



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - N° 95

Bogotá, D. C., miércoles, 16 de marzo de 2016

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

FORO

“NUEVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA”
(PROYECTO DE LEY NÚMERO 24 DE 2015
SENADO)

Jueves diez (10) de marzo de 2016

Legislatura 2015-2016

Siendo las nueve y cuarenta y cinco minutos de la mañana (9:45 a. m.), del día jueves diez (10) de marzo de dos mil dieciséis (2016), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez* y como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio al foro programado para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

1. Apertura del Foro, a cargo del honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, Presidente de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, ponente para primer debate al **Proyecto de ley número 24 de 2015 Senado**, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.

2. Intervención honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón, autor del **Proyecto de ley número 24 de 2015 Senado**, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.

Tema: La necesidad de actualizar el Código de Ética Médica.

3. Intervención de los altos funcionarios invitados del sector salud, así:

3.1. Doctor Fernando Sánchez - Presidente del Instituto Colombiano de Estudios Biotécnicos.

Tema: Por qué es necesario un nuevo Código de Ética Médica.

3.2. Doctora Ana Isabel Gómez Córdoba - Representante de Ascofame.

Tema: Aspectos éticos del ejercicio de la Profesión Médica.

3.3. Doctor Juan Mendoza Vega - Presidente de la Academia de Medicina.

Tema: Cuáles son los cambios de fondo que se proponen.

3.4. Doctor Francisco Pardo Vargas - Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica.

Tema: Análisis crítico de los Tribunales de Ética Médica.

3.5. Doctor Diego Acosta - Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Tema: Importancia de la Autorregulación en el ejercicio Médico.

3.6. Doctor Roberto Baquero - Presidente del Colegio Médico Colombiano.

Tema: Importancia de la Autorregulación en el ejercicio Médico.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo del presente Foro, Legislatura 2015-2016, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muy buenos días a todos los invitados a este el Foro del nuevo Código de Ética Médica Proyecto de ley número 24, cordial saludo para el honorable Senador doctor Juan Manuel Galán, a los doctores Fernando Sánchez, cordial saludo, a la doctora Ana Isabel Gómez Representante de Ascofame cordial saludo, al doctor Juan Mendoza Vega Presidente de la Academia de Medicina, al doctor Francisco Pardo Vargas Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica, a cada uno de los cordiales invitados, al doctor Oswaldo Barrera Delegado del Ministe-

rio de Salud, de verdad que un Foro muy importante con un proyecto de ley vital para la salud de los colombianos como es el nuevo Código de Ética Médica, cuyo autor es el honorable Senador doctor Juan Manuel Galán y que se encuentra para discusión, votación y aprobación en esta Comisión Séptima de Senado. Les damos la bienvenida a este Foro y volvemos a hacerle extensivo a cada uno de los asistentes, la más calurosa bienvenida. Damos por iniciado dicho Foro con las palabras de nuestro autor del Proyecto de ley número 24 el honorable Senador doctor Juan Manuel Galán, que tiene el uso de la palabra.

Honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón:

Muchas gracias Presidente, muy buenos días para usted, para todos los asistentes, los invitados y participantes en este Foro, quiero en primer lugar agradecerle doctor Antonio José Correa Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República, además Ponente de esta iniciativa legislativa, este es un proyecto de iniciativa parlamentaria que pretende crear un Nuevo Código de Ética Médica en Colombia, quisiera saludar a los intervinientes en este Foro que han tenido la gentileza de venir para que su participación enriquezca los insumos que va a recoger el señor ponente el Senador Correa, para la elaboración de la ponencia y que consideramos de la mayor importancia, saludar por supuesto al doctor Fernando Sánchez, a la doctora Ana Isabel Gómez, al doctor Juan Mendoza Vega, al doctor Francisco Pardo Vargas, al doctor Diego Acosta y al doctor Roberto Baquero, además de los asistentes y participantes en este foro.

Quisiera mencionar algunos de los antecedentes de este proyecto, en primer lugar el marco constitucional que es el artículo 48 sobre los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en la seguridad social y el artículo 49 que se refiere a la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado, este proyecto pretende actualizar la concepción de Ética Médica fundamentándose en principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, desde hace 34 años más de tres décadas no se reforma, no se actualiza el Código de Ética Médica en el país, es necesaria su actualización en su normativa porque las costumbres cambian, porque además cambia la interpretación moral de los actos.

Cuáles son los objetivos que pretende el proyecto, en primer lugar un Código de Ética Médica que esté fundamentado en la realidad actual y que posibilite además una relación mucho más fluida entre el paciente, el médico y el Estado, dicho sea de paso el Estado como un nuevo actor reconocido en el Sistema de Salud, el paciente además se convierte en un sujeto activo, no un sujeto pasivo, receptor de lo que el médico le trasmite, sino que es un sujeto activo con unos derechos legales y con un rol como hemos dicho mucho más proactivo, el médico también a su vez continúa teniendo un papel de protección al paciente y el Estado en cuestiones médicas no es tenido en cuenta, este proyecto asume la responsabilidad de establecer la salud como un derecho fundamental y de garantizar su vigencia, busca además regular el actuar médico, pues han cambiado las costumbres médicas además bajo la Ley 100.

Las relaciones laborales de los médicos también han sufrido profundas transformaciones y cambios, desde que fue contemplado en 1981 el actual Código de Ética Médica, porque la mayoría de los profesionales de la salud en este momento están vinculados a Empresas Prestadoras de Salud, en la parte procedimental se pretende establecer un procedimiento mucho más claro y expedito, en el texto propuesto que ha sido además consultado con varios profesionales de diversos ramos y cuenta con la redacción

de la Academia Nacional de Medicina, entendemos que desde el inicio de la década de los años 70 la corriente Ética se ajustaba a la ciencia desbordada, para poner 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, una disciplina que gira alrededor de la vida en todas sus dimensiones no solamente la vida humana sino también las demás formas conocidas de vida en el planeta, como la vida animal y racional y la vida vegetal.

No es posible que la ley regule la moral subjetiva del médico, sin embargo son necesarias guías de comportamiento dictadas y aprobadas por la sociedad, ya que el actuar ético es producto de la reflexión consciente, inteligente, madura y orientada por las guías o por la moral objetiva, existiendo además como existen hoy, circunstancias conflictivas no imaginadas hace 40 o 50 años, existiendo además nuevo acceso al mundo de la información por la vía digital, se hace indispensable poner a disposición del médico un conjunto de preceptos o normas que se ajusten a las realidades y que les faciliten cumplir con su deber. Muchas gracias señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctor Juan Manuel Galán honorable Senador. Viene una intervención por parte de este suscrito servidor en cuanto a lo que tiene que ver con la presentación de este importante proyecto de ley, el foro es fundamental y le damos gracias al Senador Galán por tan importante proyecto de ley que en hora buena le viene a la salud y al profesional médico de nuestro país y es importante el foro, porque se convierte en un espacio adecuado de retroalimentación positiva, donde nosotros hemos revisado un articulado que viene enfocado de manera altruista para enriquecer los vacíos que había dejado la norma legal vigente, hoy al escuchar al terminar este foro debemos aferrarnos a todos esos criterios y a todos esos conceptos que a bien las ilustres personalidades que ha mencionado el honorable Senador Juan Manuel y mi persona y que hemos saludado al inicio de este foro nos puedan ayudar a enriquecer dicho proyecto de ley, sabemos que ha sido respaldado por la Academia, que ha sido respaldado por los ilustres doctores que representan las buenas prácticas de la Medicina y quienes representan los Tribunales de este país en esta materia, este proyecto de ley que tiene como antecedente que fue radicado el 29 de julio de 2015 por el honorable Senador en mención doctor Juan Manuel Galán, radicada en la Comisión Séptima en este mismo año el 2015, el cual busca revisar las actuaciones de la Ley 23 de 1981 y que es el Código de Ética vigente donde ha sido para el médico colombiano un Código Moral, objetivo, que regula el ejercicio profesional y que es de obligatorio cumplimiento. Esta ley presenta fallas y demanda una actualización en sus normas, debido a los cambios que han traído para la rama de la Medicina los avances tecnológicos y científicos en la materia. Existe una necesidad de actualizar dicha norma desde el 81 a la presente y es por eso que a través del autorizado concepto hace veinte años a través del concepto del Abogado Alfonso Tamayo Tamayo, uno de los redactores del actual Código de Ética Médica, quien en su momento manifestó que muchas precisiones, cambios, supresiones y reformas podían 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.

Esta Ley fue fundamentada bajo el legado moral de la Escuela Hipocrática, la Ley 23 de 1981, los principios del juramento hipocrático son intemporales, otros compromi-

sos que se adquieren con este difieren ampliamente de la manera como se ejerce la Medicina en la contemporaneidad de manera actual y requieren dichos cambios, existe una historia que a bien la vamos a revisar en el transcurrir de la presentación y de cada una del discernimiento de cada uno de los expositores invitados a dicho foro.

Hay un marco jurídico del proyecto de ley, el Proyecto de ley número 24 se establece en el numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, pues se trata de una iniciativa a bien como lo decía el honorable Senador Juan Manuel Galán de origen Congressional, de origen de un honorable Parlamentario del Partido Liberal, el cual cumple con los artículos 154, 157, 158 y 169 de la Constitución Política, referentes a las iniciativas legislativas, fundamentado en los artículos 48, 49, 150 de la Constitución Política de nuestro país.

Hoy sabemos que la Ley 23 de 1981 está dividida, el actual Código de Ética Médica 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 y el segundo contiene lo relacionado con los órganos de control, al proceso disciplinario y las sanciones legales.

Existe hoy un articulado presentado el cual va a ser ampliamente discutido y que se encuentra ya en el Orden del Día de la próxima semana para iniciar todo lo que tiene que ver con la discusión para luego empezar a hacer la deliberación y futura votación, donde esperamos que con la ayuda de todos los Partidos que conforman la Unidad Nacional y los Partidos que tienen asiento en la Comisión Séptima, tenga un respaldo y por supuesto este foro va a tener el mensaje de que existe un respaldo por parte de la Academia para este importante Proyecto de ley número 24.

Sabemos que el nuevo Código de Ética Médica tiene un Libro Primero, un Libro Segundo también, el objeto y campo de aplicación, los órganos de control y régimen disciplinario, la práctica profesional, el texto propuesto ha sido consultado a bien y lo vuelvo a repetir con varios profesionales de diversos ramos y cuenta con la redacción de la Academia Nacional de Medicina al cual le damos total crédito por parte del autor y de este servidor ponente.

Quiero darle las gracias a la Academia, a los ilustres doctores que hoy nos acompañan y quiero decirles que vamos a dar lo mejor, porque somos unos convencidos de la importancia de este proyecto de ley que vuelvo a decirlo en hora buena llega a discusión a esta Comisión Séptima, muchísimas gracias doctor Juan Manuel Galán.

Vamos ahora a pasar a las palabras del doctor Fernando Sánchez, es el señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, doctor Fernando.

Presidente del Instituto Colombiano de Estudios Biotéticos, doctor Fernando Sánchez:

Gracias señor Presidente de la Comisión, en primer término, no soy Presidente de la Academia Nacional, lo fui hasta hace poco, el actual Presidente es el doctor Juan Mendoza Vega, yo soy Presidente del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos. Les presento un respetuoso saludo tanto al doctor Correa, como al doctor Galán, a los Senadores de la Comisión Séptima, a mis colegas invitados hoy.

Ya el Senador Correa y el Senador Galán han dado algunas razones para justificar la reforma de la Ley de Ética Médica, yo quiero iniciar mi intervención con un par de reflexiones que a manera de preámbulo sirvan a la vez de sustento a la que consideramos una justa aspiración la

reforma de la Ley 23 de 1981. Ya se ha dicho que la Ley de Ética o normas de Ética Médica Ley 23 de 1981 fue promulgada hace 35 años, dado que el paso del tiempo es el más justo y severo escrutador de las leyes, en esos seis lustros han salido a flote las virtudes y los defectos de la Ley 23, las leyes ustedes lo saben bien son producto de las costumbres y las costumbres las impone la sociedad de acuerdo a sus conveniencias y necesidades, siendo las costumbres cambiantes, la sociedad y sus instituciones deben así mismo ir ajustando las normas y las Leyes en consonancia con los cambios y las costumbres.

