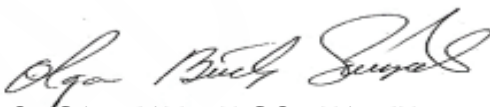


Doctor
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General
Cámara de Representantes

Asunto: Radicación de proyecto de ley

Apreciado señor Secretario:

Con toda atención me permito presentar ante la Honorable Cámara de Representantes el Proyecto de Ley “ Por el cual se modifica parcialmente la ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones “

 OLGA LUCIA VELASQUEZ NIETO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde	 OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante a la Cámara por Tolima Partido Liberal Colombiano
 LILIANA RODRIGUEZ VALENCIA Representante a la cámara por Cundinamarca Partido Alianza Verde	

--	--

**PROYECTO DE LEY NO. _____, “POR EL CUAL SE MODIFICA
PARCIALMENTE LA LEY 23 DE 1981 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.**

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I. OBJETO Y DECLARACION DE PRINCIPIOS

Artículo 1°. Del Objeto. La presente ley tiene como objeto modificar, actualizar y adicionar algunos artículos de la Ley 23 de 1981 *“por la cual se dictan normas en materia de ética médica”*.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 1° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

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

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del ser humano y propender por la prevención de las enfermedades que le afecten, así como por el respeto de la dignidad humana. La medicina debe ejercerse para todos los seres humanos sin distinciones por razón de nacionalidad, ni de orden económico, de género, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros del ser humano constituyen la esencia del servicio médico. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina debe propender por la protección de los derechos y garantías civiles de las personas.

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

3. En todo tipo de investigaciones científicas, el médico se ajustará a las buenas prácticas clínicas, los principios metodológicos, científicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos del ser humano y la persona, protegiéndola del aniquilamiento y el sufrimiento, y manteniendo incólume su integridad; aplicará tanto el principio de precaución como el consentimiento informado previstos en la presente Ley.

4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico entre quienes participan en ella respetando los derechos y garantías civiles del ser humano. Todas las entidades habilitadas en el Sistema de Salud deberán establecer las medidas necesarias para garantizar el respeto a la relación médico – paciente.

5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad, siempre que cuente con las condiciones que le permitan un desempeño profesional responsable, acorde con los principios de esta Ley.

Cuando quiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional.

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

Sin perjuicio de lo anterior, las autoridades deberán acudir como primera opción al apoyo médico forense de las entidades a las que la ley les haya asignado específicamente la función de prestar auxilio y soporte científico a la administración de justicia y demás entidades del Estado, a menos que el perito escogido acepte su designación sin el previo agotamiento de este requisito.

7. El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

8. Cuando los médicos emprendan acciones reivindicatorias colectivas, por razones laborales u otras, la institución o empresa prestadora de salud, deberá garantizar los servicios médicos que salvaguarden la salud de los pacientes y de la comunidad.

9. Los principios éticos que rigen la conducta de los médicos como ciudadanos, no se diferencian de las que regulan la de los demás miembros de la sociedad. Se distinguen en su ejercicio profesional, por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas.

La presente Ley comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia.

10. **Principio de beneficencia.** El deber primordial de la profesión médica es buscar el beneficio de la especie humana en todo su ciclo vital propendiendo en cada etapa del desarrollo la recuperación de la salud, paliar o aliviar el sufrimiento del paciente y prevenir enfermedades, respetando la evidencia científica y la autonomía del paciente. Exige profesionalismo, que implica entre otras, buenas prácticas ajustadas a la Lex Artis, entendida como 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, respetando las características individuales de cada ser humano.

11. **Principio de autonomía médica.** Por autonomía médica se entiende la libertad de los médicos para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, ajustadas a los fines de la medicina respetando a cada ser humano. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

La autonomía 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 constreñimiento directo o indirecto que limite la autonomía médica.

En ejercicio de la autonomía médica, el profesional, de manera justificada, puede apartarse de las guías establecidas. El médico no podrá ser obligado a modificar su conducta profesional por terceros, auditores, pagadores o instituciones prestadoras de servicios de salud.

Según lo dispone el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los médicos en el marco de las normas legales vigentes.

Las actuaciones realizadas por médicos en cargos directivos o administrativos, que afecten injustificadamente la seguridad de un paciente, son actos médicos que podrán ser sometidos a procesos ético-disciplinarios acorde con lo establecido en la presente Ley. En cualquier procedimiento y en los términos permitidos las instituciones velarán y garantizarán el respeto al derecho de objeción de conciencia, autonomía y ética profesional del personal médico, sin ningún tipo de discriminación.

12. **Principio de no maleficencia.** Es obligación del médico no causar daño innecesario durante el acto médico. Este principio implica un compromiso con la ética, la excelencia técnico-científica y con la educación permanente, dentro de normas de prudencia, diligencia, pericia y seguimiento de reglamentos aceptados; el médico debe tratar a todo ser humano con el más alto estándar profesional y dignidad, acudiendo a la evidencia científica y respetando sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, espirituales, y culturales.

13. **Principio de autonomía del paciente.** Se entiende por autonomía del paciente la libertad para deliberar, decidir y actuar sobre su propio estado de salud una vez se le haya dado la información clara, veraz, comprensible y oportuna. En ejercicio de este principio, las decisiones personales de los pacientes deberán ser respetadas por el médico tratante, siempre y cuando no afectan la salud pública.

En el caso de niños, niñas y adolescentes deberá considerarse su autonomía progresiva y en las personas en condición de incapacidad para decidir, se harán los ajustes y apoyos requeridos para la toma de decisiones, sujeto a las normas legales vigentes y al bloque de constitucionalidad sobre la materia.

14. **Principio de precaución.** Se entiende por principio de precaución toda acción u omisión que deba realizarse con miras a salvaguardar la vida del ser humano en su integralidad y a no exponerlo a riesgos previsibles o de muerte, como consecuencia de la atención en circunstancias de emergencia en salud o de investigaciones, caso en el que, bajo toda duda razonable sobre la prevención, el procedimiento, tratamiento, la paliación, medicamento o intervención en salud, deberá primar la protección de la vida humana y el paciente estará debidamente informado. A su vez, este principio implica la garantía de no exposición a riesgos en la realización de procedimientos que estén bajo duda científica y que éticamente deban evitarse.

15. **Principio de Justicia.** En cumplimiento de este principio, el médico se ve obligado a tratar a cada paciente como le corresponde, sin más ni menos atributos que los que su condición clínica amerita. La atención médica deberá ser otorgada sin privilegios ni discriminaciones relacionadas con la nacionalidad, raza, género, condición social o económica, principios morales o religiosos, ideologías o convicciones políticas, inclinación sexual, edad, discapacidad física o mental, condición legal, privación de la libertad, tipo de padecimiento (incluyendo las enfermedades infectocontagiosas), remuneración que se perciba o tráfico de influencias.

Éticamente es inaceptable otorgar atención preferencial en la relación médico paciente a los enfermos del sector privado sobre los del sector público.

CAPITULO II. DEL JURAMENTO.

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 2° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 2°. Para los efectos de la presente ley, adóptense los términos contenidos en el juramento o “Promesa del Médico” aprobada por la Asociación Médica Mundial en la LXVIII Asamblea General celebrada en Chicago en octubre de 2017.

*El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor la siguiente **Promesa del Médico**:*

PROMESA DEL MÉDICO COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA¹:

“PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente;

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;

EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente y conforme a la buena práctica médica;

PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;

COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud;

CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor”.

CAPITULO I. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON EL PACIENTE

¹ Declaración adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, Septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sídney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017.

Artículo 4°. Modificase el artículo 4° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

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

“Parágrafo nuevo. En el ejercicio de la medicina institucional, la responsabilidad del médico estará enmarcada dentro de los horarios asignados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o las Instituciones de Educación Superior en el cumplimiento de actividades de docencia-servicio debidamente reguladas por los convenios interinstitucionales respectivos.

Los Tribunales de Ética Médica deberán tener en consideración que, en los casos de responsabilidad compartida, en el momento de juzgar los actos médicos que ocurren en el marco de la medicina institucional, se deberá individualizar la responsabilidad ética de cada uno de los profesionales médicos participantes en los equipos de tratamiento”.

