



Bogotá D.C., 19 agosto de 2026

Doctor
Diego Alejandro González González
Secretario General
Senado de la República

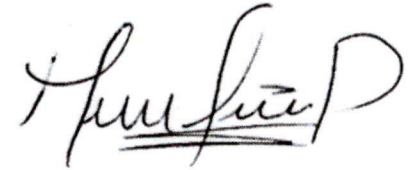
Referencia: Radicación del Proyecto de Ley " **Por la cual se adoptan medidas de seguridad del paciente en los procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos y en la cirugía estética menor ambulatoria, se reafirma la reserva del acto médico y se dictan otras disposiciones**"

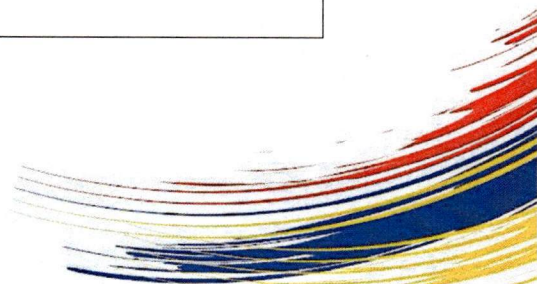
Cordial saludo,

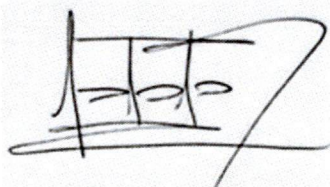
Por medio de la presente, nos permitimos radicar para su respectivo trámite el Proyecto de Ley " **Por la cual se adoptan medidas de seguridad del paciente en los procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos y en la cirugía estética menor ambulatoria, se reafirma la reserva del acto médico y se dictan otras disposiciones**"

En ese sentido se presenta a consideración del Senado de la República el presente proyecto de ley, para iniciar el trámite correspondiente y cumplir con las exigencias dictadas por la Constitución y la Ley.

Atentamente,

 FERNEY SILVA IDROBO Senador de la República Pacto Histórico	 MARTHA PERALTA EPIEYÚ Senadora de la República MAIS
---	--





James Mosquera Torres
Representante a la Cámara
Citre Chocó- Antioquia

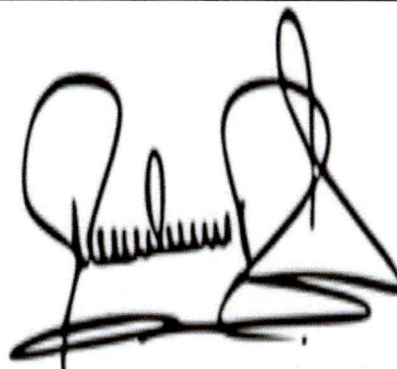


ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCIA
Senador de la República

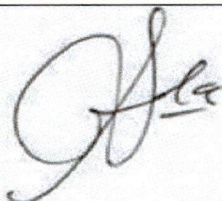


TO RO.

DAVID ALEJANDRO TORO RAMIREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Pacto Histórico



PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS
Senador de la república



AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS
Representante a la Cámara
Circunscripción Electoral de Fórmula
Vicepresidencial

PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2026 SENADO

**"POR LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS MÍNIMAMENTE
INVASIVOS Y EN LA CIRUGÍA ESTÉTICA MENOR AMBULATORIA, SE
REAFIRMA LA RESERVA DEL ACTO MÉDICO Y SE DICTAN OTRAS
DISPOSICIONES"**

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

TÍTULO I

OBJETO, ÁMBITO Y DEFINICIONES

ARTÍCULO 1. Objeto. Esta ley tiene por objeto proteger la vida, la salud y la integridad de los pacientes que acceden a procedimientos con finalidad estética, mediante la reafirmación de la reserva del acto médico, la delimitación expresa de los procedimientos comprendidos, la determinación de las condiciones de formación, certificación, gobernanza y habilitación exigibles para su práctica, y el fortalecimiento del control sobre el ejercicio ilegal.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Esta ley se aplica exclusivamente a los procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos del Grupo A y a los procedimientos de cirugía estética menor ambulatoria del Grupo B, delimitados en la presente ley.

Parágrafo. Exclusiones. Quedan expresamente excluidos del ámbito de esta ley:

- a) La cirugía estética mayor, que continúa rigiéndose por las normas vigentes y reservada a los médicos especialistas en cirugía plástica, estética y reconstructiva y a las demás especialidades quirúrgicas dentro del campo anatómico propio de su formación. Ninguna disposición de esta ley podrá interpretarse en el sentido de ampliar, flexibilizar o exceptuar dicha reserva;
- b) Los procedimientos cosméticos no invasivos regulados por la Ley 711 de 2001;
- c) Los procedimientos cuya finalidad sea la recuperación o el mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.

ARTÍCULO 3. Definiciones. Para los efectos de esta ley:

a) Acto médico. Conjunto de actividades científicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas, preventivas y quirúrgicas realizadas por un Médico y Cirujano en ejercicio legal de su profesión, orientadas a valorar, diagnosticar, indicar, prescribir, intervenir, tratar, modificar o restaurar las condiciones anatómicas, fisiológicas o funcionales del cuerpo humano. No se agota en la ejecución de una técnica, pues comprende un proceso integral que inicia con la valoración clínica y concluye con el seguimiento y el manejo de las complicaciones.

b) Médico y Cirujano. Profesional universitario del área de la salud que ha culminado un programa de formación en medicina reconocido por el Estado colombiano, o cuyo título ha sido convalidado conforme a la ley, e inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - ReTHUS. Para efectos de la presente ley, las denominaciones médico, médico cirujano y médico y cirujano, se entienden equivalentes, con independencia del título otorgado por la respectiva Institución de Educación Superior.

c) Procedimiento médico-estético. Toda intervención sobre tejidos vivos con finalidad estética que exija valoración médica previa y que modifique, infiltre, estimule, destruya, extraiga, suspenda o altere estructuras anatómicas o funciones fisiológicas mediante medicamentos, dispositivos médicos o agentes físicos, químicos o biológicos. Conserva la naturaleza de acto médico aun cuando su finalidad sea exclusivamente estética.

d) Procedimiento médico-estético mínimamente invasivo. Aquel que produce alteración limitada de la piel o del tejido celular subcutáneo mediante agujas, cánulas, microcánulas o dispositivos médicos, sin incisión ni resección de tejidos, bajo anestesia tópica o infiltrativa local, sin sedación y sin acceso a planos profundos.

e) Cirugía estética menor ambulatoria. Intervención con finalidad estética que implica incisión y resección limitadas a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial, dentro de los parámetros que la presente ley delimita, sin disección de planos profundos, sin manipulación de estructuras musculares, tarsales, cartilaginosas u óseas, sin acceso a cavidades, sin implantación de material protésico, sin colgajos, sin sedación y sin anestesia regional o general, con egreso del paciente el mismo día.

f) Cirugía estética mayor. Toda intervención con finalidad estética que exceda los límites del literal anterior, en particular la que requiera anestesia general, regional o sedación; implique acceso a cavidades; comprometa planos musculares, cartilaginosos u óseos; suponga implantación de material protésico o colgajos; o involucre manejo de volúmenes de tejido adiposo.

g) Certificación de competencias. Reconocimiento formal, verificable, sujeto a mantenimiento, recertificación y caducidad, de que un Médico y Cirujano ha adquirido y conserva las competencias exigibles para las técnicas que ampara.

TÍTULO II

RESERVA DEL ACTO MÉDICO

ARTÍCULO 4. Reserva del acto médico-estético y reserva anatómica. Los procedimientos regulados por esta ley constituyen actos propios del ejercicio de la medicina y únicamente podrán ser realizados por Médicos y Cirujanos inscritos en el ReTHUS, dentro del ámbito de sus competencias, y en prestadores inscritos y habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, en el servicio expresamente habilitado para el procedimiento correspondiente, sin perjuicio de lo dispuesto en el régimen de transición previsto en la presente ley.

Toda intervención que recaiga sobre la piel, el tejido celular subcutáneo, la fascia, los músculos, los vasos sanguíneos o linfáticos, los nervios, las glándulas, los cartílagos, los huesos o las mucosas constituye acto médico, con independencia de que su finalidad sea estética, terapéutica, preventiva, funcional o reconstructiva. El riesgo de una intervención depende de la anatomía comprometida y de las complicaciones que puedan derivarse de ella, no de la finalidad con la que se practica.

ARTÍCULO 5. Prohibiciones. Se prohíbe:

- a) La realización de los procedimientos regulados por esta ley por quien no tenga la condición de Médico y Cirujano de conformidad con el artículo 3 de esta Ley, incluidos cosmetólogos, cosmiatras, esteticistas, auxiliares de enfermería, profesionales de enfermería e instrumentadores quirúrgicos, cuya actuación se circunscribe a las competencias definidas por la ley que regula su profesión u ocupación;
- b) Su práctica en establecimientos no habilitados, incluidos spas, salones de belleza, peluquerías, centros de estética no sanitarios, viviendas, hoteles y cualquier lugar distinto de un servicio de salud habilitado en el REPS;
- c) El uso, en la identificación profesional o en la publicidad, de las denominaciones cirujano estético o especialista en medicina estética, o de cualquier otra que sugiera una especialidad médico-quirúrgica no reconocida oficialmente por el Estado colombiano;
- d) La práctica de cualquiera de los procedimientos regulados por esta ley en menores de dieciocho (18) años, conforme a la Ley 1799 de 2016.

Parágrafo. El personal de enfermería y demás talento humano en salud podrá participar en la preparación, la asistencia y el cuidado posterior al procedimiento, bajo supervisión directa del Médico y Cirujano responsable, sin que ello lo faculte para ejecutarlo.