Desde la antigüedad la moral ha ido de brazo con las costumbres, de ahí que las leyes y normas que establece la sociedad, sean tenidas como la moral objetiva, es decir aquella que regula las costumbres, que sirve de guía para que el actuar de los miembros de la sociedad se adelante de manera correcta, por eso la moral es de obligado cumplimiento so pena de sanción. Es excepcional que una ley se mantenga inmodificable con el paso del tiempo en razón al cambio de costumbres como mencioné antes, la ley que permanece, que dura, que es indiferente al transcurrir del tiempo, es una ley intemporal y por lo mismo puede calificarse de sabia, de perfecta, habrá que aceptarse entonces que la ley mientras más se acerque a la perfección será más acatada y será más perdurable, por eso los responsables de expedir las leyes, es decir, ustedes honorables Senadores, están obligados a que las normas linden con la perfección a sabiendas de que ello no siempre es posible. Les ruego disculparme por haberle invadido su terreno, pero lo he hecho para poner de presente el respeto y la comprensión que nos asiste ante un asunto de indudable trascendencia.

Como dije atrás, la Ley 23 adolece de fallas, sin desconocer la buena intención de sus gestores y redactores entre ellos el doctor Tamayo que mencionó el Senador Correa, téngase en cuenta que la Ley 23 se concibió influida por la modalidad de ejercicio médico de épocas pretéritas, precisamente esa norma la Ley 23 tuvo como paradigma el Juramento Hipocrático, promulgado hace 25 siglos en el seno de la Escuela Hipocrática, cuando el ejercicio médico se reducía a la atención del paciente en el consultorio o en el domicilio, lo cual por supuesto fue cambiando con el paso del tiempo. El Juramento Hipocrático se sustentó en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia que en su versión latina es el famoso *primum non nocere*, primero no hacer daño y se caracterizó por un a sembrado paternalismo, el paciente era considerado como una especie de menor de edad y el médico como un padre solícito, como un déspota ilustrado, la visión del curador no iba más allá de la persona enferma, considerándose el ejercicio profesional un asunto individualista, carente de responsabilidades comunitarias y sociales. Por ser la beneficencia y la no maleficencia principios intemporales, se explica que hubiera resistido el paso de 25 siglos, a medida que fueron cambiando las costumbres, fueron apareciendo nuevos principios morales y legales de mayor calado, lo que condujo a que la modalidad hipocrática de ejercicio con su paternalismo perdiera vigencia. En efecto la promulgación de los derechos del hombre y del ciudadano por la Asamblea Nacional Francesa en 1789 dio al individuo su verdadera condición de persona, de esclavo, de dependiente de los poderosos pasó a ser un sujeto libre, autónomo.

Más luego, promediando el siglo XIX el Filósofo Augusto Comte en su discurso sobre el espíritu positivo, proyecta lo individual hacia lo social al afirmar que la felicidad privada será posible a través del bien público. En iguales términos Jhon Stuart Mill registra en su ensa-

yo el utilitarismo, que la justicia es el nombre de ciertas clases de reglas morales que se refieren a las condiciones esenciales del bienestar humano de forma más directa y son por consiguiente más absolutamente obligatorias que ningún otro tipo de reglas que orienten nuestra vida. Se debe pues a Comte y a Mill haber sentado las bases del principio de justicia incluido posteriormente en la Ética Médica que no se mencionó nunca por supuesto en el Juramento Hipocrático ni en la Ley 23.

Llegado el siglo XX en 1948, la Organización de las Naciones Unidas promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se le da carta de naturaleza a la autonomía de la persona, a su libertad de pensar y actuar, a su derecho a que la vida y la salud le sean tuteladas en virtud del principio de justicia. A partir de 1970 ocurre en los Estados Unidos de Norte América, una serie de hechos que irían a repercutir profundamente en el campo de la Ética Médica y que han permitido afirmar que la Neoética médica dejó de tener un corte greco latino, es decir, individualista para arroparse con los principios anglosajones, es decir, comunitaria y utilitarista. El primero, la aparición en 1971 del libro Bioética fuente hacia el futuro del Oncólogo y profesor de la Universidad del Wisconsin, Van Rensselaer Potter, donde propone desarrollar la ciencia de la supervivencia a través de una nueva clase de ética, la Bioética o ética interdisciplinaria, es decir, aquella que hermane las ciencias con las humanidades, que construya fuentes para llevar a una Bioética global, es decir, a aquella que considere el bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza.

En 1972 la Asociación Americana de Hospitales adoptó un proyecto sobre los derechos del paciente, uno de los cuales otorgaba al paciente el derecho de obtener de su médico una completa información sobre el estado de su salud, pronóstico y tratamiento para poder dar su consentimiento antes de iniciar cualquier procedimiento terapéutico.

En 1980 el Congreso de los Estados Unidos designó una Comisión Presidencial para que se ocupara de la protección de los sujetos humanos en la investigación Biomédica, su informe conocido como Informe Belmont estableció que la autodeterminación, es decir, la autonomía y el bienestar es decir, la 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. Un año antes en 1979 los norteamericanos Tom Cushamb que formó parte de la Comisión Presidencial del Informe Belmont y Jim Childress pusieron en circulación el libro Principios de Ética Médica, donde quedaron registrados los cuatro principios morales que sustentan la Bioética Médica o la Neoética médica de hoy. Esos principios son, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, dicho libro vino a constituirse en una especie de biblia en punto obligado de referencia en asuntos de Ética Médica.

Pero volvamos a nuestra Ley 23 de 1981 en buena parte ajena a esos importantes acontecimientos legales y morales aparecidos después de su promulgación, cuando se gestó la Ley 23 el ejercicio médico como ya mencioné, se adelantaba según las costumbres tradicionales heredadas del Juramento Hipocrático, por otra parte la atención de la salud aún conservaba visos del modelo paternalista tanto por parte del Estado, como por parte del médico. Por parte del Estado pues la atención a los menos favorecidos por la fortuna, los olvidados de la sociedad, eran atendidos en hospitales públicos que tenían carácter de beneficencia y que de paso eran hospitales carentes de todos los recursos, un ejemplo, los hospitales públicos

dependían de las beneficencias y su atención era gratuita, la franja más grande de la población era atendida en los consultorios particulares, es decir, los gastos corrían por cuenta del bolsillo de los pacientes. En 1993 entró en vigencia una gran reforma al sistema de salud, conocida como la Ley 100, el cubrimiento en asuntos de servicios de salud se amplió considerablemente, a punto tal que la atención de la beneficencia o caridad desapareció y la atención a particulares corrió a cargo de entidades prestadoras de servicios, manejadas dentro del marco de la nueva ley. El Estado asumió el compromiso constitucional de responder por la salud de los asociados, infortunadamente el modelo escogido por la Ley 100 fue mal utilizado por intereses privados, aquí fue cuando el cuerpo médico colombiano se vio involucrado en una situación aberrante desde el punto de vista de su desempeño profesional. Ese modelo de atención ha sido un modelo que han llamado intermediado y que yo he llamado intermediatizado, porque hay diferencia entre una y otra palabra, la intermediación es un asunto necesario en cualquier organización, tienen que haber personas que tengan injerencia en el funcionamiento de la institución para bien de ella, en cambio la intermediatización es la intervención con fines de intereses exclusivos para la institución y que va a entorpecer el trabajo de aquellos funcionarios a su cargo. Entonces los médicos se vieron envueltos en ese ambiente de intermediatización donde por supuesto se les mermó y en algunos casos se les suprimió su autonomía, no solamente ese, sino que esto llevó a algunos médicos a la práctica de situaciones o de actos reñidos con los principios éticos, no obstante haberse impuesto a partir de 1981 nuevas costumbres y haberse aprobado nuevas normas legales y morales después de la Ley 23 de 1981 hubo normas relacionadas con la salud que por supuesto cambiaron las costumbres, por ejemplo la Resolución 13437 de 1991 emanada del Ministerio de Salud y que tiene que ver con los derechos de los pacientes, vimos cómo los derechos de los pacientes fueron promulgados primero en los Estados Unidos en la década del 70 y entre nosotros en el año 1991 entraron en vigencia, esto por supuesto trajo como consecuencia que el médico tenía que guiarse por esos derechos del paciente, los cuales no fueron tenidos en cuenta en la Ley 23.

De otra parte, recientemente surgió una norma importantísima que fue la Ley Estatutaria o Ley 1751 del año 2015, en esa ley se establece algo muy importante que es el respeto a la autonomía del médico y en general de los profesionales de la salud, quienes elaboramos el texto de propuesta de reforma a la ley tuvimos en cuenta tanto la Resolución 13437, como la Ley 1751 y otras normas establecidas después del año 1981. En los últimos años por el cambio de costumbres, el ejercicio de la Medicina se ha convertido en un oficio llamemos, altamente riesgoso, la Medicina está judicializada hoy día, precisamente por el hecho de que los pacientes adquirieron conciencia de su autonomía y de sus derechos, con mucha facilidad el médico se ve expuesto a una demanda de carácter penal o administrativo o disciplinario, siendo así el cuerpo médico nacional consciente de la necesidad de actualizar el Código de Ética Médica, de remozarlo, de ponerlo a tono con la época, intentó en varias ocasiones, introducirle reformas, infortunadamente nunca se logró éxito. En el seno de la Academia de Medicina surgió la idea de crear una gran Junta Médica que se encargara de revisar el texto vigente de la Ley 23, de analizar uno por uno sus Artículos y luego redactar un proyecto de reforma, esta gran Junta Médica coincidió en que fue la gran Junta Médica que elaboró el texto de propuesta de Reforma a Ley

Estatutaria, por eso podemos afirmar que la propuesta de Reforma a la Ley 23 está actualizada.

Llamo la atención sobre los siguientes aspectos, que los médicos hemos hecho de nuestra autonomía con ánimo de auto regularnos, es un derecho que tenemos de auto regularnos, los médicos estamos pugnando porque se nos permita contar con una carta de navegación que nos impida desviarnos de la ruta que consideramos correcta, con la anuencia de la misma sociedad a través de ustedes señores Congresistas que son los hacedores de las leyes. Nuestro propósito no es que se apruebe una ley que defienda nuestros intereses, incluso nuestros derechos, sino que deje claramente establecidos nuestros deberes frente a la sociedad toda, en otras palabras queremos que se protocolice la moral objetiva, aún más no queremos que se nos otorgue una Licencia de Corso, sino un documento legal que nos facilite el ingreso a los terrenos del actuar correcto, es decir un catálogo de nuestros deberes. Esa moral objetiva a manera de pasaporte, junto con la moral objetiva aportada por la conciencia de cada uno de los médicos en ejercicio, le imprimirá el sello de identidad a la actual profesional, vale decir el sello de garantía que permita a la sociedad, confiar en los responsables de su salud y su vida.

Por último, creo de importancia recordar a ustedes cuáles fueron las instituciones médicas que conformaron la gran Junta Médica, Academia Nacional de Medicina; Federación Médica Colombiana; Colegio Médico Colombiano; Asociación Colombiana de Sociedades Científicas; Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; Tribunal Nacional de Ética Médica e Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos. Sin duda se puede afirmar que es el cuerpo médico nacional el que ha puesto a su docta consideración honorables Senadores el proyecto de reforma de la Ley 23 de 1981. No quiero terminar sin antes poner de presente que no obstante haber participado el Presidente de la Federación Médica en la discusión y aprobación consensuada del proyecto, por razones ignoradas una asamblea de esta Corporación declaró públicamente que desconocía lo actuado, las seis instituciones restantes, reafirmamos lo consignado en el documento que está a consideración del Honorable Congreso de la República. Muchas gracias señor Presidente y honorables Senadores.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctor Fernando Sánchez por su excelente exposición. Tiene el uso de la palabra con el tema, aspectos éticos del ejercicio de la profesión médica, la doctora Ana Isabel Gómez, representante de Ascofame.

Representante de Ascofame, doctora Ana Isabel Gómez Córdoba:

Honorables Senadores Juan Manuel Galán y Antonio José Correa, agradezco la oportunidad que se nos da para intervenir, un saludo a todas las personas que nos acompañan en el día de hoy, un agradecimiento por su participación, ruego el favor a los señores de audiovisuales, si pueden colocar la presentación con la que me voy a apoyar para hacer la intervención.

