

MANUAL DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO DE ÉTICA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA



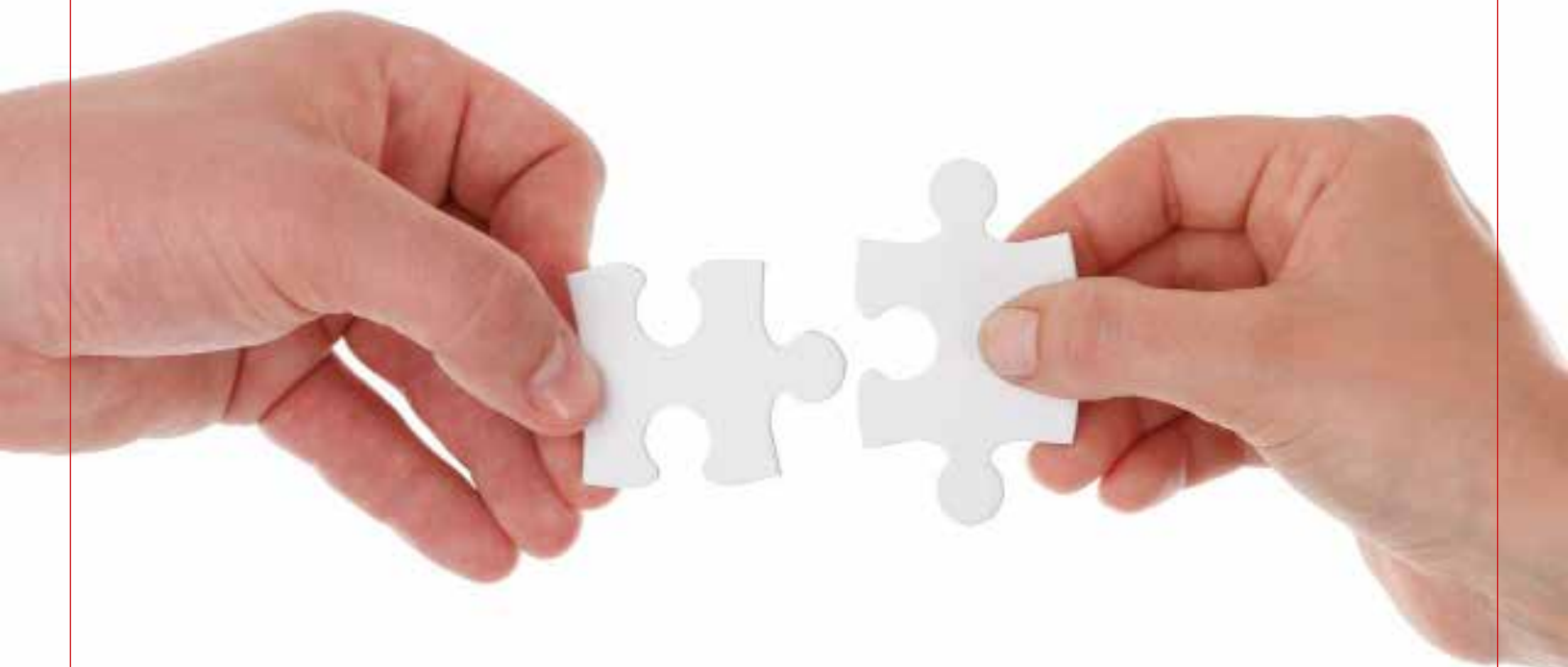
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

MANUAL DE CONVIVENCIA

MANUAL DE CONVIVENCIA Y CÓDIGO DE ÉTICA DE LA ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

APROXIMACIÓN NORMATIVA

2018



MANUAL DE CONVIVENCIA Y AL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

APROXIMACIÓN NORMATIVA

En lo que sigue, la ASOCIACION COLOMBIANA DE REUMATOLOGIA ha considerado ofrecer a sus miembros y futuros miembros las bases que conforman uno de los propósitos del presente MANUAL, cual es el otorgar a la comunidad de la Asociación Colombiana de Reumatología, un conjunto de normas de autorregulación (Código de Ética). Los documentos que se detallan a continuación, algunos de ellos en texto original del inglés y tomados de fuente INTERNET, permiten establecer de manera consecuente las razones que fundamentan nuestra NORMATIVIDAD.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.

DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE. Colombia.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA LIBERTAD INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA AUTONOMÍA Y AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA.

DECLARACIÓN DE GINEBRA.

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA EUROPEA.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

ETHICAL ISSUES OF HEALTHCARE IN THE INFORMATION SOCIETY.

LEY 23 DE 1981.

EL CÓDIGO DE NÜREMBERG

DERECHOS DEL MEDICO EN COLOMBIA. Con algunos Comentarios por el Dr. Fernando Guzmán Mora CÓDIGO DE MONTPELLIER.

DECLARACIÓN DE GINEBRA.

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA (Naciones Unidas, 1982).

REGLAS DE CONDUCTA MÉDICA URUGUAY.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR LOS NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA .

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA.

RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE DERECHOS HUMANOS.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA INDEPENDENCIA Y LIBERTAD PROFESIONAL DEL MÉDICO.

RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA INCLUSIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CURRÍCULUM DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA A TRAVÉS DEL MUNDO.

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015, POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

**CODIGO DE ÉTICA MÉDICA PARA LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.**

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho; a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión;

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

La Asamblea General proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos

Como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2.

1) Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2) Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4. Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

1) Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según

el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13. Toda persona tiene derecho a circular libremente y elegir su residencia en el territorio de un Estado.

1) Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

1) Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

1) A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

1) Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

2) La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

1) Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

1) Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos

1) Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

2) La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

- 1) Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
- 2) Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
- 3) Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24. Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

- 1) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

- 1) La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
- 2) Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

- 1) Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29. Toda persona tiene derecho respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

- 1) En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos

y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

2) Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30. Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General, Bali, Indonesia, Septiembre 1995

INTRODUCCIÓN

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

En el contexto de la investigación biomédica sobre seres humanos, inclusive la investigación biomédica no terapéutica, la persona está habilitada para exigir los mismos derechos y consideraciones que todo paciente en una situación terapéutica normal.

PRINCIPIOS

1. Derecho a la atención médica de buena calidad

- a.** Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- b.** Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- c.** El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.
- d.** La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- e.** En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- f.** El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El

médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

2. Derecho a la libertad de elección

- a. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- b. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

3. Derecho a la autodeterminación

- a. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- b. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.
- c. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

4. El paciente inconsciente

- a. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente.
- b. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.
- c. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

5. El paciente legalmente incapacitado

- a. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- b. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.
- c. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

6. Procedimientos contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. Derecho a la información

- a. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada

a éste sin el consentimiento de dicha persona.

b. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.

c. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.

d. El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.

e. El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

8. Derecho al secreto

a. Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.

b. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.

c. Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

9. Derecho a la educación sobre la salud

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

10. Derecho a la dignidad

a. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.

b. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.

c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más dignamente y sin molestias posible.

11. Derecho a la asistencia religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Resolución 13437 DE 1991

Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por los Artículos 6o. y 120 del Decreto Ley No. 1471 de 1991, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde a la dirección Nacional del Sistema de Salud, como ente rector, desarrollar las políticas, planes y proyectos y las normas técnico administrativas para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, que propendan por la humanización de la atención en salud, por ser un servicio público a cargo de la Nación.

Que corresponde al Estado intervenir y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria para el mejoramiento en la prestación de los servicios.

Que el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica.

Que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoce el derecho de toda persona del disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y del goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

Que la Asamblea Médica Mundial ha recomendado a los profesionales de la Salud dedicados a la investigación, seguir algunas normas que, a manera de guía deben observarse cuando se trate de hacer estudios en humanos. Que realizado el Primer Simposio Nacional sobre los Derechos del Paciente, convocado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y por la Consejería Presidencial para la Defensa, Promoción y Protección de los Derechos Humanos, se hizo relevante la necesidad de proteger y enaltecer estos Derechos, y recomendó la adopción de los Derechos de Paciente como el debería ser que el pueblo colombiano debe esforzarse en cumplir, de tal o cual manera que, tanto los ciudadanos como las instituciones prestadoras de servicios de salud, inspirándose en ellas, la promuevan mediante la educación a la comunidad y velen porque la respeten.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1o. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

ARTÍCULO 2o. Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera:

1. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institucional.
2. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los Comités de participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.

PARÁGRAFO. En las entidades de salud que dentro de su área de influencia, presten atención a las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

ARTÍCULO 3o. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

1. Divulgar los Derechos de los Pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria dicho decálogo.
2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan servicios de salud, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.
3. Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.
4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.

ARTÍCULO 4o. Los Comités de Ética Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros

PARÁGRAFO. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.

ARTÍCULO 5o. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.
Dada en Santa de Bogotá, D.C. a los 1o. de noviembre de 1991.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA LIBERTAD INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS

Adoptada por la 37ª Asamblea Médica Mundial
Bruselas, Bélgica, octubre 1985

La Asociación Médica Mundial favorece la igualdad de oportunidades en todas las actividades médicas, la formación y capacitación médica, empleo y todos los otros aspectos del ejercicio médico profesional; sin consideraciones de raza, color, religión, credo, afiliación étnica, origen nacional, sexo, edad o afiliación política.

La Asociación Médica Mundial se opone rotundamente a que a un médico debidamente titulado se le nieguen los privilegios y obligaciones como socio de una asociación médica nacional, a causa de la raza, color, religión, credo, afiliación étnica, origen nacional, sexo, edad o afiliación política.

La Asociación Médica Mundial exhorta a la profesión médica y a cada miembro de las asociaciones médicas nacionales, a hacer todo lo posible por acabar con cualquier situación que niegue los derechos, privilegios o responsabilidades.

Por lo tanto, resuelve que la 37ª Asamblea Médica Mundial en Bruselas, Bélgica, octubre 1985, reafirme su adhesión a estos principios.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA AUTONOMÍA Y AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987

La Asociación Médica Mundial, habiendo examinado la importancia que la autonomía y autorregulación profesional tienen para el cuerpo médico del mundo, y reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan a la autonomía y autorregulación profesional, adopta la siguiente Declaración:

- 1.** El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía que el médico puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes, tal como lo establece la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Independencia y la Libertad Profesional del Médico, adoptada en octubre de 1986.
- 2.** La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales reafirman la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales se comprometen a mantener y garantizar ese principio de ética esencial, que es la autonomía profesional en la atención de los pacientes.
- 3.** Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.
- 4.** La Asociación Médica Mundial urge a sus asociaciones médicas nacionales a establecer, mantener y participar activamente en un sistema de autorregulación de los médicos en sus respectivos países. Esta dedicación a una

autorregulación efectiva es la que finalmente asegurará a la profesión la autonomía para tomar decisiones sobre la atención médica de los pacientes.

5. La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. Los procedimientos experimentales deben cumplir las normas de protección requeridas por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y otras disposiciones que pueda tomar cada país. Las teorías científicas de tipo dudoso no deben ser usadas en pacientes.

6. Tener conciencia de los gastos es un elemento esencial de la autorregulación. La atención de la más alta calidad sólo puede justificarse por la certeza de que el costo de tal atención permita que todos los ciudadanos tengan acceso a esa atención. Nuevamente, los médicos están particularmente calificados para hacer las evaluaciones necesarias para tomar las decisiones de control de gastos. Por tal razón, las asociaciones médicas nacionales deben incluir el control de gastos en sus respectivos sistemas de autorregulación. Los puntos comunes en materia de control de gastos tienen que ver con los métodos de prestación de la atención médica, el acceso a los hospitales y a la cirugía, y el uso apropiado de la tecnología. El control de gastos no debe ser usado como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan. Tampoco debe permitirse el excesivo uso de facilidades médicas que aumente el costo de la atención médica de tal manera, que no permita acceso a ella a los que las necesitan.

7. Por último, las actividades profesionales y la conducta de los médicos debe siempre estar dentro de los límites del código de ética profesional o de los principios de ética médica en vigor en cada país. Las asociaciones médicas nacionales deben alentar a los médicos a adoptar una conducta ética para mayor beneficio de sus pacientes. Las violaciones a la ética deben ser rápidamente corregidas y los médicos culpables de dichas violaciones deben recibir medidas de disciplina y rehabilitados. Se trata de una responsabilidad que sólo las asociaciones médicas nacionales pueden asumir y llevar a cabo efectiva y eficientemente.

8. Por supuesto que existen muchos otros tipos de autorregulación por los cuales las asociaciones médicas nacionales deben asumir responsabilidad. Se insta a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para hacer frente a tales problemas y a otros por venir. Se recomienda el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales, la Asociación Médica Mundial ayudará a facilitar este intercambio a fin de mejorar la autorregulación.

9. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales deben también educar al público en general con respecto a la existencia de un sistema efectivo y responsable de autorregulación por parte de la profesión médica del país respectivo. El público debe saber que puede confiar en este sistema de autorregulación para una evaluación honesta y objetiva de los problemas relativos al ejercicio de la medicina, y a la atención y tratamiento de pacientes.

10. La acción colectiva de las asociaciones médicas nacionales de asumir la responsabilidad de establecer un sistema de autorregulación profesional realzará y asegurará el derecho del médico de tratar sus pacientes sin interferencia en su juicio y discreción profesional. Una conducta profesional responsable por parte de los médicos y

un sistema efectivo y eficiente de autorregulación organizado por la asociación médica nacional, son indispensables para reafirmar al público que cuando ellos sean pacientes, recibirán una atención médica de calidad prestada por médicos competentes.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

Deberes de los médicos en general

El médico debe mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.

El médico no debe permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes.

El médico debe en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño. Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

- a)** la publicidad hecha por el médico, a menos que esté autorizada por la leyes del país y el Código de Ética Médica de la asociación médica nacional.
- b)** el pago o recibo de cualquier honorario u otro emolumento con el solo propósito de obtener un paciente o recetar, o enviar a un paciente a un establecimiento.

El médico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.

El médico debe actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.

El médico debe certificar sólo lo que él ha verificado personalmente.

Deberes de los médicos hacia los enfermos

El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.

El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.

El médico debe prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

Deberes de los médicos entre sí

El médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

El médico no debe atraer los pacientes de sus colegas.

El médico debe observar los principios de la "Declaración de Ginebra", aprobada por la Asociación Médica Mundial.

DECLARACIÓN DE GINEBRA

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad,

Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen,

Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente,

Velar ante todo por la salud de mi paciente,

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

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

Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas,

No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,

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

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

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA EUROPEA

Este documento contiene los principios más importantes que han de inspirar la conducta profesional de los médicos, cualquiera que sea la forma de su ejercicio, en sus relaciones con los enfermos, con la comunidad y entre ellos mismos. Hace referencia también a la situación social de los médicos, de la cual depende el buen ejercicio de la profesión. La Conferencia recomienda a las Organizaciones colegiales de cada Estado miembro de la Comunidad Europea que tome las medidas oportunas para garantizar que las leyes y reglamentos de cada país se conformen, en lo relativo a los derechos y deberes de los médicos para con los enfermos, la comunidad y en sus relaciones profesionales, a los principios expuestos en este texto y que tome todas las disposiciones útiles para que la legislación de sus países permita la aplicación eficaz de estos principios.

Artículo 1º. La vocación del médico consiste en defender la salud física y mental del hombre y en aliviar su sufrimiento en el respeto a la vida y a la dignidad de la persona humana, sin discriminación de edad, raza, religión, nacionalidad, condición social o ideología política o cualquier otra razón, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.

COMPROMISO DEL MÉDICO

Artículo 2º. El médico, en el ejercicio de su profesión, se compromete a dar preferencia a los intereses del enfermo. El médico sólo podrá utilizar sus conocimientos profesionales para mejorar o mantener la salud de los que se confían a él y si se lo piden: nunca actuará en perjuicio de ellos.

Artículo 3º. El médico, en el ejercicio de su profesión, se abstendrá de imponer a su paciente sus opiniones personales, filosóficas, morales o políticas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 4º. Salvo caso de urgencia, el médico debe informar al enfermo de los efectos y consecuencias derivados del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, en particular cuando las acciones que propone conllevan un riesgo serio.

El médico no puede sustituir por el suyo propio el concepto de calidad de vida que tiene su paciente.

INDEPENDENCIA MORAL Y TÉCNICA

Artículo 5º. Tanto para aconsejar como para aplicar tratamientos, el médico debe disponer de completa libertad profesional y gozar de las condiciones técnicas y morales que le permitan actuar con plena independencia.

El enfermo deberá ser informado cuando no se den esas condiciones.

Artículo 6º. Cuando el médico actúa por cuenta de una autoridad privada o pública, o cuando haya sido encargado de alguna gestión por un tercero, debe informar de ello al enfermo.

SECRETO PROFESIONAL

Artículo 7º. El médico ha de recibir necesariamente las confidencias del enfermo. Debe garantizarle el secreto total de todas las informaciones que haya recogido y de cuanto haya podido observar con ocasión de su asistencia.

