

Bogotá, 4 de noviembre de 2025

Doctores

LIDIO ARTURO GARCÍA TURBAY

Presidente

Senado de la República

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Secretario General



Senado de la República

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley “Por medio de la cual se garantiza el consentimiento informado de la mujer gestante mediante la detección y escucha del latido del ser humano por nacer, y se dictan otras disposiciones.” - LEY ECOS DE VIDA

Respetados doctores García y González:-

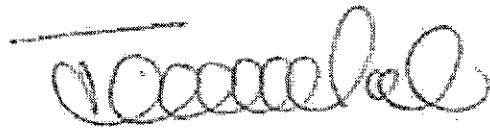
En uso de las facultades que nos confiere la Constitución Política y la Ley 5 de 1992, presentamos el siguiente Proyecto de Ley “Por medio de la cual se garantiza el consentimiento informado de la mujer gestante mediante la detección y escucha del latido del ser humano por nacer, y se dictan otras disposiciones.” - LEY ECOS DE VIDA. con el fin de que sea considerado por el Honorable Senado de República en su trámite legislativo respectivo.

Cordialmente

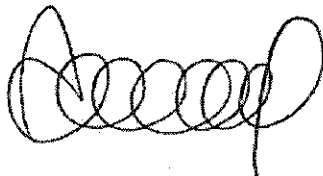
 <p>Oscar Mauricio Giraldo Hernández Senador de la República</p>	 <p>Luis Miguel López Aristizábal. Representante a la Cámara</p>
--	---



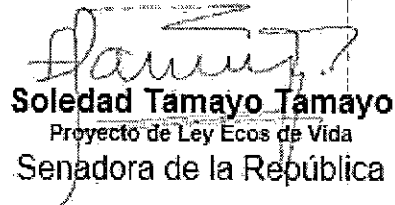
Esteban Quintero Cardona
Senador de la República



Juan Daniel Peñuela Calvache.
Representante a la Cámara



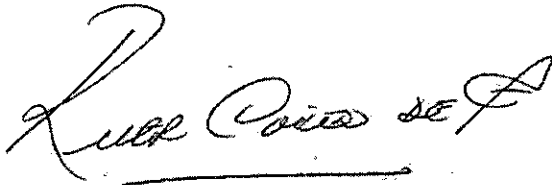
Angela Maria Vergara González
Representante a la Cámara
Departamento de Bolívar



Soledad Tamayo Tamayo
Proyecto de Ley Ecos de Vida
Senadora de la República



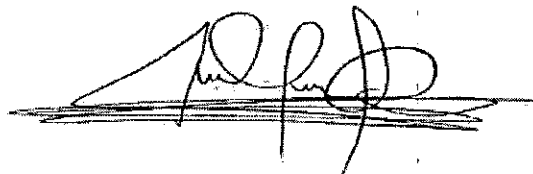
José Jaime Uscátegui Pastrana
Representante a la Cámara



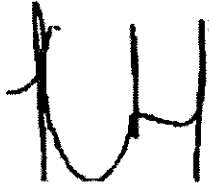
RUTH CAICEDO DE ENRÍQUEZ
Representante a la Cámara



Karina Espinosa Oliver
Senadora de la República



JUAN MANUEL CORTÉS DUEÑAS
Representante a la Cámara



JUANA CAROLINA LONDOÑO JARAMILLO

Representante a la Cámara



Lorena Ríos Cuéllar

Senadora de la República



Esperanza Andrade Serrano
Senadora de República



SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 04 de Noviembre del año 2025
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo
No. 314 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrita por:

HO. Mauricio Gualdo, Esteban Quinto, Doledad
Tomayo, Karina Espinosa, Lorena Pío, Esperanza
Andrade; HR. Angela Vergara y otros Congresistas

~~SECRETARIO GENERAL~~

“LEY ECOS DE VIDA”

“Por medio de la cual se garantiza el consentimiento informado de la mujer gestante mediante la detección y escucha del latido del ser humano por nacer, y se dictan otras disposiciones.”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

- 1. Introducción**
- 2. Antecedentes del proyecto**
- 3. Problema a resolver**
- 4. Fundamento Constitucional y bioético**
 - 4.1 Protección Constitucional de la vida humana**
 - 4.2 Consentimiento informado**
 - 4.3 Embriología humana**
 - 4.4 LA PERSONA HUMANA POR NACER COMO SER SINTIENTE**
- 5. BIOÉTICA, NOCIÓN DE “PERSONA” Y DIGNIDAD DE LA PERSONA**
- 6. Ecos de vida**
 - 6.1 BIOÉTICA, NOCIÓN DE “PERSONA” Y DIGNIDAD DE LA PERSONA**
- 7. Consentimiento informado**
 - 7.1. Elementos del Consentimiento Informado.**
 - 7.2. Límites del Consentimiento Informado**
 - 7.3 Articulación con la Ley 23 de 1981**
- 8. Finalidad del proyecto**
- 9. Circunstancias o eventos que podrían generar conflictos de interés**
- 10. Impacto Fiscal**
- 11. Articulado**

1. Introducción

El Proyecto de Ley "Ecos de vida" es una iniciativa legislativa, que tiene por finalidad garantizar un consentimiento médico plenamente informado a la mujer gestante, asegurando que reciba información científica, clara y completa frente a su estado de embarazo, y al estado en gestación que se encuentra su hijo, como los signos vitales que presenta este ser humano en gestación.

Esta propuesta de ley busca visibilizar la vida humana antes del nacimiento y fortalecer el derecho a decidir sobre bases objetivas, ofreciendo a la mujer la posibilidad de escuchar el latido del corazón fetal como expresión inequívoca de vida y humanidad.

Este proyecto no penaliza, no prohíbe, no condiciona ni impone coerciones. Esta iniciativa busca simplemente que la decisión de una mujer gestante se tome con pleno conocimiento de causa, en presencia de la evidencia visual y auditiva del

latido del concebido por nacer. Ese latido no es un argumento: es un hecho. Y escucharlo es un acto mínimo de humanidad, de verdad y de responsabilidad.