TÍTULO III

COMPETENCIA PROFESIONAL Y DELIMITACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

ARTÍCULO 6. Competencia del Médico y Cirujano. El Médico y Cirujano podrá realizar los procedimientos regulados por esta ley cuando acredite la certificación de competencias y actúe dentro del marco de gobernanza clínica previstos en esta ley, o cuando ostente título de especialización médica o médico-quirúrgica que incluya competencias formales en los procedimientos de que se trate dentro del campo anatómico propio de la especialidad. Lo anterior sin perjuicio del régimen de transición previsto en esta ley, que habilita el ejercicio mientras no se encuentre en operación el sistema de certificación.

Conforme al artículo 26 de la Constitución Política y a la Ley 1164 de 2007, la exigencia de títulos de idoneidad debe ser razonable, necesaria y proporcional al riesgo, sin que sea admisible excluir de manera arbitraria a profesionales que acrediten la formación y la competencia requeridas.

Parágrafo. Los médicos especialistas en cirugía plástica estética y reconstructiva, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía maxilofacial se entienden habilitados, sin certificación adicional, para los procedimientos de esta ley comprendidos dentro del campo anatómico propio de su especialidad.

ARTÍCULO 7. Grupo A. Procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos. Comprende: toxina botulínica tipo A; rellenos dérmicos de ácido hialurónico y bioestimuladores de colágeno autorizados; hilos de sustentación absorbibles; mesoterapia e intradermoterapia; plasma rico en plaquetas y hemoderivados autólogos; peelings químicos superficiales y de profundidad media; microneedling y radiofrecuencia fraccionada con microagujas; tecnologías láser ablativas y no ablativas; luz pulsada intensa; radiofrecuencia; ultrasonido focalizado; y escleroterapia de telangiectasias.

Parágrafo. Actualización del listado. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá incorporar al Grupo A, mediante reglamentación, nuevas técnicas o procedimientos mínimamente invasivos que cumplan integralmente la definición prevista en la presente ley y cuenten con soporte en evidencia científica y con registro sanitario vigente de los productos o dispositivos empleados, previo concepto de las sociedades científicas del área. La

reglamentación no podrá suprimir ni restringir los procedimientos enumerados en el presente artículo.

ARTÍCULO 8. Grupo B. Cirugía estética menor ambulatoria. Comprende exclusivamente:

- a) Blefaroplastia superior, limitada a la resección de piel redundante del párpado superior, sin resección ni manipulación de grasa orbitaria, músculo orbicular, septo, tarso o aponeurosis del elevador;
- b) Aleptomía, limitada a la resección de piel de la base alar, sin resección de cartílago alar ni modificación de la estructura osteocartilaginosa nasal ni de la función respiratoria;
- c) Lifting de labio superior, limitado a la resección de piel de la región subnasal, sin disección de planos musculares;
- d) Pexia o lifting directo y temporal de cejas, limitado a la resección de piel de la región supraciliar distal, sin disección subperióstica ni abordaje endoscópico o coronal;
- e) Exéresis de lesiones cutáneas benignas con finalidad estética;
- f) Otoplastia estética de preservación cartilaginosa, mediante abordaje retroauricular y remodelación del antihélix y de la concha exclusivamente con técnicas de sutura, sin resección de cartílago, sin condrotomía, sin raspado o debilitamiento de la superficie cartilaginosa y sin abordaje anterior;
- g) Blefaroplastia inferior de resección cutánea, limitada a la resección mínima de piel por vía subciliar, sin apertura del septo orbitario, sin abordaje ni resección del compartimento graso, sin cantopexia ni cantoplastia y sin manipulación del músculo orbicular, del tarso ni del retractor palpebral inferior.

Parágrafo 1. Límite anatómico. En todos los procedimientos del Grupo B el plano anatómico límite es la piel y el tejido celular subcutáneo superficial. Queda prohibida la disección, resección o manipulación de planos musculares, aponeuróticos, tarsales, septales, óseos y cartilaginosos.

Además, se exceptúa únicamente el cartílago auricular en el procedimiento del literal f), y exclusivamente para la colocación de suturas de conformación, sin resección ni sección de cartílago en ningún caso.

Parágrafo 2. Parámetros técnicos. Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de la potestad reglamentaria y con el concurso de las sociedades científicas del área, establecer y actualizar los

parámetros técnicos cuantitativos de cada procedimiento, con base en la evidencia científica disponible. Mientras se expide dicha reglamentación, cada procedimiento se ejecutará conforme al protocolo institucional escrito del prestador, elaborado según la *lex artis* y la evidencia científica vigente, sujeto a verificación en la visita de habilitación y a la auditoría clínica prevista en esta ley. La ausencia de reglamentación no podrá invocarse para suspender la aplicación del presente artículo ni para impedir el ejercicio.

Parágrafo 3. Actualización del listado. El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de la potestad reglamentaria, podrá incorporar al Grupo B nuevas técnicas o procedimientos que cumplan integralmente la definición de cirugía estética menor ambulatoria, respeten el límite anatómico previsto en el presente artículo y cuenten con soporte en evidencia científica, previo concepto de las sociedades científicas del área. La reglamentación no podrá suprimir ni restringir los procedimientos enumerados en la presente ley, ni flexibilizar el límite anatómico.

Parágrafo 4. Suspensión y remisión. La superación intraoperatoria de cualquier parámetro técnico, o la necesidad de comprometer planos profundos, obliga a suspender el procedimiento y remitir al paciente por la ruta de referencia prevista en esta ley. La continuación del acto en tales condiciones constituye ejercicio por fuera del ámbito de competencia.

Parágrafo 5. Criterios de exclusión del paciente. No podrán practicarse los procedimientos del Grupo B, y se valorará individualmente su pertinencia en el Grupo A, cuando el paciente presente inestabilidad hemodinámica; alergia conocida a anestésicos locales; trastornos de la coagulación o terapia anticoagulante o antiagregante no suspendida conforme a protocolo; infección activa local o sistémica; anatomía compleja o antecedente quirúrgico en la zona; comorbilidad descompensada; necesidad previsible de conversión a técnica mayor; o indicios clínicos de trastorno dismórfico corporal u otra condición de salud mental que comprometa la validez del consentimiento.

Parágrafo 6. Exclusiones específicas. Adicionalmente:

- a) El procedimiento del literal f) no podrá practicarse en presencia de pericondritis o condritis previa, deformidad auricular compleja o congénita distinta de la oreja prominente simple, antecedente de otoplastia previa, ni en pacientes con antecedente de cicatrización queloide o hipertrófica;
- b) El procedimiento del literal g) no podrá practicarse en presencia de laxitud del párpado inferior evidenciada por prueba de distracción o de retracción palpebral positiva, exoftalmos o proptosis, escleral show

preexistente, antecedente de cirugía palpebral o periorbitaria, parálisis facial, ojo seco moderado o severo, ni antecedente de cirugía refractiva reciente. Su práctica exige valoración oftalmológica previa documentada y ruta de referencia oftalmológica inmediata.

Parágrafo 7. Certificación diferenciada. Los procedimientos de los literales f) y g) requieren certificación de competencias específica y adicional por cada técnica, con volumen de entrenamiento supervisado y volumen anual de mantenimiento superiores a los exigidos para los demás procedimientos del Grupo B, en los términos que reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 9. Límites infranqueables. Ninguna disposición de esta ley habilita al Médico y Cirujano no especialista para realizar, entre otros: lipoescultura y liposucción, incluida la de la región submentoniana; abdominoplastia; mamoplastia de aumento, reducción o pexia; gluteoplastia; rinoplastia; ritidoplastia; otoplastia con resección o sección de cartílago, condrotomía, raspado cartilaginoso o abordaje anterior; blefaroplastia inferior con apertura del septo orbitario, abordaje o resección del compartimento graso, cantopexia o cantoplastia; colocación de implantes o prótesis; colgajos; moldeamiento corporal quirúrgico; ni ningún procedimiento que requiera anestesia general, regional o sedación, acceso a cavidades o disección de planos profundos.

ARTÍCULO 10. Régimen anestésico. Los procedimientos regulados por esta ley se practicarán exclusivamente bajo anestesia tópica o infiltrativa local, sin sedación consciente ni profunda, sin bloqueos regionales y sin anestesia general.

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social fijar y actualizar las dosis máximas de anestésico local admisibles por paciente y por sesión, con base en la evidencia farmacológica vigente y sin que puedan superar los máximos de seguridad reconocidos por ella. Dichas dosis se expresarán en miligramos de principio activo y en miligramos por kilogramo de peso corporal, y en ningún caso en unidades de volumen. En todos los casos, la dosis, la concentración y el volumen administrados se registrarán en la historia clínica y en el Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos.

Parágrafo. Todo servicio habilitado deberá disponer en sitio de emulsión lipídica al 20 % y del protocolo de manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales.

TÍTULO IV

CERTIFICACIÓN, HABILITACIÓN Y GOBERNANZA

ARTÍCULO 11. Certificación de competencias. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, reglamentará dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley el sistema de certificación de competencias, diferenciado para los Grupos A y B, que comprenderá como mínimo:

- a) Formación teórica y práctica verificable, impartida por institución de educación superior reconocida o por entidad avalada por esta;
- b) Entrenamiento supervisado con volumen mínimo documentado por técnica, con progresión explícita de niveles de supervisión desde la observación hasta la práctica autónoma;
- c) Evaluación objetiva de competencias mediante instrumentos estandarizados;
- d) Formación específica y evaluada en prevención, identificación y manejo de complicaciones, incluidas la oclusión vascular por material de relleno, la toxicidad sistémica por anestésicos locales, la anafilaxia y las urgencias oftalmológicas;
- e) Volumen mínimo anual de mantenimiento por técnica certificada. Para la otoplastia estética de preservación cartilaginosa y la blefaroplastia inferior de resección cutánea, el volumen de entrenamiento supervisado y el de mantenimiento serán superiores a los exigidos para las demás técnicas del Grupo B, y la certificación será específica e independiente por cada una de ellas;
- f) Recertificación cada cinco (5) años, condicionada a educación continuada, cumplimiento del volumen de mantenimiento, resultados de la auditoría clínica y ausencia de sanciones ético-disciplinarias ejecutoriadas, de suspensión o superiores, relacionadas con la práctica de los procedimientos regulados por esta ley;
- g) Caducidad por inactividad cuando el profesional no acredite práctica de la técnica durante veinticuatro (24) meses continuos; su recuperación exigirá entrenamiento supervisado y nueva evaluación.