El secreto médico no queda abolido por la muerte de los enfermos.

El médico debe respetar la vida privada de sus pacientes y tomará las medidas necesarias para hacer imposible la divulgación de cuanto haya llegado a saber con ocasión de su ejercicio profesional.

Siempre que el derecho de un país incluya derogaciones de la obligación del secreto médico, el médico podrá solicitar el asesoramiento previo de su Colegio.

Artículo 8º. Los médicos no pueden cooperar en la creación de bancos electrónicos de datos médicos que puedan poner en peligro o mermar el derecho del paciente a la intimidad y a la seguridad y protección de su vida privada. Todo banco informatizado de datos clínicos deberá quedar, por respeto a la ética profesional, bajo la responsabilidad de un médico especialmente designado para ello.

Los bancos de datos médicos no podrán estar conectados con otros bancos de datos.

COMPETENCIA PROFESIONAL

Artículo 9º. El médico debe tener acceso a todos los recursos de las ciencias médicas para aplicarlos de modo adecuado a su paciente.

Artículo 10º. El médico no podrá declarar competencias de las que carece.

Artículo 11º. Cuando una exploración o un tratamiento superen sus conocimientos, el médico deberá reclamar la ayuda de un compañero más competente.

AYUDA AL MORIBUNDO

Artículo 12º. La medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, administrándole los tratamientos apropiados y manteniendo, mientras sea posible, la calidad de una vida que se acaba. Es obligatorio atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Artículo 13º. En el caso de un enfermo, en el que es imposible invertir el proceso terminal de extinción de las funciones vitales que están siendo mantenidas de modo artificial, los médicos se asegurarán de la muerte del paciente teniendo en cuenta los datos más recientes de la ciencia.

Dos médicos al menos se encargarán de redactar por separado un documento sobre tal situación. Serán independientes del equipo que se encarga del trasplante.

Artículo 14º. Los médicos encargados de obtener un órgano que vaya a ser trasplantado podrán aplicar los tratamientos especiales destinados a mantener en actividad los órganos para trasplantar.

Artículo 15º. Los médicos encargados de obtener el órgano se asegurarán por todos los medios posibles de que el donante no había expresado en vida, por escrito o ante sus allegados, su oposición a la donación.

REPRODUCCIÓN

Artículo 16º. El médico facilitará a sus pacientes, cuando se la pidan, toda información útil en materia de reproducción y contracepción.

Artículo 17º. Es conforme a la ética que un médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos, e invitará a los interesados a solicitar el parecer de otros colegas.

EXPERIMENTACIÓN SOBRE EL HOMBRE

Artículo 18º. El progreso de la Medicina se funda en la investigación y no puede prescindir de la experimentación sobre seres humanos.

Artículo 19º. Todo proyecto de experimentación sobre el hombre deberá someterse de antemano, para su aprobación y asesoramiento, a una comisión de ética, independiente del experimentador.

Artículo 20º. Se recogerá el consentimiento libre e informado del sujeto de experimentación después de haberle ilustrado de modo adecuado de los objetivos, métodos y beneficios previstos, así como de los riesgos y molestias posibles, y de su derecho a no participar en la experimentación o a retirarse de ella en cualquier momento.

Artículo 21º. El médico que se propone adquirir nuevos conocimientos médicos no puede combinar la investigación biomédica con la atención médica, a no ser tal investigación esté justificada por el posible beneficio diagnóstico o terapéutico para su enfermo.

TORTURA Y TRATAMIENTOS INHUMANOS

Artículo 22º. Nunca, en ninguna situación, ni en caso de conflicto armado o de guerra civil, el médico podrá secundar,

admitir o realizar actos de tortura o cualquier otra forma de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes, sean cuales fueren los argumentos invocados (comisión de delitos, denuncias, creencias).

Artículo 23º. El médico jamás utilizará sus conocimientos, su capacidad ni sus destrezas para facilitar la aplicación de torturas o de cualquier otro procedimiento cruel, inhumano o degradante, sea cual fuere el fin perseguido.

MÉDICO Y SOCIEDAD

Artículo 24º. Para cumplir su misión humanitaria, el médico tiene derecho a la protección legal de su independencia profesional, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.

Artículo 25º. Ya sea actuando individualmente, ya por intermedio de las organizaciones profesionales, el médico tiene el deber de llamar la atención de la colectividad sobre las deficiencias relativas a la calidad de los servicios médicos y a la independencia profesional de los médicos.

Artículo 26º. Los médicos están obligados a participar en la elaboración y ejecución de todas las medidas colectivas destinadas a mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. En particular, deberán colaborar como médicos en la organización de auxilios en situaciones de catástrofe.

Artículo 27º. Deberán participar, en la medida de su competencia y de sus posibilidades, en la mejora constante de la calidad de los cuidados médicos, por medio de la investigación y de su propio perfeccionamiento continuado, de modo que puedan ofrecer a sus enfermos cuidados acordes con los avances de la ciencia.

CONFRATERNIDAD

Artículo 28º. Las normas de la confraternidad se establecen para beneficio del paciente. Procuran evitar que el enfermo sea víctima de maniobras de competencia desleal entre médicos. Estos pueden, por el contrario, hacer uso legítimo de las calificaciones profesionales reconocidas por sus colegas.

Artículo 29º. Si un médico fuera llamado a cuidar a un paciente que está ya recibiendo atención de otro colega, procurará entrar en relación con este último, para beneficio del paciente, salvo que éste se opusiera.

Artículo 30º. No falta al deber de confraternidad el médico que comunica al órgano profesional legítimo las infracciones de las normas éticas y de competencia profesional de que haya tenido conocimiento.

PUBLICIDAD DE DESCUBRIMIENTOS

Artículo 31º. El médico tiene el deber de dar a conocer primero por la prensa profesional los descubrimientos que haya hecho o las conclusiones de sus estudios científicos en materia de diagnóstico o de tratamiento. Antes de ponerlos en conocimiento del público no médico, los someterá a la crítica adecuada de sus colegas.

Artículo 32º. Es contrario a la ética médica la explotación publicitaria de un éxito médico en beneficio de alguna persona, grupo o escuela.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Artículo 33º. El médico, sea cual fuere su especialidad, debe considerarse obligado a prestar cuidados de urgencia a un enfermo en peligro inmediato, a no ser que se asegure de que otros médicos, capaces de hacerlo, pueden facilitar esa atención.

Artículo 34º. El médico que acepta atender a un paciente se compromete a garantizar la continuidad de sus cuidados, sirviéndose, en caso de necesidad, de médicos ayudantes, sustitutos o asociados que tengan la debida competencia.

LIBRE ELECCIÓN

Artículo 35º. La libre elección del médico por parte del paciente constituye un principio fundamental de la relación médico/enfermo. El médico debe respetar y hacer que se respete esa libertad de elección.

Por su parte, el médico, salvo cuando se trata de un paciente en peligro, puede negarse a prestar asistencia.

HUELGA MÉDICA

Artículo 36º. Cuando un médico decide participar en una suspensión colectiva y organizada de la asistencia, no queda dispensado de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes, a los que deberá garantizar los cuidados de urgencia y los que necesiten los enfermos que están en tratamiento.

HONORARIOS

Artículo 37º. Para establecer sus honorarios, el médico, en caso de que no exista un contrato o convenio individual o colectivo que fije su remuneración, deberá tener en cuenta la importancia de los servicios prestados, las circunstancias particulares del caso, su propia competencia y la situación económica del enfermo.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM, Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

Introducción

1. La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades, y mantener y promover la salud de la población. El objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y a la población, y de las maneras y medios para producir estos servicios.

2. La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los métodos utilizados, está incluida en los códigos de ética de los médicos. Estos estipulan que el médico tiene que mantener y mejorar sus conocimientos y experiencia. El debe recomendar sólo exámenes y tratamientos que se saben que son eficaces y adecuados, en base al estado del arte de la medicina.

Objetivos de las normas

3. Los médicos y los establecimientos de atención médica tienen la obligación moral de esforzarse por tener un mejoramiento continuo de los servicios. El objetivo de estas normas es reforzar este propósito por medio de revisiones de la calidad y la creación de fundamentos éticos para dichas prácticas, como la revisión clínica.

Normas

Aplicación de las normas

4. Estas normas éticas de mejoramiento continuo de la calidad se aplican a todos los médicos, los establecimientos que ofrecen servicios de atención médica y los que ofrecen los servicios de revisión.

Obligación de la revisión de la calidad

5. Todos los médicos, otros profesionales de la salud, incluidos los administradores de salud, y los establecimientos tienen que aspirar a un mejoramiento de su trabajo. Se debe estimular la participación activa de todos en la auditoría clínica y en iniciativas de revisión de la calidad. Las evaluaciones de revisión de la calidad se pueden utilizar para una auditoría externa independiente y para fines de acreditación.

Condiciones para un trabajo de buena calidad

6. Los que trabajan con pacientes tienen que especificar las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad y la evaluación de la calidad de dicho trabajo. Los recursos y la experiencia del personal de los establecimientos de atención médica deben ser adecuados para lograr las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad.

7. La historia clínica de los pacientes, registrada por escrito o en el ordenador, debe ser escrita y preservada cuidadosamente, se debe tomar en cuenta las obligaciones del secreto. Los procedimientos, decisiones y otros asuntos relacionados con los pacientes deben ser anotados de manera que la información pueda servir para medir condiciones específicas disponibles cuando se necesiten.

8. Los profesionales de la salud deben tener posibilidades adecuadas de mantener y aumentar sus conocimientos y experiencia. Las recomendaciones y las normas clínicas deben estar a disposición de los que las necesitan. Los establecimientos de salud necesitan crear sistemas de calidad para uso propio y asegurar que sigan las instrucciones contenidas en dichos sistemas.

Reconocimiento de la revisión de la calidad

9. Todo médico debe evaluar continuamente la calidad de su trabajo y su capacidad a través de métodos de autoevaluación.

10. La calidad de la atención médica puede ser evaluada con métodos internos y externos. Estos deben estar ampliamente aprobados y los métodos utilizados deben estar generalmente aceptados y basados en investigaciones o conocimientos suficientes.

11. Cada establecimiento que proporcione servicios debe tener como actividades continuas una revisión clínica interna, observación de los métodos de examen y tratamiento, comparación con otros, observación de la capacidad de la organización para tomar medidas y observación de la información que entregan los pacientes.

12. Las iniciativas de revisión externa de la calidad, como una revisión externa y auditoría, debe hacerse con una frecuencia que corresponda a la evolución del campo y cada vez que exista una razón especial.

Secreto de la historia clínica de los pacientes

13. Está permitido utilizar las historias clínicas de los pacientes en la revisión de la calidad. Se debe informar a los pacientes del uso de su historia clínica en la revisión de la calidad. Sus historias clínicas se deben mantener en secreto y anónimas, y no deben ser accesibles a personas inapropiadas. Todos los informes, fotografías, videos y datos comparativos deben ser presentados de tal manera que los pacientes evaluados no puedan ser identificados.

Secreto de la revisión

14. La condición previa para una revisión exitosa es la disponibilidad de los establecimientos y de los médicos a ser revisados y su compromiso con la revisión. Se recomienda obtener un consentimiento informado voluntario de los que serán revisados.

15. Los resultados de la revisión pertenecen a los que se someten a dicha revisión. Se pueden utilizar para comparaciones y fines generales sólo con la aprobación de los evaluados y de los que participan en la revisión, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.

16. Está permitido que los establecimientos que prestan servicios informen a sus clientes sobre los resultados de la revisión de la calidad y que los utilicen para comercializar sus servicios, siempre que esto esté autorizado por ley.

17. La revisión del trabajo de un médico es responsabilidad suya y de su médico superior. La información sobre un médico no debe ser publicada sin su consentimiento.

18. La revisión externa no debe entregar a otros los resultados de la revisión u otra información obtenida durante el proceso, sin el permiso por escrito de la persona sometida a revisión.

Comités de ética

19. En la revisión de la calidad se deben respetar los principios éticos de atención médica generalmente aprobados y los códigos nacionales de ética médica.

20. Si surgen ideas sobre asuntos éticos en un proyecto de revisión, éstas se deben presentar a un comité de ética. Sin embargo, en general no es necesaria la presentación rutinaria de los proyectos de revisión para la aprobación de un comité de ética médica.

Competencia del revisor

21. El revisor tiene que ser experimentado en el campo de la revisión en cuestión y competente en técnicas de desarrollo de la calidad y en métodos de auditoría clínica. Cuando se revise la atención médica, el revisor debe ser un médico. El revisor debe ser aceptado por los que se sometan a la revisión, cuando sea posible.

Imparcialidad de la revisión

22. El revisor seleccionado debe ser lo más imparcial e independiente posible. Debe conocer bien las actividades de los que serán revisados. Debe ser objetivo en su informe y las conclusiones deben basarse en una evaluación crítica de las observaciones y hechos. El revisor no debe permitir que asuntos comerciales o competitivos tengan alguna influencia en el contenido de su informe.

La revisión y la supervisión de las autoridades

23. La revisión de la calidad de la atención médica y el continuo mejoramiento de los servicios es parte de la actividad de todo médico y establecimiento. La supervisión de las actividades profesionales de parte de las autoridades de salud es una actividad distinta y se debe mantener separada de la revisión de la atención médica. Los resultados de la revisión de médicos pueden usarse para fines establecidos por las autoridades supervisoras y los médicos involucrados, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.

ETHICAL ISSUES OF HEALTH CARE IN THE INFORMATION SOCIETY

Reference: Initiative of the Group

Rapporteur: Prof. Ina Wagner

The European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE),

Having regard to the Treaty on European Community, and in particular its Article 3 relating to a contribution to the attainment of a high level of health protection, its Title XIII and Article 152 on public health and its Title XIV and Article 153 on consumer protection,

Having regard to the Treaty on European Union, and in particular Article 6 of the common provisions concerning the respect for fundamental rights,

Having regard to Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data,

Having regard to the Directive 92/59/EEC of the Council of 29 June 1992 on general product safety,

Having regard to the Directive 93/42/EEC of the Council of 14 June 1993 concerning medical devices,

Having regard to the Directive 96/9/EC of the European Parliament and of the Council of 11 March 1996 on the legal protection of databases,

Having regard to Directive 97/66/EC of the European Parliament and of the Council of 15 December 1997 concerning the processing of personal data and the protection of privacy in the telecommunications sector,

Having regard to the proposal for a European Parliament and Council Directive on a common framework for electronic signatures (COM(1998) 297 final of 13 May 1998),

Having regard to the proposal for a European Parliament and Council Directive on certain legal aspects of electronic commerce in the internal market (COM(1998) 586 of 18 November 1998),

Having regard to Decision No. 99/182/EC of the European Parliament and of the Council of 22 December 1998 concerning the fifth framework programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities (1998 to 2002),

Having regard to Decision No. 99/168/EC of the Council of 25 January 1999 adopting a specific programme for research, technological development and demonstration on a user-friendly information society (1998 to 2002),

Having regard to the amended proposal for a Community action plan on promoting safer use of the Internet by combating illegal and harmful content on global networks (COM(1998) 784 final of 14 December 1998),

Having regard to the amended proposal for a European Parliament and Council Decision adopting a Multiannual Community Action Plan on promoting safer use of the Internet (COM(1998) 518 final of 10 September 1998),

Having regard to the Communication from the Commission to the Council and the European Parliament and to the Economic and Social Committee and the Committee of Regions on Europe's way to the information society an Action Plan (COM(1994) 347 final of 19 July 1994),

Having regard to the Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the follow-up to the Green paper on the protection of minors and human dignity in audio-visual and information services including a proposal for a Council Recommendation concerning the protection of minors and human dignity in audio-visual and information services (COM(1997) 570 final of 18 November 1997),

Having regard to the Green paper on public sector information in the information society: a key resource for Europe (COM(1998) 585 of 20 January 1999),

Having regard to the Council of Europe Convention 108 for the protection of individuals with regard to automatic processing of personal data of 28 January 1981,

Having regard to the Council of Europe Recommendation No. R(97)5 on the protection of medical data adopted of 13 February 1997,

Having regard to the Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine signed on 4 April 1997,

Having regard to the Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights adopted at UNESCO level in 1997, and endorsed by the General Assembly of the UN on 9 December 1998,

Having regard to the OECD Recommendation of the Council concerning guidelines governing the protection of privacy and transborder flows of personal data, adopted by the Council on 23 September 1980,

Having regard to the United Nations Guidelines concerning computerised personal data files, adopted by the General Assembly on 14 December 1990,

Having regard to the WHO Regional Office for Europe Declaration on the promotion of patients' rights in Europe of 1994,

Having regard to national regulations and opinions expressed by national ethical bodies within the European Union on the use of personal as well as medical data,

Having regard to the hearing held on 17 March 1999 by the EGE, with experts, representatives of the European Institutions and of interest groups (health, consumers, industry, religions),

Having heard the rapporteurs.