Quisiera trabajar durante el tiempo que se me ha asignado sobre las problemáticas éticas en el ejercicio de la profesión médica y cómo estas se proyectan en el Código Deontológico, la siguiente, y para esto quiero hacer primero mi declaración de conflicto de interés, la anterior por favor, soy Profesor Titular de la Universidad del Rosario en las temáticas de Bioética y Derecho Médico. No tengo ningún vínculo o relación, personal o laboral con

la industria farmacéutica. No he recibido ninguna remuneración por el trabajado adelantado en el proyecto de ley de Ética médica. Las ideas aquí expresadas son mi pensamiento y no el de las instituciones con las cuales represento. (La siguiente)

Los antecedentes que tiene esta ley son la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981, pero hay circunstancias del entorno que hacen, que nos obligan a hacer una revisión sobre el marco ético en el que ejercemos los profesionales de la Medicina y una parte como lo mencionaba el doctor Fernando Sánchez, está el entorno social que nos rodea, el hecho de que nos encontramos a partir de la Constitución Política de 1991 en un Estado Social de Derecho que es diverso y plural donde coinciden distintas maneras de entender los procesos de nacer, de vivir y de morir y los proceso de salud, un sistema de salud complejo que ha sufrido diversas reformas, nuevos agentes en el sistema con posiciones dominantes, unos principios éticos de la práctica profesional que como bien mencionaba el doctor Fernando Sánchez han pasado de favorecer la beneficencia y la no maleficencia, a tener principios como el de autonomía y el de justicia, nuevos espacios laborales para los profesionales de la salud con nuevas problemáticas éticas, cambio en los procesos de educación médica, amplio desarrollo regulatorio frente a temas que conciernen a la Medicina y la existencia de nuevas tecnologías, todos estos cambios en el entorno inciden sobre el ejercicio de la profesión. Como lo mencionaba el doctor somos distintos los representantes que revisamos la Ley 23 y yo estoy por Ascofame que son la Asociación Colombiana de Facultades científicas. (La siguiente)

Todo este trabajo se debe contextualizar en el concepto de profesionalismo médico, hay que recordar que la Medicina es una profesión y que por lo tanto se caracteriza por cuatro elementos: la maestría, la autonomía, el altruismo y la autorregulación, cuando estos cuatro elementos se dan la sociedad confía en los profesionales de la Medicina y por lo tanto les otorga privilegios, esos privilegios van asociados a obligaciones y a deberes. (La siguiente)

La autonomía profesional se entiende como la prerrogativa que nos da la sociedad a través de un contrato social explícito, de poder ejercer nuestra profesión con libertad en el beneficio de nuestros pacientes, pero también nos permite el podernos auto regular, auto controlar y generar las normas y los criterios profesionales para nuestro desempeño. (La siguiente)

Es así que en los Códigos de ética profesional se reflejan tanto las obligaciones profesionales, como el contrato social y la autonomía tiene una razón de ser, la autonomía es para garantizar la vida y la salud de las personas y las comunidades, para proteger el interés primario de la profesión y no los intereses particulares de cada uno de los miembros de la profesión, para distribuir equitativamente los recursos de salud, para la excelencia y para proteger el bien común, por eso las decisiones deben estar determinadas por el cumplimiento de estos deberes profesionales. (La siguiente)

Son diversos los instrumentos jurídicos en los que se ha reflejado el derecho que tenemos a la autonomía, pero también el deber que tenemos de auto regularnos. (La siguiente)

Y específicamente dentro de la autorregulación se nos concede la posibilidad de desarrollar las normas que regirán a la profesión y la necesidad que los profesionales acatemos estas normas. (La siguiente)

Es así que al autorregulación se refleja en la existencia de Códigos Deontológicos y en Tribunales de Ética, pero el tema de autorregulación no es un tema que está ajeno a las tensiones originadas por los grupos de interés y estoy segura que la reforma de una ley y en este sentido quiero hacer un elogio a las personas que desarrollaron la Ley 23, que haya conflicto alrededor de reformar una ley que ha funcionado durante muchos años y que fue muy bien hecha y posiblemente parte de las observaciones que oímos tiene que ver si bien con ajustes razonables que se le puedan hacer al proyecto, también con los diversos grupos de interés que se ven afectados en sus intereses por el desarrollo de un proyecto de ley, por eso es importante entender que esta nueva ley, que este Código Deontológico no puede ser un instrumento de protección gremial, es un instrumento que protege la vida y la salud de las personas, no los intereses como gremio, si como profesión. También dicen ser un instrumento para jurificar la profesión y por último debe entenderse que este es un instrumento que no debe ser entendido para protegerse de las responsabilidades inherentes al ejercicio de la profesión. (La siguiente)

Voy a contextualizar ahora el ejercicio de la profesión. Las regulaciones profesionales son de dos tipos, la primera que dice, no se necesita regulación del ejercicio de la profesión porque va hasta la conciencia de cada individuo para regularse y hay otra vertiente que dice que si se requieren Códigos Deontológicos, Colombia históricamente ha pertenecido a esta vertiente y dentro de esa vertiente hay dos corrientes, una que habla que simplemente se necesita de la enumeración de unos principios generales y opiniones sobre problemáticas relevantes como son los Códigos Deontológicos que vimos en los Estados Unidos, pero hay otros que dicen que si se requiere una regulación Deontológica, la tradición jurídica colombiana apunta a este tipo de modelo y cuando hablamos de regulación Deontológica la temáticas que se aborden son los modos de actuación, el conjunto de principios y reglas éticas, los deberes, la fundamentación, la relación con los pacientes, con los colegas, con la profesión, con otros profesionales de la salud, con la sociedad, con instituciones y consigo mismo. (La siguiente)

Cuáles son las relaciones trascendentes de los profesionales de la salud donde se van a presentar las problemáticas éticas, de una parte los pacientes y sus familias, los colegas y los cuerpos colegiados, otros profesionales de la salud, el complejo industrial de la salud entendidos como industria farmacéutica, prestadores de servicios de salud, aseguradores, etc., los organismos de Inspección, Vigilancia y Control, el Sistema General de Seguridad Social y la sociedad en su conjunto. (La siguiente)

Y hay unos ámbitos de la acción, la prestación de los servicios, la investigación, la docencia, la gestión de servicios, la Inspección, Vigilancia y Control, el servir como auxiliares de la justicia, el ámbito de la salud pública y los organismos colegiados. Es importante entender acá que la Ley 23 está más dirigida a las problemáticas éticas en la prestación de servicios de la salud y nosotros tenemos ámbitos diferentes. De otra parte lo que se espera de un profesional de la salud es que pueda prevenir y reconocer rápidamente los problemas éticos, tengan la capacidad de argumentar y de analizar y que encuentre una salida que sea éticamente factible y legalmente sustentable y que densionalmente frente a un problema ético sea capaz de identificar si se trata de un dilema, un conflicto de interés, una diferencia ética, una zona gris, porque su responsabilidad frente a cada uno de ellos será completamente distinta. (La siguiente)

Frente al tema de principios, hay que entender que estos principios emanan, de una parte, de los derechos humanos y de otra parte, de los principios ya mencionados: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, entre otros, que se reflejan en la promesa del médico.

¿Por qué es importante tener principios enunciados en un proyecto de ley?, porque el articulado no resuelve específicamente cada una de las circunstancias del actuar médico, de ahí que sea necesario el poder recurrir a una serie de principios que resuelvan estos problemas. De otra parte, está el marco del Estado Social de Derecho y de la Constitución Política Colombiana.

No voy a profundizar en lo que significan cada uno de estos principios pero si ustedes se fijan cómo están enunciados, tienen que ver con muchos de los elementos que están enunciados dentro del proyecto de ley en el tema de la autonomía, el respeto a la autodeterminación expresado en el consentimiento informado; en el tema de beneficencia, el balancear riesgos y beneficios, actuar en el mejor interés del paciente, preservar la vida y la salud, obrar acorde con la *lex artis*, exponer solo a riesgos justificados, readecuar el esfuerzo terapéutico, el realizar acciones proporcionadas. En el tema de no maleficencia, no hacer daño, no abandonar al paciente, no desviarse de la *lex artis*, no obrar en contra del mejor interés, no exponer a riesgos injustificados. Y frente al tema de justicia, todos los temas de equidad, racionalidad, no discriminación, etc.

Es así que la profesión en el ejercicio tiene que proteger una serie de valores que la sociedad le ha confiado a los profesionales de la Medicina como son: la vida, la salud, la libertad, la intimidad, la integridad, el bienestar, la calidad de vida, los recursos de salud, el conocimiento, la verdad, el respeto y el honor y que estos valores son protegidos a través de virtudes profesionales que son los hábitos que cuidan los valores y que se convierten en deberes profesionales expresados en los códigos deontológicos. Estos deberes tienen una relación directa con los derechos de los pacientes y el incumplimiento de estos deberes genera sanciones. Esta es la relación que existe entonces entre el principio valor y virtud y deber, en donde tengo un principio de autonomía, un valor libertad e intimidad y un deber profesional que sería el de informar y el guardar secreto, de ahí que veamos estos elementos expresados en el proyecto-ley.

Con respecto a la finalidad de la Medicina, la idea es que la profesión satisface las necesidades de salud de las personas y de las comunidades a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo. La problemática que tenemos en este momento es que las nuevas tecnologías han generado lo que se llama la Medicina del deseo en donde hay una tensión entre el mejoramiento de la salud y el perfeccionamiento. Tenemos también un paciente consumidor informado y también una tensión frente al deseo de lucro profesional de algunos miembros de la profesión.

En lo que respecta al acto médico, generalmente los códigos deontológicos lo que abordan son temas de inicio y finalización de la relación médico-paciente, así como los temas de prescripción de apoyos diagnósticos y terapéuticos. Es importante entender que tenemos dentro del proyecto-ley una definición de *lex artis* que nos dice qué es lo que un médico en la misma circunstancia de tiempo, modo y lugar haría respecto a las necesidades de salud de un paciente y de una comunidad. Y nos trae también la figura de médico tratante que es aquel facultativo experto que conoce al paciente y establece los objetivos de salud y el plan de cuidado.

¿Cuáles son las grandes problemáticas que tenemos respecto a estos dos elementos actualmente?, primero, tenemos relaciones mediadas por terceros, los aseguradores, los médicos son agentes de distintos principales, el paciente, la institución, el asegurador, la industria y su propio interés cuando tiene empresa; tenemos un sistema fragmentado de atención que dificulta la figura de médico tratante, hay nuevos ámbitos de la atención y diferencias en los modelos de atención; es distinto atender un paciente en Bogotá a atenderlo en Quibdó, hay unas diferencias geográficas en la disposición de los recursos para la atención, hay un rápido recambio del conocimiento, restricciones a la autonomía médica por parte de aseguradores en posición dominante, disminución de la capacidad resolutoria por barreras, cuestionamiento frente a la calidad de las guías, diferencias ideológicas entre el médico y el paciente, necesidades del control del gasto y los factores multifactoriales de las temáticas de seguridad del paciente.

En lo que se refiere a la relación médico-paciente también está todo el elemento de la necesidad de proteger la autonomía del paciente y entender el mejor interés desde el interés del paciente y nos surgen todas las problemáticas del consentimiento directo, del consentimiento sustituto, de los límites a la autonomía en temáticas como interrupción del embarazo, eutanasia, etc. Y además la diversidad de tensiones que se presentan entre los principios, autonomía y justicia, autonomía y no maleficencia, beneficencia y justicia, justicia y no maleficencia en cada momento de la práctica médica.

¿Cuáles son las problemáticas que tenemos específicamente frente a esto?, de una parte, que tenemos un marco establecido por la Constitución, sentencias de las Altas Cortes y regulación, que si bien abordan estas temáticas, generan vacíos jurídicos que hacen difícil el ejercicio profesional. Hay grandes exigencias a la calidad del consentimiento de con tiempos de atención muy limitados, nuevas tecnologías que intervienen sobre el inicio y el final de la vida en donde media la autonomía del paciente, la dificultad para identificar los riesgos en la atención y los conflictos que existen entre deber legal y deber legal, deber legal y obligación moral, lo que nos lleva a las temáticas de objeción de conciencia.