Artículo 5°. Modifíquese el artículo 7° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Cuando no se trate de casos de urgencia o emergencia, el médico podrá excusarse de prestar sus servicios o interrumpirlos, en razón a los siguientes motivos:

- a) Cuando en virtud de su juicio clínico y en ejercicio de su autonomía médica, considere que el caso no corresponde a su experticia, conocimiento o especialidad.*
- b) Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin previo consentimiento. Lo anterior no excluye el derecho del paciente a una segunda opinión de otro profesional de la salud.*
- c) Cuando el paciente rehúse cumplir las indicaciones prescritas.*
- d) Cuando el paciente o sus allegados agredan por cualquier medio al Talento Humano en Salud.*
- e) Por enfermedad incapacitante del médico.*
- f) Durante el ejercicio institucional, con ocasión del fin de la jornada laboral o de 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.*
- g) Cuando se le solicite una actuación contraria a la Constitución, a las leyes y, particularmente, a la Ley 23 de 1981 con las modificaciones de la presente Ley.*
- h) Cuando no tenga vínculo laboral o contractual con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente, caso en el cual será la institución la que deba garantizar la continuidad de la atención en salud.*
- i) Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente;*

j) *Cuando manifieste objeción de conciencia para la condición específica del paciente”.*

“Parágrafo nuevo. *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. La institución prestadora de servicios de salud deberá proporcionar al médico los elementos de protección personal necesarios y suficientes, así como cumplir los protocolos de bioseguridad, según las normas legales vigentes en la materia”.*

Artículo 6°. Adiciónese a la Ley 23 de 1981 el artículo 11 A, el cual quedará así:

“ARTICULO 11 A. *Las actitudes morbosas, comentarios, insinuaciones, actos sexuales o acceso carnal realizados por los médicos con motivo del ejercicio de su profesión, debidamente demostrados, por tratarse de una flagrante violación a la dignidad humana, constituyen falta gravísima contra la ética, sin perjuicio de las sanciones en otras jurisdicciones a que haya lugar”.*

Artículo 7°. Modifíquese el artículo y el parágrafo del artículo 12° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 12°. *El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas, según las disposiciones legales vigentes sobre la materia”.*

“Parágrafo. *Si en circunstancias excepcionalmente graves un medicamento, dispositivo o procedimiento, aún en etapa de experimentación, se presenta como única posibilidad terapéutica, éste podrá utilizarse con la autorización plenamente informada del paciente o de sus familiares responsables, una vez que el caso sea revisado y aprobado por una junta médica, y con posterior autorización de un comité de ética, si lo hubiere”.*

Artículo 8°. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 13°. *En su ejercicio profesional, el médico usará todos los medios a su alcance, mientras subsista la esperanza de preservar la salud, prevenir la enfermedad, curar, paliar, brindar asistencia para el ejercicio del derecho a morir dignamente y el acompañamiento profesional a cada ser humano que lo necesite, siempre y cuando se respete la autonomía del paciente”.*

“Parágrafo 1. *En ejercicio del derecho a morir dignamente el médico procurará el acompañamiento de manera integral e interdisciplinaria. En todo caso, deberá informar debidamente al paciente el derecho a los cuidados paliativos y a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos. En caso de solicitud de muerte anticipada, se ajustará a las normas legales vigentes sobre la materia”.*

“Parágrafo 2. *En el contexto de las personas que se encuentran en muerte encefálica, definida según la normatividad vigente, el médico a cargo deberá, si cuenta con los recursos necesarios, mantener artificialmente y de modo temporal los signos vitales para poder efectuar la donación de órganos o tejidos con fines de trasplantes, según las normas legales vigentes”.*

“Parágrafo 3. *Para efectos de donación de componentes anatómicos con fines de trasplantes u otras medidas terapéuticas, el médico se orientará según lo dispuesto en la normatividad vigente”.*

Artículo 9°. Modifícase el artículo 14 y adicionase el artículo 14A de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 14. *El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o en condición de incapacidad para decidir, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”.*

“Artículo 14A. Del consentimiento informado. *Para la práctica de un procedimiento diagnóstico o terapéutico el profesional de la medicina previamente brindará información sobre los beneficios y riesgos inherentes al mismo, sobre posibles alternativas o el riesgo de no realizarlo, de manera clara, veraz, comprensible y oportuna al paciente o a quien lo represente, a fin de lograr su comprensión para obtener su consentimiento.*

Se exceptúan los casos de urgencia o emergencia que exijan una intervención inmediata o en los casos en que el paciente no se encuentre consciente o se encuentre en incapacidad legal, física o mental para manifestar su voluntad, en cuyo caso podrá ser expresada legítimamente por los responsables del paciente”.

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

1. *Cónyuge o compañero permanente.*
2. *Quienes se encuentren en orden del primero al cuarto grado de consanguinidad o primero civil.*
3. *Curador o representantes legales.*

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, que podrá solicitar concepto al Comité Bioético Clínico Asistencial, si lo hubiere”.

“Parágrafo 2°. El consentimiento informado deberá constar en la historia clínica, suscrito por el paciente o su representante, podrá ser electrónico y podrá ser revocado por el paciente en cualquier momento del proceso de atención, sin menoscabo de la continuidad de la atención en salud. Será válido únicamente para el objetivo para el cual fue autorizado, salvo en los casos de complicaciones, hallazgos incidentales o reacciones inesperadas”.

“Parágrafo 3. Consentimiento informado en la atención médica a distancia. En la atención médica sincrónica a distancia consentida, con apoyo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), en teleconsulta, teleapoyo, teleorientación o modalidades similares que involucren toma de decisiones o formulaciones; deberá quedar grabado registro del consentimiento informado, en forma tal que sean identificables y verificables las identidades de los intervinientes y sus responsabilidades frente al acto médico, conforme a las normas vigentes aplicables en la materia”.

“Parágrafo 4. En la atención médica asincrónica a distancia, como interconsulta, asistencia con telemonitoría, juntas médicas, interpretación de evoluciones, resultados o similares, a juicio del médico responsable, se podrá solicitar o no el consentimiento informado. Deberán quedar registradas las recomendaciones, interpretaciones y decisiones tomadas, observando las normas vigentes para los registros correspondientes en la historia clínica”.

Artículo 10° Modifíquese el artículo 22° de la Ley 23 de 1981, unificase con el artículo 23° de la misma Ley y adiciónese un parágrafo, el cual quedará así:

“Artículo 22°. La retribución económica de los servicios profesionales es un derecho del médico. Si se trata del ejercicio particular de la medicina, los honorarios se fijarán por el profesional médico.

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

“Parágrafo nuevo. 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.

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

CAPITULO III. DE LA PRESCRIPCION MEDICA, LA HISTORIA CLINICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS.

Artículo 11°. Modifíquese el artículo 37° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

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

El deber de secreto profesional no cesa con la muerte del paciente. Las conclusiones de las juntas médicas o comités científicos, el comité bioético clínico asistencial y el comité bioético clínico de investigación y otros relacionados con la atención o aquellos que deban realizarse por disposición legal o reglamentaria, también estarán sometidas a secreto profesional y serán reservados. Serán protegidas las opiniones particulares de cada uno de los participantes”.

En caso de utilización de plataformas o redes sociales, deberá solicitarse previamente la autorización del paciente o su representante legal”.

Artículo 12°. Modifíquese el artículo 38° de la Ley 23 de 1981 que quedará así:

“Artículo 38°. Revelación del secreto profesional. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional 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 en condición de incapacidad para decidir 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, según lo dispuesto en las normas legales vigentes sobre la materia;
- c) A las autoridades judiciales, o administrativas en los casos previstos por la ley; salvo que se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, a menos que se trate de informes sanitarios o epidemiológicos en donde no se haya individualizado 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.
- e) A las autoridades sanitarias en situaciones extremas en las que se ponga en peligro la vida e integridad de los seres humanos y la salud pública”.

CAPITULO IV. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON LAS INSTITUCIONES.

Artículo 13°. Adiciónese el artículo 45° A de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 45° A. Estudiantes de posgrado. Los médicos graduados que se encuentren realizando estudios de posgrado, en especialidades médico-quirúrgicas, solo podrán efectuar actos médicos relacionados con la propia especialidad en instituciones

prestadoras de servicios de salud que tengan convenios de docencia-servicio con la correspondiente institución de educación superior, bajo la estricta supervisión o autorización de especialistas o del personal docente, quienes son los responsables y servidores competentes de la prestación de los servicios de salud, de conformidad con las normas legales vigentes sobre la materia y siguiendo el plan de delegación progresiva de responsabilidades contenido en los anexos técnicos del correspondiente convenio de docencia-servicio entre la universidad y la institución prestadora de servicios de salud, por cada programa académico.

Se exceptúan las situaciones de urgencia o emergencia que obliguen a la actuación inmediata del estudiante de posgrado como médico graduado que es, en las que haya una ausencia justificada del especialista”.

