su categoría profesional, sin menoscabo del cumplimiento de sus deberes como superior.

#### CAPÍTULO V

##### **De las Relaciones del Médico con la Sociedad y el Estado**

Artículo 46. Para ejercer la profesión de médico se requiere:

a) Refrendar el título respectivo ante el Ministerio de Educación Nacional;

b) Registrar el título ante el Ministerio de Salud;

c) Cumplir con los demás requisitos que para los efectos señalen las disposiciones legales.

Parágrafo. El Ministerio de Salud expedirá a cada médico un carné o tarjeta profesional que acredite su calidad de tal, y enviará mensualmente a la Federación Médica Colombiana una relación completa de los profesionales registrados, identificándolos con el número correspondiente a su tarjeta profesional.

Artículo 47. Es obligatorio la enseñanza de la Ética Médica en las facultades de medicina.

Artículo 48. El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en nuestro país, revalidará su título de conformidad con la ley.

Artículo 49. Constituye falta grave contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que las sanciones administrativas, civiles o penales que haya lugar, la presentación de documentos alterados, o el empleo de recursos irregulares para el registro de títulos o para la inscripción del médico.

Artículo 50. El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico.

Artículo 51. El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado.

Artículo 52. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

Artículo 53. El médico no permitirá la utilización de su nombre para encubrir a personas que ilegalmente ejerzan la profesión.

Artículo 54. El médico se atendrá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:

1. Investigación biomédica en general.

2. Investigación terapéutica en humanos; aplicación de nuevas tecnologías, tanto con fines de diagnóstico, tales como biopsias cerebrales, o bien con fines terapéuticos, como es el caso de algunos tipos de cirugía cardiovascular y psicocirugía y experimentación en psiquiatría y psicología médica y utilización de placebos.

3. Trasplante de órganos; organización y funcionamiento de bancos de órganos y tejidos, producción, utilización y procesamiento de sangre, plasma y otros tejidos.

4. Diagnóstico de muerte y práctica de necropsias.

5. Planificación familiar.

6. Aborto.

7. Inseminación artificial.

8. Esterilización humana y cambio de sexo.

9. Los demás temas de que se ocupen las disposiciones legales vigentes sobre la materia o las recomendaciones de las asambleas de la Asociación Médica Mundial.

Parágrafo 1°. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Médica Mundial, y las disposiciones legales vigentes, se aplicarán las de la legislación colombiana.

Parágrafo 2°. Las personas que se encuentren privadas de la libertad no podrán ser utilizadas con propósitos de investigación científica, en contra de su voluntad.

Parágrafo 3°. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquier sea la ofensa atribuida a la víctima, se ella acusada o culpable, cualesquiera sean sus motivos o creencias y en toda situación, conflicto armado y lucha civil, inclusive.



## CAPÍTULO VI

**Publicidad y propiedad intelectual**

Artículo 55. Los métodos publicitarios que emplee el médico para obtener clientela, deben ser éticos.

Artículo 56. El anuncio profesional contendrá únicamente los siguientes puntos:

- a) Nombre del médico;
- b) Especialidad, si esta le hubiere sido reconocida legalmente;
- c) Nombre de la universidad que le confirió el título;
- d) Número del registro en el Ministerio de Salud;
- e) Dirección y teléfono del consultorio y de su domicilio.

Parágrafo. Cuando el anuncio de que trata el presente artículo se refiere a un centro médico o a una asociación de profesiones, en él debe aparecer el nombre del gerente, administrador o responsable del grupo, con los datos correspondientes a los numerales a), b), c), d), del presente artículo.

Artículo 57. La mención de títulos académicos, honoríficos, científicos, o de cargos desempeñados, solamente podrá hacerse en publicaciones de carácter científico.

Artículo 58. Todo anuncio profesional deberá ser inspeccionado por el respectivo Colegio Médico, quien podrá ordenar su modificación o retiro cuando lo estime pertinente.

Artículo 59. La difusión de los trabajos médicos podrá hacerse por conducto de las publicaciones científicas correspondientes. El contrario a la ética profesional hacer su divulgación en forma directa y anticipada por medio de la persona no especializada, la radiotelefonía, la televisión o cualquier otro medio de información.

Artículo 60. El médico no auspiciará en ninguna forma la publicación de artículos que no se ajusten estrictamente a los hechos científicos debidamente comprobados o que los presenten en forma que induzcan a error, bien sea por el contenido o los títulos con que se presentan los mismos.

Artículo 61. El médico tiene el derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore con base en sus conocimientos intelectuales, y sobre cualesquiera otros documentos, inclusive historias clínicas, que reflejen su criterio o pensamiento científico.

