



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - N° 1453

Bogotá, D. C., miércoles, 20 de agosto de 2025

EDICIÓN DE 30 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.secretariassenado.gov.co

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE ACTOS LEGISLATIVOS

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 206 DE 2025 CÁMARA

por el cual se promueve la participación política de personas con discapacidad a través de la creación de la circunscripción especial de personas con discapacidad en la Cámara de Representantes y el Senado de la República.

Bogotá, D. C., agosto de 2025.

Honorable Representante

JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO

PRESIDENTE

Cámara de Representantes

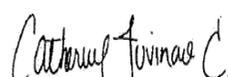
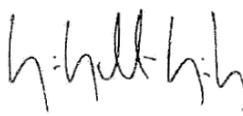
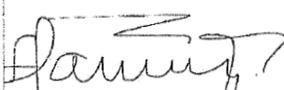
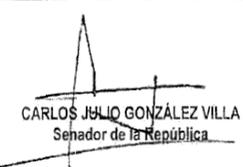
Asunto: Radicación del Proyecto de Acto Legislativo número 206 de 2025 Cámara, por el cual se promueve la participación política de personas con discapacidad a través de la creación de la circunscripción especial de personas con discapacidad en la Cámara de Representantes y el Senado de la República.

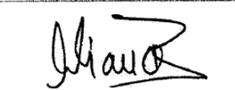
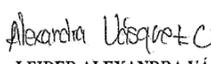
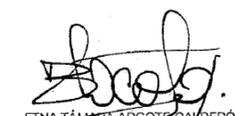
Honorable Presidente,

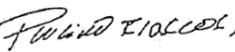
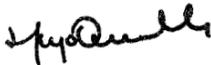
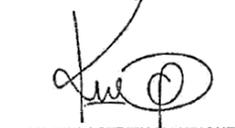
De conformidad con lo estipulado en los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992 presenté a consideración de la Cámara de Representantes el **Proyecto de Acto Legislativo número 206 de 2025 Cámara, por el cual se promueve la participación política de personas con discapacidad a través de la creación de la circunscripción especial de personas con discapacidad en la Cámara de Representantes y el Senado de la República.** iniciativa legislativa que cumple las disposiciones correspondientes al

orden en la redacción del proyecto consagradas en el artículo 145 de la citada ley.

De las honorables y los honorables Congresistas,

 LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ Senadora de la República Partido Liberal	 CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Boyacá Partido Alianza Verde
 JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE Representante a la Cámara Nariño. Partido Conservador	 WILMER CASTELLANOS HERNANDEZ Representante a la Cámara por Boyacá Partido Alianza Verde
 CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE Representante a la Cámara Departamento del Cesar	 JAIRO HUBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara Departamento Norte de Santander
 JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo	 SOLEDAD TAMAYO TAMAYO Senadora de la República Partido Conservador Colombiano
 CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	 EDUARD SARMIENTO HIDALGO Representante a la Cámara por Cundinamarca PACTO HISTÓRICO

 <p>CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República</p>	 <p>LILIANA BENAVIDES SOLARTE SENADORA</p>
 <p>ARMANDO ZABARAIN D'ARCE Representante a la Cámara Partido Conservador</p>	 <p>ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ Representante a la Cámara Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina</p>
 <p>LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca</p>	 <p>LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca PACTO HISTÓRICO</p>
 <p>ETNA TAMARA ARGOTE CALDERÓN Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA</p>	 <p>KARINA ESPINOSA OLIVER Senador de la República</p>

 <p>PAULINO RIASCOS Senador de la República Partido Alianza Democrática Amplia</p>	 <p>HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ Representante a la Cámara Departamento de Casanare</p>
 <p>KAREN ASTRITH MANRIQUE OLARTE Representante a la Cámara CITREP 2 – Arauca</p>	 <p>OSCAR RODRIGO CAMPO HURTADO Representante a la Cámara Departamento del Cauca</p>

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO
NÚMERO 206 DE 2025 CÁMARA

por el cual se promueve la participación política de personas con discapacidad a través de la creación de la circunscripción especial de personas con discapacidad en la Cámara de Representantes y el Senado de la República.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Modifíquese el artículo 171 de la Constitución Política de Colombia, el cual quedará así:

Artículo 171. El Senado de la República estará integrado por cien miembros elegidos en circunscripción nacional.

Habrá un número adicional de dos Senadores elegidos en circunscripción nacional especial por comunidades indígenas y uno elegido por la circunscripción nacional para personas con discapacidad.

Los ciudadanos colombianos que se encuentren o residan en el exterior podrán sufragar en las elecciones para Senado de la República.

La Circunscripción Especial para la elección de Senadores por las comunidades indígenas se regirá por el sistema de cuociente electoral.

Los representantes de las comunidades indígenas que aspiren a integrar el Senado de la República, deberán haber ejercido un cargo de autoridad tradicional en su respectiva comunidad o haber sido líder de una organización indígena, calidad que se acreditará mediante certificado de la respectiva organización, refrendado por el Ministro de Gobierno.

Parágrafo Transitorio. La ley reglamentará la circunscripción especial para personas con discapacidad en el Senado de la República.

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 176 de la Constitución Política de Colombia, el cual quedará así:

Artículo 176. La Cámara de Representantes se elegirá en circunscripciones territoriales y circunscripciones especiales.

Cada departamento y el Distrito capital de Bogotá, conformará una circunscripción territorial. Habrá dos representantes por cada circunscripción territorial y uno más por cada 365.000 habitantes o fracción mayor de 182.500 que tengan en exceso sobre los primeros 365.000. La circunscripción territorial conformada por el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, elegirá adicionalmente un (1) Representante por la comunidad raizal de dicho departamento, de conformidad con la ley.

Para la elección de Representantes a la Cámara, cada departamento y el Distrito Capital de Bogotá conformarán una circunscripción territorial.

Las circunscripciones especiales asegurarán la participación en la Cámara de Representantes de los grupos étnicos y de los colombianos residentes en el exterior. Mediante estas circunscripciones se elegirán cinco (5) Representantes, distribuidos así: dos (2) por la circunscripción de las comunidades afrodescendientes, uno (1) por la circunscripción de las comunidades indígenas, uno (1) por la circunscripción para personas con discapacidad, y uno (1) por la circunscripción internacional. En esta última, solo se contabilizarán los votos depositados fuera del territorio nacional por ciudadanos residentes en el exterior.

Parágrafo 1º. A partir de 2014, la base para la asignación de las curules adicionales se ajustará en la misma proporción del crecimiento de la población nacional, de acuerdo con lo que determine el censo. Le corresponderá a la organización electoral ajustar la cifra para la asignación de curules.

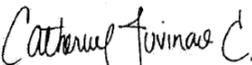
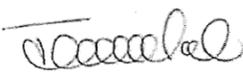
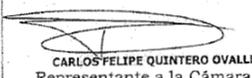
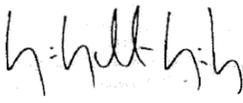
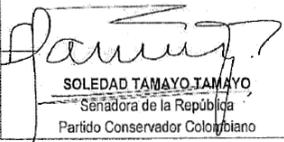
Parágrafo 2º. Si como resultado de la aplicación de la fórmula contenida en el presente artículo, una circunscripción territorial pierde una o más curules, mantendrá las mismas que le correspondían a 20 de julio de 2002.

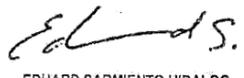
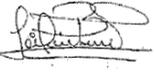
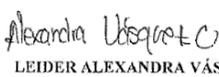
Parágrafo Transitorio 1º. El Congreso de la República reglamentará la circunscripción internacional a más tardar el 16 de diciembre de 2013; de lo contrario, lo hará el Gobierno nacional dentro de los treinta (30) días siguientes a esa fecha. En dicha reglamentación se incluirán, entre otros

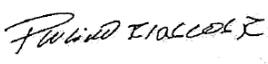
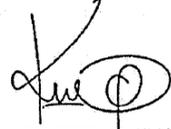
temas, la inscripción de candidatos, y la inscripción de ciudadanos habilitados para votar en el exterior, los mecanismos para promover la participación y realización del escrutinio de votos a través de los Consulados y Embajadas, y la financiación estatal para visitas al exterior por parte de los Representantes elegidos.

Parágrafo Transitorio 2º. La ley reglamentará la circunscripción especial para personas con discapacidad, incluyendo en esta por lo menos las reglas de inscripción y elección de candidatos por esta circunscripción especial, así como los mecanismos adicionales tendientes a promover la participación de personas con discapacidad en dichos comicios.

Artículo 3º. Vigencia. El presente acto legislativo rige a partir de la fecha de su publicación.

 LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ Senadora de la República Partido Liberal	 CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá. Partido Alianza Verde
 JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE Representante a la Cámara Nariño. Partido Conservador	 WILMER CASTELLANOS HERNÁNDEZ Representante a la Cámara por Boyacá Partido Alianza Verde
 CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE Representante a la Cámara Departamento del Cesar	 JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara Departamento Norte de Santander
 JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo	 SOLEDAD TAMAYO TAMAYO Senadora de la República Partido Conservador Colombiano

 CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	 EDUARD SARMIENTO HIDALGO Representante a la Cámara por Cundinamarca PACTO HISTÓRICO
 CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	 LILIANA BENAVIDES SOLARTE SENADORA
 ARMANDO ZABARAÍN D'ARCE Representante a la Cámara Partido Conservador	 ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ Representante a la Cámara Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
 LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca	 LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca PACTO HISTÓRICO

 ETNA TAMARA ARGOTE CALDERÓN Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA	 KARINA ESPINOSA OLIVER Senador de la República
 PAULINO RIASCOS RIASCOS Senador de la República Partido Alianza Democrática Amplia	 HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ Representante a la Cámara Departamento de Casanare
 KAREN ASTRITH MANRIQUE OLARTE Representante a la Cámara CITREP 2 – Arauca	 OSCAR RODRIGO CAMPO HURTADO Representante a la Cámara Departamento del Cauca

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.

Este proyecto de acto legislativo es una iniciativa que busca fortalecer la participación de personas con discapacidad en el desarrollo del ordenamiento jurídico colombiano, a través de la creación de una circunscripción especial en la Cámara de Representantes y el Senado de la República. Se trata de una medida afirmativa que garantizará su participación efectiva en las diferentes discusiones y decisiones adoptadas desde el Congreso de la República; fortalecimiento de la participación democrática de un segmento poblacional con presencia significativa en el territorio nacional, permitiéndole ingresar al foro democrático del Congreso de la República, enriqueciendo el debate legislativo y siendo de los intereses sociales legítimos que ellos poseen.

2. CONTENIDO DE LA INICIATIVA.

La iniciativa legislativa bajo estudio consta de tres (3) artículos, a saber:

- El artículo Primero (1) efectúa una modificación al artículo 171 Constitucional creando la circunscripción especial de personas con discapacidad en el Senado de la República, e incluye a través de un parágrafo transitorio, disposiciones relacionadas con la reglamentación del estipulado Constitucional en el Senado de la República.
- El artículo Segundo (2) establece la modificación del artículo 176 Superior, creando la circunscripción especial de personas con discapacidad en la Cámara de Representantes, como mecanismo tendiente a fortalecer la participación de este segmento poblacional en la toma de decisiones frente al Ordenamiento Jurídico Colombiano; e incluye a través de un parágrafo transitorio, disposiciones relacionadas con la reglamentación del estipulado Constitucional, en búsqueda de una adecuada implementación de la norma.
- El artículo Tercero (3) establece la vigencia del acto legislativo.

3. JUSTIFICACIÓN Y CONSIDERACIONES DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA.

3.1. Introducción: Democracia, Exclusión y Deuda Histórica

La democracia colombiana, en su aspiración Constitucional de ser participativa, pluralista e incluyente (art. 1, C.P.), ha avanzado de forma desigual en el reconocimiento efectivo de los derechos políticos de grupos históricamente marginados. Entre estos, las personas con discapacidad constituyen uno de los sectores más invisibilizados en los espacios institucionales de representación, lo cual configura una exclusión sistemática que trasciende lo social y adquiere una dimensión jurídica y política crítica.

A pesar de los desarrollos normativos en materia de discapacidad que incluyen la Ley 361 de 1997, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad mediante la Ley 1346 de 2009-, la presencia efectiva de esta población en los órganos de deliberación democrática sigue siendo nula. Esta ausencia no refleja una falta de interés político ni de capacidades, sino que responde a un conjunto de barreras estructurales que dificultan su participación en igualdad de condiciones.

Según el cruce realizado entre el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, en Colombia hay 3.134.036 personas que presentan dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. De ellas, 1.574.100 personas tienen discapacidad en los niveles más altos de severidad (1 y 2 según el Grupo de Washington), lo que equivale aproximadamente al 4,26 % de la población nacional con identificación válida. Otros ejercicios estadísticos del DANE, como la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2020, estiman que hay 2,65 millones de personas con discapacidad de 5 años o más, lo que representa un 5,6 % de esa población etaria.

Sin embargo, a pesar de la magnitud de esta población, su representación política es inexistente. Este hecho vulnera el principio de igualdad material consagrado en el artículo 13 de la Constitución, que impone al Estado la obligación de adoptar medidas afirmativas para superar condiciones estructurales de discriminación. Además, desconoce compromisos internacionales, como los asumidos en el artículo 29 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que establece el deber de garantizar que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en la vida política y pública “en igualdad de condiciones con las demás, directamente o por medio de representantes libremente elegidos”.

La falta de representación institucional de esta población implica, en la práctica, que sus necesidades específicas no sean consideradas en el diseño normativo ni en la orientación de las

políticas públicas. Esto perpetúa su exclusión y limita el alcance democrático del sistema político colombiano.

En virtud de lo anterior, el presente proyecto de acto legislativo propone incorporar al ordenamiento Constitucional un mecanismo de representación directa para las personas con discapacidad en el Congreso de la República. La creación de una curul especial en el Senado y otra en la Cámara de Representantes constituye una medida de acción afirmativa legítima, proporcional y necesaria, orientada a corregir una desigualdad estructural, garantizar el principio de participación política efectiva y materializar el mandato de inclusión que atraviesa la Constitución de 1991.

Se trata, en suma, de cumplir con la promesa de una democracia que no excluya, que no omita y que no silencie.

3.2. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL: EL DEBER DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, LA IGUALDAD REAL, LA REPRESENTACIÓN EFECTIVA Y LAS ACCIONES AFIRMATIVAS.

3.2.1. Igualdad material y grupos históricamente marginados.

La igualdad material no es una aspiración abstracta del orden Constitucional colombiano, sino un mandato vinculante que compromete activamente a las autoridades públicas, en particular a la administración. El artículo 13 de la Constitución Política establece un deber estatal de adoptar medidas en favor de grupos históricamente discriminados o marginados, lo que implica una obligación positiva de transformación estructural por parte del Estado. En ese marco, la administración pública no puede limitarse a garantizar una igualdad formal ante la ley, sino que debe desplegar acciones concretas para remover los obstáculos sociales, económicos y culturales que perpetúan la exclusión.

Desde esta perspectiva, la administración se concibe como un agente de igualdad sustantiva. Su papel no es meramente técnico o instrumental, sino esencialmente político y normativo, en cuanto le corresponde identificar desigualdades estructurales y diseñar políticas que las enfrenten. Ello implica reconocer que ciertos grupos -como las mujeres, las personas con discapacidad, los pueblos étnicos, entre otros- enfrentan barreras sistémicas que requieren respuestas diferenciadas y proporcionales por parte del aparato estatal.

Esta concepción impone una transformación en el modo en que se concibe la gestión pública: no basta con aplicar la norma de forma uniforme si dicha aplicación reproduce inequidades. Por el contrario, la administración está llamada a ejercer su función conforme a criterios de justicia material, lo que exige interpretación contextualizada, razonamiento ético y un enfoque de derechos que reconozca las asimetrías reales en el ejercicio de la ciudadanía.

En suma, asumir la igualdad material como una responsabilidad de la administración implica

desplazar la lógica burocrática tradicional hacia una lógica de garantía de derechos. La actividad administrativa se redefine como una herramienta para la realización efectiva de los principios Constitucionales de inclusión, dignidad y pluralismo, bajo el entendido de que toda omisión estatal frente a condiciones estructurales de exclusión constituye no solo una falla institucional, sino una forma de perpetuar la injusticia.

3.2.2. El Concepto de personas con discapacidad en el Ordenamiento Jurídico Colombiano y los modelos de la prescindencia, marginación, rehabilitador y social, como actores a lo largo de la historia en la comprensión de la discapacidad.

En nuestro ordenamiento jurídico existen diversas definiciones frente al concepto de personas con discapacidad, definiciones planteadas tanto por el derecho interno como por el derecho convencional, que hace parte de nuestro bloque de constitucionalidad a la luz del artículo 93 Superior.

Al respecto, el artículo 1° de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad plantea de manera expresa que las personas con discapacidad *“incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*.

El artículo 1° de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad prevé que *“discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”*.

Por su parte, el artículo 2° de la Ley 1145 de 2007, *“por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones”*, dispone que persona con discapacidad *“es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano”*.

Por su parte, el artículo 2° de la Ley Estatutaria 1618 de 2013, *“por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”*, define a las personas con discapacidad como *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*.

De igual forma el artículo 1° de la Ley 1287 de 2009, *“por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997”*

realiza definiciones ya relacionadas de manera directa con la discapacidad con razón a la movilidad reducida, al respecto la define como:

“la restricción para desplazarse que presentan algunas personas debido a una discapacidad o que sin ser discapacitadas presentan algún tipo de limitación en su capacidad para relacionarse con el entorno al tener que acceder a un espacio o moverse dentro del mismo, salvar desniveles, alcanzar objetos situados en alturas normales”.

De igual forma, la honorable Corte Constitucional¹ ha planteado que a partir de estas diversas definiciones se puede observar que la razón que lo justifica se encuentra especialmente en los *“cuatro modelos que a lo largo de la historia han marcado la comprensión sobre la discapacidad”* al respecto resalta cuatro modelos; el modelo de la prescindencia, el modelo de la marginación, el modelo rehabilitador y el modelo social.

