

¿TRANSICIÓN DEL PATERNALISMO MEDICO A LA AUTONOMÍA? PERSPECTIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DESDE ÓPTICA DE LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL.

JUAN JOSÉ RUIZ VALBUENA

Resumen

A partir de un análisis desde la historia del consentimiento informado y la relación médico-paciente, este artículo busca mostrar los conflictos que suscitan entre los bienes jurídicos protegidos por el consentimiento informado, esto es, la autonomía y la salud del paciente. De esa manera, los resultados de la muestra son producto de la creación de una línea jurisprudencial de la corte constitucional acerca de los casos en particular en los cuales se enfrentan dichos derechos pero solo uno de ellos puede prevalecer.

La práctica del Consentimiento Informado abre día a día un nuevo campo de posibilidades a la relación del médico con el paciente. En ese mundo de infinitas posibilidades, el derecho ha construido una serie de reglas que armonizan estos institutos a la naturaleza del caso en particular.

Palabras claves

Salud, autonomía, consentimiento informado, paternalismo, libertad, dignidad humana,

SUMARIO

Introducción. 1. Consentimiento informado. 1.1. Concepto 1.2. Finalidad del consentimiento informado 1.3. Características 1.4. Condiciones del consentimiento informado 1.5. Límites del consentimiento informado 1.6 Regulación normativa .2. Salud y autonomía 2.1. El paternalismo 2.2 El camino hacia la autonomía 3. Línea jurisprudencial sobre la prevalencia entre la salud y autonomía en el consentimiento informado 4. Conclusiones. Referencias.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado del paciente y la colisión de dos principios constitucionales de gran envergadura como lo es la libertad y la salud son, sin duda, un asunto de gran importancia para la comunidad jurídica. Máxime si se trata de dos principios que han tenido un enorme desarrollo protagónico en la jurisprudencia de la Corte. En ese orden de ideas, el presente trabajo contiene la evolución de la jurisprudencia de la Corte Constitucional donde se destacaran algunos casos en los cuales se cruzaran estos principios pero tan solo uno de ellos prevalecerá en el caso concreto. A partir de esa evolución histórica, se intentara explicar en cuales eventos prevalecerá un principio sobre el otro teniendo en cuenta la

naturaleza del tratamiento, el grado de invasión sobre el cuerpo, la dificultad del tratamiento, la urgencia del tratamiento etc.

Decía Beccaria que *“Cuando las leyes son claras y precisas, la función del juez no consiste más que en comprobar un hecho” (Beccaria, 1784)*. Sin embargo, en casos donde colisionan estos principios de gran importancia, la tarea del juez es mayúscula, pues su tarea no se reduce a comprobar un hecho en un ejercicio de subsunción lógica, sino, en mayor medida, convencer con un gran papel argumentativo que en un caso concreto prevalecerá solamente la autonomía o la salud. Es por ello que el tema central se reduce a mostrar a la academia las reglas y subreglas fijadas por la Corte Constitucional.

Consentimiento informado

El paciente es el verdadero protagonista de la relación médico-paciente. El consentimiento informado busca enfatizar en el derecho a la información del paciente, para que sea él quien asuma el riesgo previsto de cualquier decisión terapéutica o procedimiento. Todas las intervenciones profesionales de los médicos, salvo los casos de urgencia vital, deben estar precedidas por la autorización del paciente. La obtención del consentimiento informado es un proceso que va más allá de obtener una firma sobre un formulario estandarizado.

1.1 Concepto

Son varias las posturas teóricas adoptadas para dar un concepto claro acerca del consentimiento informado, alguna de las definiciones más destacadas las podemos ver en autores como Miguel Ángel Sánchez, Roberto Cañete, Juliana Maria Mendoza Villa, Oscar Vera Carrasco etc.

Para (Carrasco, 2016) el consentimiento informado es "la aceptación autónoma de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles". En otras palabras, el CI es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios respectivos.

