

Bogotá D.C., jueves, 21 de noviembre de 2024

DG

Al responder cite este Nro.
20243101357611

Honorable secretario

RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO

Secretario General Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Congreso de la República

Carrera 7 No. 8 – 68, Edificio Nuevo del Congreso

comision.septima@camamara.gov.co

Bogotá D.C.

Asunto: Comentarios al Proyecto de Ley nro. 312 de 2024 Cámara “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*”. Radicados DNP Nro. 20246631365902 y 20246631375142.

Respetado secretario,

En atención a la solicitud de concepto presentada a este Departamento Administrativo, relacionada con el Proyecto de Ley nro. 312 de 2024 Cámara “*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*” de manera atenta, se presentan los comentarios técnicos y jurídicos en el marco de lo dispuesto en el Decreto 1893 de 2021¹, sin perjuicio de los comentarios que puedan llegar a tener los sectores competentes en virtud de las disposiciones que desarrolla el presente Proyecto de Ley (PL).

I. Antecedentes del Proyecto de Ley

De conformidad con la exposición de motivos del PL del asunto, la iniciativa normativa tiene por objetivo transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud fundamentado en el Aseguramiento Social en Salud. Este Sistema se basa en la atención primaria en salud (APS), la cual es conocida como una estrategia que logra una buena salud a bajo costo, mediante un modelo preventivo, predictivo y resolutivo que parte de la ordenación del territorio del país.

Por tal motivo, y para reorientar el sistema de salud hacia la APS, es necesario la transformación en los ejes de i) rectoría y gobernanza, ii) generación de recursos, iii) prestación de servicios, y iv) financiación. De esta manera, se consolida un sistema de salud hacia el cuidado de la vida. A su vez, con el surgimiento de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud (RIISS), se contribuye a la realización de los elementos más esenciales de la salud como lo son la cobertura, el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, entre otros; pues son la principal expresión operativa de la APS.

En esa línea, la propuesta es conformar las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) que reconocen las particularidades territoriales-poblacionales y garantizan la atención en el lugar más cercano posible. Estas se definen como el conjunto de organizaciones públicas, privadas o mixtas prestadoras de servicios sanitarios conformadas por las entidades territoriales y las Gestoras de salud y vida. Dentro de estas redes, se crean los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para el nivel primario e instituciones de mediana y alta complejidad de nivel complementario.

¹ Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.

Asimismo, en la exposición de motivos del PL se hace hincapié en el nivel primario de atención, toda vez que es el primer contacto de la población con el sistema de salud, a través del establecimiento de un vínculo más profundo. De este modo, dicho vínculo permite la promoción de la salud, la detección temprana de enfermedades y complicaciones y la continuidad de la atención a lo largo del curso de vida. En esa medida, la atención primaria parte de materializar un modelo preventivo y resolutivo.

Por otro lado, en cuanto al financiamiento del sistema de salud, el PL propone la mancomunidad de todos los recursos que financian los servicios de salud en el Fondo Único Público que se propone crear y que será administrado por la Administradora de Recursos de Sistema de Salud - ADRES. En este particular evento de transformación, los autores señalan que la financiación debe ser ajustada de forma progresiva, dado que la atención en salud en Colombia ha estado centrada en la enfermedad y dirigida a las instituciones de alto nivel de especialización.

Lo anteriormente expuesto adquiere gran relevancia al tener en cuenta que, según la exposición de motivos del PL, el sistema de salud actual no muestra resultados que permitan evidenciar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, este modelo de aseguramiento se ha centrado en la cobertura y no en la accesibilidad, propiciando la competencia entre los actores que actúan a través de un sistema de libre regulación del mercado y una débil rectoría del Estado. Igualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) genera niveles de segmentación de la población por capacidad de pago y se centra en la atención de la enfermedad.

Como resultado de la situación precitada, se han aumentado los niveles de morbilidad y mortalidad en el país. En definitiva, Colombia registra bajos resultados en salud si se compara con que el gasto administrativo es del 5.4%. Este porcentaje sobrepasa el promedio de los países que hacen parte de la OCDE y refleja ineficiencias en la gestión y en la gobernanza. De allí que, exista un debilitamiento de la autoridad sanitaria que tiene que ver con dos factores: a) disminución de la transferencia de recursos a los municipios y departamentos, y b) marco normativo orientado a la reducción del Estado.