Parágrafo 1. Límite a la potestad reglamentaria. La reglamentación del sistema de certificación no podrá exigir título de especialista ni de posgrado como condición para acceder a la certificación de competencias, ni establecer requisitos de formación, experiencia o volumen que en la

práctica hagan indispensable ostentar tales títulos. Los requisitos que se fijen deberán ser proporcionales al riesgo de cada técnica y accesibles para el Médico y Cirujano en ejercicio, conforme al artículo 26 de la Constitución Política y a la presente ley.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional promoverá convenios de cooperación con instituciones de educación superior reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional, públicas o privadas, para el desarrollo de los programas de formación, educación continuada y certificación, garantizando calidad académica y cobertura territorial.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social incorporará en el ReTHUS la anotación de la certificación vigente, de las técnicas que ampara y de su fecha de caducidad, de consulta pública y gratuita. El Médico y Cirujano deberá exhibir en lugar visible del servicio y en todos los medios por los cuales ofrezca sus servicios su título profesional y la certificación vigente, sin emplear denominaciones que sugieran una especialidad no reconocida.

ARTÍCULO 12. Servicio de Medicina Estética y condiciones de habilitación. El Ministerio de Salud y Protección Social incorporará, dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley, el servicio de Medicina Estética en el REPS, mediante la modificación del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, Tomos I y II, adoptado mediante la Resolución 1732 de 2026, o la norma que la modifique o sustituya, en dos modalidades: ambulatoria, para el Grupo A, y de sala de procedimientos, para el Grupo B. La habilitación de la segunda comprende la primera.

El servicio se estructurará en complejidad baja, con estándar de talento humano correspondiente al Médico y Cirujano con la certificación de competencias prevista en esta ley, y con estándares de infraestructura, dotación y procesos proporcionales a procedimientos ambulatorios practicados bajo anestesia tópica o infiltrativa local, sin sedación y sin anestesia regional o general. En consecuencia, la reglamentación no podrá exigir para este servicio la presencia o disponibilidad de médico especialista ni de anestesiólogo, ni condiciones de infraestructura propias de los servicios del grupo quirúrgico de complejidad mediana y alta. Lo anterior sin perjuicio de la ruta de referencia y del régimen anestésico previstos en la presente ley.

Para todos los efectos del Sistema Único de Habilitación, los procedimientos del Grupo B practicados en la modalidad de sala de procedimientos del servicio de Medicina Estética no constituyen servicios del grupo quirúrgico, ni les serán exigibles los estándares, visitas o requisitos previstos para los servicios de cirugía plástica y estética del grupo quirúrgico.

ARTÍCULO 13. Verificación de las condiciones de habilitación. La verificación de las condiciones de habilitación del servicio de Medicina Estética se circunscribirá exclusivamente a los estándares definidos para este servicio. Ninguna autoridad podrá exigir, en el proceso de habilitación o en las visitas de verificación, requisitos o condiciones adicionales derivados de otras disposiciones o de estándares previstos para servicios distintos.

La habilitación de la modalidad de sala de procedimientos requerirá visita de verificación previa a la apertura del servicio por parte de la autoridad sanitaria territorial. Dicha visita deberá practicarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la asignación del código de inscripción. La demora en su realización no será imputable al prestador ni podrá dar lugar a sanción; vencido dicho término sin que la visita se hubiere practicado, el prestador que haya declarado el cumplimiento de las condiciones podrá iniciar la prestación del servicio, sin perjuicio de la verificación posterior.

Parágrafo. Las diferencias de interpretación sobre el alcance del servicio de Medicina Estética o de sus estándares que surjan en las visitas de verificación se someterán a concepto del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo pronunciamiento será vinculante para la autoridad sanitaria territorial y para el prestador. Mientras se resuelve la diferencia no podrá impedirse la prestación del servicio, salvo que exista riesgo inminente para la salud del paciente.

ARTÍCULO 14. Gobernanza clínica y auditoría. Los procedimientos regulados por esta ley solo podrán practicarse dentro de un marco de gobernanza clínica que comprenda protocolo institucional escrito por procedimiento y lista de chequeo prequirúrgica de aplicación obligatoria; sesión documentada de revisión de casos y resultados, con periodicidad no inferior a la semestral, a cargo del comité de auditoría del prestador o, en el caso del profesional independiente, mediante revisión por pares certificados en la misma técnica; ruta de referencia operativa; y registro de las remisiones efectuadas y su desenlace.

La existencia y el funcionamiento efectivo del marco de gobernanza serán verificados en la visita de habilitación y en la recertificación del profesional. El incumplimiento reiterado del deber de reporte al Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos constituye falta sancionable y causal de pérdida de la certificación de competencias.

ARTÍCULO 15. Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos. Créase el Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social e integrado a los sistemas de información existentes, en particular al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS y a las funcionalidades de trazabilidad y consulta

pública, sin que su implementación implique duplicidad de sistemas de información o de reporte.

Los prestadores habilitados reportarán en él, por cada procedimiento y sin datos que identifiquen al paciente: el tipo de procedimiento, la técnica y la localización anatómica; el producto o dispositivo empleado, con su registro sanitario y número de lote; la dosis y la concentración del anestésico local; el cumplimiento de los parámetros técnicos y, en su caso, la causa de suspensión o conversión; las complicaciones, su manejo y desenlace; y las remisiones efectuadas. El formulario de reporte operará además como lista de chequeo prequirúrgica, y su diligenciamiento previo será condición para la práctica de los procedimientos del Grupo B.

Parágrafo 1. El Ministerio publicará anualmente un informe consolidado de acceso público, discriminado por grupo de procedimiento, tipo de profesional, marco de gobernanza y condición de habilitación.

Parágrafo 2. Los eventos adversos graves y la mortalidad asociados a estos procedimientos se consideran eventos de interés en salud pública y deberán reportarse adicionalmente a la autoridad sanitaria territorial, a la Superintendencia Nacional de Salud y al INVIMA, e integrarse a los sistemas de farmacovigilancia y tecnovigilancia. El tratamiento de la información se sujetará a la Ley 1581 de 2012.

TÍTULO V

SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTROL Y TRANSICIÓN

ARTÍCULO 16. Valoración previa y consentimiento informado. Todo procedimiento estará precedido de valoración médica integral: historia clínica, anamnesis, examen físico, evaluación de antecedentes y factores de riesgo, diagnóstico y diagnóstico diferencial, determinación de indicaciones y contraindicaciones; con registro en historia clínica. La valoración previa de los procedimientos del Grupo B será presencial; el seguimiento posprocedimiento podrá apoyarse en la modalidad de telemedicina, conforme a la normatividad vigente.

El consentimiento informado será escrito y previo, y deberá otorgarse con antelación mínima de veinticuatro (24) horas para los procedimientos del Grupo B. Contendrá:

- a) Identificación y firma del Médico y Cirujano que practicará el procedimiento, con indicación expresa de su título profesional, de la certificación de competencias que ostenta y de que no se trata de un título de especialista, cuando así corresponda;
- b) Identificación y firma del paciente;

- c) Institución, sede, número de habilitación del servicio y fecha;
- d) Descripción del procedimiento, de los parámetros técnicos aplicables, del producto o dispositivo a emplear y de su registro sanitario INVIMA;
- e) Beneficios esperados, alcance realista del resultado esperable y sus limitaciones, alternativas disponibles y complicaciones previsibles, incluidas las de baja frecuencia y alta gravedad. Tratándose de la otoplastia y la blefaroplastia inferior del Grupo B, deberá informarse de manera expresa y cuantificada la tasa de recidiva y de reintervención de la otoplastia de preservación cartilaginosa, y el riesgo de ectropión, retracción palpebral y hemorragia retrobulbar con compromiso visual de la blefaroplastia inferior;
- f) Advertencia expresa de que la obligación del profesional es de medio y no de resultado;
- g) Identificación de la institución de referencia y ruta de manejo de complicaciones y seguimiento.

Parágrafo. Se prohíbe obtener el consentimiento en el mismo acto en que se practica el procedimiento del Grupo B, así como condicionarlo a descuentos, promociones o plazos de decisión.

ARTÍCULO 17. Ejercicio ilegal, publicidad y control. La realización de los procedimientos regulados por esta ley por quien carezca de título profesional en medicina de conformidad con el artículo 3 de esta Ley, o en establecimiento no inscrito ni habilitado en el REPS, o por fuera de los límites infranqueables establecidos en la presente ley, constituye ejercicio ilegal de la profesión y dará lugar a las sanciones penales, administrativas y ético-disciplinarias correspondientes, sin perjuicio de la responsabilidad civil.

Parágrafo 1. No configura ejercicio ilegal la práctica amparada por la constancia de práctica transitoria prevista en la presente ley, ni la falta de habilitación en el servicio de Medicina Estética mientras este no se encuentre creado y en operación en el REPS.

Parágrafo 2. Publicidad. Toda pieza publicitaria deberá indicar de forma clara y visible el nombre del prestador, el número de habilitación del servicio y el grupo de procedimientos para el cual está certificado el profesional. Se prohíben las rifas, sorteos, promociones por tiempo limitado, la financiación condicionada a decisión inmediata, la publicidad dirigida a menores de edad o atractiva para ellos, y toda pieza que sugiera ausencia de riesgo, garantice un resultado o emplee denominaciones profesionales no reconocidas. Lo anterior sin perjuicio del régimen de la Ley 1480 de 2011.

