



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 927

Bogotá, D. C., viernes, 13 de octubre de 2017

EDICIÓN DE 41 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

**INFORME DE PONENCIA PARA
SEGUNDO DEBATE EN LA CÁMARA DE
REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 302 DE 2017 CÁMARA,
101 DE 2016 SENADO**

*por la cual se brindan condiciones para mejorar
la calidad de vida del adulto mayor en Colombia.*

El presente informe está compuesto por cinco
(5) apartes, de la siguiente manera:

- I. Antecedentes.
- II. Objeto del proyecto de ley.
- III. Algunos datos complementarios al proyecto de ley.
- IV. Cuerpo normativo propuesto para primer debate.
- V. Proposición.

I. ANTECEDENTES

El Proyecto de ley número 302 de 2017 Cámara, 101 de 2016 Senado, iniciativa del Centro Democrático es de autoría principal de los honorables Senadores *Álvaro Uribe Vélez*, *María del Rosario Guerra*, *Honorio Henríquez Pinedo*, *Ernesto Macías Tovar* y *Fernando Araújo*, también acompaña la iniciativa el honorable Representante *Carlos Felipe Mejía*. Dicha iniciativa fue aprobada en el Senado de República el día 14 de junio de 2017, y publicada en la *Gaceta del Congreso* número 514 de 2017.

Posteriormente dicho proyecto fue remitido a la Cámara de Representantes y por competencia enviado a la Comisión Séptima Constitucional Permanente, para lo cual la Mesa Directiva designó como ponentes a los honorables Representantes *Wilson Córdoba Mena* (Coordinador), *Édgar Alfonso Gómez Román* y *Ana Cristina Paz Cardona*. El proyecto de ley fue aprobado en

primer debate en la Comisión Séptima de la Cámara el día 12 de septiembre del presente año.

II. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley busca que el valor de los auxilios o subsidios en dinero otorgados en beneficio del adulto mayor, estén por encima del indicador de línea de pobreza que informe oficialmente el Departamento de Planeación Nacional o a la entidad que haga sus veces.

El proyecto de ley contempla una gradualidad y progresividad de cuatro vigencias fiscales, para el logro de dicho propósito.

El proyecto de ley encuentra no solo pertinencia sino necesidad, debido a que es responsabilidad de los órganos legislativos y ejecutivo del Estado brindar mayor y mejor cobertura a los subsidios de población objeto de atención y protección social, y evitar que queden sometidas al vaivén de las oportunidades o coyunturas políticas de un gobierno.

Por tanto, se resalta que el valor de los subsidios o auxilios en dinero para el Gobierno nacional y el esfuerzo de los gobiernos territoriales en desarrollo de programas sociales se encuentra dentro de una Política de Estado de Atención Integral al Adulto Mayor (actualmente Colombia Mayor) creado a partir de la Ley 1246 de 2009 y debe ser una materialización de la justicia y equidad social en procura de generar condiciones de dignidad de la población en estado de vulnerabilidad, en este caso, la población considerada como adulto mayor.

La política de atención al Adulto Mayor debe fundamentarse en:

- a) Nivelar o actualizar la asignación en dinero a los beneficiarios del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (hoy Colom-

bia Mayor) y demás apoyos asistenciales, derivados o equivalentes y que guarden como mínimo, el parámetro objetivo del indicador, línea o umbral de pobreza;

- b) Aplicarse un parámetro objetivo sin orientación o consideración de oportunidad o conveniencia, que la asignación del subsidio al Adulto Mayor prevalezca como una política de Estado y una expresión del derecho a la seguridad social con independencia del modelo de Gobierno que se aplique;
- c) Coadyuvar de manera progresiva a la superación de las condiciones de pobreza del Adulto Mayor, pasando de una asignación de asistencia precaria, a un ingreso que al menos cubra condiciones básicas a una población inactiva o en condiciones de desigualdad para lograr ingresos mejores.

III. ALGUNOS DATOS COMPLEMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY

En 1993, la Ley 100 desde su artículo 257 previó la creación de un programa de atención a los ancianos, apoyándolos con un subsidio el cual fue fijado en el artículo 258 de la misma Ley en hasta el 50% del salario mínimo legal mensual vigente.

En 2003, se materializó de manera adecuada y con destinación específica dicho mandato legal, creando el Fondo de Solidaridad Pensional cuyo objetivo y razón de ser fue y sigue siendo la atención a personas en estado de indigencia o pobreza extrema, mediante la entrega de un subsidio económico directo en dinero a través del Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM), hoy llamado Colombia Mayor. La Ley 797 de 2003 en su artículo 2º modificó el literal i) del artículo 13 de la Ley 100 de 1993 que permitió este cometido.

En 2007, el Gobierno nacional expidió el Decreto número 3771, brindó herramientas de orden ejecutivo para la debida y eficaz administración del Fondo de Solidaridad Pensional.

En 2008, mediante el Decreto número 3550 de 2008 que modifica y actualiza aspectos de administración del Fondo de Solidaridad Pensional precisó en su inciso séptimo, artículo 1º, la base de límite indicado por la Ley 100 de 1993:

“La asignación de cupos, el valor del subsidio económico y los componentes que se financien serán definidos por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y de conformidad con las metas de cobertura señaladas por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes. En todo caso, el valor del subsidio no podrá superar el 50% del salario mínimo legal mensual vigente”.

En adelante, se resalta que la normatividad expedida como reglamento ha sido desarrollo de los

postulados legales referidos anteriormente, pero han permitido un deterioro del valor asignado por la Ley 100 de 1993. Las cifras así lo demuestran:

Mediante la creación del PPSAM, ahora Colombia Mayor, y del Programa Nacional de Alimentación Complementaria al Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta”, a 2010, se entregaron más de 573 mil subsidios económicos y más de 417 mil complementos alimentarios, respectivamente, para un total de 990.702 beneficiarios. La ampliación progresiva de este programa se ha mantenido, llegando en 2016 a una máxima cobertura de 1,66 millones de adultos mayores beneficiados (Gráfico 1), la cual representa 30% de la población mayor de 60 años y el 12% del total de la población por debajo de la línea de pobreza.

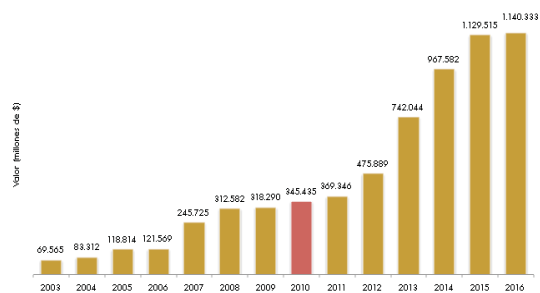
Gráfico 1. Cobertura del Programa Colombia Mayor



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio del Trabajo e ICBF.

Con el importante aumento en la cobertura los recursos apropiados para los subsidios se multiplicaron por cinco y en 2010 ascendieron a \$345,4 mil millones. Al 2016 estos sumaron \$1,1 billón (Gráfico 2). Sin embargo, cabe destacar que en la práctica el valor del subsidio económico ha sido mucho menor a la línea de indigencia a nivel nacional de \$114.692 en 2016 (Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares).

Gráfico 2. Recursos apropiados para subsidios del Programa Colombia Mayor

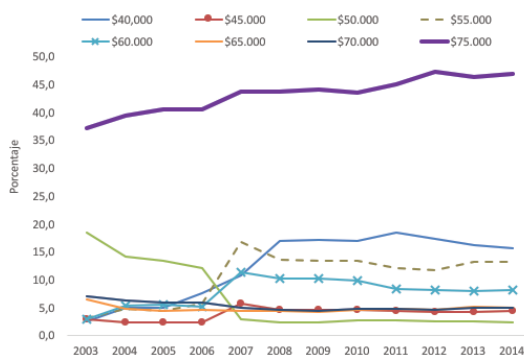


Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio del Trabajo.

Los subsidios económicos que se entregan en el Programa de Colombia Mayor varían entre los \$40.000 y los \$75.000 al mes. Según la información del Ministerio de Trabajo, entre el 2003 y el 2016, la mayoría de los beneficiarios, entre el 40% y el 50%, reciben un subsidio de \$75.000 (gráfico 3). En los últimos años, el segundo grupo más grande con cerca del 15% del total de beneficiarios

son aquellos que reciben \$40.000, seguidos de \$55.000 y \$60.000 con alrededor del 10% de los beneficiarios. Esto indica un faltante que oscila entre \$166.673 \$201.673 y, según sea el caso, para alcanzar el valor de la línea de pobreza que, según las últimas cifras disponibles del DANE, en 2016, se ubicó a nivel nacional en \$241.673 (\$266.043 en el área urbana y \$159.543 en la zona rural).

Gráfico 3. Participación de beneficiarios por valor del subsidio en el Programa Colombia Mayor



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio del Trabajo.

Según estudio del Ministerio del Trabajo (2014), el subsidio otorgado en Colombia es el de menor cuantía entre los países de América Latina con programas de este tipo, y la cobertura de las personas mayores, del 21%, es cercano al promedio de la región, si bien está muy por debajo de Chile (60%) y México (69%).

Tabla 1. Monto y cobertura del subsidio a los adultos mayores

País	Monto (USD \$)	Cobertura (%)
Colombia	35	21
Perú	45	20
El Salvador	50	8
México	75	69
Chile	156	60
Uruguay	299	7

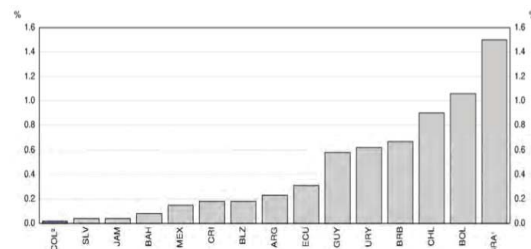
De acuerdo con lo descrito anteriormente, el subsidio económico promedio es aproximadamente una décima parte del salario mínimo legal mensual vigente, lo cual se sitúa, en términos relativos, por debajo del subsidio económico promedio de la mayoría de países de la OCDE, y bastante inferior a la línea de indigencia de Colombia (\$114.692 a nivel nacional en 2016).

Además, si bien el número de beneficiarios del Programa Colombia Mayor ha aumentado de manera significativa, dicho incremento se ha visto financiado en parte por una reducción del 50% de la prestación promedio, teniendo en cuenta que los recursos no fueron incrementados en similar magnitud.

Adicionalmente, es importante señalar que los analistas han recomendado aumentar del 0,02% del PIB que actualmente se destina de gasto

público a la protección social de la tercera edad a niveles cercanos con los estándares de América Latina, es decir, al 0,4% del PIB. Países como Brasil, Bolivia y Chile tienen gastos del 1,5%, 1,1% y 0,9% del PIB, respectivamente (gráfico 4).

Gráfico 4. Gasto público destinado a la protección social de la tercera edad (% del PIB, 2013)



1. En el caso de Brasil, el gasto hace referencia únicamente a los programas de protección social de la tercera edad del sector rural.
2. En el caso de Colombia, los datos hacen referencia al programa Colombia Mayor.

Fuente: OECD (2015).

IV. CUERPO NORMATIVO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 101 DE 2016 SENADO, 302 DE 2017 CÁMARA

por la cual se brindan condiciones para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Colombia.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Del objeto. La presente ley establece que el valor de los auxilios o subsidios en dinero dirigidos y otorgados en beneficio del adulto mayor de que tratan los servicios sociales complementarios del Sistema de Seguridad Social o del Sistema de Protección Social en Colombia en vigencia de la presente ley o que llegaren a crearse deben estar por encima del indicador de línea de pobreza que informe oficialmente el Departamento de Planeación Nacional o a la entidad que haga sus veces.

Artículo 2°. Aplicabilidad, vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y derogan disposiciones legales o reglamentarias que le sean contrarias. Su aplicación comenzará a regir progresiva y gradualmente durante las siguientes cuatro vigencias fiscales.

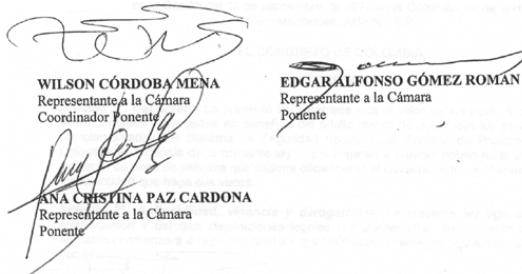
[Signature]
WILSON CORDOBA MENA
 Representante a la Cámara
 Coordinador Ponente

[Signature]
EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN
 Representante a la Cámara
 Ponente

[Signature]
ANA CRISTINA PAZ CARDONA
 Representante a la Cámara
 Ponente

V. PROPOSICIÓN

Solicitamos a los honorables Representantes a la Cámara aprobar en Segundo y último debate el **Proyecto de ley número 101 de 2016 Senado, 302 de 2017 Cámara, por la cual se brindan condiciones para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Colombia** conforme a las consideraciones anteriormente expuestas, y de acuerdo con el texto propuesto.



WILSON CÓRDOBA MENÁ
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente

EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN
Representante a la Cámara
Ponente

ANA CRISTINA PAZ CARDONA
Representante a la Cámara
Ponente

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 101 DE 2016 SENADO, 302 DE 2017 CÁMARA

por la cual se brindan condiciones para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Colombia.

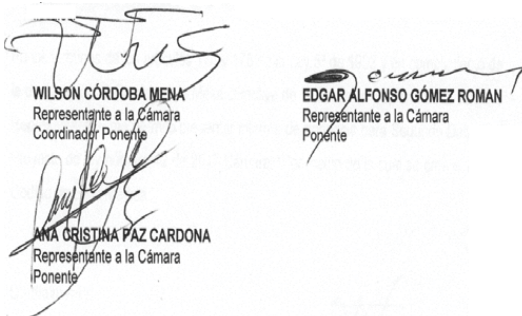
(Aprobado en la sesión del 12 de septiembre de 2017 en la Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes, Acta número 09).

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Del objeto. La presente ley establece que el valor de los auxilios o subsidios en dinero dirigidos y otorgados en beneficio del adulto mayor de que tratan los servicios sociales complementarios del Sistema de Seguridad Social o del Sistema de Protección Social en Colombia en vigencia de la presente ley o que llegaren a crearse deben estar por encima del indicador de línea de pobreza que informe oficialmente el Departamento de Planeación Nacional o a la entidad que haga sus veces.

Artículo 2º. Aplicabilidad, vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y derogan disposiciones legales o reglamentarias que le sean contrarias. Su aplicación comenzará a regir progresiva y gradualmente durante las siguientes cuatro vigencias fiscales.



WILSON CÓRDOBA MENÁ
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente

EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN
Representante a la Cámara
Ponente

ANA CRISTINA PAZ CARDONA
Representante a la Cámara
Ponente

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 042 DE 2017 CÁMARA

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

Bogotá, D. C., 9 de octubre de 2017

Honorable Representante

ESPERANZA PINZÓN DE JIMÉNEZ

Vicepresidente de la Comisión Séptima

Cámara de Representantes

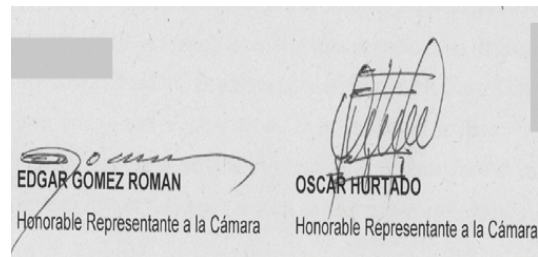
E. S. D.

Asunto: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 042 de 2017 Cámara, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.

Apreciado señor Presidente:

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992 y en cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, me permito presentar informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 042 de 2017 Cámara, *por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica.*

Cordialmente,



EDGAR GÓMEZ ROMÁN
Honorable Representante a la Cámara

OSCAR HURTADO
Honorable Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTE LEGISLATIVO

Como antecedente legislativo, es importante recordar que el honorable Senador Juan Manuel Galán, durante la Legislatura 2015-2017, radicó ante la Secretaría General del Senado de la República, el Proyecto de ley número 24 de 2015. En esa oportunidad, la mesa directiva designó al Senador Antonio Correa como ponente para primer debate. El honorable Senador Correa rindió ponencia favorable (publicada en la *Gaceta del Congreso* número 755 del 2015) en la sesión de la Comisión Séptima de Senado del 25 de mayo de 2016, se aceptaron las modificaciones propuestas por el Senador Álvaro Uribe y se aprobó por unanimidad (publicada en la *Gaceta del Congreso* números 448 de 2016 y 462 de 2016). En esa misma sesión, el Senador Correa fue designado ponente para segundo debate, rindió ponencia positiva y en la sesión de la Plenaria del Senado del 14 de diciembre de 2016 se debatió y aprobó por unanimidad el proyecto de ley (publicado en la *Gaceta del Congreso* números 1186 de 2016 y 305 de 2017).

El 27 de diciembre de 2016, el proyecto llegó a la Secretaría General de Cámara en donde le asignan el número 2016 de 2016 y nombran como ponente al honorable Representante Edgar Gómez Román quien rinde ponencia positiva (publicada el 1° de junio de 2017). En la sesión de la Comisión Séptima de Cámara de Representantes del 30 de mayo de 2017, se debatió y aprobó el proyecto sin modificaciones (publicada en la *Gaceta del Congreso* número 420 de 2017). En la misma sesión se designó al honorable Representante Gómez Román como ponente para el último debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes que se dio el 16 de junio de 2017, en donde, como en las anteriores sesiones, fue votado y aprobado sin modificaciones y por unanimidad. Desafortunadamente el proyecto fue archivado por tránsito de legislatura, el pasado 20 de junio.

Si bien el proyecto de ley radicado en el año 2015 no formará parte del sistema jurídico colombiano, debe destacarse que los debates en el Congreso permitieron llegar a importantes reflexiones sobre el ejercicio de la autonomía médica en el marco actual de la prestación sistémica e institucionalizada de la salud en Colombia, evidenciándose la necesidad de fortalecer la protección de la autonomía profesional cada vez más reducida, en razón al marco en que se ejerce la profesión. También se destaca que el proyecto de ley archivado fue mejorado gracias a importantes observaciones hechas por varios actores del gremio médico, que derivaron en modificaciones pertinentes para ajustar el proyecto al actual sistema de salud y a la manera en que se ejerce la profesión de la medicina.