Por otra parte, el autor trae a colación el comportamiento que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) han tenido desde 1994. Así, desde tal fecha hasta hoy, 130 de 157 EPS han sido liquidadas o se encuentran en proceso de liquidación. Por lo que, sólo 27 se encuentran activas en la actualidad. En el análisis dispuesto en la parte motiva, se observa que estas entidades han fracasado en el cumplimiento de su objeto social, afectando la prestación del servicio de salud y dejando grandes deudas con prestadores, proveedores y talento humano. A manera de ilustración, la Superintendencia Nacional de Salud especificó las conclusiones a las que llegó a raíz de las intervenciones forzosas que realizó durante 2024.

Dentro de la fase diagnóstica de las intervenciones a tres EPS, la Superintendencia concluyó que se presenta, entre otras situaciones, incremento en gastos operativos injustificados y asociados al funcionamiento de prestadores de servicios de salud; ocultamiento de facturación; aumento de costo médico entre los años 2022 y 2023; mayor contratación bajo la modalidad por evento; realización de pagos a prestadores sin el cumplimiento de las condiciones definidas en los contratos y sin la verificación de la calidad de la prestación; direccionamiento de contratos hacia Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con las que se configura conflicto de interés, por participación accionaria, y; ausencia de contratación de red de prestadores para la detección temprana y manejo integral del cáncer.

En atención a lo mencionado, a consideración del autor, es evidente que las EPS presentan fallas en la prestación del servicio y realizan un uso indebido de recursos. Lo anterior se ha permitido, con ocasión a la flexibilización normativa para la operación y funcionamiento de estas entidades. Así lo consideró la Contraloría General de la

República en sus memorandos, en los que cuestionó que tal flexibilización favorece a la situación financiera de las EPS.

Con relación a la clara integración vertical que se presenta entre las EPS y las IPS, se afirma que se produce un debilitamiento de la red pública hospitalaria, pues existe una contratación privilegiada con los prestadores que hacen parte de la integración, dejando resultados lesivos para los prestadores que no se encuentran vinculados a estas EPS, como lo son las Empresas Sociales del Estado (ESE).

Ahora, existe una barrera relacionada con la falta de infraestructura hospitalaria. De ahí que, la accesibilidad a la salud de los residentes de las zonas marginales urbanas, y de las rurales y dispersas del país se vea afectada. Por consiguiente, se reduce la capacidad para resolver las demandas de la población y, consecuentemente, se genera, por un lado, ineficiencia en la asignación y utilización de recursos y, por otro, una atención orientada a la enfermedad y sin asegurar su continuidad. Un dato relevante es que sólo el 9,7% de las IPS existentes se encuentran en áreas rurales y el 90,3% están en las zonas urbanas.

Por su parte, sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en Colombia se encuentra que, la figura de intermediación laboral es el vínculo por el cual, la mayoría de los trabajadores son contratados. Las consecuencias de esta tercerización laboral se relacionan con jornadas laborales excesivas, menores salarios, ausencia de prestaciones sociales y dotación, entre otras. Esto genera una precariedad laboral en el sistema de salud.

Teniendo en cuenta las justificaciones descritas previamente por parte del autor de la iniciativa, el PL tiene por objeto principal:

“(…) transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.”²

En consideración de lo precedente y sin perjuicio del concepto que puedan llegar a emitir el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y los respectivos sectores competentes, nos permitimos presentar las siguientes observaciones frente al presente PL objeto de estudio.

II. Comentarios generales

Para abordar el presente acápite, se presentarán anotaciones generales en el siguiente orden: 1.) En primer lugar, se analizará el trámite legislativo mediante ley ordinaria con ocasión al PL en estudio; 2.) En segundo lugar, se relacionarán recomendaciones respecto al contenido de la exposición de motivos.

1. Comentarios sobre el trámite legislativo del PL

² Proyecto de Ley 312 de 2024. Artículo 1. Pág. 158.