## TÍTULO III

ÓRGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN  
DISCIPLINARIO

## CAPÍTULO I

**De la Federación Médica y los Tribunales  
Ético-Profesionales**

Artículo 62. Reconócese a la Federación Colombiana como institución asesora y consultiva del Gobierno Nacional.

Artículo 63. Créase el Tribunal Nacional de Ética Médica con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia.

Artículo 64. El Tribunal Nacional de Ética Médica estará integrado por cinco profesionales de la medicina elegidos por el Ministerio de Salud de una lista de diez

candidatos, de los cuales cuatro serán propuestos por la Federación Médica Colombiana, tres por la Academia Nacional de Medicina y tres representantes de las facultades de medicina legalmente aprobadas, propuestos por estas.

Parágrafo: El Ministerio de Salud, cuando lo considere conveniente, podrá solicitar a la Federación Médica Colombiana, a la Academia Nacional de Medicina y las facultades de medicina el envío de nuevas listas.

Artículo 65. Para ser miembro del Tribunal Nacional de Ética Médica se requiere:

- a) Gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional;
- b) Haber ejercido la medicina por espacio no inferior a quince años o haber desempeñado la cátedra universitaria en facultades de medicina legalmente reconocidas por el Estado por lo menos durante cinco años.

Artículo 66. Los miembros del Tribunal Nacional de Ética Médica serán nombrados para un período de dos años, pudiendo ser reelegidos y tomarán posesión de sus cargos ante el Ministerio de Salud.

Artículo 67. En cada Departamento, Intendencia o Comisaría se constituirá un Tribunal Seccional Ético Profesional.

Artículo 68. El Tribunal Seccional de Ética Médica estará integrado por cinco profesionales de la medicina elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica de conformidad con lo establecido en el artículo 73, escogidos de listas presentadas por los Colegios Médicos correspondientes, cuyo número en cada caso no podrá ser inferior a diez profesionales, salvo cuando en el respectivo territorio no existiere este número con el lleno de la calidad que más adelante se señale.

Artículo 69. Para ser miembro del Tribunal Seccional de Ética Médica se requiere:

- a) Gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional;
- b) Haber ejercido la medicina por espacio no inferior a diez años, o durante por lo menos cinco años haber desempeñado la cátedra universitaria en facultades de medicina legalmente reconocidas por el Estado.

Artículo 70. Los miembros de los Tribunales Seccionales de Ética Médica serán nombrados para un período de dos años pudiendo ser reelegidos y tomarán posesión de sus cargos ante la primera autoridad política del lugar, o ante aquella en quien esta delegare la facultad de adelantar la diligencia.

Artículo 71. Los miembros de los Tribunales Ético-Profesional Nacional y Seccionales deberán pertenecer, si fuere posible a diferentes especialidades médicas.

Artículo 72. El Tribunal Nacional de Ética Médica enviará en las oportunidades en que elija Tribunales, los nombres de sus integrantes al Ministerio de Salud para que, si lo considera conveniente, manifieste su oposición al nombramiento de cualquiera de los miembros del Tribunal sometido a su consideración. El nombramiento se entenderá perfeccionado y considerado en firme si pasados treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de recibo de la consulta por parte del Ministerio, este no se hubiera pronunciado sobre el particular.

Artículo 73. Los Tribunales Ético-Profesionales, en ejercicio de las atribuciones que se les confiere median-

te la presente ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes por el solo hecho de serlo no adquieren el carácter de funcionarios públicos.

## CAPÍTULO II

### Del Proceso Disciplinario Ético-Profesional

Artículo 74. El proceso disciplinario ético profesional será instaurado:

a) De oficio, cuando por conocimientos de cualesquiera de los Miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley

b) Por la solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona.

En todo caso deberá presentarse, por lo menos, una prueba sumaria del acto que se considere reñido con la ética médica.

Artículo 75. Una vez aceptada la denuncia, el presidente del Tribunal designará a uno de sus miembros para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones dentro de un término no superior a quince días hábiles.

Artículo 76. Si en concepto del presidente del Tribunal o del profesional instructor, el contenido de la denuncia permite establecer la presunción de violación de normas de carácter penal, civil o administrativo, simultáneamente con la instrucción del proceso disciplinario, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad competente.

Artículo 77. En todos los casos en que el profesional instructor o el profesional acusado no consideren indispensable o conveniente, podrán asesorarse de abogados titulados.

Artículo 78. Cuando la naturaleza del asunto así lo exija, el instructor podrá solicitar al Tribunal la ampliación del término señalado para presentar el informe de conclusiones. En tales casos la prórroga que se conceda no podrá exceder de quince días hábiles.

Artículo 79. Presentando el informe de conclusiones, el Tribunal en pleno se ocupará de su conocimiento dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de presentación, y podrá, si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informativo señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días.