Parágrafo 3. Competencias. La inspección, vigilancia y control corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales de salud en materia de habilitación y condiciones de prestación; al INVIMA en materia de insumos, dispositivos y medicamentos, con facultad de inspección sin previo aviso; a la Superintendencia de Industria y Comercio en materia de publicidad engañosa; y a los Tribunales de Ética Médica en materia de faltas éticas conforme a la Ley 23 de 1981.

ARTÍCULO 18. Régimen de transición. Los Médicos y Cirujanos que a la entrada en vigencia de esta ley vengan practicando los procedimientos aquí regulados dispondrán de treinta y seis (36) meses para obtener la certificación de competencias, contados en la forma prevista en el parágrafo 2 del presente artículo.

Durante ese periodo podrán continuar ejerciendo quienes acrediten ante la autoridad sanitaria territorial, dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley:

- a) Ejercicio efectivo y continuo en el área durante al menos tres (3) años, con volumen documentado. La acreditación se hará mediante el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS o, en su defecto, mediante historia clínica con su correspondiente soporte de facturación u otro medio verificable por la autoridad sanitaria;
- b) Formación previa acreditable en el área;
- c) Ausencia de sanciones ético-disciplinarias o penales ejecutoriadas relacionadas con la práctica de procedimientos estéticos;
- d) Prestación de los servicios en un prestador inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, en servicios de consulta externa o de procedimientos habilitados conforme a la taxonomía vigente del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, cualquiera sea la norma de habilitación por la que el prestador haya optado durante el período de transición de la Resolución 1732 de 2026; o la norma que la modifique o sustituya.
- e) Reporte al Registro Nacional desde su entrada en operación.

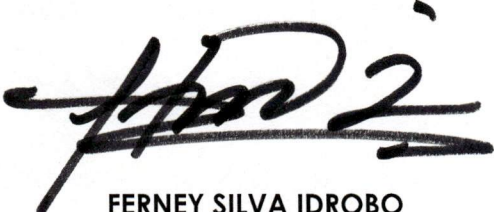
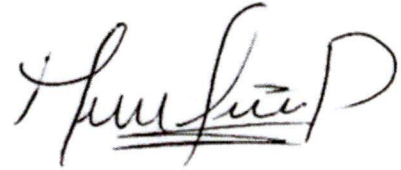
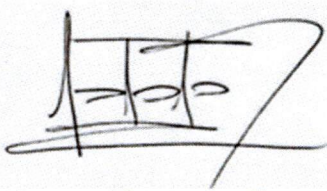
Parágrafo 1. Acreditados estos requisitos, la autoridad sanitaria territorial expedirá una constancia de práctica transitoria que habilita para continuar ejerciendo, se anotará en el ReTHUS y será de consulta pública. Mientras el servicio de Medicina Estética no se encuentre en operación en el REPS, los procedimientos regulados por esta ley podrán practicarse en los servicios habilitados a que se refiere el literal d) del presente artículo; la práctica así amparada no constituye prestación de servicios sin la debida inscripción y

habilitación, ni dará lugar a la aplicación de las medidas previstas en los parágrafos 1 y 2 del artículo 17 de la Resolución 1732 de 2026; o la norma que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2. Cómputo del plazo y prórroga automática. El plazo de treinta y seis (36) meses comenzará a contarse desde la fecha en que se encuentren simultáneamente en operación el servicio de Medicina Estética en el REPS y el sistema de certificación de competencias. Mientras cualquiera de los dos no esté en operación, la autorización transitoria se entenderá prorrogada de pleno derecho, sin que su ausencia pueda invocarse para impedir el ejercicio ni para configurar ejercicio ilegal.

ARTÍCULO 19. Reglamentación y vigencia. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su promulgación. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

 FERNY SILVA IDROBO Senador de la República Pacto Histórico	 MARTHA PERALTA EPIEYÚ Senadora de la República MAIS
 James Mosquera Torres Representante a la Cámara Citre Chocó- Antioquia	 ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCIA Senador de la República



CONGRESO
DE LA REPÚBLICA
DE COLOMBIA

FERNEY SILVA

El Senador del pueblo!

TO RO.

DAVID ALEJANDRO TORO RAMIREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Pacto Histórico

PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS
Senador de la república

AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS
Representante a la Cámara
Circunscripción Electoral de Fórmula
Vicepresidencial



**SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL**

EL día 19 de Agosto del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo _____
No. 187/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: _____

SECRETARIO GENERAL



ferneysilva@senado.gov.co



ferney.silva@senado.gov.co

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

"POR LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS Y EN LA CIRUGÍA ESTÉTICA MENOR AMBULATORIA, SE REAFIRMA LA RESERVA DEL ACTO MÉDICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

I. Antecedentes

El congreso de la República ya abordó una iniciativa que trataba en varios sentidos a vertientes similares a través del Proyecto de Ley 311 de 2023 Cámara – 237 de 2024 Senado " Por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones", surtió tres de los cuatro debates reglamentarios así: **Gaceta 1670** del 28 de noviembre de 2023, por los Honorables Congresistas Andrés David Calle Aguas, Carolina Giraldo Botero, Karyme Adrana Cotes Martínez, Catherine Juvinao Clavijo, María Fernanda Carrascal Rojas, Leider Alexandra Vásquez Ochoa, Víctor Manuel Salcedo Guerrero, Duvalier Sánchez Arango, Erika Tatiana Sánchez Pinto, Marelen Castillo Torres y Adriana Carolina Arbeláez Giraldo. A través de la **Gaceta 1800** del 18 de diciembre de 2023 se radicó informe de ponencia positiva para primer debate, en Comisión Séptima de Cámara de Representante y se aprobó el 03 de abril de 2024; posteriormente, a través de la **Gaceta 706** del 29 de mayo de 2024 se radicó informe de ponencia positiva para segundo debate.

Por otro lado, a través de la **Gaceta 708** del 15 de mayo de 2025 se aprobó el texto definitivo aprobado en tercer debate en la Comisión Séptima de Senado, finalmente, se publicó la **Gaceta 745** del 21 de mayo de 2025 se publicó el informe de ponencia positiva para cuarto debate; el 20 de junio de 2025 archivado por tránsito de legislatura de conformidad con el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992.

Dicha iniciativa acertó en materia de consentimiento informado, publicidad, reporte de eventos adversos y responsabilidad profesional, por lo que, dichas soluciones se recogen aquí con ajustes.

Es importante destacar que la diferencia esencial puede formularse que en dicha iniciativa regulaba el quién mediante el título; la presente busca regular el qué mediante parámetros técnicos y el cómo mediante gobernanza y auditoría. Así, el proyecto de ley 311 de 2023 C – 237 de 2024 S, tenía en su ámbito todos los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos pero son distinción de complejidad, exigía título de posgrado en especialidad médico-quirúrgica con competencias formales, contemplaba una definición genérica sobre el procedimiento quirúrgico como aquella incisión y manipulación de órganos o tejidos sin incluir una lista previa, no incluyó un régimen anestésico, respecto a la habilitación se mantenía en remisión a estándares vigentes, sin crear la categoría, omitió incluir la certificación y mantenimiento, no incluía la gobernanza clínica, estipulaba los reportes adversos en el RIPS, pero en lo que respecta al personal no médico no se manifestó, tampoco incluyó un régimen de transición y, en lo referente a las pólizas y guías de práctica clínica además del régimen sancionatorio se refirió con un compendio concertado.

II. Contenido de la Iniciativa

En contraste, la actual iniciativa legislativa en su ámbito , exclusivamente se refiere a procedimientos mínimamente invasivos referidos en el Grupo A y cirugía estética menor ambulatoria Grupo B. La cirugía estética mayor queda expresamente excluida; por otro lado, en lo que refiere al requisito profesional se establece que el médico y cirujano con certificación de competencias por técnica, tiene la facultad de ejecutar el procedimiento de acuerdo con sus facultades sin invadir planos profundos anatómicos que sí requieren criterio de especialidad. Sobre la delimitación de los procedimientos se refiere a un listado taxativo en el Grupo A y Grupo B, con límites infranqueables; crea el régimen anestésico donde se prohíbe absolutamente la sedación, bloqueos regionales y la anestesia general, con dosis en miligramos y mg/kg, nunca en volumen; ordena crear el servicio de Medicina Estética en complejidad baja; se certifica por técnica, recertificación quinquenal, incluye criterios de volúmenes mínimos anuales de mantenimiento y caducidad de 24 meses por inactividad; respecto a la gobernanza clínica se establece en el protocolo escrito, lista de chequeo prequirúrgica obligatoria, revisión semestral documentada de casos y ruta de referencia operativa; se define el Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos, cuyo formulario opera como lista de chequeo, con informe público anual; se realizó la prohibición expresa y nominada para el

personal no médico. Establece como constancia de práctica transitoria, 36 meses; se sustituyen las guías de práctica médica por protocolos institucionales verificables con auditoría de resultados y se remite finalmente en lo que respecta al régimen sancionatorio a los regímenes vigentes con tipificación del ejercicio ilegal.

Estas adecuaciones se dan entendiendo el principio constitucional respecto a la proporcionalidad como elemento esencial para imponer criterios de idoneidad. Por lo que la presente, busca corregir ese defecto sustancial sin renunciar a la exigencia, integrando la competencia acreditada, verificable y mantenida en el tiempo respecto de cara técnica concreta.

2.1. Contexto normativo sobreviniente

Con posterioridad al archivo se expidieron dos normas que enmarcan esta iniciativa. La **Ley 2316 de 2023** que creó el tipo penal de lesiones con sustancias modelantes no permitidas, que a su vez ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social publicar los listados de sustancias autorizadas y de profesionales e instituciones habilitadas. Y la **Resolución 1732 del 05 de agosto de 2026** compiló e integró en un solo acto el procedimiento de inscripción de prestadores y las condiciones de habilitación, adoptando un nuevo Manual y previniendo un periodo de transición.