La medicina moderna considera al feto como paciente y aplica protocolos de anestesia fetal en procedimientos quirúrgicos intrauterinos, lo que implica que el nasciturus puede experimentar sufrimiento. Este proyecto está centrado en el derecho a la información, la dignidad de la vida prenatal y la libertad con conocimiento.

2. Antecedentes del proyecto

Un proyecto similar fue presentado en la legislatura pasada con el título: Por medio de la cual se modifica la ley 23 de 1981, y se establecen obligaciones a cargo del cuerpo médico y las mujeres gestantes para el consentimiento plenamente informado frente a diagnóstico prenatal, cirugía fetal y otros procedimientos, y se dictan otras disposiciones. Los autores fueron los honorables senadores: Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán, Soledad Tamayo Tamayo, Karina Espinosa Oliver, Germán Alcides Blanco Álvarez, Oscar Mauricio Giraldo Hernández, y los honorables representantes: Andrés Felipe Jiménez Vargas, Juan Manuel Cortés Dueñas, Luis Miguel López, José Jaime Uscátegui Pastrana, Ángela María Vergara González. Se archivó por trámite legislativo conforme el Artículo 190 Ley 5 de 1992.

3. PROBLEMA A RESOLVER

El consentimiento informado reforzado en contextos de gestación

El consentimiento informado constituye uno de los pilares éticos y jurídicos del ejercicio médico en Colombia, derivado de los principios de autonomía, dignidad humana y libertad consagrados en los artículos 1, 13, 16 y 49 de la Constitución Política, así como de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999. Sin embargo, la práctica clínica actual ha reducido muchas veces este deber a un mero trámite formal o a la firma de un documento, perdiendo su esencia: asegurar que toda decisión médica sea tomada con conocimiento pleno, comprensión suficiente y libertad real.

En el contexto de la gestación, el consentimiento informado adquiere una connotación aún más trascendente. No se trata únicamente de la salud de la madre, sino también de la vida y la integridad de un segundo paciente: **el ser humano en gestación**, cuya existencia está científicamente comprobada desde la fecundación y cuyo latido cardíaco es un signo inequívoco de vida. Negar a la gestante la posibilidad de conocer y escuchar ese signo vital constituye una omisión ética y una privación de información esencial para ejercer su libertad de manera consciente.

El consentimiento informado reforzado, tal como lo propone esta ley, busca precisamente profundizar el contenido del derecho a la información médica,

estableciendo un estándar más alto de comunicación entre el profesional de la salud y la mujer gestante. Este consentimiento no se limita al suministro verbal o escrito de datos clínicos, sino que exige **una** transmisión experiencial y objetiva de la información: la visualización del ultrasonido y la escucha del latido cardíaco fetal, que materializan la realidad biológica del embarazo y permiten que la decisión médica se fundamente en la verdad científica y no en supuestos abstractos.

En otras palabras, el consentimiento reforzado se orienta a humanizar la relación médico-paciente, devolviendo a la gestante su protagonismo moral y cognitivo, y garantizando que toda intervención que pueda afectar la vida o integridad del ser humano en gestación se adopte con plena conciencia de su existencia y vitalidad. Este acto no coacciona ni impone decisiones, sino que protege la libertad auténtica, pues solo hay libertad donde hay conocimiento suficiente y comprensión de las consecuencias.

La medicina moderna reconoce al feto como paciente, le aplica anestesia en cirugías intrauterinas y monitoriza su bienestar; por tanto, la ley debe reconocer también el deber de informar a la madre sobre su estado vital antes de autorizar cualquier intervención. El consentimiento informado reforzado no introduce una carga burocrática adicional, sino un deber ético de verdad, transparencia y responsabilidad. Además, fortalece la *lex artis* médica al exigir que la información se base en evidencias clínicas objetivas, visibles y auditivas, no en interpretaciones o juicios de valor.

Este enfoque se enmarca en la bioética personalista, que concibe la autonomía no como aislamiento, sino como ejercicio responsable de la libertad frente al bien y la verdad. Así, el consentimiento informado reforzado es una expresión de respeto simultáneo por la dignidad de la mujer gestante y por la dignidad intrínseca del ser humano en gestación, garantizando que toda decisión médica sea informada, libre y coherente con la realidad biológica y humana del proceso de gestación.

En la actualidad, el consentimiento informado en contextos de embarazo no incluye de forma sistemática ni obligatoria la oferta de escuchar el latido del corazón fetal ni visualizar la ecografía. Esta propuesta se enmarca en la misma lógica internacional de garantizar decisiones libres, pero basadas en la verdad biológica y visual del proceso de gestación, el cual no busca imponer, sino informar. Tampoco intentan coaccionar, sino humanizar los procedimientos médicos intrauterinos en el momento de la gestación.

4. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL Y BIOÉTICO

La Constitución Política de Colombia reconoce en su artículo 11 la vida como derecho inviolable. A su vez, los principios de dignidad humana (art. 1º), igualdad (art. 13), libertad (art. 16) y protección especial a los más vulnerables (art. 44) son pilares sobre los que se erige la propuesta.

Desde la bioética, el proyecto se fundamenta en los principios de:

- **No maleficencia:** evitar daño innecesario al paciente en gestación.
- **Autonomía informada:** la decisión con base en información completa.
- **Dignidad humana:** reconocer al nasciturus como paciente con capacidad de sentir. La dignidad humana es intrínseca de todo ser humano desde el momento de la fecundación.
- El latido fetal es un signo clínico fundamental, y escuchar dicho latido permite a la madre tomar una decisión con mayor conciencia y responsabilidad, a fin de garantizar una decisión libre cuando se conocen de manera objetiva, verídica y clara todas las partes involucradas en una decisión.

4.1 Protección constitucional de la vida humana

La **Constitución Política de Colombia**, en su artículo 11, consagra el derecho fundamental a la vida, el cual no admite excepción ni relativización, máxime tratándose del ser humano en gestación, cuya existencia inicia desde el momento de la fecundación, como lo ha respaldado la ciencia embriológica contemporánea.