II. INTRODUCCIÓN

El proyecto en estudio por medio del cual se crea el nuevo Código de Ética Médica, cuenta con el apoyo de diversas agremiaciones, entre ellas, la Academia Nacional de Medicina y el Colegio Médico Colombiano.

A través de los debates, el proyecto se ha fortalecido con los aportes de congresistas y principalmente de varios actores del gremio médico, que han presentado sus observaciones en las diferentes etapas hasta hoy surtidas del trámite legislativo.

Se resalta del proyecto los siguientes aspectos:

- Se respetan las decisiones del paciente, se respeta la autonomía del paciente, pues se cambia la visión de la ética médica.
- Responde a la necesidad de actualizar las reglas aplicables al ejercicio de la profesión pues luego de la expedición del actual Código de Ética Médica se han expedido diversas normas que han cambiado la forma de prestar el servicio de salud. Entre estas normas se encuentran: la Ley 100 de 1993, la Ley 1581 de 2012 Estatutaria de

la Salud, la Ley sobre Cuidados Paliativos, el Decreto número 780 de 2016, Único Reglamento del Sector Salud, la Resolución número 429 de 2016 Política de Atención Integral en Salud, por una parte.

- Existe plena concordancia entre la Ley Estatutaria de Salud y este nuevo Código de Ética Médica.
- Al pasar de los años y la vigencia de las normas que en salud se han dictado se ha modificado la relación médico-paciente, por esa razón es necesaria la actualización de las reglas aplicables a la práctica médica, particularmente respecto del ejercicio de la autonomía médica, la información que se debe entregar en el acto médico a los pacientes, a fin de armonizar el marco jurídico con el contexto actual en el que se desenvuelve la comunidad médica.
- Reafirma que la medicina es una de las profesiones en Colombia con más enfoque ético.
- Busca que los médicos cumplan con requisitos de ética y estándares aceptados por la comunidad científica para beneficio de las personas y de la colectividad.
- Tiene en cuenta aspectos de las personas y las comunidades enfocado en programas de promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y, cuidado paliativo de las enfermedades, y la asistencia al final de la vida.
- Reafirma que los profesionales de la medicina deben contar con el tiempo necesario para la atención del paciente.
- Incluye la excepción a prestar servicios médicos cuando se ponga en riesgo la vida o integridad del médico.
- Incluye la necesidad de uso adecuado de los recursos de la salud por parte de los médicos.
- Busca que la relación paciente-médico-Estado sea más fluida.
- El paciente se convierte en un sujeto activo, con derechos legales, en la actualidad su rol es pasivo.
- El médico, a su vez, continúa teniendo un papel de protección al paciente.
- Se da aplicación al derecho fundamental de la salud.
- Busca regular el actuar médico pues han cambiado las costumbres médicas bajo la Ley 100.
- Las relaciones laborales de los médicos han sufrido fuertes cambios, cuando atendían a sus pacientes en consultorios privados a

hoy cuando la mayoría de los profesionales de la salud están vinculados a empresas prestadoras de salud.

- En la parte procedimental, se busca establecer un procedimiento más claro y expedito.

Adicionalmente, para comprender la importancia que hoy se le da a la injerencia de la ética en la actividad médica, es necesario estudiar los inicios de la medicina. Según la historia quienes por primera vez ejercieron la medicina fueron los sacerdotes, que sumaban a la actividad “médica” la religiosa, el empirismo y la magia como lo relata Sánchez F. en su artículo “Ética médica y Bioética”¹

Posteriormente, se creyó que la ciencia debía separarse de los postulados religiosos, pues algunos de sus principios limitarían la labor científica e investigativa, impidiendo avanzar en el conocimiento científico². En este escenario se adelantaron grandes investigaciones, que llevadas de manera correcta aportan a la humanidad crecimiento en el conocimiento científico. Bajo esta oleada de avances científicos, también se conocieron se dieron inicio a catástrofes provocadas por el mismo ser humano como lo trae a colación Sánchez F, “*la tremenda explosión atómica de Hiroshima y Nagasaki, que acertó la duración de la Segunda Guerra Mundial a expensas de una horrible hecatombe, dio pábulo para cuestionar éticamente a la ciencia, que hasta entonces se había considerado neutra en ese aspecto*”.

Así, se pudo comprobar que la mayoría de las catástrofes de la humanidad se dieron por la ausencia de ética o valores humanos en las decisiones para avanzar científicamente. Vale la pena retomar a Sánchez F, “*la tremenda explosión atómica de Hiroshima y Nagasaki, que acertó la duración de la Segunda Guerra Mundial a expensas de una horrible hecatombe, dio pábulo para cuestionar éticamente a la ciencia, que hasta entonces se había considerado neutra en ese aspecto*”. Y recuerda que las conquistas científicas traen muchos beneficios a la humanidad, pero mal manejadas podrían generar la destrucción de la misma.

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

con los órganos de control, al proceso disciplinario y las sanciones legales.

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

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

III. GENERALIDADES DEL PROYECTO

Este proyecto cuenta con 102 artículos incluida la vigencia. Están divididos en 2 libros, el primero con los principios y temas sustanciales e inherentes a la práctica profesional y el libro segundo con disposiciones procedimentales, en donde se establecen los órganos de control, el régimen disciplinario y las sanciones.

Como lo dice el ponente el fin de este proyecto es el fin de acoplar tres realidades a la práctica médica. “La primera es la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, que dio un giro trascendental en los roles del paciente y el médico y además introdujo las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud como parte fundamental del Sistema General de Seguridad Social (SGSS). La segunda, la expedición de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que elevó a derecho fundamental el derecho a la salud. Y por último, el advenimiento de la bioética que se refiere a una nueva ética, de gran influjo en el campo de las ciencias biológicas y, en particular, en el quehacer médico”.

IV. TRÁMITE LEGISLATIVO

A este proyecto le correspondió el número 42 de 2017 en la Cámara de Representantes y fue aprobado en la Comisión Séptima de Cámara el 26 de septiembre de 2017 y por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, fueron designados como ponentes para el segundo debate por la Mesa Directiva de la célula legislativa, los honorables Representantes Óscar Hurtado y Édgar Gómez Román.

Dentro de la discusión del proyecto, se resaltó la importancia de actualizar la ética médica a la realidad actual, la importancia de la autonomía de los pacientes, de los médicos y el derecho

¹ Sánchez. F Encolombia. Ética médica y Bioética. <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/letica-medica/etica-medica-capitulo-ii/>

² Sánchez. F Encolombia. Ética médica y Bioética. <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/letica-medica/etica-medica-capitulo-ii/>

fundamental a la salud, reconocido en la Ley Estatutaria.

En la misma sesión, fueron discutidas y aprobadas 3 proposiciones del honorable Representante Rafael Eduardo Paláu en los siguientes artículos:

- **Artículo 15. *Del empleo de servicios y tecnologías de la salud.*** El médico usará los medios y tecnologías a su disposición o alcance, de acuerdo a las necesidades del paciente para superar la enfermedad, el dolor o el sufrimiento, respetando la autonomía del paciente.

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

Parágrafo 2°. Cuando exista una condición clínico-patológica irreversible, sufrimiento o dolor intenso sin pronóstico clínico razonable de recuperación, el médico no realizará actos innecesarios para prolongar la vida o el sufrimiento; sin embargo, se deben ofrecer y garantizar los cuidados paliativos y la asistencia a la muerte digna, respetando la autonomía del paciente.

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

- **Artículo 39. *Temas especiales.*** El médico se atendrá a las disposiciones legales vigentes en el país y podrá tener en cuenta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, siempre y cuando estas no contraríen la norma a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:
 - a) Trasplante de componentes anatómicos, órganos y tejidos;
 - b) Creación y funcionamiento de bancos de componentes anatómicos, órganos y tejidos, sangre total y hemoderivados; bancos de unidades de medicina reproductiva; bancos de células madre; biobancos con fines de investigación;
 - c) Diagnóstico de muerte y práctica de necropsias;
 - d) Técnicas de reproducción humana asistida;
 - e) Planificación familiar;
 - f) Esterilización humana;
 - g) Cambio de sexo;

- h) Interrupción del embarazo;
- i) Eutanasia y otros dilemas del final de la vida;
- j) Medicina genómica;
- k) Los demás temas de que se ocupen las disposiciones legales vigentes sobre la materia o las recomendaciones de la Asamblea de la Asociación Médica Mundial.

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

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

- **Artículo 40. *Enseñanza de la medicina.*** Es inherente al médico transmitir los conocimientos y las experiencias adquiridos, respetando siempre los estatutos de las instituciones educativas. Tal actividad puede hacerse desde la cátedra, la prestación de servicios de salud, o los medios masivos de divulgación, a condición de que esté ceñida al conocimiento científico y no se preste a errores de interpretación de parte de quienes reciben el mensaje. Siendo así, no deberán absolverse consultas individuales de carácter médico a través de la radio, la prensa escrita, la televisión, internet o cualquier otro medio de comunicación. Está permitida la participación en programas formales de telemedicina o e-salud.

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

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

Parágrafo 3°. En las instituciones que desarrollan actividades de docencia-servicio, de las faltas que cometa en el curso de sus prácticas un estudiante de medicina de pregrado o de posgrado, responderá el médico docente cuando

se compruebe que no existió una adecuada supervisión, sin perjuicio de las sanciones académicas u otras a que se haga merecedor el médico en formación.

De otra parte, el honorable Representante Óscar Hurtado dejó las siguientes constancias:

- **Artículo 7°. *Cómo debe adelantarse el acto médico.*** El acto médico debe adelantarse por profesionales idóneos, conscientes, diligentes, humanitarios y con autonomía y que cuenten con los medios y condiciones, incluyendo el tiempo, que sean necesarios para el buen desempeño de sus funciones, los cuales deben ser suministrados y facilitados por el prestador respectivo cuando se trate de atención institucional.

Parágrafo 1°. En el acto médico asistencial, los profesionales de la medicina deberán contar con el tiempo y los recursos suficientes para conocer el estado de salud del paciente, evaluarlo, hacer diagnósticos, si es pertinente; solicitar ayudas diagnósticas y terapéuticas, conceptos o consultas que a criterio médico considere necesarios y hacer un plan de manejo que incluye las prescripciones y recomendaciones del caso. Igual forma de proceder ocurrirá en la relación médico-comunidad.

En el acto médico asistencial que se realice en el marco de la atención institucional, los prestadores correspondientes deberán facilitar tanto el tiempo suficiente como los recursos correspondientes.

Parágrafo 2°. Para no comprometer la seguridad del paciente, las instituciones deben evitar la atención simultánea de varios pacientes por parte de un solo médico, salvo casos relacionados con atención comunitaria o situaciones justificadas de fuerza mayor o cuando las nuevas tecnologías y modelos de atención lo permitan.

Parágrafo 3°. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Parágrafo 4°. El médico puede apartarse de las guías establecidas, cuando las necesidades del paciente o comunidad lo ameriten, exponiendo las razones o evidencias científicas para hacerlo. Es contrario a la ética que en su ejercicio primen intereses de carácter económico o de otra índole, que lo favorezcan o que deriven en beneficio de terceros.

- **Artículo 11. *Motivos para no prestar los servicios médicos.*** Cuando no se trate de casos de urgencia o emergencia, el médico podrá excusarse de prestar sus servicios o interrumpirlos, en razón de los siguientes motivos:
 - a) Por enfermedad incapacitante del médico: el médico no prestará sus servicios si se encontrare en situación de enajenación

mental transitoria o permanente, toxicomanía, enfermedad o limitación funcional que comprometa la salud de su paciente o de la comunidad;

- b) Cuando en virtud de su juicio clínico y en ejercicio de su autonomía médica, considere que el caso no corresponde a su experiencia, conocimiento o especialidad excepto en casos de urgencia;
- c) Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin previo consentimiento;
- d) Cuando el paciente rehúse cumplir las indicaciones prescritas, o cuando el paciente o sus allegados agredan por cualquier medio al profesional;
- e) Durante el ejercicio institucional, con ocasión del fin de la jornada laboral o turnos correspondientes, legítimo descanso, de licencias legalmente concedidas, de vacaciones o por cesación de su compromiso con la institución, casos en los cuales la atención médica debe ser garantizada por la institución;
- f) Cuando se le solicite una actuación reñida con las normas vigentes;
- g) Cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión, o se afecte la autonomía médica;
- h) Cuando no tenga compromiso con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente salvo en casos de emergencia;
- i) Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente;
- j) Cuando manifieste objeción de conciencia menos en los casos que se encuentre en riesgo la vida del paciente.

Parágrafo. La contagiosidad, cronicidad o incurabilidad de la enfermedad, del dolor o sufrimiento intratables del paciente, no constituyen motivo para que el médico no le brinde asistencia médica, excepto en casos en que se exponga la vida o integridad del profesional.

- **Artículo 27. *De la prescripción médica.*** Las prescripciones médicas, que son el resultado de una valoración facultativa, se harán por escrito y de manera legible. De conformidad con las normas vigentes sobre la materia ~~deben incluir: identificación plena (nombre completo del paciente, documento y número de identificación), inscripción (denominación común internacional, o nombre genérico del producto medicamentoso), suscripción (modo de preparar dicha sustancia cuando sea pertinente), instrucción o forma de administrar el medicamento (forma farmacéutica, con-~~

centración, vía de administración, número de dosis/día, número de días/tratamiento) y responsabilidad (lugar y fecha de expedición, nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional).

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

- **Artículo 28. Del certificado médico.** El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, o el fallecimiento de una persona. Su expedición se supedita a los requisitos legales vigentes.

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

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

Parágrafo 3º. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, será sancionado disciplinariamente el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

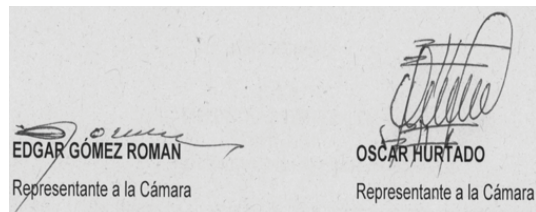
- **Artículo 50. Requisitos para ser magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica.** Para ser magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica, se requiere:
 - a) Ser ciudadano colombiano;
 - b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a quince (15) años.
 - c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión mediante la acreditación de experiencia bien sea a través de la docencia universitaria en facultades de medicina legalmente reconocidas por el Estado, participación en investigaciones o a través de publicaciones científicas relacionadas con la profesión;
 - d) No tener ni haber sido condenado por la justicia penal o sancionado por autoridad disciplinaria, fiscal o administrativa por conductas atentatorias contra la ética, el patrimonio público o el ejercicio de cargos o funciones públicas o privadas.
- **Artículo 56. Requisitos para ser magistrado del Tribunal Seccional de Ética Médica.** Para ser magistrado del Tribunal Seccional, se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano;
- b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a diez (10) años;
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión mediante la acreditación de experiencia bien sea a través de la docencia universitaria en facultades de medicina legalmente reconocidas por el Estado, participación en investigaciones o a través de publicaciones científicas relacionadas con la profesión;
- d) No tener ni haber sido condenado por la justicia penal o sancionado por autoridad disciplinaria, fiscal o administrativa por conductas atentatorias contra la ética, el patrimonio público o el ejercicio de cargos o funciones públicas o privadas.

V. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las consideraciones y argumentos expuestos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, solicito dar segundo debate, en la Plenaria de la Cámara de Representantes, al Proyecto de ley número 042 de 2017 Cámara, *por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica*, conforme al texto definitivo aprobado en primer debate en la Comisión Séptima de Cámara.

Cordialmente,



EDGAR GÓMEZ ROMAN
Representante a la Cámara

OSCAR HURTADO
Representante a la Cámara

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 042 DE 2017 CÁMARA

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

(Aprobado en la Sesión del 26 de septiembre de 2017 en la Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes, Acta número 12)

El Congreso de Colombia

DECRETA:

LIBRO PRIMERO

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

Del objeto y campo de aplicación

Artículo 1º. Del objeto. La presente ley regula la práctica profesional médica bajo un enfoque ético, con el fin de que el ejercicio médico en Colombia cumpla requisitos de ética y estándares

aceptados por la comunidad científica para beneficio de las personas y de la colectividad en el marco de esta ley; define la autoridad competente, los procedimientos e instancias, las faltas y las sanciones correspondientes y establece otras disposiciones.

Artículo 2°. Campo de aplicación. La presente ley se aplica a los profesionales de la Medicina que ejercen legalmente en Colombia.

CAPÍTULO II

Declaración de principios

Artículo 3°. De los principios. La medicina es una profesión que tiene como fin la atención de las personas y de las comunidades a través de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo de las enfermedades, y la asistencia al final de la vida. El ejercicio de la profesión médica y la relación médico-paciente o médico-comunidades, estarán fundados en el respeto a la dignidad humana, a los deberes y derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia, en las normas legales vigentes, en el deber de autorregulación y el derecho a la autonomía profesional. Para lograr lo anterior, el ejercicio médico se regirá, entre otros, por los siguientes principios:

- a) **Principio de beneficencia:** El deber primordial de la profesión médica es buscar el mantenimiento o recuperación de la salud o el alivio del sufrimiento del paciente, respetando su autonomía. Exige profesionalismo, que implica entre otras, buenas prácticas ajustadas a la evidencia científica o a la *Lex artis*. *Lex artis* es el conjunto de reglas implícitas derivadas del conocimiento y la experiencia acumulada de la práctica médica, que son aplicables a casos similares teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar;
- b) **Principio de no maleficencia:** Es obligación del médico no causar daño innecesario durante el acto médico. Toda tecnología médica aplicada podría tener efectos secundarios o secuelas, que no pueden ser consideradas daño innecesario. Este principio implica un compromiso con la excelencia ética, técnico-científica y con la educación permanente dentro de normas de prudencia, diligencia, pericia y seguimiento de reglamentos aceptados;
- c) **Principio de no discriminación:** el médico debe atender a todos sus pacientes con igual solicitud y respeto, sin distingo de ningún tipo;
- d) **Principio de humanismo y humanitarismo:** humanismo implica que la razón de ser de los profesionales médicos es la aten-

ción a la salud del ser humano en el marco de su dignidad.