1. WHEREAS

1.1. Scope of the Opinion

1.1.1. Range of data covered by the present Opinion

The present Opinion confines itself to the ethical implications of the use of person identifiable personal health

data. Person identifiable data includes, as in the terms of the Directive 95/46/EEC, any data which either directly or indirectly identifies an individual by reference to her/his name, identification number or to one or more factors specific to her/his physical, physiological, mental, economic, cultural or social identity.

Personal health data encompass a wide range of information about an individual, which all touch upon an individual's private life. A health biography could include, not only basic medical data: a history of all medical diagnoses, diseases and medical interventions, medications prescribed, test results, including imaging, etc..., but could also include sensitive data: on mental health, relevant to family history, behavioral patterns, sexual life, social and economic factors, etc ..., and healthcare administrative data: admissions and discharge data routine operational data, insurance and financial transactional data, etc....

Almost all such data can be recorded in digital form and processed electronically and remain sensitive even after the death of an individual.

1.1.2. Range of data uses covered by the present Opinion

The Opinion covers all aspects of personal health data management: collection, processing, recording, storage, access, uses, management, responsibility, follow up, evaluation, systems and network design,

Personal health data are used not only in the practitioner-patient interaction but also by the numerous spatially distributed third parties. Such third parties may include medical practitioners who are given access to a patient's medical data in the context of shared medical care, administrative bodies charged with the management of healthcare services, as well as other third parties such as insurers, employers, etc....

1.1.3. Issues not considered in the present Opinion

The present Opinion does not specifically consider the use of non identifiable personal health data.

The Opinion does not either cover aggregated data concerning the professional activities of healthcare professionals even if these data raise specific ethical questions.

1.2. Information and communication Technology tools in healthcare

Medical informatics dates back to the 1960s when computers were first introduced into hospitals to support administrative tasks. Many trials of a wide range of Information and Communication Technology (ICT) tools used in healthcare are currently taking place in Europe, some with the support of European Community funds.

Electronic Health Record (EHR)

The concept of the electronic health record (EHR) has developed, and now forms a core element of ICT developments in healthcare. An EHR can comprise the medical history of a citizen as well as non-medical information, held in textual and non textual format (image, voice, tactile traces). The electronic recording of data facilitates their transmission and sharing between practitioners and relevant third parties, for clinical, administrative, statistical, research purposes, etc...

Networking and Telemedicine

Networked systems, in the form of intra-nets, extra-nets and the Internet, can facilitate interdisciplinary co-operation. A hospital intranet system can be used, for example, to send radiological images simultaneously to the treating

clinician, so that while the radiologist is working on a diagnosis, the clinician can have an independent view of the images and also converse with the radiologist.

The EHR opens the possibility of telemedicine in which a practitioner can give a consultation without the physical presence of the patient. The practitioner may, for example, assist the citizen living in a remote area or in transit in an aircraft or at sea.

In several European countries pilot projects are in operation which connect the practitioner's consultancy with other professionals. Such systems can, for example, allow a practitioner to forward prescriptions directly to the local pharmacy. Thus a pharmacist could perform checks (e.g. for drug incompatibilities, the use of habit-forming drugs) and practitioners could also check if a patient has actually retrieved her/his medication.

Electronic Health Card

Currently, several European countries are testing the design of an Electronic Health Card, a chip card holding administrative and/or medical data. Such a card may exist either as a practitioner held card, which the practitioner keeps and uses to access the EHR, or as a patient held card, which creates the possibility of a portable health record, through which the patient may give access to her/his complete or partial (for example emergency data) medical record to any practitioner.

Some European countries are currently testing the design of publicly accessible card reading facilities, through which the citizen holding her/his own health card may have direct or indirect access to her/his medical record.

Decision support technologies

The development of software and ICT tools for medical specialists allow for the development of decision support systems, which strengthen the diagnostic capacities of individual practitioners.

Such technologies can, for example, suggest diagnoses, provide reminders for check ups and preventative measures, or alert practitioners to side-effects.

Decision support technologies

The development of software and ICT tools for medical specialists allow for the development of decision support systems, which strengthen the diagnostic capacities of individual practitioners.

Such technologies can, for example, suggest diagnoses, provide reminders for check ups and preventative measures, or alert practitioners to side-effects.

Medical databases

The establishment of large medical databases extracted and aggregated from individual clinical and administrative data, can enhance healthcare evaluation, public health surveillance and epidemiology. Such databases may be used, for example, to trace long-term effects of certain drugs, trajectories of particular diseases, outcomes of particular medical interventions, as well as to plot disease incidence.

Medical databases also provide support for clinical and statistical research activities such as trials, literature searches and in-depth comparisons of research results (meta-analyses).

The Internet

Citizens, healthcare providers and industry are all making increasing use of the Internet. Citizens are increasingly using the Internet for their own health education and participation in healthcare. They are becoming the consumers of a wide range of health information, goods and services offered on the Internet.

1.3. Wider societal implications of ICT in Healthcare

1.3.1. Changes in the practitioner / patient relationship

Through the development of the EHR and special software to support the daily administrative work of medical practitioners, computers have become an integral feature of the interactions between practitioners and their patients.

While formerly most information was collected in personal conversations between doctor and patient, today medical decision making is a spatially distributed process, involving numerous actors, among them nurses, psychotherapists, and various medical specialists. Many of these actors never meet face-to-face to discuss a case but each adds her/his own report which is read, interpreted and integrated by the responsible practitioner.

In order to allow the shared use of collected data, so that different and spatially distributed healthcare units can retrieve and process such data, it is necessary that the various systems in use can communicate with each other (technical interoperability). Moreover, standardised terminologies used for coding diseases, medical procedures, prescriptions and nursing interventions have been developed (ICD-10, ICNP, READ, Snomed, ...).

1.3.2. Security and reliability in ICT systems

Since it is difficult to construct absolutely reliable computer systems due to their enormous complexity of the systems.

Many tools and standards have been developed to ensure that ICT applications in healthcare do not compromise information security, i.e. not only the confidentiality of the data, but also its availability and integrity, requiring that data are accurate and complete, and available where and when required. Security tools may be graded to be commensurate with the security sought.

1.3.3. The citizen and standardisation

The design of ICT systems and networks influences which personal health data are collected, stored and maintained and who should or could have access to them via the Internet or via inter-or intra-hospital networks or who should have access to the patient data card.

One main effect of ICT development is the globalisation of standards and procedures, which may be used, for example, in the determination of protocols for treatment. Standards and protocols can serve as tools for good practice and can form an important part of quality assurance.

However the collection of standardised data and the use of such protocols require that the practitioner/patient interaction is structured according to a pre-set format.

Standards are not neutral. They embody choices (ethical, social, economical, political, epistemological, ...) of their creators and will necessarily favour particular views of patients or diseases while excluding others.

1.3.4. The Citizen as a stakeholder

ICTs are used to improve the citizen's access to health information, to provide the citizen with tools that could enhance her/his choices (such as Internet-based information on healthcare services and providers) and increase her/his demand for healthcare.

ICTs also support patient centered self-help groups to play a more active role vis-à-vis healthcare institutions and professionals.

ICTs reinforce the notion of the citizen as a stakeholder in her/his own health, who seeks greater participation in her/his healthcare and therefore greater access to her/his own health information.

1.3.5. Secondary uses of personal health data

While medical data are used for the care of the patient, personal health data are also used for a wide range of secondary purposes, which include in particular health administration, cost containment, reimbursements, health policy, quality of care auditing, epidemiological and other studies.

ICT can be a fundamental tool to improve efficiency at both clinical and managerial level, by allowing greater visibility of work and avoiding duplication.

ICT can be a powerful tool for quality assurance activities and programmes, which may be used to control performance and practice of healthcare professionals.

Personal health may be used to construct profiles of patient as a basis of health policy decision-making.

Personal health data are widely used for the control and containment of costs and the allocation of health resources. The Icelandic legislation, granting access to a sole pharmaceutical company to the anonymised health data of the population of Iceland for research and development purposes, underlines the Economic value of personal health data.

1.3.6. Citizen and ownership of personal health data

Personal data must be considered in the framework of the rights of personality, even if in some cases they can be subject transactions. However, since personal data continue to reflect the data subject's identity, they cannot be treated as entirely separate from her/him. Thus, some countries regard sensitive personal health data as inalienable in order to protect the dignity of the individual .

1.4. Legal aspects

The general principles of the European Convention for the protection of Human Rights and Fundamental Freedoms of 1950, (in particular the respect for private life), which constitute principles of Community law, provide the legal background for the development of specific legislation to protect the interest of the citizen when ICT is used in healthcare.

The Council of Europe's Convention 108 for the protection of individuals with regard to automatic processing of personal data has placed the citizen in a significantly improved position with regard to personal health data.

With the Directive 95/46/EC, the European Union has now adopted its first comprehensive legislation with regard to

fundamental rights and freedoms and in particular the right to privacy.

Although Article 8 includes health and sex life data, no specific binding legislation on personal health data and ICT exists.

Furthermore the diverse nature of healthcare management in the European states has given rise to a particularly disparate array of legislation relevant to ICT and healthcare across Europe.

Legal standards for the protection of the citizen in healthcare differ from country to country, since they reflect the diversity in long-standing cultural traditions, of medical secrecy, ownership of medical data, patient autonomy, professional liability, etc.

1.5. Ethical aspects

1.5.1. Public concerns

While the trends and developments of ICT in healthcare have given rise to many positive developments as described earlier, public concerns about the use of ICT in healthcare have been expressed

- The pervasiveness of a technology which many people do not understand.
- The lack of transparency of the work of healthcare professionals and its effects on the doctor/patient relationship.
- The difficulty of respecting privacy and confidentiality when third parties may have a strong interest in getting access to electronically recorded and stored personal health data.
- The difficulty in ensuring the security of shared personal health data.
- The lack of adequate infrastructure in certain regions and the absence of computer literacy in certain sections of the population which may reinforce existing inequalities.

1.5.2. Value conflicts

These public concerns about the use of ICT in healthcare echo many well established value conflicts in the provision of healthcare, such as:

Effectiveness versus confidentiality

The need to know and share patient personal health data, in order to provide good quality of care, creates a situation of shared secrecy which may compromise confidentiality.

Privacy versus the collective good

Privacy may be traded for certain collective goods (research, administration, planning, prevention...) that benefit the community or population at large.

Quality assurance versus professional autonomy

Some professionals fear that quality assurance standards (protocols, clinical guidelines, clinical pathways, ...) may restrict or diminish professional autonomy.

Efficiency versus beneficence

While beneficence indicates giving the best possible care for every patient, this may be very expensive and not

feasible. In the context of limited resources, to give a patient expensive care could deprive another patient of much needed basic treatment, a second best treatment may be the most appropriate.

1.5.3 Ethical principles

In addition to the legal regulations, certain ethical principles may be used to address these value conflicts, namely:

- Human dignity, serving as a basis for requirements of privacy, confidentiality and medical secrecy;
- Autonomy, serving as a basis for requirements of self-determination and participation;
- Justice, serving as a basis for requirements of equitable distribution of limited resources;
- Beneficence and non-maleficence, serving as a basis for the attempts to weigh anticipated benefits against foreseeable risks;
- Solidarity, serving as a basis of the right for everyone to the protection of healthcare, with a special concern for vulnerable groups in society.

2. THE GROUP SUBMITS THE FOLLOWING OPINION

Personal health data necessarily touch upon the identity and private life of the individual and are thus extremely sensitive.

ICT creates the potential for the free circulation of personal health data, across local, national and professional borders, giving such data an enhanced European dimension.

The principles of the European Convention of Human Rights, the rules of the Convention of the Council of Europe for the protection of individuals with regard to automatic processing of personal data and especially the European Directive 95/46/EC, for the protection of personal data, are an essential source for addressing the ethical questions of healthcare in the Information Society.

2.1. Status of personal health data

Personal health data form part of the personality of the individual, and must not be treated as mere objects of commercial transaction.

2.2. Confidentiality / privacy

The Human Right to respect for private life requires that confidentiality of personal health data is guaranteed at all times. It also implies that, in principle, the informed consent of the individual is required for the collection and release of such data.

Collection of, and access to, personal health data is limited to treating medical practitioners and to those third parties (non-treating medical practitioners, healthcare and social security personnel, administrators, ...) who can demonstrate a legitimate use.

All legitimate users of personal health data have a duty of confidentiality equivalent to the professional duty of medical secrecy. Exceptions to this duty must be limited and provided for by legal rule.

Medical secrecy is central to the trustworthiness of the healthcare system, not only in the private interest of the person. Trust is a fundamental ethical value in itself.

The respect for the confidentiality of health data continues after the death of the person.

2.3. Self-determination

Health data should be collected directly from the citizen wherever possible.

Self-determination includes citizens' right to know and to determine which personal health data are collected and recorded, to know who uses them for what purposes, and to correct data if necessary.

The citizen has the right to oppose, the use of her/his data for secondary purposes not provided for by law.

The use of personal health data for the purposes from which society as a whole benefits must be justified in the context of the above rights.

2.4. Accountability

The networking of health institutions fosters new kinds of dependencies and responsibilities.

This has to be reflected in new kinds of accountability.

For all parties using health data an equivalent to the accountability of health professionals should be established.

When health managers use health data for the purposes of health services planning and management, they should be accountable for such data uses.

2.5. Principle of legitimate purpose

The collection and processing of personal health data should be guided by the principle of a strict relationship between this collection and handling and the legitimate purpose to which those data are used.

Third parties who do not form part of the public health system may require access to medical information for their professional purposes, such as insurers and employers. Such third parties must in no case have direct access to personal health data.

2.6. Security

The security of ICT in healthcare is an ethical imperative to ensure the respect for human rights and freedoms of the individual, in particular the confidentiality of data and the reliability of ICT systems used in medical care.

The respect for security requires the use of encryption technology where appropriate, the use of closed networks for the transfer of personal health data and organisational measures to support security.

Given the importance of the security of personal health data, European security standards should be observed wherever an electronic transfer of person identifiable data occurs.

Since medicine is a safety ethical environment, ICT systems must be rigorously monitored.

2.7. New ICT technologies

Internet

The notion of accountability has to be extended to the providers of health information on the Internet.

Where transactions related to healthcare goods and services (ordering drugs, looking at drug information) are made by Internet, data related to such transactions should be regarded as personal health data.

Data related to the consultation of health information on the Internet must not be transferred to third parties or used for constructing personal profiles.

Health cards

All projects and activities concerning the design and use of health cards have to observe the citizens' rights to self-determination and participation.

No personal health data may be included on the card without the holder's prior consent.

The card holder must be able to readily restrict access to some or all personal health data held on the card.

2.8. Participation

The right to participate in the medical decision-making process is a key part of the notion of the citizen as a stakeholder.

The citizen must have access to his/her electronic health record.

Procedures (e.g. consensus conferences, participatory systems design) have to be developed to encourage and support the participation of citizens' collectives and users in the design of systems.

2.9. Transparency

Standardisation is inherent in ICT, increasingly in the healthcare sector where classification and coding (clinical protocols, diagnostic related code, checklists) are in widespread use.

As these standards are not neutral, but embody value-related choices, they must be transparent and may be subject to evaluation by independent bodies (for example ethical committees, patients' organisations, professional associations).

2.10. Evaluation

Qualitative and quantitative evaluation studies with a focus on core effects and implications of ICT systems should be undertaken at a European level.

2.11. Education and training

In order to make the right of self-determination effective, healthcare professionals should inform patients of their rights without a direct request for such information.

Programmes of information, education and training should be promoted at the European level to provide citizens, health professionals and systems designers with guidance on the ethical implications of ICT in healthcare and information about the potential, the limitations and the appropriateness of the use of ICT systems.

2.12. Actions to be undertaken

A Directive on medical data protection is desirable within the framework of the current Data Protection Directive to address the particular issues arising from the use of health data in Information Society.

A European Patient's Charter covering the above aspects, possibly by means of a Recommendation, should be adopted.

The Members:

Paula Martinho da Silva, Anne McLaren, Marja Sorsa, Ina Wagner, Göran Hermeren, Gilbert Hottos, Dietmar Mieth, Octavi Quintana-Trias, Stefano Rodota, Egbert Schroten, Peter Whittaker

LEY 23 DE 1981 (febrero 18)

Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981

Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I. DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

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

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

2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.

En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.

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

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

5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad.

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

6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad.
7. El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.
8. Cuando el médico emprenda acciones reivindicatorias en comunidad, por razones salariales y otras, tales acciones
9. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.
10. Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen si 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.

CAPÍTULO II. DEL JURAMENTO

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

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

TÍTULO II. PRÁCTICA PROFESIONAL

CAPÍTULO I. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON EL PACIENTE

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

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

ARTÍCULO 5o. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos;

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

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

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

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

ARTÍCULO 8o. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios.

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 23. En casos de urgencia, la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios profesionales.

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

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

ARTÍCULO 26. El médico no prestará sus servicios profesionales a personas de su familia o que de él dependan

en casos de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas de urgencia o cuando en la localidad no existiere otro médico.

