REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXV - Nº 1571 Bogotá, D. C., lunes, 19 de octubre de 2026 EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 187 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.

Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 1052-2026
Bogotá D.C., 16 de octubre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Doctora
LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República
E. S. D.

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al P**royecto de Ley No. 187/26 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".

Respetado Secretario,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, y teniendo encuenta lo dispuesto en artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la siguiente ponencia, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 187/2026 Senado

TITULO: "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".

INICIATIVA: H.S. FERNEY SILVA IDROBO, MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ, ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCIA, PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, H.R. JAMES MÒSQUERA TORRES, DAVID ALEJANDRO TORO RAMIREZ, AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS

RADICADO: EN SENADO: **19-08-2026** EN COMISIÓN: **28-008-2026** EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1er DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
00 Art 1141/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE ÚNICO	PACTO HISTORICO

NÚMERO DE FOLIOS: CIENTO VEINTRES (123)
RECIBI8O EL DÍA: 16 DE OCTUBRE DE 2026
HORA: 12:41 AM

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima

Bogotá D.C., 9 de octubre de 2026

Presidente
ANDRÉS FORERO
Senado de la República
Comisión Séptima Constitucional Permanente

Doctor
ALFREDO JOSÉ MOISÉS LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Referencia: Informe de ponencia **positiva** para primer debate en el Senado de la República del Proyecto de Ley No.187 de 2026 ''**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**''

Honorable presidente y secretario.

Atendiendo la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, en cumplimiento del mandato constitucional y de los dispuesto en los artículos 174 y 175 de la Ley 5a de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir ponencia POSITIVA para primer debate ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República del proyecto de Ley No. 187 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''.

Cordialmente,

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY No. 187 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''

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, proceso a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

I. Trámite del Proyecto de Ley.
II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley.
III. Exposición de motivos.
IV. Marco normativo.
V. Fundamento Científico
VI. Conclusión.
VII. Pliego de modificaciones.
VIII. Impacto fiscal.
IX. Conflicto de intereses.
X. Proposición.
XI. Texto propuesto.

I. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY

Mediante el **Oficio CSP-CS-0860-2026** de la Comisión Séptima del Senado, se me designó como ponente del presente Proyecto de Ley, cuya autoría corresponde a los Honorables Senadores: Ferney Silva Idrobo, Martha Isabel Peralta Epieyú, Orlando Miguel de la Hoz García, Pedro Hernando Flórez Porras; y a los Honorables Representantes: Luz Marina Gordillo Salinas, Edgar Gómez Castillo, David Alejandro Toro Ramírez, James Mosquera Torres y Aida Marina Quilcué Vivas.

Radicado en el Senado de la República el 19-08-2026. La presente ponencia propone dar primer debate al proyecto con las modificaciones que se consignan en el pliego del capítulo VI.

1.1. Antecedente legislativo: el Proyecto de Ley 311 de 2023 Cámara - 237 de 2024 Senado.

El Congreso ya examinó una iniciativa afín: el 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'' El cual fue publicado mediante la **Gaceta 1670 de 2023**. Surtió tres de los cuatro debates reglamentarios y fue archivado por tránsito de legislatura el 20 de junio de 2025, conforme al artículo 190 de la Ley 5a de 1992.

Esa iniciativa acertó en consentimiento informado, publicidad, reporte de eventos adversos y responsabilidad profesional, y esas soluciones se recogen aquí con ajustes. La diferencia de fondo es de método: el proyecto archivado regulaba quién podía actuar a partir de un título de posgrado; este proyecto regula qué puede hacerse, mediante parámetros técnicos de riesgo, y cómo, mediante certificación de competencias, gobernanza clínica y habilitación del servicio.

Esa diferencia de método tiene una consecuencia deliberada, pues este proyecto se centra únicamente en regular los procedimientos médico-estéticos y, por tanto, no interfiere con la cirugía plástica, cuyos procedimientos son médico-quirúrgicos y se regulan por una iniciativa aparte. El proyecto archivado reunía ambos campos en un solo texto; esta ponencia mantiene cada área por separado, y es por ello, que esa separación es la gran virtud en lo que respecta al diseño, dado que, cada materia se discute y se perfecciona de manera independiente, pero complementaria.

Por lo tanto, este proyecto de ley se centra exclusivamente en regular los procedimientos médico-estéticos, mientras que la cirugía plástica, estética y reconstructiva comprende procedimientos médico - quirúrgicos, así, la cirugía estética queda reservada a los médicos especialistas de conformidad con el artículo 2 de la presente iniciativa, todo lo que exceda los límites de los procedimientos médico-estéticos definidos en el artículo 3 es cirugía estética, y el artículo 9 enumera de forma taxativa los procedimientos que ningún Médico y Cirujano sin la especialidad correspondiente puede realizar.

1.2. Concertación para la elaboración de la ponencia.

Para elaborar esta ponencia se adelantaron mesas técnicas virtuales los días 17, 19, y 23 de septiembre de 2026, con la participación de más de 60 médicos, sociedades científicas, asociaciones, agremiaciones y con la participación de Instituciones de Educación Superior como la Universidad del Tolima, La Fundación Universitaria para las Ciencias de la Salud - FUCS y AMIR Colombia en alianza con Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Posteriormente, el 13 de octubre de 2026, se adelantó un desayuno de trabajo con la participación de más de 40 profesionales quienes confirmaron su participación a través de un formulario de registro entre ellos tres Congresistas: H.S. Ferney Silva Idrobo, HH.RR. Luz Marina Gordillo Salinas por el Centro Democrático y Edgar Gómez Castillo por el Partido Liberal. En el transcurso del desayuno hicieron presencia además, del autor ponente, el H.S. Miguel Orlando de la Hoz y la H.R. Aida Quilcué, coautores del proyecto de ley. El pliego de modificaciones indica, para cada artículo, indica los ajustes derivados de estos espacios de diálogo activo.

Según el acta y el registro de asistencia, estuvieron presentes el pasado 13 de octubre de 2026, la Universidad del Tolima, la Corporación Educativa Dr. Amín Ariza, el programa de formación AMIR, en representación de la Dra. Karen Quevedo, la Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética - ACICME, la Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial, Asociación Iberoamericana de Armonización Facial y Cirugía Estética - IBEROFACE, Academia Colombiana de Medicina Estética y Láser - ACOMEL y la Asociación Colombiana de Medicina y Cirugía Estética y Facial - ACOCEF; además, de profesionales independientes y de los equipos de las Unidades de Trabajo Legislativo de varios congresistas.

1.3. Síntesis de las intervenciones en el desayuno de trabajo del pasado 13 de octubre de 2026

Interviniente	Perfil y a quién representa	Síntesis del aporte
Dra. María del Carmen Gómez	Médica y Cirujano; líder gremial en Salud y Seguridad del paciente.	La iniciativa es fruto de unos 16 meses de diálogo y revisión de conceptos. Su propósito central es la seguridad del paciente y la formalización de la actividad, que sostiene una cadena de valor formal: empresas, impuestos e innovación.
Honorable Senador Ferney Silva Idrobo.	Autor de la iniciativa.	Señaló que los proyectos de ley deben responder a problemas concretos de la ciudadanía. Explicó que la iniciativa busca establecer criterios de idoneidad, competencias, y seguridad de los procedimientos, por ello el espacio de la mesa de trabajo es importante para escuchar a los diferentes actores involucrados y construir una regulación que atienda las

		expectativas de profesionales y pacientes.
Honorable Senador Miguel Orlando de la Hoz	autor de la iniciativa.	Manifestó su respaldo a la iniciativa como coautor y destacó el valor de que médicos, academia, gremios y equipos legislativos se reunieran a discutir el texto antes del primer debate. Resaltó que la protección del paciente y la claridad sobre quién puede realizar cada procedimiento son una necesidad del sector, y se mostró dispuesto a acompañar el trámite en el Congreso.
Honorable Representante a la Cámara Aida Quilcué	autora de la iniciativa.	Expresó su apoyo al proyecto como coautora y valoró el espacio como una forma de escuchar directamente a quienes ejercen la medicina estética y a quienes la enseñan. Subrayó que una regulación construida con participación de los sectores ofrece más garantías a los pacientes y más certeza a los profesionales.
Dr. Amín Ariza	Representante de la Corporación Educativa Dr. Amín Ariza, institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano (ETDH)	Distingue las modalidades educativas de la Ley 115 de 1994 (formal, no formal e informal) y sostuvo que la formación informal no es inferior y cuenta con respaldo legal. Invocó el artículo 6, literal d), de la Ley Estatutaria de Salud sobre capacitación continua e investigación y pidió acudir a estándares internacionales cuando falten criterios nacionales. Valoró que el proyecto diferencie la medicina estética de lo quirúrgico y se aborde desde el marco del talento humano en salud.
Dr. Daniel Díaz Torrado (virtual)	Médico Especialista en Epidemiología y Asesor Técnico en Salud Pública.	Pidió reconocer la formación continua y definir normativamente la medicina estética; la ausencia de reglas favorece vacíos de control y la prestación en lugares clandestinos.
Dr. Jesús Arana	Médico Estético y líder gremial.	Insistió en dignificar el ejercicio, la preparación profesional y la evidencia científica, y en una práctica clínica segura y regulada.
Dr. Wilmer Alviarez Orduz	Ponente de criterios clínicos e infraestructura habilitada.	Advirtió que el término estética encubre actos médicos: punciones, inyectables, medicamentos sobre tejidos cuyas complicaciones pueden ser graves. Cuestionó que se exijan requisitos de servicios quirúrgicos para procedimientos menores y que las secretarías de salud apliquen criterios dispares. Respaldó cuatro correcciones del proyecto: un servicio específico de medicina estética (art. 12), el concepto vinculante del Ministerio en las visitas (art. 13), la reserva del acto médico y la clasificación y codificación de procedimientos. Subrayó que el proyecto no reduce exigencias sanitarias ni concede privilegios.
Dra. Karen Quevedo	Docente de diplomado y maestría de AMIR	Sostuvo que la medicina estética es una disciplina diferenciada, distinta de la dermatología y de la cirugía plástica, que pueden ejercer médicos generales y especialistas con formación específica: anatomía, productos, tecnologías como el láser, complicaciones. Defendió un modelo de formación y acreditación por competencias y citó modelos de educación continua de Italia,

		España, Argentina y Brasil.
Dra. Lina María Aguilar Urbano	Especialista en medicina estética y gestión en salud; experta en consentimiento informado, farmacovigilancia y trazabilidad de insumos	Planteó que la seguridad depende de un sistema de prevención, trazabilidad y respuesta clínica y no solo del título. Valoró el artículo 16 (credenciales verdaderas, producto y registro sanitario, complicaciones graves, 24 horas, sin presión comercial) y el Registro Nacional (art. 15). Propuso: plazo de 72 horas para reportar eventos adversos serios, constancia al paciente con producto, registro sanitario, lote, fecha y zona tratada, kit de emergencias (oxígeno, adrenalina, emulsión lipídica y, con rellenos de ácido hialurónico, hialuronidasa) y ruta de
		insumos a personas no idóneas.
Dra. Gladys Arroyave Estrada	Presidenta de la Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética (ACICME), con unos treinta años de trayectoria; miembro de la Unión Internacional de Medicina Estética; especializada en dermatología.	Expresó preocupación por que una regulación que no diferencie lo médico de lo quirúrgico restrinja a profesionales con años de formación. Pidió reservar lo propio de la cirugía plástica a los especialistas, fortalecer las sanciones al ejercicio ilegal, controlar el mercado de medicamentos y dispositivos sin registro sanitario, exigir a las casas comerciales verificar la idoneidad de quien compra, y vigilar la publicidad engañosa. Aportó como cifras propias más de 2.500 médicos dedicados a la disciplina y al menos cinco intentos de

		referencia por convenio escrito.
Dr. Julio César Vera Rojas	Director de Educación Médica Continua en Medicina Estética de la Universidad del Tolima; presidente de la Academia Colombiana de Medicina Estética y Láser (ACOMEL)	Valoró diferenciar lo médico-estético de lo quirúrgico. Señaló que el ejercicio ilegal también puede provenir de médicos insuficientemente formados y que cursos de uno o dos días no acreditan idoneidad; propuso formación rigurosa y evaluación de competencias, revisar que el proyecto no incluya procedimientos propiamente quirúrgicos, dialogar con los promotores de la iniciativa paralela y vigilar la comercialización de
		reconocerla como especialidad.
Dra. Jessica Díaz	Especialista en cirugía oral y maxilofacial; asociación de cirugía oral y maxilofacial.	Expresó el respaldo de su asociación al proceso. Señaló que su especialidad también enfrenta ejercicio ilegal por personas con capacitaciones de una o dos semanas, cuyas complicaciones deben resolver los especialistas, y pidió vigilar la distribución de medicamentos y dispositivos a establecimientos sin habilitación.
Dr. Jeffer Peña		Insistió en delimitar con precisión los procedimientos mínimamente invasivos de los quirúrgicos para

		evitar conflictos por ejercicio fuera de las competencias.