Humanitarismo implica el sentimiento de solidaridad y compasión básicas al que hacer médico;

- e) **Principio de integralidad:** el ser humano es una unidad ecobiopsicosocial sometida a influencias externas. En consecuencia, médicamente el paciente debe ser estudiado y tratado en relación con su entorno, en lo que sea pertinente para el acto médico;
- f) **Principio de supervivencia:** La supervivencia y la salud de la especie humana dependen, entre otras, de la conservación del hábitat. Por lo tanto, la misión de la medicina y su cultor médico incluye propender por el mejoramiento continuo de los determinantes de la salud, en la medida de sus posibilidades;
- g) **Principio de autonomía del paciente:** el médico tiene la obligación de respetar el derecho que asiste a todo paciente de tomar decisiones libres con respecto a su salud y su vida, previa información adecuada en los términos de esta ley, mientras sea mentalmente competente.

En el caso de los pacientes incapaces, legal o mentalmente, como es el caso de menores de edad o interdictos, entre otros, deberá respetarse su autonomía a través de sus responsables o representantes legales;

- h) **Principio de autonomía médica:** Se garantiza la autonomía de los médicos para adoptar decisiones ajustadas a los fines de la medicina señalados en este artículo. Esta autonomía será ejercida según la Constitución Política y la ley, en el marco de códigos de autorregulación, de principios éticos, la racionalidad, la *Lex artis* y la evidencia científica.

La autonomía médica también se expresa en la adopción institucional de guías y protocolos de atención, que cuenten con la consulta previa certificada y aceptación de los equipos médicos. La aplicación de las guías implica hacer un juicio ponderado de su pertinencia al caso examinado, de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Se prohíbe cualquier actuación o constrictamiento que limite la autonomía médica.

La distribución de los recursos destinados a la salud deberá hacerse con criterio equitativo y racional, garantizando el derecho a la salud, por parte del Sistema de Salud y del Estado. El médico, como parte del sistema, deberá hacer un uso racional de los mismos, para lo cual tendrá en cuenta criterios como la necesidad del

paciente y de la población, los cuales deben ser reglamentados;

- i) **Principio de justicia distributiva y de consideración:** La distribución de los recursos destinados a la salud deberá hacerse con criterio equitativo y racional, su uso será inteligente y considerado, pensando en el mejor interés del paciente y la comunidad, en la medida que los recursos son bienes finitos y de beneficio social; los responsables de la asignación y distribución de los recursos deberán tener en cuenta este principio;
- j) **Principio de justicia retributiva y de no lucratividad indebida:** se entiende que la actividad médica, por ser intrínsecamente valiosa, da derecho a una remuneración justa, adecuada y conforme con su perfil profesional, bajo cualquier modalidad de contratación que se ajuste a la ley en términos de trabajo digno;
- k) **Principio de reivindicación:** emprender acciones reivindicatorias en el ámbito laboral de la medicina es un derecho, siempre que no atenten contra la vida y el bienestar de los pacientes;
- l) **Principio de ejemplaridad:** quien ejerce la medicina es referente de la sociedad. Por lo mismo, está obligado a comportarse ceñido a los principios éticos de la profesión;
- m) **Principio del mal menor:** se deberá elegir el menor mal, evitando transgredir el derecho a la integridad, cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

CAPÍTULO III

De la promesa

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

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

- a) Ejercer de manera humanitaria, propiciando siempre el bienestar de la persona y la comunidad, sin discriminación de ningún tipo;
- b) Proteger la vida de mi paciente como un bien fundamental, base de los demás bienes, valores y derechos, y respetar su autonomía;
- c) Cuidar solícitamente su salud. Preservarlo del daño innecesario;
- d) Respetar su autonomía en tanto haga uso de ella con entera competencia mental. Cuando carezca de esta, respetar así mismo la

decisión de aquellos en quienes legalmente recaiga la delegación de la suya;

- e) Suministrar de manera oportuna, veraz y clara, la información pertinente que le permita tomar una determinación autónoma y así poder actuar una vez obtenido el debido consentimiento;
- f) Guardar en secreto todo aquello que haya conocido en el marco de la relación médico-paciente, salvo en los casos exceptuados por la ley o cuando vaya en contra del bienestar del otro;
- g) Contribuir con el uso adecuado de los recursos a los que tenga acceso, brindando la atención necesaria, basado en un criterio de eficiencia;
- h) Actuar siempre de acuerdo con mis capacidades y conocimientos;
- i) Mantener actualizados mis conocimientos en las cuestiones propias de mi profesión;
- j) Propender porque lo que se me retribuya por ejercer mi profesión sea justo. Desdenaré el lucro indebido y rechazaré los incentivos económicos o de cualquier otro tipo orientados a determinar la prescripción de exámenes o tratamientos innecesarios o no pertinentes.

TÍTULO II

PRÁCTICA PROFESIONAL.

CAPÍTULO I

Del acto médico y de la relación médico-personas-comunidades

Artículo 5°. Del acto médico. Acto médico es el obrar del profesional de la medicina como parte del proceso de atención en salud a las personas y comunidades, en el marco de la relación médico-paciente-comunidad, prestando servicios con intención de proporcionarles beneficios, de acuerdo con los fines de la medicina de acuerdo a esta ley.

Artículo 6°. Campos de acción del acto médico. El acto médico, como parte de la atención médica, comprende actividades asistenciales, no asistenciales y administrativas, que tengan relación directa con la salud de las personas y las comunidades, atendiendo a los fines de la medicina según lo dispuesto en esta ley.

Artículo 7°. Cómo debe adelantarse el acto médico. El acto médico debe adelantarse por profesionales idóneos, conscientes, diligentes, humanitarios y con autonomía y que cuenten con los medios y condiciones, incluyendo el tiempo, que sean necesarios para el buen desempeño de sus funciones, los cuales deben ser suministrados y facilitados por el prestador respectivo cuando se trate de atención institucional.

Parágrafo 1°. En el acto médico asistencial, los profesionales de la medicina deberán contar

con el tiempo y los recursos suficientes para conocer el estado de salud del paciente, evaluarlo, hacer diagnósticos, si es pertinente; solicitar ayudas diagnósticas y terapéuticas, conceptos o consultas que a criterio médico considere necesarios y hacer un plan de manejo que incluye las prescripciones y recomendaciones del caso. Igual forma de proceder ocurrirá en la relación médico-comunidad.

En el acto médico asistencial que se realice en el marco de la atención institucional, los prestadores correspondientes deberán facilitar tanto el tiempo suficiente como los recursos correspondientes.

Parágrafo 2°. Para no comprometer la seguridad del paciente, las instituciones deben evitar la atención simultánea de varios pacientes por parte de un solo médico, salvo casos relacionados con atención comunitaria o situaciones justificadas de fuerza mayor.

Parágrafo 3°. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Parágrafo 4°. El médico puede apartarse de las guías establecidas, cuando las necesidades del paciente o comunidad lo ameriten, exponiendo las razones o evidencias científicas para hacerlo. Es contrario a la ética que en su ejercicio primen intereses de carácter económico o de otra índole, que lo favorezcan o que deriven en beneficio de terceros.

Artículo 8°. De la relación médico-paciente. Se entiende como tal el encuentro vincular entre dos personas: una que requiere atención en salud (el paciente) y otra dispuesta a proporcionarla en forma de alivio, curación, rehabilitación, cuidado paliativo o prevención (el médico).

Parágrafo 1°. Siendo la relación médico-paciente de carácter estrictamente profesional, el médico no debe traspasar sus límites, debe respetar la autonomía de las personas, incluida la libertad, formación y orientación sexual, la intimidad y cualquier diferencia cultural, religiosa, étnica o política preservando así la dignidad del paciente.

Parágrafo 2°. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Artículo 9°. Establecimiento de la relación médico-paciente. La relación en el acto médico se establece en los siguientes casos:

- a) Por decisión voluntaria y espontánea de cada una de las partes;
- b) Por solicitud de terceras personas, cuando el paciente esté en incapacidad de consentir;
- c) Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia;
- d) Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública;

- e) Por orden de autoridad competente para producir y obtener exclusivamente pruebas judiciales que impliquen valoraciones médicas.

Artículo 10. Fundamento de la relación médico-paciente. La adecuada relación en el acto médico se fundamenta en el concepto de médico tratante, en el respeto mutuo por las ideas, creencias y valores de los dos agentes y en un compromiso recíproco de derechos y deberes, responsable, leal y auténtico.

Parágrafo. Médico tratante es aquel facultativo que interviene en un momento determinado en el proceso de atención de un paciente y realiza una conducta, propia de su competencia, como parte de un plan de cuidado, el cual implica comunicación con él o su familia. En el marco de la atención institucional, el médico tratante es quien actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.

Artículo 11. Motivos para no prestar los servicios médicos. Cuando no se trate de casos de urgencia o emergencia, el médico podrá excusarse de prestar sus servicios o interrumpirlos, en razón de los siguientes motivos:

- a) Por enfermedad incapacitante del médico: el médico no prestará sus servicios si se encontrare en situación de enajenación mental transitoria o permanente, toxicomanía, enfermedad o limitación funcional que comprometa la salud de su paciente o de la comunidad;
- b) Cuando en virtud de su juicio clínico y en ejercicio de su autonomía médica, considere que el caso no corresponde a su experiencia, conocimiento o especialidad excepto en casos de urgencia;
- c) Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin previo consentimiento;
- d) Cuando el paciente rehúse cumplir las indicaciones prescritas, o cuando el paciente o sus allegados agredan por cualquier medio al profesional;
- e) Durante el ejercicio institucional, con ocasión del fin de la jornada laboral o turnos correspondientes, legítimo descanso, de licencias legalmente concedidas, de vacaciones o por cesación de su compromiso con la institución, casos en los cuales la atención médica debe ser garantizada por la institución;
- f) Cuando se le solicite una actuación reñida con las normas vigentes;
- g) Cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión, o se afecte la autonomía médica;

- h) Cuando no tenga compromiso con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente.
- i) Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente;
- j) Cuando manifieste objeción de conciencia.

Parágrafo. La contagiosidad, cronicidad o incurabilidad de la enfermedad, del dolor o sufrimiento intratables del paciente, no constituyen motivo para que el médico no le brinde asistencia médica, excepto en casos en que se exponga la vida o integridad del profesional.

Artículo 12. Objeción de conciencia. Se entiende por objeción de conciencia en el ejercicio de la medicina, cuando el médico exprese inequívocamente su rechazo a cumplir con un acto médico sobre la base de la objeción de conciencia, por existir discrepancia entre la práctica de dicho acto médico y una norma moral que considere que orienta su conducta y convicción personal. No obstante manifestarlo, no será necesario argumentarla, ni someterla a debate o controversia.

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

Artículo 13. Libertad del paciente. El médico respetará la libertad del paciente, o de quien lo represente, para prescindir de sus servicios o para solicitar segundas opiniones o información sobre las diferentes terapias existentes para su caso particular.

Artículo 14. De los servicios y tecnologías de uso médico. El médico en su ejercicio profesional empleará servicios y tecnologías aceptados por la racionalidad y la mejor información científica disponible teniendo en cuenta la Lex artis.

Parágrafo. Si en circunstancias excepcionalmente graves un medicamento o un procedimiento, aún en etapa de experimentación, se muestra como única posibilidad terapéutica, podrá utilizarse con la autorización plenamente informada del paciente o de sus familiares responsables, previa autorización de un comité de ética en investigación.

Artículo 15. Del empleo de servicios y tecnologías de la salud. El médico usará los medios y tecnologías a su disposición o alcance, de acuerdo a las necesidades del paciente para superar la enfermedad, el dolor o el sufrimiento, respetando la autonomía del paciente.

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

Parágrafo 2º. Cuando exista una condición clínico-patológica irreversible, sufrimiento o dolor intenso sin pronóstico clínico razonable de recuperación, el médico no realizará actos innecesarios para prolongar la vida o el sufrimiento; sin embargo, se deben ofrecer y

garantizar los cuidados paliativos y la asistencia a la muerte digna, respetando la autonomía del paciente.

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

Artículo 16. De los riesgos. Riesgo justificado en el acto médico: es la eventualidad que se presenten u ocurran situaciones propias o derivadas del diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, aun obrando conforme a la Lex artis o a la evidencia científica y teniendo en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar, en cuyos casos no habrá lugar a atribuir responsabilidad del médico. Los riesgos de mayor frecuencia y gravedad son los que se deben informar al paciente previo al acto médico, quien, en ejercicio de su autonomía, decidirá si lo acepta expresa o tácitamente y en consecuencia se expone al riesgo propio o derivado del acto médico. El médico no responderá por situaciones imprevisibles, de difícil previsión o inevitables de acuerdo las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se desarrolla su acto médico.

Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

En ningún caso podrá ser considerado el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, ni su responsabilidad podrá tener fundamento en el riesgo ni en el resultado.

Artículo 17. Del consentimiento informado. Para la práctica de un procedimiento médico, el profesional de la medicina previamente brindará la información clara, veraz, comprensible y oportuna al paciente o a quien lo represente a fin de tomar su consentimiento.

De este deber se exceptúan los casos en que el paciente no se encuentre consciente o se encuentre en incapacidad legal o mental para manifestar su voluntad, en cuyo caso podrá ser expresada legítimamente por los responsables del paciente.

Se entiende por información suficiente la explicación de la patología, el procedimiento, las alternativas de tratamiento y las posibles complicaciones más frecuentes.

Parágrafo 1º. En caso de consentimiento por representación, subrogado o indirecto, si no existe expresión de voluntad anticipada, para el efecto se tendrá en cuenta el siguiente orden:

1. Primer grado de afinidad.
2. En orden del menor a mayor grado de consanguinidad.

3. En ausencia de los anteriores, personas vinculadas a él por razones de hecho.

En caso de desacuerdo o conflicto entre aquellos a quienes corresponda la decisión, se deberá conformar una junta médica ad hoc por parte de las entidades responsables de su atención en salud.

Parágrafo 2º. El consentimiento informado es el marco general de autorización con que cuenta el médico, pero no se requiere su validación permanente para cada acto particular, salvo cuando cambie el riesgo del paciente o se trate de una intervención extraordinaria o diferente a la inicialmente explicada. El consentimiento informado podrá ser revocado por el paciente en cualquier momento del proceso de atención.

Artículo 18. Del secreto profesional. Salvo lo dispuesto por la ley, para preservar los derechos del paciente, el médico debe mantener en reserva todo lo que haya hecho, visto, oído o comprendido por razón del ejercicio de su profesión. Este deber de secreto profesional no cesa con la muerte del paciente. Las conclusiones de las juntas médicas o comités científicos relacionados con la atención o aquellos que deban realizarse por disposición legal o reglamentaria, también estarán sometidas a secreto profesional y serán reservadas. Serán protegidas las opiniones particulares de cada uno de los participantes.

Artículo 19. Revelación del secreto profesional. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional, definido en el artículo 18, se podrá hacer:

- a) A quien el paciente o su representante legal autorice de manera expresa;
- b) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas incapaces legal o mentalmente. En el caso de menores de edad se tendrán en cuenta el grado de madurez y el impacto del tratamiento sobre su autonomía actual y futura;
- c) A las autoridades judiciales, disciplinarias (Tribunales de Ética Médica), administrativas (incluidas las de higiene y salud), en los casos previstos por la ley; salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los informes sanitarios o epidemiológicos no se individualice al paciente;
- d) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables, o por enfermedades graves infectocontagiosas, hereditarias o genéticas, se ponga en peligro la vida o integridad de estos, su pareja, o de su descendencia, o a terceros;
- e) En situaciones extremas en las que se ponga en peligro la vida e integridad de personas.

Artículo 20. De los servicios profesionales a familiares. En principio, salvo circunstancias de urgencia o cuando en la localidad no existiere otro facultativo, el médico podrá prestar sus servicios profesionales a sus padres, hermanos, cónyuge e hijos.

Artículo 21. Diferencia entre el criterio médico y opinión del paciente. Sin perjuicio de la libertad y autodeterminación del paciente, en caso de que este o sus familiares, tutores, curadores o representantes legales, expresen alguna diferencia con el criterio médico respecto del tratamiento médico a aplicar, pueden las partes acudir a una junta médica ad hoc, que el prestador dispondrá en los casos de atención institucional. Cuando se trate de un dilema considerado como ético por alguna de las partes, será el comité de ética hospitalaria o de bioética quien orientará para ayudar a superar la diferencia.

Artículo 22. Remuneración y condiciones laborales de los servicios profesionales médicos. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico debe recibir una remuneración justa, bajo modalidades y condiciones de contratación o vinculación adecuadas a los criterios de trabajo digno y decente, para lo cual se tendrán en cuenta, entre otros, la categoría de los servicios prestados y la valoración del tiempo y los recursos invertidos, tanto por la persona, su familia y el Estado, en su capacitación y formación.

Si se trata del ejercicio particular de la medicina, los honorarios se fijarán previamente y de común acuerdo con el paciente o sus allegados responsables. En caso de urgencia o emergencia, la atención médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios.

Artículo 23. Asistencia honorífica. Haciendo honor a la tradición hipocrática, es potestativo del médico en su práctica privada asistir sin cobrar honorarios al colega, sus padres, su cónyuge y sus hijos dependientes económicamente de él, así como a las personas que a su juicio merezcan esa excepción.

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

Artículo 24. De la participación por remisión. Al médico le está prohibido solicitar, recibir o conceder participación económica por la remisión del paciente.