Frente al acto médico documental, es decir, la historia clínica, la prescripción médica y la documentación, hay una evolución jurídica de la protección a la intimidad del paciente al derecho a la protección de datos. Este derecho a la protección de datos es un haz de facultades más complejo que la sola protección de la intimidad y lamentablemente toda la regulación, constitución, regulación y sentencias frente a protección de datos personales proyectados a los datos clínicos, incluidos los genéticos, todavía no ha sido completada; luego ahí también tenemos un riesgo en la interpretación que se pueda hacer de los deberes profesionales al respecto. También resaltaría ahí las dificultades en garantía del acceso restringido a la historia clínica.

Frente a la prescripción médica, tenemos el deber de racionalizar los recursos de salud, de contener los costos de salud pero tenemos profundos conflictos de interés en nuestra relación con la industria. De otra parte, el derecho que tienen los pacientes a ser informados sobre las posibilidades terapéuticas, de ahí que exista una tensión frente a la posición dominante de aseguradores y prestadores frente al médico y modelos de auditoría que puedan restringir la prescripción médica entendida que es dentro del marco de justicia sanitaria.

En lo que se refiere a la relación del médico con sus colegas, pues está fundamentada en el mutuo respeto, se extiende a otros profesionales de la salud, no debe haber competencia desleal y hay diferencias de criterios. ¿Cuáles son las problemáticas que tenemos y que generarán conflicto ético?, los conflictos de interés, la sobreposición de competencias entre las distintas especialidades y sus especialidades, la pauperización de la profesión y la responsabilidad jurídica del trabajo en equipo.

En lo que se refiere a la relación del médico con las instituciones, tenemos una serie de deberes que debemos cumplir de índole profesional y administrativa, la imposibilidad de recibir honorarios cuando estamos contratados por una institución, el no inducir a los pacientes a uso de servicios privados y todo el ámbito de las secciones reivindicatorias protegiendo el interés de los pacientes. ¿Qué problemáticas tenemos ahí?, las deficiencias en los recursos para la prestación de los servicios, las jornadas laborales sin topes, las formas de contratación que tienen los médicos, las posiciones dominantes de prestadores y aseguradores, los conflictos de interés con industria y los conflictos que se presentan cuando el médico tiene doble función y además es empresario.

En lo que se refiere a la relación con la sociedad y con el Estado, diría que las principales problemáticas tienen que ver con los costos de la atención médica y la suficiencia del recurso humano especializado en las diferentes regiones del país.

Para finalizar, en la función del médico como docente e investigador, existe un deber inherente del profesional de la Medicina de transmitir sus conocimientos y experiencias adquiridos pero lo que nos estamos encontrando en este momento para poder cumplir con ese deber es la proliferación de facultades de Medicina con un aumento en el número de los estudiantes, con una calidad de los campos de práctica para la formación que no es igual en todas las regiones, con un uso de los recursos que transfieren las universidades a los campos de práctica que se desvían para otros fines distintos a la cualificación de los docentes y al bienestar de los estudiantes, a hospitales direccionados a la productividad en donde no cabe la docencia de pregrado, a modelos de relacionamiento de los médicos con los hospitales y las universidades que no favorecen la docencia, a los límites a la delegación progresiva, a la cualificación de médicos para la actividad docente que no siempre se da y al uso inadecuado de medios de comunicación.

Y en lo que se refiere a la función investigativa, cuando el médico tiene este rol, tiene también profundos conflictos de interés en la financiación, en el sistema de incentivos del sistema de ciencia y tecnología y en su relación tanto con la industria como en su función en comités de ética e investigación.

Para comentarios finales diría que esta regulación disciplinaria se fundamenta en entender la finalidad de la Medicina como velar por el interés de las personas y las comunidades en lo referente a la salud dentro de los límites del respeto a la autonomía de los pacientes y a la existencia de recursos limitados; es una propuesta deontológica que rescata el concepto de profesionalismo identificado con maestría, autonomía, autocontrol de altruismo como elementos básicos para tener la confianza de la sociedad en que se reconocen las nuevas formas de trabajo con las problemáticas éticas que estas conllevan, en que se pretende precisar la conducta ética del médico en las nuevas circunstancias laborales de modo que se garantice la protección de los derechos del paciente y de forma simultánea se reconozca las tensiones y condicionamien-

tos del sistema actual que hace necesario establecer a su vez normas para proteger al médico ante la posibilidad de ser objeto de injustas acciones.

Y este proyecto-ley avanza en varias temáticas que mencionaré a continuación con especial énfasis en temáticas de seguridad del paciente. ¿Cuáles serían entonces los avances de este proyecto-ley frente a la Ley 23?, el establecer de mejor manera fines y principios que rigen la profesión en el abordaje desde derechos humanos, en el entendimiento de autonomía y de autorregulación, la inclusión de la figura de objeción de conciencia, en aproximarse a temáticas de final de la vida y de cuidado paliativo, a profundizar en temáticas de consentimiento, de protección de datos personales, de derechos de los menores, de relación con la industria, de manejo adecuado de conflictos de interés, de investigación e integridad científica y de protección de los procesos de formación médica.

Esta es mi última diapositiva, nosotros nos encontramos en este momento frente a una encrucijada, tenemos la posibilidad de ser médicos autónomos que se autorregulan acorde con los tiempos que vivimos, tenemos la posibilidad de que nuestra profesión sea intervenida como ya ha sucedido en otros países como en Inglaterra en donde los médicos han perdido la posibilidad de tener autonomía y de autocontrolarse y tenemos la posibilidad de tener una autonomía que esté marcada por el autocontrol. El proyecto-ley es una oportunidad única de no perder una ventana en el tiempo para que nuestra profesión no sea intervenida. Por eso invito a los asistentes a que si hay diferencias frente a parte del articulado o de la redacción o de planteamientos que hacemos, podamos llegar a un consenso pero que podamos avanzar en tener un nuevo Código de Ética Médica. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctora Ana Isabel. Tiene el uso de la palabra el doctor Juan Mendoza Vega, Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Doctor Juan Mendoza.

Doctor Juan Mendoza Vega, Presidente de la Academia Nacional de Medicina:

Muchas gracias honorable Senador Correa, honorable Senador Galán por esta oportunidad y por acoger con tanto cuidado este proyecto. Yo creo que la excelente exposición que acabamos de oír de la doctora Ana Isabel Gómez da muy clara idea de qué tan profundamente se ha estudiado por parte del grupo que ayudó en la redacción de este proyecto, qué tan profundamente se ha estudiado la realidad de hoy de la salud y del ejercicio de la profesión médica y hasta dónde hemos logrado llegar en un intento por producir una autorregulación que como ella lo dijo muy claramente, no busca favorecer los intereses individuales de los médicos sino los intereses de la sociedad y especialmente el cuidado de la salud en todos sus aspectos. Todos estamos conscientes, muy conscientes de que la salud no es solamente atención a la enfermedad, la salud es una condición que necesita el ser humano y que tiene desde determinantes sociales hasta condiciones concretas individuales que cambian en cada persona. Este proyecto tiene dos libros, como lo señalaba el Senador Galán, y en el primer libro los cambios que acaba de mostrar la doctora Gómez en la diapositiva penúltima, son muy abundantes y muy fuertes. Hemos introducido en este primer libro los conceptos fundamentales que faltan en la Ley 23 porque en el momento en que se escribió la Ley 23 todavía muchos de ellos ni siquiera se lo habían planteado porque son conceptos nacidos del progreso del

conocimiento, del progreso de la tecnología y del progreso del estudio de la ética en el campo de la salud y de la vida. Entonces en ese primer libro hay novedades fundamentales para proteger, para estimular el buen ejercicio de nuestra profesión en todos los terrenos porque en uno de sus artículos se señala que tan acto médico es la consulta individual entre un médico y un enfermo como el acto de un médico que ejerce como controlador en una institución y que por consiguiente resuelve si autoriza o no autoriza un procedimiento para un enfermo, siempre que el acto del médico influya sobre una persona o sobre un grupo social, lo consideramos acto médico y por consiguiente lo consideramos sujeto a estas normas que estamos apoyando en este momento.

En el segundo libro los cambios son igualmente abundantes y muy fuertes pero es que se necesitan porque si de algo adolece la Ley 23 de 1981, es de disposiciones sobre el procedimiento que debe seguirse para mantener el buen ejercicio profesional. La Ley 23 creó los tribunales de ética médica, creó el tribunal nacional y los tribunales seccionales, dispuso cómo deberían escogerse los magistrados de esos tribunales, pero dejó muchas cosas sin aclarar porque en ese momento no se juzgaba necesario hacerlo. Hoy con esta cantidad de situaciones que señalaba la doctora Ana Isabel, es indispensable que tengamos claridad sobre cómo es el proceso ético disciplinario, sobre cómo es la actuación concreta de los tribunales y por consiguiente en el libro segundo, en el libro que habla de los asuntos procedimentales se han introducido multitud de artículos que dicen, por ejemplo, cuándo y cómo se declaran las nulidades en un proceso, cuándo y cómo ocurre el fenómeno de la prescripción de la acción disciplinaria, cómo debe realizarse el proceso desde la recepción de la queja. Esto parecería para los médicos sumamente jurídico y es una de las observaciones que en voz baja nos han hecho en algunos sitios, que estamos hablando y escribiendo como si fuéramos abogados. Pues hombre, es que se necesita porque el proceso ético disciplinario tiene que encajarse dentro de las normas generales del proceso de acuerdo con nuestras disposiciones legales, no podemos tener un proceso que no se ajuste a esas normas y el que no se respeten, por ejemplo, el derecho a la defensa total, en donde no se respeten las formas del proceso. Entonces ese libro segundo tiene esas disposiciones muy bien discriminadas y muy cuidadosamente escritas.

Se evitó sí algo que se consultó y que al principio se trató de imponer pero que se encontró que no era conveniente, la lista de las faltas, los artículos que concretaban las faltas diciendo “es falta grave” o “es falta leve” o “es falta intermedia tal y tal actuación”, ¿por qué?, porque en el ejercicio de la profesión y en la vigilancia disciplinaria el llegar hasta la excesiva determinación concreta de faltas puede dejar por fuera simplemente porque no estén escritas en la ley, faltas que son evidentes pero que el legislador no haya previsto con nombre y apellido. Entonces juzgamos necesario quitar todos esos artículos y dejar simplemente aquellos que son una determinación genérica para que el juzgador tenga también que aplicar como lo hacen los jueces de la república su buen criterio para tomar la ley y aplicarla de acuerdo con la actuación concreta del individuo en las circunstancias concretas en que esa actuación ocurra.

Estas novedades, tanto las del libro primero como las del libro segundo, buscan como lo señalaba también el doctor Fernando Sánchez Torres, que este Código sea un Código aplicable por una parte pero además que sea congruente con la realidad de hoy. Tenemos que detener una vigilancia, una disposición de normas disciplinarias que

tengan relación real con lo que hoy hace el médico, eso ya en muchos casos no ocurre con la Ley 23, la Ley 23 por ejemplo se centra mucho en disponer lo que debe hacerse en el consultorio particular y resulta que como lo señalaba el Senador Galán al principio, muchísimos médicos hoy no tienen consultorio particular, tienen el consultorio de la empresa que los contrata, el consultorio del hospital donde trabajan, bueno, pues entonces la norma no puede decir “consultorio particular” porque está restringiendo su aplicación cuando debería aplicarse a todos los sitios donde ese médico haga el acto de consulta médica. Igualmente en el proyecto se aclaran cuestiones como qué pasa con el trabajo en equipo médico, hoy es excepcional que un médico trabaje solo o que un médico trabaje únicamente con auxiliares de enfermería y de otras profesiones auxiliares, en general el médico en el día de hoy trabaja con otros colegas en quienes delega una parte y de quienes recibe delegación de una parte del trabajo. Todo eso habría que ponerlo en la ley para que se sepa quién responde, para que no llegáramos a la situación de “ah no, es que yo estaba en un equipo de trabajo y entonces eso no es mi responsabilidad, no soy yo quien tiene que responder por eso”. Ese es el espíritu honorables Senadores, que nos ha llevado a la redacción de esta forma del proyecto, sobre todo en el libro segundo pero también, repito, en el libro primero. Ustedes han visto la lista magníficamente puesta por la doctora Ana Isabel, de todos los puntos en los cuales juzgamos necesario hacer aclaraciones, adiciones, correcciones. En el libro segundo, ha ocurrido algo muy parecido porque hemos introducido todos los puntos que con la experiencia de 30 años de tribunales hemos visto que se necesitan, por eso estuvieron participando los tribunales y especialmente el Tribunal Nacional de Ética Médica para que esa experiencia que nos cuenta en qué se tropieza al aplicarlo a la Ley 23 del 81, se corrija en la Ley que salga en este momento. La Ley 23 del 81 tenía un artículo o tiene un artículo muy simpático porque dice “en lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas del procedimiento penal”, eso es todavía más penalizante que cualquier disposición de esta ley, de este proyecto de ley, pero además hay asuntos que no tienen remisión fácil al Código de Procedimiento Penal, lo vivimos todos los días en los tribunales. Toca entonces empezar a buscar a qué otra disposición legal podemos referirnos, ¿será al Código Administrativo?, ¿será al Código Disciplinario General?, ¿será a alguna otra disposición legal similar? Eso lo hemos tratado de corregir en este proyecto, hemos tratado de que en este proyecto no haya necesidad de remitir a otras normas legales sino en caso excepcionalísimo porque lo que se necesita para el procedimiento ético disciplinario, queda recogido en el libro segundo con minucioso cuidado y con mucha atención.