Artículo 80. Estudiado y evaluado por el Tribunal el informe de conclusiones se tomará cualquiera de las siguientes decisiones.

a) Declarar que no existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica en contra del profesional acusado;

b) Declarar que existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica, caso en el cual, por escrito, se le hará saber así al profesional inculcado, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos.

Parágrafo. La diligencia de descargos no podrá adelantarse, antes de los diez días hábiles, ni después de los veinte, contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor.

Artículo 81. Practicada la diligencia de descargos, el Tribunal podrá solicitar la ampliación del informativo, fijado para ella un término no superior a quince

días hábiles, o pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos.

Parágrafo. En los casos de ampliación del informativo como consecuencia de la diligencia de descargos, la decisión de fondo deberá tomarse dentro de los quince días hábiles siguientes al plazo concedido para la práctica de dicha diligencia.

Artículo 82. En lo no previsto en la presente ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

## CAPÍTULO III

### De las Sanciones

Artículo 83. A juicio del Tribunal Ético Profesional, contra las faltas a la ética médica, de acuerdo con su gravedad o con la reincidencia en ellas, proceden las siguientes sanciones:

a) Amonestación privada;

b) Censura, que podrá ser;

1. Escrita pero privada.

2. Escrita y pública.

3. Verbal y pública;

c) Suspensión en el ejercicio de la medicina hasta por seis meses;

d) Suspensión en el ejercicio de la Medicina, hasta por cinco años.

Artículo 84. El Tribunal Seccional Ético Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b) y c) del artículo 83 de la presente ley. Cuando a su juicio haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83 dará traslado dentro de los quince días hábiles siguiente a la fecha del pronunciamiento de fondo al Tribunal Nacional para que se decida.

Artículo 85. Cuando la sanción consistente en la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83 sea enviada por el Tribunal Seccional al Nacional para que decida y este último considere que no hay lugar a su aplicación, devolverá al primero el informativo con el pronunciamiento en que fundamentó su decisión, a fin de que este proceda a tomar la determinación de su competencia.

Artículo 86. De cada una de las sesiones del Tribunal se dejará, por parte de la Secretaría, constancia en actas que se incorporarán al informativo y que serán suscritas por el Presidente del Tribunal, el Secretario y el declarante, si fuere el caso...

Artículo 87. En contra de las sanciones consistentes en amonestación privada o censura, únicamente es procedente el recurso de reposición ante el respectivo Tribunal, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

Artículo 88. La sanción consistente en la suspensión en el ejercicio de la medicina es susceptible del recurso de reposición para ante el Tribunal que la impuso, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación, o del de apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Médica, dentro del mismo término.

Artículo 89. La sanción consistente en la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83 solo podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional Ético Profesional y en su contra son procedentes los recursos de los treinta

días hábiles siguientes a la fecha de notificación de la sanción, o en subsidio el de apelación para ante el Ministerio de Salud, dentro del mismo término.

Artículo 90. Los recursos de reposición y apelación que se interpongan en contra de cualquiera de las provincias a que se refiera la presente ley estarán destinados a que aquellas se aclaren, modifiquen o revocuen.

Artículo 91. El Ministerio de Salud, oído el concepto de la Federación Médica Colombiana, señalarán la remuneración que corresponda a los miembros de los Tribunales Ético Profesionales y demás personal auxiliar.

Artículo 92. El Gobierno nacional incluirá en el proyecto de presupuesto de gastos correspondiente a cada vigencia, las partidas indispensables para sufragar los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 93. Autorízase al Gobierno nacional para hacer los traslados presupuestales indispensables para dar cumplimiento a la presente ley.

Artículo 94. Esta ley regirá desde su sanción.

### **III. EL PROBLEMA DEL MARCO NORMATIVO VIGENTE**

Como puede observarse de la relación del marco normativo vigente, en su estructura el actual Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981) está dividido en dos partes o libros: el primero se relaciona con los fundamentos morales que regulan el ejercicio profesional y con la forma correcta como el médico debe comportarse a lo largo de este. El segundo contiene lo relacionado con los órganos de control, al proceso disciplinario y las sanciones legales.

De los 61 artículos registrados en el libro primero, 3 fueron declarados inexecutable (artículos 27, 30<sup>13</sup> 13 y 32<sup>14</sup>) a través de distintas sentencias dictadas por la honorable Corte Suprema de Justicia. Así, al analizar los 58 restantes, puede concluirse que el Código Colombiano de Ética Médica es un conjunto de normas de etiqueta y hasta de estética, un registro de disposiciones legales o de requisitos para poder ejercer la medicina y en ocasiones, es también una ley contentiva de asuntos que no se relacionan con la ética. Al cotejar ese contenido con el sistema ético-moderno, o Neoética Médica, podrá verse que de sus 58 artículos tenidos como executable, solo unos cuantos tienen relación directa con los principios morales que rigen hoy el actuar ético del médico. Es natural que estando dirigida la ley exclusivamente a los médicos, los asuntos éticos tratados en ella deberán tener particular injerencia con el ejercicio profesional de estos.