CAPÍTULO II

La historia clínica, prescripción médica y demás documentos

Artículo 25. Definición. La historia clínica es un documento privado, físico o electrónico, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente el estado de salud

del paciente, sus antecedentes y condiciones, el examen clínico, la impresión diagnóstica o el diagnóstico, el plan terapéutico y el proceso de atención, prescripciones, las acciones y procedimientos, los reportes de exámenes de laboratorio y de imagenología, las manifestaciones del paciente y sus allegados, cuando sean realizadas por estos y resulten relevantes para el acto médico, el o los consentimientos informados pertinentes, la evolución del paciente y demás procedimientos y valoraciones ejecutados por el equipo de salud que interviene en su proceso de atención; pertenece al paciente y se encuentra en custodia en el centro de atención sanitaria, acorde con la regulación legal de archivos y protección de datos vigente. Los conceptos emitidos por el médico tratante son propiedad intelectual suya al ser creación del intelecto y manifestación de su autonomía profesional.

Parágrafo 1º. Se consideran anexos de la historia clínica, y sometidos a las mismas normas, los registros de voz, fotográficos, filmicos, imágenes diagnósticas, reporte de muestra anatomopatológica y otro tipo de material de registro relacionado con el proceso de atención.

Parágrafo 2º. Respecto de la disponibilidad de la información para efectos de interés general, la historia clínica estará ceñida a la reglamentación definida por el Ministerio de Salud, respetando el derecho de intimidad del paciente y el secreto profesional del médico.

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

Artículo 26. Reserva de la historia clínica. La historia clínica está sometida a reserva y a la regulación vigente sobre protección de datos personales. Puede ser conocida por el médico tratante, el paciente o su representante legal o por aquel a quien estos autoricen y por el equipo de salud vinculado al caso en particular, incluyendo el personal en formación, para efectos asistenciales, docentes-académicos, judiciales o administrativos. También puede ser conocida por las personas o instituciones que señale la ley para garantizar la calidad de la atención y por las autoridades judiciales competentes.

Parágrafo. Cuando la custodia de la historia clínica corresponda a la institución, esta deberá facilitar el acceso al personal autorizado para conocer su contenido en los términos de este artículo.

Artículo 27. De la prescripción médica. Las prescripciones médicas, que son el resultado de una valoración facultativa, se harán por escrito y de manera legible. De conformidad con las

normas vigentes sobre la materia deben incluir: identificación plena (nombre completo del paciente, documento y número de identificación), inscripción (denominación común internacional, o nombre genérico del producto medicamentoso), suscripción (modo de preparar dicha sustancia cuando sea pertinente), instrucción o forma de administrar el medicamento (forma farmacéutica, concentración, vía de administración, número de dosis/día, número de días/tratamiento) y responsabilidad (lugar y fecha de expedición, nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional).

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

Artículo 28. Del certificado médico. El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, o el fallecimiento de una persona. Su expedición se **supedita a los requisitos legales vigentes.**

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

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

Parágrafo 3º. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, será sancionado disciplinariamente el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

CAPÍTULO III

Relaciones del médico con sus colegas

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

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

Artículo 30. De los beneficios y dádivas. Se prohíbe realizar maniobras u ofertas, por cualquier motivo, tendientes a inducir al contratante o al empleador a la terminación de la vinculación laboral de un colega, con el objeto de asumir su empleo. Los médicos tendrán la obligación de hacer valer ante las instituciones donde ejerzan sus funciones, el respeto por las condiciones dignas y justas del empleo. Por ello, queda expresamente prohibido el dumping laboral.

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

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

CAPÍTULO IV

Relación del médico con las instituciones

Artículo 32. Atención del paciente según los recursos disponibles. El médico podrá abstenerse de prestar sus servicios cuando encuentre ausencia o deficiencia de los recursos o medios indispensables para la adecuada atención, salvo situaciones de urgencia o emergencia. Prestará sus servicios de acuerdo a los medios disponibles.

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

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

Artículo 33. Honorarios adicionales. El médico que labore por contrato solo podrá percibir los honorarios pactados por atender los pacientes institucionales, salvo cuando por previo acuerdo con la institución se le permita recibir honorarios adicionales.

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

Artículo 34. Acciones reivindicatorias. Cuando los médicos emprendan acciones reivindicatorias colectivas, por razones laborales u otras, la institución deberá garantizar los servicios médicos que salvaguarden la salud de los pacientes y de la comunidad.

Artículo 35. Comités Institucionales de Ética. Toda institución prestadora de servicios de salud deberá contar con un Comité de Ética Hospitalaria que se registrará en su funcionamiento por las normas legales vigentes. Dichos comités no tendrán funciones ético-disciplinarias, es decir no podrán juzgar o sancionar a los médicos.

Artículo 36. De la prohibición de recibir prebendas o dádivas. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Ningún médico podrá recibir prebendas

o dádivas de casas comerciales o terceros para desarrollar actividades propias de su oficio.

El médico que incurra en esta clase de conductas se le aplicará las sanciones previstas en el presente Código sin perjuicio de las sanciones de orden penal y administrativo que prevé el orden jurídico colombiano en especial el parágrafo del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 y artículo 133 de la Ley 1474 de 2011.

Parágrafo. Cuando el médico se encuentre frente a una situación en la cual este en contraposición un interés general y su propio interés deberá así manifestarlo, absteniéndose de participar en las discusiones, la toma de decisiones y la ejecución de las mismas.

CAPÍTULO V

De las relaciones del médico con la sociedad y el Estado

Artículo 37. Requisitos para el ejercicio profesional. La condición de médico y la categoría de especialista solo se adquieren cuando se llenan los requisitos exigidos por las autoridades nacionales de educación y salud.

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

Artículo 38. Enseñanza de la ética. La enseñanza formal de la ética profesional y de la responsabilidad médico legal debe ser obligatoria en las facultades de medicina.

Artículo 39. Temas especiales. El médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y podrá tener en cuenta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, siempre y cuando estas no contraríen la norma, con relación a los siguientes temas:

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

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

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

CAPÍTULO VI

De la docencia y la investigación médicas

Artículo 40. Enseñanza de la medicina. Es inherente al médico transmitir los conocimientos y las experiencias adquiridos, respetando siempre los estatutos de las instituciones educativas. Tal actividad puede hacerse desde la cátedra, la prestación de servicios de salud, o los medios masivos de divulgación, a condición de que esté ceñida al conocimiento científico y no se preste a errores de interpretación de parte de quienes reciben el mensaje. Siendo así, no deberán absolverse consultas individuales de carácter médico a través de la radio, la prensa escrita, la televisión, internet o cualquier otro medio de comunicación. Está permitida la participación en programas formales de telemedicina o e-salud.

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

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

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

Artículo 41. Aspectos éticos de la investigación. El médico que realice investigación científica se sujetará a las normas vigentes sobre la materia, al igual que a los principios universalmente

reconocidos sobre el respeto a la dignidad humana y la protección a los sujetos de investigación.

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

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

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

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

Artículo 42. Consentimiento. El médico que realice investigación en seres humanos deberá contar siempre con el consentimiento informado acorde con el marco legal vigente.

CAPÍTULO VII

De la publicidad y las publicaciones

Artículo 43. Publicidad. El médico tiene derecho a anunciarse públicamente en procura de darse a conocer y captar pacientes. La forma de hacerlo debe ajustarse a elementales normas de ética y estética, es decir, ceñirse a la verdad y a la ponderación y sencillez en la presentación de los anuncios.

Artículo 44. Publicidad engañosa. Sin perjuicio de la responsabilidad civil, administrativa y penal a que haya lugar, se entiende como conducta contraria a la ética el médico que por sí mismo o por interpuesta persona, comercialice, promueva o prescriba productos, procedimientos o tratamientos que no cuenten con las condiciones y la autorización legal para ser comercializados en Colombia.

Artículo 45. Propiedad intelectual y derechos de autor. A la comunidad médica como a las instituciones o personas que reciben los servicios o bienes producto del esfuerzo y conocimiento intelectual del médico les corresponde observar la normatividad que al respecto rige en Colombia, realizando los reconocimientos públicos y/o patrimoniales, según corresponda.

Artículo 46. Protección de datos personales. La publicación por cualquier medio de las historias clínicas, las fotografías, las películas cinematográficas, las videograbaciones y demás material de carácter científico deberá hacerse respetando el secreto profesional y la dignidad del titular de los datos. Cuando sea necesario revelar la identidad del paciente, deberá obtenerse su consentimiento o el de sus representantes legales.

Artículo 47. Respaldo científico de las publicaciones. Ni el médico ni la comunidad médica adelantarán, auspiciarán y/o publicarán información o estudios carentes de base científica, engañosa o ambigua ya sea en su título, contenido, presentación o fines perseguidos.

LIBRO SEGUNDO

TÍTULO III

ÓRGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

CAPÍTULO I

De los tribunales ético-profesionales

Artículo 48. Del Tribunal Nacional de Ética Médica. El Tribunal Nacional de Ética Médica, con sede en la capital de la República, es la autoridad competente para conocer en segunda instancia los procesos ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia.

Artículo 49. Composición del Tribunal Nacional de Ética Médica. El Tribunal Nacional de Ética Médica estará integrado por cinco (5) médicos elegidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, con el carácter de magistrados, de una lista de diez (10) candidatos, de los cuales serán propuestos dos (2) por cada una de las siguientes instituciones: Academia Nacional de Medicina, Colegio Médico Colombiano, Federación Médica Colombiana, Ascofame y Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

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

Artículo 50. Requisitos para ser magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica. Para ser magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica, se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano.
- b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a quince (15) años.
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión.
- d) No tener ni haber sido condenado por la justicia penal o sancionado por autoridad disciplinaria, fiscal o administrativa por conductas atentatorias contra la ética, el patrimonio público o el ejercicio de cargos o funciones públicas o privadas.

Artículo 51. Nombramiento de los magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica. Los magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica serán nombrados por un periodo de cuatro (4) años, pudiendo ser reelegidos hasta por dos periodos consecutivos y tomarán posesión de sus cargos ante el Ministro de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

Parágrafo 1º. En caso de impedimento aceptado o recusación probada de un magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica será sustituido por un conjuez. La sala plena hará un sorteo entre los médicos integrantes de la lista inicial que no fueron elegidos. Las causales de impedimento y recusación son las previstas en el presente Código, las normas del Estatuto Anticorrupción, ley estatutaria de salud, fiscales y las de orden civil, penal o disciplinario que sean aplicables al ejercicio de la función pública encomendada.

Parágrafo 2º. Transitorio. Los magistrados del Tribunal en ejercicio en el momento de vigencia de la presente ley completarán su periodo, pudiendo ser reelegidos de conformidad con el artículo anterior.

Artículo 52. De las ausencias definitivas o temporales. Cuando en el Tribunal Nacional de Ética Médica se produzca una ausencia definitiva de uno o varios de sus cargos, el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, reemplazará la ausencia para la parte restante del periodo con uno de los profesionales que figuran en la lista inicial de postulados.

Parágrafo. Salvo por causa de incapacidad médica, las ausencias temporales superiores a 90 días al año, seguidos o acumulados, serán tramitadas ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces. Las ausencias inferiores a 90 días serán tramitadas ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Artículo 53. Funciones del Tribunal Nacional de Ética Médica. Son funciones del Tribunal Nacional de Ética Médica:

- a) Designar a los Magistrados de los Tribunales Seccionales. Para el efecto, solicitará candidatos a la Academia Nacional de Medicina y sus Capítulos, a los Colegios Médicos de la Federación Médica Colombiana, al Colegio Médico Colombiano y a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). En el caso de que en el respectivo departamento o distrito no existan tales asociaciones médicas, o que no envíen candidatos en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, el Tribunal Nacional podrá designarlos, escogiéndolos del cuerpo médico de la respectiva sección geográfica.
- b) Investigar y juzgar, en primera instancia, los procesos disciplinarios contra los Magistrados de los Tribunales Seccionales por presuntas faltas a la ética profesional cometidas en el ejercicio de su profesión, mientras ejerzan el cargo de Magistrados. La segunda instancia en este caso corresponderá al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien haga sus veces.

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

d) Conocer del traslado que hagan los Tribunales Seccionales cuando la sanción aplicada por estos consista en la suspensión mayor en el ejercicio de la medicina, a fin de pronunciarse de fondo.

Cuando el pronunciamiento consista en declarar que no procede la sanción mayor, remitirá al Tribunal Seccional para que este proceda a tomar la determinación de su competencia.

Cuando el pronunciamiento consista en declarar procede la sanción, esta solo podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional, y en su contra son procedentes los recursos de reposición ante el Tribunal Nacional, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de modificación de la sanción, o el subsidiario de apelación ante el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mismo término.

- e) Para garantizar la imparcialidad o para descongestionar los Tribunales Seccionales, disponer de oficio o a solicitud de un sujeto procesal que los procesos, por razones de competencia, cambien de radicación y sean adelantados por un Tribunal diferente al que corresponda al lugar o sección geográfica en que se cometió la falta, salvo que con ello se afecte el derecho de defensa del procesado. Igualmente, decidirá sobre los conflictos o colisiones de competencia que surjan entre los Tribunales Seccionales.
- f) Vigilar y controlar el funcionamiento de los Tribunales Seccionales, sin perjuicio de los controles administrativos y presupuestales que deban adelantar los organismos competentes.
- g) Conceder licencias a los Magistrados de los Tribunales Seccionales para separarse de sus cargos por más de noventa (90) días en un solo año y designar los interinos a que haya lugar.
- h) Incrementar el número de magistrados en los tribunales seccionales previa solicitud motivada de los mismos.
- i) Realizar publicaciones, reuniones científicas y otras actividades relacionadas con la enseñanza, el fortalecimiento y la divulgación de la Ética Médica.
- j) Darse su propio reglamento.

Artículo 54. De los Tribunales Seccionales de Ética Médica. En cada departamento y en el Distrito Capital de Bogotá habrá un Tribunal Seccional de Ética Médica que tendrá competencia para investigar hechos ocurridos en el respectivo territorio de su competencia, salvo lo dispuesto en el literal d) del artículo 52.

Artículo 55. 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 52.

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

Artículo 56. Requisitos para ser magistrado del Tribunal Seccional de Ética Médica. Para ser magistrado del Tribunal Seccional se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano.
- b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a diez (10) años.
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión.
- d) No tener ni haber sido condenado por la justicia penal o sancionado por autoridad disciplinaria, fiscal o administrativa por conductas atentatorias contra la ética, el patrimonio público o el ejercicio de cargos o funciones públicas o privadas.

Artículo 57. Sede y período. Los Tribunales Seccionales de Ética Médica tendrán su sede en la capital del respectivo departamento y el de Bogotá en la capital de la República, pero podrán sesionar válidamente en cualquier lugar de su respectiva jurisdicción, siempre y cuando no se trate de diligencias o actuaciones a las cuales deba o tenga derecho a comparecer el médico investigado. Sus integrantes serán nombrados para un período de dos (2) años, pudiendo ser reelegidos por dos (2) veces y tomarán posesión ante la primera autoridad política del lugar o ante aquella en quien esta delegue la facultad de adelantar la diligencia.

Artículo 58. Funciones de los Tribunales Seccionales. Son funciones de los Tribunales Seccionales de Ética Médica:

- a) Adelantar en primera instancia los procesos disciplinarios contra los médicos por presuntas faltas a la ética profesional, de acuerdo con la presente ley.
- b) Aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b) y c) del artículo 84 de la presente ley. Cuando, a su juicio, haya mérito para aplicar la suspensión mayor en el ejercicio, dará traslado dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que profiera su pronunciamiento, a fin de que el Tribunal Nacional decida de fondo.
- c) Tramitar y decidir los impedimentos y recusaciones de sus magistrados.
- d) Conceder licencias a sus magistrados para separarse de sus cargos hasta por noventa (90) días en un año y designar el conjuer a que haya lugar.

- e) Designar a los conjuceces en los casos previstos en la ley.
- f) Elaborar informes semestrales de su actividad y remitir copia de los mismos antes del 31 de julio y del 31 de enero de cada año al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien haga sus veces y al Tribunal Nacional de Ética Médica.
- g) Realizar publicaciones, reuniones científicas y otras actividades relacionadas con la enseñanza, el fortalecimiento y la divulgación de la Ética Médica.
- h) Darse su propio reglamento.

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

CAPÍTULO II

Disposiciones comunes

Artículo 59. Calidad jurídica. Los Tribunales Ético-Profesionales Médicos, en el ejercicio de las atribuciones que les confiere la presente ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes, por el hecho de serlo, no adquieren el carácter de servidores o funcionarios públicos.

Artículo 60. Apoyo para sustanciar procesos. Cada Tribunal contará con el apoyo jurídico de un abogado titulado designado por el respectivo Tribunal ya sea nacional o seccional mediante convocatorias abiertas y procesos de selección objetivos.

Artículo 61. Quórum. Los Tribunales de Ética Médica podrán sesionar y decidir válidamente con la asistencia de más de la mitad de sus integrantes. Las decisiones que se adopten serán firmadas por todos los Magistrados que hayan asistido a la sesión deliberatoria y quien no esté de acuerdo con la decisión tomada podrá salvar o aclarar su voto y así lo hará constar, siempre y cuando la providencia sea votada por más de la mitad de los magistrados que integran el Tribunal.

Artículo 62. Actas. De cada una de las sesiones del Tribunal se extenderá un acta que será suscrita por el Presidente y el Secretario del mismo. El Secretario será responsable de la conservación y guarda de las actas.

Artículo 63. Remuneraciones. Como reconocimiento a su labor, los magistrados y conjuceces de los Tribunales Nacional y de los Tribunales Seccionales recibirán una remuneración, a título de honorarios, la cual no es incompatible con la recepción de cualquier otra asignación que provenga del tesoro público o del ejercicio de su profesión. El monto de dichos honorarios será fijado por cada Tribunal de acuerdo con su categoría y responsabilidades.