CAPÍTULO II. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS COLEGAS

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

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

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

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

ARTÍCULO 30. El médico no desaprobará con palabras o de cualquier otra manera las actuaciones de sus colegas en relación con los enfermos. Será agravante de esta conducta el hecho de que esté dirigido a buscar la situación médico tratante. (INEXEQUIBLE).

ARTÍCULO 31. Todo disentimiento profesional entre médicos será dirimido por la Federación Médica Colombiana de conformidad con las normas de la presente Ley.

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

ARTÍCULO 32. Es censurable aceptar un cargo desempeñado por otro colega que haya sido destituido sin causa justificada, salvo que se trate de un empleo de dirección o confianza. No debe el médico procurar conseguir para si empleos o funciones que estén siendo desempeñados por otro colega.

CAPÍTULO III. DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, LA HISTORIA CLÍNICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS

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

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

ARTÍCULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

ARTÍCULO 37. <NOTA DE VIGENCIA: El aparte entre corchetes {..} fue declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, pero sólo en relación con las hipótesis contenidas en el artículo 38 de la misma Ley y con las salvedades que se establecen en los numerales siguientes.> Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, {salvo en los casos contemplados por disposiciones legales}.

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

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

b) <NOTA DE VIGENCIA: Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, salvo en el caso de que el paciente estando en condiciones de tomar por sí mismo la decisión de autorizar el levantamiento del secreto profesional médico a sus familiares, se oponga a ello.> A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;

c) <NOTA DE VIGENCIA: Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, sin perjuicio del derecho del menor, de acuerdo con su grado de madurez y del "impacto del tratamiento" sobre su autonomía actual y futura, para decidir sobre la práctica de un determinado tratamiento y sobre la reserva de ciertos datos de su intimidad.> A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;

d) <NOTA DE VIGENCIA: La frase entre corchetes {...} fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, 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.> {A las autoridades judiciales o de higiene y salud}, en los casos previstos por la ley;

e) <NOTA DE VIGENCIA: La frase entre corchetes {...} fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, bajo el entendido de que la situación a la que se alude objetivamente corresponda a un peligro cierto e inminente y siempre que no exista un medio idóneo distinto para conjurarlo.> A los interesados cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

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

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

ARTÍCULO 41. El médico no debe aceptar o conceder participaciones por la remisión del enfermo.

CAPÍTULO IV. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON LAS INSTITUCIONES

ARTÍCULO 42. El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo

y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

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

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

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

CAPÍTULO V. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON LA SOCIEDAD Y EL ESTADO

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

- a) Refrendar el título respectivo ante el Ministerio de Educación Nacional;
- b) Registrar el título ante el Ministerio de Salud;
- c) Cumplir con los demás requisitos que para los efectos señalen las disposiciones legales.

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

ARTÍCULO 47. Es obligatoria la enseñanza de la Ética Médica en las Facultades de Medicina.

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

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

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

ARTÍCULO 51. El texto del Certificado Médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado.

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

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

ARTÍCULO 54. El médico se 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; aplicación de nuevas tecnologías, tanto con fines de diagnósticos, tales como biopsias cerebrales, o bien con fines terapéuticos como es el caso de algunos tipos de cirugía cardio-vascular y psicocirugía y experimentación en psiquiatría y sicología médica, y utilización de placebos.
3. Transplante de órganos; organización y funcionamiento de bancos de órganos y tejidos, producción, utilización y procesamiento de sangre, plasma y otros tejidos.
4. Diagnóstico de la muerte y práctica de necropsias.
5. Planificación familiar.
6. Aborto
7. Inseminación Artificial
8. Esterilización humana y cambio de sexo.
9. Los demás temas de que se ocupen las disposiciones legales vigentes sobre la materia o las recomendaciones de las Asambleas de la Asociación Médica Mundial.

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

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las personas que se encuentren privadas de la libertad no podrán ser utilizadas con propósitos de investigación científica en contra de su voluntad.

PARÁGRAFO TERCERO. 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.

CAPÍTULO VI. PUBLICIDAD Y PROPIEDAD INTELECTUAL

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

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

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

PARÁGRAFO. Cuando el anuncio de que trata el presente artículo se refiere a un centro médico o a una asociación de profesionales en él debe aparecer el nombre del Gerente, Administrador o responsable del grupo, con los datos correspondientes a los numerales a), c) y d) del presente artículo.

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

ARTÍCULO 58. Todo anuncio profesional deberá ser inspeccionado por el respectivo Colegio Médico, quien podrá

ordenar su modificación o retiro, cuando lo estime pertinente.

ARTÍCULO 59. La difusión de los trabajos médicos podrá hacerse por conducto de las publicaciones científicas correspondientes.

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

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

TÍTULO III. ORGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

CAPÍTULO I. DE LA FEDERACIÓN MÉDICA Y LOS TRIBUNALES ÉTICO-PROFESIONALES

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

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

ARTÍCULO 64. El Tribunal Nacional de Etica Médica estará integrado por cinco profesionales de la medicina elegidos por el Ministerio de Salud de una lista de diez candidatos, de los cuales cuatro serán propuestos por la Federación Médica Colombiana, tres por la Academia Nacional de Medicina y tres representantes de las Facultades de Medicina legalmente aprobadas, propuestos por éstas.

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

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

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

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

ARTÍCULO 67. En cada Departamento, Intendencia o Comisaría se constituirá un Tribunal Seccional Ético-profesional.

ARTÍCULO 68. El Tribunal Seccional de Etica Médica estará integrado por cinco profesionales de la medicina, elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 73, escogidos de listas presentadas por los Colegios Médicos correspondientes, cuyo número en cada caso no podrá ser inferior a diez profesionales,

salvo cuando en el respectivo territorio no existiere este número, con el lleno de las calidades que más adelante se señalan.

ARTÍCULO 69. Para ser miembro del Tribunal Seccional de Etica Médica se requiere:

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

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

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

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

ARTÍCULO 73. Los Tribunales Etico-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.

CAPÍTULO II. DEL PROCESO DISCIPLINARIO ÉTICO PROFESIONAL

ARTÍCULO 74. El proceso disciplinario ético-profesional será instaurado.

- a) De oficio, cuando por conocimiento cualesquiera 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.
- En todo caso deberá presentarse por lo menos, una prueba sumaria del acto que se considere reñido con la Etica Médica.

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

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

ARTÍCULO 77. En todos los casos en que el profesional instructor o el profesional acusado lo consideren indispensable o conveniente, podrán asesorarse de abogados titulados.

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

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

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

- a) Declarar que no existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica en contra del profesional acusado;
- b) Declarar que existe mérito para formular cargos por violación de la ética médica, caso en el cual, por escrito, se le hará saber así al profesional inculcado, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos.

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

ARTÍCULO 81. Practicada la diligencia de descargos, el Tribunal podrá solicitar la ampliación del informativo, fijando para ella un término no superior a quince días hábiles, o pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos.

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

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

CAPÍTULO III. DE LAS SANCIONES

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

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

ARTÍCULO 84. El Tribunal Seccional Ético Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los

literales a), b) y c) del artículo 84 de la presente Ley. Cuando a su juicio, haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83. Dará traslado, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha del pronunciamiento de fondo al Tribunal Nacional para que se decida.

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

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

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

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

ARTÍCULO 89. La sanción consistente en la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83, sólo podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional Etico Profesional y en su contra son procedentes los recursos de reposición para ante el mismo Tribunal, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de modificación de la sanción, o el subsidiario de apelación para ante el Ministerio de Salud, dentro del mismo término.

ARTÍCULO 90. Los recursos de reposición y apelación que se interpongan en contra de cualquiera de las providencias a que se refiere la presente Ley estarán destinados a que aquellas se aclaren, modifiquen o revoquen.

ARTÍCULO 91. El Ministerio de Salud, oído el concepto de la Federación Médica colombiana, señalará la remuneración que corresponda a los miembros de los Tribunales Etico Profesionales y demás personal auxiliar.

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

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

ARTÍCULO 94. Esta Ley regirá desde su sanción.

Dada en Bogotá a los quince días de diciembre de mil novecientos ochenta.

EL CÓDIGO DE NÜREMBERG

La prueba de crímenes de guerra y de crímenes contra la humanidad

Aplicando cualquier criterio reconocido de evaluación, el juicio muestra que se han cometido crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad tal como se alega en los puntos dos y tres de la querrela. Desde el comienzo de la Segunda Guerra Mundial se realizaron, en Alemania y en los países ocupados, experimentos médicos criminales en gran escala sobre ciudadanos no alemanes, tanto prisioneros de guerra como civiles, incluidos judíos y personas "asociales". Tales experimentos no fueron acciones aisladas o casuales de médicos o científicos que trabajaran aislados o por su propia responsabilidad, sino que fueron el resultado de una normativa y planeamiento coordinados al más alto nivel del gobierno, del ejército y del partido nazi, practicado como parte del esfuerzo de guerra total. Fueron ordenados, aprobados, permitidos o sancionados por personas que ocupaban cargos de autoridad, las cuales estaban obligadas, de acuerdo con los principios de la ley, a conocer esos hechos y a tomar las medidas necesarias para impedirlos y ponerles fin.

Experimentos médicos permisibles

Existen pruebas de gran peso que nos muestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente definidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Quienes practican la experimentación humana justifican su actitud en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben observarse ciertos principios básicos a fin de satisfacer los requisitos de la moral, la ética y el derecho:

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide. Este último elemento exige que, antes de aceptar una respuesta afirmativa por parte de un sujeto experimental, el investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevará a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de evaluar la calidad del consentimiento corren de la cuenta de todos y cada uno de los individuos que inician o dirigen el experimento o que colaboran en él es un deber y una responsabilidad personal que no puede ser impunemente delegado en otro.

2. El experimento debería ser tal que prometiera dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria.

3. El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.

4. El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.

5. No se podrán realizar experimentos de los que haya razones a priori para creer que puedan producir la muerte o daños incapacitantes graves; excepto, quizás, en aquellos experimentos en los que los mismos experimentadores sirvan como sujetos.
6. El grado de riesgo que se corre nunca podrá exceder el determinado por la importancia humanitaria del problema que el experimento pretende resolver.
7. Deben tomarse las medidas apropiadas y se proporcionaran los dispositivos adecuados para proteger al sujeto de las posibilidades, aun de las más remotas, de lesión, incapacidad o muerte.
8. Los experimentos deberían ser realizados sólo por personas cualificadas científicamente. Deberá exigirse de los que dirigen o participan en el experimento el grado más alto de competencia y solicitud a lo largo de todas sus fases.
9. En el curso del experimento el sujeto será libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.
10. En el curso del experimento el científico responsable debe estar dispuesto a ponerle fin en cualquier momento, si tiene razones para creer, en el ejercicio de su buena fe, de su habilidad comprobada y de su juicio clínico, que la continuación del experimento puede probablemente dar por resultado la lesión, la incapacidad o la muerte del sujeto experimental.

DERECHOS DEL MÉDICO EN COLOMBIA.

Las obligaciones del médico, frente al derecho, provienen de su actividad consciente y, por lo tanto, son la contrapartida de los derechos del enfermo que ha acudido en busca de ayuda o atención; derechos y obligaciones que están establecidos en la ley. Estas obligaciones, en opinión generalizada de los tratadistas son, con algunas variaciones, las siguientes: Secreto Profesional, Información adecuada y consentimiento, Obligación de conocimiento, Obligación de diligencia y técnica, Continuidad en el tratamiento, Asistencia y consejo, Certificación de la enfermedad y del tratamiento efectuado.

El paciente, en su condición de actor principal del Acto médico considerado como un contrato de servicios, tiene también una serie de obligaciones. Son en realidad las lógicas de cualquier miembro de la sociedad: Colaborar en el cumplimiento de las normas institucionales, tratar con respeto al médico, a los paramédicos, a otros pacientes y a los acompañantes y firmar el documento de salida voluntaria o de no aceptación de los tratamientos propuestos, cuando así lo decida.

Pero el aspecto de los derechos del médico es muy llamativo. Partiendo del Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981) pareciera como si lo que se enuncia como derechos del médico fuera simplemente la lista de los deberes con otro subtítulo. En efecto, ellos están definidos como:

1. Derecho a ejercer la profesión una vez cumplidos los requisitos legales (La pregunta es; A quién se le ocurriría no ejercer su "derecho" a la profesión después de tantos años de esfuerzo y sacrificio?)
2. Derecho a recibir trato digno por parte de pacientes y familiares (Trato digno que abarca a cualquier miembro de

la sociedad. Es una orden constitucional).

3. Derecho a no prestar servicios en casos que no sean de urgencia, en casos específicos contemplados en la ley. Aunque este es un derecho, vale la pena recordar que a profesionales como los banqueros también se les abroga el derecho de no prestarle dinero a quien no deseen.
4. Derecho a recibir remuneración por su trabajo (Ni más faltaba).
5. Derecho a intervenir sin autorización en casos de urgencia. (Esto es un deber).
6. Derecho a solicitar Junta Médica. (Esto es un deber).
7. Derecho a la propiedad intelectual sobre sus trabajos (Contemplado en varias leyes para cualquier ciudadano).
8. Derecho al buen nombre y honra. (Derecho ciudadano consagrado en la Constitución Nacional y en el Código Civil).
9. Derecho al debido proceso y a la defensa. (También constitucional y también para todo el mundo)
Y lo más curioso es que se han olvidado otros derechos que también nos corresponden por el simple hecho de ser ciudadanos colombianos. De hecho, si se ha querido rebajar la profesión a los niveles de mano de obra calificada nada más, no podemos permitir que se nos nieguen las conquistas ciudadanas que rigen para todos los elementos de la sociedad, con el argumento de: Te exijo mis derechos con base en tus principios y te niego los tuyos con base en mis propios principios.

Y si bien es cierto que el Juramento Hipocrático sigue vigente para nosotros, es contradictorio ejercer en el camino social obedeciendo una ética autoimpuesta, basada en el obedecimiento al deber, cuando se debe enfrentar una "moral" utilitarista que busca las ganancias por encima de toda consideración.

Fernando Guzmán Mora, MD. JD.

CÓDIGO DE MONTPELLIER

Adoptado por el Consejo de la Federación de los Sindicatos Médicos de L'Herault

I. Si el médico tiene el derecho de pretender la estimación de sus colegas y la efectiva gratitud de sus clientes, él debe, para ser digno, inspirar todos sus actos en los principios que constituyen la esencia de la deontología. Es de la incumbencia de los sindicatos médicos, guardianes de las tradiciones que son el honor de la profesión, formular las reglas generales, y vigilar, en los casos necesarios, su estricta aplicación.

A. Deberes del médico para consigo mismo

II. Antes de todo, el médico se debe a sí mismo, como debe a la corporación de que forma parte, la obligación de ser un perfecto honesto hombre. A este título, debe abstenerse de toda forma, mismo indirecta, de charlatanismo, que en el fondo, tiene por objeto la explotación de la credulidad pública: usurpar títulos o engañar al público con el valor de los que se posee, recurrir para llamar la clientela, a una publicidad extramédica y cuyo valor el enfermo no

puede conocer, son gestos esencialmente incorrectos.

III. Son igualmente condenables todos los medios que tienden a la edificación de una situación profesional por otros procedimientos que no sean la ciencia y la abnegación, solas bases de toda notoriedad legítima y durable. Así, son prohibidos todos los actos de regateo o de connivencia, comisiones o gratificaciones a los buscadores de enfermos, hoteleros, comadronas; asociación o repartición de beneficios con las mismas personas; aceptación de una comisión por la prescripción de medicamentos o aparatos, por el envío a un sanatorio o a un balneario. El carácter clandestino de tales procedimientos demuestra suficientemente que los mismos autores los consideran inconfesables.

IV. El acuerdo con los empíricos, bajo forma de prescripción de remedios secretos, o la colaboración con los curanderos o los sonámbulos, constituye más que una incorrección, pues es castigado por el Código Penal como delito de complicidad de estafa.

B. Deberes de los médicos para con la clientela

V. Excepto el caso en que el espíritu de humanidad lo exija, los de compromisos anteriores o de requerimiento judicial, el médico tiene el derecho de rehusar sus cuidados a un enfermo. Por el contrario, desde que él acepta atenderlo, contrae ciertas obligaciones.

VI. El enfermo espera los mejores cuidados, razón por la cual, el médico tiene la obligación de estar al corriente del movimiento científico; toda negligencia de su parte puede ser considerada como una falta.

Cualquiera que sea la posición social del cliente, la frecuencia de las visitas, salvo demanda expresa de los interesados, será función relativa a la gravedad del caso. Es tan criticable el espaciar o acortar los exámenes, como multiplicar visitas y prescripciones, o inducir a consultas o intervenciones evitables. El médico debe ser sumamente escrupuloso sobre este punto, tanto más, que la mayoría de las veces no tiene otro contralor que el de su conciencia.