Yo creo que esta es, como lo decía la doctora Ana Isabel, una ocasión feliz para que el cuerpo médico colombiano reafirme la condición de profesión que tiene la Medicina, reafirme la voluntad de obrar bien, que es una de las marcas de nuestra profesión, la más intensamente moral de las profesiones según dice el doctor José Félix Patiño, con mucha razón; y nos dé una profesión autorregulada y no una profesión que haya debido ser intervenida por el Estado porque no fue capaz de autorregularse con todos los dolores que puede significar esa intervención estatal forzada.

Esto es honorables Senadores, lo que yo tenía que decir en apoyo de este proyecto, en muy buena hora acogido por el Senador Galán y que veo que tiene un ponente de muy buena calidad que seguramente lo va a llevar a buen término.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctor Juan Mendoza, de verdad que muy clara su exposición de cuáles son los cambios de fondo que se proponen en este proyecto de ley, muchísimas gracias por esa alimentación. Tiene el uso de la palabra el doctor Francisco Pardo Vargas, Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica.

Doctor Francisco Pardo Vargas, Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica:

Muchas gracias señor Senador. Creo que es una exposición breve muy concreta sobre los Tribunales Seccionales de Ética Médica. Como antes de ejercer la magistratura en el Tribunal Nacional de Ética Médica, he tenido la suerte de desempeñarme como Magistrado de Tribunales Seccionales de Cundinamarca y de Bogotá, me parece oportuno transmitir en este foro algunas vivencias que tengo de mi trabajo en estas dos instancias.

Primero, creo que los Tribunales Seccionales desempeñan una encomiable labor pues tienen una estrecha relación entre el aspecto médico y el aspecto jurídico por el contacto que se tiene tanto los disciplinados como los jueces aplicando el principio de la intermediación y eso les da mucha objetividad en las sentencias que producen, sentencias que por la vía de apelación nos llegan al tribunal nacional. Son pues un eslabón importante en el proceso ético disciplinario y creo que cualquier apoyo que se dé a los Tribunales Seccionales y que conste como realmente consta en el proyecto de la nueva Ley 24, pues nos va a dar una muy buena base de trabajo en el aspecto médico y jurídico.

En las visitas que el Tribunal Nacional de Ética Médica hace regularmente a los Tribunales Seccionales, desde ese punto de vista estamos cumpliendo con una labor de magistratura, hay dos puntos que considero deben tener cabida en el articulado que estamos analizando en este foro: el primero, se refiere al aspecto económico de funcionamiento de los tribunales; en la mayoría de estos Tribunales Seccionales que hemos visitado, encontramos que sobreviven con una gran afugia económica, la ley en una forma no muy específica, la ley impone a las autoridades locales el deber, la obligación de mantener el aporte económico para el funcionamiento de los tribunales seccionales y es lamentable lo que nosotros hemos encontrado, repito, en la mayoría de los Tribunales, de los diecisiete (17) Tribunales que existen en nuestro país, es como si estuvieran mendigando el dinero para funcionar y para cumplir las funciones de tipo legal, de tipo disciplinario que le tienen encomendadas. Este es un punto que en mi parecer debe estar muy claramente explícito en el texto del nuevo proyecto, que sea que la autoridad civil se encuentre obligada por ley a sostener decorosamente a los Tribunales Seccionales. Muchas veces en nuestras visitas hemos tenido que intervenir ante los gobernadores en forma directa para hacerles ver la necesidad que tienen los Tribunales de funcionar con un aporte suficiente. Y hemos visto una respuesta o positiva o más bien mediana a nuestras solicitudes y nos da pesar realmente dejar abandonados a los magistrados de las seccionales en este aspecto, por eso insisto en este foro, en este articulado esté muy claramente expuesta la obligación que tiene las autoridades civiles de mantener decorosamente a los tribunales.

El segundo punto, se refiere a lo que el artículo 56 del segundo libro, dice “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. Ese literal a) del artículo 54 donde habla de las funciones, el Tribunal Nacional le da la competencia para escoger los Magistrados de los Tribunales Seccionales y esa escogencia se basa en el listado que le llega a través de la Federación Médica Colombiana para considerar los nombres de los futuros magistrados.

Pues bien, este es un punto que me parece muy útil y quiero resaltarlo, un punto que abre a los postulantes, no solamente de la Federación Médica, sino de las otras entidades que han participado en el estudio de este proyecto, que tengan la capacidad en la competencia para enviar también lista de candidatos porque nosotros en el Tribunal Nacional nos encontramos permanentemente con unas listas, primero muy escasas y segundo, con un listado de profesionales que no tienen la suficiente trayectoria para llegar a la magistratura del Tribunal Seccional. De manera que este punto lo resalto porque está muy bien tratado en el proyecto que nos han enviado para estudiar.

Creo que con estas dos recomendaciones se pueda facilitar mucho el funcionamiento de estos Tribunales Seccionales, que repito, representan un vínculo extraordinario y desde el punto de vista de tipo disciplinario entre el Tribunal Nacional y la Provincia Colombiana. Dejo pues esta inquietud y agradezco mucho a los Senadores la oportunidad que nos han dado para exponer nuestras inquietudes. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctor Francisco Pardo Vargas, Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica. Tiene el uso de la palabra el doctor Diego Acosta, miembro de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Doctor Diego Acosta, miembro de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas:

Buenos días, muchas gracias por la oportunidad de participar en este foro, tendiente a discutir los elementos de la nueva Ley de Ética Médica, aunque ahora voy a discutir sobre el nombre del proyecto de ley.

Primero saludamos la importancia de introducir el debate sobre la ética en el sistema de salud, pensamos que estamos viviendo en un sistema de salud hostil, árido, para el desarrollo de una actuación ética; es un sistema muy orientado a la facturación y a los aspectos económicos más...sin negar la importancia de los aspectos económicos y sin caer en posiciones idealistas de que no haya lucro en el ejercicio de las profesiones o en las inversiones en salud. Resaltar fundamentalmente que la profesión médica es por sí misma, por su esencia una profesión humanística y si es humanística tiene que tener una ética que es su fundamento, basada como decía la doctora Ana Isabel, en el profesionalismo y en el humanismo y eso se ha perdido bastante, entonces esa discusión es lo primero que hay que resaltar. Más que cómo funciona un tribunal o algo así específico es cómo el sistema tiene una guía ética que se refleje en la actividad cotidiana, o sea, que sea, digamos, palpable por así decirlo, que eso falta bastante.

En ese sentido a nosotros... voy a hacer otra aclaración, sociedades científicas participaban... la anterior presidencia de sociedades científicas participó en la elaboración del proyecto de ley, posteriormente bajo la presidencia actual del doctor Jaime Calderón, tres reuniones

del Comité de Bioética, de sociedades científicas y dos reuniones de la junta directiva examinando el proyecto nos llevaron a concluir que la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas no apoya el actual proyecto tal como está, no quiere decir que asumimos una actitud contra la reforma de la práctica... de la ley de la práctica médica, voy a decir por qué enseguida digo "práctica", sino que pensamos que no es adecuado el proyecto como está, no queremos decir que es mejor dejar las cosas con la ley actual, con los tribunales actuales sino que se requiere una actualización, rescatamos la necesidad de actualización de la exposición de motivos, el contexto ha cambiado, lo expusieron muy bien, social, económico, cultural, las mismas expectativas de los usuarios, las condiciones hoy en día de los profesionales y de los profesionales médicos, el contexto ha cambiado. Pero nos parece a nosotros que este proyecto de ley es muy individualista, desconoce mucho el trabajo sistémico del médico, somos parte de un sistema aunque lo menciona y desconoce mucho que hoy en día se trabaje en equipos. No queremos decir y tiene razón el doctor Juan Mendoza, de que vayamos a plantear de que el médico no tiene ninguna responsabilidad como individuo o que la conciencia individual no vale, vale pero en el contexto de un trabajo de equipos y de un trabajo sistémico y hay que aclarar eso, hasta dónde, cómo se definen las responsabilidades cuando se trabaja de una manera tan sistémica y tan normatizada donde realmente muchas veces la independencia de actuaciones es muy poca, de que el profesional médico pueda actuar a conciencia es muy poca, está muy restringido en la toma de decisiones.

En ese sentido tenemos que esa actualización no mira tampoco la revolución copernicana que decimos nosotros, trae la ley estatutaria así todavía no sea una ley aplicada. Estamos pasando de un sistema determinado por la Ley 100, orientado a la atención de enfermos y a la facturación de procedimientos concretos con una gran... fraccionando mucho la atención, pero la ley estatutaria nos trae un elemento nuevo y muy distinto, la responsabilidad de la profesión es garantizar junto con la ley estatutaria el derecho a la salud de las personas, no atender enfermos. Por eso inclusive, Senador Galán con mucho respeto, nosotros ya no queremos usar y lo discutimos mucho, se nos gastó casi toda una reunión, la palabra "paciente", es que paciente refiere a enfermos, nosotros queremos hablar como dice la ley estatutaria, a atención de personas y comunidades donde la promoción y prevención, la paliación y el derecho a morir y la rehabilitación tienen tanto peso como la atención del enfermo que es uno solo de los aspectos de eso.

Entonces en ese sentido nos parece que actualizar el tema de la práctica médica tiene que ver con mirarlo desde el enfoque que hoy da la ley estatutaria, la actuación del médico es mucho más amplia, es menos hospitalaria, uno en todo el trayecto del texto ve la visión hospitalaria de la Medicina, es menos medicalizada y tiene que ver inclusive con los condicionantes de la salud, porque la ley estatutaria planteó que el sector salud también tiene que ver con los condicionantes, no los determina, pero tiene que ver con ellos, lo que no venía antes. Ese cambio no se ve evidenciado en la orientación de este proyecto, lo podemos y recojo la invitación que yace, sentémonos a conversar y a precisar, pero nos parece que eso ahí no se ve.