CAPÍTULO III

Del proceso disciplinario ético-profesional médico

Artículo 64. Principios rectores. Serán principios rectores del proceso disciplinario ético-profesional los siguientes derechos: debido proceso, legalidad, juez natural, a la defensa, a la favorabilidad, no agravación de la sanción por el superior, gratuidad e igualdad, así como los previstos en el Código Penal y el Código de Procedimiento Penal.

Artículo 65. Instauración del proceso disciplinario ético-profesional. El proceso disciplinario ético-profesional será instaurado

- a) De oficio, cuando por conocimiento de uno de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley.
- b) Por solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona natural.

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

Parágrafo 2º. Serán sujetos procesales en el proceso ético-disciplinario el médico investigado y su abogado defensor, ya sea de confianza o designado de oficio. Estos sujetos pueden tener acceso al expediente y obtener copia del mismo en cualquier momento de la actuación procesal.

Artículo 66. Instrucción del proceso disciplinario. Una vez la denuncia es aceptada por parte de la sala plena, el Presidente del Tribunal designará por sorteo a uno de sus miembros para que abra investigación preliminar, la que tendrá por finalidad establecer si la conducta se ha realizado, si parece ser constitutiva de falta disciplinaria y si es posible identificar al médico que en ella haya incurrido. Se ordenará la ratificación personal de la queja bajo la gravedad del juramento.

Parágrafo 1º. El término máximo para la investigación preliminar será de seis (6) meses y culminará con resolución de apertura de investigación formal o con resolución inhibitoria. Este término podrá ser prorrogado por un periodo igual.

Parágrafo 2º. Durante toda la investigación preliminar prevalecerán los principios rectores consagrados en el artículo 65 de esta ley.

Artículo 67. Resolución inhibitoria. El Tribunal dictará resolución inhibitoria y archivará la queja cuando aparezca demostrada una de las siguientes causales:

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

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

Artículo 68. Investigación formal. Si no procede la resolución inhibitoria, el Tribunal ordenará la apertura de investigación formal. El Magistrado Instructor procederá a establecer la calidad de médico del investigado, le recibirá versión libre y espontánea, con asistencia de abogado defensor.

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

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

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

Artículo 69. Término de la investigación formal. El término máximo de la investigación formal será de seis (6) meses, contados a partir de la fecha del auto que ordena su iniciación. No obstante, el magistrado instructor podrá solicitar al Tribunal ampliación del término para presentar informe de conclusiones, el cual no deberá exceder los doce (12) meses.

Artículo 70. Versión libre y espontánea. Recibida la ratificación de la queja o demostrada la imposibilidad de hacerlo, pero resuelta por el Tribunal en sala plena la continuación del procedimiento, el magistrado señalará fecha y hora para recibirle versión libre al médico investigado, para lo cual se le citará por medio idóneo a la dirección que aparezca en el proceso, indicándole que tiene derecho a nombrar un abogado que lo asista, sea de confianza o de oficio. En caso de no contar con dirección, el Tribunal adelantará las diligencias pertinentes para tratar de localizarlo acorde con la ley.

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

- a) Previamente al interrogatorio se le advertirá al médico implicado que se le va a recibir una versión libre y espontánea, que es voluntaria y libre de todo apremio, que no tiene obligación de declarar contra sí mismo ni contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afi-

nidad o primero civil, ni contra su cónyuge, compañera o compañero permanente.

- b) Acto seguido, se interrogará al médico sobre sus generales de ley, universidad de la que es egresado, fechas de egreso y de grado, estudios realizados, establecimientos que avalen su especialización (si la tuviere), vinculaciones laborales, experiencia profesional, número de identificación profesional, domicilio y residencia.
- c) A continuación el magistrado instructor verificará que el investigado haya sido informado del objeto de la versión, haya tenido la posibilidad de acceder a la actuación y a su copia, y le solicitará que haga un relato de cuanto le conste con relación a los hechos que se investigan.
- d) Cumplido lo anterior, continuará interrogándolo con el fin de precisar los hechos, las circunstancias en que ocurrieron y la razón de su manifestación. No podrá limitarse al interrogado el derecho de hacer constar cuanto tenga por conveniente para su defensa o para la explicación de los hechos, se recibirán los elementos que pueden ser medio de prueba, se verificarán las citas contenidas en su declaración y se realizarán las diligencias que propusiere para comprobar sus aseveraciones.
- e) Del interrogatorio se levantará un acta en la que se consignarán textualmente las preguntas y las respuestas, así como la relación detallada de los elementos aportados que puedan constituir medio de prueba, o de las diligencias que solicite practicar. Dicha acta será firmada por los que intervengan en ella, una vez leída y aprobada.

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

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

Artículo 71. Informe de conclusiones. Calificación. Vencido el término de la investigación formal, o antes si la investigación estuviere completa, el magistrado instructor presentará por escrito su informe de conclusiones como proyecto de calificación del proceso. La sala plena dispondrá de quince (15) días hábiles para decidir si precluye la investigación o plantea resolución de formulación de cargos.

Artículo 72. Resolución de preclusión o terminación definitiva del proceso. La sala plena del Tribunal dictará resolución de preclusión cuando esté demostrada una cualquiera de las siguientes causales:

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

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

Artículo 73. La formulación de cargos. La sala plena del Tribunal dictará resolución de formulación de cargos cuando esté establecida la ocurrencia del hecho y exista prueba que merezca serios motivos de credibilidad sobre la falta y la presunta responsabilidad ético-disciplinaria del médico.

Parágrafo. La resolución de formulación de cargos deberá contener:

- a) El señalamiento de la conducta del investigado que se presuma reñida con los deberes ético-profesionales relacionados con la práctica profesional establecidos en el Título II de la presente ley, por acción u omisión, el resumen y valoración de las pruebas demostrativas de la misma.
- b) La indicación precisa de la norma o normas legales que se consideren infringidas.
- c) Cuando fueren varios los implicados, los cargos se formularán por separado para cada uno de ellos.
- d) El análisis de las pruebas obrantes en la actuación.

Artículo 74. Notificación personal de la resolución de formulación de cargos. La resolución de formulación de cargos se notificará personalmente, así: se citará por un medio idóneo al médico acusado y a su apoderado, a su última dirección conocida. Transcurridos cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de la certificación de la entrega efectiva de la comunicación, sin que comparecieren y sin excusa válida o en caso de renuencia a comparecer, se continuará el proceso con el abogado defensor o, en su defecto, será designado un defensor de oficio, a quien se notificará personalmente la resolución. Cuando el implicado resida fuera del lugar en que se adelanta el proceso, la notificación se hará por medio de un funcionario comisionado. Al notificarse la resolución de cargos, se hará entrega al acusado o a su defensor de una copia de la misma.

Parágrafo. La resolución de cargos interrumpe la prescripción por una sola vez e inicia un nuevo periodo de prescripción por otros tres (3) años.

Artículo 75. Descargos. Salvo en los casos de fuerza mayor, el disciplinado dispondrá de veinte (20) días hábiles, contados a partir de la notificación de la resolución de formulación de cargos para presentar verbalmente y por escrito sus descargos a la sala plena y solicitar la práctica de las pruebas que estime necesarias. Se levantará un acta que sea transcripción fiel de lo expresado.

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

Artículo 76. Término para fallar. Vencidos los términos para presentar los descargos y práctica de las pruebas, según el caso, el magistrado instructor dispondrá del término de treinta (30) días hábiles para presentar por escrito el proyecto de fallo, y la sala de otros treinta (30) para decidir. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

Artículo 77. Requisitos sustanciales para sancionar. Solo se podrá dictar fallo sancionatorio cuando exista certeza sobre la conducta violatoria de las normas contempladas en la presente ley endilgada en el pliego de cargos y sobre la responsabilidad del médico acusado, o cuando este haya aceptado los cargos y estos estén probados.

Parágrafo 1º. El fallo deberá contener:

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

Parágrafo 2º. Son causales de exclusión de la responsabilidad disciplinaria ético-profesional: la fuerza mayor, el caso fortuito y el estado de necesidad, y las demás previstas en el Código Penal que sean aplicables al caso concreto.

Parágrafo 3º. La parte resolutive se proferirá con la siguiente fórmula: El Tribunal de Ética Médica (de la jurisdicción respectiva), en nombre de la República de Colombia y por mandato de la ley, resuelve: Ella contendrá:

1. La decisión que se adopte.
2. La orden de expedir las comunicaciones necesarias para su ejecución, y
3. La advertencia de que contra ella proceden los recursos de reposición y apelación.

Artículo 78. Notificación. La notificación será personal, en estrados, por estado, por edicto, por conducta concluyente y por funcionario comisionado en casos indicados por la ley. Se podrá notificar por correo electrónico si previamente y por escrito alguna de las partes hubiere solicitado este medio.

Artículo 79. Impugnación del fallo. Los recursos de reposición y apelación deberán ser interpuestos dentro del término de cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación.

Parágrafo 1º. El recurso deberá sustentarse por escrito ante el Tribunal correspondiente dentro del término de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del término previsto para interponer el recurso; en caso de apelación, el expediente será remitido al Tribunal Nacional de Ética Médica para su trámite.

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

Artículo 80. Segunda instancia. Recibido el proceso con la apelación sustentada por escrito en el Tribunal Nacional de Ética Médica, será repartido por sorteo y el Magistrado ponente dispondrá de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que entre a su Despacho para presentar proyecto de decisión y la Sala, de treinta (30) días hábiles siguientes para decidir.

Artículo 81. Prescripción. La acción ético-médico-disciplinaria prescribe en cinco (5) años, contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta, salvo lo dispuesto en el parágrafo del artículo 73, sobre la interrupción de la prescripción de la acción.

Artículo 82. Reserva. El proceso ético-profesional está sometido a reserva. Solamente será conocido por el médico examinado y su apoderado o por autoridad competente mientras no esté ejecutoriado el fallo definitivo.

CAPÍTULO IV

De las sanciones

Artículo 83. Tipos de sanción. Los Tribunales Seccionales Ético-Disciplinarios Médicos, probada la falta a la ética médica, podrán aplicar alguna de las siguientes sanciones:

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

Artículo 84. Amonestación verbal privada. La amonestación verbal privada es la reprensión privada que la sala plena del Tribunal hace al infractor por la falta cometida; de ella quedará constancia solamente en el expediente. No figurará en los antecedentes ético-médico disciplinarios.

Artículo 85. Censura escrita y pública. La censura escrita y pública es la reprensión mediante la lectura de la decisión en la sala del respectivo Tribunal, su fijación en lugar visible del mismo y del Tribunal Nacional por treinta (30) días hábiles y su registro en la página electrónica del Tribunal, si la hubiere. Se deberá dejar constancia de la fijación y desfijación de la decisión.

Artículo 86. Suspensión. La suspensión simple consiste en la prohibición del ejercicio de la medicina por un término no inferior a treinta (30) días calendario ni superior a ciento ochenta (180) días calendario.

Artículo 87. Suspensión mayor. La suspensión mayor consiste en la prohibición del ejercicio de la medicina por un período superior a seis (6) meses y hasta por cinco (5) años.

Artículo 88. Publicidad. Las sanciones consistentes en suspensión del ejercicio profesional serán publicadas en lugares visibles del Tribunal Nacional de Ética Médica y de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, de la Academia Nacional de Medicina, de la Federación Médica Colombiana y sus colegios departamentales, del Colegio Médico Colombiano, de las demás organizaciones colegiadas, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Procuraduría y de las autoridades competentes para el registro médico, así como en las páginas electrónicas de las mismas entidades. Así mismo, incluida la censura escrita y pública, se anotarán en el Registro Médico Nacional que llevarán las autoridades competentes, para el registro médico y los Tribunales de Ética Médica.

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

Artículo 89. Graduación. Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta las modalidades y circunstancias de tiempo, modo y lugar, factores atenuantes y agravantes en que se cometió la falta.

Parágrafo 1º. Son circunstancias de agravación de la sanción:

- a) Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo ético y deontológico profesional durante los cinco (5) años anteriores a la comisión de la falta.
- b) Ocultar acciones u omisiones relacionadas con la falta.

Parágrafo 2º. Son circunstancias de atenuación de la sanción:

- a) Mitigar las consecuencias de su acción y omisión.
- b) Haber actuado u omitido una conducta por factores ajenos al médico.
- c) Ejecutar actos simbólicos, académicos u otros que contribuyan a mejorar el ejercicio de la práctica profesional bajo un enfoque ético.

CAPÍTULO V

Actuación procesal

Artículo 90. Clasificación de las providencias. Las providencias que se dicten en el proceso ético-médico disciplinario se denominan fallos, bien en primera o en segunda instancia, previo el agotamiento del trámite respectivo; resoluciones interlocutorias, si resuelven algún incidente o aspecto sustancial de la actuación; y resoluciones de sustanciación cuando disponen el trámite que la ley establece para dar curso a la actuación. Las resoluciones interlocutorias y los fallos deberán ser motivados.

Artículo 91. Providencias que deben notificarse. Al médico disciplinado y a su apoderado se les notificarán personalmente las siguientes providencias:

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

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

Parágrafo 2º. En contra de las providencias proferidas durante el proceso ético-profesional proceden los recursos de reposición ante el

Tribunal Seccional y de apelación ante el Tribunal Nacional, salvo las señaladas en los literales a), b), f), g), i), j).

Artículo 92. Notificación personal de providencias. La notificación se surtirá citando mediante un medio idóneo al médico disciplinado y a su apoderado, a su última dirección conocida, solicitándole su comparecencia a la secretaría del respectivo Tribunal. Si no fuere posible hacer la notificación personal en cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de envío de la comunicación, previa constancia secretarial, las resoluciones se notificarán por estado, que permanecerá fijado en la Secretaría del Tribunal durante un (1) día y los fallos por edicto, que permanecerá fijado en la Secretaría durante tres (3) días. Cuando la persona que deba notificarse no residiere en el lugar en que se adelante el proceso, la notificación se hará por medio de un funcionario comisionado.

Artículo 93. Recursos ordinarios. Contra las resoluciones interlocutorias, excepto la de formulación de cargos y la resolución de preclusión, proceden los recursos de reposición, apelación y queja. Procede el recurso de reposición contra las providencias de primera instancia y se interpone ante el mismo funcionario que dictó la providencia con el fin de que la revoque, aclare, modifique o adicione. Procede el recurso de apelación contra los fallos de primera instancia, exceptuando los previstos en este artículo y el de queja ante el superior inmediato, cuando el funcionario de primera instancia deniega el anterior en los casos en que es procedente.

Artículo 94. Consulta. Es un grado jurisdiccional mediante el cual el Tribunal Nacional conoce en segunda instancia de las decisiones que, sin haber sido apeladas, deben ser revisadas en virtud de expreso mandato de la ley. Serán de consulta obligatoria las sanciones consistentes en suspensión simple o suspensión mayor cuando el proceso se adelantó con persona ausente o cuando haya sido imposible la notificación personal de la sanción.

Artículo 95. Cambio de radicación de un proceso, finalidad y procedencia. El cambio de Tribunal competente podrá disponerse por el Tribunal Nacional cuando en el territorio donde se esté adelantando la actuación procesal existan circunstancias que puedan afectar la imparcialidad o la independencia de la administración de justicia, o el Tribunal que conoce del mismo se encuentre muy congestionado o se haya visto en la obligación de cesar en el ejercicio de sus funciones. En todo caso se garantizará el derecho a la defensa y al debido proceso.

Artículo 96. Nulidades. Son causales de nulidad en el proceso ético-médico disciplinario:

- a) La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas en que se fundamenten.

- b) La existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso;
- c) La violación del derecho de defensa.

Artículo 97. Autonomía del proceso ético-profesional. El proceso ético-profesional se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil, administrativa o contenciosa administrativa a que hubiere lugar.

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

Artículo 98. Requisitos formales de la actuación. Las actuaciones en el proceso ético-médico deberán constar por escrito y en idioma español o con traducción a cargo de la parte que aduce la prueba o documento. De las actuaciones se conservará registro en medio magnético en consonancia con la regulación vigente sobre datos personales.

TÍTULO IV

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 99. Remisión a otras normatividades. En lo no contemplado en esta ley, los vacíos jurídicos serán llenados en la siguiente forma:

Los vacíos en materia sancionatoria en temas sustantivos o sustantivos con efectos procesales necesariamente deben ser llenados haciendo remisión al Código Penal.

Los vacíos en materia procesal deben tener una remisión en el siguiente orden:

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

Todo lo anterior siempre y cuando no contravenga la naturaleza del presente procedimiento.

Artículo 100. Asesores. En materias ético-disciplinarias médicas serán asesores y consultores del Gobierno nacional: la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y el Colegio Médico Colombiano.

Artículo 101. Financiamiento de los Tribunales. El Gobierno nacional y los gobiernos departamentales incluirán en el proyecto de presupuesto de gastos correspondiente a cada vigencia las partidas indispensables para sufragar los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 102. Vigencia y derogatoria. La presente ley rige a partir de su sanción y deroga la Ley 23 de 1981 y demás disposiciones que le sean contrarias.

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 042 DE 2017 CÁMARA

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

(Aprobado en la Sesión del 26 de septiembre de 2017 en la Comisión Séptima la honorable Cámara de Representantes, Acta número 12)

El Congreso de Colombia

DECRETA:

LIBRO PRIMERO

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

Del objeto y campo de aplicación

Artículo 1°. Del Objeto. La presente ley regula la práctica profesional médica bajo un enfoque ético, con el fin de que el ejercicio médico en Colombia cumpla requisitos de ética y estándares aceptados por la comunidad científica para beneficio de las personas y de la colectividad en el marco de esta ley; define la autoridad competente, los procedimientos e instancias, las faltas y las sanciones correspondientes y establece otras disposiciones.

Artículo 2°. Campo de aplicación. La presente ley se aplica a los profesionales de la Medicina que ejercen legalmente en Colombia.