En este último pronunciamiento, el Alto Tribunal Constitucional indicó frente al modelo de la prescindencia que:

“descansa principalmente sobre la idea de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, que es un ser improductivo y además una carga tanto para sus familiares cercanos como para la comunidad. Bajo este modelo, la diversidad funcional de una persona es vista como una desgracia -e incluso como castigo divino- que la inhabilita para cualquier actividad en la sociedad. Bajo este modelo se da por supuesto que una persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, ni puede vivir una vida lo suficientemente digna”.

Frente al modelo de marginalidad indicó en esta providencia el Alto Tribunal que bajo dicha interpretación:

“las personas con discapacidad son equiparadas a seres anormales, que dependen de otros y por tanto son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia. No sobra señalar que esta idea sobre la persona con discapacidad ha llevado a justificar prácticas de marginación social, fundadas en que a las personas con discapacidad se deben mantener aisladas de la vida social”.

Relacionados los anteriores modelos, se relaciona que en respuesta a estos surgió el modelo médico o rehabilitador, el cual:

“examina el fenómeno de la discapacidad desde disciplinas científicas. Bajo este enfoque,

¹ Entre otras en la Sentencia C-804 del once (11) de noviembre de dos mil nueve (2009), Honorable Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. María Victoria Calle Correa disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/C-804-09.htm> con reiteración jurisprudencial en la Sentencia C-329 del veinticuatro (24) de julio de dos mil diecinueve (2019), Corte Constitucional, Magistrado Ponente, Dr. Carlos Bernal Pulido, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-329-19.htm>

la diversidad funcional, será tratada no ya como un castigo divino, sino abordada en términos de enfermedad. Es decir, se asume que la persona con discapacidad es una enferma, y que su aporte a la sociedad estará signado por las posibilidades de cura, rehabilitación o normalización. Esta perspectiva médica, que ha sido prevalente durante buena parte del pasado y presente siglo hasta la década de los años 90, concentra su atención en el déficit de la persona o, en otras palabras, en las actividades que no puede realizar”.

Finalmente, en lo referente al modelo social indica el Alto Tribunal que:

“estos tres modelos han sido revaluados y existe una tendencia mundial hacia el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derechos y hacia una concepción más amplia de lo que significa la discapacidad. Los últimos instrumentos de derechos humanos en relación con las personas con discapacidad, como la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, muestran un alejamiento de las concepciones anteriormente expuestas, para incorporar una comprensión más amplia de la discapacidad, basada en lo que se denomina el modelo social.

En esta misma vía también están los análisis más recientes de discapacidad que se hacen desde el área de la salud. Bajo este modelo, la discapacidad no está signada tanto por la deficiencia funcional, como por las barreras del entorno -tanto físicas como sociales -que pueda enfrentar una persona. En la medida en que una persona tenga herramientas suficientes para enfrentar esas barreras, y en la medida en que dichos obstáculos se disminuyan, una persona con alguna deficiencia, como por ejemplo física, no necesariamente se encuentra en una condición de discapacidad.

En este sentido, un punto central del modelo social, por oposición al modelo médico, es centrarse en el análisis de las capacidades de las personas más que en la evaluación exclusiva de sus deficiencias, o, en otros términos, la mirada de la discapacidad debe superar el enfoque de enfermedad, y ser abordada desde una perspectiva holística que considere no sólo la deficiencia funcional sino su interacción con el entorno”.

En este sentido, la honorable Corte Constitucional en las mencionadas sentencias la honorable Corte ha reconocido que la discapacidad es en sí un concepto evolutivo. Bajo esta interpretación y en consonancia con la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad la honorable Corte en Sentencia C-767 de 2014 reconoció “la adopción normativa del modelo social de la discapacidad”, lo cual de conformidad con lo indicado por la misma Corte Constitucional en la Sentencia C-149 de 2018 implica que “el modelo social de discapacidad ha sido asumido por el ordenamiento jurídico colombiano. Los derechos fundamentales de la población en situación de

discapacidad deben ser garantizados a la luz de esta perspectiva”.

En la misma sentencia se indica que de acuerdo con este modelo,

“la discapacidad se genera por las barreras propias del contexto en donde se desenvuelve la persona, por lo que resulta necesario asegurar adecuadamente sus necesidades dentro de la organización social (...) pretende aminorar dichos límites sociales de modo que se puedan prestar servicios apropiados que aseguren que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en consideración”.

De acuerdo con lo indicado por la misma Corte²

“El modelo social de la discapacidad implica que la discapacidad es concebida “como una realidad, no como una enfermedad que requiere ser superada a toda costa, en otras palabras, se asume desde el punto de vista de la diversidad, de aceptar la diferencia”. Al respecto indica que “Este modelo tiene una visión amplia, pues (i) supera un primer modelo centrado en la caridad y el asistencialismo y (ii) además, parte de que no solo debe abordarse la discapacidad desde el punto de vista médico o de rehabilitación, sino que se centra en el aprovechamiento de todas las potencialidades que tienen los seres humanos”.

De acuerdo con lo indicado por las mismas sentencias.

“Este modelo se funda, entre otras, en las siguientes premisas: (i) “el modelo social ubica la discapacidad en el entorno social, en tanto considera que son las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales opresivas y excluyentes las que generan esta condición”, (ii) “para el modelo social se trata únicamente de diferencias que deben ser reconocidas y aceptadas, y que en ningún caso agotan la individualidad de las personas, las cuales tienen una vida más allá de los problemas derivados de la diferencia” y, por último, (iii) “el modelo social propone una aceptación social de la diferencia, y, en su lugar, una intervención, no en los individuos con discapacidad, sino directamente en las estructuras sociales de base, que son aquellas que impiden la realización y el pleno goce de los derechos de todas las personas”.

² Sentencia C-149 de trece (13) de diciembre de dos mil dieciocho (2018), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. Cristina Pardo Schlesinger, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/C-149-18.htm> y Sentencia C-458 del veintidós (22) de julio de dos mil quince (2015), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-458-15.htm> ; citadas a su vez por la Sentencia C-329 del veinticuatro (24) de julio de dos mil diecinueve (2019), Honorable Corte Constitucional, Magistrado Ponente, Dr. Carlos Bernal Pulido, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-329-19.htm>.

A modo de conclusión indica la honorable Corte Constitucional³ que *“el modelo social es un nuevo paradigma que, con base en el principio de dignidad humana, comprende el concepto de discapacidad no desde la apariencia física del sujeto, sino desde las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas.”*

3.2.3. El mandato de promoción y protección a favor de las personas con discapacidad previsto por la carta Constitucional y los instrumentos internacionales y el deber de interpretación a la luz del modelo social de discapacidad.

De acuerdo por lo indicado por la honorable Corte Constitucional⁴

“los mandatos de promoción y protección a favor de las personas en situación de discapacidad previstos por la Constitución Política y por los referidos instrumentos internacionales deben interpretarse, entre otros, a la luz del modelo social de discapacidad. Bajo esta perspectiva, la implementación y la aplicación de tales mandatos por parte de las autoridades públicas (i) deben tener en consideración las necesidades de las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, lo que abarca a las personas en situación de discapacidad o con movilidad reducida, (ii) permitir al mayor nivel posible el ejercicio de su autonomía, (iii) asegurar su participación en todas las decisiones que los afecten, (iv) garantizar la adaptación del entorno a las necesidades de tales sujetos, (v) propender por asegurar la satisfacción de las necesidades de tales sujetos dentro de la sociedad, (vi) remover las barreras y las limitaciones de los contextos sociales donde estas personas se desenvuelven, (vii) aprovechar al máximo las capacidades de la persona, desplazando así el concepto de discapacidad por el de diversidad funcional y, por último, (viii) fortalecer su inclusión y participación plena y efectiva en la sociedad.” **(Subrayado fuera del texto).**

³ Sentencia C-149 de trece (13) de diciembre de dos mil dieciocho (2018), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. Cristina Pardo Schlesinger, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/C-149-18.htm>

⁴ Sentencia C-329 del veinticuatro (24) de julio de dos mil diecinueve (2019), Honorable Corte Constitucional, Magistrado Ponente, Dr. Carlos Bernal Pulido, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-329-19.htm>, citando a la Sentencia C-458 del veintidós (22) de julio de dos mil quince (2015), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-458-15.htm> y Sentencia C-765 del tres (3) de octubre de dos mil doce (2012), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dr. Nilson Pinilla Pinilla, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-765-12.htm>

De esta forma, concluye la honorable Corte Constitucional que.

“1 El principio de igualdad implica, entre otros, un mandato para el legislador “de brindar una protección cualificada” a las personas en situación de discapacidad. De un lado, no puede adoptar medidas discriminatorias en su contra. De otro lado, debe implementar medidas de promoción y especial protección a su favor.

2. Los mandatos de promoción y especial protección de las personas en situación de discapacidad implican “(i) procurar su igualdad de derechos y oportunidades frente a los demás miembros de la sociedad, (ii) adelantar las políticas pertinentes para lograr su (...) integración social de acuerdo a sus condiciones y (iii) otorgarles un trato especial, pues la no aplicación de la diferenciación positiva contribuye a perpetuar la marginación o la discriminación”.