VII. Confidente obligado del enfermo, el médico está obligado a guardar el secreto de todo lo que él ha visto, entendido o comprendido del hecho de su profesión. Esta discreción debe ser observada hasta en los libros de cuentas, en la redacción de las observaciones científicas o de los certificados de defunción.

VIII. El enfermo tiene el derecho de exigir la verdad en lo que concierne a su estado; en particular puede pedir todos los certificados que considere necesarios, con obligación para el médico de no hacer constar sino las comprobaciones rigurosamente exactas. Un certificado de complacencia constituye una falsa declaración.

C. Deberes del médico para con las colectividades

IX. Públicas o privadas, diversas colectividades requieren el concurso del médico. Solicitado para entrar en relaciones con ellas, debe dirigir su interlocutor al sindicato del cual forma parte, que es el solo autorizado y que tiene la independencia necesaria para defender, en un caso particular, los intereses profesionales colectivos.

X. La dignidad del Cuerpo Médico, la buena confraternidad y el interés bien comprendido del enfermo, exigen que no sea discutido el derecho de éste, a la libre elección del médico con tarifa a la vista y con una cuota que se aproxime lo más posible a la de la clientela ordinaria. Toda tarifa a destajo debe ser rechazada como inmoral.

XI. Para las funciones públicas, el sindicato debe esforzarse por obtener el principio de nombramiento por concurso, o por lo menos, por el valor de los títulos, lo que constituye una garantía para los enfermos, equidad para los competidores, independencia y estabilidad para los titulares.

En el caso de revocación de estos, nadie podrá aceptar la sucesión sin previa autorización del sindicato. Esta autorización sólo será dada cuando la revocación haya sido pronunciada por falta grave.

XII. Los médicos de las colectividades están obligados, por lo que concierne a sus clientes, a las reglas ordinarias del secreto profesional. Deben por consiguiente negar a las colectividades toda declaración que constituya una violación de este secreto.

XIII. Por lo contrario, el médico experto, inspector o verificador, tiene el derecho de comunicar a sus comitentes el resultado completo de su examen, puesto que él ha sido designado expresamente para este efecto y que el enfermo se ha dejado examinar en pleno conocimiento de causa.

De este resulta, que las funciones del médico que asiste al enfermo, y las del médico experto, son incompatibles.

D. Deberes del médico para con sus colegas

XIV. Adoptar, para con los otros, la misma actitud que se desearía, por reciprocidad, fuese tomada para con uno mismo, tal debe ser el principio que regle las relaciones del médico con sus colegas.

XV. Desde su instalación en una localidad ya provista de médicos, el recién venido irá a saludar a sus colegas anteriores; esta visita debe ser retribuida. En las relaciones ulteriores, si el mismo diploma confiere las mismas prerrogativas a sus poseedores, el más joven manifestará ciertas deferencias a sus mayores; en compensación, la actitud de estos será siempre cordial para con aquellos.

XVI. Es conveniente abstenerse en una forma absoluta de todo propósito o de una actitud susceptible de desacreditar un colega, sobre todo en los medios extramédicos y todavía más en una familia a la cual éste haya prestado sus cuidados. No deben tampoco tomarse en consideración, sin haberse asegurado de la realidad de su existencia, los propósitos descorteses que un tercero, frecuentemente interesado, dice han sido tenidos por otro colega.

XVII. En caso de dificultades con un colega, el médico ensayará primeramente de arreglar el desacuerdo por una diligencia personal. Si nada se consigue, se someterán los hechos de la causa al presidente del sindicato, para los fines del arbitraje.

XVIII. Si un enfermo tiene el derecho de dar o retirar su confianza a quien le conviene, ningún médico puede permitirse la práctica de suplantar a un colega en el tratamiento de un enfermo.

XIX. Fuera del consultorio, que es un terreno neutro en donde cada uno es libre de recibir a los que vengan, el médico no puede ir junto a un enfermo incógnito sin haber obtenido la prueba de que el colega que le ha precedido, ha sido desinteresado de los cuidados anteriormente dados.

XX. No obstante, si él es llamado cerca de un enfermo en curso de tratamiento, en caso de extrema urgencia o en ausencia del médico que lo asiste, por humanidad queda obligado el médico a visitar este enfermo. Al regreso de su colega, debe informarlo del tratamiento instituido y cesar sus visitas. Tampoco puede continuarse una asistencia

comenzada en carácter de reemplazante de otro colega.

XXI. Instalarse sin su consentimiento formal, en la localidad en que ejerce un colega a quien se ha reemplazado anteriormente o ejercer en el radio de acción de una clientela cedida a título oneroso, son gestos igualmente condenables.

XXII. Constituye igualmente un acto de concurrencia desleal el hecho de consentir una tasa de honorarios inferior a la que se aplica en la localidad o en la región, y que ha sido fijada por el sindicato en proporción al precio medio de la vida. La medicina con rebaja deprime siempre al médico y no tiene nada de común con el ejercicio de una beneficencia discreta y bien pensada.

XXIII. Toda colaboración entre colegas, provocada generalmente por el médico que asiste o, más raramente, aceptada por éste conforme al deseo del enfermo, debe únicamente inspirarse en el interés del cliente, trátase de consulta o de operación.

XXIV. La consulta con un colega, no debe exigirse sino en caso de necesidad. Por otra parte, ella no debe jamás ser negada, salvo el caso de indignidad profesional del consultante, sobre todo si esta indignidad ha sido sancionada previas formalidades regulares.

En caso de desacuerdo grave en el curso de la consulta, la familia debe ser avisada, a fin de que un tercero venga a arbitrar el debate. El médico de cabecera, por su dignidad personal, debe retirarse, en el caso que su opinión no haya prevalecido acerca del cliente.

XXV. Designados por el enfermo o por el médico de cabecera, los consultantes o los especialistas deben inmediatamente informarlo por escrito del resultado del examen. Su misión especial terminada, ellos no deben en ningún caso continuar en relaciones directas con el enfermo, al menos para otros cuidados que los que dependan de su especialidad.

XXVI. En caso de intervención, el cirujano, solo responsable, distribuye el cometido de sus colaboradores. Pero él se esforzará en que el médico de cabecera esté presente, y le reservará un cometido honorable.

XXVII. La experiencia ha demostrado que para evitar más tarde conflictos, las transacciones de honorarios deben hacerse al contado. Estas se efectuarán exclusivamente con el enfermo o con la familia del enfermo, beneficiarios de los cuidados y directamente con los médicos y sus ayudantes, dispensadores de los cuidados.

XXVIII. Toda retribución directa de colega a colega, vulgarmente designada bajo el nombre de dicotomía, es incorrecta, prestándose por su carácter clandestino a la suposición degradante de connivencia. Es el enfermo, solo beneficiario del servicio prestado, quien debe honrar a cada uno de los médicos que han colaborado acerca de él. Es de la incumbencia del médico que ha desempeñado la función más importante, consultor o cirujano, el fijar francamente en su nota el quantum debido a cada uno. El especificará por la consulta los honorarios que deben ser abonados, además de los suyos, al médico de cabecera. Lo mismo por una operación, la cuota de cada uno de sus colaboradores debe de ser fijada a la familia, por el cirujano que cuidará para que los intereses del médico de cabecera, de los cuales él es solidario, sean enteramente respetados, conforme a la tarifa sindical vigente.

XXIX. En el caso que el médico de cabecera prefiera entenderse directamente con la familia, por lo que respecta a sus honorarios, toda remuneración hecha por el consultor o el cirujano sería ilícita y en ningún caso debe de ser solicitada.

XXX. Los sindicatos regularmente constituidos están calificados para juzgar las infracciones a las reglas de deontología cometidas por todo médico, mismo no sindicado. Abstenerse equivaldría, en ciertos casos, a una tácita aprobación dada a las faltas individuales susceptibles de comprometer por consecuencia la buena reputación o los intereses del cuerpo médico de la región.

Después de haber hecho al infractor supuesto, el proceso previsto por los estatutos y que es destinado a permitir al colega incriminado explicarse sobre los hechos que le son reprochados, ellos pueden, en formas adecuadas, usar para con él, sanciones tales como la advertencia, el reproche, la censura o la descalificación.

XXXI. Además de esta acción disciplinaria, el sindicato constituye para los colegas de la misma región un lazo sólido que les permite tratar de igual a igual con las colectividades. Bien estudiadas, apoyadas por la voluntad de todos, sus decisiones tendrán mucho más fuerza que las de un colega aislado. Es por lo tanto de sumo interés para todo médico, afiliarse a ellos desde el comienzo de su vida profesional.

En resumen, el ejercicio normal y regular de su profesión debe suministrar al médico los recursos legítimos sobre los cuales tiene el derecho de contar y con ellos la consideración que le es debida. Pero, en cambio, es menester que cada uno de sus gestos, realizados siempre públicamente, a la luz del día, sólo se inspiren en el interés de su enfermo; en el respeto hacia sus colegas y en el de su propia dignidad.

DECLARACIÓN DE GINEBRA

Adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Ginebra, Suiza, setiembre de 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto de 1968.

EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad;
 OTORGAR A MIS MAESTROS los respetos, gratitud y consideraciones que merecen;
 EJERCER mi profesión dignamente y a conciencia;
 VELAR solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente;
 GUARDAR Y RESPETAR los secretos a mí confiados, aun después que un paciente haya muerto;
 MANTENER incólume por todos los conceptos y medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
 CONSIDERAR como hermanos a mis colegas;
 HACER CASO OMISO de credos políticos y religiosos, nacionalidades, razas, rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente;
 VELAR con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aun bajo amenaza y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.
 SOLEMNE Y LIBREMENTE, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho.

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA (Naciones Unidas, 1982)

Los principios se encuentran detallados en el texto de la Resolución 37/194 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18/XII/1982.

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA La Asamblea General...

DESEOSA de establecer otras normas en esta esfera para que sean aplicadas por el personal de salud, especialmente los médicos y los funcionarios gubernamentales,

1. APRUEBA los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, expuestos en el anexo a la presente resolución;

2. EXHORTA a todos los gobiernos a que den la difusión más amplia posible tanto a los principios de ética médica como a la presente resolución, especialmente entre las asociaciones médicas y paramédicas y las instituciones de detención o carcelarias en el idioma oficial de cada Estado;

3. INVITA a todas las organizaciones intergubernamentales pertinentes, especialmente a la Organización Mundial de la Salud y a las organizaciones no gubernamentales interesadas a que señalen los principios de ética médica a la atención del mayor número posible de personas, especialmente a las que ejercen actividades médicas y paramédicas.

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA APLICABLES A LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, ESPECIALMENTE LOS MÉDICOS, EN LA PROTECCIÓN DE PERSONAS PRESAS Y DETENIDAS CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES.

Principio 1

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

Principio 2

Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyen participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos(1).

Principio 3

Constituye una violación de la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos, tengan con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya sola finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de éstos.

Principio 4

Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos:

a) Contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes(2).

b) Certifiquen o participen en la certificación de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental y que no

concuerde con los instrumentos internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes.

Principio 5

La participación del personal de salud, en particular los médicos, en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presenta peligro para la salud del preso o detenido.

Principio 6

No podrá admitirse suspensión alguna de los principios precedentes por ningún concepto, ni siquiera en caso de emergencia pública.

(1) Véase la declaración sobre la protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (Resolución 3452 [XXX], anexo, de la Asamblea General), cuyo artículo 1 establece lo siguiente:

«1. A los efectos de la presente Declaración, se entenderá por tortura todo acto por el cual un funcionario público, u otra persona a instigación suya, inflija intencionalmente a una persona penas o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar a esa persona o a otras. No se considerará tortura las penas o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de la privación legítima de la libertad, o sean inherentes o incidentales a ésta, en la medida en que estén en consonancia con las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos».

«2. La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante».

El artículo 7 de la Declaración establece lo siguiente:

«Todo Estado asegurará que todos los actos de tortura definidos en el artículo 1 constituyen delitos conforme a la legislación penal. Lo mismo se aplicará a los actos que constituyen participación, complicidad, incitación o tentativa para cometer tortura».

(2) En particular la Declaración Universal de Derechos Humanos (Resolución 217 A [III] de la Asamblea General), los pactos internacionales de derechos humanos (Resolución 2200 A [XXI], anexo, de la Asamblea General), la Declaración sobre la Protección de todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (Resolución 3452 [XXX], anexo de la Asamblea General) y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente: Informe de la Secretaría, publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 1956. IV.4, anexo I.A

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTÍNUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM

Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

Introducción

1. La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades, y mantener y promover la salud de la población. El objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y a la población, y de las maneras y medios para producir estos servicios.

2. La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los métodos utilizados, está incluida en los códigos de ética de los médicos. Estos estipulan que el médico tiene que mantener y mejorar sus conocimientos y experiencia. El debe recomendar sólo exámenes y tratamientos que se saben que son eficaces y adecuados, en base al estado del arte de la medicina.

Objetivos de las normas

3. Los médicos y los establecimientos de atención médica tienen la obligación moral de esforzarse por tener un mejoramiento continuo de los servicios. El objetivo de estas normas es reforzar este propósito por medio de revisiones de la calidad y la creación de fundamentos éticos para dichas prácticas, como la revisión clínica.

Normas

Aplicación de las normas

4. Estas normas éticas de mejoramiento continuo de la calidad se aplican a todos los médicos, los establecimientos que ofrecen servicios de atención médica y los que ofrecen los servicios de revisión.

Obligación de la revisión de la calidad

5. Todos los médicos, otros profesionales de la salud, incluidos los administradores de salud, y los establecimientos tienen que aspirar a un mejoramiento de su trabajo. Se debe estimular la participación activa de todos en la auditoría clínica y en iniciativas de revisión de la calidad. Las evaluaciones de revisión de la calidad se pueden utilizar para una auditoría externa independiente y para fines de acreditación.

Condiciones para un trabajo de buena calidad

6. Los que trabajan con pacientes tienen que especificar las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad y la evaluación de la calidad de dicho trabajo. Los recursos y la experiencia del personal de los establecimientos de atención médica deben ser adecuados para lograr las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad.

7. La historia clínica de los pacientes, registrada por escrito o en el ordenador, debe ser escrita y preservada cuidadosamente, se debe tomar en cuenta las obligaciones del secreto. Los procedimientos, decisiones y otros asuntos relacionados con los pacientes deben ser anotados de manera que la información pueda servir para medir condiciones específicas disponibles cuando se necesiten.

8. Los profesionales de la salud deben tener posibilidades adecuadas de mantener y aumentar sus conocimientos y experiencia. Las recomendaciones y las normas clínicas deben estar a disposición de los que las necesitan. Los establecimientos de salud necesitan crear sistemas de calidad para uso propio y asegurar que sigan las instrucciones contenidas en dichos sistemas.

Reconocimiento de la revisión de la calidad

9. Todo médico debe evaluar continuamente la calidad de su trabajo y su capacidad a través de métodos de autoevaluación.

10. La calidad de la atención médica puede ser evaluada con métodos internos y externos. Estos deben estar ampliamente aprobados y los métodos utilizados deben estar generalmente aceptados y basados en investigaciones o conocimientos suficientes.

11. Cada establecimiento que proporcione servicios debe tener como actividades continuas una revisión clínica interna, observación de los métodos de examen y tratamiento, comparación con otros, observación de la capacidad de la organización para tomar medidas y observación de la información que entregan los pacientes.

12. Las iniciativas de revisión externa de la calidad, como una revisión externa y auditoría, debe hacerse con una frecuencia que corresponda a la evolución del campo y cada vez que exista una razón especial.

Secreto de la historia clínica de los pacientes

13. Está permitido utilizar las historias clínicas de los pacientes en la revisión de la calidad. Se debe informar a los pacientes del uso de su historia clínica en la revisión de la calidad. Sus historias clínicas se deben mantener en secreto y anónimas, y no deben ser accesibles a personas inapropiadas. Todos los informes, fotografías, videos y datos comparativos deben ser presentados de tal manera que los pacientes evaluados no puedan ser identificados.

Secreto de la revisión

14. La condición previa para una revisión exitosa es la disponibilidad de los establecimientos y de los médicos a ser revisados y su compromiso con la revisión. Se recomienda obtener un consentimiento informado voluntario de los que serán revisados.

15. Los resultados de la revisión pertenecen a los que se someten a dicha revisión. Se pueden utilizar para comparaciones y fines generales sólo con la aprobación de los evaluados y de los que participan en la revisión, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.

16. Está permitido que los establecimientos que prestan servicios informen a sus clientes sobre los resultados de la revisión de la calidad y que los utilicen para comercializar sus servicios, siempre que esto esté autorizado por ley.

17. La revisión del trabajo de un médico es responsabilidad suya y de su médico superior. La información sobre un médico no debe ser publicada sin su consentimiento.

18. La revisión externa no debe entregar a otros los resultados de la revisión u otra información obtenida durante el proceso, sin el permiso por escrito de la persona sometida a revisión.