CAPÍTULO II

Declaración de principios

Artículo 3°. De los principios. La Medicina es una profesión que tiene como fin la atención de las personas y de las comunidades a través de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo de las enfermedades, y la asistencia al final de la vida. El ejercicio de la profesión médica y la relación médico-paciente o médico-comunidades estarán fundados en el respeto a la dignidad humana, a los deberes y derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia, en las normas legales vigentes, en el deber de autorregulación y el derecho a la autonomía profesional. Para lograr lo anterior, el ejercicio médico se regirá, entre otros, por los siguientes principios:

- a) **Principio de beneficencia:** El deber primordial de la profesión médica es buscar el mantenimiento o recuperación de la salud o el alivio del sufrimiento del paciente, respetando su autonomía. Exige profesionalismo, que implica, entre otras, buenas prácticas ajustadas a la evidencia científica o a la *Lex artis*. *Lex artis* es el conjunto de reglas implícitas derivadas del conocimiento y la experiencia acumulada de la práctica médica, que son aplicables a casos

similares teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar.

- b) **Principio de no maleficencia:** Es obligación del médico no causar daño innecesario durante el acto médico. Toda tecnología médica aplicada podría tener efectos secundarios o secuelas, que no pueden ser consideradas daño innecesario. Este principio implica un compromiso con la excelencia ética, técnico-científica y con la educación permanente dentro de normas de prudencia, diligencia, pericia y seguimiento de reglamentos aceptados.
- c) **Principio de no discriminación:** El médico debe atender a todos sus pacientes con igual solicitud y respeto, sin distingo de ningún tipo.
- d) **Principio de humanismo y humanitarismo:** Humanismo implica que la razón de ser de los profesionales médicos es la atención a la salud del ser humano en el marco de su dignidad.
Humanitarismo implica el sentimiento de solidaridad y compasión básicas al quehacer médico.
- e) **Principio de integralidad:** El ser humano es una unidad ecobiopsicosocial sometida a influencias externas. En consecuencia, médicamente el paciente debe ser estudiado y tratado en relación con su entorno, en lo que sea pertinente para el acto médico.
- f) **Principio de supervivencia:** La supervivencia y la salud de la especie humana dependen, entre otras, de la conservación del hábitat. Por lo tanto, la misión de la medicina y su cultor médico incluye propender al mejoramiento continuo de los determinantes de la salud, en la medida de sus posibilidades.
- g) **Principio de autonomía del paciente:** El médico tiene la obligación de respetar el derecho que asiste a todo paciente de tomar decisiones libres con respecto a su salud y su vida, previa información adecuada en los términos de esta ley, mientras sea mentalmente competente.

En el caso de los pacientes incapaces, legal o mentalmente, como es el caso de menores de edad o interdictos, entre otros, deberá respetarse su autonomía a través de sus responsables o representantes legales.

- h) **Principio de autonomía médica:** Se garantiza la autonomía de los médicos para adoptar decisiones ajustadas a los fines de la medicina señalados en este artículo. Esta autonomía será ejercida según la Constitución Política y la ley, en el marco de

códigos de autorregulación, de principios éticos, la racionalidad, la *Lex artis* y la evidencia científica.

La autonomía médica también se expresa en la adopción institucional de guías y protocolos de atención que cuenten con la consulta previa certificada y aceptación de los equipos médicos. La aplicación de las guías implica hacer un juicio ponderado de su pertinencia al caso examinado, de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Se prohíbe cualquier actuación o conreñimiento que limite la autonomía médica.

La distribución de los recursos destinados a la salud deberá hacerse con criterio equitativo y racional, garantizando el derecho a la salud, por parte del Sistema de Salud y del Estado. El médico, como parte del sistema, deberá hacer un uso racional de los mismos, para lo cual tendrá en cuenta criterios como la necesidad del paciente y de la población, los cuales deben ser reglamentados.

- i) **Principio de justicia distributiva y de consideración:** La distribución de los recursos destinados a la salud deberá hacerse con criterio equitativo y racional, su uso será inteligente y considerado, pensando en el mejor interés del paciente y la comunidad, en la medida que los recursos son bienes finitos y de beneficio social; los responsables de la asignación y distribución de los recursos deberán tener en cuenta este principio.
- j) **Principio de justicia retributiva y de no lucratividad indebida:** se entiende que la actividad médica, por ser intrínsecamente valiosa, da derecho a una remuneración justa, adecuada y conforme con su perfil profesional, bajo cualquier modalidad de contratación que se ajuste a la ley en términos de trabajo digno.
- k) **Principio de reivindicación:** Emprender acciones reivindicatorias en el ámbito laboral de la medicina es un derecho, siempre que no atenten contra la vida y el bienestar de los pacientes;
- l) **Principio de ejemplaridad:** Quien ejerce la medicina es referente de la sociedad. Por lo mismo, está obligado a comportarse ceñido a los principios éticos de la profesión.
- m) **Principio del mal menor:** Se deberá elegir el menor mal, evitando transgredir el derecho a la integridad cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

CAPÍTULO III

De la promesa

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

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

- a) Ejercer de manera humanitaria, propiciando siempre el bienestar de la persona y la comunidad, sin discriminación de ningún tipo.
- b) Proteger la vida de mi paciente como un bien fundamental, base de los demás bienes, valores y derechos, y respetar su autonomía.
- c) Cuidar solícitamente su salud. Preservarlo del daño innecesario.
- d) Respetar su autonomía en tanto haga uso de ella con entera competencia mental. Cuando carezca de esta, respetar así mismo la decisión de aquellos en quienes legalmente recaiga la delegación de la suya.
- e) Suministrar de manera oportuna, veraz y clara la información pertinente que le permita tomar una determinación autónoma y así poder actuar una vez obtenido el debido consentimiento.
- f) Guardar en secreto todo aquello que haya conocido en el marco de la relación médico-paciente, salvo en los casos exceptuados por la ley o cuando vaya en contra del bienestar del otro.
- g) Contribuir con el uso adecuado de los recursos a los que tenga acceso, brindando la atención necesaria, basado en un criterio de eficiencia.
- h) Actuar siempre de acuerdo con mis capacidades y conocimientos.
- i) Mantener actualizados mis conocimientos en las cuestiones propias de mi profesión.
- j) Propender a que lo que se me retribuya por ejercer mi profesión sea justo. Desdeñaré el lucro indebido y rechazaré los incentivos económicos o de cualquier otro tipo orientados a determinar la prescripción de exámenes o tratamientos innecesarios o no pertinentes.

TÍTULO II

PRÁCTICA PROFESIONAL

CAPÍTULO I

Del acto médico y de la relación médico-personas-comunidades

Artículo 5°. Del acto médico. Acto médico es el obrar del profesional de la medicina como parte del proceso de atención en salud a las personas

y comunidades, en el marco de la relación médico-paciente-comunidad, prestando servicios con intención de proporcionarles beneficios, de acuerdo con los fines de la medicina de acuerdo a esta ley.

Artículo 6°. Campos de acción del acto médico. El acto médico, como parte de la atención médica, comprende actividades asistenciales, no asistenciales y administrativas que tengan relación directa con la salud de las personas y las comunidades, atendiendo a los fines de la medicina según lo dispuesto en esta ley.

Artículo 7°. Cómo debe adelantarse el acto médico. El acto médico debe adelantarse por profesionales idóneos, conscientes, diligentes, humanitarios y con autonomía y que cuenten con los medios y condiciones, incluyendo el tiempo, que sean necesarios para el buen desempeño de sus funciones, los cuales deben ser suministrados y facilitados por el prestador respectivo cuando se trate de atención institucional.

Parágrafo 1°. En el acto médico asistencial, los profesionales de la medicina deberán contar con el tiempo y los recursos suficientes para conocer el estado de salud del paciente, evaluarlo, hacer diagnósticos, si es pertinente; solicitar ayudas diagnósticas y terapéuticas, conceptos o consultas que a criterio médico considere necesarios y hacer un plan de manejo que incluye las prescripciones y recomendaciones del caso. Igual forma de proceder ocurrirá en la relación médico-comunidad.

En el acto medicoasistencial que se realice en el marco de la atención institucional, los prestadores correspondientes deberán facilitar tanto el tiempo suficiente como los recursos correspondientes.

Parágrafo 2°. Para no comprometer la seguridad del paciente, las instituciones deben evitar la atención simultánea de varios pacientes por parte de un solo médico, salvo casos relacionados con atención comunitaria o situaciones justificadas de fuerza mayor.

Parágrafo 3°. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Parágrafo 4°. El médico puede apartarse de las guías establecidas cuando las necesidades del paciente o comunidad lo ameriten, exponiendo las razones o evidencias científicas para hacerlo. Es contrario a la ética que en su ejercicio primen intereses de carácter económico o de otra índole que lo favorezcan o que deriven en beneficio de terceros.

Artículo 8°. De la relación médico-paciente. Se entiende como tal el encuentro vincular entre dos personas: una que requiere atención en salud (el paciente) y otra dispuesta a proporcionarla en forma de alivio, curación, rehabilitación, cuidado paliativo o prevención (el médico).

Parágrafo 1°. Siendo la relación médico-paciente de carácter estrictamente profesional, el médico no debe traspasar sus límites, debe respetar la autonomía de las personas, incluida la libertad, formación y orientación sexual, la intimidad y cualquier diferencia cultural, religiosa, étnica o política, preservando así la dignidad del paciente.

Parágrafo 2°. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Artículo 9°. Establecimiento de la relación médico-paciente. La relación en el acto médico se establece en los siguientes casos:

- a) Por decisión voluntaria y espontánea de cada una de las partes.
- b) Por solicitud de terceras personas, cuando el paciente esté en incapacidad de consentir.
- c) Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
- d) Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.
- e) Por orden de autoridad competente para producir y obtener exclusivamente pruebas judiciales que impliquen valoraciones médicas.

Artículo 10. Fundamento de la relación médico-paciente. La adecuada relación en el acto médico se fundamenta en el concepto de médico tratante, en el respeto mutuo por las ideas, creencias y valores de los dos agentes y en un compromiso recíproco de derechos y deberes responsable, leal y auténtico.

Parágrafo. Médico tratante es aquel facultativo que interviene en un momento determinado en el proceso de atención de un paciente y realiza una conducta, propia de su competencia, como parte de un plan de cuidado, el cual implica comunicación con él o su familia. En el marco de la atención institucional, el médico tratante es quien actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.

Artículo 11. Motivos para no prestar los servicios médicos. Cuando no se trate de casos de urgencia o emergencia, el médico podrá excusarse de prestar sus servicios o interrumpirlos en razón de los siguientes motivos:

- a) Por enfermedad incapacitante del médico: El médico no prestará sus servicios si se encontrare en situación de enajenación mental transitoria o permanente, toxicomanía, enfermedad o limitación funcional que comprometa la salud de su paciente o de la comunidad.
- b) Cuando en virtud de su juicio clínico y en ejercicio de su autonomía médica, considere que el caso no corresponde a su experiencia, conocimiento o especialidad, excepto en casos de urgencia.

- c) Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin previo consentimiento.
- d) Cuando el paciente rehúse cumplir las indicaciones prescritas, o cuando el paciente o sus allegados agredan por cualquier medio al profesional.
- e) Durante el ejercicio institucional, con ocasión del fin de la jornada laboral o turnos correspondientes, legítimo descanso, de licencias legalmente concedidas, de vacaciones o por cesación de su compromiso con la institución, casos en los cuales la atención médica debe ser garantizada por la institución.
- f) Cuando se le solicite una actuación reñida con las normas vigentes.
- g) Cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión o se afecte la autonomía médica.
- h) Cuando no tenga compromiso con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente.
- i) Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente.
- j) Cuando manifieste objeción de conciencia.

Parágrafo. La contagiosidad, cronicidad o incurabilidad de la enfermedad, del dolor o sufrimiento intratables del paciente no constituyen motivo para que el médico no le brinde asistencia médica, excepto en casos en que se exponga la vida o integridad del profesional.

Artículo 12. Objeción de conciencia. Se entiende por objeción de conciencia en el ejercicio de la medicina cuando el médico exprese inequívocamente su rechazo a cumplir con un acto médico sobre la base de la objeción de conciencia, por existir discrepancia entre la práctica de dicho acto médico y una norma moral que considere que orienta su conducta y convicción personal. No obstante manifestarlo, no será necesario argumentarla, ni someterla a debate o controversia.

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

Artículo 13. Libertad del paciente. El médico respetará la libertad del paciente, o de quien lo represente, para prescindir de sus servicios o para solicitar segundas opiniones o información sobre las diferentes terapias existentes para su caso particular.

Artículo 14. De los servicios y tecnologías de uso médico. El médico en su ejercicio profesional empleará servicios y tecnologías aceptados por la racionalidad y la mejor información científica disponible teniendo en cuenta la Lex artis.

Parágrafo. Si en circunstancias excepcionalmente graves un medicamento o un procedimiento, aún en etapa de experimentación, se muestra como única posibilidad terapéutica,

podrá utilizarse con la autorización plenamente informada del paciente o de sus familiares responsables, previa autorización de un comité de ética en investigación.

Artículo 15. *Del empleo de servicios y tecnologías de la salud.* El médico usará los medios y tecnologías a su disposición o alcance, de acuerdo a las necesidades del paciente para superar la enfermedad, el dolor o el sufrimiento, respetando la autonomía del paciente.

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

Parágrafo 2º. Cuando exista una condición clínico-patológica irreversible, sufrimiento o dolor intenso sin pronóstico clínico razonable de recuperación, el médico no realizará actos innecesarios para prolongar la vida o el sufrimiento; sin embargo, se deben ofrecer y garantizar los cuidados paliativos y la asistencia a la muerte digna, respetando la autonomía del paciente.

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

Artículo 16. *De los riesgos.* Riesgo justificado en el acto médico: es la eventualidad que se presenten u ocurran situaciones propias o derivadas del diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, aun obrando conforme a la *Lex artis* o a la evidencia científica y teniendo en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar, en cuyos casos no habrá lugar a atribuir responsabilidad del médico. Los riesgos de mayor frecuencia y gravedad son los que se deben informar al paciente previo al acto médico, quien, en ejercicio de su autonomía, decidirá si lo acepta expresa o tácitamente y, en consecuencia, se expone al riesgo propio o derivado del acto médico. El médico no responderá por situaciones imprevisibles, de difícil previsión o inevitables de acuerdo las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se desarrolla su acto médico.

Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

En ningún caso podrá ser considerado el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, ni su responsabilidad podrá tener fundamento en el riesgo ni en el resultado.

Artículo 17. *Del consentimiento informado.* Para la práctica de un procedimiento médico, el profesional de la medicina previamente brindará

la información clara, veraz, comprensible y oportuna al paciente o a quien lo represente a fin de tomar su consentimiento.

De este deber se exceptúan los casos en que el paciente no se encuentre consciente o se encuentre en incapacidad legal o mental para manifestar su voluntad, en cuyo caso podrá ser expresada legítimamente por los responsables del paciente.

Se entiende por información suficiente la explicación de la patología, el procedimiento, las alternativas de tratamiento y las posibles complicaciones más frecuentes.

Parágrafo 1º. En caso de consentimiento por representación, subrogado o indirecto, si no existe expresión de voluntad anticipada, para el efecto se tendrá en cuenta el siguiente orden:

1. Primer grado de afinidad.
2. En orden del menor a mayor grado de consanguinidad.
3. En ausencia de los anteriores, personas vinculadas a él por razones de hecho.

En caso de desacuerdo o conflicto entre aquellos a quienes corresponda la decisión, se deberá conformar una junta médica *ad hoc* por parte de las entidades responsables de su atención en salud.

Parágrafo 2º. El consentimiento informado es el marco general de autorización con que cuenta el médico, pero no se requiere su validación permanente para cada acto particular, salvo cuando cambie el riesgo del paciente o se trate de una intervención extraordinaria o diferente a la inicialmente explicada. El consentimiento informado podrá ser revocado por el paciente en cualquier momento del proceso de atención.

Artículo 18. *Del secreto profesional.* Salvo lo dispuesto por la ley, para preservar los derechos del paciente, el médico debe mantener en reserva todo lo que haya hecho, visto, oído o comprendido por razón del ejercicio de su profesión. Este deber de secreto profesional no cesa con la muerte del paciente. Las conclusiones de las juntas médicas o comités científicos relacionados con la atención o aquellos que deban realizarse por disposición legal o reglamentaria, también estarán sometidas a secreto profesional y serán reservadas. Serán protegidas las opiniones particulares de cada uno de los participantes.

Artículo 19. *Revelación del secreto profesional.* Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional, definido en el artículo 18, se podrá hacer:

- a) A quien el paciente o su representante legal autorice de manera expresa.
- b) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas incapaces legal o mentalmente. En el caso de menores de edad se tendrán en cuenta el grado de madurez y el impacto del tratamiento sobre su autonomía actual y futura.

- c) A las autoridades judiciales, disciplinarias (Tribunales de Ética Médica), administrativas (incluidas las de higiene y salud), en los casos previstos por la ley; salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los informes sanitarios o epidemiológicos no se individualice al paciente.
- d) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables, o por enfermedades graves infectocontagiosas, hereditarias o genéticas, se ponga en peligro la vida o integridad de estos, su pareja, o de su descendencia, o a terceros.
- e) En situaciones extremas en las que se ponga en peligro la vida e integridad de personas.

Artículo 20. De los servicios profesionales a familiares. En principio, salvo circunstancias de urgencia o cuando en la localidad no existiere otro facultativo, el médico podrá prestar sus servicios profesionales a sus padres, hermanos, cónyuge e hijos.

Artículo 21. Diferencia entre el criterio médico y opinión del paciente. Sin perjuicio de la libertad y autodeterminación del paciente, en caso de que este o sus familiares, tutores, curadores o representantes legales, expresen alguna diferencia con el criterio médico respecto del tratamiento médico a aplicar, pueden las partes acudir a una junta médica *ad hoc*, que el prestador dispondrá en los casos de atención institucional. Cuando se trate de un dilema considerado como ético por alguna de las partes, será el comité de ética hospitalaria o de bioética quien orientará para ayudar a superar la diferencia.