“Parágrafo. *Las actividades realizadas por los estudiantes de programas académicos de pregrado o posgrado que requieran ser registradas en la historia clínica del paciente u otros registros, deberán ser conocidas y avaladas por el profesional responsable y respaldadas con su firma, nombre y registro profesional”.*

Artículo 14°. Modifíquese el artículo 46° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 46°. *Para ejercer la profesión de médico en Colombia se requiere cumplir con lo establecido en el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007 y en la Ley 30 de 1992 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan”.*

Artículo 15°. Modifíquese el artículo 48° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 48°. *El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión o especialidad en nuestro país convalidará el título obtenido de conformidad con la Ley”.*

“Parágrafo nuevo. *Quien quiera ejercer medicina en Colombia en cualquiera de sus especialidades, incluidas una segunda o tercera especialización, debe haber cumplido con las exigencias académicas de un postgrado en una universidad reconocida por el Estado para ese tipo de programas; en el caso de títulos obtenidos en el extranjero, se requerirá la convalidación respectiva, de acuerdo con las normas legales vigentes y los convenios o tratados internacionales sobre reciprocidad de estudios”.*

Artículo 16°. Modifíquese el artículo 54° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

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

- 1. Investigación biomédica en general.*
- 2. Investigación terapéutica en humanos.*

3. *Genoma humano.*
4. *Aplicación de nuevas tecnologías o inteligencia artificial con fines diagnósticos o terapéuticos, tales como algunos tipos de terapias en unidades de cuidados críticos, terapias extracorpóreas, cirugía cardiovascular, psicocirugía, experimentación en psiquiatría y psicología médica, implantes hormonales o utilización de placebos, entre otros.*
5. *Trasplante de órganos.*
6. *Organización y funcionamiento de bancos de órganos y tejidos, células madre, producción, utilización y procesamiento de sangre, plasma y otros tejidos.*
7. *Diagnóstico de muerte y práctica de necropsias.*
8. *Anticoncepción.*
9. *Aborto e interrupción voluntaria del embarazo.*
10. *Técnicas de reproducción asistida.*
11. *Esterilización humana.*
12. *Tratamientos médicos o quirúrgicos de reafirmación de sexo.*
13. *Derecho a morir dignamente, cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico y muerte anticipada, en concordancia con el artículo 13 de la presente Ley y las normas legales vigentes sobre la materia.*
14. *Elaboración de dictámenes periciales y medicolegales.*
15. *Los demás temas éticamente controversiales de los que se ocupen las disposiciones legales vigentes sobre la materia o las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial.*

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

Parágrafo 2. *Las personas que se encuentren privadas de la libertad no podrán ser utilizadas con propósitos de investigación científica sin su consentimiento, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.*

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

TITULO III. ORGANOS DE CONTROL Y REGIMEN DISCIPLINARIO.

CAPITULO I. DE LA FEDERACION MEDICA Y LOS TRIBUNALES ETICO-PROFESIONALES.

Artículo 17°. Modifíquese el artículo 68° de la Ley 23 de 1981 y adiciónese dos (2) párrafos, el cual quedará así:

“Artículo 68. Tribunal Seccional de Ética Médica. Los Tribunales Seccionales de Ética Médica estarán integrados por cinco (5) magistrados por regla general o, por un número impar de profesionales de la medicina elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica, escogidos de listas presentadas por el Colegio Médico Departamental o Distrital correspondiente como se ha hecho hasta ahora según lo dispuesto en la Ley 23 de 1981; adicionalmente, a partir de la aprobación de la presente Ley, podrán proponer listas las Facultades de Medicina, la Academia de Medicina o el capítulo de la Academia Nacional de Medicina existentes en el respectivo ente territorial (si los hubiere), cuyo número en cada lista podrá ser hasta de diez (10) profesionales”.

“Parágrafo 1. El Tribunal Nacional de Ética Médica, podrá nombrar un mayor o menor número impar de magistrados en aquellos tribunales seccionales en donde el volumen de quejas así lo justifique, teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal presente en las regiones”.

“Parágrafo 2. En el caso de ausencia de una entidad médica territorial nominadora, las existentes postularán los candidatos, sin perjuicio de la conformación de los tribunales seccionales de ética médica”.

CAPITULO II. DEL PROCESO DISCIPLINARIO ETICO PROFESIONAL

Artículo 18°. Adiciónese el artículo 81° A de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:

“Artículo 81°A. Caducidad de la autoridad para conocer de los procesos ético-profesionales. La facultad que tienen los Tribunales de Ética Médica para conocer de los procesos ético profesionales que se presentan por razón del ejercicio de la medicina en Colombia e imponer sanciones, caduca a los cinco (5) años, contados desde la ocurrencia de los hechos objeto de la investigación o desde el día en que se cometió la última conducta objeto de investigación

Artículo 19°. Adiciónese el artículo 81° B de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 81° B. Recursos ordinarios. Contra las resoluciones interlocutorias, excepto las de formulación de cargos, la resolución de preclusión y la de archivo, proceden los recursos de reposición, apelación y queja.

Contra los fallos de sanción proceden los recursos de reposición, apelación y queja”.

Artículo 20°. Adiciónese el artículo 81° C de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 81° C. Reserva. El proceso ético-profesional está sometido a reserva. Mientras no esté ejecutoriado el fallo definitivo, solamente será conocido por el médico a quien se le formulo cargos y su apoderado o por autoridad competente”.

Artículo 21°. Adiciónese el artículo 81° D de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:

“Artículo 81° D. 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”.

Artículo 22°. Modificase el artículo 82° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 82°. Los vacíos que se presenten en la aplicación de la presente ley remitirán para su solución, a las normas procesales existentes en el siguiente orden: Código Administrativo y Contencioso Administrativo (CPACA) y Código General del Proceso”.

CAPITULO III. DE LAS SANCIONES

Artículo 23°. Modificase y adiciónense tres (3) parágrafos al artículo 83° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

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

- a) Amonestación privada;
- b) Censura, que podrá ser:
 - 1. Escrita pero privada.
 - 2. Escrita y pública.
 - 3. Verbal y pública.
- c) Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por diez (10) años;

“Parágrafo 1. De la graduación de la sanción. Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor, así como las modalidades y circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que ocurrieron los hechos, y los factores atenuantes y agravantes de la falta.

Son circunstancias atenuantes al graduar la sanción del médico cuando:

- a. Es la primera falta o sanción.
- b. El disciplinado demuestra arrepentimiento (atenuación por confesión) o intención de mitigar las consecuencias de su acción u omisión”.

“Parágrafo 2. Cuando un médico sea sancionado con cualquiera de las sanciones establecidas en el presente artículo más de una vez, por uno o más Tribunales, por haber cometido violaciones a la Ley 23 de 1981 modificada por la presente Ley, en actos médicos independientes no relacionados entre sí, y que dichas sanciones se superpongan en el tiempo, deberá cumplir la totalidad de las sanciones comenzando por la proferida en el primer fallo en firme. Es decir, no habrá cumplimiento simultáneo de las sanciones”.

“Parágrafo 3. Cuando la conducta establecida en el artículo 11 A recaiga sobre niños, niñas y adolescentes, personas en incapacidad de resistir, o puestas en incapacidad de resistir, en caso de proceder una sanción, será considerado como agravante. Así mismo, será agravante, si la motivación de la conducta es generada por el ánimo de lucro”.

Artículo 24°. Modifícase el artículo 84° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 84°. Los tribunales seccionales de Ética Médica son competentes para aplicar las sanciones a que se refiere el artículo 83 de la presente Ley”.

Artículo 25°. Modifíquese el artículo 88 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 88. Las sanciones impuestas por los Tribunales Seccionales son susceptibles del recurso de reposición ante el Tribunal que la impuso dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación, o el recurso de apelación ante el Tribunal Nacional de Ética Médica, dentro del mismo término”.

Artículo 26°. Modifíquese el artículo 91 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 91. El Ministerio de Salud y Protección Social, oído el proyecto de presupuesto para la siguiente vigencia del Tribunal Nacional de Ética Médica, señalará la remuneración que corresponda a los miembros del Tribunal Nacional y demás personal profesional y auxiliar, así como los gastos administrativos pertinentes”.

“Parágrafo 1. En el caso de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, la entidad o las entidades territoriales correspondientes, oído el proyecto de presupuesto para la siguiente vigencia del Tribunal Seccional de Ética Médica, señalará(n) la remuneración que corresponda a los miembros del Tribunal Seccional y demás personal profesional y auxiliar, así como los gastos administrativos pertinentes”.

“Parágrafo 2. Tanto el Ministerio de Salud y de Protección Social como las entidades territoriales deberán proveer dentro del presupuesto asignado al Tribunal correspondiente, los recursos necesarios para la adquisición de pólizas de protección contra eventuales demandas surgidas de fallos dictados por los tribunales en cumplimiento de sus funciones, o podrán incorporarlos dentro de las pólizas dispuestas para sus servidores”.