Por otro lado, el autor Roberto Cañete definió el CI como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos” (Pe

De igual modo, la sentencia T-059 de 2018 comprende que el consentimiento informado es el resultado lógico del ejercicio de los derechos constitucionales a recibir información y a la autonomía (arts. 16 y 20 C.P.).

1.2 Finalidad

Diversas son las finalidades que cumple el consentimiento informado, no obstante, puede considerarse que una de la finalidad principal de conformidad con lo expuesto por el autor Miguel Sanchez, es garantizar el derecho que tiene todo ciudadano a la libre autodeterminación. De esa manera, se ejercen dos funciones primarias: 1) promover la autonomía de los individuos, 2) Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas (lo cual se consigue gracias a la necesidad de hacer explícita la justificación de las decisiones), 3) Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación, 4) Evitar el fraude y la coacción, 5) Alentar la autoevaluación y el autoexamen en los profesionales de la medicina, 6) Disminuir recelos y aliviar temores, y 7) Introducir en la medicina una mentalidad más probabilista y más capaz de hacer frente a la incertidumbre. (Sanchez, 2012. P6)

1.3 Características

(Bedrossian y Fernández, 2001) en un artículo publicado en 2001, se refieren a algunas de las características más importantes del CI. Estas características sintetizan en buena medida las generalidades éticas del CI por lo que se prefiere exponerlas íntegramente. Ellos destacan las siguientes características:

El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario, que culmina con la autorización o no de una intervención clínica específica.

El consentimiento es un derecho del paciente; proporcionar la información es un deber del médico.

La información y la comprensión son las únicas herramientas decisivas para dar el consentimiento.

La información debe especificar los riesgos de un procedimiento en orden de su frecuencia y gravedad; no debe ser la síntesis de un tratado de patología

La información debe adecuarse a las condiciones particulares de cada paciente, familiares o representantes

En el desarrollo de una atención médica pueden requerirse nuevos y sucesivos consentimientos.

1.4) Condiciones o requisitos que deben reunirse

Son varios los requisitos que deben seguirse para que el consentimiento informado cumpla su principal finalidad, estas condiciones han variado en el tiempo teniendo en cuenta que cada vez se vuelve más riguroso y estricto su cumplimiento material. Por ejemplo, para el autor Sanchez, estas son las condiciones mínimas que debe tener el consentimiento informado:

- 1.- Información suficiente.
- 2.- Comprensión adecuada de la información.
- 3.- Libertad para decidir según los propios valores.
- 4.- Capacidad para decidir

Otros autores destacan además las siguientes condiciones que deben suministrarse, por ejemplo:

- 1.- Descripción de la intervención que se ofrece y de los objetivos que se persiguen con ella.
 - 2.- Molestias y riesgo más significativos por su frecuencia o por su gravedad (pero no necesariamente todos ellos).
 - 3.- Beneficios esperables con su grado aproximado de probabilidad.
 - 4.- Alternativas factibles si es que las hay.(Excluyendo los tratamientos claramente inútiles o fútiles).
 - 5.- Curso espontáneo que tendría el padecimiento del enfermo, y las consecuencias de dejarlo sin tratar.
 - 6.- Opiniones y recomendaciones del médico
- #### 1.5 Límites del consentimiento informado

El Consentimiento Informado debe ser voluntario y estar libre de influencias indebidas. Pero la voluntariedad es una cuestión de grados y puede estar limitada en mayor o menor medida. Lo anterior mencionado será el reflejo de algunos casos en los cuales la Corte Constitucional decidía sobre el dilema si algunas personas tenían capacidad para entender y decidir, por ello, unas de sus posturas fue analizar la aptitud para darse cuenta de la propia situación, analizar la aptitud para comprender informaciones relevantes etc (Sent T-850-02).

Del mismo modo, autores como Cañete han diseñado una serie de límites o excepciones a la regla general del consentimiento informado , a saber:

El paciente tiene derecho a no ser informado si así lo expresa previamente.