3. Los actos discriminatorios de las personas en situación de discapacidad se configuran por (i) la anulación o restricción injustificada de sus derechos (inc. 1 del art. 13 de la CP) y (ii) la “omisión injustificada del Estado de ofrecer un trato especial” a su favor (inc. 2 y 3 del art. 13 de la CP).

4. Los mandatos de promoción y especial protección a favor de las personas en situación de discapacidad se fundamentan, principalmente, en que (i) “son sujetos de especial protección por parte del Estado y de la sociedad”, (ii) “históricamente han enfrentado distintas barreras que les han impedido el goce efectivo de sus derechos” y (iii) es clara “la voluntad inequívoca del Constituyente de eliminar, mediante actuaciones positivas del Estado y de la sociedad, la silenciosa y sutil marginación de las personas con cualquier tipo de discapacidad”.

5. El ordenamiento jurídico colombiano contiene múltiples definiciones de discapacidad, personas en situación de discapacidad y personas con movilidad reducida. Al respecto, la Corte ha reconocido que tales conceptos son evolutivos y que, a día de hoy, deben ser interpretados y aplicados con base en el modelo social de discapacidad.

6. El modelo social de discapacidad entiende la discapacidad como un concepto relativo al contexto, la ubica en el entorno social y exige el análisis “la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás”.

7. A la luz del modelo social de discapacidad, los mandatos de promoción y especial protección de las personas en situación de discapacidad (i) deben tener en consideración las necesidades de las personas que experimenten limitaciones en la interacción con su entorno, lo que abarca a las personas en situación de discapacidad o con movilidad reducida, (ii) permitir “al mayor nivel posible el ejercicio de su autonomía”, (iii) asegurar “su participación en todas las decisiones que los

afecten”, (iv) garantizar “la adaptación del entorno a las necesidades de” tales sujetos, (v) propender por asegurar la satisfacción de las necesidades de tales sujetos dentro de la sociedad, (vi) remover las barreras y las limitaciones de los contextos sociales donde estas personas se desenvuelven, (vii) aprovechar “al máximo las capacidades de la persona, desplazando así el concepto de discapacidad por el de diversidad funcional” y, por último, (viii) fortalecer su inclusión y participación plena y efectiva en la sociedad”.

De esta forma concluye la honorable Corte Constitucional que cualquier medida o disposición deberá interpretarse y desarrollarse en pro de la garantía y el goce pleno de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad.

3.2.4. Participación política como derecho fundamental

La participación política está reconocida en la Constitución Política de Colombia como un derecho fundamental. El artículo 40 consagra el derecho de todo ciudadano a intervenir en la conformación, ejercicio y control del poder político, lo cual trasciende el simple acto de votar, abarcando la posibilidad efectiva de incidir en las decisiones públicas.

Sin embargo, la participación efectiva no está garantizada para todos los ciudadanos, especialmente los pertenecientes a grupos históricamente marginados como las personas con discapacidad. Estas enfrentan barreras institucionales, culturales, económicas y tecnológicas que limitan su ejercicio político real.

Desde el derecho internacional, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 29)-ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009- establece que los Estados Partes deben asegurar que las personas con discapacidad participen plena y efectivamente en la vida política y pública, en igualdad de condiciones con las demás, directamente o por medio de representantes libremente elegidos, incluyendo el derecho a ser elegidos.

La carencia de mecanismos institucionales que garanticen este derecho vulnera su carácter fundamental, pues un derecho político no ejercido o accesible solo de forma parcial deja de ser un derecho real. En ese sentido, la creación de curules especiales para personas con discapacidad no es una medida potestativa, sino una obligación jurídica configurada tanto por el orden Constitucional como por compromisos internacionales.

Por lo tanto, este proyecto de acto legislativo propende por materializar el acceso pleno y efectivo de las personas con discapacidad al derecho a la participación política, reconociendo su condición como ciudadanos con plenos derechos políticos, y avanzando hacia una democracia más justa, diversa e inclusiva.

3.2.5. El establecimiento de medidas diferenciales en favor de personas con discapacidad y el deber del legislador en relación con la promoción de derechos y especial protección a personas con discapacidad.

El establecimiento de medidas diferenciales en favor de personas con discapacidad posee fundamentos tanto de índole Constitucional como de índole convencional, este último igualmente superiores a los del artículo 93 Constitucional al hacer parte del denominado bloque de constitucionalidad, de nuestro ordenamiento jurídico.

En primera instancia debemos revisar fundamentos de índole Constitucional, que fundamentan el establecimiento de medidas diferenciales en favor de este segmento poblacional, medidas que se encuentran consignadas entre otras en los siguientes preceptos superiores de la Carta Constitucional.

“Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley (...). El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan⁵.

Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.⁶

Artículo 54. (...). El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.⁷

Artículo 68. (...). La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado”.⁸

En el mismo sentido encontramos importantes fundamentos en el área del derecho convencional

⁵ Artículo 13 de la Constitución Política Colombiana, disponible en Sitio Web http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#13

⁶ Artículo 47 de la Constitución Política Colombiana, disponible en Sitio Web http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr001.html#47

⁷ Artículo 54 de la Constitución Política Colombiana, disponible en Sitio Web http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr001.html#54

⁸ Artículo 68 de la Constitución Política Colombiana, disponible en Sitio Web http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr002.html#68

frente a este importante segmento poblacional, dentro del que son resaltables la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada mediante la Ley 762 de 2002 así como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada mediante la Ley 1346 de 2009.

Esta especial protección Constitucional compromete al Estado en la adopción de medidas afirmativas en favor de este segmento poblacional, responsabilidad que de igual forma le es aplicable al legislador, como actor fundamental en la conformación del ordenamiento jurídico aplicable en el territorio nacional. Al respecto la honorable Corte Constitucional como Primer Nivel Hermenéutico en la interpretación de la Carta Superior, con ponencia de la honorable Magistrada María Victoria Calle Correa indicó que,

*“Si bien es cierto la terminología utilizada en estos los artículos 47, 54 y 68 Superiores no fue homogénea ni plenamente consistente con las definiciones técnicas de los términos aplicables a las personas con discapacidad, estas disposiciones resaltan, tal como lo ha señalado la Corte en anteriores oportunidades, la voluntad inequívoca del constituyente de eliminar, mediante actuaciones positivas del Estado y de la sociedad, la silenciosa y sutil marginación de las personas con cualquier tipo de discapacidad, que se encuentra arraigada en lo más profundo de las estructuras sociales, culturales y económicas predominantes en nuestro país, y es fundamentalmente contraria al principio de dignidad humana sobre el que se construye el Estado Social de Derecho”.*⁹

Preceptos que establecen entre otras obligaciones de hacer en el legislador, tal y como lo indicó la misma Corte Constitucional, en este sentido el alto tribunal Constitucional indicó que,

*“Este deber específico de protección se traduce en una “obligación de hacer” concreta a cargo del legislador consistente en incluir tales sujetos, así como aquellas personas que por su condición (...) física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, en los supuestos de hecho de las normas que reconozcan o concedan derechos, beneficios, ventajas u oportunidades a favor de sujetos en atención a sus condiciones físicas especiales o a las barreras que estos sujetos experimentan y que impiden su participación en la sociedad o el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad”.*¹⁰

⁹ Sentencia C-804 del once (11) de noviembre de dos mil nueve (2009), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. María Victoria Calle Correa disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/C-804-09.htm>.

¹⁰ Sentencia C-804 del once (11) de noviembre de dos mil nueve (2009), Corte Constitucional, Magistrada Ponente, Dra. María Victoria Calle Correa disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/C-804-09.htm>.

En el mismo sentido, continúa el Alto Tribunal Constitucional por determinar de manera específica el alcance del mandato Constitucional frente al legislador a la luz del derecho a la igualdad indicando que,

*“A la luz de los incisos 2° y 3° del artículo 13 Superior; “el legislador debe promover y proteger los derechos de las personas en situación de discapacidad y, por tanto, debe “(i) procurar su igualdad de derechos y oportunidades frente a los demás miembros de la sociedad, (ii) adelantar las políticas pertinentes para lograr su (...) integración social de acuerdo a sus condiciones y (iii) otorgarles un trato especial, pues la no aplicación de la diferenciación positiva contribuye a perpetuar la marginación o la discriminación”.*¹¹

Deber de protección que en concepto del Alto Tribunal Constitucional que

“se traduce en una “obligación de hacer” concreta a cargo del legislador consistente en incluir tales sujetos, así como aquellas personas que por su condición (...) física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, en los supuestos de hecho de las normas que reconozcan o concedan derechos, beneficios, ventajas u oportunidades a favor de sujetos en atención a sus condiciones físicas especiales o a las barreras que estos sujetos experimentan y que impiden su participación en la sociedad o el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad”.

En este sentido con la incorporación de las medidas planteadas se está cumpliendo con la responsabilidad legislativa, planteada por la Carta Superior, y contribuyendo al fortalecimiento de la especial protección Constitucional de personas con discapacidad; medida que contribuirá de manera significativa a la garantía de especial protección frente a personas con discapacidad.