Comités de ética

19. En la revisión de la calidad se deben respetar los principios éticos de atención médica generalmente aprobados y los códigos nacionales de ética médica.

20. Si surgen ideas sobre asuntos éticos en un proyecto de revisión, éstas se deben presentar a un comité de ética. Sin embargo, en general no es necesaria la presentación rutinaria de los proyectos de revisión para la aprobación de un comité de ética médica.

Competencia del revisor

21. El revisor tiene que ser experimentado en el campo de la revisión en cuestión y competente en técnicas de

desarrollo de la calidad y en métodos de auditoría clínica. Cuando se revise la atención médica, el revisor debe ser un médico. El revisor debe ser aceptado por los que se sometan a la revisión, cuando sea posible.

Imparcialidad de la revisión

22. El revisor seleccionado debe ser lo más imparcial e independiente posible. Debe conocer bien las actividades de los que serán revisados. Debe ser objetivo en su informe y las conclusiones deben basarse en una evaluación crítica de las observaciones y hechos. El revisor no debe permitir que asuntos comerciales o competitivos tengan alguna influencia en el contenido de su informe.

La revisión y la supervisión de las autoridades

23. La revisión de la calidad de la atención médica y el continuo mejoramiento de los servicios es parte de la actividad de todo médico y establecimiento. La supervisión de las actividades profesionales de parte de las autoridades de salud es una actividad distinta y se debe mantener separada de la revisión de la atención médica. Los resultados de la revisión de médicos pueden usarse para fines establecidos por las autoridades supervisoras y los médicos involucrados, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR LOS NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

RECONOCIENDO QUE el médico tiene la obligación de prestar a sus pacientes un servicio médico competente y de esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional (Código Internacional de Ética Médica).

RECONOCIENDO QUE el paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sabe que tiene la libertad de dar una opinión clínica y ética sin interferencias externas inadecuadas (Declaración de Lisboa de 1981, enmendada en 1995), y

RECONOCIENDO QUE los comités de ética, comités de credenciales y otras formas de revisión por la profesión han sido establecidos desde hace tiempo, reconocidos y aceptados por la medicina organizada para controlar la conducta profesional del médico y, cuando corresponde, imponer restricciones razonables sobre la libertad profesional absoluta del médico, y

REAFIRMANDO QUE la autonomía profesional y el deber de tener una autorregulación son componentes esenciales de la atención de alta calidad y, por lo tanto, es un beneficio del paciente que se debe preservar, y como resultado de que la profesión médica tiene la responsabilidad permanente de apoyar, participar y aceptar una revisión apropiada de la profesión, que sea realizada de buena fe.

La AMM mantiene que el servicio profesional del médico debe ser considerado distinto de los servicios comerciales y mercancías, no es menos porque el médico está sujeto a normas éticas específicas, que incluyen la dedicación para prestar una atención médica competente (Código Internacional de Ética Médica, 1949).

La AMM estima que cualquiera sea el proceso judicial o regulador establecido por un país, toda opinión sobre la conducta profesional del médico debe tomar en cuenta la evaluación de los colegas médicos, quienes por

su formación y experiencia comprenden la complejidad de los asuntos médicos en cuestión. La AMM condena todo procedimiento para considerar reclamos de pacientes o procedimientos para compensar a los pacientes que no estén basados en una evaluación de buena fe de las acciones u omisiones del médico por sus colegas. Dicho sistema perjudica la calidad general de la atención médica ofrecida a todos los pacientes.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, Septiembre de 1992

En algunos países, existe un aumento de las demandas por negligencia médica y las asociaciones médicas nacionales buscan los medios para hacer frente a este problema. En otros países, las demandas por negligencia médica son raras, pero las asociaciones médicas nacionales de dichos países deben estar alertas frente a los problemas y consecuencias que puede producir un aumento de las demandas contra médicos.

En esta declaración, la Asociación Médica Mundial desea informar a las asociaciones médicas nacionales sobre algunos de los hechos y problemas relacionados con las demandas por negligencia médica. Las leyes y los sistemas jurídicos en cada país, como las tradiciones sociales y condiciones económicas, influirán en la aplicación de ciertos elementos de esta declaración para cada asociación médica nacional. Sin embargo, la Asociación Médica Mundial estima que esta declaración debe ser de interés para todas las asociaciones médicas nacionales.

1. El aumento de demandas por negligencia médica puede ser el resultado, en parte, de una o más de las siguientes circunstancias:

- a)** El progreso en los conocimientos médicos y de la tecnología médica permite que los médicos logren proezas que eran imposibles en el pasado, pero estos logros implican nuevos riesgos que pueden ser graves en varios casos.
- b)** La obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención médica.
- c)** La confusión entre el derecho a la atención, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar.
- d)** El papel perjudicial que a menudo representa la prensa, al incitar la desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente y al sugerir a éstos que presenten reclamos contra los médicos.
- e)** Las consecuencias indirectas del desarrollo de una medicina defensiva, producidas por el aumento del número de demandas..

2. Se debe hacer una distinción entre la negligencia médica y el accidente durante la atención médica y el tratamiento, sin que haya responsabilidad del médico.

- a)** La negligencia médica comprende la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o falta de conocimiento, o negligencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente.
- b)** Un accidente producido durante un tratamiento médico, que no se pudo prever y que no fue el

resultado de falta de conocimiento por parte del médico tratante, es un accidente desafortunado del cual el médico no es responsable.

3. La indemnización de los pacientes víctimas de accidente médico puede ser determinada hasta el punto que no existan leyes nacionales que prohíban esto, por sistemas diferentes si se trata de una negligencia médica o de un accidente desafortunado que ocurre durante la atención médica y el tratamiento.

a) En el caso de un accidente desafortunado sin responsabilidad del médico, la sociedad debe determinar si se debe indemnizar al paciente por el accidente y si es así, el origen de los fondos para cancelar dicha indemnización. Las condiciones económicas del país determinarán si existen dichos fondos de solidaridad para indemnizar al paciente, sin estar a expensas del médico.

b) Las leyes de cada nación deben prever los procedimientos necesarios a fin de establecer la responsabilidad de las demandas por negligencia médica y determinar la cantidad de la indemnización del paciente, en los casos en que se compruebe la negligencia.

4. Las asociaciones médicas nacionales deben considerar algunas o todas de las siguientes actividades, a fin de proporcionar un tratamiento equitativo y justo a pacientes y médicos:

a) Para el público, campañas de información sobre los riesgos inherentes a ciertos tratamientos médicos y cirugía avanzados; para los profesionales, programas de formación sobre la necesidad de obtener un consentimiento informado de los pacientes sobre dichos tratamientos y cirugía.

b) Campañas de sensibilidad pública para mostrar los problemas en medicina y la prestación de atención médica, según la estricta necesidad del control de los costos.

c) Campañas generales de educación de la salud en el colegio y los lugares de reunión social.

d) Elevación del nivel y de la calidad de educación médica para todos los médicos, incluyendo el mejoramiento de la formación clínica.

e) Crear y participar en programas destinados a los médicos encargados de mejorar la calidad de la atención médica y de los tratamientos.

f) Implementar una política apropiada de formación para médicos que tienen conocimientos insuficientes, incluyendo una política de limitación del ejercicio profesional hasta que dichas insuficiencias sean corregidas.

Informar al público y al gobierno sobre el peligro del desarrollo de diferentes formas de medicina defensiva (aumento de atención o al contrario, abstención de médicos o incluso desinterés de parte de médicos jóvenes por ciertas especialidades a alto riesgo).

g) Informar al público sobre la posibilidad de accidentes durante un tratamiento médico, que son imprevisibles y no son responsabilidad del médico.

h) Solicitar protección legal para los médicos cuando los pacientes sufren accidentes que no son resultado de negligencia médica.

i) Participar en la creación de leyes y procedimientos aplicables a las demandas por negligencia médica.

j) Oponerse firmemente a demandas poco serias y a cobros por contingencia de parte de los abogados.

k) Explorar procedimientos innovadores para tratar las demandas por negligencia médica, como acuerdos entre las partes, en lugar de un proceso judicial.

l) Promover la idea de que los médicos se aseguren contra demandas por negligencia médica, cancelando el seguro el mismo médico o el empleador si el médico está empleado.

- m)** Participar en las decisiones relacionadas a la posibilidad de otorgar la indemnización de pacientes víctimas de accidentes sin negligencia médica durante el tratamiento.

RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE DERECHOS HUMANOS

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990 y enmendada por la 45ª Asamblea Médica Mundial, Budapest, Hungría, octubre 1993 la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 y por 47ª Asamblea Médica Mundial, Bali, Indonesia, setiembre 1995.

Considerando que:

1. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones miembros siempre han buscado promover la causa de los derechos humanos para todos y frecuentemente han tomado medidas destinadas a terminar con la violación de los derechos humanos.
2. Los miembros de la profesión médica a menudo son los primeros en constatar las violaciones de los derechos humanos.
3. Las asociaciones médicas tienen un papel esencial que cumplir al llamar la atención sobre dichas violaciones en sus países.

La Asociación Médica Mundial llama nuevamente a sus asociaciones miembros a:

1. Examinar la situación en sus propios países, de manera de asegurar que no se oculten las violaciones por miedo a represiones de parte de las autoridades responsables y solicitar la estricta observación de los derechos humanos y civiles, cuando se descubran las violaciones a estos derechos.
2. Proporcionar orientación ética a los médicos que trabajan en el sistema de prisiones.
3. Proporcionar los medios necesarios para investigar las prácticas no éticas de los médicos, en el campo de los derechos humanos.
4. Hacer todo lo posible para asegurar que se disponga de la atención médica adecuada para todos los seres humanos sin distinción.
5. Protestar contra las presuntas violaciones de derechos humanos a través de comunicados que exhorten al trato humano de los presos y que pidan la liberación inmediata de los detenidos sin causa justa.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA INDEPENDENCIA Y LIBERTAD PROFESIONAL DEL MÉDICO

Adoptada por la 38ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1986

La Asociación Médica Mundial, consciente de la importancia que tiene la independencia y libertad profesional del médico, adopta la siguiente declaración de principios:

Los médicos deben reconocer y apoyar los derechos de sus pacientes, tal como están definidos en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (1981).

Los médicos deben gozar de una libertad profesional que les permita atender a sus pacientes sin interferencias. El privilegio del médico de usar su juicio y discreción profesional para tomar las decisiones clínicas y éticas necesarias para la atención y tratamiento de sus pacientes, debe ser mantenido y defendido.

Los médicos deben tener independencia profesional para representar y defender las necesidades de sus pacientes en materia de salud contra todos los que nieguen o limiten la atención que ellos necesitan.

Dentro del marco de su ejercicio profesional y de atención de sus pacientes, no debe esperarse que el médico siga las prioridades que el gobierno o la sociedad han impuesto sobre la distribución de recursos médicos insuficientes. Hacer tal cosa, sería crear un conflicto de intereses con la obligación que el médico tiene hacia sus pacientes y destruiría su independencia profesional en la cual ellos confían.

Si bien los médicos deben estar conscientes del costo de la atención médica y deben participar activamente en el control de gastos médicos, es su obligación primordial representar los intereses de sus enfermos y heridos, contra las demandas de la sociedad en materia de control de gastos que podrían poner en peligro no sólo la salud, sino la vida de sus pacientes.

Al garantizar la independencia y la libertad profesional para que el médico ejerza la medicina, la comunidad asegura la mejor atención médica para sus ciudadanos, lo cual a su vez, contribuye a una sociedad fuerte y segura.

RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA INCLUSIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CURRÍCULUM DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA A TRAVÉS DEL MUNDO

Adoptada por la 51ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, octubre 1999

1. Considerando que la ética médica y los derechos humanos forman parte integral del trabajo y la cultura de la profesión médica, y
2. Considerando que la ética médica y los derechos humanos forman parte integral de la historia, la estructura y los objetivos de la Asociación Médica Mundial,
3. Por lo tanto, se resuelve que la AMM recomiende firmemente a las escuelas de medicina a través del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos.

RÉGIMEN DISCIPLINARIO

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

Vigente desde XX de 2013

Sin perjuicio de acciones administrativas y judiciales pertinentes, la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA podrá sancionar o disciplinar de oficio o a petición de cualquiera de sus miembros por actos deshonorables para la profesión y/o la especialidad, desleales con la Asociación Colombiana de Reumatología o con la legítima competencia en el ejercicio de la profesión.

Artículo 1. DEFINICIÓN DE FALTA DISCIPLINARIA. La Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología establece como falta, toda violación a las prohibiciones instituidas en el presente régimen, por negligencia, imprudencia, culpa, omisión, dolo o falla del servicio en cumplimiento de las obligaciones inherentes a la membresía a la Asociación Colombiana de Reumatología

Artículo 2. La Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología y el Comité de Ética serán los entes jurisdiccionales facultados para desarrollar, investigar, persistir, remitir y conciliar cualquier

juzgamiento disciplinario a los miembros de la Asociación Colombiana de Reumatología.

Parágrafo. La asesoría jurídica de la Asociación Colombiana de Reumatología o el ente que haga sus veces, resolverá todos los casos de conflictos de competencias y decisión de única instancia, en contra de los cuales no proceda recurso alguno.

Artículo 3. SANCIONES APLICABLES. La Junta Directiva Nacional de Asociación Colombiana de Reumatología y el Comité de Ética, podrán sancionar a los miembros responsables de la comisión de faltas disciplinarias con:

- a. Amonestación privada, realizada por el Presidente.
- b. Amonestación escrita con copia a la hoja de vida, decretada por la Junta Directiva Nacional previo concepto vinculante del Comité de Ética Médica.
- c. Suspensión temporal de la membresía a la Asociación Colombiana de Reumatología.
- d. Expulsión decretada por la Junta Directiva Nacional y ratificada por la Asamblea General.

Artículo 4. DEL CONOCIMIENTO EN PRIMERA INSTANCIA. El Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología conoce, impulsa y procederá a ordenar la ratificación de la denuncia y mediante auto en primera instancia de las denuncias interpuestas a petición de parte y/o de oficio que se interpongan contra miembros de la Asociación Colombiana de Reumatología por la comisión de faltas disciplinarias o violación a las prohibiciones establecidas en el presente régimen.

Artículo 5. DEL CONOCIMIENTO EN SEGUNDA INSTANCIA. La Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología conoce en segunda instancia sobre los procesos ya instaurados en primera instancia por faltas disciplinarias y/o violación a las prohibiciones establecidas en el presente régimen y darán resolución a los conflictos en interés general y/o particular.

Artículo 6. RECURSOS. Procederán en primera instancia los recursos de reposición y en subsidio de apelación contra los actos de amonestar, suspender temporalmente la membresía o expulsar de la Asociación Colombiana de Reumatología y se interpondrán dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la notificación personal.

Parágrafo: Cualquiera de estos recursos suspenderá temporalmente el acto administrativo expedido, hasta tanto se resuelva de fondo.

Artículo 7. ESCALA DE SANCIONES. Los médicos miembros de la Asociación Colombiana de Reumatología a quienes se les compruebe la violación de disposiciones del presente régimen estarán sometidos a las siguientes sanciones por parte del Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología:

a) Las faltas disciplinarias calificadas por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología como leves, siempre y cuando el profesional disciplinado no registre antecedentes disciplinarios, darán lugar a la aplicación de sanción que irá de amonestación privada, hasta amonestación escrita con copia a la hoja de vida

b) Las faltas serán calificadas por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología como leves, cuando el profesional disciplinado registre antecedentes disciplinarios, darán lugar a la aplicación de la sanción de suspensión de la membresía hasta por el término de seis (6) meses

c) Las faltas calificadas por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología como graves, siempre y cuando el profesional disciplinado no registre antecedentes disciplinarios, darán lugar a la aplicación de la sanción de suspensión de la membresía por un término de, entre seis (6) meses y dos (2) años

d) Las faltas calificadas por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología como gravísimas, siempre darán lugar a la aplicación de la sanción de expulsión decretada por la Junta Directiva Nacional y ratificada por la Asamblea General.

Artículo 8. FALTAS SUSCEPTIBLES DE SANCIÓN DISCIPLINARIA. Será susceptible de sanción disciplinaria todo acto u omisión, intencional o culposo, que implique violación de las prohibiciones, incumplimiento de las obligaciones, ejecución de actividades incompatibles con el decoro que exige el ejercicio de la profesión médica y la especialidad de Reumatología.

Artículo 9. ELEMENTOS DE LA FALTA DISCIPLINARIA. La configuración de la falta disciplinaria deberá estar enmarcada dentro de los siguientes elementos o condiciones:

- a)** La conducta o el hecho debe haber sido cometido por un profesional Médico Reumatólogo
- b)** La conducta o el hecho debe ser intencional o culposo
- c)** El hecho debe haber sido cometido en ejercicio de la especialidad
- d)** La conducta debe ser violatoria de deberes, prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades inherentes a la especialidad de Médico reumatólogo
- e)** La conducta debe ser apreciable objetivamente y procesalmente debe estar probada
- f)** La sanción disciplinaria debe ser la consecuencia lógica de un debido proceso, que se enmarque dentro de los postulados del artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y específicamente, del régimen disciplinario establecido en el presente reglamento.