En aras de examinar la constitucionalidad de la iniciativa del PL que se estableció mediante el trámite de Ley Ordinaria, es necesario indicar, de manera preliminar que, existen varios tipos de leyes en el ordenamiento jurídico colombiano. Entre estas se encuentran la ley ordinaria, la ley orgánica y la ley estatutaria. Por su parte, la ley ordinaria hace referencia a la norma jurídica que se tramita y aprueba según el procedimiento legislativo común, puesto que el contenido de esta no se refiere a un tema de especialidad o de carácter excepcional, sino que regula aspectos generales³. Lo anterior, de conformidad con el artículo 150 de la Constitución Política.

Frente a la ley orgánica, se tiene que esta regula la organización y funcionamiento de las ramas del poder público, así como la estructura y competencias de los órganos estatales de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 151 de la Carta Política⁴. Por ello, las leyes orgánicas tienen un carácter esencial en la organización y funcionamiento del Estado.

En cuanto a la ley estatutaria se indica que es una norma de carácter especial por la que se regulan los derechos fundamentales, el ejercicio de la ciudadanía y la organización de las instituciones públicas en relación con ciertos aspectos clave del Estado. Estas leyes son objeto de un tratamiento legislativo diferenciado y están sometidas a un control de constitucionalidad más estricto por parte de la Corte Constitucional. Es así como, la reserva de ley estatutaria se encuentra consagrada en el artículo 152 de la Constitución Política que establece de manera taxativa las materias objeto de regulación, como a continuación se muestra:

“ARTICULO 152. *Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias :*

- a. Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;*
- b. Administración de justicia;*
- c. Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales;*
- d. Instituciones y mecanismos de participación ciudadana;*
- e. Estados de excepción.*
- f. La igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República que reúnan los requisitos que determine la ley.*
- g. Las materias expresamente señaladas en los artículos 116 y 221 de la Constitución, de conformidad con el presente acto legislativo.”*

En suma, en el ordenamiento jurídico de Colombia, las leyes ordinarias, leyes orgánicas y leyes estatutarias tienen una jerarquía y un propósito distinto, pero complementario para el funcionamiento del Estado y la protección de los derechos. De este modo, se asegura el orden y la estabilidad del sistema jurídico, proporcionando un marco legal para regular la vida en sociedad, proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos y garantizar que la organización del Estado se mantenga en consonancia con los principios constitucionales.

Con base en el contexto anterior, en primer lugar, se refiere que, en materia de salud y seguridad social, la Constitución Política, en su artículo 48 dispone que la Seguridad Social “*es un servicio público de carácter obligatorio*” y un derecho irrenunciable⁵. Por su parte, el artículo 49 consagra que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, además señala que “*Se garantiza a todas las personas el acceso a los*

³ Constitución Política. Artículo 150.

⁴ Constitución Política. Artículo 151.

⁵ Constitución Política. Artículo 48.



*servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*⁶ De esa manera, le corresponde al Estado *“organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud (...) conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.”*⁷

A su vez, la Corte Constitucional, en la Sentencia hito T-760 de 2008, reafirmó que el derecho a la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. Además, estableció que el Estado tiene la obligación positiva de garantizar este derecho, tanto desde el punto de vista de la accesibilidad como de la calidad y oportunidad de los servicios. Asimismo, la Corte destaca que el derecho a la salud no debe verse solo como un derecho prestacional, sino como un derecho fundamental que debe ser protegido judicialmente cuando se ve amenazado⁸. Por ello, el mecanismo de protección más eficaz de este derecho en la actualidad es la acción de tutela, consagrada en el artículo 86 de la Carta Política⁹.

En esa línea, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reguló el núcleo esencial del derecho a la salud. Así, el artículo 2 de la precitada ley dispuso a la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. De igual forma, en el capítulo 2 de dicha norma, se establece la garantía y los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, se puede evidenciar que en el ordenamiento jurídico colombiano ya existe la referida ley estatutaria que regula el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.

Paralelamente, la Ley 100 de 1993 *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”*, la cual ostenta la naturaleza de ley ordinaria, es considerada una reforma relevante en el sistema de salud y seguridad social en Colombia, puesto que su objetivo principal fue la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en la prestación del servicio a la salud y la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población¹⁰.