Además, se hace la claridad que la Ley referida no contiene reserva procesional y que en la actualidad ninguna Ley de la República reserva hoy a una especialidad determinada la aplicación de toxina botulínica, de rellenos dérmicos, de tecnologías láser o de radiofrecuencia.

III. Contexto y la Problemática

Colombia es un país que tiene una alta demanda, por lo que figura de manera sostenida entre los primeros destinos mundiales de procedimientos estéticos. Según la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética – ISAPS, es país se encuentra entre aquellos con mayor proporción de pacientes extranjeros a nivel mundial¹.

Por otro lado, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 3100 de 2019 que estará vigente hasta la transición dispuesta por la Resolución 1732 de 2026, que

¹ International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2025). ISAPS international survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2024. <https://www.isaps.org/media/razfvmk/isaps-global-survey-2024.pdf>

establece en su numeral **11.5** el Grupo Quirúrgico, cuyo único servicio, el **11.5.1** Servicio de Cirugía, se define como aquel "destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, que requieren total asepsia"; no obstante, su estructura contempla únicamente complejidades de mediana y alta, luego, no existe la baja complejidad.

Adicionalmente, el estándar de talento humano exige, en el numeral **2.1**, la disponibilidad de "Profesional de la medicina o de la odontología especialista según la oferta del prestado de servicios de salud, con permanencia durante los procedimientos quirúrgicos", y en el numeral **2.2**, de profesional especialista en anestesiología.

Coherentemente, el articulado de esa resolución se refería en su artículo **17.6** a "los prestadores de servicios que tengan habilitados servicios quirúrgicos de cirugía plástica y estética" como categoría sujeta a visita prioritaria.

De allí se sigue una consecuencia que trasciende el campo estético, dado que, en Colombia y su estructura no existe categoría alguna para la cirugía practicada en consultorio bajo anestesia local y de baja complejidad. Una resección cutánea de tres centímetros con anestesia infiltrativa solo puede habilitarse dentro de un servicio concebido para quirófano, esterilización central y anestesiólogo disponible. La exigencia es manifiestamente desproporcionada frente al riesgo, y su efecto práctico es que la actividad no se habilita, se desplaza fuera del sistema.

La **Resolución 1732 de 2026** no altera este diagnóstico. El vacío no proviene de una disposición concreta sino de la ausencia de una categoría, y persistirá mientras el Manual vigente cualquiera que sea el acto que lo adopte no contemple un servicio de complejidad baja para procedimientos de consultorio. Por esa razón el articulado no remite a una resolución determinada sino al instrumento que los disponga y/o modifique.

3.1. El Costo Humano de la Informalidad

La ausencia de disposición legal no reduce la demanda, por el contrario, la lleva hacia la clandestinidad y es por eso, que se producen muertes.

De acuerdo con el Consejo de Bogotá (2026)² se estableció que:

² Consejo de Bogotá. (2026). *El aterrador panorama de los procedimientos estéticos irregulares en Bogotá: eventos adversos que se han multiplicado*. <https://concejodebogota.gov.co/el-aterrador-panorama-de-los-procedimientos-esteticos-irregulares-en/cbogota/2026-06-15/124348.php>

entre 2023 y 2026 se han registrado 15 muertes asociadas a procedimientos estéticos y un reporte de 530 eventos adversos relacionados con estos procedimientos, en el mismo periodo de tiempo.

Pero es aún más preocupante el panorama reportado en 2025, donde se encuentra un aumento de casos de infecciones en 143%, hospitalizaciones en 138% e ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos en 123%, frente a lo registrado en 2024. (párr. 4-5)

A su vez, en Medellín se reportaron once muertes en 2024 y cinco en 2025 asociadas a procedimientos estéticos practicados en establecimientos informales; y es que 379 casos de complicaciones adversas en los últimos años demuestra la necesidad de establecer un marco normativo sólido³. Por su parte, es importante establecer que el problema no es el médico titulado que ejerce con formación, sino, el establecimiento clandestino y la persona sin título que interviene en él. Ese es el fenómeno que este proyecto ataca de frente y que la regulación vigente no ha logrado contener porque carece de la categoría que permita distinguir del informal.

Luego, entonces en el espectro nacional interno se establece que de acuerdo con Germán Gamarra y Ruiz Parra (2021) concluyen que:

La cirugía estética ejercida por médicos no especialistas ocupa el primer lugar como área de la medicina investigada por supuestas violaciones a la Ley 23 de 1981. Se hace una revisión sobre las causales de culpa en el acto médico y se resalta el papel de la historia clínica como elemento clínico, científico y probatorio fundamental. (p.1)

Dicho artículo demuestra que el 90% de las denuncias, en el área de estética involucran a médicos que carecen de formación en la especialidad. Y Así de identifico en el reporte del área más comprometida en procesos que a continuación se expresa⁴:

³ INFOBAE. (2026). Medellín encabeza la lista de fallecidos por cirugías estéticas en clínicas de 'garaje': van 17 casos en dos años. <https://www.infobae.com/colombia/2026/05/21/medellin-encabeza-la-lista-de-fallecidos-por-cirugias-esteticas-en-clinicas-de-garaje-van-17-casos-en-dos-anos/>

⁴ Germán Gamarra Hernández y Ariel Iván Ruiz Parra. (2021). SANCIONES A LOS MÉDICOS EN EL PROCESO ÉTICO DISCIPLINARIO. Revista de Medicina. https://api.index-360.com/media/article/pdf_1/8933/1605.pdf?action=open

Figura 1.

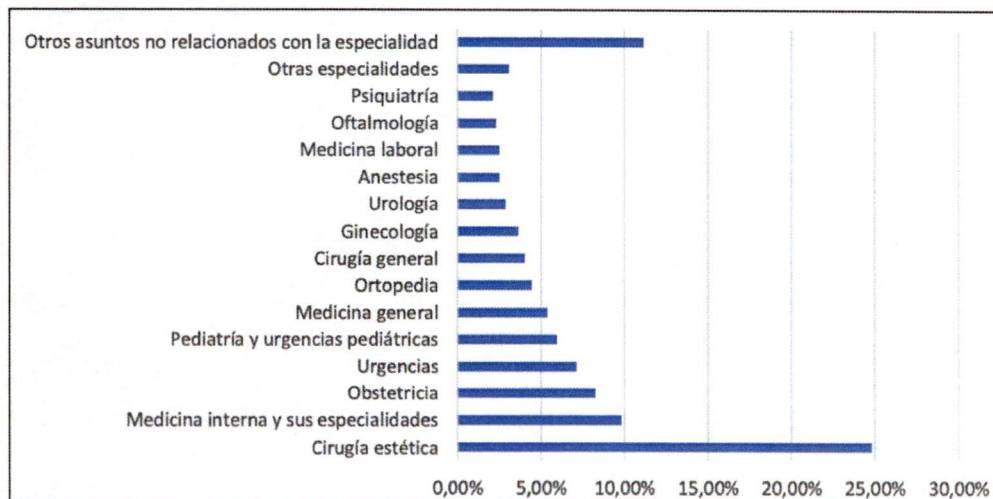


Figura 1. Área de la medicina o Especialidad comprometida en los procesos. TNEM 2015-2019.

Lo que permite inferir que la praxis debe de estar conformada por elementos integrales y que la especialidad si da un criterio de experticia pero que debe de ser complementado por la *lex artis* y la debida experiencia del campo anatómico a intervenir.

Casos de impacto como el de Yulixa Toloza Rivas, que se practicó un procedimiento de lipólisis láser con finalidad de reducción de grasa, bajo sedación⁵, por una persona cuya condición de médico e idoneidad para el tipo de intervención está en entredicho.⁶

Por lo que el pasado 29 de mayo de 2026 el Gobierno Nacional anunció el proyecto de Ley Yulixa, orientado a restringir la cirugía estética a cirujanos con especialización acreditada. Por lo que la presente iniciativa legislativa busca complementar, desde el entendido de que es estrictamente necesario definir una normativa integral sobre este tipo de procedimientos pero sobre todo quién tiene la facultad de prácticas de acuerdo con sus competencias de formación.

⁵ NEWS MUNDO. (2026). El trágico caso de Yulixa Toloza, la mujer que apareció muerta en una cuneta después de someterse a un procedimiento estético en Colombia. <https://www.bbc.com/mundo/articulos/czi2akppp97o>

⁶ El Colombiano. (2026). ¿Quién operó a Yulixa Toloza? Medio venezolano controvierte versiones y aseguró que fue un cirujano certificado. <https://www.elcolombiano.com/colombia/quien-opero-yulixa-toloza-medio-venezolano-asegura-cirujano-certificado-CL36797630>

Tabla 1.

Cuadro comparativo de realidad situacional y lo que la presente iniciativa busca definir.

	Elementos recurrentes	Tratamiento en el presente proyecto
1	Establecimiento sin habilitación sanitaria.	El proyecto ordena la creación del servicio habilitable en complejidad baja y condiciona la práctica a la habilitación del servicio. Hoy no existe categoría que habilitar; con la ley, operar sin habilitación es una infracción con estándar objetivo verificable.
2	Ejecutor cuya condición de médico está bajo investigación.	Reserva del acto médico expresamente reafirmada, con prohibición del ejercicio por quien no acredite la condición de Médico y Cirujano. La verificación deja de depender de la denuncia y pasa a ser condición de habilitación.
3	Participación de personal de estética en el acto médico.	Prohibición expresa. El proyecto delimita el acto médico y excluye a la cosmetología y a las ocupaciones no médicas de su ejecución, en cualquier fase.
4	Procedimiento practicado bajo sedación.	Prohibición absoluta de sedación, bloqueos regionales y anestesia general en todo el ámbito de la ley, sin excepción reglamentaria posible.
5	Procedimiento de lipólisis láser con reducción de grasa.	Fuera del ámbito material. No figura en el Grupo A ni en el Grupo B, y vulnera el límite anatómico: piel y tejido celular subcutáneo superficial. Bajo esta ley, ningún Médico y Cirujano no especialista podría practicarlo en ningún escenario.
6	Ausencia de certificación específica del ejecutor en la técnica.	Certificación por técnica, con recertificación quinquenal, volumen anual de mantenimiento y caducidad a los 24 meses de inactividad. La habilitación individual deja de ser genérica y pasa a ser por procedimiento.
7	Deterioro clínico no reconocido ni manejado.	Exigencia de protocolo de manejo de complicaciones como estándar de habilitación del servicio, incluida la disponibilidad de los antídotos y medicamentos de rescate

	Elementos recurrentes	Tratamiento en el presente proyecto
		correspondientes.
8	Ausencia de remisión a un servicio de mayor complejidad.	Ruta de referencia pactada con una IPS, exigible y auditable como condición de habilitación.