Artículo 27°. Modifíquese el artículo 92 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 92°. *El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en el proyecto de presupuesto de gastos correspondiente a cada vigencia las partidas indispensables para sufragar los gastos que demande el cumplimiento de la presente Ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 42, numeral 42.18, de la Ley 715 de 2001 o las normas que la sustituyan, adicionen o modifiquen.*

Así mismo, de acuerdo con la misma Ley, a nivel de las entidades territoriales, según el artículo 43, numeral 43.1.8, modificado por el artículo 2 de la Ley 1446 de 2011, o las normas que la sustituyan, adicionen o modifiquen, corresponde a las entidades territoriales financiar los Tribunales Seccionales de Ética Médica y vigilar la correcta utilización de los recursos.

Constituye falta gravísima, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar, el no suministro oportuno de los recursos necesarios para el buen funcionamiento de los Tribunales Éticos Médicos Disciplinarios”.

Artículo 28°. **Derogatorias y vigencias.** La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga los artículos 85, 87 y 89 de la ley 23 de 1981, las normas compiladas en el Decreto Único del Sector Salud 780 de 2016 contrarias a la presente Ley, en especial los artículos 2.7.2.2.1.2.16. 2.7.2.2.1.2.26, y las demás normas que le sean contrarias.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. ANTECEDENTES DE LA LEY 23 DE 1981.

La Asociación Médica Mundial (AMM) fue fundada el 18 de septiembre de 1947, cuando médicos de 27 países se reunieron en la Primera Asamblea General en París. Desde su inicio mostró gran preocupación por el estado de la ética médica y tomó la responsabilidad de establecer normas éticas para los médicos del mundo.

En esos años y por iniciativa de la AMM, se adoptó la costumbre en las escuelas de medicina de tomar juramento a sus médicos al graduarse o recibir una licencia para la práctica de la medicina. La AMM estimó que con la adopción de un juramento adecuado que fuera tomado como parte de la graduación o ceremonia de licenciatura, ayudaría a fijar en los nuevos médicos la ética fundamental de la medicina y ayudaría a elevar las normas de la conducta profesional².

La Academia Nacional de Medicina de Colombia (ANM) es una institución científica de duración indefinida, sin ánimo de lucro, de derecho privado, fundada en enero de 1873, con Personería Jurídica otorgada por el Ministerio de Justicia mediante Resolución 1241 del 29 de abril de 1958, cuya misión es contribuir al estudio y progreso de la medicina, de la educación médica y la investigación, auspiciar el adelanto de las ciencias afines y las tecnologías complementarias, y propender por la ética, el buen ejercicio profesional y el desarrollo humanístico del médico, así como también cumplir con la finalidad de fortalecer la unidad del cuerpo médico, dentro del ejercicio libre de la profesión. Es órgano consultor del gobierno nacional para la salud pública y la educación médica, según lo establecen las leyes 71 de 1890, 86 de 1928, 02 de 1979 y 100 de 1993.

La Federación Médica Colombiana (FMC) fue constituida en 1934 y es miembro de la Asociación Médica Mundial. Es una organización médica de carácter gremial de segundo piso, creada para reunir los colegios médicos seccionales y para defender los intereses científicos, sociales, laborales y gremiales de los médicos colombianos, así como para velar por la custodia de los principios éticos de la profesión y por la salud y el bienestar de los colombianos.

Según lo relata en su escrito el doctor Camilo Casas Santofimio³, expresidente de la FMC, la expedición de la Ley 23 de 1981 por parte del Congreso de la República, fue el fruto de un prolongado proceso de estudio iniciado en el mes de enero de 1978, en el cual, tanto la Federación como la Academia, aunaron esfuerzos con funcionarios del Ministerio de

² Redondo Gómez, Herman. Ley Estatutaria en Salud. Retos para su Desarrollo. 2.5.1 Antecedentes históricos de la Ley 23 de 1981.

³ Casas Santofimio, Camilo. Historia de los Antecedentes de la Ley 23 de 1981. Federación Médica Colombiana. Bogotá, junio de 1982.

Salud para sacar adelante una ley que dictara normas en materia de ética para el ejercicio de la profesión médica en Colombia.

Las disposiciones consignadas en la norma fueron examinadas en orden a mantener inalterable la confianza y el respeto que tradicionalmente se ha tenido por la profesión médica, estableciendo los indispensables puntos de apoyo que, tanto para los médicos, como para la sociedad en general, garantizaran ese importante objetivo.

La ANM y la FMC solicitaron al Gobierno de la época su intervención a fin de evitar que los médicos resultaran siendo víctimas del oportunismo de personas mal intencionadas que, frente a un ejercicio profesional no regulado desde el punto de vista ético, pudieran colocar al médico honesto y responsable en posición de indefensión. A su vez, normas de tal naturaleza, constituirían para la sociedad en general una defensa contra las conductas de quienes, por vía de excepción, ejercen la medicina violando los principios éticos de la profesión.

El Ministerio de Salud de la época comprendió la preocupación y brindó su apoyo para el estudio de las iniciativas que sobre la materia fueron presentadas. Desde luego, se trataba de un proyecto de la Ley cuyo contenido tenía antecedentes de importancia en muchos países del mundo y de Latinoamérica con culturas similares a Colombia o más avanzadas.

Esta campaña desarrollada por varios años terminó exitosamente con la promulgación de la Ley 23 de 1981, siendo Ministro de Salud el doctor Alfonso Jaramillo Salazar, padre del actual Ministro de salud, doctor Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

Esta Ley, en virtud de la cual se expiden normas en materia de ética médica, constituyó en su momento uno de los más importantes logros alcanzados para la defensa del ejercicio ético de la medicina en Colombia. Sin ser perfecta, sigue siendo de gran utilidad, aunque existen observaciones respecto a que después de más de cuatro décadas de vigencia, sería oportuno plantear su actualización, dados los grandes avances en el conocimiento científico y en aspectos biomédicos, técnicos, tecnológicos (inteligencia artificial), bioéticos, del propio ejercicio institucional de la medicina, constitucionales, legales y jurisprudenciales.

Reconociendo la importancia de la Ley 23 de 1981 y manteniendo su estructura general y sus principios rectores, el presente proyecto de ley plantea su actualización a la luz de la

La caracterización general de la Ley 23 de 1981 se podría sintetizar afirmando que se trata de un conjunto de normas destinadas a proteger el responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina, a la vez que busca garantizar a la sociedad en general el cumplimiento de los principios sobre los cuales descansa una adecuada relación médico - paciente.

El contexto del Proyecto de Ley refleja todo un conjunto de deberes y derechos de los médicos, dentro de los cuales, por su transcendencia, se considera de la mayor importancia la declaración de principios en el artículo primero, por constituir el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica, los cuales se mantienen y refuerzan.

En ellos, se establece que la medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del ser humano y propender por la prevención de las enfermedades que le afecten, así como por el respeto por la dignidad humana como lo consagra la Constitución Política de Colombia.

CAPITULO I. OBJETO Y DECLARACION DE PRINCIPIOS

El objeto principal del proyecto de ley es actualizar las normas que rigen la ética médica en Colombia conservando el respeto por la vida y los fueros del ser humano que constituyen la esencia del servicio médico; por consiguiente, el ejercicio de la medicina debe propender por la protección de los derechos y garantías civiles de las personas. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen la esencia espiritual de la medicina, por tanto, el ejercicio médico tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

En el artículo segundo del presente proyecto de ley que trata sobre los principios que constituyen el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre ética médica en Colombia, se precisan directrices en el contenido de la investigación científica y el fundamento de la relación médico-paciente como elemento primordial en la práctica médica; el derecho a la remuneración por el trabajo médico y a emprender acciones reivindicatorias en comunidad siempre y cuando se garanticen los servicios médicos que salvaguarden la salud de la población bajo su cuidado, así como la función inherente del médico como transmisor de conocimientos, principios éstos enmarcados por la función social que implica el ejercicio de la profesión y que conforman un todo que desde siempre ha tenido vigencia en la conciencia de los médicos colombianos.

Se adicionan nuevos principios que se consideran fundamentales en el marco del ejercicio ético de la profesión médica actual:

Principio de beneficencia. Es deber de la profesión médica buscar el beneficio de la especie humana en todo su ciclo vital propendiendo en cada etapa de la existencia la recuperación de la salud, paliar o aliviar el sufrimiento del paciente y prevenir enfermedades, respetando la evidencia científica y la autonomía del paciente.

El ejercicio profesional implica entre otras, buenas prácticas ajustadas a la *Lex artis*, entendida como 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, respetando las características individuales de cada ser humano.

Principio de autonomía médica. Consagrado como arriba se señaló en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud y declarado exequible por la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014, entendida como la libertad de los médicos para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, ajustadas a los fines de la medicina, respetando a cada ser humano. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

La autonomía 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 constreñimiento directo o indirecto que limite la autonomía médica.