Este proyecto corrige una grave omisión normativa al **no exigir actualmente que la gestante sea plenamente informada sobre la presencia y estado del ser humano que lleva en su vientre**, especialmente frente a decisiones que pueden comprometer su vida e integridad.

4.2 Consentimiento informado

Fortalece el consentimiento informado, que no puede darse en forma completa y clara, sin formación visual y auditiva concreta del estado del hijo en gestación.

La **escucha del latido cardíaco fetal** es el mínimo acto de reconocimiento médico-científico de la vida humana, y negarlo es negarle a la mujer gestante el derecho a una decisión consciente, libre, responsable.

4.3. Embriología humana

La primera y quizás más importante evidencia acerca de la percepción del dolor fetal proviene del desarrollo embriológico y la anatomía¹. Dentro de los estudios principales, se encuentran los desarrollados por Anand y Carr en 1989 donde se describió que en la sexta semana de gestación se establecen la sinapsis entre las fibras sensitivas y neuronas receptoras de la asta dorsal de la médula espinal²³. Los nociceptores están ampliamente presentes en la piel del feto en la misma

¹ Brugger, E.C. "The Problem of Fetal Pain and Abortion: Toward an Ethical Consensus for Appropriate Behavior". Kennedy Institute of Ethics Journal. 2012; 22 (3): 263-287.

² Anand, K. J. S., Hickey, P. R. "Pain and its effects in the human neonate and fetus". New England Journal of Medicine. 1987; 317: 1321-29.

³ Anand K. J. S., Carr D. B. "The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children". Pediatr Clin North Am. 1989; 36: 795-822.

densidad que en los adultos; y sus axones alcanzan la piel entre las 11 y 15 semanas y a las mucosas sobre las 20 semanas de gestación⁴.

En la octava semana suele ocurrir la formación de la neocorteza, y a partir de las 13 semanas se inicia la diferenciación morfológica de las neuronas de la asta dorsal de la médula espinal; dentro de la semana 15 y 17 se forma la subplaca, una estructura anatómica transitoria del cerebro fetal primordial para el procesamiento la información tálamo-cortical⁵. A continuación, entre las semanas 20 a 24 se desarrollan las conexiones tálamo-corticales y de las 24 a las 28 semanas se considera que las vías anatómicas de la nocicepción ya son íntegras; desde las semanas 29 a 30 estas vías descritas ya son funcionales y se considera está plenamente establecida la capacidad de percepción consciente⁶. Otra estructura importante presente dentro de la vida intrauterina es la amígdala cerebral. La amígdala es el centro del miedo y la ansiedad en los mamíferos y su aparición temprana, que se remonta a los grupos de células provenientes del diencefalo y telencefalo que forman el piso del ventrículo lateral aproximadamente en la tercera semana después de la concepción⁷, podría ser un indicio de que incluso estas sensaciones, aunque rudimentarias, se pueden experimentar en la vida intrauterina⁸. Teorías actuales con relación al origen del dolor indican que un sistema cortical intacto es necesario y suficiente para experimentar dolor^{9,10}; incluso la activación cortical puede generar la experiencia del dolor en ausencia de un estímulo nocivo¹¹.

No obstante, hasta el momento que se realiza esta revisión no se encontraron estudios en la literatura disponibles donde se evalúe directamente el desarrollo de los circuitos tálamo-corticales dentro de la percepción del dolor¹². En la semana 30, las vías nerviosas asociadas a la nocicepción en la médula espinal y tallo cerebral están mielinizadas hasta el tálamo, y a las 37 semanas la mielinización es

⁴ Tadros, M. A., Lim, R., Hughes, D. J., Brichta, A. M., Callister, R. J. "Electrical maturation of spinal neurons in the human fetus: comparison of ventral and dorsal horn". *J Neurophysiol.* 2015; 114 (5): 2661-71.

⁵ Kostović, I., Judas, M. "The development of the subplate and thalamocortical connections in the human fetal brain". *Acta Paediatr.* 2010; 99: 1119-27.

⁶ Lee, S. J., Ralston, H. J., Drey, E. A., Partridge, J. C., Rosen, M. A. "Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence". *JAMA.* 2005; 294: 947-54.

⁷ Muller, F., O'Rahilly, R. "The amygdaloid complex and the medial and lateral ventricular eminences in staged human embryos". *J Anat.* 2006; 208 (5): 547-564.

⁸ Qiu, A., Anh, T. T., Li, Y., et al. "Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants". *Transl Psychiatry.* 2015; 5(2): e508.

⁹ Coghill, R. C., McHaffie, J. G., Yen, Y. F. "Neural correlates of interindividual differences in the subjective experience of pain". *Proc at Acad Sci.* 2003; 100: 8538-42.

¹⁰ Derbyshire, S. W. G., Whalley, M. G., Stenger, V. A., Oakley, D. A. "Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain". *Neuroimage.* 2004; 23: 392-401.

¹¹ *Ibid.*, 13

¹² Derbyshire, S. W. G., Bockmann, J. C. "Reconsidering fetal pain". *J Med Ethics.* 2020; 46: 3-6

completa¹³. Sin embargo, una mielinización incompleta no impide la transmisión de los estímulos nociceptivos, sólo implica una menor velocidad de conducción de estos¹⁴. La producción de neuro-mediadores del dolor como la sustancia P y las encefalinas aparecen en la 8-10 y 12-14 semanas de gestación respectivamente, frente a la producción de opioides endógenos que comienza en el cerebro sobre la mitad del embarazo¹⁵¹⁶.

4.4 LA PERSONA HUMANA POR NACER COMO SER SINTIENTE

Según la ciencia y evidencia científica el DR. Kemel A. Ghotme, MD, PhD: Los seres humanos en etapa de gestación son seres sintientes y pueden percibir dolor ya que el sistema nervioso se empieza a desarrollar a partir del día 26 de gestación. Los estímulos dolorosos pueden desencadenar en el embrión respuestas de retirada, aumento de la presión arterial o de la frecuencia cardiaca, tan temprano como la semana 7 de gestación. El feto se considera un paciente que se beneficia de procedimientos quirúrgicos para corregir condiciones de salud, por lo que el equipo médico se cerciora de garantizar el control completo del dolor mediante técnicas de anestesia, analgesia y relajación muscular. La conciencia de que el feto es un sujeto de atención médica con derecho a que su dolor sea aliviado contrasta con todas las intervenciones que tienen como propósito la terminación del embarazo ya que tienen el potencial de causarle dolor y sufrimiento desde las etapas más tempranas del desarrollo. Como ser sintiente, la persona por nacer tiene derecho a ser protegida del dolor y el sufrimiento.