Nota. Se muestra la realidad actual en una comparación que busca abordar, complementar y resolver la habilitación de servicios médico-estéticos.

Es así, que los elementos recurrentes que suceden en la actualidad frente a la inexistencia de un marco normativo y regulatorio quedan prohibidos por esta iniciativa legislativa, y, el procedimiento efectivamente practicado se encuentra fuera de su ámbito material. Dado que es claro que si la ley estuviese vigente el pasado 13 de mayo de 2026, cada uno de los 8 elementos del caso habría constituido una infracción con estándar objetivo y verificable.

Y es por eso, que este tipo de casos que trascienden en la esfera pública demuestra el por qué se necesita.

Cabe de destacar que la complementariedad es el eje para la normatividad conjunta, pues existen elementos de coincidencia como en el diagnóstico, protección, reserva de cirugía estética mayor a las especialidades quirúrgicas.

3.2. Profesionales sin un Marco Definido

De acuerdo con las estimaciones empíricas de algunas agremiaciones se podría estimar que alrededor 7.500 Médicos y Cirujanos practican hoy procedimientos en el país sin un marco normativo que reconozca su actividad, y la cadena de empleo relevante asociada: auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicios, ingeniería biomédica entre otros que podrían fácilmente estar generando 30.000 puestos de trabajo formal.

Por eso la consecuencia, se podría refractar en que es el paciente no cuenta con criterios verificables que le permita distinguir al médico formado del que no lo está, ni al establecimiento habilitado del que opera al margen de la ley.

3.3. Instituciones de Educación Superior que Ofertan Programas de Formación Continuada en Medicina Estética

Actualmente, se ha encontrado de que tres Instituciones de Educación Superior reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional ofrecen formación continuada en medicina estética con un componente sobre inyectables así: i) Universidad del Tolima con convenio con Klinikrenova, la cual ofrece el programa de Diplomado Universitario en Medicina Estética, con capacidad para aplicación de toxina botulínica, rellenos dérmicos, mesoterapia facial y corporal y plasma rico en plaquetas, entre otras⁷ ii) Seguidamente la Universidad Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, instituida como una institución privada de educación superior especializada en el sector salud oferta el Diplomado en Medicina Estética, Antienvejecimiento y Logevidad, es un programa con formación de 160 horas totales en 8 módulos, teórico – prácticos, busca desarrollar habilidades y destrezas clínicas en el área de medicina estética⁸ y, iii) AMIR Colombia en alianza con Fundación Universitaria Juan N. Corpas, da Certificaciones de diplomado dentro del Máster en Medicina Estética, programa de doble titulación acreditado por la Universidad a Distancia de Madrid y triple certificación por la Fundación Universitaria Juan N. Corpas en procedimientos faciales y corporales: toxina botulínica, ácido hialurónico, mesoterapia e hilos tensores, entre otros⁹.

Es de destacar que de acuerdo con la información reportada por el convenio entre la Universidad del Tolima y Klinikrenova se reporta más de 1.200 egresados distribuidos en 29 de los 32 departamentos del país. Esto permite establecer que es un fenómeno nacional con una trayectoria de 11 años en el medio¹⁰.

IV. Fundamento Constitucional y Legal

El artículo **26** de la Constitución Política de **1991**¹¹ reconoce la libertad de escoger profesión u oficio y faculta al legislador para exigir títulos de idoneidad en las actividades que impliquen riesgo social. Esa facultad no es

⁷ Universidad del Tolima. (2026). Diplomado Universitario en Medicina Estética. <https://diplomado-medicina-estetica.com/oferta-academica/diplomado-universitario-en-medicina-estetica>

⁸ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS. (2026). Diplomado en medicina estética, antienvjecimiento y logevidad. <https://www.fucs.salud.edu.co/diplomados/Diplomado-Antienvjecimiento-y-Longevidad-para-Medicos>

⁹ AMIR Colombia. (2026). Máster en medicina Estética, Nutrición y Antienvejecimiento. <https://amircolombia.com/producto/master-en-medicina-estetica/>

¹⁰ Universidad del Tolima. (2026). Diplomado de Medicina Estética, información general. <https://fcsalud.ut.edu.co/programas-ft/posgrados/diplomados-en-convenio.html>

¹¹ Constitución Política de Colombia 1991. D.O. No. 53.562; 23 de julio de 2026.

ilimitada, pues, a través de la **Sentencia C-226 de 1994** se ha precisado el alcance en términos directamente aplicables así:

La Corte Constitucional recuerda que el objetivo de la reglamentación de las profesiones no es consagrar privilegios en favor de determinados grupos sociales sino controlar los riesgos sociales derivados de determinadas prácticas profesionales. Pero el legislador no puede regular de manera arbitraria las profesiones y oficios. En efecto, tales regulaciones sólo son legítimas constitucionalmente si se fundamentan de manera razonable en el control de un riesgo social, y no se traducen en una restricción desproporcionada o inequitativa del libre ejercicio de las actividades profesionales o laborales¹².

La misma jurisprudencia establece que la exigencia de título de idoneidad procede cuando el riesgo social es claro y puede disminuirse de manera sustantiva mediante formación específica¹³.

De dichos antecedentes jurisprudenciales se puede establecer que los procedimientos médico-estéticos comportan un riesgo social cierto. Por ello se reservan al Médico y Cirujano, se exige certificación verificable y recertificable, se impone gobernanza clínica y auditoría, y se condicionan a la habilitación del servicio. Inclusive, la exigencia debe ser proporcional al riesgo; cuando este puede reducirse sustantivamente mediante formación específica documentada al control de resultados, exigir además una especialización médico-quirúrgica completa excede lo necesario y restringe desproporcionadamente tanto la libertad profesional como la autonomía profesional reconocida en el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015. La proporcionalidad, y no la denominación del título, es el criterio que ordena esta iniciativa.

Además, La Ley 14 de 1962 reglamenta el ejercicio de la medicina y la cirugía, fija el ejercicio de la medicina y la cirugía. La Ley 23 de 1981 fija el régimen de ética médica. La Ley 1164 de 2007 regula el talento humano en salud y el ReTHUS. La Ley 1751 de 2015 consagra la autonomía profesional. La Ley 711 de 2001 delimita la cosmetología como ocupación no médica.

¹² Corte Constitucional. (1994). Expediente D-441. M.S. Alejandro Martínez Caballero; 05 de mayo de 1994.

¹³ Corte Constitucional (1992). Expediente D-044. M. S. Ciro Angarita Barón; 14 de diciembre de 1991.

Corte Constitucional. (2001). Expediente D-3473. M.P. Alvaro Tafur Galvis; 04 de octubre 2001.

Corte Constitucional. (2010). Expediente D-7956. M.P. Nilson Pinilla Pinilla; 14 de julio de 2010.

Corte Constitucional. (2012). Expediente D-8790. M.P. Juan Carlos Henao Pérez; 18 de abril de 2012.

La Ley 1799 de 2016 prohíbe estos procedimientos en menores de edad. La Ley 2316 tipifica las lesiones con sustancias modelantes no permitidas.

De ese conjunto se desprende la regla que el proyecto se limita explicar que el Médico y Cirujano puede realizar procedimientos médicos para los cuales acredite formación, entrenamiento y competencia demostrables, siempre que no exista norma que los reserve de manera exclusiva a una especialidad determinada y que actúe conforme a la *lex artis*. Es menester establecer que cuando el legislador ha reservado una actividad a un especialista lo ha hecho mediante la Ley, sin embargo, no existe ley equivalente para la cirugía menor y tampoco para los procedimientos con finalidad estética.

Es así, que la cuestión constitucional que este Congreso debe resolver no es si el Estado puede regular esta actividad, dado que es claro que debe de hacerlo.

Por eso, el proyecto distribuye sus contenidos entre la ley y el reglamento con arreglo a un criterio explícito y es por eso que en la ley quedan los criterios cualitativos que definen el ámbito de la restricción; en el reglamento, los parámetros técnicos cuantitativos.

V. Fundamento Científico

El diseño de una norma de seguridad del paciente exige identificar previamente qué variables predicen el daño. Por lo que es necesario preguntarse ¿Qué factores se asocian con la ocurrencia de eventos adversos? Y es por eso que se establece las variables así: la experiencia y el entrenamiento específico en la técnica, el régimen anestésico empleado y el plano anatómico intervenido. El presente proyecto de ley está construido sobre estas tres variables.

5.1. Procedimientos mínimamente invasivos

Según Souphiyeh Samizadeh et al. (2023), es posible determinar que los procedimientos denominados como mínimamente invasivos presentan un perfil de seguridad muy alto, con tasas de complicaciones muy bajas,



aunque con riesgos específicos que dependen de la técnica y la experiencia¹⁴.

Las tasas generales de complicación, demostraron a través de un estudio observacional multicéntrico de gran escala, de **41,775** casos y **58,533** sitios de inyección identificó únicamente **29** casos de complicaciones tempranas, se tuvieron manifestación en al menos 14 días. Esto representa una tasa de aproximadamente **0.069%** (Ayaka Nishikawa, MD; 2023)¹⁵ No obstante, la tasa de complicaciones puede variar según la zona.