El balance final fue muy positvo, permite expresar y reflejar las problemáticas que afronta el sector, por lo que se debe seguir fortaleciendo a través de espacios de diálogo activo con todos los actores que intervienen en el sector.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

La piedra angular de la presente iniciativa es proteger la vida, la salud y la integridad de los pacientes que acuden a procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos y a procedimientos médico-estéticos menores ambulatorios de superficie, reafirma el acto médico y fortalece el control del ejercicio ilegal. No prohíbe ni restringe el ejercicio del Médico y Cirujano, lo ordena según el riesgo del procedimiento.

El texto propuesto para primer debate contiene veinte artículos y se organiza en cinco (5) ejes temáticos:

2.1. Único campo de acción, definido por condiciones

El texto radicado dividía los procedimientos en dos listados lo que se conoció como Grupo: A y B. La ponencia los reemplaza por un campo de acción único del Médico y Cirujano, delimitado a cuatro condiciones acumulativas: atención ambulatoria; anestesia local sin sedación; ausencia de acceso a cavidades, orificios, planos profundos, colgajos, injertos o implantes; y respeto de los límites del artículo. El listado del artículo 7 es enunciativo; el artículo 9, que enumera lo que ningún Médico y Cirujano sin la especialidad correspondiente puede hacer, es taxativo.

Es por ello, que el artículo 3 distingue tres categorías:

- Mínimamente invasivo: sin incisión quirúrgica, disección ni resección. El depósito de productos en los planos propios de la técnica no es de acceso quirúrgico.
- Menor ambulatorio de superficie: incisión o resección limitada a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial.
- Cirugía estética: todo lo que exceda lo anterior, por lo que queda reservada a los especialistas correspondientes.

El artículo 8 garantiza que quien ejerce de forma regular continúa ejerciendo y que la ley no amplía la reserva quirúrgica.

2.2. Reserva del acto médico y competencia

Los procedimientos regulados son actos propios de la medicina y solo los realiza un Médico y Cirujano inscrito en el ReTHUS, en un prestador habilitado. La reserva respeta las competencias que otras profesiones tienen reconocidas por la ley. La prohibición consagrada en el artículo 5 en su literal c) alcanza únicamente a quien anuncie una especialidad que no ostenta. La competencia se acredita por certificación de competencias o por especialidad, según el contenido curricular del programa.

2.3. Régimen anestésico

Solo se admite anestesia local: tópica, infiltrativa y bloqueo de ramas nerviosas periféricas terminales de la cara. Se excluyen la sedación, los bloqueos neuroaxiales, de plexos y de troncos mayores, y la anestesia general. El Ministerio de Salud fija las dosis máximas en miligramos y en mg/kg, no en volumen; mientras tanto rigen los máximos de la evidencia y el protocolo del prestado, con registro de dosis, concentración y volumen. Todo servicio habilitado debe contar con emulsión lipídica al 20% y protocolo de toxicidad sistémica.

2.4. Certificación, habilitación y gobernanza

Certificación por familias de técnicas, se separa quién forma de quien certifica, la formación puede venir de instituciones de educación superior, entidades avaladas por estas, sociedades científicas, otras entidades formadoras o entrenamiento tutelado en servicio; la evaluación corresponde a una instancia distinta de quién formó. La recertificación es quinquenal, por verificación documental, y la certificación caduca tras 24 meses de inactividad. La exigibilidad es gradual: opera por familia de técnicas cuando el MSPS declare que hay oferta suficiente, y entre tanto actúan comités de pares.

Además, se crea el Servicio de medicina estética al interior del Registro Especial de Prestadores de Salud - REPS, dentro del grupo de consulta externa, de complejidad baja, con consultorio y sala de procedimientos. No es un servicio quirúrgico. La visita de verificación a la sala se hace dentro de los tres meses siguientes a la inscripción o novedad; si no se realiza, el prestador puede abrirla.

Por último, en lo que respecta a la gobernanza clínica y registro, se esgrimen protocolos, revisión por pares, procedimientos sancionatorios de la Ley 1437 de 2011, reporte de eventos adversos que no constituyen confesión, y un Registro Nacional que reporta dosis, concentración, volumen y existencia de póliza, sin datos del paciente.

2.5. Seguridad del paciente, control y transición

Valoración presencial para ciertas intervenciones, consentimiento escrito y previo, plan de tratamiento en tratamientos seriados y plazo de 24 horas. El prestador del servicio debe de contar con póliza de manejo de complicaciones, en donde el paciente sea el beneficiario y con costo informado previamente; es garantía de atención, no condición del ejercicio y solo exigible doce meses después de la reglamentación y siempre y cuando exista oferta.

Se distingue el ejercicio ilegal, respecto al ejercicio fuera de competencia e infracción a la habilitación. Además, hay un régimen de transición, pues se cuenta con doce meses para acreditar tres años de ejercicio, formación previa, ausencia de sanciones y reporte; constancia de práctica transitoria y treinta y seis meses contados desde que esté en funcionamiento el servicio y la certificación.

III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

3.1. Contexto y problemática

Colombia es un destino sostenido de procedimientos estéticos y figura entre los países con mayor proporción de pacientes extranjeros, según la encuesta de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, 2025). La demanda es alta y el marco normativo no distingue entre quien actúa con formación, en un servicio habilitado, y quien lo hace sin título o en un establecimiento clandestino.

Por su parte, la **Resolución 3100 de 2019** adopta, en su artículo 1, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que consta en su anexo técnico. Ese manual clasifica los servicios por grupos, y el numeral **11.5** del anexo técnico corresponde al Grupo Quirúrgico, Su único servicio, el de Cirugía, está ''destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, que requieren total asepsia'' (p.119)[1], y solo contempla complejidades media y alta. Su estándar de talento humano exige especialista con permanencia durante los procedimientos y, además, anestesiólogo.

De ello se sigue una consecuencia que trasciende lo estético: no existe categoría para practicar, en consultorio, bajo anestesia local y con baja complejidad, un procedimiento superficial. Una resección cutánea limitada solo puede habilitarse dentro de un servicio diseñado para quirófano, esterilización central y anestesiólogo disponible. La exigencia es desproporcionada frente al riesgo y su efecto práctico es que la actividad no se habilita, sino que se desplaza fuera del sistema.

Por otro lado, es menester mencionar que la **Resolución 1732 del 5 de agosto de 2026** pretendió compilar el procedimiento de inscripción y las condiciones de habilitación, no obstante, no produjo efectos jurídicos entre tanto, no fue publicada y el Ministerio de Salud y Protección Social la revocó en su integridad mediante la **Resolución 2080 del 08 de septiembre de 2026**. por lo que continúa vigente la Resolución 3100 de 2019 con sus modificaciones. Por lo tanto, el diagnóstico no cambia, dado que, el vacío persiste y proviene 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 baja complejidad para procedimientos de consultorio.

3.2. 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:

> 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.

---

[1] Resolución 3100 de 2019. *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.* https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

[2] Concejo 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

> 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 demuestran la necesidad de establecer un marco normativo sólido[3]. 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 se identificó en el reporte del área más comprometida en procesos que a continuación se expresa[4]:

Figura 1.

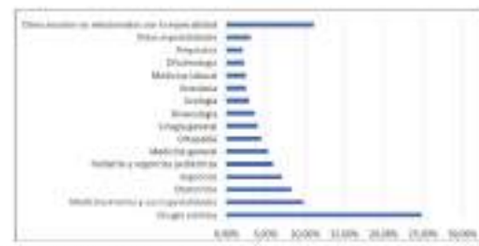


Figura 1. Área de la medicina o Especialidad comprometida en los procesos. THEMI 2015-2019.

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 sedación[5], por una persona cuya condición de médico e idoneidad para el tipo de intervención está en entre dicho.[6]

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. 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 familias de técnicas, con recertificación quinquenal, volumen anual de mantenimiento y caducidad a los 24 meses de inactividad.
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 correspondientes.

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

Por otra parte, el problema no es el Médico y Cirujano que ejerce con formación, sino el establecimiento clandestino y la persona sin título que interviene en él. Es el fenómeno que el proyecto ataca y que la regulación vigente no ha logrado contener, porque carece de la categoría que permita distinguirlo del servicio formal.

Los casos que han trascendido a la opinión pública comparten patrones que la actual iniciativa traduce en estándares verificables:

Tabla 2.

Cuadro que contrasta la situación actual vs la solución planteada por la iniciativa.

Patrón recurrente	Respuesta del proyecto
Establecimiento sin habilitación sanitaria	Servicio de Medicina Estética habilitable en baja complejidad (art. 12); operar sin habilitación es infracción con estándar objetivo (art. 18)
Ejecutor sin título de Médico y Cirujano	Reserva del acto médico (art. 4) y ejercicio ilegal (art. 18)
Participación de personal no médico en el acto	Prohibición expresa (art. 5)
Procedimiento bajo sedación o fuera del plano superficial	Régimen anestésico (art. 10) y límites infranqueables (art. 9)
Ausencia de competencia específica en la técnica	Certificación por familia de técnicas, recertificación y caducidad (art. 11)
Complicación no reconocida ni manejada	Protocolo de complicaciones, emulsión lipídica y gobernanza clínica (arts. 10 y 14)
Ausencia de ruta de remisión	Ruta de referencia operativa (art. 14)
Paciente sin garantía ante una complicación	Póliza de complicaciones (art. 17)

Nota. Solución reflejada en contraste al articulado y como se puede evitar las complicaciones de cara a la navegación dentro de todos los factores del sistema en una perspectiva práctica y normativa.

Es así, que los elementos recurrentes que suceden en la actualidad frente a la inexistencia de un marco normativo y regulatorio quedan prohibidos por

[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

[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/articles/cq2gkpp97e

[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

esta iniciativa legislativa, y, el procedimiento efectivamente practicado se encuentra fuera de su ámbito material. Dado que es claro que si la ley estuviera 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.

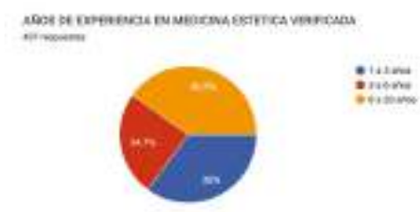
Cabe destacar que la complementariedad es el eje para la normatividad conjunta, pues existen elementos de coincidencia como en el diagnóstico, protección, reserva de cirugía estética mayor a las especialidades quirúrgicas.

3.3. Profesionales sin un marco definido

Según algunas estimaciones de algunas agremiaciones, alrededor 7.500 Médicos y Cirujanos practican hoy procedimientos en el país sin un marco normativo que reconozca su actividad, con una cadena de empleo asociada: auxiliares de enfermería, personal administrativo, ingeniería biomédica, entre otros, que podría sostener cerca de 30.000 empleos formales, otros sectores fijaron su aproximado a más de 2.500 médicos dedicados a la disciplina. Así se avanzó en un censo preliminar para dimensionar el fenómeno, entre el 30 de septiembre y el 16 de octubre de 2026 se adelantó censo mediante formulario en línea, con autorización del tratamiento de datos conforme a la Ley 1581 de 2012, el cual recibió 437 respuestas; depuradas las repeticiones por documento, nombre y correo corresponden a 418 profesionales, este autorreporte no probabilístico, permite comprender que entre ellos el **35%** declara de uno a tres años de experiencia en medicina estética, **25%** de tres a seis y **40%** de seis a veinte; todos declaran practicar con anestesia tópica o local; 416 declaran cumplimiento de los requisitos del INVIMA sobre insumos; y, en las respuestas numéricas, la mediana es de **30** pacientes al mes por profesional, con dos empleos directos y tres indirectos por consultorio.

Gráfica 1.

Representación de años de experiencia



Nota. En la muestra de autorreporte no probabilístico, se logra diferenciar la cantidad de años de experiencia que tiene esta muestra de 437 profesionales.

3.4. 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 convenido con Clinikrenova, 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 otras[7] **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 estética[8] 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 otros[9].

Es de destacar que de acuerdo con la información reportada por el convenio entre la Universidad del Tolima y Clinikrenova 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 medio[10].

3.5. Dimensión de los procedimientos no quirúrgicos

Según la ISAPS, International Survey (2024), publicada en el 2025, en Colombia se realizaron 490, 944 procedimientos estéticos, de los cuales 169.535 que equivale a un 34,5% fueron no quirúrgicos. Los dos procedimientos no quirúrgicos más frecuentes más frecuentes son los inyectables que regula el artículo 7, literal a) de este proyecto así: [11]

Tabla 3.

Extracción que refleja la cantidad de procedimientos.



Nota. Cantidad de procedimientos no quirúrgicos adelantados en el 2024. Tomado de ISAPS International Survey. (2025). Aesthetic/cosmetic procedures performed in 2024. ISAPS.

Como se observa entre la toxina botulínica y el ácido hialurónico suman **109.920** procedimientos, le sigue la depilación láser, el ácido poli-L-láctico y la reducción no quirúrgica de grasa, así como el uso de tecnologías. (p.44).