El dolor es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva) desagradable que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso, de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés)¹⁷. Es un mecanismo protector para el organismo vivo que se produce siempre que cualquier tejido está siendo dañado y hace que el individuo reaccione para eliminar y provocar el alejamiento del estímulo doloroso. En el embrión, el sistema nervioso empieza a desarrollarse a partir del tubo neural desde el día 26 de gestación, es decir antes de que la mujer gestante detecte su primer retraso menstrual. En la séptima semana de gestación, el feto ha culminado la primera etapa del desarrollo de las vías del dolor en la cual las estructuras nerviosas periféricas captan y llevan el estímulo doloroso desde la piel hasta la médula espinal¹⁸. Esta conexión nerviosa es capaz de

¹³ Flores Muñoz, M. A. op.cit. 2.

¹⁴ Lenclen, R. "Anestesia y analgesia fetales". EMC - Ginecología - Obstetricia. 2009; 45 (3): 1-6

¹⁵ 18 de Graaf-Peters, V. B., Hadders-Algra, M. "Ontogeny of the human central nervous system: what is happening when?" Early Hum Dev. 2006; 82: 257-266.

¹⁶ Page, S. "The Neuroanatomy and Physiology of Pain Perception in the Developing Human". Issues Law Med. 2015; 30 (2): 227-36.

generar tempranamente una respuesta fisiológica al dolor a través del sistema nervioso autónomo, incluyendo reflejos de retirada, aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia) y aumento de la presión arterial (hipertensión arterial). Cualquier estímulo que intente dañar al feto generará dolor y desencadenará estas respuestas. En las etapas subsecuentes las vías del dolor llegan al cerebro. Inicialmente la conexión se establece entre la médula espinal y el tálamo, el centro de integración sensorial por excelencia, antes de la semana 12 de gestación. Posteriormente, se desarrollan las conexiones del tálamo a la corteza cerebral, donde ya puede haber una percepción consciente del estímulo doloroso, antes de que el feto complete la semana 23 de gestación. Es importante aclarar que para experimentar dolor no se requiere la plena consciencia de este a nivel de la corteza cerebral, sino que estén presentes las estructuras capaces de captarlo y transmitirlo al resto del sistema nervioso¹⁹. En la actualidad, diversas condiciones patológicas que se desarrollan en la etapa fetal pueden ser diagnosticadas y tratadas oportunamente in útero.

Estas condiciones incluyen el síndrome de transfusión gemelo-gemelo, la hernia diafragmática, la uropatía obstructiva, la malformación adenomatosa quística congénita, el teratoma sacro-coccígeo, la hidrocefalia y los quistes cerebrales compresivos. En Colombia, es creciente el número de instituciones que han desarrollado la capacidad de realizar cirugías en esta etapa de la vida, incluso antes de la semana 18 de gestación²⁰. El feto, como individuo con ADN diferenciado del de su madre, se considera un paciente que se beneficia de procedimientos quirúrgicos para corregir condiciones de salud. Por considerarlo un ser sintiente, el equipo médico se cerciora de garantizar el control completo del dolor. Para esto, le administra anestesia general al feto (suministrada por vía intravenosa a la madre para que pase a través de la placenta), anestésicos y relajantes sistémicos administrados al feto mismo por vía intramuscular y anestesia local en el sitio en que se hará la incisión quirúrgica en los tejidos fetales²¹.

17 Loeser, J. D., & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP basic pain Terminology☆. *Pain*, 137(3), 473-477.

18 Derbyshire, S. W. (2008). Fetal pain: do we know enough to do the right thing?. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 117-126.

19 Derbyshire, S. W., & Bockmann, J. C. (2020). Reconsidering fetal pain. *Journal of Medical Ethics*, 46(1), 3-6.

20 Ramírez, M. V. (2012). Anestesia para cirugía fetal. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(4), 268-272.

21 Van de Velde, M., & De Buck, F. (2012). Fetal and maternal analgesia/anesthesia for fetal procedures. *Fetal diagnosis and therapy*, 31(4), 201-209.

propone la terminación del embarazo ya que estas condiciones más del dolor, y tienen el potencial de causar sufrimiento al feto en prácticamente cualquier etapa de la gestación.

6.ECOS DE VIDA

Pretendemos con esta iniciativa garantizar los derechos de la gestante a contar con información plena, veraz y científica sobre su hijo en gestación, así como dignificar la existencia y el valor de la vida humana en todas las etapas de su desarrollo.

Este proyecto de ley enfatiza el derecho de la gestante como paciente al consentimiento plenamente informado, que debe ser respetado y garantizado en el sistema de salud, y también dignifica al ser humano que está por nacer:

Estas iniciativas legislativas hacen parte de un movimiento mundial para defender la vida en gestación y la libertad con conocimiento completo y objetivo.

La sociedad actual debe desde la base científica saber y/o recordarle de que la vida humana es valiosa sin importar el grado de desarrollo en el que se encuentre, el ser humano que está por nacer está vivo y es capaz de sentir dolor, cualquier procedimiento médico que incide sobre su vida, salud e integridad, requieren de todas las formalidades exigidas para otorgar un consentimiento plenamente informado.

Este proyecto de Ley busca introducir como obligatoria la realización de una ecografía o ultrasonido previo a cualquier intervención médica o procedimiento invasivo, sobre el ser humano en gestación, para detectar el latido de corazón del ser humano por nacer y que este sea escuchado por el médico y la mujer gestante antes de la realización de este.