En caso de riesgo para la salud pública, se acepta la no existencia de consentimiento informado para el internamiento, cuarentena u hospitalización del paciente.

En caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente, el consentimiento puede obviarse.

En caso de pacientes menores de edad o de incapacidad legalmente reconocida, física o mental, se admite que el consentimiento informado sea pedido a su representante legal, que será generalmente el familiar más próximo.

En caso de riesgo grave para la salud pública o la vida del paciente, el consentimiento del representante legal solo se tendrá en cuenta.

El paciente puede revocar libremente, por escrito, su consentimiento en cualquier momento.

1.6 Regulación normativa

Con respecto al marco normativo que regula el consentimiento informado, se presentan varias regulaciones en diferentes categorías normativas. La constitución política de 1991 no consagró un artículo autónomo e independiente que protegiera el consentimiento informado. Sin embargo, dentro de un análisis sistemático de la misma, se encuentran distintos derechos que dan pleno desarrollo y garantía al mismo. Por ejemplo, encontramos el art 13 que protege la autonomía y libertad del individuo, el artículo 16, art 19 que también se protege la libertad de elección del individuo. Por otra parte, también en gran medida, el

consentimiento informado protege la salud, por eso también se encuentra garantizado el mismo en artículos como el 2, 11, 48 de la constitución en la medida en que impone una obligación al Estado a garantizar la salud y la vida.

Dentro de la regulación legislativa y reglamentaria se presenta respecto al consentimiento informado las siguientes leyes, proyectos de ley, decretos y resoluciones:

LEY 23 DE 1981

Ley 1799 de 2016

Proyecto de Ley 24/2015

Resolución 505 de 2009

Resolución 1051 de 2016

Resolución 825 de 2018

Ley 1787 de 2016

Del mismo modo, hay una gran riqueza jurisprudencial en materia de consentimiento informado y su importancia, las mismas se encontraron en el desarrollo del presente trabajo, algunas de las más importantes son:

C. Const., Sent.C-133-94. M.P. Antonio Barrera Carbonell).

C. Const., Sent. T-401-1994.M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

C. Const., Sent.T-559-95. M.P. Antonio Barrera Carbonell)

2. Salud y autonomía

Otro punto importante a desarrollar es la delimitación de los derechos a la salud y a la autonomía. Así que, antes de referirme a cada derecho en concreto, es pertinente aclarar que el consentimiento informado no excluye los dos derechos entre sí, es decir, tanto el derecho a la salud como el derecho a la autonomía se encuentran protegidos por el consentimiento informado, cuestión distinta es que, en algunos casos complejos tiene que prevalecer uno sobre el otro. Al respecto, se analizarán una serie de hechos en particular que ponen en disputa la colisión de estos derechos fundamentales.

En contraste con lo anterior, se analizarán dos fenómenos que tienen una enorme relación con lo que se intenta plantear. El primero tiene que ver con el paternalismo estatal, esto es, el tipo de Estado en el cual el mismo interviene constantemente en las esferas individuales del hombre y, en segundo lugar, el debilitamiento constante de este modelo y el devenir de una transición que protege la autonomía y, por ende, el derecho a decidir libremente.

2.1 Derecho a la salud- El derecho a la salud en el derecho colombiano ha tenido una gran evolución a lo largo de estos años, por tratarse de un trabajo de investigación, ilustraré una de las teorías más importantes acerca del mismo.

La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y

calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la personas y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.

Desarrollo legal de la salud: Entre las principales normas encontramos el Decreto 056 de 1975, que organizó el Sistema Nacional de Salud. Posteriormente fue expedida la Ley 10 de enero de 1990, la cual reorganizó el Sistema Nacional de Salud y amplió otros aspectos, que fueron definitivos para el posterior desarrollo de la Ley 100 de 1993.