En ejercicio de la autonomía médica, el profesional puede apartarse de las guías establecidas de manera justificada. El médico no podrá ser obligado a modificar su conducta profesional por terceros, auditores, pagadores o instituciones prestadoras de servicios de salud.

Según lo dispone el citado artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los médicos en el marco de las normas legales vigentes. Las actuaciones realizadas por médicos en cargos directivos o administrativos, que afecten injustificadamente la seguridad de un paciente, son actos médicos que podrán ser sometidos a procesos ético-disciplinarios acorde con lo establecido en la presente Ley.

En cualquier procedimiento y en los términos establecidos, las instituciones velarán y garantizarán el respeto al derecho de objeción de conciencia, autonomía y ética profesional del personal médico, sin ningún tipo de discriminación.

Principio de no maleficencia: Entendida como la obligación del médico de no causar daño innecesario durante el acto médico. Implica un compromiso con la ética, la excelencia técnico-científica y con la educación permanente, dentro de normas de prudencia, diligencia, pericia y seguimiento de reglamentos aceptados; el médico debe tratar a todo ser humano con el más alto estándar profesional y dignidad, acudiendo a la evidencia científica y respetando sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, espirituales, y culturales.

Principio de autonomía del paciente. Se entiende por autonomía del paciente la libertad para deliberar, decidir y actuar sobre su propio estado de salud una vez se le haya dado la información clara, veraz, comprensible y oportuna. En ejercicio de este principio, las decisiones personales de los pacientes deberán ser respetadas por el médico tratante, siempre y cuando no afectan la salud pública.

En el caso de niños, niñas y adolescentes deberá considerarse su autonomía progresiva y en las personas en condición de discapacidad para decidir, se harán los ajustes y apoyos requeridos para la toma de decisiones, sujeto a las normas legales vigentes y al bloque de constitucionalidad sobre la materia.

Principio de precaución. Aunque no se dispone de una definición generalmente aceptada, el principio de precaución puede describirse operativamente como la estrategia que, con enfoque preventivo, se aplica a la gestión del riesgo en aquellas situaciones donde hay incertidumbre científica sobre los efectos que en la salud o el medio ambiente puede producir una actividad determinada.

Los orígenes de este principio se hallan en la previsión, introducido en la legislación medioambiental alemana en la década de los setenta. El principio fue recogido posteriormente en tratados y convenciones internacionales como la Declaración de Bergen para el Desarrollo Sostenible (1990), el Tratado de Maastricht de la Unión Europea (1992), la Declaración de Río sobre Medioambiente y Desarrollo (1992) o la Convención de Barcelona (1996)⁴.

El principio establece que, cuando una actividad representa una amenaza o un daño para la salud humana o el medio ambiente, hay que tomar medidas de precaución incluso cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente. Implica actuar aun en presencia de incertidumbre, derivar la responsabilidad y la seguridad a quienes crean el riesgo, analizar las alternativas posibles y utilizar métodos participativos para la toma de decisiones.

Para el presente Proyecto de Ley, se entiende por principio de precaución toda acción u omisión que deba realizarse con miras a salvaguardar la vida del ser humano en su integralidad y a no exponerlo a riesgos previsibles o de muerte, como consecuencia de la atención en circunstancias de emergencia en salud o de investigaciones, caso en el que bajo toda duda razonable sobre la prevención, el procedimiento, tratamiento, la paliación, medicamento o intervención en salud, deberá primar la protección de la vida humana y el paciente deberá ser debidamente informado. A su vez, este principio implica la garantía de no exposición a riesgos en la realización de procedimientos que estén bajo duda científica y que éticamente deban evitarse.

Principio de Justicia. En cumplimiento de este principio, el médico se ve obligado a tratar a cada paciente como le corresponde, sin más ni menos atributos que los que su condición clínica amerita. La atención médica deberá ser otorgada sin privilegios ni discriminaciones relacionadas con la nacionalidad, raza, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, condición social o económica, principios morales o religiosos,

⁴ El principio de precaución: implicaciones para la salud pública. Editorial. Gaceta Sanitaria. Versión impresa ISSN 0213-9111. Vol.16 no.5. Barcelona, oct. 2002.

ideologías o convicciones políticas, discapacidad física o mental, condición legal, privación de la libertad, tipo de padecimiento, remuneración o tráfico de influencias.

Claramente se define que, éticamente es inaceptable otorgar atención preferencial en la relación médico paciente a los enfermos del sector privado sobre los del sector público.

CAPITULO II. DEL JURAMENTO O PROMESA DEL MÉDICO.

La AMM aprobó, en la 68ª Asamblea General celebrada en octubre de 2017 en Chicago, una nueva versión de la Declaración de Ginebra (modificando la que se adoptó en la Ley 23 de 1981), equivalente al Juramento Hipocrático. Desde su elaboración en 1948, la Declaración se ha convertido en un documento central de ética médica y una versión moderna del Juramento Hipocrático de hace 2.500 años.

Su última revisión se produjo en 2006; se considera la recién promulgada en 2017 como la más importante, razón por la que se adopta en el presente Proyecto de Ley.

La declaración revisada, denominada '**Promesa del Médico**', refleja los cambios suscitados a través de décadas en la relación entre los médicos y sus pacientes y entre los mismos médicos. Así, por ejemplo, la nueva promesa hace referencia específica, por primera vez, a respetar la autonomía del paciente, principio que no estaba incluido en la versión anterior de la promesa médica.

También hay una nueva obligación de respeto entre los maestros, colegas y estudiantes. El respeto y gratitud que el médico otorga a sus maestros se extiende, a partir de ahora, a sus colegas y a los estudiantes de medicina. Asimismo, hay una nueva obligación de compartir los conocimientos médicos en beneficio de sus pacientes y el progreso de la salud. También se añadió un requisito para los médicos de cuidar su propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel. El texto adoptado en el presente Proyecto de Ley es la Promesa del Médico de la Asociación Médica Mundial en su nueva versión del Juramento Hipocrático para los médicos⁵.

TITULO II. PRACTICA PROFESIONAL.

CAPITULO I. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON EL PACIENTE.

Responsabilidad ética en la atención médica institucionalizada y por equipos multidisciplinarios. Para el momento en el que se expidió la Ley 23 de 1981, como se ha señalado en los primeros párrafos de esta exposición, no se había aprobado la Ley 100

⁵ Asociación Médica Mundial -AMM. Nueva versión del Juramento Hipocrático para los médicos. Consultar en:
<https://eldiariodesalud.com/internacional/nueva-version-del-juramento-hipocratico-para-todos-los-medicos-del-mundo#:~:text=CUIDAR%20mi%20propia%20salud%2C%20bienestar,bajo%20mi%20palabra%20de%20honor.>

de 1993 y no existía en el Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud, normas que modificaron substancialmente el ejercicio de la medicina.

De una medicina en la que existía la atención individual por un médico tratante y la relación médico-paciente era directa, se pasó a una medicina institucional en la que el paciente recibe la atención por un grupo tratante interdisciplinario y la relación médico-paciente está mediada por empresas aseguradoras (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Actualmente, en la atención de los pacientes, el grupo terapéutico tiene responsabilidades específicas y horarios determinados por las propias IPS o, en el caso de las actividades enmarcadas en convenios de docencia-servicio, por las Instituciones de Educación Superior. En estas circunstancias, ocurre con frecuencia que el paciente sea valorado en cada jornada o en cada día por un médico diferente de la misma especialidad o por médicos de diferentes especialidades, generando circunstancias de responsabilidad compartida. En estos casos, en los procesos ético-disciplinarios, se deberá individualizar la responsabilidad ética de cada uno de los profesionales médicos participantes en los equipos de tratamiento.

En el mismo sentido, dependiendo del modelo de atención desarrollado en cada IPS, se presenta con alguna frecuencia que los controles en consulta externa, o después de la hospitalización por patologías médicas o quirúrgicas, sean asignados a diferentes profesionales por razones del funcionamiento administrativo de las instituciones con las que el médico está vinculado, estas asignaciones no son responsabilidad directa del médico tratante. Las circunstancias descritas no fueron consideradas en la Ley 23 de 1981 por lo que el presente Proyecto de Ley agrega un párrafo al artículo 4°, en el que se aclara que, en los casos de la responsabilidad compartida, se deberá individualizar la responsabilidad ética de cada uno de los profesionales médicos participantes en los equipos terapéuticos.

De las relaciones del médico con el paciente. Dado que en el ejercicio de la medicina están en juego aspectos tan trascendentes como la vida, la salud, el bienestar, la intimidad de los individuos, para poder actuar éticamente se hace obligatorio aguzar la racionalidad, reflexionar con coherencia y sapiencia. Es por eso por lo que la relación médico-paciente nunca podrá ser vulnerada ni afectada por una pretensión manifiesta o insinuada de aproximación morbosa del médico hacia el (la) paciente.