Artículo 10. PREVALENCIA DE LOS PRINCIPIOS RECTORES. En la interpretación y aplicación del régimen disciplinario establecido prevalecerán, en su orden, los principios rectores que determina la Constitución Política de Colombia, este Reglamento y el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 11. CRITERIOS PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD O LEVEDAD DE LA FALTA DISCIPLINARIA. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología determinará si la falta es leve, grave o gravísima, de conformidad con los siguientes criterios:

- a)** El grado de culpabilidad
- b)** El grado de perturbación a la Asociación Colombiana de Reumatología
- c)** La reiteración en la conducta
- d)** La naturaleza de la falta y sus efectos, según la trascendencia social de la misma, el mal ejemplo dado, la complicidad con otros profesionales y el perjuicio causado

- e) Las modalidades o circunstancias de la falta, teniendo en cuenta la premeditación, el grado de participación en la comisión de la misma y el aprovechamiento de la confianza depositada en el profesional disciplinado
- f) Los motivos determinantes, según se haya procedido por causas innobles o fútiles, o por nobles y altruistas
- h) El confesar la falta antes de la formulación de cargos, haciéndose responsable de los perjuicios causados
- i) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de que le sea impuesta la sanción

Artículo 12. FALTAS CALIFICADAS COMO GRAVÍSIMAS. Se consideran gravísimas y se constituyen en causal de expulsión decretada por la Junta Directiva Nacional y ratificada por la Asamblea General, las siguientes faltas:

- a. La agresión física o verbal contra alguno de los miembros en las sesiones de la Asamblea General o de la Junta Directiva Nacional
 - b. La reincidencia en cualquiera de las causales de amonestación
 - c. Cuando su conducta sea reprochable y su comportamiento cause perjuicio al buen nombre y al prestigio de la Asociación Colombiana de Reumatología
 - d. Por el hecho de haber sido sancionado mediante sentencia judicial o condenatoria por faltas contra la ética profesional
 - e. Obstaculizar, en forma grave, las investigaciones que realicen el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología
 - f. El abandono injustificado de los encargos o compromisos profesionales, cuando con tal conducta cause grave detrimento al patrimonio económico de la Asociación Colombiana de Reumatología o se afecte, de la misma forma, el patrimonio privado
 - g. La utilización fraudulenta de las hojas de vida de sus colegas para participar en concursos
 - h. Transgredir de manera importante el marco de comportamiento de la ética publicitaria incluida en los estatutos y reglamentos de la Asociación Colombiana de Reumatología
 - i. Cualquier violación gravísima, según el criterio del Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, del régimen de deberes, obligaciones y prohibiciones que establecen el marco estatuario de la Asociación Colombiana de Reumatología
- Parágrafo:** El miembro que haya sido expulsado no tendrá derecho a solicitar reingreso.

Artículo 13. CONCURSO DE FALTAS DISCIPLINARIAS. El profesional que con una o varias acciones u omisiones infrinja varias disposiciones del reglamento una o varias veces la misma disposición, quedará sometido a la que establezca la sanción más grave.

Artículo 14. CIRCUNSTANCIAS QUE JUSTIFICAN LA FALTA DISCIPLINARIA. La conducta se justifica cuando se comete:

- a) Por fuerza mayor o caso fortuito
- b) En estricto cumplimiento de un deber legal
- c) En cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales

Artículo 15. ACCESO AL EXPEDIENTE. El investigado tendrá acceso a la denuncia y demás partes del expediente disciplinario solo después de que sea escuchado en versión libre y espontánea o desde la

notificación de cargos, según el caso.

Artículo 16. PRINCIPIO DE IMPARCIALIDAD. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, deberá investigar y evaluar, tanto los hechos y circunstancias desfavorables, como los favorables a los intereses del disciplinado.

Artículo 17. PRINCIPIO DE PUBLICIDAD. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología respetará y aplicará el principio de publicidad dentro de las investigaciones disciplinarias, no obstante, ni el quejoso, ni terceros interesados se constituirán en parte dentro de estas.

PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO.

Artículo 18. INVESTIGACIÓN. La investigación de los hechos la adelantará el Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología y no podrá excederse de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de apertura de la investigación, durante los cuales se decretarán y practicarán las pruebas que el Comité considere pertinentes y que conduzcan a la comprobación de los hechos, las cuales podrán ser, entre otras, testimoniales, documentales, periciales, etc.

Artículo 19. FINES DE LA INVESTIGACIÓN. La investigación tendrá como fines verificar la ocurrencia de la conducta, determinar si es constitutiva de falta disciplinaria e identificar o individualizar al profesional que presuntamente intervino en ella.

Artículo 20. INFORME Y CALIFICACIÓN DEL MÉRITO DE LA INVESTIGACIÓN. Terminada la etapa de investigación, el Comité de Ética procederá dentro de los diez (10) días siguientes, a calificar lo actuado mediante auto motivado, en el que se determinará si existe o no mérito para adelantar investigación formal disciplinaria contra el profesional disciplinado y en caso afirmativo, se le formulará con el mismo auto, el correspondiente pliego de cargos. Si no se encontrare mérito para seguir la actuación, el Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología ordenará en la misma providencia el archivo del expediente, informando sucintamente la determinación a los miembros de la Junta Directiva Nacional en la siguiente sesión ordinaria, para que quede consignado en el acta respectiva, comunicando la decisión adoptada al disciplinado.

Artículo 21. NOTIFICACIÓN PLIEGO DE CARGOS. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, notificará personalmente el pliego de cargos al profesional inculcado. No obstante, de no poder efectuarse la notificación personal, se hará por edicto en los términos establecidos en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 22. TRASLADO DEL PLIEGO DE CARGOS. Surtida la notificación, se dará traslado al profesional inculcado por el término improrrogable de diez (10) días hábiles, para presentar descargos, solicitar y aportar pruebas. Para tal efecto, el expediente permanecerá a su disposición en el Comité de Ética.

Artículo 23. ETAPA PROBATORIA. Vencido el término de traslado, el Comité de Ética decretará las pruebas solicitadas por el investigado y las demás que de oficio considere conducentes y pertinentes, mediante auto contra el cual no procede recurso alguno y el cual deberá ser comunicado al profesional

disciplinado. El término probatorio será de treinta (30) días.

Artículo 24. FALLO DE PRIMERA INSTANCIA. Vencido el término probatorio previsto, el Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología elaborará un proyecto de decisión, que se someterá a la consideración de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología la cual podrá aceptarlo, aclararlo, modificarlo o revocarlo. Si la mayoría de los miembros asistentes a la sesión aprueban el proyecto de decisión, se adoptará la decisión propuesta mediante resolución motivada.

Parágrafo. Los salvamentos de voto respecto del fallo final, si los hay, deberán constar en el acta de la reunión respectiva.

Artículo 25. NOTIFICACIÓN DEL FALLO. La decisión adoptada se notificará personalmente al interesado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la sesión en que se adoptó y si no fuere posible, se realizará por edicto, en los términos del artículo 45 del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 26. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN. La acción disciplinaria a que se refiere el presente título caduca en cinco (5) años contados a partir de la fecha en que se cometió el último acto constitutivo de la falta. El auto que ordena la apertura de la investigación preliminar, interrumpe el término de caducidad. El proceso prescribirá tres años después de la fecha de expedición de dicho auto.

Artículo 27. RÉGIMEN TRANSITORIO. Todas las actuaciones que se adelanten por parte de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, de acuerdo con los procedimientos vigentes en el momento en que comience a regir el presente reglamento, seguirán rigiéndose por estos hasta su culminación.

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPÍTULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección,

supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades

socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes,

prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

- f)** Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;
 - g)** Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;
 - h)** Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;
 - i)** Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;
 - j)** Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;
 - k)** Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;
 - l)** Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;
 - m)** Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);
 - n)** Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.
- Parágrafo.** Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del

sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán ' orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a)** A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b)** Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c)** A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d)** A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;
- e)** A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f)** A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g)** A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;
- h)** A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- i)** A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- j)** A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k)** A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la

posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los

servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1° Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías

en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Parágrafo 3°. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes

y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos. El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud. El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando éste no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 26. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-313 de fecha veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014) - Sala Plena – Radicación: PE-040, y al Auto 377 del tres (3) de diciembre de dos mil catorce (2014) - Sala Plena -, proferidos por la Honorable Corte constitucional, se procede a la sanción del proyecto de Ley, la cual ordena la remisión del expediente al Congreso de la República, para continuar el trámite de rigor y posterior envío al Presidente de la República.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PARA LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

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

1° La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud mental y física del hombre y propender por

la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político, de género o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

2° La Reumatología es la especialidad médica que se encarga del manejo (incluyendo la investigación, educación, prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, manejo y paliación) de las Artritis, enfermedades reumáticas e inmunológicas de acuerdo con la lex artis.

3° La relación médico reumatólogo – paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional.

4° El médico reumatólogo será auxiliar de la justicia en los casos que señala la Ley; como funcionario público o como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico reumatólogo cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su especialidad, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad.

5° El médico reumatólogo tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico reumatólogo solo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

6°. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Artículo 106 Ley 1438 de 2011; Parágrafo Artículo 17 Ley 1751 de 2015)

PARÁGRAFO 1. Las empresas o instituciones que incumplan con lo establecido en el presente artículo serán sancionadas con multas que van de 100 a 500 SMMLV, multa que se duplicará en caso de reincidencia. Estas sanciones serán tenidas en cuenta al momento de evaluar procesos contractuales con el Estado y estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2. Los trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que reciban este tipo de prebendas y/o dádivas, serán investigados por las autoridades competentes. Lo anterior, sin perjuicio de las normas disciplinarias vigentes. (Ley 1438 de 2011, artículo 106)

7° Cuando el médico reumatólogo emprenda acciones reivindicatorias en comunidad, por razones salariales u otras, tales acciones no podrán poner en peligro la vida de los asociados.

8°. El médico reumatólogo, por la función social que implica el ejercicio de su profesión y especialidad, está obligado a sujetar conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.

9°. La Asociación Colombiana de Reumatología podrá recibir función pública delegada para expedir la licencia o el registro de la tarjeta profesional de los especialistas de Reumatología.

10°. Cuando la Asociación Colombiana de Reumatología se pronuncie como un todo, el pronunciamiento se debe conocer por todos los asociados Y el resultado debe ser fruto de un estudio extensivo.

CAPITULO II DEL JURAMENTO

ARTÍCULO 2°. Para todos los efectos, el médico reumatólogo deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente,

JURAMENTO DEL MÉDICO REUMATÓLOGO

Prometo solemnemente, como ciudadano y reumatólogo:

Cumplir fielmente los Estatutos, los reglamentos y el código de ética de la Asociación Colombiana de Reumatología, respetando las diferencias de raza, genero, nivel socioeconómico, oficio, credo y orientación sexual de mi paciente; así mismo prometo preservar en lo posible, la función integral del sistema nervioso; anteponer la vida de mi paciente a cualquier otra circunstancia y llegado el caso de no poder preservarla, avisar oportunamente a su familia o sus responsables; procurar que mi paciente tenga acceso a los recursos médico reumatólogos y de apoyo necesarios, para el momento de la atención requerida; tratar con benevolencia a los padres, cónyuge e hijos de mis colegas reumatólogos; y procurar que en las instituciones de salud en las cuales preste mis servicios, se provea un trato justo y respetuoso para con mis pacientes y mis colegas.

Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho.

Parágrafo. El presente juramento será tomado en sesión solemne en el marco de la Asamblea General de la Asociación Colombiana de Reumatología.

TÍTULO II PRÁCTICA PROFESIONAL CAPÍTULO I

DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON EL PACIENTE

ARTÍCULO 3° El médico reumatólogo dispensará los beneficios de su especialidad a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley.

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

ARTICULO 5° La relación médico reumatólogo – paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
2. Por acción unilateral del médico reumatólogo, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.

4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

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

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

- a) Que el caso no corresponda a su especialidad;
- b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya;
- c) Que el enfermo reúse cumplir las indicaciones prescritas, sin perjuicio de las explicaciones a que haya lugar por parte del Reumatólogo tratante.

ARTÍCULO 8° El médico reumatólogo respetará la libertad del paciente para prescindir de sus servicios.

ARTÍCULO 9. La actitud del médico reumatólogo ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de su estado sin las suficientes bases científicas.

ARTÍCULO 10. El médico reumatólogo solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.

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

ARTÍCULO 11. El médico reumatólogo usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.

ARTÍCULO 12. El médico reumatólogo no intervendrá médicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTÍCULO 13. El médico reumatólogo no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médico reumatológicos, invasivos y no invasivos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTÍCULO 14. La responsabilidad del médico reumatólogo por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico reumatólogo advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

ARTÍCULO 15. La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico reumatólogo prive de asistencia a un paciente.

ARTÍCULO 16. Si la situación del enfermo es grave, el médico reumatólogo tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales.

ARTÍCULO 17. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico reumatólogo tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico reumatólogo tratante.

ARTÍCULO 18. En las Juntas Médica los honorarios serán iguales para todos los participantes.

ARTÍCULO 19. El médico reumatólogo sólo invitará a participar a pacientes en proyectos de investigación en los que los beneficios sean mayores que los riesgos probables. Todas las investigaciones deben ser sometidas y aprobadas por el Comité de Ética en Investigación de la Institución en donde se realizará la Investigación. Siempre deberá realizar un proceso adecuado de Consentimiento Informado con el participante en la Investigación. Deberá declarar los Conflictos de Intereses. Cumplir la normatividad nacional e internacional que aplique a investigación con seres humanos.

CAPÍTULO II

DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO REUMATÓLOGO CON SUS COLEGAS

ARTÍCULO 20. Es deber del médico reumatólogo asistir sin cobrar honorarios a los colegas reumatólogos, su esposa y los parientes de primer grado de consanguinidad que dependan económicamente de él.

ARTÍCULO 21. El médico reumatólogo que reciba la atención a que se refiere el artículo anterior, ya sea personalmente o para alguna de las personas señaladas, deberá pagar los insumos correspondientes.

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

ARTÍCULO 22. La lealtad y la consideración mutuas constituyen el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos reumatólogos.

ARTÍCULO 23. El médico reumatólogo no desaprobaba con palabras o de cualquier otra manera las actuaciones de sus colegas en relación con los pacientes.

ARTÍCULO 24. Es censurable aceptar un cargo desempeñado por otro colega que haya sido destituido sin causa justificada, salvo que se trate de un empleo de dirección o confianza. No debe el médico reumatólogo procurar conseguir para sí empleos o funciones que estén siendo desempeñados por otro colega.

ARTÍCULO 25. Los médicos reumatólogos no podrán ser sujetos de peajes, coimas y sobreofertas.

CAPÍTULO III

DE LA PRESCRIPCIÓN MEDICA, LA HISTORIA CLÍNICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS

ARTÍCULO 26. Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre

la materia.

ARTÍCULO 27. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTÍCULO 28. Para la práctica de cualquier procedimiento médico reumatológico, el paciente y/o su responsable debe ser íntegramente informado e ilustrado acerca de los riesgos inherentes al procedimiento y ello debe constar en un documento de consentimiento informado, construido para cada situación.

ARTÍCULO 29. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico reumatólogo, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante.

ARTÍCULO 30. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico reumatólogo está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

ARTÍCULO 31. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al paciente, en aquello que estrictamente le concierne y le convenga;
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;
- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- d) A las autoridades judiciales o de salud, en los casos previstos por la Ley;
- e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

ARTÍCULO 32. El médico reumatólogo velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

CAPÍTULO IV DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON LAS INSTITUCIONES

ARTÍCULO 33. El médico reumatólogo cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos y demás compromisos a que esté obligado en las instituciones dónde preste sus servicios.

ARTÍCULO 34. El médico reumatólogo que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atienda en esas instituciones.

ARTÍCULO 35. El médico reumatólogo no aprovechará su vinculación con una institución para inducir al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

ARTÍCULO 36. El médico reumatólogo funcionario guardará por sus colegas y personal paramédico reumatólogo subalterno, la consideración, aprecio y respeto que se merecen, teniendo en cuenta su categoría profesional, sin menoscabo del cumplimiento de sus deberes como superior.

ARTÍCULO 37. Todo miembro de la asociación que tenga un despido sin justificación deberá notificarlo para estudio.

CAPÍTULO V

DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO REUMATÓLOGO CON LA SOCIEDAD Y EL ESTADO

ARTÍCULO 38. Para ejercer la Especialidad de Reumatología se requiere haber cursado y aprobado la totalidad de los créditos de una residencia formal en servicio docente aprobado y con registro calificado, con una duración mínima de cinco (5) años; habiendo obtenido título formal, reconocido por el estado colombiano.