A continuación se expide la Ley 60 de 1993, que se refiere al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, y a la Integración de las acciones que realizan los diferentes actores del sector salud con objeto de garantizar mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y de las colectividades (artículo 2° Ley 60 de 1993). Posteriormente, se expide la ley estatutaria 1751 de 2015 que se encargaría de regular el derecho fundamental a la salud. Desde entonces, hay algunas modificaciones a los textos mencionados anteriormente.

Derecho a la autonomía en la bioética: Sin duda, en esta época, el bien jurídico protegido por el consentimiento informado es la autonomía, este se convertirá en el epicentro de la relación médico-paciente. Estas son algunas de las teorías que le dan desarrollo.

Origen: En su origen, la autonomía que I. Kant inaugura en el siglo XVIII es una autonomía trascendental, que permite considerar que el ser humano, como autolegisador, es un ser con capacidad de autogobierno a nivel empírico. Es decir, el ser humano es un sujeto moral autónomo, alguien capaz de decidir moralmente desde su libertad y con su razón, y ser responsable de sus actos ante su propia conciencia. Por eso, debe ser respetado como tal. (INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA, 2011)

Concepto: el concepto de autonomía que suele emplearse en el ámbito de la bioética hace referencia a la capacidad que tiene una persona de realizar elecciones personales, a una dimensión de decisión y acción desde el libre albedrío. Lo cual presupone racionalidad y libertad, que son, precisamente, los elementos que definen la autonomía trascendental kantiana

Mencione anteriormente, que para ilustrar fácilmente la historia de la disputa de estos derechos habría que explicar un poco acerca del paternalismo estatal y su crisis, esto con el objetivo de que el lector entienda el auge y, asimismo, declive de cada uno de los derechos en la historia, y de esa manera, entienda porque la autonomía por regla general prevalece como bien jurídico frente a la salud.

2.1 El paternalismo

Recordemos que el modelo fundamental de la relación médico-enfermo había permanecido casi inmutable desde la Antigüedad. El antiguo modelo exigía al enfermo obediencia y

confianza en el médico. Y el médico, por su parte, debía mantener una autoridad fuerte para cumplir con su deber de buscar el máximo beneficio objetivo del enfermo. A este deber se le llama actualmente “Principio de Beneficencia”.

De igual forma, es considerado el paternalismo como “la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de la opinión de esa otra persona”. (Sánchez, 2012.p2)

Este modelo permaneció así durante mucho tiempo. Máxime, si se tiene en cuenta que en la mayoría de casos la enfermedad es conocida por el médico y, desde luego, desconocida por el paciente, por lo anterior, este modelo era justificado porque es el médico quien conoce y decide aun en contra de la voluntad del paciente

Así entonces, el concepto decisivo en esta definición es el de “enfermo competente” para decidir. Es importante darse cuenta de que el dictamen sobre la competencia de un enfermo depende a su vez del grado de paternalismo del médico.

Por ello resulta necesario complementar la anterior definición ofreciendo un criterio de medida del grado de paternalismo del médico. Este criterio de medida puede ser el siguiente: Una buena medida del grado de paternalismo de un médico viene dada por el porcentaje de sus enfermos a los que él mismo no considera competentes para tomar las decisiones o maduros para recibir todo tipo de información. (Sánchez, 2012.p3)

2.2 El camino hacia la autonomía

La superación del paternalismo ha sido el resultado de un largo proceso histórico que ha venido afectando desde la Edad Moderna a todo tipo de relaciones humanas. En la Edad Moderna comenzó a considerarse ideal otro tipo de relación más horizontal. Y los modelos paternalistas fueron desapareciendo sucesivamente, primero en la religión y después en la política.

Los escritos de John Stuart Mill suministraron una importante base teórica contra el paternalismo. En 1859 este filósofo llegó a afirmar: “La única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien, por nuestro camino propio, en tanto no privemos a los demás del suyo... Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu el individuo es soberano”

Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta lo que analizaré con los casos decididos por la Corte Constitucional que mostraré más adelante, se evidencia un nuevo modelo de pensamiento que privilegia la autonomía sobre el paternalismo pese a unas excepciones al respecto.