Lo otro es, como dice el doctor Fernando Sánchez, la diferencia entre moral subjetiva y objetiva es muy valiosa esa diferenciación, pero moral no es ética y ética no es ley, son cosas distintas, que tienen relación, sí. En el contrato social, la sociedad a través del Estado tiene no

solo la necesidad sino el deber de imponer límites a la actuación de los distintos sujetos de la sociedad y quienes tienen encomendando una misión; los médicos tenemos encomendada la misión del cuidado de las personas y de las comunidades desde el punto de vista de la salud, la sociedad tiene la obligación de imponer límites, de evitar desviaciones de esa práctica que podrían ser delitos, o sea, cuando esa práctica se pervierte, en ese sentido debe haber leyes que regulan la práctica de una profesión, leyes que regulan la moral objetiva y con los cambios culturales y de época que tienen y de contexto y todo, que la doctora enumeró muy bien. Pero esa regulación es heterónoma, la establece el Estado y la ley estatutaria y la ley estatutaria nos pega a la autonomía, la autorregulación y nosotros todavía no hemos definido muy bien cómo es eso de la autonomía y la autorregulación. Pongo un ejemplo: si un equipo médico al aplicar un protocolo, una guía de atención, un plan de salud pública, una campaña, no válida formal y explícitamente esos protocolos o guías, no está actuando autónomamente; y ¿por qué digo un equipo?, porque la autonomía no es la arbitrariedad del individuo, nosotros no podemos tener un paciente al que le pasan seis médicos de seis escuelas distintas y cada uno le cambia el esquema de tratamiento, porque ya sabemos las consecuencias de eso, pero tampoco le puede venir de afuera si es autónomo, entonces esa autonomía no es una autonomía individual de que cada uno haga lo que le dé la gana, sino que es una autonomía fundamentada en unos protocolos, guías, planes o programas que ellos basados en la evidencia científica, en la *lex artis* ***** porque no hay una sola manera de hacer las cosas, ni hay una sola manera de hacerlas en todas partes. Lo decían muy bien, no es lo mismo atender personas en Bogotá que atender personas en Chocó o en Afganistán. De manera que nosotros no podemos simplemente copiar las guías de la Clínica Mayo, por ejemplo, eso no tiene sentido, entonces tiene el equipo, se asume la responsabilidad, que la responsabilidad es un principio de la ética, yo soy responsable de mis actos y en este caso de los equipos porque actuamos en equipo, debe validar formalmente esas guías, no se las puede entregar ni el colegio médico, ni la IPS, ni la EPS, ni la sociedad científica. Él puede encontrar, hoy entra por internet y puede encontrar más de 200 guías de manejo de la hipertensión o de prevención de la obesidad o de lo que se quiera, pero tiene que seleccionar con cuáles vamos a trabajar autónomamente y la autorregulación. Ya decía yo que la Ley que regula la práctica y no digo que regula la ética, porque la ética no se puede regular, si nosotros sabemos qué es ética, que es una reflexión sobre la conducta, sobre la moral que hace el individuo en su conciencia o que hace una rama de la filosofía como disciplina, esa es la ética, la ética no se puede regular, no puede haber un Estado que regule la ética, un Estado puede regular la práctica, no la ética. Entonces yo diría que tendría que llamarse Ley de Práctica Médica o de Regulación de la Práctica Médica, no ley que regula la Ética, no regula la conciencia de los individuos, ni regula la disciplina del pensar sobre cómo se encamina o no la moral que hay distintas escuelas entre otra cosa. Entonces ese sería un primer elemento ahí, de que nos parece que esa ley no se actualiza de acuerdo al enfoque de la ley estatutaria. Hoy en día regular la práctica médica tiene que hacerse desde un enfoque establecido en la ley estatutaria y ahí todavía estamos como en la Ley 100 y todavía predomina mucho lo individual del paciente y el médico y actuamos en equipos y en un modelo sistémico de salud.

La manera, pero correlativa a esa heteronomía de regulación de la práctica, debe venir la autorregulación

porque uno diría, entonces dónde está la autorregulación, la autorregulación, la primera disciplina de ética aplicada fue la Bioética, pero hoy en día hay otras, la Ética empresarial, la Ética Organizacional y cada día más esas Éticas son enfocadas hacia lo cotidiano, son Éticas aplicadas, ya no son tan teóricas sino Éticas aplicadas que de una manera ecléctica traen los elementos de la Ética de responsabilidades de la Ética de Principios y Valores y de la Ética Deontológica, hoy en día se dice lo más positivo es hacer una mixtura algo ecléctica con esos tres enfoques, porque son enfoques no contradictorios sino complementarios.

Entonces que es necesario para que la profesión médica sea auto regule, el desarrollo de Códigos de Ética elaborados por la misma profesión, no por el Estado en este caso, o sea a la par de la regulación de heteronomía de la ley que regula la práctica debe haber la autónoma de los Códigos Éticos de la misma profesión cuyo principal objetivo es formar en la cultura del profesionalismo y del humanismo en la cultura de lo bien hecho, en la cultura de la excelencia, porque tanto la ley heterónoma como en los códigos autónomos, no deben orientarse a la protección del gremio, sino orientarse lo decía ahora la doctora Ana Isabel muy bien, orientarse hacia la excelencia en el ejercicio de la profesión, resumido de esa manera, pero no cayendo en un problema que nos parece que cae de este proyecto de ley y ahí si es donde nosotros discutimos. Si nosotros enunciamos unos principios y no hay unas fallas taxativamente, puntualmente establecidas, caemos en que como cae del proyecto, en que hay unos artículos tan amplios para la interpretación del juez, que lo que estamos creando es un gran foso de inseguridad jurídica para el médico y una cosa es proteger la profesión, otra cosa es no garantizar la seguridad jurídica del que hace las cosas bien, porque así como debemos defender que quien hace las cosas mal sea castigado y tenga la pena adecuada a su falta, también debemos defender que quien haga las cosas bien tenga seguridad jurídica, nosotros no podemos someter a los buenos profesionales a que cualquier interpretación lo pueda llevar a un problema de tipo jurídico, o sea nosotros debemos hacer muy ética la profesión y si bien lo jurídico juega un papel, no podemos judicializar la profesión, nosotros no podemos ahí con proyecto que judicialicen la profesión, que ese sea el predominio acá.

Entonces los Códigos de Ética autónomos tienen como principal objetivo crear cultura, cuando una sociedad o un grupo humano es normativo, o sea tiene conciencia de la necesidad de hacer bien las cosas, no necesita una policía para cada ciudadano, para cada persona, ni necesita una profusión de leyes que se vayan hasta el detalle, las sociedades más desarrolladas del mundo son las más normativas, son aquellas donde los ciudadanos acatan la ley o actúan a conciencia y no porque son obligados por una norma, entonces el principal objetivo de esos códigos es formar en una cultura de la excelencia y del bien hecho, del bien hacer y cada que nos hablan a nosotros de ese tema y aquí viene una digamos una auto crítica para las organizaciones médicas, digamos es que las universidades ya no forman en Ética, preguntémosle y nosotros, nuestras organizaciones, al médico que está en la práctica donde están nuestras organizaciones haciendo los cursos de formación en ética, donde estamos construyendo participativamente con nuestros asociados Códigos de Ética, ahí hay un elemento, entonces viene el tema cultura, educación y debe haber un elemento punitivo, unos tribunales propios, si, para los excesos, para cuando las cosas como en la sociedad, el ciudadano debe tener la cultura de hacer las cosas bien, pero el que no las hace bien y el que comete un crimen o el que comete un delito hay que aplicarle la ley y eso debía haberlo también.

En ese sentido creemos que el proyecto actual al no ser taxativo, preciso, lo que ustedes llaman la lista, lo que por no caer en eso se cae en una gran inseguridad jurídica, los principios iluminan la ley y son válidos y hay que tenerlos, pero en el articulado tienen que reflejarse, yo no puedo por ejemplo en una ley de tránsito poner como un artículo en la ley, hay que manejar con responsabilidad un vehículo y dejarlo así, yo tengo que poner que manejar con responsabilidad es tener pase, es tener la revisión técnica mecánica, es respetar los máximos de velocidad, es no pasarse el semáforo en rojo, respetar las cosas puntuales, hay que ponerlas, porque lo otro es un margen de interpretación tan amplio que quedó una justicia interpretativa y continuamente en discusión que pierde inclusive validez frente a los ciudadanos, pierde confianza ante los ciudadanos porque la opinión de cualquier Juez, cualquier opinión cabe dentro de un texto tan amplio.

Entonces, es lo que fundamentalmente queremos decir, hacemos un llamado a que contribuyamos a la elaboración de un Código que regule la práctica médica y a que adquiramos el compromiso de trabajar por la excelencia en nuestras profesiones, desarrollando Códigos de Ética Médica y educando en ellos, pero tengamos un componente autónomo de nuestros propios códigos y contribuyamos al heterónimo de la ley que regula la práctica, pero no hablemos de regular la ética porque nos parece un sin sentido, así se haya hecho durante tantos años, porque alguien nos decía, no, mire es que eso ha funcionado así, pero el que ha funcionado así es la justificación para que siga funcionando así, si los colombianos no entendemos la diferencia entre ética y ley, entonces simplemente cuando no me pillen hago las cosas, sí, es que esa es la cultura de no hacer las cosas por convicción, porque tengo una formación ética y hacerlas es porque me pillan, es que vea señor le digo yo al taxista, es que este cinturón de seguridad no funciona, póngase así encimita para que no nos partan, le digo no, no, es que yo lo necesito es para protegerme, sí, pero el tema ético del cual es, el tema de él es la aplicación de la Ley de que le cobran la multa, el tema para él no es el actuar bien, esa diferencia puede parecer para muchos muy sutil o muy improcedente pero esa diferencia en nuestra profesión es fundamental porque esta profesión debe ser fundamentalmente ética.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias. Tiene el uso de la palabra el doctor Roberto Baquero, Presidente del Colegio Médico Colombiano.

Presidente del Colegio Médico Colombiano, doctor Roberto Baquero:

Ante todo quiero dar las gracias al honorable Senador Antonio José Correa y al doctor Juan Manuel Galán la oportunidad de poder compartir con todos ustedes este tránsito de esta ley y cuál es el pensamiento dese el ejercicio de los profesionales y es que uno de los grandes problemas que hemos tenido los médicos y los profesionales de la salud en el ejercicio de nuestra profesión es la pérdida de la autonomía, algo que ha sido demostrado con creces por la Defensoría del Pueblo en todos sus documentos que ha hecho sobre esta materia y las múltiples denuncias que recibimos de nuestros colegas en la construcción en su ejercicio por parte de las EPS, las IPS, los empleadores, los mismos contratos de capitación donde queda reflejada que la rentabilidad es lo que es más importante y que para que esta ocurra hay que no hacer.

Ya esto que baja tanto la calidad y es porque nuestro sistema no es ya un problema de cobertura, ni de canti-

dad de consultas realizadas, el problema está en la mala calidad y en la falta de resolutivez de estas, por eso las profesiones llamadas liberales como es la Medicina, tienen unas características que son bien definidas, en las cuales empieza porque prima una actividad intelectual, deben ser reconocidas por el Estado, tener una habilitación por unos títulos de educación superior requieren la inscripción y registro nacional ante las autoridades que vigilan y controlan, pero su núcleo, su mayor valor característica fundamental es que deben tener autonomía y autorregulación en su ejercicio. Esta autonomía que logramos afortunadamente quedara muy bien definida en la Ley 1751 Ley Estatutaria de la Salud, que corrigió muchas de las definiciones incompletas que estaban en las anteriores leyes, me permito leerla y es cuando habla que se garantice la autonomía en los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes a su cargo, esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica, se prohíbe todo constreñimiento o presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente, la vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de las competencias. Entonces en esta ley que por fin garantizamos la autonomía de los trabajadores de la salud, en poder adoptar las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento que los pacientes que tiene a su cargo y esta autonomía debe ser claro que ejercida en los esquemas que dice arriba de autorregulación ética, racionalidad y evidencia científica.

Pero esta autonomía que es indispensable, para que en él no pueda estar restringido en el ejercicio por nada externo, pero a su vez no es un permiso para ejercer sin límites, sin controles y aquí es donde entra la otra parte que es la autorregulación, así vemos que autonomía y regulación deben estar relacionadas íntimamente y no puede existir una sin la otra. La autonomía está relacionada con la calidad del acto médico por la libertad que debe tener el médico para decidir qué es lo mejor para su paciente, la autonomía es individual del profesional, pero no se le da al individuo sino a la profesión y la autorregulación que también inicialmente es individual donde el profesional tiene la responsabilidad de escoger que es lo mejor para su paciente con ética, profesionalismo y responsabilidad social y de saber hasta dónde puede llegar y cuáles son sus límites, pero el principal mecanismo de autorregulación es lo que definimos como la conducta ética que son esos límites acordados por los pares, que deben quedar plasmados llámense en leyes o en códigos para ser controlados por el colectivo de profesionales.

También está en seguir las guías, unas guías de atención que personalmente y para el Colegio siempre hemos defendido, que deben ser realizadas por sus pares, no por los aseguradores y acá es donde entra en una gran importancia las sociedades científicas, en la realización de ellas, debido al pluralismo de sus miembros y donde se garantiza que van a ser adoptadas por todos ellos que formen parte de estas organizaciones, que no son camisas de fuerza para la atención, debido a que todos los organismos humanos reaccionan distinto.