La propuesta por este Proyecto de Ley, busca, en reconocimiento del valor social de la maternidad y el embarazo, así como de la protección de la vida humana desde el principio de la misma, la obligación de realizar un ultrasonido o ecografía para detectar el latido del corazón del que está por nacer ,para que sea escuchado por la madre gestante antes de dar su consentimiento para cualquier procedimiento médico que pueda poner en riesgo la vida e integridad del ser humano en gestación, y garantizar así que su consentimiento sea plenamente informado.

Busca este proyecto ofrecer a la madre gestante una alternativa consciente , clara , objetiva y científica, ante cualquier decisión,buscando siempre proteger la vida, tanto de la madre gestante como de su hijo en gestación.

Por esta razón, en virtud de la relación médico-paciente, fundada sobre la confianza y la consciencia, nuestro proyecto de ley exige que el médico, de acuerdo con sus deberes profesionales y deontológicos, proporcione la información necesaria al paciente (la madre) frente al embarazo y estado de salud

del humano que está por nacer, determinando con examen ecográfico su presencia y su vitalidad- latido cardiaco como informaciones mínimas necesarias a comunicar en escenario diagnóstico cuando en paridad de condiciones una mujer se presenta ante el médico para determinar su estado de salud.

La obligación para el médico se deriva del deber deontológico de proporcionar a la gestante toda la información necesaria para comprender la realidad objetiva al centro del tema clínico, esto es el estado de embarazo y estado de salud del ser humano que está por nacer.

Es deber a cargo del médico realizar todos los exámenes diagnósticos necesarios para brindar a la madre información veraz, científica y completa, pues esto hace parte no solo de la buena comunicación entre médico y paciente, sino de la relación de confianza entre médico y paciente.

Por esta razón, hacer a la madre participe activa de la ecografía y de la escucha del latido del corazón hace parte del derecho a la información como paciente y soporte de las decisiones a favor de la vida, con acciones de apoyo y acompañamiento de acuerdo con los problemas que se evidencien en la gestante, lo cual constituye a su vez, un deber del médico.

Las obligaciones contempladas en esta ley pretenden brindar a la madre gestante la oportunidad de tomar conciencia profunda acerca de sus decisiones, a través de información clínica lo más completa posible, así mismo dignificar al ser humano y por ende sintiente que está por nacer.

6.1 BIOÉTICA, NOCIÓN DE “PERSONA” Y DIGNIDAD DE LA PERSONA

Consideramos los autores, que el presente Proyecto de Ley se encuentra en consonancia con los lineamientos de la bioética personalista.

En el artículo “BIOÉTICA PERSONALISTA Y BIOÉTICA PRINCIPALISTA. PERSPECTIVAS”¹⁷ se afirma:

“La Bioética Personalista no tiene otra finalidad que la de promover el bien íntegro de la persona humana, vértice de lo creado, eje y centro de la vida social. “No se podrá prescindir de una antropología de referencia, dentro de la cual el valor de la vida física corpórea, del amor conyugal y de la procreación, del dolor y de la enfermedad, de la muerte y del morir, de la relación libertad-responsabilidad, individuo y sociedad, encuentren su propio marco y su valoración ética. El

¹⁷ GARCÍA, JUAN JOSÉ, Instituto de Bioética Universidad Católica de Cuyo (Argentina)
<https://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>

pensamiento personalista, de un personalismo ontológicamente fundado encuentra en esta reflexión, un punto de confrontación cultural y enriquecimiento.

Dicho personalismo ontológico bebe de la fuente del pensamiento clásico-patristico, encuentra en Santo Tomás de Aquino su cenit y se enriquece con modernos aportes como los de Jacques Maritain, Emmanuel Mounier, Etienne Gilson, Agostino Gemelli, Gabriel Marcel, Emanuel Lévinas, Martin Buber, Karol Wojtyla y otros. En ellos la razón no ha trabajado mortificado por la fe cristiana, sino en cordial sintonía con la misma ². En este sentido, en los escritos de Sgreccia, padre de la bioética personalista, hay referencia frecuente a la enseñanza de la Iglesia Católica, persuadido de que una visión de fe en nada disminuye o disturba la autónoma reflexión racional, así como en nada disturba a la visión del ojo humano la ayuda del microscopio o telescopio. El personalismo al que nos referimos “no se confunde con el individualismo subjetivista”³. Concepción en la que se subraya casi exclusivamente como constitutiva de la persona la capacidad de autodecisión y de elección. Podríamos también señalar que la impostación sgrecciana de la bioética y la de otros bioeticistas, como por ejemplo la de Dioniggi Tettamanzi, radica en que aquella es de raíz más filosófica, apta para el diálogo con el mundo plural, y la última es netamente teológica, de plena comprensión en ambientes cristianos. Aquella profesa el personalismo ontológico. Éste el personalismo cristiano⁴.

Los Principios de la bioética personalista son:

6.1. Principio de defensa de la vida física: destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la vida. La vida llega con anterioridad a la libertad; por eso, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime a sí misma.

2. Principio de Totalidad: la persona humana —de suyo libre— con el organismo corpóreo, constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el Principio terapéutico, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo.

3. Principio de Libertad y Responsabilidad: en él se engloba el concepto de que la persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. No puede celebrarse la libertad sin celebrar la responsabilidad. Se debe procurar una bioética de la responsabilidad frente a las

otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivientes.

4. Dignidad de la persona humana:

Cada ser humano es un fin en sí mismo, no un medio para otros fines. Esta dignidad es incondicional y deriva de que la persona es valiosa, única e irremplazable (por ejemplo, el ADN del nasciturus es diferente al de sus padres, su ADN es único, no existe otro igual, Info genoma humano. Manual de Embriología Cambridge, Jerome Lejeune)

La persona debe ser respetada y nunca instrumentalizada, La dignidad humana es inherente a la persona, es decir, es una cualidad que posee por el sólo hecho de ser humana, independiente de sus condiciones, cualidades o acciones. (Woytila K).