3.2.6. Estándares internacionales: La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD), adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 61/106 de 2006 y ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, constituye un hito normativo en el reconocimiento internacional de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Su incorporación al ordenamiento interno, además, fue declarada exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-293 de 2010, otorgándole rango supralegal y fuerza vinculante dentro del bloque de constitucionalidad.

La CDPD establece un cambio de paradigma al adoptar el modelo social de la discapacidad, el

¹¹ Sentencia C-329 del veinticuatro (24) de julio de dos mil diecinueve (2019), Corte Constitucional, Magistrado Ponente, Dr. Carlos Bernal Pulido, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-329-19.htm>

cual desplaza la perspectiva médico-rehabilitadora tradicional y sitúa el foco en la interacción entre las personas y las barreras sociales que impiden su participación plena. Según su artículo 1º, se entiende que:

“Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Este enfoque ha sido ampliamente acogido por organismos internacionales y por el orden Constitucional colombiano. La Corte Constitucional ha reiterado que el principio de dignidad humana impone al Estado el deber de adoptar medidas positivas para garantizar la inclusión social y política de las personas con discapacidad, no como sujetos pasivos de asistencia, sino como titulares activos de derechos fundamentales (Sentencias T-551 de 2011, T-974 de 2010, entre otras).

La Convención impone a los Estados Parte un conjunto de obligaciones específicas, entre las cuales destaca la eliminación de barreras, la adopción de ajustes razonables y la implementación de acciones afirmativas. En materia política, el artículo 29 de la CDPD establece con claridad que los Estados deben:

“Garantizar a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozarlos en igualdad de condiciones con las demás, y comprometerse a garantizar el derecho de las personas con discapacidad a participar en la vida política y pública, directamente o por medio de representantes libremente elegidos”.

Este mandato ha sido interpretado por diversos expertos y organismos como una obligación jurídica de remover obstáculos estructurales y adoptar mecanismos diferenciados de representación, en tanto las personas con discapacidad enfrentan condiciones de desigualdad material que les impiden ejercer plenamente su ciudadanía.

En el caso colombiano, investigaciones académicas y proyectos como el adelantado entre la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Universidad Sergio Arboleda -bajo la dirección del profesor Carlos Parra Dussan- han evidenciado las falencias estructurales del ordenamiento jurídico nacional frente a la implementación efectiva de la Convención. Tales estudios concluyen que, si bien existe un marco normativo amplio, persisten rezagos importantes en materia de exigibilidad, garantías institucionales y acceso real a los espacios de decisión.

Como se ha señalado en estos trabajos, la Convención no es un simple instrumento programático: plantea obligaciones exigibles que deben ser traducidas en políticas públicas, leyes efectivas y mecanismos de inclusión y representación real. En ese sentido, la creación de curules especiales para personas con discapacidad constituye una medida legislativa razonable y

necesaria para cumplir con el estándar internacional de participación plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos.

En suma, el presente proyecto de acto legislativo se funda en la necesidad de armonizar el orden Constitucional colombiano con el contenido normativo y los principios rectores de la Convención, dando paso a una democracia más inclusiva, plural y acorde con los estándares internacionales de derechos humanos.

3.2.7. La circunscripción especial como mecanismo de fortalecimiento de la democracia.

Tal y como lo hemos indicado, de conformidad con lo indicado por la honorable Corte Constitucional, para la efectiva garantía del mandato de promoción y protección, del que es garante el Estado se debe entre otras medidas.

“(i) deben tener en consideración las necesidades de las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, (...) (iii) asegurar su participación en todas las decisiones que los afectes (...) (v) propender por asegurar la satisfacción de las necesidades de tales sujetos dentro de la sociedad, (vi) remover las barreras y las limitaciones de los contextos sociales donde estas personas se desenvuelven, (...) (viii) fortalecer su inclusión y participación plena y efectiva en la sociedad”.

De esta forma es clara que cualquier medida tendiente a garantizar la participación de personas con discapacidad en la toma de decisiones realizadas entre otros desde el legislador es una medida efectiva que garantizará su participación real en la toma de decisiones que podrían afectarles, siendo fundamental de esta forma la incorporación a nuestro ordenamiento jurídico de los estipulados planteados en esta iniciativa, para garantizar de manera real la satisfacción de sus derechos y El cumplimiento real del mandato de promoción y especial protección de los derechos fundamentales de personas con discapacidad desde el Estado.

3.3. LAS CIRCUNSCRIPCIONES ESPECIALES EN EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y LOS PRINCIPIOS DE PLURALISMO, PARTICIPACIÓN DEMOCRÁTICA E IGUALDAD.

3.3.1 Precedente normativo y constitucional: curules especiales existente.

El principio de representación ha sido tradicionalmente entendido en las democracias liberales como un mecanismo mediante el cual la ciudadanía elige delegados que actúan en su nombre en las instancias institucionales. Este modelo, fundado en una concepción abstracta y universal de la ciudadanía, ha sido objeto de cuestionamientos crecientes en contextos donde amplios sectores de la población han permanecido sistemáticamente excluidos de los espacios de decisión política. En respuesta a ello, ha emergido la noción de representación identitaria, orientada a garantizar

la presencia institucional de sujetos colectivos que han enfrentado históricamente barreras estructurales para el ejercicio pleno de sus derechos políticos.

Este tipo de representación no pretende sustituir la idea de ciudadanía común, sino completarla, al reconocer que la igualdad formal ante la ley no asegura por sí sola la inclusión efectiva en el debate público y la toma de decisiones. La representación identitaria parte de un presupuesto claro: ciertos grupos sociales, debido a condiciones estructurales de exclusión, no solo han carecido de acceso al poder, sino que sus visiones, experiencias y necesidades han sido sistemáticamente silenciadas.

En Colombia, el modelo Constitucional de 1991 incorporó esta preocupación mediante la creación de circunscripciones especiales de representación para comunidades indígenas y afrodescendientes, reconociendo la necesidad de garantizar su presencia en el Congreso de la República como medida de acción afirmativa. No obstante, como lo advierte el estudio “Circunscripciones especiales indígenas y afro (1991-2010). Cuestionamientos a la representación identitaria en el Congreso de Colombia” (Universidad de los Andes), estos mecanismos han sido objeto de tensiones y desafíos. Entre ellos se destacan las dificultades para traducir la presencia institucional en una representación efectiva de las agendas colectivas, así como la cooptación de estas curules por intereses clientelistas o desligados de las bases sociales que deberían representar.

A pesar de esos retos, el balance general del estudio subraya que las circunscripciones especiales han sido instrumentos válidos para ampliar el espectro de voces presentes en el Congreso y visibilizar problemáticas que de otro modo quedarían fuera del debate legislativo. En ese sentido, la representación identitaria no debe ser descartada por sus imperfecciones, sino fortalecida a través de mecanismos que garanticen su legitimidad y efectividad.

La propuesta de crear una curul para personas con discapacidad se inscribe en esa misma lógica Constitucional. Se trata de superar una omisión histórica, mediante un mecanismo específico que asegure la participación de un colectivo que, a pesar de representar a millones de ciudadanos en Colombia, no ha contado con representación directa y diferenciada en las instancias donde se definen las políticas públicas que los afectan.

Reconocer que la discapacidad implica una experiencia social y política distinta, marcada por la exclusión, la invisibilidad y la discriminación, es el punto de partida para avanzar hacia una democracia verdaderamente incluyente. La representación identitaria, lejos de fragmentar el cuerpo político, lo enriquece al incorporar la pluralidad como valor constitutivo del Estado Social de Derecho. En esa medida, esta propuesta legislativa busca garantizar que el Congreso refleje de manera más justa y equitativa la diversidad de la sociedad colombiana.

3.3.2. Principios de Pluralismo, Participación Democrática e Igualdad.

De acuerdo con lo indicado por la honorable Corte Constitucional.¹²,

“es indiscutible que la participación es un elemento de importancia estructural para el ordenamiento constitucional colombiano; tanto así que, de conformidad con el Preámbulo y los artículos 1° y 2° de la Carta, es uno de los principios fundantes del Estado y, simultáneamente, uno de los fines esenciales hacia los cuales se debe orientar su actividad. Por ello, cualquier medida destinada a fortalecer la participación cuenta, de entrada, con un firme apoyo en la Constitución”.

Continúa la honorable Corte por relacionar los beneficios que trae en pro del derecho la incorporación de circunscripciones especiales en favor de dichos segmentos poblacionales, lo anterior al considerar que:

“al crear la nueva circunscripción electoral, dota a determinados grupos sociales de una herramienta indispensable para adquirir vocería directa en la Cámara de Representantes y, a través de ella, ejercer efectivamente su derecho fundamental a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político, consagrado por el artículo 40 de la Carta en tanto manifestación activa de la calidad de ciudadano colombiano. Al hacerlo, confirma la íntima relación que existe entre la democracia participativa y el pluralismo, principio que se introduce, así, entre las reglas mismas del juego político”.