De ahí la importancia de actualizar nuestros Códigos de Ética en este momento, en una ley que ya lleva 35 años y que es anterior a grandes cambios que ha sufrido el ejercicio de la profesión, donde ya no es únicamente la relación médico paciente y de algunos aseguradores como eran el Seguro Social y las cajas nacionales, depar-

tamentales y municipales, sino que ahora interactúan aseguradores, prestadores, auditores y hasta jueces, es una necesidad urgente poder definir nuevamente estas normas que esta autorregulación, para garantizar la ética en el ejercicio de nuestra profesión y así mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.

La invitación es a seguir la discusión de este proyecto, vuelvo y repito llámese ley o llámese Código y mejorarla convencido de que hay que asegurar que los profesionales actuemos de una manera ética y con todas las prerrogativas de nuestra profesión, que son la autonomía y la autorregulación. Gracias.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias, nos ha solicitado el doctor Fernando Guzmán, Médico y Abogado, el uso de la palabra, doctor Fernando tenga la amabilidad de seguir doctor Fernando y tome una de las... siga doctor Fernando.

Médico y Abogado, doctor Fernando Guzmán:

Es que a la Federación se le ha desconocido en varios ámbitos en forma oficiosa. Pues yo hablo en mi calidad de Cirujano Cardiovascular, Abogado Penalista y Bioeticista y soy Profesor titular de dos Universidades en Medicina y en Derecho. Soy también Magistrado del Tribunal y quiero hacer referencia solamente a tres puntos:

Primero, mi oposición y hablo por la Federación Médica, al proyecto de reforma es total, es innegociable, primero con todo el respeto que me merecen los colegas que tengo al frente, ¿de dónde hablan de un apoyo nacional a la reforma del proyecto, cuando por ejemplo ni siquiera los Médicos Generales que son el 70% del cuerpo médico colombiano, han sido tenidos en cuenta?, segundo cuando le han quitado el apoyo en que hablaban de la gran Junta Médica Nacional, varias de cuyas instituciones no están aquí presentes, lo han retirado y entonces ya no descansa en una base democrática, sino en una base elitista a la cual yo también pertenezco porque llevo 15 años de Magistrado y aquí hay varios Magistrados y ex Magistrados. Tercero, eso de protocolizar la moral objetiva, yo creo que se puede explicar haciendo la diferenciación entre ley, Ética moral y Deontología, lo que tenemos como Código de moral es realmente un Código de comportamiento, es un Código Deontológico que se refiere a una cofradía que es la cofradía médica y que trata de recomendar aquellas actuaciones y conductas que son consideradas las mejores, porque si vamos a la definición de moral, la moral como tal es apenas una operación intelectual que le dice a la persona que está bien y que está mal con base en lo que ha aprendido, de manera que la moral no es universal, la ética sí, esa sí busca principios universales y no la estamos regulando doctor, me encantó su intervención.

Siguiente punto, no olviden ustedes que la citación para reformar el Código de Ética, fue una citación perversa por el entonces funcionario de algún Ministerio que hoy en día está detrás de rejas, para que nosotros les diéramos a las EPS más herramientas para que pudieran seguir sus actuaciones que hoy han sido catalogadas, no por mí, pero por muchas entidades que tienen voz y voto, como delincuenciales, hablo de las EPS a las cuales ciertamente no quiero ni cinco.

Y por último lo que estamos aquí colocando en el tapete no es solamente una reforma al comportamiento del médico, sino una defensa a los pacientes a nivel nacional, por eso le agradecemos su esfuerzo Senador Galán, realmente la buena voluntad es evidente, pero las cuestiones

que implica este proyecto de Reforma son sumamente graves. Segundo aspecto o tercer aspecto, la Reforma a la Ley 23 desde el punto de vista puramente técnico jurídico, pues yo he sido Cirujano toda mi vida, pero soy Profesor de Derecho Procesal, adolece de varias circunstancias graves aparte de la falta de apoyo universal, aumenta como bien expresó usted, la subjetividad judicial, la subjetividad del juez disciplinario que en este momento sigue a la deriva, como usted mencionaba hay un pozo que se abre en donde yo voy a decir, me parece que esta falta es más grave, me parece que hay que ponerle dos años y alguien dice no pongámosle tres años, otro, no pongámosle cuatro años, otros huy va a prescribir pongámosle seis meses, con eso la apelación no fenece el proceso como sanción del Estado a la ineficiencia de su aparato judicial del cual formamos parte. Entonces en el segundo proyecto de reforma, ha habido cuatro intentos desde el 2000 Senador Galán, se trató de más o menos objetivizar las conductas, no para tipificar el derecho disciplinario, porque el derecho disciplinario es intipificable, es como la moral, si fuéramos a escribir códigos de moral, aquí estaría la introducción en este Recinto con miles de libros, la introducción no más, pero más o menos para orientar el pensamiento del Juez disciplinario en lo que es la tipificación de esas faltas y no dejarlo tan al arbitrio subjetivo del mismo, o sea que desde ese punto de vista técnico jurídico hay un gran error.

Segundo, la Reforma es superficial, si ustedes comparan este proyecto que es mucho más rico en términos, más abundante en definiciones, de fondo no se ha reformado nada y por eso someter a una ley que lleva 30 años, no soy particularmente conservador en mi pensamiento, soy liberal y su finado padre a quien yo admiré sabía que era yo de un liberalismo bastante centrado y este tipo de proyecto realmente no constituye una reforma profunda del sistema, del comportamiento médico y de la actitud ante los pacientes, siguiente punto, lo que no está en el Código de Ética el viejo o el nuevo, está en la Ley 1751 aprobada por el Congreso, que es realmente una de las manifestaciones más claras de un Estado Social de Derecho desde la Constitución del 91, de manera que la 1751 para mí es una Ley absolutamente venerable y que ya es Ley de la República así las EPS no la quieran aplicar en favor de ellos.

Siguiente, adicionalmente, como el sistema acusatorio se está imponiendo en todas las ramas del Derecho, vamos a tener que reformar la Ley 23 y que algunos aspiran a que sea la Ley 24 del 16 o cualquier número que le quieran poner, para adaptarla al nuevo sistema acusatorio, entonces dos reformas aparentemente de fondo en menos de uno o dos años, me parece una pérdida de tiempo y además no tienen en cuenta algunos pronunciamientos legales como la Ley de Bioética que también rige para nosotros, la Bioética no puede fundamentarse en Leyes, la Bioética, sino en acuerdos, porque lo que busca la Bioética a diferencia de lo que busca la ley es eso, acuerdos.

Para terminar, porque no me gusta a mí excederme en mis intervenciones, considero que este proyecto de reforma no es profundo, no reforma nada, no contribuye al bienestar de la Nación particularmente en cabeza de los pacientes, no tiene un apoyo universal de los médicos, yo también soy Magistrado del Tribunal y he variado mi posición, inclusive llegué a decir, bueno vamos a apoyarlo para que no haya ruptura de la unidad médica nacional, cual unidad médica nacional, si nosotros somos la profesión más desunida y que más tiene discrepancias y odios entre sí, de suerte que mi llamado señores Senadores es a que no lleven a efecto este proyecto de reforma por to-

das las circunstancias que les estoy hablando y termino diciendo que en cuestión de convivencia la ley está por encima de la moral, si la moral hubiera sido el dictum de comportamiento de los ciudadanos durante todos los años de historia que llevamos, la sociedad se habría destruido, porque la moral es autónoma, es situacional, y yo no he visto a nadie que después de pasarse un semáforo en rojo a la una de la mañana, llegue a la casa a darse azotes, en cambio la ley con todo y los problemas que tiene es a veces injusta, aspira a ser equitativa y no lo logra y a veces va en contra de sí misma, por eso hay que hacer una jerarquía de leyes como lo planteó Hans Kelsen, esta ley realmente está por encima de la moral porque obliga a los ciudadanos a comportarse por la coacción, por la fuerza del Estado a cumplirla, de modo que el encanto de tener una Ley de Ética Médica o de moral o de Deontología, consagrada como Ley hace que lo que antes era opcional en el comportamiento, sea obligatorio, porque en el 99% de los casos, la gente no actúa por convencimiento propio en estos países latinos a los cuales me siento muy orgulloso también de pertenecer, sino por miedo a la pena y a la sanción social, de manera que oficialmente como Federación Médica Colombiana y no puedo asumir la vocería de la mayoría del cuerpo médico colombiano como la ha asumido la tan denominada y cacareada Junta Médica Nacional que realmente de Junta Médica Nacional no tiene mayor cosa, es que no se lleve a efecto esta Reforma que a mi modo de ver es más nociva que beneficiosa para la Nación y para el cuerpo médico y los pacientes. Mil gracias.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctor Fernando Guzmán miembro del Tribunal de Ética, Magistrado. Tiene el uso de la palabra el doctor Oswaldo Barrera, Delegado del Ministerio de Salud.

Delegado del Ministerio de Salud, doctor Oswaldo Barrera:

Muchas gracias honorables Senadores Juan Manuel Galán y Antonio José Correa. Básicamente la posición del Ministerio haciendo oído de las personas que me han antecedido en el uso de la palabra, estamos plenamente de acuerdo en el proceso de actualizar una ley que ya lleva 35 años, que actualmente no da respuesta al Estado, al proceso y a las circunstancias de la salud en Colombia y que requieren del proceso de la autorregulación, de la autoevaluación y de que el proceso surja y parta directamente de la profesión de la salud ya que desde el Gobierno estamos totalmente claros y precisos de que no debe partir jamás del Gobierno sino de las profesiones. Y al respecto quiero hacer referencia a unas leyes que se han emitido y que están actualmente vigentes y ellas son: la Ley 1164 que es la ley del talento humano y que básicamente determina que la formación y el ejercicio de las profesiones tiene que favorecerse, tiene que cultivarse y tiene que evolucionar permanentemente de acuerdo al estado, a los momentos de la salud y del país que están generando; y además, allí esta ley da o contiene un capítulo especial para la ética y la bioética queriendo decir que el proceso tiene que estar siempre presente, permanente y de que se debe seguir cultivando y favoreciendo este proceso.

La siguiente ley que nosotros hemos emitido es la Ley 1438 del 2011 que hace la actualización del sistema general de seguridad social y en el que claramente mencionan que debe haber planes decenales de salud pública que en ningún momento está contenido en la ley actual, que deben haber redes integrales de servicios de salud, que

debe generarse la autorregulación y la autoevaluación que básicamente no está totalmente determinada. Y con esto no quiero decir que estamos totalmente de acuerdo en el proceso sino que estamos totalmente de acuerdo en el proceso de la actualización de la norma y son ustedes la profesión, los legisladores las que nos van a determinar el actuar y el camino a seguir.

Posteriormente está la ley que ya varios de mis antecesores han mencionado, la ley estatutaria y en el que volvemos a rescatar todo el proceso de la autorregulación y la autonomía profesional. Y finalmente tenemos la Resolución 429 del 2016, que el Gobierno genera una actualización y una emisión de un Plan Nacional de un modelo de atención integral en salud en el cual se rescata en su forma de actuar, en los decálogos, en las rutas de atención, en la constitución y conformación de grupos integrales de atención a la salud, no a la enfermedad, que son necesarios que estén visibilizados en esta norma ética que debe de estarnos liderando a los profesionales.

Por todo este proceso pues el Ministerio y la posición del Ministerio de Salud es de contribuir y de aportar lo necesario para seguir desarrollando y lograr obtener la actualización de esta norma, obviamente siguiendo y respetando todo lo que tenemos actualmente y la prestación del servicio y favoreciendo al usuario, a los pacientes o a la población ya que esto básicamente no está visibilizado en la Ley 23, más aún de que hoy nuestros objetivos de atención son personas mucho más informadas, mucho más capacitadas y con mejores puntos para determinar qué es lo que debe ser brindado por cada uno de los profesionales de la salud y que básicamente no lo teníamos anteriormente. Eso es todo.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias doctor Oswaldo. Tiene el uso de la palabra el doctor Germán Redondo, delegado de la Defensoría del Pueblo.