Límites a la autonomía: La dignidad humana establece límites a la autonomía individual. Por ejemplo, no se puede tomar una decisión que implique la pérdida de la propia dignidad, como la esclavitud o la autodestrucción, o la eliminación de la vida de otro ser humano. No es justificable acabar la vida del otro aludiendo la autonomía individual, y mucho menos eliminar al que está en mayor grado de indefensión, esto sería el debilitamiento de la especie humana y el fortalecimiento de un neocanibalismo; adicional y aspecto no menor, mostraría la incapacidad e ineficacia de esta sociedad de avanzar hacia la armonía, justicia y verdadera libertad que tanto anhela la humanidad actual.

5. Principio de la Sociabilidad y Subsidiaridad: La persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad. Es decir, que todo el bien que puede hacer la persona por sí mismo debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas —en familia o en las libres asociaciones— debe ser respetado también. Pero este principio no termina ahí. También implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria.

El "Principio de Subsidiaridad" puede definirse también como Solidaridad. Hay que recordar que después de las atrocidades de la IIª Guerra Mundial se defiende la necesidad de dejar en claro algunos principios que, en relación a la experimentación e investigación con seres humanos, quede asegurada la ética en todos los procedimientos y en los fines de las mismas.

Así surge el famoso Código de Nuremberg (1946). En 1964 la Asociación Médica Mundial publica la Declaración de Helsinki, donde se insiste en la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica. Este documento fue modificado en 1975 señalando la necesidad de un control ético en los experimentos con humanos antes de que fueran llevados a cabo. Vino después el Informe Belmont en 1978 y luego una serie extensa de legislaciones nacionales en las que se protege a las personas humanas en las experimentaciones médicas y farmacológicas.”¹⁸

En consecuencia, si se asume que la persona humana tiene derechos por el solo hecho de ser humana- lo cual se establece solo por tener 46 cromosomas, independientemente del estado de su evolución, el embrión humano tiene derechos intrínsecos solo por pertenecer a la especie humana.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“El CI es el derecho indispensable que tiene todo paciente a ser informado sobre los riesgos que se encuentren vinculados a una intervención médica, dentro de la relación médico paciente, y brindar, o denegar, su consentimiento.”⁵

El CI escrito puede ser usado indebidamente como una herramienta para una medicina defensiva, para encubrir el incumplimiento del deber de información del médico.”⁶

Asimismo, este derecho tiende a perder vigor cuando la relación médico paciente se orienta hacia el paternalismo, ya que los pacientes no sienten la necesidad de ser informados por el médico y aceptan sus decisiones.”⁷

Para evitar estas situaciones, se ha de tener en cuenta los elementos básicos de este derecho, y sus límites, los cuales pasamos a mencionar.

6 PRIETO, Santiago; SAINZ, Ana. Consentimiento informado y otros aspectos bioéticos de la información al paciente en el ámbito del laboratorio clínico, 2010 (ubicado 11/12/2015). Obtenido en <http://www.aebm.org/grupos%20de%20trabajo/docu2.pdf>, p. 8.

7 AGUILAR-SIERRA, Laura. “Consentimiento informado en la paciente embarazada menor de edad”, Revista mexicana de anestesiología, Vol. 31. Supl. 1, Abril-Junio 2008, págs. 238-242.

¹⁸ Sgreccia, E., Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica, Vita e Pensiero, Milano, 19942 , pág. 52.

También ver: VIZCAYA, David; ZÚÑIGA, Felipe y otros. "Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento", en Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2014, Número 5, Volumen 57, pág. 9.

IUS Vol. I. N° 2 (Diciembre 2019):79-95

© 2019 Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo, Perú 81

7.1. Elementos del Consentimiento Informado

Para un CI válido es necesario que se le brinde al paciente una información adecuada y suficiente sobre el tratamiento, sus beneficios y sus riesgos, no bastando el proporcionarla, sino el asegurarse de su comprensión⁸. Asimismo, es preciso que el paciente cuente con la capacidad para comprender la información, evaluarla, tomar una decisión y asumir las consecuencias de la misma.⁹ También, debe haber un acuerdo voluntario, libre de coerción y manipulación. Y, cuando se trate de actuaciones médicas relevantes, ha de quedar documentado, como prueba de su realización.

7.2. Límites del Consentimiento Informado

Desde el punto de vista jurídico, el CI de los pacientes, como todo derecho, tiene límites que establecen las fronteras sobre lo que es posible decidir y ejercer la autonomía personal. Uno de ellos consiste en que la licitud del consentimiento depende de la disponibilidad del objeto sobre el cual recae la decisión.¹¹ De este modo, el paciente podrá autorizar procedimientos que involucren únicamente su salud, permitan su recuperación e impliquen un riesgo razonable. Otro límite es el que se origina en el derecho al ejercicio legítimo de una autoridad, oficio u cargo. Así, el médico deberá actuar conforme a la *lex artis* de su profesión y podrá evitar consentimientos que contravengan a su ética profesional¹².

8 Ibíd. pág. 3. Al respecto: CIVEIRA MURILLO, Emilia. "Consentimiento por representación: cuestiones problemáticas en Medicina Crítica", en Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2010, Número 22, pág. 25, sostiene que al ser el derecho de todo paciente, independientemente de su capacidad, se le ha de informar de acuerdo a su posibilidad de comprender.

9 RUBIO RUBIO, José María, DEL TRIGO ESPINOZA, María. "Consentimiento Informado" en *Bioética y Derechos Humanos: Implicaciones Sociales y Jurídicas*. Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, págs. 133-134.

10 NOVOA REYES, Rommy Helena. *Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2013, págs. 22 – 23.*

11 OSSADÓN WINDOW, María Magdalena. "Aborto y justificación", en *Revista Chilena de Derecho*. 2012, Número 2, Volumen 39, pág. 326.

12 *Ídem*. págs. 335-337.

13 GÓMEZ-FAJARDO, Carlos. "Observaciones bioéticas sobre el "Consenso de Estambul": el cientificismo y la omisión de lo humano en la embriología humana", en *Persona y bioética*. 2014, Número 1, Volúmen18, pág. 40.

14 SAN MARTÍN, Javier. *Antropología filosófica II: vida humana, persona y cultura*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 2015, pág. 24. 15 LÓPEZ MORATALLA, Natalia. "El cigoto de nuestra especie es cuerpo humano", en *Persona y bioética*. 2010, Número 2, Volumen 14, pág. 121. Desde la ciencia biológica está demostrado que el individuo humano inicia desde el comienzo del proceso de la fecundación.