Evidenciando lo anterior, se puede determinar que se reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental a través de la Ley 1751 de 2015, la cual tiene carácter de estatutaria, debido a que el contenido de sus disposiciones jurídicas se enmarca en la reserva legal dispuesta en el artículo 152 Superior, en lo que tiene que ver con el literal a, relacionado con *“Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección”*¹¹. Mientras tanto, la estructuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue establecida mediante el trámite legislativo de ley ordinaria, toda vez que, las disposiciones constituyen aspectos de organización y administración del Sistema de Salud, la prestación del servicio de salud, entre otros, y, como resultado, fue expedida la Ley 100 de 1993.

En relación con el PL objeto de estudio, se pone de presente que su propósito es la transformación del SGSSS en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud. A raíz de ello, el contenido del proyecto:

“Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija

⁶ Constitución Política. Artículo 49.

⁷ Ibidem.

⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2009.

⁹ Presidencia de la República. Decreto 2591 de 1991. *“Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política”*.

¹⁰ Congreso de La República. Ley 100 de 1993. Artículos 3 y 6.

¹¹ Constitución Política. Artículo 152.



*las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.*¹²

Teniendo esto presente, se analiza que, en definitiva, las disposiciones jurídicas del PL abarcan temas operativos y organizacionales del Sistema de Salud y, en esa medida pretende modificar las falencias que el SGSSS detenta. Esto significa que el articulado no está afectando el núcleo esencial del derecho fundamental y no pretende regular de forma integral su alcance, contenido y principios¹³, al contrario, pretende transformar las deficiencias que ha dejado la Ley 100 de 1993. Por lo tanto, el contenido del PL no hace parte de la reserva legal dispuesta en el artículo 152 Superior y, en consecuencia, debe tramitarse como ley ordinaria.

En concordancia con lo analizado, la Corte Constitucional se ha pronunciado con respecto a la prestación del servicio de salud, indicando que el Legislador tiene la tarea de configurar su diseño, teniendo en cuenta el análisis que se realiza de las diferentes alternativas a la luz de *“las condiciones económicas, los esquemas institucionales y las necesidades insatisfechas(entre otros factores), teniendo siempre como norte su realización progresiva en cuanto a calidad y cobertura se refiere.”*¹⁴ Complementariamente, se indica que, la legislación ordinaria regula lo relacionado con *“las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos”*¹⁵.

En esa medida, el desarrollo y la organización del Sistema de Salud debe ser realizado mediante el trámite destinado para las leyes ordinarias. Ante ello, el artículo 150 de la Carta Política establece que el Congreso de la República ejerce, entre otras, la función de *“Interpretar, reformar y derogar las leyes.”*¹⁶ Por tal motivo, el presente PL se encuentra respaldado por mandato constitucional y está acorde con el respectivo trámite que debe surtir ante el Congreso de la República.

En segundo lugar, es claro que la Ley 100 de 1993 es una ley ordinaria que contiene disposiciones sobre la operatividad y organización del SGSSS. Ante las deficiencias que se reflejan en la realidad colombiana y han sido descritas en la exposición de motivos del PL, resulta lógico que se realice una transformación al SGSSS mediante otra ley ordinaria.

Aun cuando con la expedición de la Ley 100, la salud no estaba catalogada como un derecho fundamental, la Sentencia T-760 de 2008, previo a reconocer la crisis del sistema de salud y las violaciones al derecho a la salud, le dio ese estatus de fundamental y, por ese motivo, el Congreso expidió la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en aras de desarrollar su núcleo esencial. En este punto, cabe señalar que la Ley Estatutaria en Salud no derogó ni modificó artículos de la hoy vigente Ley 100, toda vez que, el alcance de la Ley Estatutaria corresponde al desarrollo de un derecho fundamental y no a la estructuración del SGSSS, el cual, como se ha mencionado, se ha regulado mediante ley ordinaria. Lo anterior, teniendo en cuenta que el contenido de la Ley 1751 corresponde a uno de los temas de reserva de ley dispuestos en el artículo 152 constitucional.

Además, se sugiere no perder de vista que en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 de Salud, se ordena establecer **un sistema inclusivo**, que garantice el principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y, como parte del derecho, se reconozcan los determinantes sociales de la salud, tal como se encuentran definidos en la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000.

¹² Proyecto de Ley 312 de 2024. Artículo 1. Pág. 158.