Doctor Germán Redondo, delegado de la Defensoría del Pueblo:

Muy buenos días honorable Senador Galán, buenos días al Senador Correa, además colega; muy buenos días a todos mis profesores, a los Presidentes de las Instituciones y ex Presidentes de las instituciones médicas que nos acompañan; al Ministerio y a todos los asistentes. Para la Defensoría del Pueblo es muy importante una Ley de Ética Médica porque la vemos como un instrumento más que dispone la sociedad y el Estado para garantizar el derecho fundamental a la salud que es la parte para nosotros más importante. En ese contexto y tratándose de una nueva ley que deroga la Ley 23 del año de 1981, la Defensoría del Pueblo quiere conocer el pensamiento de las diferentes instituciones médicas que tienen representación nacional además de las presentes y oídas, las que hemos oído, importante conocer por ejemplo la opinión de la Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas), de la Asociación Nacional de Internos y residentes, la ANIR, que representa los médicos que van a gozar y a disfrutar el futuro que son los médicos en formación, así como la Asociación Colombiana de Médicos Generales.

Para nosotros la Ley 23 de 1981 así lleve 35 años de expedida, ha cumplido una labor fundamental y ha sido, dijéramos, una práctica que tiene deficiencias, una de ellas la que señalaba el doctor Pardo; a pesar de que la Ley 715 establece la financiación de los tribunales de ética, ciertamente nosotros los hemos visto como mendicantes ante las Secretarías de Salud para que les aprueben los presupuestos. Y el proceso ético disciplinario tiene

algunas dificultades que el proyecto de ley actualiza y lógicamente hay un avance allí que tenemos que reconocer. Sin embargo, tenemos algunas inquietudes fruto de la lectura del proyecto de ley que consideramos de antemano por donde viene, por proceder de la Academia Nacional de Medicina, del Tribunal Nacional de Ética Médica, por los profesionales del derecho que apoyan algunos de los tribunales, esa es una garantía para que los médicos entendamos, dijéramos, la buena voluntad que pretende el proyecto de ley. Observamos lo siguiente: el Proyecto de ley 24, introduce la calidad como conexas con la ética, concepto novedoso en relación con la Ley 23 del año de 1981, concepto que es válido por la interdependencia entre la ética y la calidad del servicio en el momento de que este ser prestado, no obstante en el campo de las responsabilidades sí que es bien diferente; cabe preguntarse cuál es la responsabilidad del médico más allá de la garantía y la calidad del acto médico en sí mismo, respaldada por el conocimiento, la pericia, la prudencia y la diligencia del galeno y dónde empieza la responsabilidad del asegurador o el prestador de los servicios de salud.

Recordemos nosotros el daño que le ha hecho a la Medicina como profesión y como ciencia la Medicina gerencial, la Medicina intermediada y Senador Galán, cómo hacemos nosotros para reconciliar la ética hipocrática con la ética del mercado, el juramento médico con la ética comercial. Recuérdense ustedes que la primera defiende la salud y la vida y la segunda, el negocio; y esa es una vivencia que los médicos cada día enfrentamos cotidianamente y que ni la Ley 23 ni este proyecto solucionan, pero este proyecto pone al médico en un dilema todavía más severo, uno se preguntaría ¿deberá el médico para poder responder ética y disciplinariamente ante los tribunales, reusar a la prestación de sus servicios cuando no existan plenas condiciones de garantía de calidad?, sometiéndolo desde luego también adicionalmente a un grado de problema laboral. Advertimos que en tales circunstancias se encuentran muchas IPS públicas y privadas del país y prácticamente toda la totalidad de los puntos de atención de los establecimientos de reclusión de las personas privadas de la libertad. En tales circunstancias el médico no podría ejercer, el médico puede responder administrativamente por la calidad de su consultorio privado, pero no por las instituciones. Uno, así mismo veo con alguna preocupación que las actuaciones administrativas del médico entran al escenario ético, en ese aspecto debe considerarse el daño que se ha causado a la Medicina como profesión y como ciencia al afectar el juramento hipocrático y enfrentarlo a los aspectos puramente administrativos y financieros, regidos estos últimos por el incentivo del lucro y la ganancia, de tal manera que se ha constreñido el ejercicio profesional al punto de obligar al médico muchas veces a anteponer la rentabilidad económica sobre el beneficio social y el bienestar del paciente que le es inherente. Así mismo uno se preguntaría si a consecuencia de esta norma podría uno llevar a los tribunales de ética médica al gerente de un hospital solamente por ser médico y por un acto de tipo administrativo, es eso conveniente, corresponde al tribunal dirimir esos temas que hoy le endosan al concepto de ética incorporando el concepto de la calidad dentro del marco de la ética.

Otro tema que no encontramos con mucha claridad y que viene heredado de la Ley 23, pero que en el proyecto se define con mucha claridad, es el concepto del médico tratante que en algunos casos, sobre todo en el ejercicio de la Medicina privada o de la Medicina prepagada está muy bien claro y muy bien definido, pero en la mayoría de nuestro sistema de salud que es Medicina Institucionalizada no está claro; díganme ustedes cuál es el médico

tratante, por ejemplo, cuando un paciente ingresa a una unidad de cuidados intensivos, en la mañana lo valora el internista, el intensivista, el anestesiólogo y el cirujano; en la tarde otros cuatro o cinco médicos y en la noche otros cuatro o cinco médicos, ¿quién es el médico tratante en ese caso?, ¿el último que prescribió?, ¿quién es el que debe responder ética y disciplinariamente ante una queja de presunta falla de la ética médica?. En esos casos, dijéramos, queda mucha vaguedad que de alguna forma debería ser superada.

Sin duda el Proyecto de ley número 24 de 2015, es una actualización normativa que representa algunos avances en relación con la Ley 23 de 1981, no obstante sugerimos fortalecer la financiación de los tribunales nacionales, seccionales que hoy transitan con grandes dificultades económicas. Para la Defensoría del Pueblo es muy importante que en Colombia rija un Código de Ética Médica que garantice el ejercicio médico idóneo y en condiciones adecuadas para que la Medicina pueda cumplir con su fin de cuidar la salud de la población y propender por la prevención de las enfermedades y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad sin distinciones de nacionalidad ni de orden económico o social, político o religioso como lo establece la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, que en buena hora aprobó el Congreso de la República.

Para la Defensoría se debe ante todo defender la relación médico-paciente como el elemento primordial de la práctica sustentada en la reserva de dicho acto y en la autonomía tanto del paciente como del profesional que la práctica. Por lo anterior reiteramos nuestro llamado a las instituciones médicas representativas, científicas, gremiales, sindicales y académicas a que se expresen sus opiniones en este proceso de debate amplio y democrático que el Congreso de la República está convocando. Muchas gracias señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias a usted. Nos acompaña acá el doctor Germán Rojas el cual le vamos a abrir los micrófonos por un periodo muy corto porque tenemos que levantar por compromisos previamente establecidos. El doctor Germán es cirujano plástico y quiere darnos su concepto y el concepto de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica para este proyecto. Tiene el uso de la palabra doctor.

Doctor Germán Rojas, delegado Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica:

Buenas tardes honorables Senadores, colegas y magistrados. Simplemente para mencionar un tema que a diario se está produciendo no solamente en Colombia sino en nuestra especialidad que es el intrusismo, el cual está cobrando cada día más víctimas en Bogotá y en Colombia. Así mismo también teniendo acá la presencia de honorables Magistrados que ellos día a día llevan casos y juzgan casos por este motivo. Así mismo queremos también hacer un llamado para que sea incluido en este proyecto de ley y en la reforma que quieran hacer al Código de Ética Médica, también algunos colegas que se prestan, que nosotros llamamos colegas fantasmas, colegas notarios o colegas firmones, que son los que les están firmando historias clínicas, están avalando y están respaldando a estos colegas, por así decirlo, que están practicando estos desastres en nuestro país. Muchas gracias señor Presidente, honorable Senador Galán, colegas, por esta oportunidad, pero quiero que quede constancia esto y que tengan en cuenta estas denuncias, por así decirlo, que estamos realizando. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias respetado doctor. Tiene el uso de la palabra para conclusiones el señor autor del proyecto, el honorable Senador Juan Manuel Galán.

Honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón:

Muchas gracias señor Presidente. Yo quiero en primer lugar agradecerle a usted la realización de este foro en donde hemos escuchado las diferentes opiniones de personas que han participado en la redacción del proyecto, en la elaboración del proyecto, también hemos recogido todos los comentarios críticos frente al proyecto y en ese sentido nos parece que este ha sido un espacio muy enriquecedor tanto para mí como autor como para su señoría, creo yo, como ponente del proyecto para que a lo largo del trámite del proyecto que está empezando, tendremos cuatro debates, dos en Senado y dos en Cámara, podamos seguir enriqueciendo el proyecto y todos los que quieran hacernos llegar sus comentarios, sus inquietudes, los legisladores estaremos absolutamente abiertos a tenerlas en cuenta, estudiarlas y a incluirlas en la medida de lo posible para enriquecer el articulado. Pero nos queda claro como conclusión que este proyecto es necesario, es importante, es útil y es pertinente dada la evolución que ha tenido a lo largo de los años el ejercicio de la profesión médica, la relación del médico y el paciente, los desarrollos de las tecnologías y el ejercicio ahora de la Medicina online por ejemplo, todas estas evoluciones y estos cambios, estas transformaciones deben ser incluidos en una legislación que esté más acorde con las necesidades de un sector que es el sector de la salud, que es tal vez el sector más importante en Colombia para garantizar el éxito del postconflicto, para que tengamos una reconciliación duradera que los colombianos, no puedo pensar en un sector más importante que pueda jugar un papel más preponderante, más protagónico en el postconflicto y en la posibilidad de que tenga éxito el proceso de paz en Colombia que en nuestro sistema de salud. Y dependiendo de cómo abordemos los grandes retos que ese sistema tiene, los grandes desafíos que tiene la salud en Colombia, tendremos un proceso de paz y un proceso postconflicto exitoso.

Muchas gracias señor Presidente y pues seguimos, por supuesto, atentos a enriquecer este importante proyecto.

Presidente, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Muchísimas gracias a cada uno de los doctores invitados a este importante foro, quiero dar las gracias al honorable Senador Juan Manuel Galán, autor del proyecto de ley, un proyecto de ley que es verdaderamente y valga la redundancia, importante para el gremio médico. De lo fundamental del foro, de que no solamente estuvo el nivel participativo de los que están de lado del proyecto sino también hubo divergencia y eso hace parte del respeto a lo democrático que es cada una de las discusiones de los proyectos de ley que se dan en este Congreso.

Por supuesto, a bien como lo ha dicho el Senador Galán, vamos a convocar y a solicitar, él como autor nos ha puesto el beneplácito de solicitarle a las diferentes asociaciones que a bien mencionaba el señor Médico delegado de la Defensoría del Pueblo, las Asociaciones Médicas de Médicos Generales, Asociaciones de Internos, Asociaciones... todas las asociaciones que hacen parte del gremio médico en la salud, a pedirles concepto del proyecto para que exista el debido respeto a la divergencia de opiniones.

Por supuesto también para el doctor, nos ha dicho aquí los amigos que nos han ayudado en la parte fundamental del proyecto que esa preocupación ellos también la tenían y ha sido incluido en el articulado del proyecto, esa petición que ha hecho el señor Cirujano Plástico, el doctor que a bien pudo intervenir, el doctor Germán Rojas. De verdad que muy complacido con la asistencia y por supuesto, esperamos que muy prontamente este proyecto de ley, el cual tienen Ponencia positiva, sea ley de la República. Muchísimas gracias, mi Dios me los bendiga.

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., a los dieciséis (16) días del mes de marzo del año dos mil dieciséis (2016). Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del Foro de Ética Médica (Proyecto de ley número 24 de 2015), de fecha diez (10) de marzo de dos mil dieciséis (2016), de la Legislatura 2015-2016.

Este Foro se realizó, previo a la discusión y aprobación en primer debate al siguiente proyecto de ley:

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

Iniciativa: Honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón.

Ponente para primer debate Senado: Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez.

Radicado en Senado: 29-07-2015.

Radicado en Comisión: 30-07-2015.

Ponencia para primer debate Senado: 28-09-2015.

Publicaciones - gacetas:

Texto original: *Gaceta del Congreso* número 540 de 2015.

Artículos: 103

Ponencia para primer debate Senado: *Gaceta del Congreso* número 755 de 2015.

Artículos: 103

Tiene consideraciones: Del Ministerio de Hacienda:

Fecha: 30-11-2015

Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 1054 de 2015.

Se manda a publicar: 15-12-2015.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