Por otro lado, de conformidad con la Ley 2316 de 2023 se reconoció que los procedimientos con sustancias modelantes requieren control sanitario y previó listado de sustancias autorizadas y de profesionales habilitados; el Decreto 545 de 2024 reglamentó el registro y control de ventas ante el INVIMA. Por lo que esta iniciativa completa y complementa ese marco en el eje que aún está pendiente: la competencia profesional y la habilitación del servicio en que se practica.

IV. Fundamento Constitucional y Legal

4.1. Libertad de profesión y proporcionalidad

El artículo **26** de la Constitución Política de **1991**[12] 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, antienvejecimiento y logevidad. https://www.fucsalud.edu.co/diplomados/Diplomado-Antienvejecimiento-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] ISAPS International Survey. (2025). *Aesthetic/cosmetic procedures performed in 2024*. ISAPS. https://www.isaps.org/media/razfvmsk/isaps-global-survey-2024.pdf

[12] 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 laborales[13].

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 específica[14]

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

[13] Corte Constitucional. (1994). Expediente D-441. M.S. Alejandro Martínez Caballero; 05 de mayo de 1994.
[14] Corte Constitutional (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 Perez; 18 de abril de 2012.

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.

Así, la Ley 1751 de 2015 consagra la calidad e idoneidad profesional como elemento esencial del derecho fundamental a la salud. Por lo que, se exige servicios que respondan a los estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas, lo que requiere personal adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios expresado también en los diferentes espacios de trabajo para la construcción de esta ponencia; es así, como la presente iniciativa desarrolla ambos mandatos: exige competencia específica sostenida con educación continua y evaluación.

4.2. Ley del Talento Humano de Salud

El artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, establece y exige como condición académica de educación superior, o su convalidación si es extranjeto, por lo que se preserva el título de Médico y Cirujano el cual sigue siendo la condición para ejercer la medicina; la certificación es una sola condición de calidad de procedimientos específicos. Así mismo, la ley dispone:

> Se entiende por formación continua del Talento Humano en Salud, los procesos y actividades permanentes, entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones en el contexto del Sistema de Salud colombiano, y que complementan su formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH), el cual guardará coherencia con el Sistema Nacional de Cualificaciones. (Art. 16A)

Lo anterior, establece que la formación continua como procesos y actividades permanentes que complementan, actualizan o profundizan la formación básica de educación superior o de educación para el trabajo y el desarrollo humano, en coherencia con el Sistema Nacional de Cualificaciones, el cual fue adicionado por el artículo 168 de la Ley 2294 de 2023. Por lo que se esgrime como la base legal para que esta iniciativa pueda seguir contemplando la formación continua que se imparte en la medicina estética como distinta de una especialización.

Por otro lado, la Ley referenciada prohíbe que cualquier persona realice actividades de atención en salud o ejerza competencias para las cuales no está autorizada, de hacerlo se configura la ilegalidad, además dispone que el ejercicio de las profesiones de la salud no requiere registros, licencia, autorizaciones u otros requisitos distintos de los de esa ley, y da prevalencia en su campo.

4.4. La certificación en contraste al antecedente de la Sentencia C-756 de 2008

En la Sentencia C-756 de 2008[15] se estableció que:

> *El núcleo esencial del derecho fundamental al ejercicio de la profesión supone, entre otros aspectos, la existencia y goce de la facultad que el Estado otorga o reconoce a una persona para desempeñarse en el campo técnico en el que su titular acreditó conocimientos y aptitudes. De igual manera, hace parte del mínimo de protección del derecho la posibilidad de desarrollar, aplicar y aprovechar los conocimientos profesionales adquiridos, en condiciones de igualdad, dignidad y libertad. Se afecta el contenido mínimo de este derecho fundamental cuando el legislador exige requisitos que vulneren el principio de igualdad [o] restrinjan más allá de lo estrictamente necesario el acceso a un puesto de trabajo o impongan condiciones exageradas para la adquisición del título de idoneidad. (párr.7)*

Por lo tanto, el razonamiento es de competencia, no de contenido, pues el legislador ordinario podía regular la recertificación porque está condiciona el ejercicio de una profesión y oficio al trabajo, materia reservada a ley estatutaria, así, la Corte precisó que el vicio no estaba en la inspección y vigilancia, y que el legislador podría exigir cursos de actualización o evaluación, pero por la vía estatutaria, la diferencia de esta iniciativa estriba en cuatro razones: i) la norma declarada inexequible era una recertificación general de la profesión, aplicable a todo el talento humano en salud y sin vínculo con un procedimiento; ii) en la actual iniciativa lo que se certifica es una competencia para un conjunto delimitado de técnicas, como condición de calidad y seguridad del servicio habilitado, en desarrollo del artículo 6, literal d) y de la Ley 1741 de 2015; iii) la recertificación se hace por verificación documental, y solo si no se acreditan los requisitos puede exigirse una nueva evaluación y, iv) quien ya ejerce continúa ejerciendo, existen vías alternativas de formación y portafolio, y la exigibilidad es gradual y depende de que haya oferta.

[15] Corte Constitucional, Sala Plena. Expediente D-7182. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; 30 de julio del 2008. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/c-756-08.htm

4.5. Política pública del Talento Humano en Salud 2025 - 2035

A través de la Resolución 1444 del 11 de julio de 2025, adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025 -2030, entre sus líneas estrategias incluye la formación continua, que atiende las necesidades de actualización, perfeccionamiento y profundización de conocimientos, orienta la definición de condiciones básicas y estándares de calidad, y ordena modificaciones normativas para fortalecer el Sistema Nacional de Formación Continua y lineamientos para planes institucionales de formación continua. Esa línea respalda que la ley reconozca la formación continuada como vía legítima y la distinga de la especialización.

Por lo que se armoniza con el proyecto la Ley 23 de 1981 *Por la cual se dictan normas en materia de ética médica,* la Ley 711 de 2001 *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética,* la Ley 1799 de 2016 *Por medio de la cual se prohíben los procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos para menores de edad y se dictan otras disposiciones,* la Ley 2316 de 2023 *Por medio de la cual se crea el tipo penal de lesiones personales con sustancias modelantes invasivas e inyectables no permitidas -biopolímeros- y se dictan otras disposiciones y* hasta desde una perspectiva extendida la valoración de los *Por medio de la cual se modifica la ley 1917 de 2018 y se incluye a los odontólogos que se encuentren cursando programas de especialización médico quirúrgica dentro del sistema de residencias médicas en colombia.*

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 experiencia[16].

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)[17] No obstante, la tasa de complicaciones puede varias 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 preciso 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 determinó 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 mediante un conocimiento anatómico profundo[18] [19]. 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 riesgos[20]; 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 permite[21], sin embargo, la jurisprudencia ha determinado que incluso si el médico 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. Procedimientos menores ambulatorios de superficie

La evidencia de sistemas con registros auditables indica que el desempeño depende de la gobernanza del servicio y no del título 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

- 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.[22]

Por lo que, se debe de destacar que el desempeño no depende del título, sino de la gobernanza del servicio. Ese diferencial lo 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 prácticada por médicos generales; el ámbito incluye la blefaroplastia superior – *upper eyelid lifts;* no existe allí un sistema de acreditación para esa práctica.[23]

Existe un sistema de salud 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 vislumbrar 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 desenlace de lo que respecta a oncología.

- Complicaciones del 0,9% al mes en cirugía menor de atención primaria. [24]
- Mortalidad por melanoma tras escisión en atención primeraria.[25]

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.

Por lo que, se debe tener en cuenta que la respuesta correcta a un desempeño insuficiente es la gobernanza que el proyecto instaura: certificación por técnica, volumen mínimo, auditoría de resultados, no la prohibición del acto. Así, la presente es además más exigente que el modelo neerlandés, porque exige certificación donde allí no existe.

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 general[26].

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

---

16 Souphiyeh Samizadeh BDS, BSc, MJDF RCS (Eng.), PGCert (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 Boulle 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//doi.org/10.1177/20501684231197717

17 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

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

19 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; -:269-2011. http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/ProduccIOn_Animal/Bioetica.pdf

20 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

21 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

22 Jonathan Botting , Ana Correa , James Duffy , Simon Jones y Simon de Lusignan. (2016). Safety of community-bases minor surgery performede by GPs: an Audit in different settings. British Journal of general Practice 2026; 66 (646): e323-e328. DOI. https://doi.org/10.3399/bjgp16X684597

23 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/vandendooi-2021-0328/

24 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/alexisfernandez/Downloads/Minor_surgery_in_general_practice_in_Ireland-_a_re.pdf

25 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 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/ejhf.822

26 John Starling 3rd 1, Maya K Thosani, Brett M Coldiron. (2012). Determining the safety of office-based surgery: what 1o 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

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 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 la 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 consideran 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 son cardiovasculares y el **26.43** son respiratorios.[27]

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



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 quedó expuesto el riesgo, además, que es evitable al incorporar el 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.

[27] Revista Colombiana de Anestesiología. (2003). Morbimortalidad por Anestesia en Colombia. https://www.redalyc.org/pdf/1951/195118155007.pdf

5.4. Consideraciones adicionales

La exigencia de una póliza de complicaciones no es una carga hipotética. En el mercado colombiano ya existen productos aseguradores para este riesgo. Por una parte, según informó la prensa económica en junio de 2026, se anunció una póliza de responsabilidad médica para procedimientos estéticos no quirúrgicos, descrita como la primera de su tipo en el país, estructurada con una seguradora vigilada por la Superintendencia Financiera y dirigida a profesionales de la medicina estética. Esa cobertura respalda las reclamaciones por eventos adversos y comprende acompañamiento jurídico y apoyo económico. Por otra parte, existen pólizas de gastos por complicaciones de procedimientos estéticos, cuyo tomador es el paciente y que amparan el tratamiento médico y quirúrgico de la complicación.

Estos productos muestran dos modalidades complementarias: el seguro que protege al profesional frente a la reclamación y el que garantiza al paciente la atención de la complicación.[28] [29] [30] [31]

VI. CONCLUSIONES

El proyecto de ley 187 de 2026 Senado responde a un problema concreto y documentado: miles de procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos y menores ambulatorios de superficie se realizan hoy sin un marco específico de habilitación, de competencias y de trazabilidad. La Resolución 3100 de 2019 no regula de manera diferenciada el servicio, y la norma que pretendía hacerlo nunca fue publicada, por lo que se revocó. Ese vacío expone al paciente a un riesgo que el sistema no puede medir, porque no existen registros confiables ni mecanismos de reporte, y tampoco puede prevenir. La información disponible en el mercado colombiano de procedimientos no quirúrgicos es parcial, lo que refuerza la necesidad de un registro nacional.

Frente a ese vació, la ponencia confirma y reconstruye el proyecto en cuatro (4) ejes:

Primero, un campo de acción único, definido por condiciones; por lo que se abandona la clasificación por grupos y se delimita el ámbito por cuatro condiciones acumulativas y límites taxativos. El proyecto regula únicamente los procedimientos médico estéticos y no interfiere con la cirugía plástica. Segundo, la seguridad del paciente es proporcional al riesgo, por ello, el régimen anestésico se limita a la anestesia tópica, infiltrativa y el bloqueo de ramas nerviosas periféricas terminales de la cara, con dosis expresas y el manejo de emergencias que ello implica. Se excluyen la sedación, los bloqueos neuroaxiales, de plexos y de troncos mayores, y la anestesia general. Esta medida es coherente con el artículo 26 de la Constitución, que permite regular el ejercicio de las profesiones en función del riesgo social.

Tercero, la competencia verificable sin cerrar el ejercicio, es la oportunidad de separar la formación de la certificación; se certifica una competencia específica por familias de técnicas y la renovación se hace por verificación documental. Con ello, se busca ser distinguible de la Sentencia C-756 de 2008, que declaró inexequible la recertificación de la profesión. Por lo que la transición de tres años protege a quienes ejercen hoy, permite la exéresis con constancia práctica transitoria y somete a supervisión directa a quienes tienen menos de tres años de experiencia.

Cuarto, respecto a la habilitación, control y garantía de atención, se crea el Servicio de Medicina Estética en el REPS, con visita de verificación dentro de los tres meses y con concepto vinculante en treinta días hábiles. Se establece un registro nacional de procedimientos. La póliza por su parte, de esgrime como el manejo de complicaciones, opera como garantía de atención del paciente, no como condición para ejercer.

Finalmente, la iniciativa es el resultado de un proceso de concertación con la academia, las entidades de formación continuada, las sociedades científicas y los profesionales, desarrollado en mesas técnicas virtuales los días 17, 19 y 23 de septiembre y en un desayuno de trabajo presencial el pasado 13 de octubre de 2026, con más de sesenta profesionales convocados y la presencia de los coautores del proyecto.

Por todo lo anterior, y en cumplimiento de los criterios de seguridad del paciente, proporcionalidad al riesgo, coherencia con el Sistema Único de Habilitación y técnica legislativa se considera que esta iniciativa representa una especial importancia y de necesidad imperante para el sistema normativo colombiano.