Así, se categorizan complicaciones en dos grandes grupos: 1. Comunes y leves, que incluyen dolor, edema o hinchazón, eritema, hematomas y cefaleas y, 2. Raras y graves, que aunque pueden ser devastadoras, se consideran poco comunes e incluyen compromiso vascular conocido como oclusión, necrosis tisular, ceguera permanente y accidente cerebrovascular. Por lo tanto, se determina que existen factores predictivos respecto a la experiencia y el conocimiento técnico son los factores determinantes en la seguridad del paciente.

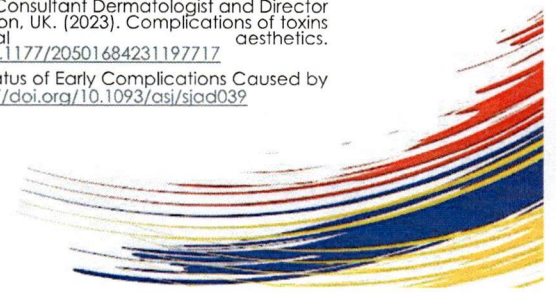
Por ejemplo, la experiencia técnica se establece explícitamente respecto al conocimiento anatómico precisos y la experiencia en la selección de pacientes y técnicas de inyección son estrictamente requeridos para anticipar y evitar complicaciones.

Muchos eventos adversos se atribuyen a la falta de formación estructurada o al hecho de que las personas sin formación sanitaria básica realicen estos procedimientos sin comprender la anatomía o la farmacología como lo determino Souphiyeh Samizadeh et al. (2023). No obstante, el nivel de complicación se aloja de manera inferior al **0.1%** en estudios de gran volumen y que la experiencia clínica y técnica es el factor más relevante para garantizar seguridad en estos tratamientos.

La práctica de estos procedimientos se fundamenta en los principios de la bioética clínica, especialmente el de no maleficencia que obliga al profesional a reconocer los límites de su competencia y a minimizar riesgos

¹⁴ Souphiyeh Samizadeh BDS, BSc, MJDF RCS (Eng.), PG Cert (Clinical Education), MSc (Aesthetic Medicine), FHEA Visiting Clinical Teacher, King's College London, London, UK; Honorary Clinical Lecturer, University College London, London, UK; Founder and Director, Great British Academy of Aesthetic Medicine, London, UK Koenraad De Boule MD Consultant Dermatologist and Director Aalst Dermatology Clinic, Aalst Belgium Associate Professor, University College London, London, UK. (2023). Complications of toxins and fillers in facial aesthetics. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20501684231197717#:~:text=https%3A%2Fdoi.org%2F10.1177%2F20501684231197717>

¹⁵ Ayaka Nishikawa, MD; Yoshiyuki Aikawa, MD; and Taro Kono, MD, PhD. (2023). Current Status of Early Complications Caused by Hyaluronic Acid Filler: Insights From a Descriptive, Observational Study of 41,775 Cases. <https://doi.org/10.1093/asj/sjad039>



mediante un conocimiento anatómico profundo¹⁶ 17. Luego, estas disposiciones obligan a reiterar la seguridad del paciente y la debida gestión de riesgo, pues no debe ser algo accidental, sino el resultado de sistemas de gestión aplicados. Por ello, el Ministerio de Salud en Colombia define la seguridad del paciente como el conjunto de procesos basados en evidencia científica que propenden por minimizar riesgos¹⁸; por eso, se recomienda la adecuada Gestión de Riesgos – AMEF que permita identificar los modos de falla antes de que ocurran, los protocolos y listas de chequeo que son motivadas por las disposiciones dadas por la OMS, como herramientas que aseguran que no se omitan pasos críticos, incluso en procedimientos menores y culmina con el debido consentimiento informado, no como un trámite legal, sino en un imperativo ético arraigado en el respeto de la autonomía del paciente, donde se explican claramente riesgos, beneficios y posibles complicaciones.

Finalmente, de acuerdo con Marín Arévalo (2024) desde la perspectiva jurídica, la responsabilidad médica en procedimientos estéticos ha evolucionado. La Corte Suprema de Justicia ha establecido que, si bien la regla general son las obligaciones de medio en lo que respecta a la diligencia y la prudencia, en procedimientos de embellecimiento el margen de incertidumbre disminuye, pudiendo considerarse en ciertos casos obligaciones de resultado si así se pacta o si la naturaleza de la intervención lo permite¹⁹, sin embargo, la jurisprudencia ha determinado que incluso si el medico se obliga a un resultado, no se le pueden imputar complicaciones inherentes al procedimiento que ocurran a pesar de haber seguido estrictamente la *lex artis*.

5.2. Cirugía menor practicada por médicos no especialistas

Adicionalmente, es importante revisar si la cirugía menor practicada por médicos sin especialidad quirúrgica produce desenlaces aceptables. Por lo que, existen evidencia sustancial, procedente de sistemas de salud con registros auditables según Botting et al (2016) establece que:

a) Serie de 6.138 procedimientos en atención primaria

¹⁶ Vedad Menderes, Eyup Murat Yilmaz. (2016). Importance of Ethics in Surgical Practiced. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/682459>

¹⁷ Gracia D. (2011). Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamps y James F. Childress. Un libro de referencia para la bioética. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética; 2011. -209-2011. http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf

¹⁸ Ministerio de Salud. (2015). Seguridad del paciente y la atención segura. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

¹⁹ Marín Arévalo & Rojas Chiriboga. (2024). La responsabilidad civil médica en procedimientos estéticos en Colombia: evolución jurisprudencial 1940 – 2020. Universidad de los Andes. https://anuarioderechoprivado.uniandes.edu.co/images/pdfs/anuario6/AD6_Marin_30ago2024.pdf

- Complicaciones mayores 0,7%. El 41% de los procedimientos se practicó en cabeza y cara.
- Se documentó un gradiente de desempeño asociado a la gobernanza del servicio: escisión completa del 83% frente al 97-87% en los ámbitos con mayor control.²⁰

Por lo que, se debe de destacar que el desempeño no dependió del título, sino de la gobernanza del servicio. Ese diferencial lo que corrige un sistema de certificación por técnica, con volumen mínimo de mantenimiento y auditoría de resultados. Y es un dato que debe estipularse de manera íntegra, así, la respuesta correcta a un desempeño insuficiente es la gobernanza que este proyecto instaura, no la prohibición del acto.

b) La práctica consolidada en un sistema de salud comparable.

- El 70% de la cirugía menor de consultorio en los Países Bajos es practicada por médicos generales; el ámbito incluye la blefaroplastia superior – *upper eyelid lifts*; no existe allí un sistema de acreditación para esa práctica.²¹

Existe un sistema de saludo de alto desempeño en el que esta práctica es la norma y no la excepción, y en el que se desarrolla sin acreditación formal. Lo que permite deslumbrar que la presente iniciativa es en consecuencia, más exigente que el modelo neerlandés, pues se exige lo que en dicho país no.

c) Tasas de complicación y desenlacen el lo que respecta a oncología.

- Complicaciones del 0,9% al mes en cirugía menor de atención primaria.²²
- Mortalidad por melanoma tras escisión en atención primeraria.²³

²⁰ Jonathan Botting, Ana Correa, James Duffy, Simon Jones y Simon de Lusignan. (2016). Safety of community-based minor surgery performed by GPs: an Audit in different settings. British Journal of General Practice 2026; 66 (646): e323-e328. DOI. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X684397>

²¹ Hans van den Doo, Departamento de Medicina General/Medicina Familiar, Centro Médico Académico, Universidad de Amsterdam, Amsterdam, Países Bajos, Ria Jochemsen-van der Leeuw, MD, PhD - Amsterdam UMC, Universidad de Amsterdam, Amsterdam, Países Bajos, Nynke van Dijk, MD, PhD - Amsterdam UMC, Universidad de Amsterdam, Amsterdam, Países Bajos. Office-Based Minor Surgery: An Ever-Increasing Challenge Not Only for the Dutch General Practitioner. <https://journals.stfm.org/familymedicine/2023/january/vandendool-2021-0328/>

²² Ailís ní Riain, Niall Maguire and Claire Collins. (2020). Minor surgery in general practice in Ireland – a report of workload and safety. BMC Family Practice. [file:///Users/alexistfernandez/Downloads/Minor surgery in general practice in Ireland- a re.pdf](file:///Users/alexistfernandez/Downloads/Minor%20surgery%20in%20general%20practice%20in%20Ireland%20-%20a%20re.pdf)

²³ Mamas A Mamas, Matthew Sperrin, Margaret C Watson, Alasdair Coutts, Katie Wilde, Christopher Burton, Umesh T Kadam, Chun Shing Kwok, Allan B Clark, Peter Murchie, Iain Buchan, Philip C Hannaford, Phyo K Myint. (2017). Do patients have worse outcomes

Estos datos demuestran la ausencia de mortalidad detectable en el escenario clínicamente más exigente que puede plantearse, como lo es el melanoma, que es un resultado suficiente que demuestra la habilidad de los médicos y cirujanos para este tipo de atenciones.

5.3. El Determinante Anestésico

Adicionalmente de acuerdo con la información científica demuestra que el riesgo letal en los procedimientos estéticos ambulatorios se concentra en el régimen anestésico, no en el título de la persona que practica el procedimiento. De ahí la normativa debe y está obligada a su vez a contemplar esta variable para prohibir de manera absoluta la sedación, los bloqueos regionales y la anestesia general, cuando el procedimientos a adelantar, sea mínimamente invasivo o de cirugía menor, pues, dicho régimen solo debe ser empleado por los expertos en las cirugías mayores y requerirá una formación especializada.

Lo que permite revisar concretamente lo establecido por Starling et al. (2012) Así el **67%** de las muertes y el **74%** de los traslados a los servicios de urgencia ocurrieron bajo anestesia general²⁴.