16 BESSIO, Mauricio, CHOMALÍ, Fernando, NEIRA, Jorge, et al. *Aborto "terapéutico": consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del magisterio de la Iglesia Católica*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile, 2008, pág. 9. Por su parte, TULLIO, citado por MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro. ob..

IUS Vol. I. N° 2 (Diciembre 2019):79-95

© 2019 Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo, Perú 82

7.3 Articulación con la Ley 23 de 1981

Este proyecto de ley no introduce nuevas cargas o deberes ajenos al ejercicio médico, sino que desarrolla y actualiza los principios ya consagrados en la Ley 23 de 1981, "por la cual se dictan normas en materia de ética médica". Dicha ley, aun plenamente vigente, establece en sus artículos 15 y 16 la obligación del médico de obtener el consentimiento del paciente antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que pueda afectarlo física o psíquicamente. En armonía con esa disposición, la presente iniciativa precisa su aplicación en los contextos de gestación, donde no existe un solo paciente, sino dos: la mujer gestante y el ser humano en desarrollo que lleva en su seno.

El consentimiento informado reforzado que se propone no impone un nuevo requisito burocrático, sino que profundiza el deber ético de informar previsto en la Ley 23 de 1981, adecuándolo al avance científico que permite evidenciar de manera objetiva los signos vitales del concebido. De esta forma, la información que recibe la gestante deja de ser meramente verbal o documental para incluir elementos visuales y auditivos verificables (ultrasonido y latido fetal), lo cual asegura una decisión verdaderamente libre y consciente. En consecuencia, este proyecto no modifica la estructura del consentimiento informado ya prevista en la legislación médica, sino que la fortalece bajo el principio constitucional de respeto por la dignidad humana, la libertad responsable y la protección de la vida en todas sus etapas.

En virtud de todo lo anterior, este proyecto de ley busca dignificar la condición de ser humano del embrión y el feto, que son seres humanos en diverso estadio de desarrollo, pero siempre seres humanos, y busca dignificar su condición conminando al personal médico que interviene en todo procedimiento médico que puede impactar la vida e integridad de ese ser humano en gestación y a la mujer gestante a escuchar el latido de su corazón como medio de prueba de su vida.

Un ser humano en gestación puede sentir dolor, como ser humano sintiente merece protección, todo procedimiento médico que resulte en la muerte de ese ser exige un consentimiento plenamente informado, razón por la cual la mujer gestante debe ser consciente del impacto de la misma, debe ser informada plenamente y previamente acerca de las condiciones de dicho embrión o feto, debe saber que el ser humano por nacer puede sentir dolor, debe ser informada acerca de que el latido de la criatura es detectable, debe escuchar dicho latido y ver la ecografía para que cualquier decisión que pueda impactar la vida o la salud del nasciturus sea consciente y su consentimiento sea plenamente informado.

8. Finalidad del proyecto

El proyecto representa un avance en la protección del derecho a la información, la dignidad de la vida humana, y el ejercicio responsable de la autonomía de la mujer gestante.

A través de:

1. Fortalecer el consentimiento informado.
2. Permitir a la madre recibir información visual y auditiva científica.
3. Humanizar el acto médico y la decisión que pueda surgir de él.

No impone obligaciones coercitivas sobre la mujer, sino deberes informativos sobre el personal médico.

Impacto jurídico y social

- a) Mejora la calidad del consentimiento informado.
- b) Refuerza el principio de precaución en medicina prenatal.
- c) Introduce un enfoque de humanidad y ciencia en la atención a la gestante.
- d) Contribuye a prevenir decisiones precipitadas o basadas en desinformación.
- e) Se armoniza con tendencias internacionales de legislación donde priman las dos vidas: de la madre gestante y del nasciturus

Carácter preventivo y humanizador

Escuchar el latido es un acto mínimo de humanidad y prevención. Le recuerda a la sociedad que detrás de toda decisión médica existe una vida en desarrollo, y asegura que la madre tome su decisión con responsabilidad y verdad, no desde el vacío informativo

Escuchar el latido del corazón fetal no es un acto simbólico ni moralizante: es un acto médico básico de diagnóstico. Incorporarlo al consentimiento informado garantiza que la mujer pueda tomar decisiones libres de manipulación, coherentes con la realidad biológica y con pleno conocimiento de las implicaciones éticas y humanas de su elección.

Protección a la mujer gestante

Este proyecto protege especialmente a la madre:

- **Evita decisiones apresuradas** inducidas por presión social, económica o de terceros.
- **Reafirma su autonomía**, asegurando que ninguna decisión médica pueda adoptarse sin que conozca la existencia, desarrollo y signos vitales del ser que lleva en su vientre.
- **Fortalece la relación médico-paciente**, al devolver confianza y transparencia al acto médico.

"Escuchar su latido no impone una decisión: ofrece una verdad. Y toda verdad es un acto de libertad."

9. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PODRÍAN GENERAR CONFLICTOS DE INTERÉS

De conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, que modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, estableciendo la obligación del autor del proyecto de presentar la descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, frente al presente proyecto, se considera que no genera conflictos de interés, dado que se trata de una norma de carácter general.

No obstante, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley no exime del deber del Congresista de identificar causales adicionales y manifestarlas previamente a la votación.

En los términos anteriores, en nuestra condición de miembros del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia, nos permitimos poner a consideración del honorable Congreso, este proyecto de ley.

10. IMPACTO FISCAL

A la luz de lo previsto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, la presente iniciativa cumple con los parámetros de ley, toda vez que es responsable con los estándares de disciplina fiscal vigente.

11. Articulado

PROYECTO DE LEY No. 314 2025

"LEY ECOS DE VIDA"

"Por medio de la cual se garantiza el consentimiento informado de la mujer gestante mediante la detección y escucha del latido del ser humano por nacer, y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el consentimiento plenamente informado de la madre gestante previo a la realización de procedimientos médicos invasivos, terapéuticos o diagnósticos prenatales que puedan afectar la vida o integridad del ser humano en gestación, mediante la visualización del ultrasonido y la escucha del latido cardíaco fetal, cuando sea detectable, y dictar otras disposiciones.