Artículo 22. Remuneración y condiciones laborales de los servicios profesionales médicos. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico debe recibir una remuneración justa, bajo modalidades y condiciones de contratación o vinculación adecuadas a los criterios de trabajo digno y decente, para lo cual se tendrán en cuenta, entre otros, la categoría de los servicios prestados y la valoración del tiempo y los recursos invertidos, tanto por la persona, su familia y el Estado, en su capacitación y formación.

Si se trata del ejercicio particular de la medicina, los honorarios se fijarán previamente y de común acuerdo con el paciente o sus allegados responsables. En caso de urgencia o emergencia, la atención médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios.

Artículo 23. Asistencia honorífica. Haciendo honor a la tradición hipocrática, es potestativo del médico en su práctica privada asistir sin cobrar honorarios al colega, sus padres, su cónyuge y

sus hijos dependientes económicamente de él, así como a las personas que a su juicio merezcan esa excepción.

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

Artículo 24. De la participación por remisión. Al médico le está prohibido solicitar, recibir o conceder participación económica por la remisión del paciente.

CAPÍTULO II

La historia clínica, prescripción médica y demás documentos

Artículo 25. Definición. La historia clínica es un documento privado, físico o electrónico, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente el estado de salud del paciente, sus antecedentes y condiciones, el examen clínico, la impresión diagnóstica o el diagnóstico, el plan terapéutico y el proceso de atención, prescripciones, las acciones y procedimientos, los reportes de exámenes de laboratorio y de imagenología, las manifestaciones del paciente y sus allegados, cuando sean realizadas por estos y resulten relevantes para el acto médico, el o los consentimientos informados pertinentes, la evolución del paciente y demás procedimientos y valoraciones ejecutados por el equipo de salud que interviene en su proceso de atención; pertenece al paciente y se encuentra en custodia en el centro de atención sanitaria, acorde con la regulación legal de archivos y protección de datos vigente. Los conceptos emitidos por el médico tratante son propiedad intelectual suya al ser creación del intelecto y manifestación de su autonomía profesional.

Parágrafo 1º. Se consideran anexos de la historia clínica, y sometidos a las mismas normas, los registros de voz, fotográficos, filmicos, imágenes diagnósticas, reporte de muestra anatomopatológica y otro tipo de material de registro relacionado con el proceso de atención.

Parágrafo 2º. Respecto de la disponibilidad de la información para efectos de interés general, la historia clínica estará ceñida a la reglamentación definida por el Ministerio de Salud, respetando el derecho de intimidad del paciente y el secreto profesional del médico.

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

Artículo 26. Reserva de la historia clínica. La historia clínica está sometida a reserva y a

la regulación vigente sobre protección de datos personales. Puede ser conocida por el médico tratante, el paciente o su representante legal o por aquel a quien estos autoricen y por el equipo de salud vinculado al caso en particular, incluyendo el personal en formación, para efectos asistenciales, docentes-académicos, judiciales o administrativos. También puede ser conocida por las personas o instituciones que señale la ley para garantizar la calidad de la atención y por las autoridades judiciales competentes.

Parágrafo. Cuando la custodia de la historia clínica corresponda a la institución, esta deberá facilitar el acceso al personal autorizado para conocer su contenido en los términos de este artículo.

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

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

Artículo 28. Del certificado médico. El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, o el fallecimiento de una persona. Su expedición se supedita a los requisitos legales vigentes.

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

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

Parágrafo 3º. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, será sancionado disciplinariamente el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

CAPÍTULO III

Relaciones del médico con sus colegas

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

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

Artículo 30. De los beneficios y dádivas. Se prohíbe realizar maniobras u ofertas, por cualquier motivo, tendientes a inducir al contratante o al empleador a la terminación de la vinculación laboral de un colega, con el objeto de asumir su empleo. Los médicos tendrán la obligación de hacer valer ante las instituciones donde ejerzan sus funciones, el respeto por las condiciones dignas y justas del empleo. Por ello, queda expresamente prohibido el dumping laboral.

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

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

CAPÍTULO IV

Relación del médico con las instituciones

Artículo 32. Atención del paciente según los recursos disponibles. El médico podrá abstenerse de prestar sus servicios cuando encuentre ausencia o deficiencia de los recursos o medios indispensables para la adecuada atención, salvo situaciones de urgencia o emergencia. Prestará sus servicios de acuerdo a los medios disponibles.

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

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

Artículo 33. Honorarios adicionales. El médico que labore por contrato solo podrá percibir los honorarios pactados por atender los pacientes institucionales, salvo cuando por previo acuerdo con la institución se le permita recibir honorarios adicionales.

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

Artículo 34. Acciones reivindicatorias. Cuando los médicos emprendan acciones reivindicatorias colectivas, por razones laborales u otras, la institución deberá garantizar los servicios médicos que salvaguarden la salud de los pacientes y de la comunidad.

Artículo 35. Comités institucionales de ética. Toda institución prestadora de servicios de salud deberá contar con un Comité de Ética Hospitalaria que se regirá en su funcionamiento por las normas legales vigentes. Dichos comités no tendrán funciones ético-disciplinarias, es decir, no podrán juzgar o sancionar a los médicos.

Artículo 36. De la prohibición de recibir prebendas o dádivas. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Ningún médico podrá recibir prebendas o dádivas de casas comerciales o terceros para desarrollar actividades propias de su oficio.

El médico que incurra en esta clase de conductas se le aplicará las sanciones previstas en el presente Código sin perjuicio de las sanciones de orden penal y administrativo que prevé el orden jurídico colombiano, en especial, el parágrafo del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 y artículo 133 de la Ley 1474 de 2011.

Parágrafo. Cuando el médico se encuentre frente a una situación en la cual esté en contraposición un interés general y su propio interés deberá así manifestarlo, absteniéndose de participar en las discusiones, la toma de decisiones y la ejecución de las mismas.

CAPÍTULO V

De las relaciones del médico con la sociedad y el Estado

Artículo 37. Requisitos para el ejercicio profesional. La condición de médico y la categoría de especialista solo se adquieren cuando se llenan los requisitos exigidos por las autoridades nacionales de educación y salud.

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

Artículo 38. Enseñanza de la ética. La enseñanza formal de la ética profesional y de la responsabilidad médico-legal debe ser obligatoria en las facultades de medicina.

Artículo 39. Temas especiales. El médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y podrá tener en cuenta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, siempre y cuando estas no contraríen la norma, con relación a los siguientes temas:

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

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

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

CAPÍTULO VI

De la docencia y la investigación médicas

Artículo 40. Enseñanza de la medicina. Es inherente al médico transmitir los conocimientos y las experiencias adquiridos, respetando siempre los estatutos de las instituciones educativas. Tal actividad puede hacerse desde la cátedra, la prestación de servicios de salud, o los medios masivos de divulgación, a condición de que esté ceñida al conocimiento científico y no se preste a errores de interpretación de parte de quienes reciben el mensaje. Siendo así, no deberán absolverse consultas individuales de carácter médico a través de la radio, la prensa escrita, la televisión, internet o cualquier otro medio de comunicación. Está permitida la participación en programas formales de telemedicina o e-salud.

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

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

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

Artículo 41. Aspectos éticos de la investigación. El médico que realice investigación científica se sujetará a las normas vigentes sobre la materia, al igual que a los principios universalmente reconocidos sobre el respeto a la dignidad humana y la protección a los sujetos de investigación.

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

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

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

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

Artículo 42. Consentimiento. El médico que realice investigación en seres humanos deberá contar siempre con el consentimiento informado acorde con el marco legal vigente.

CAPÍTULO VII

De la publicidad y las publicaciones

Artículo 43. Publicidad. El médico tiene derecho a anunciarse públicamente en procura de darse a conocer y captar pacientes. La forma de hacerlo debe ajustarse a elementales normas de ética y estética, es decir, ceñirse a la verdad y a la ponderación y sencillez en la presentación de los anuncios.

Artículo 44. Publicidad engañosa. Sin perjuicio de la responsabilidad civil, administrativa y penal a que haya lugar, se entiende como conducta contraria a la ética, el médico que por

sí mismo o por interpuesta persona, comercialice, promueva o prescriba productos, procedimientos o tratamientos que no cuenten con las condiciones y la autorización legal para ser comercializados en Colombia.

Artículo 45. Propiedad intelectual y derechos de autor. A la comunidad médica como a las instituciones o personas que reciben los servicios o bienes producto del esfuerzo y conocimiento intelectual del médico, les corresponde observar la normatividad que al respecto rige en Colombia, realizando los reconocimientos públicos y/o patrimoniales, según corresponda.

Artículo 46. Protección de datos personales. La publicación por cualquier medio de las historias clínicas, las fotografías, las películas cinematográficas, las videgrabaciones y demás material de carácter científico deberá hacerse respetando el secreto profesional y la dignidad del titular de los datos. Cuando sea necesario revelar la identidad del paciente deberá obtenerse su consentimiento o el de sus representantes legales.

Artículo 47. Respaldo científico de las publicaciones. Ni el médico ni la comunidad médica adelantarán, auspiciarán y/o publicarán información o estudios carentes de base científica, engañosa o ambigua ya sea en su título, contenido, presentación o fines perseguidos.

LIBRO SEGUNDO

TÍTULO III

ÓRGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

CAPÍTULO I

De los tribunales ético-profesionales

Artículo 48. Del Tribunal Nacional de Ética Médica. El Tribunal Nacional de Ética Médica, con sede en la capital de la República, es la autoridad competente para conocer en segunda instancia los procesos ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia.

Artículo 49. Composición del Tribunal Nacional de Ética Médica. El Tribunal Nacional de Ética Médica estará integrado por cinco (5) médicos elegidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, con el carácter de magistrados, de una lista de diez (10) candidatos, de los cuales serán propuestos dos (2) por cada una de las siguientes instituciones: Academia Nacional de Medicina, Colegio Médico Colombiano, Federación Médica Colombiana, Ascofame y Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

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

Artículo 50. Requisitos para ser Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica. Para ser Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica, se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano.
- b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a quince (15) años.
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión.
- d) No tener ni haber sido condenado por la justicia penal o sancionado por autoridad disciplinaria, fiscal o administrativa por conductas atentatorias contra la ética, el patrimonio público o el ejercicio de cargos o funciones públicas o privadas.

Artículo 51. Nombramiento de los magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica. Los magistrados del Tribunal Nacional de Ética Médica serán nombrados por un período de cuatro (4) años, pudiendo ser reelegidos hasta por dos periodos consecutivos y tomarán posesión de sus cargos ante el Ministro de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces.

Parágrafo 1º. En caso de impedimento aceptado o recusación probada de un magistrado del Tribunal Nacional de Ética Médica será sustituido por un conjuer. La sala plena hará un sorteo entre los médicos integrantes de la lista inicial que no fueron elegidos. Las causales de impedimento y recusación son las previstas en el presente Código, las normas del Estatuto Anticorrupción, ley Estatutaria de Salud, fiscales y las de orden civil, penal o disciplinario que sean aplicables al ejercicio de la función pública encomendada.

Parágrafo 2º. Transitorio. Los magistrados del Tribunal en ejercicio al momento de vigencia de la presente ley completarán su período, pudiendo ser reelegidos de conformidad con el artículo anterior.

Artículo 52. De las ausencias definitivas o temporales. Cuando en el Tribunal Nacional de Ética Médica se produzca una ausencia definitiva de uno o varios de sus cargos, el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, reemplazará la ausencia para la parte restante del periodo con uno de los profesionales que figuran en la lista inicial de postulados.

Parágrafo. Salvo por causa de incapacidad médica, las ausencias temporales superiores a 90 días al año, seguidos o acumulados serán tramitadas ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces. Las ausencias inferiores a 90 días serán tramitadas ante el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Artículo 53. Funciones del Tribunal Nacional de Ética Médica. Son funciones del Tribunal Nacional de Ética Médica:

- a) Designar a los Magistrados de los Tribunales Seccionales. Para el efecto solicitará

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

- b) Investigar y juzgar, en primera instancia, los procesos disciplinarios contra los Magistrados de los Tribunales Seccionales por presuntas faltas a la ética profesional cometidas en el ejercicio de su profesión, mientras ejerzan el cargo de Magistrados. La segunda instancia en este caso, corresponderá al Ministerio de Salud y Protección Social, o a quien haga sus veces;
- c) Conocer de los recursos de apelación y de queja en los procesos que tramiten en primera instancia los Tribunales Seccionales.
- d) Conocer del traslado que hagan los Tribunales Seccionales, cuando la sanción aplicada por estos consista en la suspensión mayor en el ejercicio de la medicina, a fin de pronunciarse de fondo.

Cuando el pronunciamiento consista en declarar que no procede la sanción mayor, remitirá al Tribunal Seccional para que este proceda a tomar la determinación de su competencia.

Cuando el pronunciamiento consista en declarar procede la sanción, esta solo podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional, y en su contra son procedentes los recursos de reposición ante el Tribunal Nacional, dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de modificación de la sanción, o el subsidiario de apelación ante el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mismo término.

- e) Para garantizar la imparcialidad o para descongestionar los Tribunales Seccionales, disponer de oficio o a solicitud de un sujeto procesal que los procesos, por razones de competencia, cambien de radicación y sean adelantados por un Tribunal diferente al que corresponda al lugar o sección geográfica en que se cometió la falta salvo que con ello se afecte el derecho de defensa del procesado. Igualmente, decidirá sobre los conflictos o colisiones de competencia que surjan entre los Tribunales Seccionales.
- f) Vigilar y controlar el funcionamiento de los Tribunales Seccionales, sin perjuicio de

los controles administrativos y presupuestales que deban adelantar los organismos competentes.

- g) Conceder licencias a los Magistrados de los Tribunales Seccionales para separarse de sus cargos por más de noventa (90) días en un solo año y designar los interinos a que haya lugar.
- h) Incrementar el número de magistrados en los tribunales seccionales previa solicitud motivada de los mismos.
- i) Realizar publicaciones, reuniones científicas y otras actividades relacionadas con la enseñanza, el fortalecimiento y la divulgación de la Ética Médica.
- j) Darse su propio reglamento.

Artículo 54. De los Tribunales Seccionales de Ética Médica. En cada departamento y en el Distrito Capital de Bogotá habrá un Tribunal Seccional de Ética Médica que tendrá competencia para investigar hechos ocurridos en el respectivo territorio de su competencia, salvo lo dispuesto en el literal d) del artículo 52.

Artículo 55. 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 52.

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

Artículo 56. Requisitos para ser Magistrado del Tribunal Seccional de Ética Médica. Para ser Magistrado del Tribunal Seccional, se requiere:

- a) Ser ciudadano colombiano;
- b) Haber ejercido la medicina legalmente por espacio no inferior a diez (10) años.
- c) Haberse distinguido en el ejercicio de su profesión.
- d) No tener ni haber sido condenado por la justicia penal o sancionado por autoridad disciplinaria, fiscal o administrativa por conductas atentatorias contra la ética, el patrimonio público o el ejercicio de cargos o funciones públicas o privadas.

Artículo 57. Sede y período. Los Tribunales Seccionales de Ética Médica tendrán su sede en la capital del respectivo departamento y el de Bogotá en la capital de la República, pero podrán sesionar válidamente en cualquier lugar de su respectiva jurisdicción, siempre y cuando no se trate de diligencias o actuaciones a las cuales deba o tenga derecho a comparecer el médico investigado. Sus integrantes serán nombrados para un período de dos (2) años, pudiendo ser reelegidos por dos (2) veces y tomarán posesión ante la primera

autoridad política del lugar o ante aquella en quien esta delegue la facultad de adelantar la diligencia.

Artículo 58. Funciones de los Tribunales Seccionales. Son funciones de los Tribunales Seccionales de Ética Médica:

- a) Adelantar en primera instancia los procesos disciplinarios contra los médicos por presuntas faltas a la ética profesional, de acuerdo con la presente ley.
- b) Aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b) y c) del artículo 84 de la presente ley. Cuando, a su juicio, haya mérito para aplicar la suspensión mayor en el ejercicio, dará traslado dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que profiera su pronunciamiento, a fin de que el Tribunal Nacional decida de fondo.
- c) Tramitar y decidir los impedimentos y recusaciones de sus magistrados.
- d) Conceder licencias a sus magistrados para separarse de sus cargos hasta por noventa (90) días en un año y designar el conjuer que haya lugar.
- e) Designar a los conjuerces, en los casos previstos en la ley.
- f) Elaborar informes semestrales de su actividad y remitir copia de los mismos, antes del 31 de julio y del 31 de enero de cada año, al Ministerio de Salud y Protección Social, o a quien haga sus veces y al Tribunal Nacional de Ética Médica.
- g) Realizar publicaciones, reuniones científicas y otras actividades relacionadas con la enseñanza, el fortalecimiento y la divulgación de la Ética Médica.
- h) Darse su propio reglamento.

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

CAPÍTULO II

Disposiciones comunes

Artículo 59. Calidad jurídica. Los Tribunales Ético-Profesionales Médicos, en el ejercicio de las atribuciones que les confiere la presente ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes, por el hecho de serlo, no adquieren el carácter de servidores o funcionarios públicos.

Artículo 60. Apoyo para sustanciar procesos. Cada Tribunal contará con el apoyo jurídico de un abogado titulado designado por el respectivo Tribunal ya sea nacional o seccional mediante convocatorias abiertas y procesos de selección objetivos.

Artículo 61. Quórum. Los Tribunales de Ética Médica podrán sesionar y decidir válidamente con

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

Artículo 62. Actas. De cada una de las sesiones del Tribunal se extenderá un acta que será suscrita por el Presidente y el Secretario del mismo. El Secretario será responsable de la conservación y guarda de las actas.

Artículo 63. Remuneraciones. Como reconocimiento a su labor, los magistrados y conueces de los Tribunales Nacional y de los Tribunales Seccionales recibirán una remuneración, a título de honorarios, la cual no es incompatible con la recepción de cualquiera otra asignación que provenga del tesoro público o del ejercicio de su profesión. El monto de dichos honorarios será fijado por cada Tribunal de acuerdo con su categoría y responsabilidades.