Por ello este componente es vital valoración pues existen médicos que asumen el doble rol de cirujano y anestesiólogo en procedimientos mal interpretados como menores cuando en realidad pertenecen a la cirugía mayor. Por lo que nuevamente se establece que Gamarra Hernández y Ruiz Parra (2021) definen que:

La insuficiente formación y conocimiento por parte de estos profesionales que ejercen en el campo de la cirugía estética, lleva con frecuencia a la práctica de procedimientos quirúrgicos en sitios inadecuados, como consultorios o incluso gimnasios o spa, que no cumplen con las condiciones mínimas exigidas para su habilitación y además tampoco cuentan con los recursos tecnológicos requeridos para esa clase de intervenciones quirúrgicas que permitan ofrecer la mayor garantía para la seguridad del paciente y brindar las mejores condiciones que aseguren el éxito del procedimiento quirúrgico y el adecuado manejo de las complicaciones quirúrgicas o anestésicas. En ocasiones, algunos galenos que minimizan o no conocen los riesgos

in heart failure than in cancer? A primary care – bases cohort study with 10 – year follow – up in Scotland. *European Journal of Heart Failure*, Volume 19, Issue 9, September 2017, Pages 1095–1104, <https://doi.org/10.1002/ehf.822>

²⁴ John Starling 3rd 1, Maya K Thosani, Brett M Coldiron. (2012). Determining the safety of office-based surgery: what 10 years of Florida data and 6 years of Alabama data reveal. *Dermatologic Surgery* 38(2):p 171-177, February 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2011.02206.x>

de la intervención, realizan actividades sin que el grupo sanitario que debe participar esté completo, bien sea por falta de anestesiólogo o enfermera o por falta de recursos como banco de sangre o unidad de cuidados intensivos que permita atender de manera adecuada alguna complicación imprevista (p.11)

Así, se ignora con frecuencia que el uso de medicamentos para sedación profunda requiere la dedicación exclusiva de un profesional que controle la dosificación, la respuesta del paciente y las complicaciones derivadas. Además que, muchos de los incidentes tal como se expresó anteriormente ocurren en sitios inadecuados que no cuentan con los recursos tecnológicos necesarios para manejar dichas complicaciones anestésicas ni con unidades de cuidado intensivo y hasta bancos de sangre. Por ello, no es un mero capricho introducir en la presente normativa un componente de régimen anestésico que ponga límites claros y determinables que ayuden a delimitar adecuadamente el tipo de intervención y el adecuado manejo del paciente por su seguridad y bienestar.

Dicho estudio que se referenció con anterioridad la anestesiología representó el **2.50%** de los procesos disciplinarios analizados, la cirugía plástica representó casi el **25%** de todos los casos siendo la impericia en el manejo de riesgos anestésicos una causa frecuente de sanción.

Tabla 2.

Refleja el impacto por medio de especialidad.

Tabla 3. Área de la medicina o especialidad comprometida en los procesos. TNEM 2015-2019

Especialidad	No.	%
Cirugía Plástica	129	24,81%
Medicina interna y sus especialidades	51	9,81%
Obstetricia	43	8,27%
Urgencias	37	7,12%
Pediatría y urgencias pediátricas	31	5,96%
Medicina general	28	5,38%
Ortopedia	23	4,42%
Cirugía general	21	4,04%
Ginecología	19	3,65%
Urología	15	2,88%
Anestesia	13	2,50%
Medicina laboral	13	2,50%
Oftalmología	12	2,31%
Psiquiatría	11	2,12%
Otras especialidades	16	3,08%
Otros asuntos no relacionados con alguna especialidad	58	11,15%
Total	520	100,00%

Nota. Datos tomados Gamarra Hernández y Ruiz Parra (2021)

También, para Acosta et al. (2023) se considera que:

Seguridad de la anestesia: Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor (12).

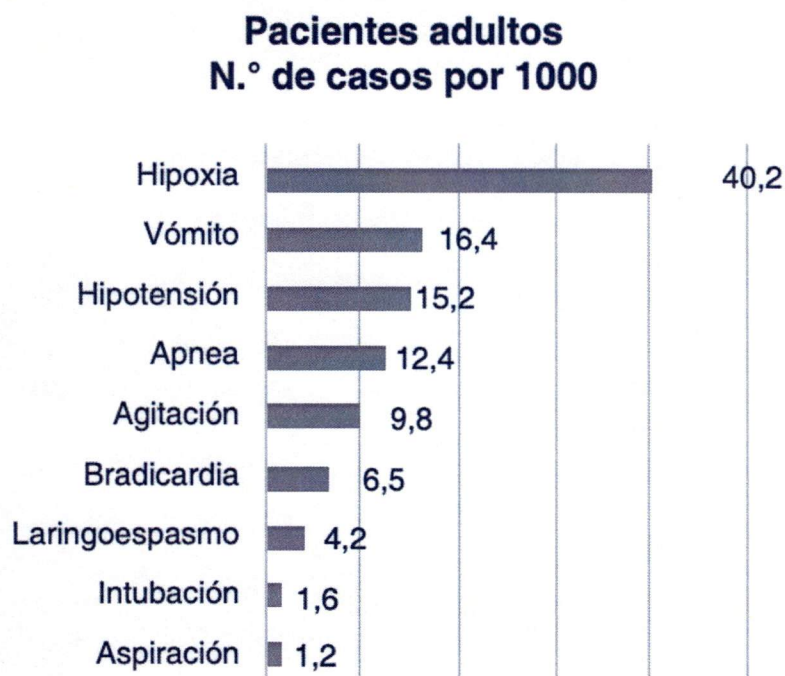
Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno. (p.14)

Lo que demuestra que en Colombia aproximadamente, el **29.88%** de los eventos nocivos en anestesia con cardiovasculares y el **26.43** son respiratorios.²⁵

Por consiguiente, no cabe duda de que la sedación es un acto médico complejo y dinámico donde el estado del paciente puede cambiar rápidamente. De hecho la hipoxia como condición médica es aquel evento en el cual los tejidos y órganos del cuerpo no reciben adecuadamente o con suficiencia el oxígeno para permitir su normal funcionamiento, así, se presenta en **40.2** por cada **1,000** casos en adultos. Tal como lo refleja la siguiente gráfica de La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (2020):

Tabla 3.

Representación de la complicación médica



²⁵ Revista Colombiana de Anestesiología. (2003). Morbimortalidad por Anestesia en Colombia.
<https://www.redalyc.org/pdf/1951/195118155007.pdf>

Nota. Datos tomados de S.C.A.R.E. (2020).

Dicho dato anterior, demuestra la necesidad de prohibir la sedación en servicios de baja complejidad, pues quedo expuesto el riesgo, además, que es evitable al incorporar la debido régimen anestésico.

De hecho, la **Ley 6 de 1991** prohíbe que en un mismo acto quirúrgico un profesional asuma simultáneamente las labores de cirujano y anestesiólogo. Hacerlo se considera una conducta de impericia e imprudencia manifiesta, la cual ha sido sancionada reiteradamente por el Tribunal Nacional de Ética Médica, representando casi el **25%** de los procesos disciplinarios en cirugía plástica.

Como conclusión la anestesia no debe considerarse como un acto menor, de ahí que, este proyecto delimite adecuadamente el régimen anestésico adecuado y de manera clara y adecuada establece los criterios y/o límites a cargo del médico y cirujano.

6. Impacto Fiscal

En cumplimiento del artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el presente proyecto no ordena gasto público nuevo ni concede beneficios tributarios. Las obligaciones que impone al Ministerio de Salud y Protección Social se ejecutan dentro de las funciones y la capacidad institucional existentes, y corresponden al ejercicio ordinario de la potestad de habilitación que la entidad ya desempeña.

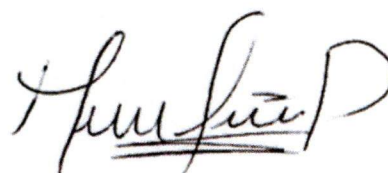
Además, es menester, mencionar que la iniciativa tiene un efecto fiscal favorable previsible, pues, la reducción de eventos adversos derivados de procedimientos practicados en establecimientos no habilitados disminuye la carga asistencial que hoy asume el sistema por concepto de urgencias, hospitalizaciones y reintervenciones.

7. Proposición

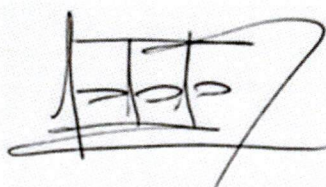
Por las razones expuestas, se somete a consideración del honorable Congreso de la República el presente proyecto de ley.

De los Honorables Congresistas,

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico



MARTHA PERALTA EPIYÚ
Senadora de la República
MAIS



James Mosquera Torres
Representante a la Cámara
Citre Chocó- Antioquia

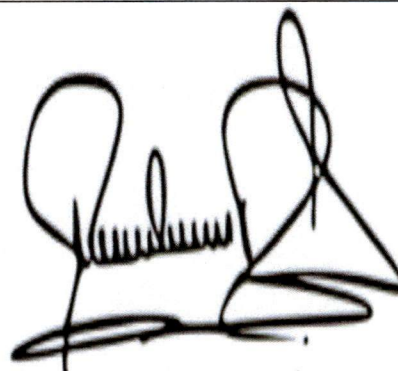


ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCIA
Senador de la República

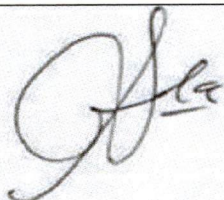


TORO.

DAVID ALEJANDRO TORO RAMIREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Pacto Histórico



PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS
Senador de la república



AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS
Representante a la Cámara



Circunscripción Electoral de Fórmula Vicepresidencial	



EL día 19 de Agosto del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo _____
No. 187/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito por

~~SECRETARIO GENERAL~~