Máxime cuando se trate de exámenes que por su naturaleza involucren la genitalidad del examinado, en cuyo caso el paciente debe ser advertido previamente para obtener su aprobación, y de ser posible dichos procedimientos ser practicados en presencia de un tercero, por ejemplo, la madre o el padre si se trata de un menor, o una enfermera o auxiliar de enfermería, si se trata de un adulto. Por lo anterior, el presente Proyecto de Ley modifica el artículo 11 de la Ley 23 de 1981, en el sentido de incluir como falta muy grave las actitudes morbosas, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, tocamientos

inadecuados o agresiones sexuales, el acto sexual forzado o el intento de llevarlo a cabo, realizadas por los médicos con motivo del ejercicio de su profesión, debidamente demostrado, por tratarse de una flagrante violación a la dignidad humana, constituyen falta gravísima contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar.

El proyecto clarifica conceptos en relación con las atenciones en los servicios de urgencias, los medios diagnósticos o terapéuticos que deberán ser debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas y las circunstancias en que, por excepción, se puedan utilizar medicamentos o tecnologías aún en fases de experimentación.

Se modifica el artículo 13 de la Ley 23 de 1981 para incluir el concepto del **Derecho a Morir Dignamente** y el acompañamiento profesional a cada ser humano que lo necesite en el proceso de fallecimiento, respetando su autonomía. Bajo la circunstancia de la muerte encefálica, el médico a cargo deberá, si existe solicitud y cuenta con los recursos necesarios, mantener artificialmente y de modo temporal el cuerpo con fines de donación de componentes anatómicos, de trasplantes u otras medidas terapéuticas, basados en estándares internacionales de protección de derechos humanos.

Para estos efectos, el médico se orientará según lo dispuesto en la Ley 1805 de agosto de 2016 *"por medio de la cual se modifican la ley 73 de 1988 y la ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones"*, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

Y, en concordancia con el principio de autonomía del paciente incorporado en el artículo 1, se modifica el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, con el propósito de precisar los términos del consentimiento informado, en el sentido de que para la práctica de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, el profesional de la medicina, previamente brindará información sobre los beneficios y riesgos inherentes al mismo, sobre posibles alternativas o el riesgo de no realizarlo, de manera clara, veraz, comprensible y oportuna al paciente o a quien lo represente, a fin de lograr su comprensión para obtener su consentimiento.

Se precisan las excepciones en los casos de urgencia o emergencia que exijan una intervención inmediata o en los casos en que el paciente no se encuentre consciente o se encuentre en incapacidad legal, física o mental para manifestar su voluntad, en cuyo caso podrá ser expresada legítimamente por los responsables del paciente.

Atención Médica a distancia. Se incluyen normas éticas en la atención médica a distancia realizada con apoyo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), conforme a las normas vigentes aplicables en la materia. Circunstancias que no se daban en la década de los años 80 de siglo anterior y que con la pandemia por SARS CoV2, este tipo de atención a distancia ha sido desarrollado ampliamente en el país.

CAPITULO III. DE LA PRESCRIPCION MEDICA, LA HISTORIA CLINICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y OTRAS CONDUCTAS MÉDICAS.

Del Secreto Profesional. Con respecto al sigilo profesional, se precisan las obligaciones del médico tratante y, cómo el deber de secreto profesional no cesa con la muerte del paciente e incluye las conclusiones de las juntas médicas, comités científicos, comité bioético clínico asistencial o de investigación, los que también deberán ser reservados. En caso de utilización de plataformas o redes sociales, deberá solicitarse previamente la autorización del paciente o su representante.

CAPITULO IV. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON LAS INSTITUCIONES.

Estudiantes de posgrado. En el artículo nuevo 45 A, se establecen normas éticas en torno a los médicos graduados que se encuentren realizando estudios de posgrado en especialidades médico-quirúrgicas, quienes por estar en proceso de formación solo podrán efectuar actos médicos relacionados con la especialidad, en instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan convenios de docencia-servicio con la correspondiente institución de educación superior, bajo la estricta supervisión de especialistas graduados o del personal docente responsable de la prestación de los servicios de salud.

Se establecen excepciones, como lo son las situaciones de urgencia o emergencia que obliguen a la actuación inmediata del estudiante de posgrado como médico graduado que es, cuando exista ausencia justificada del especialista; sin perjuicio de la responsabilidad que le atañe al especialista si su ausencia no es justificada.

CAPITULO V. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON LA SOCIEDAD Y EL ESTADO.

De los requisitos para el ejercicio de la medicina en Colombia. Las normas legales que regulan el ejercicio de las profesiones y ocupaciones en salud se han venido modificando; razón por la que se actualizan los artículos 46 y 48 de la Ley 23 de 1981, sobre los requerimientos para ejercer la profesión médica en Colombia, así como para los médicos egresados de universidad extranjera que aspiren a ejercer la profesión o especialidad en el país, para ponerlos al tenor de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Talento Humano en Salud 1164 de 2007 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

TITULO III. ORGANOS DE CONTROL Y REGIMEN DISCIPLINARIO.

CAPITULO I. DE LOS TRIBUNALES ETICO-PROFESIONALES.

La creación de los Tribunales de Ética Médica y el establecimiento de un régimen disciplinario debe entenderse como un mecanismo indispensable para la eficaz aplicación de las normas establecidas en la Ley 23 de 1981.

La Corte Constitucional, se ha pronunciado en varias ocasiones sobre la importancia de los tribunales de ética médica; por ejemplo, en la Sentencia C-620/2008, en la cual la Alta Corporación manifiesta: *“Sirven de fundamento para la creación del Tribunal de Ética Médica los artículos 26, 123 y 210 de la Constitución Política, al cual le son asignadas funciones públicas. En principio, los colegios creados en virtud de lo dispuesto por el artículo 26 de la Carta Política son instituciones de origen privado a las cuales el legislador puede asignar funciones públicas, entre ellas la de conocer de procesos ético-profesionales, como ocurre con el Tribunal Nacional de Ética Médica, encargado de adelantar procesos de esta índole iniciados por razón del ejercicio de la medicina”. “...Se trata, entonces, de una función administrativa de carácter disciplinario, sometida a los principios propios del debido proceso administrativo, consagrados en el artículo 29 superior. El Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los Tribunales Seccionales ejercen la función pública de disciplinar a quienes ejercen la medicina, cuando incurran en las faltas previstas en la Ley 23 de 1981” (...)*

Y sobre los propósitos de la atribución del control disciplinario, señala la Corte:

“La atribución de control disciplinario asignada mediante las normas que se examinan está orientada a garantizar que la actividad médica sea ejercida atendiendo a criterios éticos útiles para censurar comportamientos indeseables o reprochables descritos en la ley, en beneficio de los pacientes, del personal subalterno y paramédico, de los colegas médicos, de las entidades e instituciones vinculadas a la prestación de los servicios médicos y, por ende, en favor del interés general representado por la sociedad, además de contribuir a la salvaguarda del buen nombre, del prestigio profesional y de la responsabilidad de quienes ejercen la medicina”.

Con el fin de adaptar la selección de magistrados y la constitución de los Tribunales Seccionales de Ética Médica a las necesidades y circunstancias de las entidades territoriales donde operan, el Proyecto de Ley, con respecto al artículo 68 de la Ley 23 de 1981 que trata sobre estos tribunales, define que estén constituidos, como en la actualidad, por cinco (5) magistrados como regla general; pero ahora permitiendo al Tribunal Nacional aumentar o disminuir el número de magistrados, según las circunstancias locales y teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal presente en las regiones, siempre que sea un número impar de profesionales de la medicina, elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica.

Por otro lado, y con el fin de disponer de un mayor número de candidatos para mejorar la selección de magistrados del más alto nivel de reconocimiento, para la presentación de listas de candidatos a magistrados de los Tribunales Seccionales, sin menoscabar las listas presentadas por el Colegio Médico Departamental o Distrital correspondiente, el

Proyecto de Ley amplía la posibilidad para que las Facultades de Medicina, la Academia de Medicina o el capítulo de la Academia Nacional de Medicina existentes en el respectivo ente territorial, puedan presentar candidatos, cuyo número en cada lista podrá ser hasta de diez (10) profesionales que cumplan con los requisitos exigidos.

CAPITULO II. DEL PROCESO DISCIPLINARIO ETICO PROFESIONAL.

Sobre la caducidad de la acción ético-disciplinaria. En el transcurso de los años se ha debatido ampliamente cuál es la norma llamada a llenar los vacíos que presenta la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, respecto al trámite de los procesos ético-disciplinarios.

La misma Ley 23 de 1981, en el artículo 82 indica que *“En lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.”*

Con este criterio, acorde con el Código de Procedimiento Penal vigente, los Tribunales Profesionales Ético-Disciplinarios tradicionalmente venían aplicando la prescripción de cinco (5) años, contados desde el día en que se cometió la última conducta objeto de investigación.