¹³ Corte Constitucional. Sentencia C-022 de 2021. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

¹⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-791 de 2002. M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

¹⁶ Constitución Política. Artículo 170.

De esta manera, resulta razonable que, si ante el llamado de la Corte Constitucional se expidió una Ley Estatutaria para abordar temas esenciales relacionados con el derecho fundamental a la salud y sus medidas de protección, también se expida una ley ordinaria que tenga como último fin superar la crisis del Sistema de Salud, a través de las modificaciones concernientes a la operatividad, a la organización y a la cobertura que no son materia estatutaria, pero que resultan trascendentales para optimizar este sistema.

En tercer lugar, es preciso traer a colación que, la Ley 100 de 1993 ha sido objeto de modificaciones a través de otras leyes ordinarias. Para ilustrar, la Ley 1122 de 2007 tuvo como objeto reformar el régimen de salud, haciendo ajustes en la cobertura y estructura del sistema, y; la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema de Salud, con énfasis en la universalización de la cobertura y la mejora en la calidad de los servicios. Sobre estas legislaciones, se resalta que continúan vigentes y no han tenido ningún problema de constitucionalidad. En ese sentido, es claro que, para interpretar o modificar una ley ordinaria, basta con el trámite ordinario.

En cuanto a pronunciamientos de la Corte Constitucional que consolidan las consideraciones anteriores, se encuentra la Sentencia C-408 de 1994, en la que se realizó un examen de constitucionalidad de la Ley 100 de 1993. Allí, el Alto Tribunal analizó la ley demandada y su enfoque de establecer un sistema mixto de seguridad social que combinara tanto elementos públicos como privados. A su vez, dictaminó que, la regulación de los aspectos técnicos y organizativos del Sistema de Salud debe realizarse a través de leyes ordinarias¹⁷.

Otro fallo constitucional para traer a colación es la Sentencia C-313 de 2014, en la que la Corte Constitucional destacó que, aunque la Ley Estatutaria en Salud regula los aspectos fundamentales del derecho a la salud, corresponde al legislador ordinario regular los detalles operativos del sistema, como la organización de los servicios de salud, la cobertura y las prestaciones. En este sentido, el Alto Tribunal Constitucional dejó claro que el legislador ordinario tiene un papel importante en la estructuración y gestión de los servicios de salud a nivel práctico¹⁸.

Así las cosas, conviene señalar que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido clara en el sentido de que no toda ley que se refiera a un derecho fundamental debe tramitarse como ley estatutaria, sino sólo aquellas leyes que regulen el núcleo del derecho, de lo contrario, se paralizaría el Congreso de la República, en su competencia de proferir leyes, debido a que es muy difícil encontrar una ley que no se refiera de una u otra manera a un derecho fundamental.

En síntesis, se considera que el PL en estudio versa sobre aspectos concernientes a la operatividad y estructuración del Sistema de Salud y la transformación del SGSS hacia un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud. En esa medida, se contempla que el PL debe tramitarse como ley ordinaria, ya que su contenido no se encuentra en el ámbito de la reserva de ley estatutaria al no afectar el núcleo esencial del derecho a la salud. Al contrario, sus disposiciones jurídicas regulan la organización de este sistema, materia que corresponde a la legislación ordinaria, conforme a lo dispuesto por el artículo 150 de la Constitución.

2. Comentarios sobre la exposición de motivos

➤ La salud como derecho fundamental¹⁹

Se recomienda, respetuosamente, considerar la inclusión de derechos fundamentales dirigidos a la población con discapacidad, conforme a lo expuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Ley 1346 de 2009. Esta Convención destaca aspectos esenciales para el reconocimiento directo de los derechos en el sistema de salud de esta población. Dicho reconocimiento ha sido

¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia. C-408 de 1994. M.P. Fabio Moron Díaz.