En el mismo sentido la honorable Corte Constitucional¹³ plantea argumentos relacionados con la importancia de la participación democrática para el Estado, así como la importancia de estas circunscripciones para la garantía de desarrollo del mencionado derecho y el impacto del mismo en la vida de los ciudadanos; al respecto estableció que:

“la democratización del Estado y de la sociedad que prescribe la Constitución, se encuentra ligada a un esfuerzo progresivo de construcción histórica, durante el cual es indispensable que la esfera de lo público, y con ella el sistema político, estén abiertos al reconocimiento constante de nuevos actores sociales. En consecuencia, sólo puede hablarse de una verdadera democracia, representativa y

¹² Sentencia C-169 del catorce (14) de febrero de dos mil uno (2.001), Corte Constitucional, Magistrado Ponente Dr. Carlos Gaviria Díaz, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-169-01.htm>

¹³ Sentencia C-089 de marzo 3 de mil novecientos noventa y cuatro (1994), Corte Constitucional, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-089-94.htm> citada por la Sentencia C-169 del catorce (14) de febrero de dos mil uno (2.001), Corte Constitucional, Magistrado Ponente Dr. Carlos Gaviria Díaz, disponible en Sitio Web <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-169-01.htm>

participativa, allí donde la composición formal y material del sistema guarda una correspondencia adecuada con las diversas fuerzas que conforman la sociedad, y les permite, a todas ellas, participar en la adopción de las decisiones que les conciernan.

Ello es especialmente importante en un Estado Social de Derecho, que se caracteriza por presuponer la existencia de una profunda interrelación entre los espacios, tradicionalmente separados, del “Estado” y la “Sociedad Civil”, y que pretende superar la concepción tradicional de la democracia, vista simplemente como el gobierno formal de las mayorías, para acoplarse mejor a la realidad e incluir dentro del debate público, en tanto sujetos activos, a los distintos grupos sociales, minoritarios o en proceso de consolidación, fomentando así su participación en los procesos de toma de decisiones a todo nivel”.

En el mismo sentido el Alto Tribunal Constitucional en la mencionada sentencia estableció que:

“La relación inescindible que se establece entre el pluralismo y la participación en una democracia constitucional como la colombiana, trae como consecuencia inmediata la necesidad de que el sistema representativo refleje al máximo, en su conformación, las distintas alternativas políticas que plantea la sociedad; especialmente cuando el artículo 133 de la Carta dispone, expresamente, que “los miembros de cuerpos colegiados de elección directa representan al pueblo, y deberán actuar consultando la justicia y el bien común”. Es esta representatividad social, sin duda, lo que legitima el quehacer de corporaciones de elección popular como el Congreso de la República, las cuales, por esa misma razón, deberán contar con la participación efectiva, tanto de los sectores tradicionalmente marginados de lo público, como de las formas minoritarias y diferentes de organización social -categorías frecuentemente superpuestas”.

En este sentido, la incorporación de las disposiciones planteadas en esta iniciativa legislativa, contribuirán de manera real al fortalecimiento de la participación democrática de un segmento poblacional con presencia significativa en el territorio nacional, permitiéndoles ingresar al foro democrático del Congreso de la República, enriqueciendo el debate legislativo y siendo portavoces de dichos segmentos poblacionales, y representando los intereses sociales legítimos que ellos poseen. En este sentido la medida planteada en la iniciativa legislativa en lo esencial es un reflejo de la carta Constitucional, en materia del establecimiento de garantías en favor de personas con especial protección Constitucional como lo son las personas con discapacidad.

4. LINEAMIENTO FRENTE A EVENTUALES CONFLICTOS DE INTERÉS.

Dando alcance a lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019. “Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992”, se hacen las

siguientes consideraciones a fin de describir las circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés en la discusión y votación de la presente iniciativa legislativa, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, modificado por el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019, a cuyo tenor reza:

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.*

c) *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 (...).*

Sobre el asunto la sala plena Contenciosa Administrativa del honorable Consejo de Estado en su Sentencia 02830 del 16 de julio de 2019, M.P. Carlos Enrique Moreno Rubio, señaló que:

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el Congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del Congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

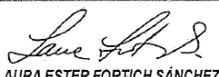
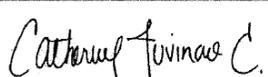
Por lo anterior, se estima que el presente proyecto de acto legislativo no genera un beneficio para los Congresistas que participen en su discusión y votación. Se trata de una reforma a la Constitución que se aplica a la institución del Congreso de la República.

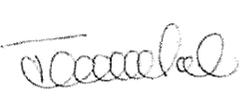
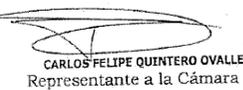
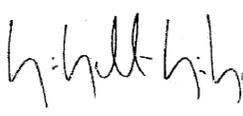
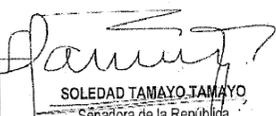
5. CONSIDERACIONES FINALES FRENTE A LA INICIATIVA LEGISLATIVA.

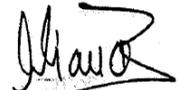
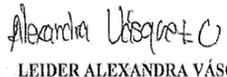
En virtud de este proyecto de acto legislativo el Estado Colombiano avanza de manera significativa en el cumplimiento del mandato Constitucional y convencional de protección y promoción de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. En este sentido, se reconfigura el número de curules de las circunscripciones especiales. Con lo anterior, se ofrece la representación política a más de tres millones de personas con discapacidad que, en su condición de especial protección Constitucional, requieren participación en los diferentes espacios de toma de decisiones, que para el presente caso será en el espacio de deliberación más importante de todos: el Congreso de la República.

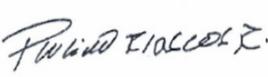
En este sentido, esta corporación tiene la oportunidad de adoptar una decisión definitiva que dote de garantías a las personas con discapacidad para ingresar al foro democrático. Esta medida enriquece el debate legislativo debido a que incorpora un portavoz de intereses sociales legítimos de este segmento poblacional. Tenemos la convicción de que esta corporación legislativa responderá a las demandas de más de tres millones de personas y de todo un país, que ha demostrado buscar de manera constante por la garantía de respeto por los derechos de personas que por cualquier razón se encuentra en una condición de vulnerabilidad, que exija la inmediata actuación del Estado en pro de la garantía de respeto frente a sus derechos.

De las honorables y los honorables Congressistas,

 LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ Senadora de la República Partido Liberal	 CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá. Partido Alianza Verde
---	--

 JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE Representante a la Cámara Nariño. Partido Conservador	 WILMER CASTELLANOS HERNANDEZ Representante a la Cámara por Boyacá Partido Alianza Verde
 CARLOS FELIPE QUINTERO OVALLE Representante a la Cámara Departamento del Cesar	 JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara Departamento Norte de Santander
 JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLES Representante a la Cámara por Caldas Nuevo Liberalismo	 SOLEDAD TAMAYO TAMAYO Senadora de la República Partido Conservador Colombiano
 CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	 EDUARD SARMIENTO HIDALGO Representante a la Cámara por Cundinamarca PACTO HISTÓRICO

 CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	 LILIANA BENAVIDES SOLARTE SENADORA
 ARMANDO ZABARAIN D'ARCE Representante a la Cámara Partido Conservador	 ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ Representante a la Cámara Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
 LILIANA RODRÍGUEZ VALENCIA Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca	 LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca PACTO HISTÓRICO
 ETNA TAMAYO ARGOTE CALDERÓN Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA	 KARINA ESPINOSA OLIVER Senador de la República

 PAULINO RIASCOS RIASCOS Senador de la República Partido Alianza Democrática Amplia	 HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ Representante a la Cámara Departamento de Casanare
 KAREN ASTRITH MANRIQUE OLARTE Representante a la Cámara CITREP 2 – Arauca	 OSCAR RODRIGO CAMPO HURTADO Representante a la Cámara Departamento del Cauca

SECRETARÍA DE REPRESENTANTES
 SECRETARÍA GENERAL

Fecha 06 de agosto del año 2025

Se presentó en este despacho el Proyecto de Ley 206 Acto Legislativo X Con su correspondiente

Con su correspondiente

presentado por los señores, suscrito Por: H.R. Catherine Juvinao, Hs. Laura Fortich y otros.

SECRETARIO GENERAL

PROYECTOS DE LEY

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 097 DE 2025
CÁMARA**

por el cual se módica parcialmente la Ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones.

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

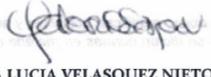
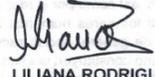
Secretario General

Cámara de Representantes

Asunto: Radicación de proyecto de ley

Apreciado señor Secretario:

Con toda atención me permito presentar ante la honorable Cámara de Representantes el **Proyecto de Ley número 097 de 2025 Cámara**, *por el cual se módica parcialmente la Ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones.*

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

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 097 DE 2025
CÁMARA**

por el cual se módica parcialmente la Ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I.

Objeto y Declaración de Principios

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

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

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

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del ser humano y propender por la prevención de las enfermedades que le afecten, así como por el respeto de la dignidad humana. La medicina debe ejercerse para todos los seres humanos sin distinciones por razón de nacionalidad,

ni de orden económico, de género, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros del ser humano constituyen la esencia del servicio médico. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina debe propender por la protección de los derechos y garantías civiles de las personas.

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

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

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

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

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

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

importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad.