VII. PLIEGO DE MODIFICACIONES

[28] Portfolio. (2026). Lanzan la primera póliza para procedimientos estéticos en medio del aumento de alertas por tratamientos irregulares. Portafolio. https://www.portafolio.co/negocios/industrias/lanzan-primera-poliza-para-procedimientos-esteticos-en-medio-del-aumento-de-alertas-por-tratamientos-irregulares-496364

[29] La República. (2026). Crean póliza que garantiza protección de pacientes en procedimientos estéticos no quirúrgicos. La República. https://www.larepublica.co/finanzas/crean-poliza-que-garantiza-proteccion-de-pacientes-en-procedimientos-esteticos-no-quirurgicos-4409271

[30] Sura. (2024). Póliza de Gastos Hospitalarios por Complicaciones Derivadas de Procedimientos Estéticos. https://www.segurossura.com.co/documentos/atencion-consumidor-financiero/poliza-de-complicaciones-de-procedimientos-esteticas.pdf

[31] SMART Group. (S.f). Póliza de Complicaciones BMI Colombia. https://www.bmicos.com/colombia/seguros/polizas-de-salud-complicaciones-por-cirugia/

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
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	**POR LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS Y ~~EN LA CIRUGÍA ESTÉTICA MENOR AMBULATORIA~~ EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS MENORES AMBULATORIOS DE SUPERFICIE, SE REAFIRMA LA RESERVA DEL ACTO MÉDICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**	Se acogen las observaciones formuladas en las mesas técnicas realizadas para la elaboración de esta ponencia, en las que participaron la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas. Estos ajustes se adoptan por su coherencia con la seguridad del paciente y con el sistema de habilitación, y quedan registrados, con las entidades participantes, en la matriz de participación que se anexa a esta ponencia.
TÍTULO I **OBJETO, ÁMBITO Y DEFINICIONES**	Se mantiene la redacción.	N/A
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 1. Objeto.** Esta ley tiene por objeto proteger la vida, la salud y la integridad de los pacientes que acceden a procedimientos **médico-estéticos mínimamente invasivos y menores ambulatorios de superficie,** ~~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.	Se precisa el objeto para que coincida con el título y con el ámbito de aplicación consagrado en el artículo 2.
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	**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~~, **médico-estéticos menores ambulatorios de superficie, que conforman el campo de acción delimitados en el artículo 7 de** ~~en~~ la presente ley. **Parágrafo 1. Exclusiones.** Quedan expresamente excluidos del ámbito de esta ley: a) La cirugía estética ~~mayor, que continúa rigiéndose por las normas vigentes y~~ **, definida en el literal f) del artículo 3, que queda** 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.	Se acogen las observaciones formuladas en las mesas técnicas realizadas para la elaboración de esta ponencia, en las que participaron la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas, en los siguientes términos: Primero, se formula la reserva de la cirugía estética como regla propia de esta ley, de modo que ninguna de sus disposiciones pueda interpretarse para ampliarla, flexibilizar o exceptuarla. Segundo, se suprime la expresión mayor, porque la ley no contempla una categoría menor de cirugía estética: lo que no excede los límites de los literales d) y e) del artículo 3 es un procedimientos médico-estético, y lo que los excede es cirugía estética. Tercero, se separan los procedimientos regulados por esta ley de la cirugía estética para efecto de otras normas,

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.	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. **Cuando un procedimiento tenga finalidad mixta se atenderá a la finalidad predominante, que deberá constar en la historia clínica. Esta exclusión no habilita su práctica por personas distintas a los profesionales legalmente competentes.** **Parágrafo 2. Deslinde. Los procedimientos regulados por esta ley no constituyen procedimientos quirúrgicos ni cirugía estética para efectos de las normas que regulen**	dado que no constituyen cirugía estética, con la cual se aclara que esta ley no aborda la cirugía estética. Estos ajustes se adoptan por su coherencia con la seguridad del paciente y con el sistema de habilitación, y quedan registrados, con las entidades participantes, en la matriz de participación que se anexa a esta ponencia.

	la cirugía estética o los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, y se rigen por lo dispuesto en la presente ley. Ninguna disposición de esta ley se aplica a la cirugía estética a que se refiere el literal a) del parágrafo 1.	
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	**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	Se acogen las observaciones formuladas en las mesas técnicas realizadas para la elaboración de esta ponencia, en las que participaron la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas, en los siguientes términos: Por lo que se ajusta la redacción del literal d) para una mejor comprensión de procedimientos mínimamente invasivos. Se ajusta la definición en el literal e), para que el procedimiento menor ambulatorio de superficie se delimite por condiciones verificables y no por un listado cerrado de técnicas. Se mantienen como condiciones la incisión o resección limitadas a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial, en armonía con el

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	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~~ **se realiza**	artículo 7; la ausencia de disección de planos profundos. Se incorpora una precisión adicional que armoniza la definición con el depósito de productos con registro sanitario vigente y con su límite frente al acceso quirúrgico. En el literal f) se ajusta la redacción para evitar la expresión indeterminada de manejo de volúmenes de tejido adiposo, que se sustituye por la referencia a la extracción, aspiración o transferencia de tejido adiposo. Se incorpora un nuevo literal ''h)'' la cual contiene la definición de formación continua en medicina estética, con fundamento en la Ley 1164 de 2007, porque los artículos 6, 11 y 19 la usan como vía de acreditación y era necesario definirla. Se aclara que es un proceso permanente de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica dirigido al Médico y Cirujano, que complementa su formación de pregrado y por ende no constituye programa de especialización, para evitar confusiones con la formación de posgrado. Se reconoce que puede impartirse por instituciones de

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	mediante agujas, cánulas, microcánulas ~~o~~ **,** dispositivos médicos **o agentes físicos o químicos**, sin incisión **quirúrgica**, **disección** ni resección de tejidos, bajo anestesia ~~tópica o infiltrativa local, sin sedación y sin acceso a planos profundos.~~ **local en los términos del artículo 10 y sin sedación de ningún nivel. La infiltración o el depósito de productos con registro sanitario vigente, y la aplicación de energía mediante dispositivos con registro sanitario vigente, en los planos anatómicos propios de la técnica conforme a la lex artis no constituyen acceso quirúrgico a planos profundos.** **e) ~~Cirugía estética menor ambulatoria~~. Procedimiento médico-estético menor ambulatorio de superficie. Procedimiento médico-estético** ~~Intervención con finalidad estética~~ que implica incisión ~~y~~ **o** resección limitadas a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial, ~~dentro de los parámetros que la presente ley delimita,~~ **en los términos del artículo 7, con cierre directo o cicatrización por segunda intención**, sin disección de planos profundos, sin	educación superior, entidades avaladas por estas, sociedades científicas y otras entidades formadoras, o adquirirse mediante entrenamiento en servicio bajo tutoría, de modo que la ley continúe fortaleciendo la formación dada por todos los actores formativos.

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.	manipulación de estructuras musculares, **aponeuróticas,** tarsales, **septales,** cartilaginosas u óseas, **salvo el paso de suturas de conformación a través del cartílago previsto en el artículo 7**, sin acceso a cavidades **u orificios anatómicos**, sin implantación de material protésico, sin colgajos **ni injertos**, sin sedación ~~y sin anestesia regional o general~~ **de ningún nivel y bajo anestesia local en los términos del artículo 10**, con egreso del paciente el mismo día. **f) Cirugía estética ~~mayor~~.** Toda intervención con finalidad estética que exceda los límites ~~del literal anterior~~, **de los literales d) y e) de este artículo y del artículo 7,** en particular la que requiera anestesia general, ~~regional o~~ sedación; **o bloqueos distintos de los permitidos en el artículo 10;** implique acceso a cavidades; ~~comprometa~~ **intervenga quirúrgicamente** planos musculares, **aponeuróticos,** cartilaginosos u óseos; , **salvo el paso de suturas de conformación previsto en el artículo 7; suponga** implantación de material protésico, ~~o~~ colgajos; o **injertos; o** involucre ~~manejo de volúmenes de~~ **la extracción, aspiración o transferencia** 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. **h) Formación continua en medicina estética. Proceso permanente de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica del artículo 16A de la Ley 1164 de 2007, dirigido al Médico y Cirujano, que complementa su formación de pregrado y no constituye programa de especialización. Podrá impartirse por instituciones de educación superior, entidades avaladas por estas, sociedades científicas y otras entidades formadoras, o adquirirse mediante entrenamiento en servicio bajo tutoría, conforme a esta ley.**	
TÍTULO II **RESERVA DEL ACTO MÉDICO**	Se mantiene la redacción.	N/A
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 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. **Para los efectos de esta ley, y sin perjuicio de las competencias que las leyes reconocen a las demás profesiones del área de la salud,** ~~T~~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.	Se acogen las observaciones formuladas en las mesas técnicas realizadas para la elaboración de esta ponencia, en las que participaron la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas, en los siguientes términos: Se introduce al inicio del inciso 2 la salvedad reconociendo las competencias legales de otras profesiones de la salud consagradas en: Ley 266 de 1996, Ley 10 de 1962, Ley 35 de 1989 y Ley 2315 de 2023, entre otras. La salvedad evita que la reserva anatómica del acto médico se interprete como un desconocimiento de esas competencias y previene conflictos de interpretación, sin alterar la regla de que los procedimientos regulados por esta ley solo los puede realizar el Médico y Cirujano.
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	**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	Se ajusta el literal c) para que la prohibición recaiga solo sobre el uso, en la identificación profesional o en la publicidad, de denominaciones que sugieran una especialidad que el profesional no ostente mediante título otorgado por institución de educación superior colombiana con registro calificado o convalidado por el Ministerio de Educación Nacional, y no sobre toda denominación relacionada con la medicina estética. Lo anterior porque en Colombia existen títulos de especialista en medicina estética otorgados en su momento por IES, así como títulos convalidados por el MEN, cuyos titulares no pueden quedar cobijados por la prohibición. De ese modo se mantiene la compatibilidad con el artículo 26 de la Constitución Política, en consonancia con el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007. Se adopta conforme a las mesas técnicas y a los aportes

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.	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**n** una especialidad ~~médico-quirúrgica~~ **que el profesional no ostente mediante título otorgado por la institución de educación superior colombiana con registro calificado, o convalidado por el Ministerio de Educación Nacional;** ~~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	recibidos.

	responsable, sin que ello lo faculte para ejecutarlo.	
TÍTULO III **COMPETENCIA PROFESIONAL Y DELIMITACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**	**TÍTULO III** **COMPETENCIA PROFESIONAL Y ~~DELIMITACIÓN DE PROCEDIMIENTOS~~ CAMPO DE ACCIÓN**	Se reorganiza el Título III, para que corresponda al contenido real de sus artículos. El título agrupa la competencia del Médico y Cirujano (artículo 6), el campo de acción definido por condiciones acumulativas y no por clasificación de grupos (artículo 7), la garantía del ejercicio profesional (artículo 8), los límites infranqueables (artículo 9) y el régimen anestésico (artículo 10). Con la nueva denominación se evita que el encabezado sugiera una clasificación o un listado cerrado de procedimientos que el articulado ya no contiene, y se deja claro que el contenido define quién puede practicar, dentro de qué campo y con qué límites. Se adopta conforme a las mesas técnicas y a los aportes recibidos.
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	**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	Se acogen las observaciones formuladas en las mesas técnicas realizadas para la elaboración de esta ponencia, en las que participaron la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas,

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	gobernanza clínica prevista en esta ley, o cuando ostente título de especialización médica o médico-quirúrgica que incluya competencias formales en los procedimientos de que se trate,**según el contenido curricular del programa con registro calificado o del título convalidado,** 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 **para la respectiva familia de técnicas.** 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	en los siguientes términos: Por lo que se introduce en el inciso primero el criterio objetivo del contenido curricular del programa con registro calificado, o de título convalidado, para determinar cuándo la especialización médica o médica-quirúrgica incluye competencias formales en los procedimientos de esta ley. El mismo criterio se extiende al parágrafo, de modo que la habilitación sin certificación adicional de los médicos especialistas tengan la misma base objetiva que exige el inciso primero y no dependa únicamente de la denominación de la especialidad. Con ello se atiende las observaciones recibidas sobre la necesidad de reconocer la formación efectivamente adquirida, y se facilita la aplicación uniforme a nivel nacional, porque la autoridad sanitaria y los prestadores verifican un mismo criterio verificable y no apreciaciones locales sobre lo que cubre cada especialidad.