Como una muestra de lo que debe ser reformado, nos remitimos al Juramento Médico, que corresponde al artículo 2° de la normatividad vigente. Para ese efecto, los redactores de la legislación actual incluyeron el texto aprobado por la *Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial* en septiembre de 1948. Esto, sin tener en cuenta que en agosto de 1968, durante la 22 Asamblea Médica Mundial reunida en Sidney, Australia, ese Juramento había sufrido enmiendas de fondo, lo que constituye una inconsecuencia, en tanto que el artículo 54 de la Ley 23 pre-

ceptúa que “*el médico se atendrá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asamblea Médica Mundial*”.

Esta, es solo una muestra de la necesidad de emitir un Nuevo Código de Ética Médica, que armonice la legislación internacional vigente, las practicas actuales de la profesión y también, que suprima de la parte general, artículos cuyo contenido ha perdido vigencia. Un ejemplo de esto último, son las llamadas “*Juntas Médicas*” (arts. 19, 21 y 24), o asuntos que en nada se relacionan con el fondo de la práctica, como el que establece que el médico mantendrá su consultorio con el decoro correspondiente y en él podrá recibir y tratar a todo paciente que lo solicite (artículo 9°).

El texto propuesto, ha sido consultado con varios profesionales de diversos ramos y cuenta con la redacción de la Academia Nacional de Medicina. Así por ejemplo, por recomendación de los profesionales del derecho que han estado vinculados a los Tribunales de Ética Médica, en la segunda parte del Nuevo Código, se establece el proceso disciplinario ético profesional ampliado, considerando que la brevedad del que quedó contemplado en la Ley 23 de 1981, ha ocasionado muchas dudas y tropiezos en su aplicación.

Para terminar, no obstante las fallas que puedan anotarse a la Ley 23 vigente, debe aceptarse que esta ha sido un instrumento útil, pues con ella se han defendido a la vez los intereses del paciente y del médico. Sin embargo, y tal como se anotó al comienzo de esta exposición de motivos, se hace necesario remozarla, con el convencimiento de que con ello van a salir mejor librados los intereses del paciente, el médico y la sociedad.

### **IV. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD**

El bloque de constitucionalidad, particularmente respecto del tema de este proyecto, está conformado por:

***Declaración de Ginebra. Adoptada por la 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) en Ginebra, Suiza, septiembre 1948.***

El objetivo de esta convención fue que el juramento hipocrático que nació en su seno, fuera acogido por todos o muchos de los países miembros; sin embargo este objetivo no se alcanzó. Adicionalmente, este juramento ha sido enmendado en varias oportunidades, siendo la última, la enmienda realizada en la 57 Asamblea General de la Asociación Médica Mundial Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

*“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica: Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen,*

*Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente,*

*Velar ante todo por la salud de mi paciente,*

*Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente,*

*Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica,*

*Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas,*

*No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o ten-*

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala Plena Sentencia número 89 del 19 de octubre de 1989. Declarados inexecutable artículos 27 y 30.

<sup>14</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia. Sentencia número 4 del 31 de marzo de 1982. Declaro inexecutable la primera parte del artículo 32.

*dencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,*

*Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas,*

*Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor”.*

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991**

**Artículo 48.** *Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.*

*El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.*

*La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.*

*La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.*

**Artículo 49.** *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.*

**Artículo 150.** *Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:*

... 2. *Expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones.*

**V. TEXTO PROPUESTO**



**SENADO DE LA REPÚBLICA**

Secretaría General  
(arts. 139 y ss Ley 5ª de 1992)

El día 29 del mes de julio del año 2015 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 24 con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón.

El Secretario General,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

**SECRETARÍA GENERAL**

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 29 de julio de 2015

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el **Proyecto de ley número 24 de 2015 Senado**, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada el día de hoy ante la Secretaría General por el honorable Senador *Juan Manuel Galán Pachón*. La materia de que trata el mencionado Proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

**PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

julio 29 de 2015

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la **Gaceta del Congreso**.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

*Luis Fernando Velasco Chaves.*

El Secretario General del honorable Senado de la República

*Gregorio Eljach Pacheco.*

**CONTENIDO**

Gaceta número 540 - Miércoles, 29 de julio de 2015

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

**PROYECTOS DE LEY**

**Págs.**

Proyecto de ley número 11 de 2015 Senado, por medio de la cual se establecen medidas de protección para personas en condición de discapacidad y se dictan otras disposiciones.....	1
Proyecto de ley número 24 de 2015 Senado, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica .	8