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

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

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

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

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

10. **Principio de beneficencia.** El deber primordial de la profesión médica es buscar el beneficio de la especie humana en todo su ciclo vital propendiendo en cada etapa del desarrollo la recuperación de la salud, paliar o aliviar el sufrimiento del paciente y prevenir enfermedades, respetando la evidencia científica y la autonomía del paciente. Exige profesionalismo, que implica entre otras, buenas prácticas ajustadas a la Lex Artis, entendida como el conjunto de reglas implícitas derivadas del conocimiento y la experiencia acumulada de la práctica médica, que son aplicables a casos similares teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar, respetando las características individuales de cada ser humano.

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

La autonomía también se expresa en la adopción institucional de guías y protocolos de atención, que cuenten con la consulta previa certificada y aceptación de los equipos médicos. La aplicación de las guías implica hacer un juicio ponderado de su pertinencia al caso examinado, de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se prohíbe

cualquier actuación o constreñimiento directo o indirecto que limite la autonomía médica.

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

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

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

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

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

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

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

realización de procedimientos que estén bajo duda científica y que éticamente deban evitarse.

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

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

CAPÍTULO II.

Del juramento.

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

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

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

PROMESA DEL MÉDICO COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA¹:

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

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

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO I.

De las relaciones del médico con el paciente

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

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

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

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

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

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

a) *Cuando en virtud de su juicio clínico y en ejercicio de su autonomía médica, considere que el caso no corresponde a su experticia, conocimiento o especialidad.*

b) *Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin previo consentimiento. Lo anterior no excluye el derecho del paciente a una segunda opinión de otro profesional de la salud.*

c) *Cuando el paciente rehúse cumplir las indicaciones prescritas.*

d) *Cuando el paciente o sus allegados agredan por cualquier medio al Talento Humano en Salud.*

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

e) *Por enfermedad incapacitante del médico.*

f) *Durante el ejercicio institucional, con ocasión del fin de la jornada laboral o de turnos correspondientes, legítimo descanso, de licencias legalmente concedidas, de vacaciones o por cesación de su compromiso con la institución, casos en los cuales la atención médica debe ser garantizada por la institución.*

g) *Cuando se le solicite una actuación contraria a la Constitución, a las leyes y, particularmente, a la Ley 23 de 1981 con las modificaciones de la presente ley.*

h) *Cuando no tenga vínculo laboral o contractual con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente, caso en el cual será la institución la que deba garantizar la continuidad de la atención en salud.*

i) *Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente;*

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

“Parágrafo nuevo. *La contagiosidad, cronicidad o incurabilidad de la enfermedad, del dolor o sufrimiento intratables del paciente, no constituyen motivo para que el médico no le brinde asistencia médica, excepto en casos en que se exponga la vida o integridad del profesional. La institución prestadora de servicios de salud deberá proporcionar al médico los elementos de protección personal necesarios y suficientes, así como cumplir los protocolos de bioseguridad, según las normas legales vigentes en la materia”.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. *Cónyuge o compañero permanente.*

2. *Quienes se encuentren en orden del primero al cuarto grado de consanguinidad o primero civil.*

3. *Curador o representantes legales.*

En caso de desacuerdo o conflicto entre aquellos a quienes corresponda la decisión, se deberá conformar una junta médica ad hoc por parte de las entidades responsables de su atención en salud, que podrá solicitar concepto al Comité Bioético Clínico Asistencial, si lo hubiere”.

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

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

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

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

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

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

“Parágrafo nuevo. *Haciendo honor a la tradición hipocrática, es potestativo del médico en su práctica privada asistir sin cobrar honorarios al colega, sus padres, su cónyuge y sus hijos dependientes económicamente de él, así como a las personas que a su juicio merezcan esa excepción.*

Si el pago de honorarios lo hace un tercero pagador, el médico podrá hacerlos efectivos.

Lo anterior sin perjuicio del cobro y pago de los exámenes o insumos a que hubiere lugar”.

CAPÍTULO III.

De la Prescripción Médica, la Historia Clínica, el Secreto Profesional y algunas Conductas.

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

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

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

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

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

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

a) *A quien el paciente o su representante legal autorice de manera expresa.*

b) *A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas en condición de incapacidad para decidir legal o mentalmente. En el caso de menores de edad se tendrán en cuenta el grado de madurez y el impacto del tratamiento sobre su autonomía actual y futura, según lo dispuesto en las normas legales vigentes sobre la materia;*

c) *A las autoridades judiciales, o administrativas en los casos previstos por la ley; salvo que se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, a menos que se trate de informes sanitarios o epidemiológicos en donde no se haya individualizado al paciente.*

d) *A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables, o por enfermedades graves infectocontagiosas, hereditarias o genéticas, se ponga en peligro la vida o integridad de estos, su pareja, o de su descendencia.*

e) *A las autoridades sanitarias en situaciones extremas en las que se ponga en peligro la vida e integridad de los seres humanos y la salud pública”.*

CAPÍTULO IV.

De las Relaciones del médico con las Instituciones.

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

“Artículo 45 A. Estudiantes de posgrado. Los médicos graduados que se encuentren realizando estudios de posgrado, en especialidades médico-quirúrgicas, solo podrán efectuar actos médicos relacionados con la propia especialidad en instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan convenios de docencia-servicio con la correspondiente institución de educación superior, bajo la estricta supervisión o autorización de especialistas o del personal docente, quienes son los responsables y servidores competentes de la prestación de los servicios de salud, de conformidad con las normas legales vigentes sobre la materia y siguiendo el plan de delegación progresiva de responsabilidades contenido en los anexos técnicos del correspondiente convenio de docencia-servicio entre la universidad y la institución prestadora de servicios de salud, por cada programa académico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 3º. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea la ofensa atribuida a la víctima, sea ella acusada o culpable, cualesquiera

sean sus motivos o creencias, y en toda situación, conflicto armado y lucha civil, inclusive”.

TÍTULO III.

ORGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO.

CAPÍTULO I.

De la Federación Médica y los Tribunales Ético-Profesionales.

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

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

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

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

CAPÍTULO II.

Del proceso disciplinario ético profesional

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

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

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

“Artículo 81 B. Recursos ordinarios. Contra las resoluciones interlocutorias, excepto las de formulación de cargos, la resolución de preclusión

y la de archivo, proceden los recursos de reposición, apelación y queja.

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

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

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

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

“Artículo 81 D. Nulidades. Son causales de nulidad en el proceso ético-médico disciplinario:

a) *La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas en que se fundamenten;*

b) *La existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso”.*

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

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

CAPÍTULO III.

De las sanciones

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

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

a) *Amonestación privada;*

b) *Censura, que podrá ser:*

1. *Escrita pero privada.*

2. *Escrita y pública.*

3. *Verbal y pública.*

c) *Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por diez (10) años;*

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

Son circunstancias atenuantes al graduar la sanción del médico cuando:

a. *Es la primera falta o sanción.*

b. *El disciplinado demuestra arrepentimiento (atenuación por confesión) o intención de mitigar las consecuencias de su acción u omisión”.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Parágrafo 2º. *Tanto el Ministerio de Salud y de Protección Social como las entidades territoriales deberán proveer dentro del presupuesto asignado al Tribunal correspondiente, los recursos necesarios para la adquisición de pólizas de protección contra eventuales demandas surgidas de fallos dictados*

por los tribunales en cumplimiento de sus funciones, o podrán incorporarlos dentro de las pólizas dispuestas para sus servidores”.

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

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

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

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

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

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. ANTECEDENTES DE LA LEY 23 DE 1981.

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

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

La Academia Nacional de Medicina de Colombia (ANM) es una institución científica de duración

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

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

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

Según lo relata en su escrito el doctor Camilo Casas Santofimio³, expresidente de la FMC, la expedición de la Ley 23 de 1981 por parte del Congreso de la República, fue el fruto de un prolongado proceso de estudio iniciado en el mes de enero de 1978, en el cual, tanto la Federación como la Academia, aunaron esfuerzos con funcionarios del Ministerio de Salud para sacar adelante una ley que dictara normas en materia de ética para el ejercicio de la profesión médica en Colombia.

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

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

El Ministerio de Salud de la época comprendió la preocupación y brindó su apoyo para el estudio de las iniciativas que sobre la materia fueron presentadas. Desde luego, se trataba de un proyecto de la ley cuyo contenido tenía antecedentes de importancia

en muchos países del mundo y de Latinoamérica con culturas similares a Colombia o más avanzadas.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO I.

Objeto y Declaración de Principios

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

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

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

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

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

El ejercicio profesional implica entre otras, buenas prácticas ajustadas a la *Lex artis*, entendida como el conjunto de reglas implícitas derivadas del conocimiento y la experiencia acumulada de la práctica médica, que son aplicables a casos similares teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar, respetando las características individuales de cada ser humano.

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

La autonomía también se expresa en la adopción institucional de guías y protocolos de atención, que cuenten con la consulta previa certificada y aceptación de los equipos médicos. La aplicación de las guías implica hacer un juicio ponderado de su pertinencia al caso examinado, de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se prohíbe cualquier actuación o constreñimiento directo o indirecto que limite la autonomía médica.