campo anatómico propio de su especialidad.	maxilofacial se entienden habilitados, sin certificación adicional, para los procedimientos de esta ley comprendidos dentro del campo anatómico propio de su especialidad~~.~~**, conforme al contenido curricular de su programa.**	
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	**ARTÍCULO 7. ~~Grupo A.~~ Campo de acción del médico en procedimientos médico-estéticos. El Médico y Cirujano podrá practicar en las condiciones de los artículos 6 y 11, los procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos y los procedimientos médico-estéticos menores ambulatorios de superficie que reúnan simultáneamente las siguientes condiciones: ~~mínimamente invasivos~~.** **1. Se practican de forma ambulatoria, con egreso del paciente el mismo día;** **2. Se realizan bajo anestesia local en los términos del artículo 10, sin sedación de ningún nivel ni anestesia general;** **3. No implican acceso a cavidades u orificios anatómicos, disección de planos profundos,**	Se acogen las observaciones formuladas en las mesas técnicas realizadas para la elaboración de esta ponencia, en las que participaron la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas, en los siguientes términos: Se reestructura el artículo 7 para definir un único campo de acción del Médico y Cirujano, delimitado por cuatro condiciones acumulativas: atención ambulatoria con egreso el mismo día; anestesia local sin sedación ni anestesia general; ausencia de acceso a cavidades u orificios, disección a planos profundos, colgajos, injertos e implantes; y respeto de los límites del artículo 9), en lugar de una clasificación en grupos o un listado

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.	**colgajos, injertos ni implantación de material protésico;** **4. No corresponden a ninguno de los límites infranqueables del artículo 9.** **Este campo comprende entre otros:** **a) La aplicación de medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos e hilos de sustentación absorbibles con registro sanitario vigente, tales como toxina botulínica, rellenos dérmicos, bioestimuladores de colágeno, mesoterapia e intradermoterapia y escleroterapia, así como de plasma rico en plaquetas y hemoderivados autólogos conforme a la regulación sanitaria vigente;** **b) La aplicación de tecnologías láser, luz pulsada intensa, radiofrecuencia, ultrasonido focalizado, microagujas, peelings químicos y demás tecnologías basadas en energía o en agentes físicos o químicos con registro sanitario vigente para uso médico;** **c) El uso de seguro de anestesia local, en las dosis y condiciones del artículo 10;**	cerrado de técnicas. El criterio es el riesgo anatómico del procedimiento y no la técnica empleada, lo que es proporcional a la seguridad del paciente y compatible con el artículo 26 de la Constitución Política, y evita que el avance de la técnica deje fuera de la ley procedimientos que cumplen las mismas condiciones, por esta razón la lista de procedimientos es enunciativa y el parágrafo 4 aclara que la falta de mención expresa de una técnica no la excluye. Se precisa el límite anatómico de los literales d) y e) con la regla de limitar el acto y remitir al paciente cuando durante el procedimiento sea necesario superar ese límite. Se incorpora la remisión al estudio histopatológico ante lesiones sospechosas y se remite la fijación de productos, tecnologías y parámetros técnicos a la reglamentación participativa del Ministerio de Salud, sin que su ausencia impida el ejercicio.
	d) La exéresis de lesiones cutáneas benignas y la resección de extensiones cutáneas con fines estéticos, entendidas estas últimas como apéndices y excedentes cutáneos, con cierre directo o cicatrización por segunda intención; **e) La conformación de estructuras de superficie mediante suturas, sin sección, raspado ni resección de cartílago.** **Parágrafo 1. Las intervenciones de los literales d) y e) se limitarán a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial, y no podrán comprometer planos musculares, aponeuróticos, tarsales, septales u óseos, ni la grasa orbitaria. El cartílago solo podrá ser atravesado por suturas de conformación. Si durante el procedimiento se hace necesario superar este límite, el Médico y Cirujano limitará el acto a lo estrictamente necesario para dejar al paciente en condiciones seguras y lo remitirá de inmediato por la ruta de referencia.** **Parágrafo 2. La infiltración o el depósito de productos con registro sanitario vigente, y la aplicación de energía mediante dispositivos con registro sanitario**	
	vigente, en los planos anatómicos propios de la técnica conforme a la *lex artis*, no constituyen acceso quirúrgico a planos profundos. **Parágrafo 3. Cuando en la valoración o consulta de medicina estética se observe o evidencie una lesión cutánea con alteración tisular, anomalía estructural o sospecha de patología oncológica, el Médico y Cirujano tratante deberá abstenerse de realizar cualquier tipo de intervención o resección sobre dicha estructura, y procederá a remitir de forma inmediata al paciente ante el profesional médico especializado e idóneo para la toma de muestra, estudio histopatológico y abordaje terapéutico oportuno.** **Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley y con participación plural de las sociedades científicas, incluidas las de medicina estética, y de las instituciones de educación superior, reglamentará los productos y tecnologías comprendidos, los parámetros técnicos y la extensión máxima de las intervenciones por región**	
	anatómica. La reglamentación podrá precisar las técnicas comprendidas en este artículo, sin que la falta de mención expresa excluya del campo de acción los procedimientos que cumplan sus condiciones. Mientras tanto, cada intervención se realizará conforme al protocolo institucional escrito del prestador, ajustado a los límites de esta ley. La ausencia de reglamentación no podrá invocarse para impedir el ejercicio. ~~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;	**ARTÍCULO 8. Garantía del ejercicio profesional. Esta ley regula las condiciones en que se practican los procedimientos médico-estéticos y no restringe el ejercicio de la medicina que la Ley 1164 de 2007 reconoce al Médico y Cirujano. En consecuencia:** **a) Las enumeraciones del artículo 7 son enunciativas.**	Se ajusta el artículo 8 para que exprese con claridad que la ley regula las condiciones en que se practican los procedimientos médico-estéticos y no restringe el ejercicio de la medicina que la Ley 1164 de 2007 reconoce al Médico y Cirujano. Con ese fin se precisa que la enumeración del artículo 7 es enunciativa y que los límites del artículo 9 son taxativos, de modo que las únicas restricciones al campo de acción son
b) Alectomía, 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	**Queda comprendido en el campo de acción todo procedimiento médico-estético que cumpla las condiciones allí previstas;** **b) Los límites infranqueables del artículo 9 son taxativos y, junto con las condiciones del artículo 7, constituyen las únicas restricciones al campo de acción;** **c) Los Médicos y Cirujanos que a la entrada en vigencia de esta ley practiquen procedimientos comprendidos en el artículo 7 podrán continuar haciéndolo en los términos del régimen de transición del artículo 19 y, para la respectiva**	esos límites y las condiciones del artículo 7, lo que da seguridad jurídica sobre qué puede y qué no puede hacerse. Se garantiza que los Médicos y Cirujanos que ya practican estos procedimientos puedan continuar haciéndolo conforme al régimen de transición, y que la falta de reglamentación, del sistema de certificación o del servicio de Medicina Estética en el REPS no puede invocarse para impedir ese ejercicio, en protección de la confianza legítima de quienes ejercen y de la continuidad de la atención a los pacientes. Finalmente, se dispone que ninguna disposición de la ley pueda interpretarse para prohibir los procedimientos que cumplen las condiciones del artículo 7 ni para ampliar, flexibilizar o exceptuar la reserva de la cirugía estética. se adopta conforme a las mesas técnicas y a los aportes recibidos.
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.	**familia de técnicas, conforme al parágrafo 7 del artículo 11. La falta de reglamentación, del sistema de certificación o del servicio de Medicina Estética en el REPS no podrá invocarse para impedir ese ejercicio;** **d) Ninguna disposición de esta ley podrá interpretarse en el sentido de prohibir al Médico y Cirujano los procedimientos que cumplan las condiciones del artículo 7, ni en el de ampliar, flexibilizar o exceptuar la reserva de la cirugía estética prevista en el artículo 2.** **~~Grupo B. Cirugía estética menor ambulatoria.~~** ~~Comprende~~	
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	~~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) Alectomía, 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~~	

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	~~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~~	
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	~~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~~	
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.	~~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~~ **de** ~~técnica~~ **a planos profundos** ~~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 9. Límites infranqueables.** Ninguna disposición de esta ley habilita al Médico y Cirujano **que no ostente la** especiali**dad**~~sta~~ **médico-quirúrgica con competencia formal en el respectivo procedimiento** para realizar~~, entre otros~~: lipoescultura y liposucción, incluida la de la región submentoniana; abdominoplastia; mamoplastia de aumento, reducción o pexia; gluteoplastia; rinoplastia; ritidoplastia; **dermolipectomías con fines de contorno corporal, incluidas la braquioplastia y la crucoplastia;** 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~~ **de la grasa orbitaria, resección del músculo orbicular,** cantopexia o cantoplastia; colocación de implantes o prótesis; colgajos **o injertos**; moldeamiento corporal quirúrgico; ni ningún procedimiento que requiera anestesia general, ~~regional o~~ sedación **o bloqueos distintos de los permitidos en el artículo 10**, acceso a cavidades o disección de planos profundos.	Se ajusta el artículo 9 para que la lista de límites infranqueables sea taxativa y se formule con precisión, de modo que el Médico y Cirujano sepa con certeza qué procedimientos quedan por fuera del campo de acción del artículo 7. Los límites responden a un mismo criterio de riesgo anatómico. Se armoniza con los artículos 3, literal f), con el artículo 2, parágrafo 1, literal a), y con la garantía del artículo 8. Se adopta conforme a las mesas técnicas y a los aportes recibidos.
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.	**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~~ **local, sin sedación de ningún nivel, sin bloqueos neuroaxiales, de plexos ni de troncos nerviosos mayores,** y sin anestesia general. **Para los efectos de esta ley, la anestesia local comprende la tópica, la infiltrativa y el bloqueo de ramas nerviosas periféricas terminales de la cara.** 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. **Mientras se expide dicha reglamentación se aplicarán los máximos de seguridad reconocidos por la evidencia farmacológica vigente, conforme al protocolo institucional del prestador.** 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.	Se ajusta el artículo 10 conforme a las mesas técnicas y a las recomendaciones de las sociedades científicas, y en armonía con el Decreto 780 de 2016 y las demás normas complementarias.
TÍTULO IV **CERTIFICACIÓN, HABILITACIÓN Y GOBERNANZA**	Se mantiene la redacción.	N/A
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	**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	Se ajusta el artículo 11 conforme a las mesas técnicas y a los aportes recibidos por la academia, las entidades de formación continuada y las sociedades científicas. Se armoniza con el sistema de certificación con la Ley 2316 de 2023 y

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	los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley el sistema de certificación de competencias, diferenciado **por familias de técnicas** ~~para los Grupos A y B~~, **definidas agrupando las técnicas del artículo 7 según su afinidad y su riesgo**, que comprenderá como mínimo: a) Formación teórica y práctica verificable **en la respectiva familia de técnicas**, ~~impartida por institución de educación superior reconocida o por entidad avalada por esta;~~ **que podrá acreditarse mediante programas de formación continua de instituciones de educación superior, entidades avaladas por estas, sociedades científicas u otras entidades formadoras, o mediante entrenamiento en servicio bajo tutoría de un Médico y Cirujano o con constancia de práctica transitoria, o de un especialista habilitado conforme al artículo 6, en un prestador habilitado, conforme a los**	con el principio de coordinación, de modo que las medidas sanitarias y el listado público de profesionales certificados operen de forma unificada. Se adiciona el parágrafo 4 para delimitar el alcance de la certificación, de conformidad con la Sentencia C-756 de 2008, que declaró inexequible la recertificación periódica del talento humano en salud como requisito general del ejercicio. La certificación aquí prevista no habilita ni inhabilita el ejercicio de la profesión médica: se circunscribe a las técnicas taxativamente reguladas por esta ley, y su falta, caducidad o ausencia de recertificación solo impide practicar esas técnicas. Se adiciona el parágrafo 5 para reconocer la formación previa y la trayectoria comprobada, incluido los títulos extranjeros convalidados y la formación continua de cualquier origen, mediante una ruta de evaluación directa de competencias y portafolio, sin repetir el ciclo formativo. Lo que se certifica es la competencia demostrada en la evaluación y no el diploma o la entidad que impartió la formación. Se
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	**contenidos mínimos que defina la reglamentación.** b) Entrenamiento supervisado con volumen mínimo documentado por técnica **o familia de técnicas**, con progresión explícita de niveles de supervisión desde la observación hasta la práctica autónoma; c) Evaluación objetiva de competencias mediante instrumentos estandarizados **a cargo de una instancia distinta de quien impartió la formación o ejerció la tutoría, que podrá ser una institución de educación superior, una sociedad científica, una entidad de formación continuada u otra entidad evaluadora;** 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	adiciona el parágrafo 6 para que las sociedades científicas del área, de manera plural, participen en la definición de los estándares de competencia y de los instrumentos de evaluación.
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	locales, la anafilaxia y las urgencias oftalmológicas; e) Volumen mínimo anual de mantenimiento por técnica **o familia de técnicas** certificada. ~~Para la otoplastia estética de preservación cartilaginosa y la blefaroplastia inferior de resección cutánea,~~ **Para las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7** el volumen de entrenamiento supervisado y el de mantenimiento serán superiores a los exigidos para las demás familias **de** técnicas~~; del Grupo B, y la certificación será específica e independiente por cada una de ellas;~~ f) Recertificación cada cinco (5) años, **mediante la verificación documental** ~~condicionada~~ **de l**a educación continuada, cumplimiento del volumen de mantenimiento, **de los** resultados de la auditoría clínica y ausencia de sanciones ético-disciplinarias	
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.	ejecutoriadas, de suspensión o superiores, relacionadas con la práctica de los procedimientos regulados por esta ley~~;~~. **Solo cuando no se acrediten estos requisitos podrá exigirse nueva evaluación de competencias;** 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. El Ministerio de Salud y Protección Social impulsará la oferta de formación y evaluación, con prioridad para las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7, y publicará un informe anual sobre su avance. **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. **Dicha anotación alimentará el listado de que trata el artículo 7 de la Ley 2316 de 2023. La ausencia de un profesional en este listado no constituirá, por sí sola, causal de medida sanitaria de seguridad ni**	