Parágrafo. No se consideran sujetos a esta ley los exámenes cuyo único propósito sea confirmar la existencia del embarazo, tales como pruebas de laboratorio o exámenes diagnósticos iniciales no invasivos.

Artículo 2. Consentimiento informado reforzado: Como condición para que el consentimiento de la gestante se considere válido y plenamente informado en los procedimientos descritos en el Artículo 1, el personal médico deberá:

- a) Ofrecer a la gestante la posibilidad de visualizar el ultrasonido y escuchar el latido fetal, si es detectable, como parte de su derecho al consentimiento informado. Esto comprende el deber de informarle de forma explícita que lleva en su vientre un ser humano en gestación con signos vitales propios.
- b) Informar de manera clara, científica y comprensible el estado de desarrollo y salud del concebido.
- c) Registrar por escrito el cumplimiento de esta obligación en la historia clínica, dejando constancia de la escucha del latido y la visualización del feto, o de la razón técnica que lo impida.

PARÁGRAFO. En caso de imposibilidad técnica para realizar el ultrasonido o detectar el latido, no podrá ejecutarse el procedimiento, salvo que exista urgencia vital inminente para la gestante o para el concebido, debidamente certificada en la historia clínica.

ARTÍCULO 3. La realización de un ultrasonido deberá realizarse por personal capacitado e idóneo, de conformidad con las prácticas médicas estándares, a efectos de determinar la detección de latidos fetales. Por prácticas médicas estándares, se refiere al grado de habilidad, cuidado y diligencia necesarios, que un médico o personal de salud de la misma especialidad emplearía en circunstancias similares, con alcance al equipo ultrasonido, accesorios y técnica utilizados para establecer la detección de latidos fetales, los que deberán ser apropiados para la edad gestacional estimada del ser humano que está por nacer.

ARTÍCULO 4. El ser humano concebido será considerado paciente desde el punto de vista médico, especialmente en contextos donde se realicen procedimientos diagnósticos o quirúrgicos intrauterinos. En consecuencia, se deberá aplicar el

principio de precaución, el deber de no daño, y las medidas necesarias para aliviar el sufrimiento fetal en caso de intervenciones.

ARTÍCULO 5. En aquellos casos en que, por aplicación de la presente ley, los médicos, personal de salud, que de conformidad con el artículo 3° y una vez realizado el ultrasonido, detecten o no latidos cardíacos fetales, procederán a suscribir un formulario que deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, conservar una copia del formulario, y asentar en la historia clínica correspondiente, en los que deberán detallar:

a) Nombre del o de los médicos/personal de salud interviniente y número de matrícula.

b) Nombre de la institución o quien haga sus veces.

c) Fecha y hora del procedimiento de detección de latidos cardíacos fetales.

d) Edad gestacional estimada del embarazo, entendida como la cantidad de tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último período menstrual de la mujer.

e) Marca y modelo del equipo de ultrasonido utilizado, y técnica de detección realizada. Nombre y número de matrícula del personal que realizó el ultrasonido, si no es la misma del inciso a).

f) Resultado del Ultrasonido en cuanto a tamaño del/de los ser/seres humanos en gestación, edad gestacional en función del tamaño, y resultado de la detección de latidos cardíacos fetales.

ARTÍCULO 6. Los médicos y el personal de salud deberán capacitarse en los contenidos de la presente ley. A tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social implementará los correspondientes programas de capacitación.

ARTÍCULO 7. Reglamentación. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo dispuesto en la presente ley en un plazo no mayor a seis (6) meses desde su promulgación, estableciendo los lineamientos técnicos, formularios y protocolos respectivos.

La reglamentación deberá ceñirse a lo aquí dispuesto.

ARTÍCULO 8. La presente ley se aplicará de manera complementaria y armónica con las disposiciones de la Ley 23 de 1981 y demás normas sobre el ejercicio médico y el consentimiento informado.

ARTÍCULO 9. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

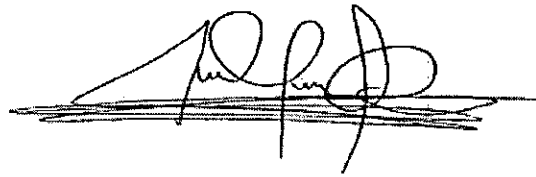
Cordialmente,

 Oscar Mauricio Giraldo Hernández Senador de la República	 Luis Miguel López Aristizábal. Representante a la Cámara
 Juan Daniel Peñuela Calvache. Representante a la Cámara	 Angela Maria Vergara González Representante a la Cámara Departamento de Bolívar
 José Jaime Uscátegui Pastrana Representante a la Cámara	 Soledad Tamayo Tamayo Proyecto de Ley Ecos de Vida Senadora de la República
 Esteban Quintero Cardona Senador de la República	 RUTH CAICEDO DE ENRÍQUEZ Representante a la Cámara



JUANA CAROLINA LONDOÑO JARAMILLO

Representante a la Cámara



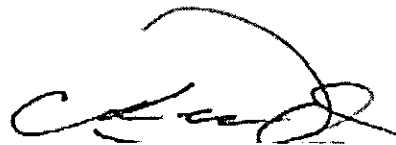
JUAN MANUEL CORTÉS DUEÑAS

Representante a la Cámara



Lorena Ríos Cuéllar

Senadora de la República



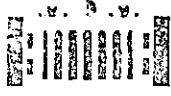
Karina Espinosa Oliver

Senadora de la República



Esperanza Andrade Serrano

Senadora de República



SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 04 de Noviembre del año 2025
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo _____
No. 314 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito por:

H^{os}. Mauricio Giraldo, Esteban Quintanilla, Dolores
Lamayo, Karina Espinoza, Diana Ruiz, Esperanza
Andrade; H^{os} ~~Angelo Jemari y otros Congresistas~~

~~SECRETARIO GENERAL~~