CAPÍTULO III

Del Proceso Disciplinario Ético-Profesional Médico

Artículo 64. Principios rectores. Serán principios rectores del proceso disciplinario ético-profesional los siguientes derechos: debido proceso, legalidad, juez natural, a la defensa, a la favorabilidad, no agravación de la sanción por el superior, gratuidad e igualdad, así como los previstos en el Código Penal y el Código de Procedimiento Penal.

Artículo 65. Instauración del Proceso Disciplinario Ético-Profesional. El Proceso Disciplinario Ético-Profesional será instaurado:

- a) De oficio, cuando por conocimiento de uno de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley.
- b) Por solicitud de una entidad pública o privada, o de cualquier persona natural.

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

Parágrafo 2º. Serán sujetos procesales en el proceso ético-disciplinario el médico investigado y su abogado defensor, ya sea de confianza o designado de oficio. Estos sujetos pueden tener acceso al expediente y obtener copia del mismo en cualquier momento de la actuación procesal.

Artículo 66. Instrucción del Proceso Disciplinario. Una vez la denuncia es aceptada por parte de la sala plena, el Presidente del Tribunal designará por sorteo a uno de sus miembros para que abra investigación preliminar, la que tendrá por finalidad establecer si la conducta se ha realizado, si parece ser constitutiva de falta disciplinaria y si es posible identificar al médico que en ella haya

incurrido. Se ordenará la ratificación personal de la queja bajo la gravedad del juramento.

Parágrafo 1º. El término máximo para la investigación preliminar será de seis (6) meses y culminará con resolución de apertura de investigación formal o con resolución inhibitoria. Este término podrá ser prorrogado por un periodo igual.

Parágrafo 2º. Durante toda la investigación preliminar prevalecerán los principios rectores consagrados en el artículo 65 de esta ley.

Artículo 67. Resolución inhibitoria. El Tribunal dictará resolución inhibitoria y archivará la queja cuando aparezca demostrada una de las siguientes causales:

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

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

Artículo 68. Investigación formal. Si no procede la resolución inhibitoria el Tribunal ordenará la apertura de investigación formal. El Magistrado Instructor procederá a establecer la calidad de médico del investigado, le recibirá versión libre y espontánea, con asistencia de abogado defensor.

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

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

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

Artículo 69. Término de la investigación formal. El término máximo de la investigación formal será de seis (6) meses, contados a partir de la fecha del auto que ordena su iniciación. No obstante, el magistrado instructor podrá solicitar al Tribunal ampliación del término para presentar informe de conclusiones, el cual no deberá exceder los doce (12) meses.

Artículo 70. Versión libre y espontánea. Recibida la ratificación de la queja o demostrada la imposibilidad de hacerlo, pero resuelta por el Tribunal en sala plena la continuación del procedimiento, el Magistrado señalará fecha y hora para recibirle versión libre al médico investigado, para lo cual se le citará por medio idóneo a la dirección que aparezca en el proceso, indicándole que tiene derecho a nombrar un abogado que lo asista, sea de confianza o de oficio. En caso de no contar con dirección el Tribunal adelantará las diligencias pertinentes para tratar de localizarlo acorde con la ley.

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

- a) Previamente al interrogatorio se le advertirá al médico implicado que se le va a recibir una versión libre y espontánea, que es voluntaria y libre de todo apremio, que no tiene obligación de declarar contra sí mismo ni contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, ni contra su cónyuge, compañera o compañero permanente.
- b) Acto seguido, se interrogará al médico sobre sus generales de ley, universidad de la que es egresado, fechas de egreso y de grado, estudios realizados, establecimientos que avalen su especialización (si la tuviere), vinculaciones laborales, experiencia profesional, número de identificación profesional, domicilio y residencia.
- c) A continuación el Magistrado instructor verificará que el investigado haya sido informado del objeto de la versión, haya tenido la posibilidad de acceder a la actuación y a su copia, y le solicitará que haga un relato de cuanto le conste con relación a los hechos que se investigan.
- d) Cumplido lo anterior, continuará interrogándolo con el fin de precisar los hechos, las circunstancias en que ocurrieron y la razón de su manifestación. No podrá limitarse al interrogado el derecho de hacer constar cuanto tenga por conveniente para su defensa o para la explicación de los hechos, se recibirán los elementos que pueden ser medio de prueba, se verificarán las citas contenidas en su declaración y se realizarán las diligencias que propusiere para comprobar sus aseveraciones.
- e) Del interrogatorio se levantará un acta en la que se consignarán textualmente las preguntas y las respuestas, así como la relación detallada de los elementos aportados que puedan constituir medio de prueba, o de las diligencias que solicite practicar. Dicha acta será firmada por los que intervengan en ella, una vez leída y aprobada.

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

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

Artículo 71. Informe de conclusiones. Calificación. Vencido el término de la investigación formal, o antes si la investigación estuviere completa, el Magistrado instructor presentará por escrito su informe de conclusiones como proyecto de calificación del proceso. La sala plena dispondrá de quince (15) días hábiles para decidir si precluye la investigación o plantea resolución de formulación de cargos.

Artículo 72. Resolución de preclusión o terminación definitiva del proceso. La sala plena del Tribunal dictará resolución de preclusión cuando esté demostrada una cualquiera de las siguientes causales:

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

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

Artículo 73. La formulación de cargos. La sala plena del Tribunal dictará resolución de formulación de cargos cuando esté establecida la ocurrencia del hecho y exista prueba que merezca serios motivos de credibilidad sobre la falta y la presunta responsabilidad ético-disciplinaria del médico.

Parágrafo. La resolución de formulación de cargos deberá contener:

- a) El señalamiento de la conducta del investigado que se presuma reñida con los deberes éticos-profesionales relacionados

con la práctica profesional establecidos en el Título II de la presente ley, por acción u omisión, el resumen y valoración de las pruebas demostrativas de la misma;

- b) La indicación precisa de la norma o normas legales que se consideren infringidas;
- c) Cuando fueren varios los implicados, los cargos se formularán por separado para cada uno de ellos;
- d) El análisis de las pruebas obrantes en la actuación.

Artículo 74. Notificación personal de la resolución de formulación de cargos. La resolución de formulación de cargos se notificará personalmente, así: se citará por un medio idóneo al médico acusado y a su apoderado, a su última dirección conocida. Transcurridos cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de la certificación de la entrega efectiva de la comunicación, sin que comparecieren y sin excusa válida o en caso de renuencia a comparecer, se continuará el proceso con el abogado defensor o, en su defecto, será designado un defensor de oficio, a quien se notificará personalmente la resolución. Cuando el implicado resida fuera del lugar en que se adelanta el proceso, la notificación se hará por medio de un funcionario comisionado. Al notificarse la resolución de cargos se hará entrega al acusado, o a su defensor de una copia de la misma.

Parágrafo. La resolución de cargos interrumpe la prescripción por una sola vez e inicia un nuevo periodo de prescripción por otros tres (3) años.

Artículo 75. Descargos. Salvo en los casos de fuerza mayor, el disciplinado dispondrá de veinte (20) días hábiles, contados a partir de la notificación de la resolución de formulación de cargos para presentar verbalmente, y por escrito, sus descargos a la sala plena y solicitar la práctica de las pruebas que estime necesarias. Se levantará un acta que sea transcripción fiel de lo expresado.

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

Artículo 76. Término para fallar. Vencidos los términos para presentar los descargos y práctica de las pruebas, según el caso, el Magistrado instructor dispondrá del término de treinta (30) días hábiles para presentar por escrito el proyecto de fallo, y la sala de otros treinta (30) para decidir. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

Artículo 77. Requisitos sustanciales para sancionar. Solo se podrá dictar fallo sancionatorio cuando exista certeza sobre la conducta violatoria de las normas contempladas en la presente

ley endilgada en el pliego de cargos y sobre la responsabilidad del médico acusado, o cuando este haya aceptado los cargos y estos estén probados.

Parágrafo 1º. El fallo deberá contener:

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

Parágrafo 2º. Son causales de exclusión de la responsabilidad disciplinaria ético-profesional: la fuerza mayor, el caso fortuito y el estado de necesidad, y las demás previstas en el Código Penal que sean aplicables al caso concreto.

Parágrafo 3º. La parte resolutive se proferirá con la siguiente fórmula: El Tribunal de Ética Médica (de la jurisdicción respectiva), en nombre de la República de Colombia y por mandato de la ley, resuelve: Ella contendrá: 1. La decisión que se adopte. 2. La orden de expedir las comunicaciones necesarias para su ejecución, y 3. La advertencia de que contra ella proceden los recursos de reposición y apelación.

Artículo 78. Notificación. La notificación será personal, en estrados, por estado, por edicto, por conducta concluyente y por funcionario comisionado en casos indicados por la ley. Se podrá notificar por correo electrónico si previamente y por escrito alguna de las partes hubiere solicitado este medio.

Artículo 79. Impugnación del fallo. Los recursos de reposición y apelación deberán ser interpuestos dentro del término de cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación.

Parágrafo 1º. El recurso deberá sustentarse por escrito ante el Tribunal correspondiente dentro del término de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del término previsto para interponer el recurso; en caso de apelación, el expediente será remitido al Tribunal Nacional de Ética Médica para su trámite.

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

Artículo 80. Segunda instancia. Recibido el proceso con la apelación sustentada por escrito en el Tribunal Nacional de Ética Médica, será repartido por sorteo y el Magistrado Ponente dispondrá de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que entre a su Despacho para

presentar proyecto de decisión y la Sala, de treinta (30) días hábiles siguientes para decidir.

Artículo 81. Prescripción. La acción ético-médico-disciplinaria prescribe en cinco (5) años, contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta, salvo lo dispuesto en el parágrafo del artículo 73 sobre la interrupción de la prescripción de la acción.

Artículo 82. Reserva. El proceso ético-profesional está sometido a reserva. Solamente será conocido por el médico examinado y su apoderado, o por autoridad competente mientras no esté ejecutoriado el fallo definitivo.

CAPÍTULO IV

De las sanciones

Artículo 83. Tipos de sanción. Los Tribunales Seccionales Ético-Disciplinarios Médicos, probada la falta a la ética médica podrán aplicar alguna de las siguientes sanciones:

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

Artículo 84. Amonestación verbal privada. La amonestación verbal privada es la reprensión privada que la sala plena del Tribunal hace al infractor por la falta cometida; de ella quedará constancia solamente en el expediente. No figurará en los antecedentes ético-médico disciplinarios.

Artículo 85. Censura escrita y pública. La censura escrita y pública es la reprensión mediante la lectura de la decisión en la sala del respectivo Tribunal, su fijación en lugar visible del mismo y del Tribunal Nacional por treinta (30) días hábiles y su registro en la página electrónica del Tribunal, si la hubiere. Se deberá dejar constancia de la fijación y desfijación de la decisión.

Artículo 86. Suspensión. La suspensión simple consiste en la prohibición del ejercicio de la medicina por un término no inferior a treinta (30) días calendario ni superior a ciento ochenta (180) días calendario.

Artículo 87. Suspensión mayor. La suspensión mayor consiste en la prohibición del ejercicio de la medicina por un período superior a seis (6) meses y hasta por cinco (5) años.

Artículo 88. Publicidad. Las sanciones consistentes en suspensión del ejercicio profesional serán publicadas en lugares visibles del Tribunal Nacional de Ética Médica y de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, de la Academia Nacional de Medicina, de la Federación Médica Colombiana y sus colegios departamentales, del Colegio Médico Colombiano, de las demás organizaciones colegiadas, de

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

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

Artículo 89. Graduación. Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta las modalidades y circunstancias de tiempo, modo y lugar, factores atenuantes y agravantes en que se cometió la falta.

Parágrafo 1º. Son circunstancias de agravación de la sanción:

- a) Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo ético y deontológico profesional durante los cinco (5) años anteriores a la comisión de la falta.
- b) Ocultar acciones u omisiones relacionadas con la falta.

Parágrafo 2º. Son circunstancias de atenuación de la sanción.

- a) Mitigar las consecuencias de su acción y omisión.
- b) Haber actuado u omitido una conducta por factores ajenos al médico.
- c) Ejecutar actos simbólicos, académicos u otros, que contribuyan a mejorar el ejercicio de la práctica profesional bajo un enfoque ético.

CAPÍTULO V

Actuación procesal

Artículo 90. Clasificación de las providencias. Las providencias que se dicten en el proceso ético-médico disciplinario se denominan fallos, bien en primera, o en segunda instancia, previo el agotamiento del trámite respectivo; resoluciones interlocutorias, si resuelven algún incidente o aspecto sustancial de la actuación; y resoluciones de sustanciación cuando disponen el trámite que la ley establece para dar curso a la actuación. Las resoluciones interlocutorias y los fallos deberán ser motivados.

Artículo 91. Providencias que deben notificarse. Al médico disciplinado y a su apoderado se les notificarán personalmente las siguientes providencias:

- a) La resolución de apertura de investigación preliminar;
- b) La resolución de apertura de investigación formal;
- c) La resolución inhibitoria;
- d) La que resuelve una recusación.
- e) La que niega la práctica de prueba.

- f) La que pone en su conocimiento el dictamen de los peritos.
- g) La que formula cargos.
- h) Los fallos (absolutorio o sancionatorio).
- i) La que resuelve en segunda instancia la consulta.
- j) La que niega el recurso de apelación.
- k) La que dispone la preclusión del proceso.
- l) La que dispone el cambio de radicación del proceso.

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

Parágrafo 2º. En contra de las providencias proferidas durante el proceso ético-profesional proceden los recursos de reposición ante el Tribunal Nacional y de apelación ante el Tribunal Nacional, salvo las señaladas en los literales a), b), f) g), i), j).

Artículo 92. Notificación personal de providencias. La notificación se surtirá citando mediante un medio idóneo al médico disciplinado y a su apoderado, a su última dirección conocida, solicitándole su comparecencia a la secretaría del respectivo Tribunal. Si no fuere posible hacer la notificación personal, en cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de envío de la comunicación, previa constancia secretarial, las resoluciones se notificarán por estado, que permanecerá fijado en la Secretaría del Tribunal durante un (1) día y los fallos por edicto que permanecerá fijado en la Secretaría durante tres (3) días. Cuando la persona que deba notificarse no residiere en el lugar en que se adelante el proceso, la notificación se hará por medio de un funcionario comisionado.

Artículo 93. Recursos ordinarios. Contra las resoluciones interlocutorias, excepto la de formulación de cargos y la resolución de preclusión, proceden los recursos de reposición, apelación y queja. Procede el recurso de reposición contra las providencias de primera instancia y se interpone ante el mismo funcionario que dictó la providencia con el fin de que la revoque, aclare, modifique o adicione. Procede el recurso de apelación contra los fallos de primera instancia, exceptuando los previstos en este artículo y el de queja ante el superior inmediato, cuando el funcionario de primera instancia deniega el anterior en los casos en que es procedente.

Artículo 94. Consulta. Es un grado jurisdiccional mediante el cual el Tribunal Nacional conoce en segunda instancia de las decisiones que sin haber sido apeladas, deben ser revisadas en virtud de expreso mandato de la ley. Serán de consulta obligatoria las sanciones consistentes en suspensión simple o suspensión mayor, cuando el proceso se adelantó con persona ausente o cuando haya sido imposible la notificación personal de la sanción.

Artículo 95. Cambio de radicación de un proceso, finalidad y procedencia. El cambio de Tribunal competente podrá disponerse por el

Tribunal Nacional, cuando en el territorio donde se esté adelantando la actuación procesal existan circunstancias que puedan afectar la imparcialidad o la independencia de la administración de justicia, o el Tribunal que conoce del mismo se encuentre muy congestionado o se haya visto en la obligación de cesar en el ejercicio de sus funciones. En todo caso se garantizará el derecho a la defensa y al debido proceso.

Artículo 96. Nulidades. Son causales de nulidad en el proceso ético-médico disciplinario:

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

Artículo 97. Autonomía del proceso ético-profesional. El proceso ético-profesional se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil, administrativa o contenciosa administrativa a que hubiere lugar.

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

Artículo 98. Requisitos formales de la actuación. Las actuaciones en el proceso ético-médico deberán constar por escrito y en idioma español o con traducción a cargo de la parte que aduce la prueba o documento. De las actuaciones se conservará registro en medio magnético en consonancia con la regulación vigente sobre datos personales.

TÍTULO IV

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 99. Remisión a otras normatividades. En lo no contemplado en esta ley, los vacíos jurídicos serán llenados en la siguiente forma:

Los vacíos en materia sancionatoria en temas sustantivos o sustantivos con efectos procesales necesariamente deben ser llenados haciendo remisión al Código Penal.

Los vacíos en materia procesal, deben tener una remisión en el siguiente orden:

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

Todo lo anterior siempre y cuando no contravenga la naturaleza del presente procedimiento.

Artículo 100. Asesores. En materias ético-disciplinarias médicas serán asesores y consultores del Gobierno nacional: la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y el Colegio Médico Colombiano.

Artículo 101. *Financiamiento de los Tribunales.*
 El Gobierno nacional y los Gobiernos departamentales incluirán en el proyecto de presupuesto de gastos correspondiente a cada vigencia, las partidas indispensables para sufragar los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 102. *Vigencia y derogatoria.* La presente ley rige a partir de su sanción y deroga la Ley 23 de 1981 y demás disposiciones que le sean contrarias.


 EDGAR GOMEZ ROMAN
 Representante a la Cámara


 OSCAR DE JESUS HURTADO PÉREZ
 Representante a la Cámara

CONTENIDO

Gaceta número 927 - Viernes, 13 de octubre de 2017

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS Págs.

Informe de Ponencia para segundo debate en la Cámara de Representantes, texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer al Proyecto de ley número 302 de 2017 Cámara, 101 de 2016 Senado, por la cual se brindan condiciones para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Colombia. 1

Informe de ponencia para segundo debate, texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer debate al Proyecto de ley número 042 de 2017 Cámara, por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica. 4