	de sanción. 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.~~ **que no ostente.** **Parágrafo 4. Alcance de la certificación. La certificación de competencias no constituye requisito para el ejercicio general de la profesión médica, que continúa rigiéndose por la Ley 1164 de 2007. Su exigencia, mantenimiento, recertificación y caducidad se circunscriben a los procedimientos taxativamente regulados por esta ley. Esta ley es norma especial respecto del artículo 21 de la Ley 1164 de 2007 en lo relativo a dicha certificación. La falta de certificación, su caducidad o la falta de recertificación solo impiden practicar las**	

	técnicas que ampara la certificación y no afectan el ejercicio general de la profesión médica. **Parágrafo 5. Reconocimiento de formación previa. El sistema contemplará una ruta de certificación por evaluación directa de competencias y portafolio documentado para quienes acrediten formación previa, incluidos los títulos extranjeros convalidados y la formación continua acreditable, cualquiera sea la entidad que la haya impartido, sin obligación de repetir el ciclo formativo.** **Parágrafo 6. Las sociedades científicas del área, de manera plural e incluidas las de medicina estética, participarán en la definición de los estándares de competencia y de los instrumentos de evaluación a que se refiere este artículo.** **Parágrafo 7. Exigibilidad gradual. La Certificación de competencias solo será exigible para cada**	

	familia de técnicas desde que el Ministerio de Salud y Protección Social declare, mediante acto administrativo, que existe oferta de formación y evaluación suficiente y accesible para dicha familia. Mientras tanto, la competencia podrá acreditarse ante comités de pares conformados de manera plural, en los términos que defina la reglamentación, y se aplicará el régimen de transición del artículo 19.	
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	**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, **dentro del grupo de consulta externa**, mediante la modificación del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, ~~Tomos I y II~~, adoptado mediante la Resolución **3100 de 2019** ~~1732 de 2026~~, o la norma que la modifique o	El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 2080 del 08 de septiembre de 2026, revocó la Resolución 1732 de 2026. Además, se atienden los comentarios de la academia, las sociedades científicas y agremiaciones.

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	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 prestará en modalidad intramural, con apoyo de la modalidad de telemedicina para el seguimiento, y podrá ser habilitado por instituciones prestadoras de servicios de salud y por profesionales independientes. Comprenderá dos componentes según el ambiente: consultorio en que se realizan procedimientos, para los procedimientos de los literales a), b) y c) del artículo 7, y sala de procedimientos, para las intervenciones de los literales d) y e) del mismo artículo. La habilitación de la sala de procedimientos comprende la del consultorio.** 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 **o al especialista habilitado conforme al parágrafo del artículo 6**, y con	
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.	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~~ **local en los términos del artículo 10, sin sedación de ningún nivel y sin anestesia general. Los estándares de infraestructura de cada componente tomarán como referencia los previstos en el manual de habilitación para los consultorios en que se realizan procedimientos del grupo de consulta externa.** 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. **Los estándares del componente de sala de procedimientos incluirán,**	
	como mínimo, condiciones de asepsia, procesos de esterilización propios o contratados, dotación para el manejo de complicaciones y una ruta de referencia documentada hacia una institución prestadora con servicio de urgencias o con el servicio quirúrgico correspondiente al campo anatómico intervenido. La habilitación del servicio acredita las condiciones del prestador y no sustituye la certificación de competencias del profesional. Para todos los efectos del Sistema Único de Habilitación, los procedimientos del ~~Grupo B~~ **artículo 7** practicados en ~~la modalidad de sala de procedimientos del~~ **cualquiera de los componentes 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	**ARTÍCULO 13. Verificación de las condiciones de habilitación**. La	Se ajusta la redacción para reconocer las competencias territoriales y las normas
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	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. **Lo anterior sin perjuicio de las competencias que la ley asigna a otras autoridades en materia de sismorresistencia, instalaciones eléctricas, protección contra incendios, accesibilidad y uso del suelo.** 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 **o a la novedad que incorpore el componente**. La demora en su realización no será imputable al prestador ni podrá dar lugar a sanción; vencido dicho término sin que la	técnicas sobre dotación, infraestructura y mantenimiento de acuerdo con las mesas de trabajo y los comentarios de las sociedades científicas.

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.	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, **que deberá rendirse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la solicitud y** 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	**ARTÍCULO 14. Gobernanza clínica y auditoría.** Los procedimientos regulados por esta ley sólo podrán practicarse dentro de un marco de gobernanza clínica que comprenda protocolo institucional escrito por procedimiento y lista de ~~chequeo prequirúrgica~~ **verificación previa al**	Se ajusta la redacción respecto a las actas de revisión de casos y los reportes como prueba documental en procesos civiles, éticos y sancionatorios. Permitiendo la revisión de pares y sociedades científicas lo que hace que sea operable. Se introduce lo exigido en el proceso sancionatorio
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.	**procedimiento** 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**, que podrá otorgarse a través de las sociedades científicas del área**; 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.~~.~~ **previo agotamiento del procedimiento administrativo sancionatorio previsto en los artículos 47 y siguientes de la Ley 1437 de 2011, por la autoridad que determine el reglamento y con**	de la ley 1437 de 2011 salvaguardando el debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución.
	observancia de los criterios de graduación del artículo 50 de la misma ley. **Los reportes al Registro Nacional y las actas de revisión de casos tienen finalidad de mejoramiento de la calidad. Su elaboración no constituye confesión ni reconocimiento de responsabilidad. El cumplimiento documentado del protocolo institucional y del marco de gobernanza será valorado como indicio de diligencia profesional.** **Los eventos adversos graves y la mortalidad asociados a los procedimientos regulados por esta ley se consideran eventos de interés de salud pública y deberán reportarse 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.**	
ARTÍCULO 15. Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos. Créase el Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos, administrado	**ARTÍCULO 15. Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos.** Créase el Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos, administrado	Se ajusta la redacción y se suprime el parágrafo 2, en virtud de que se incorpora al artículo anterior. Se introduce la adición de informar si hay o no
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	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 **y el volumen** 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 **y la existencia de póliza de complicaciones y la aseguradora que la expidió, cuando corresponda**. ~~El formulario de reporte operará además como lista de chequeo prequirúrgica, y su diligenciamiento previo será condición para la~~	póliza de aseguramiento conservando el derecho a la intimidad y el habeas data.

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.	~~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**	Se mantiene la redacción.	N/A
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 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~~ **las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7** 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~~ **. En los tratamientos seriados del artículo 7 podrá otorgarse por plan de tratamiento y se actualizará cuando cambien las condiciones clínicas, el producto o la técnica. Para las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7** 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~~ **las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7**, deberá informarse de manera expresa y cuantificada la tasa de recidiva y de reintervención de la ~~otoplastia de preservación cartilaginosa~~, **conformación con suturas**, y, **en las intervenciones de la región periocular,** 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; ~~.~~ **h) Número de la póliza de complicaciones o del certificado individual de seguro, o constancia de que el procedimiento no cuenta con ella cuando no sea obligatoria o no exista oferta en el mercado.** **Parágrafo 1.** Se prohíbe obtener el consentimiento en el mismo acto en que se practica**n** ~~el~~	Se ajusta el artículo 16 conforme a las mesas técnicas y a los aportes recibidos. Se permite que, en los tratamientos seriados, el consentimiento informado se otorgue por plan de tratamiento, con deber de actualizarlo cuando cambien las condiciones clínicas, el producto o la técnica, sin perder su carácter previo e informado. Se armoniza con el literal h) en lo que refiere la póliza de complicaciones contemplada en el artículo 17.

	~~procedimiento del Grupo B.~~ **las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7** así como condicionar a descuentos, promociones o plazos de decisión. **Parágrafo 2. No podrán practicarse las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7, y se valorará individualmente la pertinencia de los demás procedimientos de esta ley, 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 de la técnica a planos profundos; o indicios clínicos de trastorno dismórfico corporal u otra condición de salud mental que comprometa la validez del consentimiento.**	
Artículo Nuevo.	**Artículo 17. Póliza de complicaciones. Las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7 deberán estar amparadas por una póliza de seguro que cubra la atención de las complicaciones derivadas del procedimiento, expedida por una compañía de seguros vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia y vigente en la fecha de su práctica. La póliza será tomada por el prestador o por el profesional, con el paciente como beneficiario, y su costo se informará al paciente de manera previa. Para los demás procedimientos regulados por esta ley, el prestador deberá ofrecer dicha póliza al paciente antes del procedimiento.** **El número de la póliza o del certificado individual de seguro se consignará en el consentimiento informado y en la historia clínica. En el reporte al Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos se indicará la existencia de la póliza y la aseguradora que la expidió, sin datos que identifiquen al paciente.** **Parágrafo 1. El Gobierno nacional, por intermedio de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, reglamentará dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley las coberturas mínimas, la suma asegurada mínima según el riesgo de cada familia de técnicas, el plazo mínimo para atender la complicación y la atención directa de la complicación sin que el paciente deba anticipar su pago.** **Parágrafo 2. La obligación del inciso primero será exigible doce (12) meses después de expedida la reglamentación del parágrafo 1 y solo cuando exista oferta de la cobertura en el mercado. La póliza es una garantía de atención de la complicación y no una condición para el ejercicio de la profesión. La inexistencia de oferta, o la negativa de las aseguradoras a expedirla por no ostentar el profesional título de especialista, no podrá invocarse para impedir el ejercicio ni para imponer sanciones; en tal caso, el prestador informará por escrito al paciente que el procedimiento no cuenta con cobertura.**	Se ajusta el artículo 17 conforme a las mesas técnicas y a los aportes recibidos, para que la póliza de complicaciones opere como garantía de la atención del paciente sin convertirse en una barrera de ejercicio. Se exige para las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7, y se establece su ofrecimiento obligatorio para los demás procedimientos. Se precisa que debe estar vigente en la fecha de la práctica, que su número se consigna en el consentimiento y la historia clínica, y que al Registro Nacional se reporta solo su existencia y la aseguradora, sin datos que identifiquen al paciente. Se difiere su exigibilidad doce meses después de la reglamentación de coberturas, sumas aseguradas y plazos de atención por parte de los Ministerios de Salud y de Hacienda. Se establece que la inexistencia de oferta en el mercado, o la negativa de las aseguradoras a expedirla por no ostentar el título profesional de especialista, no puede invocarse para impedir el ejercicio. En ese caso el prestador informa por escrito al paciente que el procedimiento no cuenta con cobertura.
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	**ARTÍCULO 18 ~~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 **en los términos del artículo 22 de la ley 1164 de 2007** y dará lugar a las sanciones ~~penales,~~ administrativas ~~y ético-disciplinarias~~ correspondientes, sin perjuicio de la responsabilidad civil.~~.~~ **y de la compulsa de copias a la Fiscalía General de la Nación por los delitos que puedan configurarse.** **La práctica de estos procedimientos por un Médico y Cirujano por fuera de los límites infranqueables, o sin la certificación, la constancia de práctica transitoria o la especialidad exigidas, constituye ejercicio por fuera del ámbito de competencia y dará lugar a las sanciones ético-disciplinarias y administrativas correspondientes, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal a que haya lugar.** **La práctica en establecimiento no inscrito ni habilitado en el REPS constituye**	Se ajusta la numeración. Se acogen las propuestas en las Mesas de Trabajo y por las sociedades científicas, se redacta en mejor sentido el régimen sancionatorio para tener armonía jurídica con las normativas superiores y legales vigentes. Además, que se introduce la compulsa de copias a la Fiscalía por los delitos que se lleguen a configurar.