ARTÍCULO 39. Todo miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología está obligado a conocer en todo y acogerse íntegramente a lo dispuesto en este marco normativo de la ética profesional.

ARTÍCULO 40. Para poder ejercer en el territorio colombiano, el médico reumatólogo egresado de la universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en el país, revalidará su título de conformidad con la ley.

PARÁGRAFO. Para aspirar a ser miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología, un especialista educado en el exterior, deberá acreditar el haber realizado práctica en un hospital universitario con programa acreditado y por un lapso mínimo de dos meses

ARTÍCULO 41. Constituye falta grave contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar, la presentación de documentos alterados, o el empleo de recursos irregulares para el registro de títulos o para la inscripción del médico reumatólogo como miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología

ARTÍCULO 42. El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico reumatólogo.

ARTÍCULO 43. El texto de certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado y deberá contener por lo menos los siguientes datos:

1. Lugar y fecha de expedición.
2. Persona o entidad a la cual se dirige el certificado
3. Objeto o fines del certificado.
4. Nombre e identificación del paciente.
5. Concepto.
6. Nombre del médico reumatólogo.
7. Número de tarjeta profesional y
8. Firma del médico reumatólogo.

ARTÍCULO 44. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico reumatólogo a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

ARTÍCULO 45. El médico reumatólogo no permitirá la utilización de su nombre para encubrir a personas que ilegalmente ejerzan la profesión o la especialidad.

ARTÍCULO 46. El médico reumatólogo se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país, a las recomendaciones internacionales y a las recomendaciones de la Asociación Colombiana de Reumatología, con relación a los siguientes temas:

1. Investigación biomédica en general.
2. Investigación terapéutica en humanos; aplicación de nuevas tecnologías, tanto con fines diagnósticos o terapéuticos, nuevos medicamentos y utilización de placebos.

PARÁGRAFO PRIMERO. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Colombiana de Reumatología, y las disposiciones legales vigentes, se aplicarán las de la legislación colombiana.

CAPÍTULO VI PUBLICIDAD Y PROPIEDAD INTELECTUAL

ARTÍCULO 47. Los métodos publicitarios que emplee el médico reumatólogo deben ser éticos.

ARTÍCULO 48. La mención de títulos académicos, honoríficos, científicos, o de cargos desempeñados, solamente deberá hacerse en publicaciones de carácter científico.

ARTÍCULO 49. Todo reumatólogo tendrá derecho a publicar en su papelería que es miembro de la Asociación Colombiana de Reumatología y a su vez miembro de la asociación internacional de Reumatología.

ARTÍCULO 50. La difusión de los trabajos médicos podrá hacerse por conducto de las publicaciones científicas correspondientes. Es contrario a la ética profesional hacer su divulgación en forma directa y anticipada por medio de la persona no especializada o cualquier medio de información, incluidos los medios virtuales.

ARTÍCULO 51. El médico reumatólogo no auspiciará en ninguna forma la publicación de artículos que no se ajusten estrictamente a los hechos científicos debidamente comprobados o que los presenten en forma que induzcan a error, bien sea por el contenido o los títulos con que se presentan los mismos.

ARTÍCULO 52. El médico reumatólogo tiene el derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore con base en sus conocimientos intelectuales, y sobre cualesquiera otros documentos, inclusive historias clínicas, que reflejen su criterio o pensamiento científico.

TÍTULO III RÉGIMEN DISCIPLINARIO

CAPÍTULO I DEL RÉGIMEN DISCIPLINARIO

ARTÍCULO 53. Sin perjuicio de acciones administrativas y judiciales pertinentes, la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGIA podrá sancionar o disciplinar de oficio o a petición de cualquiera de sus miembros por actos deshonorables para la profesión y/o la especialidad, desleales con la Asociación Colombiana de Reumatología o con la legítima competencia en el ejercicio de la profesión.

ARTÍCULO 55. DEFINICIÓN DE FALTA DISCIPLINARIA. La Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología establece como falta, toda violación a las prohibiciones instituidas en el presente régimen, por negligencia, imprudencia, culpa, omisión, dolo o falla del servicio en cumplimiento de las obligaciones inherentes a la membresía a la Asociación Colombiana de Reumatología

ARTÍCULO 56. La Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología y el Comité de Ética serán los entes jurisdiccionales facultados para desarrollar, investigar, persistir, remitir y conciliar cualquier juzgamiento disciplinario a los miembros de la Asociación Colombiana de Reumatología.

PARÁGRAFO. La asesoría jurídica de la Asociación Colombiana de Reumatología o el ente que haga sus veces, resolverá todos los casos de conflictos de competencias y decisión de única instancia, en contra de los cuales no proceda recurso alguno.

ARTÍCULO 57. SANCIONES APLICABLES. La Junta Directiva Nacional de Asociación Colombiana de Reumatología y el Comité de Ética, podrán sancionar a los miembros responsables de la comisión de faltas disciplinarias con:

- a. Amonestación privada, realizada por el Presidente.
- b. Amonestación escrita con copia a la hoja de vida, decretada por la Junta Directiva Nacional previo concepto vinculante del Comité de Ética Médica.
- c. Suspensión temporal de la membresía a la Asociación Colombiana de Reumatología.
- d. Expulsión decretada por la Junta Directiva Nacional y ratificada por la Asamblea General.

ARTÍCULO 58. DEL CONOCIMIENTO EN PRIMERA INSTANCIA. El Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología conoce, impulsa y procederá a ordenar la ratificación de la denuncia, y mediante auto en primera instancia de las denuncias interpuestas a petición de parte, y/o de oficio, que se interpongan contra miembros de la Asociación Colombiana de Reumatología, por la comisión de faltas disciplinarias o violación a las prohibiciones establecidas en el presente régimen.

ARTÍCULO 59. DEL CONOCIMIENTO EN SEGUNDA INSTANCIA. La Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, conoce en segunda instancia sobre los procesos ya instaurados en primera instancia por faltas disciplinarias y/o violación a las prohibiciones establecidas en el presente régimen y dará resolución a los conflictos en interés general y/o particular.

ARTÍCULO 60. RECURSOS. Procederán en primera instancia los recursos de reposición y en subsidio de apelación contra los actos de amonestar, suspender temporalmente la membresía o expulsar de la Asociación Colombiana de Reumatología y se interpondrán dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la notificación personal.

PARÁGRAFO: Cualquiera de estos recursos suspenderá temporalmente el acto administrativo expedido, hasta tanto se resuelva de fondo.

ARTÍCULO 61. ESCALA DE SANCIONES. Los médicos reumatólogos miembros de la Asociación Colombiana de Reumatología a quienes se les compruebe la violación de disposiciones del presente régimen, estarán sometidos a las siguientes sanciones por parte del Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología:

- a) Las faltas disciplinarias calificadas como leves, por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, siempre y cuando el profesional disciplinado no registre antecedentes disciplinarios, darán lugar a la aplicación de sanción que irá de amonestación privada, hasta amonestación escrita con copia a la hoja de vida.

b) Las faltas que sean calificadas como leves, por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, cuando el profesional disciplinado registre antecedentes disciplinarios, darán lugar a la aplicación de la sanción de suspensión de la membresía hasta por el término de seis (6) meses

c) Las faltas calificadas por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología como graves, siempre y cuando el profesional disciplinado no registre antecedentes disciplinarios, darán lugar a la aplicación de la sanción de suspensión de la membresía por un término de, entre seis (6) meses y un (1) año.

d) Las faltas calificadas por el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología como gravísimas, siempre darán lugar a la aplicación de la sanción de expulsión decretada por la Junta Directiva Nacional y ratificada por la Asamblea General.

PARAGRAFO. Los conceptos emitidos por el Comité de Ética, deben ser comunicados a los implicados exactamente como el Comité los redactó. No es permitido que la Junta Directiva adicione, cambie o modifique en manera alguna estos conceptos

ARTÍCULO 62. FALTAS SUSCEPTIBLES DE SANCIÓN DISCIPLINARIA. Será susceptible de sanción disciplinaria todo acto u omisión, intencional o culposo, que implique violación de las prohibiciones, incumplimiento de las obligaciones, ejecución de actividades incompatibles con el decoro que exige el ejercicio de la profesión médica y la especialidad de Reumatología.

ARTÍCULO 63. ELEMENTOS DE LA FALTA DISCIPLINARIA. La configuración de la falta disciplinaria deberá estar enmarcada dentro de los siguientes elementos o condiciones:

- a)** La conducta o el hecho debe haber sido cometido por un profesional Médico reumatólogo Reumatólogo miembro de la Asociación.
- b)** La conducta o el hecho debe ser intencional o culposo u omisivo.
- c)** El hecho debe haber sido cometido en ejercicio de la especialidad
- d)** La conducta debe ser violatoria de deberes, prohibiciones, inhabilidades o incompatibilidades inherentes a la especialidad de Médico reumatólogo Reumatólogo
- e)** La conducta debe ser apreciable, objetiva y procesalmente debe estar probada.
- f)** La sanción disciplinaria debe ser la consecuencia lógica de un debido proceso, que se enmarque dentro de los postulados del artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y específicamente del régimen disciplinario establecido en el presente reglamento.

ARTÍCULO 64. PREVALENCIA DE LOS PRINCIPIOS RECTORES. En la interpretación y aplicación del régimen disciplinario establecido prevalecerán, en su orden, los principios rectores que determina la Constitución Política de Colombia, este Reglamento y el Código Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO 65. CRITERIOS PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD O LEVEDAD DE LA FALTA DISCIPLINARIA. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología determinarán si la falta es leve, grave o gravísima, de conformidad con los siguientes criterios:

- a)** El grado de culpabilidad.

- b) El grado de perturbación a la Asociación Colombiana de Reumatología.
- c) La reiteración en la conducta.
- d) La naturaleza de la falta y sus efectos, según la trascendencia social de la misma, el mal ejemplo dado, la complicidad con otros profesionales y el perjuicio causado.
- e) Las modalidades o circunstancias de la falta, teniendo en cuenta la premeditación, el grado de participación en la comisión de la misma y el aprovechamiento de la confianza depositada en el profesional disciplinado.
- f) Los motivos determinantes, según se haya procedido por causas innobles o fútiles, o por nobles y altruistas.
- h) El confesar la falta antes de la formulación de cargos, haciéndose responsable de los perjuicios causados.
- i) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de que le sea impuesta la sanción.

ARTÍCULO 66. FALTAS CALIFICADAS COMO GRAVÍSIMAS. Se consideran gravísimas y se constituyen en causal de expulsión decretada por la Junta Directiva Nacional y ratificada por la Asamblea General, las siguientes faltas:

- a. La agresión física o verbal contra alguno de los miembros en las sesiones de la Asamblea General o de la Junta Directiva Nacional.
- b. La reincidencia en cualquiera de las causales de amonestación.
- c. Cuando su conducta sea reprochable y su comportamiento cause perjuicio al buen nombre y al prestigio de la Asociación Colombiana de Reumatología.
- d. Por el hecho de haber sido sancionado mediante sentencia judicial condenatoria por faltas contra la ética médica profesional.
- e. Obstaculizar, en forma grave, las investigaciones que realicen el Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología.
- f. El abandono injustificado de los encargos o compromisos profesionales, cuando con tal conducta cause grave detrimento al patrimonio económico de la Asociación Colombiana de Reumatología o se afecte, de la misma forma, el patrimonio privado.
- g. La utilización fraudulenta de las hojas de vida de sus colegas para participar en concursos
- h. Transgredir de manera importante el marco de comportamiento de la ética publicitaria incluida en los estatutos y reglamentos de la Asociación Colombiana de Reumatología.
- i. Cualquier violación gravísima, según el criterio del Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, del régimen de deberes, obligaciones y prohibiciones que establece el marco estatuario de la Asociación Colombiana de Reumatología.

PARÁGRAFO: El miembro que haya sido expulsado no tendrá derecho a solicitar reingreso.

ARTÍCULO 67. CONCURSO DE FALTAS DISCIPLINARIAS. El profesional que con una o varias acciones u omisiones infrinja varias disposiciones del reglamento una o varias veces la misma disposición, quedará sometido a la que establezca la sanción más grave.

ARTÍCULO 68. CIRCUNSTANCIAS QUE JUSTIFICAN LA FALTA DISCIPLINARIA. La conducta se justifica cuando se comete:

- a) Por fuerza mayor o caso fortuito
- b) En estricto cumplimiento de un deber legal
- c) En cumplimiento de orden legítima de autoridad competente emitida con las formalidades legales

ARTÍCULO 69. ACCESO AL EXPEDIENTE. El investigado tendrá acceso a la denuncia y demás partes del expediente disciplinario solo después de que sea escuchado en versión libre y espontánea o desde la notificación de cargos, según el caso.

ARTÍCULO 70. PRINCIPIO DE IMPARCIALIDAD. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, deberá investigar y evaluar, tanto los hechos y circunstancias desfavorables, como los favorables a los intereses del disciplinado.

ARTÍCULO 71. PRINCIPIO DE PUBLICIDAD. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología respetará y aplicará el principio de publicidad dentro de las investigaciones disciplinarias, no obstante, ni el quejoso, ni terceros interesados se constituirán en parte dentro de estas.

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO.

ARTÍCULO 72. INVESTIGACIÓN. La investigación de los hechos la adelantará el Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología y no podrá excederse de sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de apertura de la investigación, durante los cuales se decretarán y practicarán las pruebas que el Comité considere pertinentes y que conduzcan a la comprobación de los hechos, las cuales podrán ser, entre otras, testimoniales, documentales, periciales, etc.

ARTÍCULO 73. FINES DE LA INVESTIGACIÓN. La investigación tendrá como fines verificar la ocurrencia de la conducta, determinar si es constitutiva de falta disciplinaria e identificar o individualizar al profesional que presuntamente intervino en ella.

ARTÍCULO 74. INFORME Y CALIFICACIÓN DEL MÉRITO DE LA INVESTIGACIÓN. Terminada la etapa de investigación, el Comité de Ética procederá dentro de los diez (10) días siguientes, a calificar lo actuado mediante auto motivado, en el que se determinará si existe o no mérito para adelantar investigación formal disciplinaria contra el profesional disciplinado y en caso afirmativo, se le formulará con el mismo auto, el correspondiente pliego de cargos. Si no se encontrare mérito para seguir la actuación, el Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología ordenará en la misma providencia el archivo del expediente, informando sucintamente la determinación a los miembros de la Junta Directiva Nacional en la siguiente sesión ordinaria, para que quede consignado en el acta respectiva, comunicando la decisión adoptada al disciplinado.

ARTÍCULO 75. NOTIFICACIÓN PLIEGO DE CARGOS. El Comité de Ética y/o la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, notificará personalmente el pliego de cargos al profesional inculpado. No obstante, de no poder efectuarse la notificación personal, se hará por edicto en los términos establecidos en el Código Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO 76. TRASLADO DEL PLIEGO DE CARGOS. Surtida la notificación, se dará traslado al profesional inculpado por el término improrrogable de diez (10) días hábiles, para presentar descargos, solicitar y aportar pruebas. Para tal efecto, el expediente permanecerá a su disposición en el Comité de Ética.

ARTÍCULO 77. ETAPA PROBATORIA. Vencido el término de traslado, el Comité de Ética decretará las pruebas solicitadas por el investigado y las demás que de oficio considere conducentes y pertinentes, mediante auto contra

el cual no procede recurso alguno y el cual deberá ser comunicado al profesional disciplinado. El término probatorio será de treinta (30) días.

ARTÍCULO 78. FALLO DE PRIMERA INSTANCIA. Vencido el término probatorio previsto, el Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Reumatología elaborará un proyecto de decisión, que se someterá a la consideración de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología la cual podrá aclararlo o sugerir modificaciones. Si la mayoría de los miembros asistentes a la sesión aprueban el proyecto de decisión, se adoptará la decisión propuesta mediante resolución motivada.

PARÁGRAFO. Los salvamentos de voto respecto del fallo final, si los hay, deberán constar en el acta de la reunión respectiva.

ARTÍCULO 79. NOTIFICACIÓN DEL FALLO. La decisión adoptada se notificará personalmente al interesado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la sesión en que se adoptó y si no fuere posible, se realizará por edicto, en los términos del artículo 45 del Código Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO 80. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN. La acción disciplinaria a que se refiere el presente título caduca en cinco (5) años contados a partir de la fecha en que se cometió el último acto constitutivo de la falta. El auto que ordena la apertura de la investigación preliminar, interrumpe el término de caducidad. El proceso prescribirá tres años después de la fecha de expedición de dicho auto.

ARTÍCULO 81. RÉGIMEN TRANSITORIO. Todas las actuaciones que se adelanten por parte de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Reumatología, de acuerdo con los procedimientos vigentes en el momento en que comience a regir el presente reglamento, seguirán rigiéndose por estos hasta su culminación.