3. Línea jurisprudencial sobre la prevalencia entre la salud y autonomía en el consentimiento informado

Se presenta una línea jurisprudencial sobre la prevalencia de la salud o la autonomía frente al consentimiento informado del paciente de conformidad con la metodología de la Escuela Rodrigo Lara Bonilla. Cabe aclarar, que por regla general, la Corte Constitucional ha sido reiterativa y casi unánime a lo largo de su trayectoria en proteger la autonomía del paciente. Pues es el mismo quien corresponde entender el cuidado de su salud y aceptar los tratamientos a seguir. De esa manera, esta ha sido la evolución.

En primer momento, la Corte Constitucional no dudo en dar su postura a favor de autonomía, la dominante por lo menos durante 10 años. Mediante sentencia fundadora T-401 de 1994 se decidía la vulneración los derechos a la salud, libre desarrollo a la personalidad y autonomía de un paciente que se negó a realizar un tratamiento ordenado por su médico tratante, por lo anterior, la postura de la corte fue fallar a favor del peticionario pues la voluntad es algo que debe respetar el médico, de igual modo, destaca que todo paciente tiene derecho a rehusar la aplicación de un determinado tratamiento sobre su cuerpo y, por ende, el peticionario está capacitado para decidir la suerte de su propio cuerpo y para asumir las consecuencias que su decisión acarree en su estado de salud. Lo anterior es muestra de una corte protectora de la autonomía sin límites.

Así mismo, pocos años después, la corte la sentencia confirmadora T-559 de 1995 se enfrentaba a un caso en el cual un cabo relata los contratiempos sufridos por un tiro que recibió en una rodilla a consecuencia del servicio y los inconvenientes que ha tenido en el Hospital Militar Central, de esa forma, su médico tratante, le informó que tenía dos opciones: Amputarme la pierna, o sea quitar parte de la rodilla hacia abajo o dejar la pierna recta sin ningún movimiento, sino únicamente la cadera.

En esta cuestión, la corte no tuteló el derecho del peticionario por cuanto no se había vulnerado la autonomía y tampoco se había omitido el consentimiento informado, por cuanto el mismo informaba de otra solución, es el mismo paciente quien la aceptará o no, en ultimas, es su decisión elegir y no la de un juez.

En el desarrollo de esta línea, aparecería algo novedoso, se introduciría entonces los límites de la autonomía en el consentimiento informado. La corte constitucional entraría a resolver un caso cuya sentencia se volvería hito, pues se trataba de una madre quien en representación de su hija de diecinueve (19) años, pues presenta retraso mental y epilepsia refractaria, solicitaba un procedimiento de esterilización porque su hija está en riesgo de quedar embarazada y esto afectaría su salud y, de igual forma, por su discapacidad desconocería las responsabilidades que implica ser madre de un menor. La posición de la corte fue convocar un equipo de médicos especialistas en neurología, psiquiatría y ginecología para evaluar a fondo las capacidades de la hija.

Fíjese que en esta providencia la corte menciona que la decisión de una persona de tener hijos impone al Estado y a la sociedad, el deber de respetar ese aspecto volitivo, pero así mismo, impone al Estado el deber de armonizar este interés con el de proteger la salud o la vida de dicha persona. De esa manera, se impone la necesidad de establecer una medida a

la actividad protectora del Estado y de la sociedad y ello se hace excepcionalmente interviniendo en la esfera individual de la persona.

Por lo anterior, El límite a la actividad protectora implica, por un lado, que el Estado no puede adoptar las decisiones de salud por las personas, en la medida en que sus resoluciones específicas puedan ser tomadas autónomamente, aunque las mismas no hayan desarrollado plenamente su autonomía en todos los aspectos de su vida.

Tal límite impone además el deber del Estado de proteger a las personas en relación con aquellas decisiones para las cuales no han desarrollado la autonomía necesaria (consentimiento sustituto). La protección de estas personas resulta aceptable entonces, en la medida en que ellas mismas, o terceros, pongan en peligro el ejercicio futuro de su autonomía, con sus decisiones respecto de su salud.