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.	**infracción al Sistema Único de Habilitación y dará lugar a las medidas de seguridad previstas en el artículo 576 de la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique, adicione o sustituya y a las sanciones del régimen vigente.** **La práctica de los literales d) y e) del artículo 7 sin la póliza de complicaciones, cuando esta sea exigible y exista oferta en el mercado conforme al artículo 17, dará lugar a las sanciones administrativas del régimen vigente, sin que proceda por esta causa el cierre del establecimiento ni la suspensión del ejercicio.** **Parágrafo 1.** No configura ejercicio ilegal **ni infracción** 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~~ **la categoría** de procedimientos para ~~el~~ **la**	
	cual está certificado el profesional **o durante la transición, su constancia de práctica transitoria**. 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	**ARTÍCULO 19 ~~18~~. Régimen de transición.** Los	Se ajusta la numeración. Se ajusta el texto con

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	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**, con respeto de la reserva de la historia clínica**; b) Formación previa	mecanismos idóneos para no exponer datos sensibles de los pacientes. Se ajusta conforme a la escala de sanciones; se reajusta a la Resolución 3100 de 2019, se protege al profesional frente a posibles demoras por parte del MSPS y se incluye un nuevo parágrafo que busca integrar la transición.
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	acreditable en el área; c) Ausencia de sanciones ético-disciplinarias **de suspensión o superiores** o penales ejecutoriadas, impuestas **dentro de los cinco (5) años anteriores y** 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 **adoptado por la Resolución 3100 de 2019, o la norma que la modifique o sustituya;** ~~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~~	

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.	~~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. **La autoridad decidirá la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su radicación completa. Vencido este término sin decisión, la constancia de radicación hará las veces de constancia de práctica transitoria hasta que se resuelva de fondo.** 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 **de seguridad ni a sanciones por prestación de servicios sin habilitación.**	
configurar ejercicio ilegal.	~~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~~ **constancia de práctica** transitoria se entenderá prorrogada de pleno derecho, sin que su ausencia pueda invocarse para impedir el ejercicio ni para configurar ejercicio ilegal. **Parágrafo 3. Mientras no se encuentre en operación el sistema de certificación de competencias, el Médico y Cirujano que no cumpla con el requisito del literal a) podrá practicar los procedimientos de los literales a), b), y c) del artículo 7 si acredita la formación teórico-práctica en la respectiva familia de técnicas, impartida por cualquiera**	
	de las entidades que conforman la formación continuada, presta el servicio en un prestador inscrito en el REPS en términos del literal d) y reporta al Registro Nacional desde su entrada en operación. **Para las intervenciones de los literales d) y e) del mismo artículo 7 deberá actuar bajo supervisión directa de un profesional con constancia de práctica transitoria, certificación de competencias o especialidad.** **Parágrafo 4. Los prestadores que a la entrada en operación del servicio de Medicina Estética vengan practicando los procedimientos regulados por esta ley en los servicios del literal d) dispondrán de doce (12) meses para inscribirlo mediante la novedad en el REPS, sin perder la habilitación de los servicios que tenga. Mientras el sistema de certificación de competencias no esté en operación y durante el régimen de transición, el estándar de talento humano del servicio se tendrá por cumplido con la constancia de práctica transitoria.**	
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.	**ARTÍCULO 20 ~~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.	Se ajusta la numeración.

VIII. IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por lo tanto, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener en consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

> *"Las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga*

irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia **C-911** de **2007**, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

*Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda''***.**

IX. CONFLICTO DE INTERESES

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

"ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a. Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b. Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión

b. Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."

Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa.

Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

X. PROPOSICIÓN.

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República dar **prime**r debate al Proyecto de Ley No. Proyecto de Ley 187 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**"

Cordialmente,

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico

XI. TEXTO PROPUESTO

Proyecto de Ley No. 187 de 2026 Senado

"POR LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS Y EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-ESTÉTICOS MENORES AMBULATORIOS DE SUPERFICIE, 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 médico-estéticos mínimamente invasivos y menores ambulatorios de superficie, 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 y a los procedimientos médico-estéticos menores ambulatorios de superficie, que conforman el campo de acción delimitado en el artículo 7 de la presente ley.

Parágrafo 1. Exclusiones. Quedan expresamente excluidos del ámbito de esta ley:

a) La cirugía estética, definida en el literal f) del artículo 3, que queda 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. Cuando un procedimiento tenga finalidad mixta se atenderá a la finalidad predominante, que deberá constar en la historia clínica. Esta exclusión no habilita su práctica por personas distintas a los profesionales legalmente competentes.

Parágrafo 2. Deslinde. Los procedimientos regulados por esta ley no constituyen procedimientos quirúrgicos ni cirugía estética para efectos de las normas que regulen la cirugía estética o los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, y se rigen por lo dispuesto en la presente ley. Ninguna disposición de esta ley se aplica a la cirugía estética a que se refiere el literal a) del parágrafo 1.

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 se realiza mediante agujas, cánulas, microcánulas o dispositivos médicos o agentes físicos o químicos, sin incisión quirúrgica, disección ni resección de tejidos, bajo anestesia local en los términos del artículo 10 y sin sedación de ningún nivel. La infiltración o el depósito de productos con registro sanitario vigente, y la aplicación de energía mediante dispositivos con registro sanitario vigente, en los planos anatómicos propios de la técnica conforme a la *lex artis* no constituyen acceso quirúrgico a planos profundos.

e) Procedimiento médico-estético menor ambulatorio de superficie. Procedimiento médico-estético que implica incisión o resección limitadas a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial, en los términos del artículo 7, con cierre directo o cicatrización por segunda intención, sin disección de planos profundos, sin manipulación de estructuras musculares, aponeuróticas, tarsales, septales, cartilaginosas u óseas, salvo el paso de suturas de conformación a través del cartílago previsto en el artículo 7, sin acceso a cavidades u orificios anatómicos, sin implantación de material protésico, sin colgajos ni injertos, sin sedación de ningún nivel y bajo anestesia local en los términos del artículo 10, con egreso del paciente el mismo día.

f) Cirugía estética. Toda intervención con finalidad estética que exceda los límites de los literales d) y e) de este artículo y del artículo 7, en particular la que requiera anestesia general, sedación o bloqueos distintos de los permitidos en el artículo 10; implique acceso a cavidades; intervenga quirúrgicamente planos musculares, aponeuróticos, cartilaginosos u óseos, salvo el paso de suturas de conformación previsto en el artículo 7; suponga implantación de material protésico, colgajos o injertos; o involucre la extracción, aspiración o transferencia 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.

h) Formación continua en medicina estética. Proceso permanente de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica del artículo 16A de la Ley 1164 de 2007, dirigido al Médico y Cirujano, que complementa su formación de pregrado y no constituye programa de especialización. Podrá impartirse por instituciones de educación superior, entidades avaladas por estas, sociedades científicas y otras entidades formadoras, o adquirirse mediante entrenamiento en servicio bajo tutoría, conforme a esta ley.

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.

Para los efectos de esta ley, y sin perjuicio de las competencias que las leyes reconocen a las demás profesiones del área de la salud, 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 que sugieran una especialidad que el profesional no ostente mediante título otorgado por la institución de educación superior colombiana con registro calificado, o convalidado por el Ministerio de Educación Nacional;

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 CAMPO DE ACCIÓN

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 prevista en esta ley, o cuando ostente título de especialización médica o médico-quirúrgica que incluya competencias formales en los procedimientos de que se trate, según el contenido curricular del programa con registro calificado o del título convalidado, 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 para la respectiva familia de técnicas.

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 conforme al contenido curricular de su programa.

ARTÍCULO 7. Campo de acción del médico en procedimientos médico-estéticos. El Médico y Cirujano podrá practicar en las condiciones de los artículos 6 y 11, los procedimientos médico-estéticos mínimamente invasivos y los procedimientos médico-estéticos menores ambulatorios de superficie que reúnan simultáneamente las siguientes condiciones:

1. Se practican de forma ambulatoria, con egreso del paciente el mismo día;

2. Se realizan bajo anestesia local en los términos del artículo 10, sin sedación de ningún nivel ni anestesia general;

3. No implican acceso a cavidades u orificios anatómicos, disección de planos profundos, colgajos, injertos ni implantación de material protésico;

4. No corresponden a ninguno de los límites infranqueables del artículo 9.

Este campo comprende entre otros:

a) La aplicación de medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos e hilos de sustentación absorbibles con registro sanitario vigente, tales como toxina botulínica, rellenos dérmicos, bioestimuladores de colágeno, mesoterapia e intradermoterapia y escleroterapia, así como de plasma rico en plaquetas y hemoderivados autólogos conforme a la regulación sanitaria vigente;

b) La aplicación de tecnologías láser, luz pulsada intensa, radiofrecuencia, ultrasonido focalizado, microagujas, peelings químicos y demás tecnologías basadas en energía o en agentes físicos o químicos con registro sanitario vigente para uso médico;

c) El uso de seguro de la anestesia local, en las dosis y condiciones del artículo 10;

d) La exéresis de lesiones cutáneas benignas y la resección de extensiones cutáneas con fines estéticos, entendidas estas últimas como apéndices y excedentes cutáneos, con cierre directo o cicatrización por segunda intención;

e) La conformación de estructuras de superficie mediante suturas, sin sección, raspado ni resección de cartílago.

Parágrafo 1. Las intervenciones de los literales d) y e) se limitarán a la piel y al tejido celular subcutáneo superficial, y no podrán comprometer planos musculares, aponeuróticos, tarsales, septales u óseos, ni la grasa orbitaria. El cartílago solo podrá ser atravesado por suturas de conformación. Si durante el procedimiento se hace necesario superar este límite, el Médico y Cirujano limitará el acto a lo estrictamente necesario para dejar al paciente en condiciones seguras y lo remitirá de inmediato por la ruta de referencia.

Parágrafo 2. La infiltración o el depósito de productos con registro sanitario vigente, y la aplicación de energía mediante dispositivos con registro sanitario vigente, en los planos anatómicos propios de la técnica conforme a la *lex artis*, no constituyen acceso quirúrgico a planos profundos.

Parágrafo 3. Cuando en la valoración o consulta de medicina estética se observe o evidencie una lesión cutánea con alteración tisular, anomalía estructural o sospecha de patología oncológica, el Médico y Cirujano tratante deberá abstenerse de realizar cualquier tipo de intervención o resección sobre dicha estructura, y procederá a remitir de forma inmediata al paciente ante el profesional médico especializado e idóneo para la toma de muestra, estudio histopatológico y abordaje terapéutico oportuno.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley y con participación plural de las sociedades científicas, incluidas las de medicina estética, y de las instituciones de educación superior, reglamentará los productos y tecnologías comprendidos, los parámetros técnicos y la extensión máxima de las intervenciones por región anatómica. La reglamentación podrá precisar las técnicas comprendidas en este artículo, sin que la falta de mención expresa excluya del campo de acción los procedimientos que cumplan sus condiciones. Mientras tanto, cada intervención se realizará conforme al protocolo institucional escrito del prestador, ajustado a los límites de esta ley. La ausencia de reglamentación no podrá invocarse para impedir el ejercicio.

ARTÍCULO 8. Garantía del ejercicio profesional. Esta ley regula las condiciones en que se practican los procedimientos médico-estéticos y no restringe el ejercicio de la medicina que la Ley 1164 de 2007 reconoce al Médico y Cirujano. En consecuencia:

a) Las enumeraciones del artículo 7 son enunciativas. Queda comprendido en el campo de acción todo procedimiento médico-estético que cumpla las condiciones allí previstas;

b) Los límites infranqueables del artículo 9 son taxativos y, junto con las condiciones del artículo 7, constituyen las únicas restricciones al campo de acción;

c) Los Médicos y Cirujanos que a la entrada en vigencia de esta ley practiquen procedimientos comprendidos en el artículo 7 podrán continuar haciéndolo en los términos del régimen de transición del artículo 19 y, para la respectiva familia de técnicas, conforme al parágrafo 7 del artículo 11. La falta de reglamentación, del sistema de certificación o del servicio de Medicina Estética en el REPS no podrá invocarse para impedir ese ejercicio;

d) Ninguna disposición de esta ley podrá interpretarse en el sentido de prohibir al Médico y Cirujano los procedimientos que cumplan las condiciones del artículo 7, ni en el de ampliar, flexibilizar o exceptuar la reserva de la cirugía estética prevista en el artículo 2.

ARTÍCULO 9. Límites infranqueables. Ninguna disposición de esta ley habilita al Médico y Cirujano que no ostente la especialidad médico-quirúrgica con competencia formal en el respectivo procedimiento para realizar: lipoescultura y liposucción, incluida la de la región submentoniana; abdominoplastia; mamoplastia de aumento, reducción o pexia; gluteoplastia; rinoplastia; ritidoplastia; dermolipectomías con fines de contorno corporal, incluidas la braquioplastia y la crucoplastia; otoplastia con resección o sección de cartílago, condrotomía, raspado cartilaginoso o abordaje anterior; blefaroplastia con apertura del septo orbitario, abordaje o resección de la grasa orbitaria, resección del músculo orbicular, cantopexia o cantoplastia; colocación de implantes o prótesis; colgajos o injertos; moldeamiento corporal quirúrgico; ni ningún procedimiento que requiera anestesia general, sedación o bloqueos distintos de los permitidos en el artículo 10, acceso a cavidades o disección de planos profundos.

ARTÍCULO 10. Régimen anestésico. Los procedimientos regulados por esta ley se practicarán exclusivamente bajo anestesia local, sin sedación de ningún nivel, sin bloqueos neuroaxiales, de plexos ni de troncos nerviosos mayores, y sin anestesia general. Para los efectos de esta ley, la anestesia local comprende la tópica, la infiltrativa y el bloqueo de ramas nerviosas periféricas terminales de la cara.