En ejercicio de la autonomía médica, el profesional puede apartarse de las guías establecidas de manera justificada. El médico no podrá ser obligado a modificar su conducta profesional

por terceros, auditores, pagadores o instituciones prestadoras de servicios de salud.

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

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

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

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

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

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

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

Desarrollo (1992) o la Convención de Barcelona (1996)⁴.

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

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

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

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

CAPÍTULO II.

Del Juramento o Promesa del Médico.

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

Su última revisión se produjo en 2006; se considera la recién promulgada en 2017 como la

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

más importante, razón por la que se adopta en el presente proyecto de ley.

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

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

TÍTULO II.

PRÁCTICA PROFESIONAL.

CAPÍTULO I.

De las relaciones del médico con el paciente.

Responsabilidad ética en la atención médica institucionalizada y por equipos multidisciplinarios. Para el momento en el que se expidió la Ley 23 de 1981, como se ha señalado en los primeros párrafos de esta exposición, no se había aprobado la Ley 100 de 1993 y no existía en el Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud, normas que modificaron substancialmente el ejercicio de la medicina.

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

Actualmente, en la atención de los pacientes, el grupo terapéutico tiene responsabilidades específicas y horarios determinados por las propias IPS o, en el caso de las actividades enmarcadas en convenios de docencia-servicio, por las Instituciones de Educación Superior. En estas circunstancias, ocurre con frecuencia que el paciente sea valorado en cada jornada o en cada día por un médico

⁵ Asociación Médica Mundial (AMM). Nueva versión del Juramento Hipocrático para los médicos. Consultar en:

<https://eldiariodesalud.com/internacional/nueva-version-del-juramento-hipocratico-para-todos-los-medicos-del-mundo#:~:text=CUIDAR%20mi%20propia%20salud%2C%20bienestar,bajo%20mi%20palabra%20de%20honor.>

diferente de la misma especialidad o por médicos de diferentes especialidades, generando circunstancias de responsabilidad compartida. En estos casos, en los procesos ético-disciplinarios, se deberá individualizar la responsabilidad ética de cada uno de los profesionales médicos participantes en los equipos de tratamiento.

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

De las relaciones del médico con el paciente.

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

Máxime cuando se trate de exámenes que por su naturaleza involucren la genitalidad del examinado, en cuyo caso el paciente debe ser advertido previamente para obtener su aprobación, y de ser posible dichos procedimientos ser practicados en presencia de un tercero, por ejemplo, la madre o el padre si se trata de un menor, o una enfermera o auxiliar de enfermería, si se trata de un adulto. Por lo anterior, el presente proyecto de ley modifica el artículo 11 de la Ley 23 de 1981, en el sentido de incluir como falta muy grave las actitudes morbosas, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, tocamientos inadecuados o agresiones sexuales, el acto sexual forzado o el intento de llevarlo a cabo, realizadas por los médicos con motivo del ejercicio de su profesión, debidamente demostrado, por tratarse de una flagrante violación a la dignidad humana, constituyen falta gravísima contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III.

De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y otras conductas médicas.

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

CAPÍTULO IV.

De las relaciones del médico con las instituciones.

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

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

CAPÍTULO V.

De las relaciones del médico con la sociedad y el Estado.

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

TÍTULO III.

ÓRGANOS DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO.

CAPÍTULO I.

De los tribunales ético-profesionales.

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

La Corte Constitucional, se ha pronunciado en varias ocasiones sobre la importancia de los tribunales de ética médica; por ejemplo, en la Sentencia C-620/2008, en la cual la Alta Corporación manifiesta: “*Sirven de fundamento para la creación del Tribunal de Ética Médica los artículos 26, 123 y 210 de la Constitución Política, al cual le son asignadas funciones públicas. En principio, los colegios creados en virtud de lo dispuesto por el artículo 26 de la Carta Política son instituciones*

de origen privado a las cuales el legislador puede asignar funciones públicas, entre ellas la de conocer de procesos ético-profesionales, como ocurre con el Tribunal Nacional de Ética Médica, encargado de adelantar procesos de esta índole iniciados por razón del ejercicio de la medicina”. “...Se trata, entonces, de una función administrativa de carácter disciplinario, sometida a los principios propios del debido proceso administrativo, consagrados en el artículo 29 superior. El Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los Tribunales Seccionales ejercen la función pública de disciplinar a quienes ejercen la medicina, cuando incurran en las faltas previstas en la Ley 23 de 1981” (...).

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

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

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

Por otro lado, y con el fin de disponer de un mayor número de candidatos para mejorar la selección de magistrados del más alto nivel de reconocimiento, para la presentación de listas de candidatos a magistrados de los Tribunales Seccionales, sin menoscabar las listas presentadas por el Colegio Médico Departamental o Distrital correspondiente, el proyecto de ley amplía la posibilidad para que las Facultades de Medicina, la Academia de Medicina o el capítulo de la Academia Nacional de Medicina existentes en el respectivo ente territorial, puedan presentar candidatos, cuyo número en cada lista podrá ser hasta de diez (10) profesionales que cumplan con los requisitos exigidos.

CAPÍTULO II.

Del proceso disciplinario ético profesional.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sin embargo, esta situación cambió con la expedición del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo

(CPACA) a través de la Ley 1437 de 2011, pues se incluyó un capítulo dedicado al proceso administrativo sancionatorio (artículo 47 al 52), donde se indica lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Dicho acto sancionatorio es diferente de los actos que resuelven los recursos, los cuales deberán ser decididos, so pena de pérdida de competencia, en un término de un (1) año contado a partir de su

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

debida y oportuna interposición. Si los recursos no se deciden en el término fijado en esta disposición, se entenderán fallados a favor del recurrente, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial y disciplinaria que tal abstención genere para el funcionario encargado de resolver.

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

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

El concepto del Consejo de Estado del año 2016, referido anteriormente, fue acogido por el Ministerio de Salud y Protección Social como entidad que hizo la consulta, así como por el Tribunal Nacional de Ética Médica en providencia del 12 de mayo de 2021 proferida dentro del proceso ético disciplinario Número 805 del Tribunal Seccional de Ética Médica del Tolima.

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

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

El artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, sobre la caducidad de la facultad sancionatoria, exceptúa lo dispuesto en leyes especiales, en virtud de que estas leyes, por contener normas especiales tiene aplicación preferencial sobre las leyes generales. La Ley 23 de 1981 por la cual se establecen normas en materia de ética Médica, es de carácter especial.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III.

De las sanciones.

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

La graduación de las sanciones se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor, así como las modalidades y circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que ocurrieron los hechos, y los factores atenuantes y agravantes de la falta.

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

De la financiación de los Tribunales de Ética Médica. La Ley 715 de 2001, en el Capítulo I, artículo 42, establece las competencias de la Nación

en el sector salud (adicionado por el artículo 32 de la Ley 1176 de 2007; adicionado por el artículo 5° de la Ley 1438 de 2011):

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

(...).

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

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

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

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

CONFLICTO DE INTERESES

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

a) La existencia de un interés particular –de cualquier orden, incluso moral– del Congresista en la deliberación o decisión sobre un tema específico a cargo del Congreso.

b) La participación efectiva del Congresista en dicha deliberación o decisión.

c) Que el interés sea directo, no eventual ni hipotético.

d) Que dicho interés sea actual.

e) Que el beneficio resultante sea particular y no general.

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

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

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

Esto se debe a que:

· Se trata de una iniciativa de carácter general, cuyo objeto es fortalecer un mecanismo registral de naturaleza pública y aplicable a todo el territorio nacional, sin distinciones individuales ni beneficios específicos a favor de los legisladores.

· El proyecto no crea cargos, beneficios personales, ni privilegios contractuales a favor de Congresistas, ni afecta de forma directa su situación jurídica.

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

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

Lo anterior se expone sin perjuicio del deber individual de cada Congresista de examinar, en cada caso concreto, la eventual existencia de hechos generadores de conflicto de interés, y de declararlos

oportunamente, conforme a lo dispuesto en el inciso primero del artículo 286 de la Ley 5ª de 1992:

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

IMPACTO FISCAL

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

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

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

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

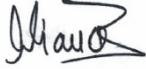
Con fundamento en este marco normativo y jurisprudencial, debe señalarse que el presente proyecto de ley no genera impacto fiscal adicional, dado que no ordena nuevas apropiaciones presupuestales, no crea beneficios tributarios, ni implica erogaciones extraordinarias para el Estado. Su implementación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

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

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

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

De los honorables Congresistas,

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

El día 29 de Julio del año 2025
 Ha sido presentado en este despacho el
 Proyecto de Ley 097 Acto Legislativo
 No. 097 Con su correspondiente
 Exposición de Motivos, suscrito Por:
HR Olga Lucia Velasquez
 SECRETARIO GENERAL

CONTENIDO

Gaceta número 1453 - miércoles, 20 de agosto de 2025

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE ACTOS LEGISLATIVOS Págs.

Proyecto de acto legislativo número 206 de 2025 Cámara, por el cual se promueve la participación política de personas con discapacidad a través de la creación de la circunscripción especial de personas con discapacidad en la Cámara de Representantes y el Senado de la República. 1

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de Ley número 097 de 2025 Cámara, por el cual se módica parcialmente la Ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones. 14