No obstante, pese a que la misma Ley establece una clara remisión al Código de Procedimiento Penal, lo cierto es que los Tribunales de Ética Médica no pertenecen a la rama judicial, sino a la ejecutiva, dado que como arriba se señaló, cumplen funciones de autoridades administrativas.

En efecto, los Tribunales de Ética Médica son entidades de carácter privado investidas de una función pública por disposición legal, pues tal como indica el artículo 73 de la Ley 23 de 1981, *“Los Tribunales Ético-Profesionales en ejercicio de las atribuciones que se le confiere mediante la presente ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes por el solo hecho de serlo no adquieren el carácter de funcionarios públicos”.*

Las normas contentivas del procedimiento penal han venido siendo modificadas hasta la expedición del Código de Procedimiento Penal con la Ley 906 de 2004, en la que se establece el proceso penal de tipo acusatorio, procedimiento que es completamente diferente al proceso disciplinario ético profesional regulado por la Ley 23 de 1981, haciendo difícil y en ocasiones imposible su aplicación frente a los vacíos de la Ley de Ética Médica.

La jurisprudencia frente a la prescripción en los procesos ético-disciplinarios cambió, debido a que se produjo un concepto del Consejo de Estado emitido por la Sala de Consulta y Servicio Civil del 15 de noviembre de 2016, con radicados 110012-03-06-000-2015-00169-00 y 110012-03-06-000-2016-00136-00.

El Consejo de Estado indicó en este concepto que la naturaleza de la función sancionatoria que cumplen los Tribunales de Ética Médica es administrativa. Indicó también que el Código Contencioso Administrativo contenido en el Decreto 01 de 1984, contenía un proceso administrativo general que, a efectos de llenar los vacíos de las leyes especiales, resultaba insuficiente, por lo que muchas leyes especiales, como la Ley 23 de 1981, realizaron la remisión directa al Código de Procedimiento Penal.

Sin embargo, esta situación cambió con la expedición del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo (CPACA) a través de la Ley 1437 de 2011, pues se incluyó un capítulo dedicado al proceso administrativo sancionatorio (artículo 47 al 52), donde se indica lo siguiente:

“Artículo 47. Procedimiento administrativo sancionatorio. Los procedimientos administrativos de carácter sancionatorio **no regulados por leyes especiales** o por el Código Disciplinario Único se sujetarán a las disposiciones de esta Parte Primera del Código. Los preceptos de este Código se aplicarán también en lo no previsto por dichas leyes” (resaltado propio).

En atención a esta disposición, conceptuó el Consejo de Estado, que la norma llamada a suplir los vacíos que presenta la Ley 23 de 1981 es el CPACA en su capítulo y artículos referidos al proceso administrativo sancionatorio.

Si esta norma resultare insuficiente se deberá acudir a las disposiciones de la primera parte del CPACA (Arts. 1 a 46 y 53 a 97) y, en su defecto, al Código de Procedimiento Civil y al Código General de Proceso a partir del 1 de enero de 2014.

Agrega que, al haber reglamentado el CPACA el proceso administrativo sancionatorio y al haber previsto en su artículo 47 que el mismo se aplicará a los procedimientos administrativos de carácter sancionatorio **no regulados en las leyes especiales**, así como en lo no previsto por dichas leyes, esta norma derogó tácitamente el artículo 82 de la Ley 23 de 1981, pues la remisión realizada al CPACA no es conciliable con la remisión realizada por la Ley de Ética Médica⁶ (resaltado propio).

Concluye el Consejo de Estado que la Ley 1437 de 2011 contiene las normas de naturaleza administrativa sancionatoria, por lo que se constituye en la norma que debe llenar los vacíos de la Ley 23 de 1981. En ese entendido, y dado que la Ley 23 de 1981 no reglamentó lo relativo a la prescripción de la acción disciplinaria, debemos dar aplicación a lo previsto en el artículo 52 del CPACA, que no trata de la prescripción, sino la caducidad de la facultad sancionatoria, así:

⁶ “Código Civil - ARTICULO 71. <CLASES DE DEROGACION>. La derogación de las leyes podrá ser expresa o tácita. Es expresa, cuando la nueva ley dice expresamente que deroga la antigua. Es tácita, cuando la nueva ley contiene disposiciones que no pueden conciliarse con las de la ley anterior”.

“Artículo 52. Caducidad de la facultad sancionatoria. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones, caduca a los tres (3) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudiere ocasionarlas, término dentro del cual el acto administrativo que impone la sanción debe haber sido expedido y notificado.

Dicho acto sancionatorio es diferente de los actos que resuelven los recursos, los cuales deberán ser decididos, so pena de pérdida de competencia, en un término de un (1) año contado a partir de su debida y oportuna interposición. Si los recursos no se deciden en el término fijado en esta disposición, se entenderán fallados a favor del recurrente, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial y disciplinaria que tal abstención genere para el funcionario encargado de resolver.

Cuando se trate de un hecho o conducta continuada, este término se contará desde el día siguiente a aquel en que cesó la infracción y/o la ejecución.

La sanción decretada por acto administrativo prescribirá al cabo de cinco (5) años contados a partir de la fecha de la ejecutoria”.

El concepto del Consejo de Estado del año 2016, referido anteriormente, fue acogido por el Ministerio de Salud y Protección Social como entidad que hizo la consulta, así como por el Tribunal Nacional de Ética Médica en providencia del 12 de mayo de 2021 proferida dentro del proceso ético disciplinario No. 805 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima.

En la providencia referida el Tribunal Nacional de Ética Médica indica que, aunque los conceptos de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado no son vinculantes, acepta los criterios esbozados por el Consejo de Estado, en cuanto la Ley 734 de 2002 regula un aspecto particular de las relaciones entre el Estado y las personas que mediante vínculo laboral, contractual o de manejo y administración de bienes públicos, se encuentran en una relación de subordinación que incorpora el control disciplinario y, en consecuencia, los vacíos de la Ley 23 de 1981 deben llenarse con la Ley 1437 de 2011 y no con el Código Disciplinario Único.

La aplicación de los términos de prescripción de solamente tres (3) años han generado a nivel nacional, en todos los Tribunales Éticos Médicos Disciplinarios una gran cantidad de caducidades, lo que es nocivo para los efectos del cumplimiento de la misión de los citados organismos de control ético de la profesión médica, generando preocupantes niveles de impunidad.

El artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, sobre la caducidad de la facultad sancionatoria, exceptúa lo dispuesto en leyes especiales, en virtud de que estas leyes, por contener normas especiales tiene aplicación preferencial sobre las leyes generales. La Ley 23 de

1981 por la cual se establecen normas en materia de ética Médica, es de carácter especial.

Por esta razón y para dar tiempo suficiente al desarrollo de las investigaciones y evitar la impunidad por vía de las caducidades, el presente Proyecto de Ley, en consideración a que la Ley 23 de 1981 es de carácter especial, singular y aplica a una situación específica, plantea en un artículo nuevo (81A), que la acción ético- disciplinaria caduca en cinco (5) años, contados desde el día en que se cometió la última conducta objeto de investigación o desde que las consecuencias asociadas al acto médico que se investiga se hagan evidentes para el afectado.

Recursos. Dentro del marco del proceso ético-disciplinario, respetando el debido proceso, en el artículo nuevo 81 B, se hacen precisiones en materia de recursos ordinarios, de manera que, contra las resoluciones interlocutorias, excepto las de formulación de cargos, la resolución de preclusión y la de archivo, proceden los recursos de reposición, apelación y queja. Contra los fallos de sanción proceden los recursos de reposición, apelación y queja.

Reserva. Con el artículo 81 C se honra la reserva del proceso ético-profesional; de tal manera que, mientras no esté ejecutoriado el fallo definitivo, solamente será conocido por el médico examinado, el quejoso y sus apoderados o por autoridad competente.

Nulidades. El artículo 81 D define las causales de nulidad en el proceso ético-médico disciplinario: La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas en que se fundamenten; o, la existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso.

Vacíos de la Ley 23 de 1981. Para generar claridad el respecto, se establece que los vacíos que se presenten en la aplicación de la ley 23 de 1981, modificada por el actual proyecto de ley, remitirán para su solución, a las normas procesales existentes en el siguiente orden: Código Administrativo y Contencioso Administrativo (CPACA) en la Primera Parte y al Código General del Proceso.

CAPITULO III. DE LAS SANCIONES.

Faltas a la Ética Médica. A juicio del Tribunal Ético Profesional Seccional correspondiente, contra las faltas a la ética médica, de acuerdo con su gravedad o con la reincidencia en ellas, proceden las siguientes sanciones: a) Amonestación privada; b) Censura, que podrá ser: 1. Escrita pero privada. 2. Escrita y pública. 3. Verbal y pública, y c) Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por **diez (10) años**.