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. Mientras se expide dicha reglamentación se aplicarán los máximos de seguridad reconocidos por la evidencia farmacológica vigente, conforme al protocolo institucional del prestador. 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 por familias de técnicas definidas agrupando las técnicas del artículo 7 según su afinidad y su riesgo, que comprenderá como mínimo:

a) Formación teórica y práctica verificable en la respectiva familia de técnicas, que podrá acreditarse mediante programas de formación continua de instituciones de educación superior entidades avaladas, por estas, sociedades científicas u otras entidades formadoras, o mediante entrenamiento en servicio bajo tutoría de un Médico y Cirujano certificado o con constancia de práctica transitoria, o de un especialista habilitado conforme al artículo 6, en un prestador habilitado, conforme a los contenidos mínimos que defina la reglamentación.

b) Entrenamiento supervisado con volumen mínimo documentado por técnica o familia de técnicas, con progresión explícita de niveles de supervisión desde la observación hasta la práctica autónoma;

c) Evaluación objetiva de competencias mediante instrumentos estandarizados a cargo de una instancia distinta de quien impartió la formación o ejerció la tutoría, que podrá ser una institución de educación superior, una sociedad científica, una entidad de formación continuada u otra entidad evaluadora;

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 o familia de técnicas certificada. Para las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7 el volumen de entrenamiento supervisado y el de mantenimiento serán superiores a los exigidos para las demás familias de técnicas;

f) Recertificación cada cinco (5) años, mediante la verificación documental de la educación continuada, cumplimiento del volumen de mantenimiento, de los 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. Solo cuando no se acrediten estos requisitos podrá exigirse nueva evaluación de competencias;

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. Dicha anotación alimentará el listado de que trata el artículo 7 de la Ley 2316 de 2023. La ausencia de un profesional en este listado no constituirá, por sí sola, causal de medida sanitaria de seguridad ni de sanción. 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 que no ostente.

Parágrafo 4. Alcance de la certificación. La certificación de competencias no constituye requisito para el ejercicio general de la profesión médica, que continúa rigiéndose por la Ley 1164 de 2007. Su exigencia, mantenimiento, recertificación y caducidad se circunscriben a los procedimientos taxativamente regulados por esta ley. Esta ley es norma especial respecto del artículo 21 de la Ley 1164 de 2007 en lo relativo a dicha certificación. La falta de certificación, su caducidad o la falta de recertificación solo impiden practicar las técnicas que ampara la certificación y no afectan el ejercicio general de la profesión médica.

Parágrafo 5. Reconocimiento de formación previa. El sistema contemplará una ruta de certificación por evaluación directa de competencias y portafolio documentado para quienes acrediten formación previa, incluidos los títulos extranjeros convalidados y la formación continua acreditable, cualquiera sea la entidad que la haya impartido, sin obligación de repetir el ciclo formativo.

Parágrafo 6. Las sociedades científicas del área, de manera plural e incluidas las de medicina estética, participarán en la definición de los estándares de competencia y de los instrumentos de evaluación a que se refiere este artículo.

Parágrafo 7. Exigibilidad gradual. La certificación de competencias solo será exigible para cada familia de técnicas desde que el Ministerio de Salud y Protección Social declare, mediante acto administrativo, que existe oferta de formación y de evaluación suficiente y accesible para dicha familia. Mientras tanto, la competencia podrá acreditarse ante comités de pares conformados de manera plural, en los términos que defina la reglamentación, y se aplicará el régimen de transición del artículo 19.

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, dentro del grupo de consulta externa, mediante la modificación del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 3100 de 2019 o la norma que la modifique o sustituya.

El servicio se prestará en modalidad intramural, con apoyo de la modalidad de telemedicina para el seguimiento, y podrá ser habilitado por instituciones prestadoras de servicios de salud y por profesionales independientes. Comprenderá dos componentes según el ambiente: consultorio en que se realizan procedimientos, para los procedimientos de los literales a), b) y c) del artículo 7, y sala de procedimientos, para las intervenciones de los literales d) y e) del mismo artículo. La habilitación de la sala de procedimientos comprende la del consultorio.

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 o al especialista habilitado conforme al parágrafo del artículo 6, y con estándares de infraestructura, dotación y procesos proporcionales a procedimientos ambulatorios practicados bajo anestesia local en los términos del artículo 10, sin sedación de ningún nivel y sin anestesia general. Los estándares de infraestructura de cada componente tomarán como referencia los previstos en el manual de habilitación para los consultorios en que se realizan procedimientos del grupo de consulta externa.

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.

Los estándares del componente de sala de procedimientos incluirán, como mínimo, condiciones de asepsia, procesos de esterilización propios o contratados, dotación para el manejo de complicaciones y una ruta de referencia documentada hacia una institución prestadora con servicio de urgencias o con el servicio quirúrgico correspondiente al campo anatómico intervenido. La habilitación del servicio acredita las condiciones del prestador y no sustituye la certificación de competencias del profesional.

Para todos los efectos del Sistema Único de Habilitación, los procedimientos del artículo 7 practicados en cualquiera de los componentes 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. Lo anterior sin perjuicio de las competencias que la ley asigna a otras autoridades en materia de sismorresistencia, instalaciones eléctricas, protección contra incendios, accesibilidad y uso del suelo.

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 o a la novedad que incorpore el componente. 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, que deberá rendirse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la solicitud y 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 verificación previa al procedimiento 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 que podrá otorgarse a través de las sociedades científicas del área; 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 previo agotamiento del procedimiento administrativo sancionatorio previsto en los artículos 47 y siguientes de la Ley 1437 de 2011, por la autoridad que determine el reglamento y con observancia de los criterios de graduación del artículo 50 de la misma ley.

Los reportes al Registro Nacional y las actas de revisión de casos tienen finalidad de mejoramiento de la calidad. Su elaboración no constituye confesión ni reconocimiento de responsabilidad. El cumplimiento documentado del protocolo institucional y del marco de gobernanza será valorado como indicio de diligencia profesional.

Los eventos adversos graves y la mortalidad asociados a los procedimientos regulados por esta ley se consideran eventos de interés de salud pública y deberán reportarse 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.

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, la concentración y el volumen 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; las remisiones efectuadas y la existencia de póliza de complicaciones y la aseguradora que la expidió, cuando corresponda.

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

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 las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7 será presencial; el seguimiento posprocedimiento podrá apoyarse en la modalidad de telemedicina, conforme a la normatividad vigente.

El consentimiento informado será escrito y previo. En los tratamientos seriados del artículo 7 podrá otorgarse por plan de tratamiento y se actualizará cuando cambien las condiciones clínicas, el producto o la técnica. Para las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7 deberá otorgarse con antelación mínima de veinticuatro (24) horas. 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 las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7, deberá informarse de manera expresa y cuantificada la tasa de recidiva y de reintervención de la conformación con suturas, y, en las intervenciones de la región periocular, el riesgo de ectropión, retracción palpebral y hemorragia retrobulbar con compromiso visual;

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;

h) Número de la póliza de complicaciones o del certificado individual de seguro, o constancia de que el procedimiento no cuenta con ella cuando no sea obligatoria.

Parágrafo 1. Se prohíbe obtener el consentimiento en el mismo acto en que se practican las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7 así como condicionarlo a descuentos, promociones o plazos de decisión.

Parágrafo 2. No podrán practicarse las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7, y se valorará individualmente la pertinencia de los demás procedimientos de esta ley, 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 de la técnica a planos profundos; o indicios clínicos de trastorno dismórfico corporal u otra condición de salud mental que comprometa la validez del consentimiento.

Artículo 17. Póliza de complicaciones. Las intervenciones de los literales d) y e) del artículo 7 deberán estar amparadas por una póliza de seguro que cubra la atención de las complicaciones derivadas del procedimiento, expedida por una compañía de seguros vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia y vigente en la fecha de su práctica. La póliza será tomada por el prestador o por el profesional, con el paciente como beneficiario, y su costo se informará al paciente de manera previa. Para los demás procedimientos regulados por esta ley, el prestador deberá ofrecer dicha póliza al paciente antes del procedimiento.

El número de la póliza o del certificado individual de seguro se consignará en el consentimiento informado y en la historia clínica. En el reporte al Registro Nacional de Procedimientos Médico-Estéticos se indicará la existencia de la póliza y la aseguradora que la expidió, sin datos que identifiquen al paciente.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional, por intermedio de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, reglamentará dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de esta ley las coberturas mínimas, la suma asegurada mínima según el riesgo de cada familia de técnicas, el plazo mínimo para atender la complicación y la atención directa de la complicación sin que el paciente deba anticipar su pago.

Parágrafo 2. La obligación del inciso primero será exigible doce (12) meses después de expedida la reglamentación del parágrafo 1 y solo cuando exista oferta de la cobertura en el mercado. La póliza es una garantía de atención de la complicación y no una condición para el ejercicio de la profesión. La inexistencia de oferta, o la negativa de las aseguradoras a expedirla por no ostentar el profesional título de especialista, no podrá invocarse para impedir el ejercicio ni para imponer sanciones; en tal caso, el prestador informará por escrito al paciente que el procedimiento no cuenta con cobertura.

ARTÍCULO 18. **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, constituye ejercicio ilegal de la profesión en los términos del artículo 22 de la Ley 1164 de 2007 y dará lugar a las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de la responsabilidad civil y de la compulsa de copias a la Fiscalía General de la Nación por los delitos que puedan configurarse.

La práctica de estos procedimientos por un Médico y Cirujano por fuera de los límites infranqueables, o sin la certificación, la constancia de práctica transitoria o la especialidad exigidas, constituye ejercicio por fuera del ámbito de competencia y dará lugar a las sanciones ético-disciplinarias y administrativas correspondientes, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal a que haya lugar.

La práctica en establecimiento no inscrito ni habilitado en el REPS constituye infracción al Sistema Único de Habilitación y dará lugar a las medidas de seguridad previstas en el artículo 576 de la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique, adicione o sustituya y a las sanciones del régimen vigente.

La práctica de los literales d) y e) del artículo 7 sin la póliza de complicaciones, cuando esta sea exigible y exista oferta en el mercado conforme al artículo 17, dará lugar a las sanciones administrativas del régimen vigente, sin que proceda por esta causa el cierre del establecimiento ni la suspensión del ejercicio.

Parágrafo 1. No configura ejercicio ilegal ni infracción 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 la categoría de procedimientos para la cual está certificado el profesional o durante la transición, su constancia de práctica transitoria. 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 19. 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, con respeto de la reserva de la historia clínica;

b) Formación previa acreditable en el área;

c) Ausencia de sanciones ético-disciplinarias de suspensión o superiores o penales ejecutoriadas, impuestas dentro de los cinco (5) años anteriores y 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 adoptado por la Resolución 3100 de 2019, 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. La autoridad decidirá la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su radicación completa. Vencido este término sin decisión, la constancia de radicación hará las veces de constancia de práctica transitoria hasta que se resuelva de fondo. 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 medidas de seguridad ni a sanciones por prestación de servicios sin habilitación.

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 constancia de práctica transitoria se entenderá prorrogada de pleno derecho, sin que su ausencia pueda invocarse para impedir el ejercicio ni para configurar ejercicio ilegal.

Parágrafo 3. Mientras no se encuentre en operación el sistema de certificación de competencias, el Médico y Cirujano que no cumpla con el requisito del literal a) podrá practicar los procedimientos de los literales a), b), y c) del artículo 7 teórico-práctica en la respectiva familia de técnicas, impartida por cualquiera de las entidades que conforman la formación continuada, presta el servicio en un prestador inscrito en el REPS en términos del literal d) y reporta al Registro Nacional desde su entrada en operación.

Para las intervenciones de los literales d) y e) del mismo artículo 7 deberá actuar bajo supervisión directa de un profesional con constancia de práctica transitoria, certificación de competencias o especialidad.

Parágrafo 4. Los prestadores que a la entrada en operación del servicio de Medicina Estética vengan practicando los procedimientos regulados por esta ley en los servicios del literal d) dispondrán de doce (12) meses para inscribirlo mediante la novedad en el REPS, sin perder la habilitación de los servicios que tenga. Mientras el sistema de certificación de competencias no esté en operación y durante el régimen de transición, el estándar de talento humano del servicio se tendrá por cumplido con la constancia de práctica transitoria.

ARTÍCULO 20. 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.

Cordialmente,

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los dieciséis (16) días del mes de octubre del año dos mil seis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República. Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 187/2026 Senado

TITULO: "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".

INICIATIVA: H.S. FERNEY SILVA IDROBO, MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ, ORLANDO MIGUEL DE LA HOZ GARCIA, PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, H.R. JAMES MÒSQUERA TORRES, DAVID ALEJANDRO TORO RAMIREZ, AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS

RADICADO: EN SENADO: **19-08-2026** EN COMISIÓN: **28-008-2026** EN CÁMARA: **XX-XX-202X**
PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1er DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
00 Art 1141/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE ÚNICO	PACTO HISTORICO

NÚMERO DE FOLIOS: CIENTO VEINTRES (123)
RECIBI8O EL DÍA: 16 DE OCTUBRE DE 2026
HORA: 12:41 AM

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.
El secretario

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República