¹⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

¹⁹ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 12.



identificado por las comunidades a raíz de un problema de calidad, inclusión y accesibilidad en salud. Para superar esta disyuntiva, se ponen de presente los siguientes tres elementos:

- **Establecimiento de medidas adecuadas** para la recuperación física, cognitiva y psicológica, así como para la rehabilitación y reintegración social de las personas con discapacidad (PcD).
- **Promoción del ejercicio efectivo de derechos en salud** sin discriminación por motivos de discapacidad, adoptando medidas asociadas que faciliten el acceso a los servicios de salud, con un enfoque de género.
- **Provisión de servicios de salud necesarios** para la población con discapacidad, especialmente aquellos derivados de su condición, integrando la detección e intervención tempranas para prevenir discapacidades adicionales, incluyendo a niños, niñas y personas mayores, de conformidad con el numeral 4 del artículo 16 y literal b del artículo 25 de la Ley 1346 de 2009.

En efecto, se recomienda considerar las disposiciones en materia de los derechos a la salud, habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, incluyendo a los niños y niñas, teniendo en cuenta los artículos 7, 9 y 10 de la Ley 1618 de 2013²⁰.

➤ **Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas gestantes²¹**

Se sugiere incluir los derechos de las madres gestantes de niños y niñas en riesgo de discapacidad o con discapacidad, con el fin de proporcionar apoyo, orientación y acompañamiento. En definitiva, se considera, respetuosamente, que esta inclusión es pertinente, ya que se enmarca en un modelo predictivo que respalda el proceso de las mujeres gestantes que enfrentan estos posibles riesgos. Además, bajo el enfoque de atención a la población con discapacidad, se integra la normativa nacional en la materia, en particular lo contemplado en la Ley 1618 de 2023:

“Artículo 7°. Derechos de los niños y niñas con discapacidad. (...) 3. Las Direcciones Territoriales de Salud y las Seccionales de Salud de cada departamento, distrito y municipio establecerán programas de apoyo y orientación a madres gestantes de niños o niñas con alto riesgo de adquirir una discapacidad o con discapacidad, que las acompañen durante el embarazo, desarrollando propuestas de formación en estimulación intrauterina y acompañamiento durante la primera infancia.”²²

➤ **Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de niños y niñas²³**

Se recomienda incorporar una mención, ya sea en el texto de la exposición de motivos o en una nota al pie de página, los mandatos legales relacionados con la garantía de los derechos de la niñez en salud, a saber:

“ARTÍCULO 27. DERECHO A LA SALUD. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. (...)”²⁴

²⁰Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

²¹ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 86 en adelante.

²² Congreso de la República. Ley 1618 de 2013. Artículo 7. Numeral 3.

²³ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 89 en adelante.

²⁴ Congreso de la República. Ley 1098 de 2006. Artículo 27.

➤ **Hacia un sistema de salud centrado en las personas y basado en la Atención Primaria en Salud²⁵**

Se sugiere en este componente la inclusión de orientaciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), dispuestas en los Lineamientos Nacionales de RBC del año 2014. Este documento se realizó mediante un proceso desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así, su relevancia radica en los lineamientos ministeriales asociados a los procesos de desarrollo inclusivo desde una mirada territorial, como lo plantea el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) dispuesto en el PL. Por lo tanto, se considera fundamental su inserción en la exposición de motivos, puesto que son parte de los instrumentos que el Ministerio de Salud y Protección Social aporta en el marco de la transformación al Sistema de Salud.

Especialmente, de acuerdo con el enfoque expuesto en las líneas del componente de salud, la RBC permite adelantar acciones relacionales con la APS, que desarrolla cada entidad territorial²⁶. Lo anterior, en atención a que brinda la posibilidad de articulación y sostenibilidad entre ambas, dentro de las acciones del sector salud y los demás sectores, dentro del trabajo multi e intersectorial que se propone en ambas estrategias.

➤ **Prestación de servicios de salud. Gestoras de Salud y Vida²⁷**

“Las Gestoras de Salud y Vida tendrán las siguientes funciones: (...)”

b. En la operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

- Realizar revisión periódica del desempeño de los CAPS
- Establecer los convenios de desempeño de IPS de mediana y alta
- Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia
- Desarrollar las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo
- Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos
- Implementar salas situacionales
- Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial
- Gestionar la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas
- Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos
- Prestar asistencia técnica con planes de capacitación
- Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente
- Validar la facturación del componente complementario²⁸

Frente a esta sección, es oportuno revisar la incorporación en el literal b, denominado “*En la operación de las Redes Integradas de Servicios de Salud*”, la gestión de prestación de servicios especializados y de rehabilitación para las Personas con Discapacidad. Lo anterior, conforme a la obligatoriedad que la normativa dispone frente a la atención en salud y rehabilitación para la población con discapacidad²⁹.