Posteriormente, siguiendo los lineamientos de las dos posturas, la corte en sentencia T-52 de 2010 reitera las posturas señaladas anteriormente, esto es, la facultad del paciente de tomar decisiones relativas a su salud es decisión suya, pues en eso consiste la autonomía, en la posibilidad de diseñar un plan vital y determinarse según sus características (vivir como quiera) y el mecanismo para garantizar esa autonomía es el consentimiento informado toda vez que “todo tratamiento, aún el más elemental, debe hacerse con el consentimiento del paciente” (C.C Sent. T-452 de 2010)

Finalmente, dentro del estado actual de las cosas, encontramos la sentencia arquimedica en el cual se discutía si eran vulnerados los derechos a la salud, a la autonomía, la integridad y a una vida en condiciones dignas por parte de una al negarse el cambio que le fue ordenado por su medica tratante; teniendo en cuenta que el lente suministrado fue de color café y el color natural de su iris es verde. La corte sin duda reitera lo importante de la autonomía en el consentimiento informado, además agregando algo importante y es que no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica, pues este consentimiento debe cumplir una serie de requisitos como por ejemplo, la ilustración del consentimiento, de esa manera, se garantiza plenamente el desarrollo de la autonomía.

4. CONCLUSIONES

La práctica del Consentimiento Informado y su choque con la salud y la autonomía abre día a día un nuevo campo de posibilidades a la relación del médico con el paciente. En ese mundo de infinitas posibilidades, el derecho ha construido una serie de reglas que armonizan estos institutos a la realidad, por ende, dentro de los casos analizados se pueden evidenciar las siguientes conclusiones:

No cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica

El Estado no puede adoptar las decisiones de salud por las personas, en la medida en que sus resoluciones específicas puedan ser tomadas autónomamente, aunque las mismas no hayan desarrollado plenamente su autonomía en todos los aspectos de su vida.

La autonomía de la persona para autorizar o no un tratamiento médico no es un concepto absoluto sino que depende de la naturaleza misma de la intervención sanitaria

Entre más claras sean las facultades de autodeterminación del menor, mayor será la protección constitucional a su derecho al libre desarrollo de la personalidad

La práctica de una intervención médica, únicamente procede cuando existe un consentimiento informado válido.

Procede el consentimiento paterno sustituto en los niños menores de cinco años, en donde el permiso es legítimo, siempre y cuando se trate de un “consentimiento cualificado y persistente”

La obligación contractual o extracontractual del médico respecto del ser humano a quien va a tratar, buscando su CURACION es una prestación de servicios que produce obligaciones de medio y no de resultado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Cañete R, Guilhem D, Brito K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales, 18(1), 121-127

Delgado, J. (2012). Nuevas perspectivas bioéticas: Autonomía relacional. ENE. Revista de Enfermería, 6(1), 36-43.

Ferrer J., Álvarez JC. (2005) Para fundamentar la bioética, teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea, 2da. Ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Ocampo-Martínez J. (2002). La bioética y la relación médico-paciente. Cir Ciruj, 70(1), 55-5

Garzón F. (2009). Aspectos bioéticos del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable. Revista latinoamericana de bioética

Peralta, Maria T. (2002). Algunas reflexiones sobre el consentimiento informado, 13(2), 13-22

Sánchez-González MA. (1996). El Consentimiento Informado, un derecho del enfermo. Cuadernos del Programa Regional de Bioética

Senado de la República de Colombia. (2015). Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 24/2015: por medio de la cual se crea el nuevo Código de Ética Médica. En

Gaceta del Congreso, año XXIV - No 755 (Vol. XXIV-755, pp. 1-24). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

C. Const., Sent.C-133-94. M.P. Antonio Barrera Carbonell).

C. Const., Sent. T-401-1994.M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

C. Const., Sent.T-559-95. M.P. Antonio Barrera Carbonell