La graduación de las sanciones se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor, así como las modalidades y circunstancias de

tiempo, modo y lugar en las que ocurrieron los hechos, y los factores atenuantes y agravantes de la falta.

Serán circunstancias atenuantes al graduar la sanción del médico cuando sea la primera falta o el disciplinado demuestre claro arrepentimiento (atenuación por confesión) o firme intención de mitigar las consecuencias de su acción u omisión. Serán causales de agravación de la sanción, en caso de reincidencia o cuando la conducta que se reprocha recaiga sobre niños, niñas y adolescentes, personas en incapacidad de resistir, o puestas en incapacidad de resistir.

De la financiación de los Tribunales de Ética Médica. La Ley 715 de 2001, en el Capítulo I, artículo 42, establece las competencias de la nación en el sector salud (adicionado por el Artículo 32 de la Ley 1176 de 2007; adicionado por el artículo 5 de la ley 1438 de 2011):

“Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones”:

(...)

“42.18. Reglamentar el uso de los recursos destinados por las entidades territoriales para financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica”; (...)

A pesar de esta disposición existen serios problemas en algunas entidades territoriales para la financiación de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, la cual se da con recursos insuficientes y entregados de manera inoportuna, afectando el funcionamiento de estos organismos éticos de control disciplinario.

Para subsanar esta situación, el presente Proyecto de Ley propone modificar los artículos 91 y 92 de la Ley 23 de 1981, para garantizar el funcionamiento tanto del Tribunal Nacional de Ética Médica que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, como la financiación de los Tribunales Seccionales de Ética Médica que corresponde a las entidades territoriales; estas entidades, oído el Proyecto de Presupuesto para la siguiente vigencia de parte del Tribunal Nacional o Seccional, señalarán la remuneración que corresponda a los miembros de los Tribunales Nacional o Seccional y demás personal auxiliar, así como los gastos administrativos pertinentes.

Igualmente corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades territoriales, en el marco de sus competencias, vigilar la correcta utilización de los recursos.

CONFLICTO DE INTERESES

El artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 define el conflicto de interés como aquella situación en la cual la discusión o votación de un proyecto de ley, acto legislativo o artículo pueda generar un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista. En desarrollo de esta disposición, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha precisado que el conflicto de interés se configura cuando concurren los siguientes elementos:

- a) La existencia de un interés particular –de cualquier orden, incluso moral– del congresista en la deliberación o decisión sobre un tema específico a cargo del Congreso.
- b) La participación efectiva del congresista en dicha deliberación o decisión.
- c) Que el interés sea directo, no eventual ni hipotético.
- d) Que dicho interés sea actual.
- e) Que el beneficio resultante sea particular y no general.

En armonía con esta interpretación, el literal c) del artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 establece que no habrá conflicto de interés cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o actos legislativos de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, siempre que el voto sea negativo y mantenga la normatividad vigente.

Así mismo, según reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, para que exista conflicto de interés debe verificarse un beneficio individual, concreto, actual y directo. Por tanto, si el beneficio es general, como ocurre con las iniciativas legislativas de alcance institucional o estructural, no se configura la causal de impedimento. Aceptar lo contrario implicaría impedir la participación del Congreso en prácticamente cualquier deliberación normativa, en la medida en que todas las leyes tienen, en alguna medida, efectos generales que podrían coincidir con intereses sectoriales o territoriales.

Aplicando dicho análisis al presente proyecto de ley, orientado a modificar el artículo 39 de la Ley 1676 de 2013 para precisar los roles funcionales entre las cámaras de comercio y su confederación, consolidar la autonomía operativa de las primeras, y establecer condiciones de transparencia y equidad en la administración del Registro de Garantías Mobiliarias, no se configura ningún tipo de conflicto de interés para los congresistas que participen en su estudio y votación.

Esto se debe a que:

- Se trata de una iniciativa de carácter general, cuyo objeto es fortalecer un mecanismo registral de naturaleza pública y aplicable a todo el territorio nacional, sin distinciones individuales ni beneficios específicos a favor de los legisladores.
- El proyecto no crea cargos, beneficios personales, ni privilegios contractuales a favor de congresistas, ni afecta de forma directa su situación jurídica.

Las medidas propuestas están orientadas a garantizar la transparencia institucional, la eficiencia del sistema registral y la distribución equitativa de funciones y recursos públicos, en el marco de los principios constitucionales que rigen la función administrativa (art. 209 C.P.).

Por tanto, y en línea con lo establecido por la Ley 2003 de 2019, este proyecto se encuentra excluido de la hipótesis normativa que daría lugar a la configuración de un conflicto de interés, ya que se trata de una regulación con alcance general y efectos institucionales, cuyo contenido normativo no implica beneficio individual ni directo para ningún miembro del Congreso.

Lo anterior se expone sin perjuicio del deber individual de cada congresista de examinar, en cada caso concreto, la eventual existencia de hechos generadores de conflicto de interés, y de declararlos oportunamente, conforme a lo dispuesto en el inciso primero del artículo 286 de la Ley 5ª de 1992:

“Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.”

IMPACTO FISCAL

De acuerdo con el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, toda iniciativa legislativa que implique gastos o beneficios tributarios debe presentar de forma explícita su impacto fiscal y garantizar su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. En cumplimiento de esta disposición de carácter orgánico, los proyectos deben incluir en su exposición de motivos y en las ponencias respectivas la estimación de los costos fiscales asociados, así como la identificación de las fuentes de financiación que permitan su sostenibilidad.

No obstante, es necesario aclarar que, conforme al criterio reiterado de la Corte Constitucional, esta exigencia no puede convertirse en una barrera de carácter absoluto para el ejercicio de la función legislativa del Congreso. En la Sentencia C-490 de 2011, la Corte precisó que el mandato de compatibilidad fiscal debe entenderse como un elemento orientador y no como un requisito que otorgue al Ejecutivo un poder de veto sobre las decisiones del legislador. En palabras del Alto Tribunal:

“Aceptar una interpretación que imponga al Congreso el cumplimiento exclusivo del análisis técnico de impacto fiscal [...] equivaldría a conceder al Ministerio de Hacienda una forma de veto sobre el desarrollo legislativo, lo cual resultaría contrario al principio democrático y al equilibrio entre poderes”.

En esa misma línea, la Sentencia C-502 de 2007 sostuvo que la evaluación del impacto fiscal debe respetar la autonomía del Congreso de la República, y que las exigencias de la Ley 819 no pueden erigirse en un impedimento desproporcionado que restrinja la potestad legislativa ni condicionar el debate democrático a la autorización del Ejecutivo.

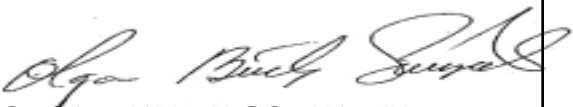
Con fundamento en este marco normativo y jurisprudencial, debe señalarse que el presente proyecto de ley no genera impacto fiscal adicional, dado que no ordena nuevas apropiaciones presupuestales, no crea beneficios tributarios, ni implica erogaciones extraordinarias para el Estado. Su implementación se limita a modificar el régimen legal existente sobre el funcionamiento del Registro de Garantías Mobiliarias, reafirmando las competencias de las cámaras de comercio en su jurisdicción, y estableciendo lineamientos para el uso gratuito de una plataforma tecnológica ya existente.

En otras palabras, la aplicación del proyecto no requiere recursos distintos a los ya asignados en los presupuestos de las entidades involucradas, ni obliga al Gobierno nacional o a las entidades del sector público a destinar nuevas partidas. Lo que se propone es una redistribución institucional de competencias, en la cual se garantiza el principio de eficiencia del gasto público, mediante el fortalecimiento de las capacidades ya existentes de las cámaras de comercio.

Además, no se crean nuevas estructuras administrativas ni se establecen cargos, programas, subsidios o transferencias económicas. Por el contrario, se optimizan los recursos generados por el propio funcionamiento del registro, permitiendo su reinversión en el fortalecimiento institucional de las entidades encargadas de prestar el servicio registral.

Por consiguiente, y en cumplimiento del artículo 7 de la Ley 819 de 2003, se puede afirmar que el presente proyecto no representa impacto fiscal adicional y, por tanto, es plenamente compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, sin que se requiera la incorporación de nuevas fuentes de ingreso ni la modificación de las proyecciones presupuestales existentes.

De los honorables congresistas,

 OLGA LUCIA VELASQUEZ NIETO Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde	 OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante a la Cámara por Tolima Partido Liberal Colombiano
 LILIANA RODRIGUEZ VALENCIA Representante a la cámara por Cundinamarca Partido Alianza Verde	