➤ **Financiamiento³⁰**

Se sugiere incluir en los “*Recursos que hacen unidad de caja en el Fondo Único Público de Salud*”, el financiamiento de los servicios de salud, rehabilitación y habilitación para la población con discapacidad. Lo

²⁵ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 100 en adelante.

²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC. Numeral 2.2.1 Salud.

²⁷ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 111.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Congreso de la República. Ley 1618 de 2013. Artículos 9 y 10.

³⁰ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 114 en adelante.

anterior es pertinente, con el propósito de asegurar la atención de las Personas con Discapacidad en lo que tiene que ver con prevención, intervención y diagnóstico, por parte de los CAPS y las RIITS. Esta recomendación se sustenta en los Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad, que se armoniza a los procesos de los CAPS y a lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1618 de 2013, sobre el derecho a la habilitación y rehabilitación integral, y en el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009, relacionado con la salud.

- **Rectoría y gobernanza. 1.1. Conformar equipo técnico coordinador del plan de transición que articulará el nivel nacional y regional³¹**

Se recomienda integrar al Departamento Nacional de Planeación en el marco del equipo técnico coordinador del plan de transición, de la siguiente manera:

“El equipo estará conformado por funcionarios del nivel directivo del Ministerio de Salud y Protección Social, y del Departamento Nacional de Planeación con poder de decisión en las estrategias de articulación de las acciones de la transición y las acciones rutinarias del sistema de salud actual.”

Esta recomendación se fundamenta en varios aspectos técnicos y de gobernanza estratégica, considerando el rol especializado del DNP en la formulación de políticas de desarrollo y en la planificación intersectorial en Colombia, como se describe a continuación.

- **Experiencia en Planeación y Coordinación Intersectorial**

El DNP es la entidad encargada de coordinar los aspectos de planeación estratégica de todas las políticas públicas en Colombia, lo que incluye la formulación de programas que abarcan múltiples sectores, tales como salud, educación, desarrollo económico, y bienestar social. Su participación en el equipo técnico es esencial para asegurar que el plan de transición esté alineado con los objetivos de desarrollo nacional y que se integre efectivamente con otras políticas intersectoriales que inciden en la salud pública, como la infraestructura, el derecho humano a la alimentación y el manejo del riesgo social. Esto permite una planificación coherente y articulada, maximizando los recursos del Estado y asegurando que las estrategias de transición de salud no operen de manera aislada, sino en sincronía con otros programas de desarrollo.

- **Fortalecimiento de la Gobernanza y la Eficiencia en la Implementación**

Al incluir al Departamento Nacional de Planeación en el equipo técnico, se fortalece la gobernanza en el proceso de transición, debido a que se asegura que las decisiones se basen en una planificación estructurada y en la evidencia técnica derivada de la experiencia en gestión de políticas públicas.

III. Comentarios al articulado

- **Artículo 3. Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS)³²**

Se sugiere respetuosamente, que el modelo planteado contemple la posibilidad de que las personas cuidadoras reciban apoyo y capacitación adecuadas, ya que su rol es fundamental para el éxito de la atención primaria basada en el cuidado continuo. En atención a ello, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) estipula que el Estado debe garantizar condiciones para que los cuidadores tengan acceso a herramientas y recursos, lo cual debe estar incluido en este enfoque preventivo y predictivo, de modo que los CAPS puedan verdaderamente responder a las necesidades de una población con creciente demanda de cuidados especializados.

³¹ Ibidem. Pág. 118.

³² Ibidem. Pág. 156 a 157

➤ **TÍTULO II: GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**³³

En este apartado se establece que la gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo la responsabilidad de la "*coordinación intersectorial*". Así, el artículo 5 crea el Consejo Nacional de Salud, liderado por el referenciado Ministerio, cuyas funciones incluyen la "*definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con la intervención en los determinantes sociales de la salud*". Asimismo, esta estructura se replica a nivel territorial, también bajo la dirección del sector salud.

En ese marco, desde la promulgación de la Ley 1438 de 2011, que asigna al Ministerio de Salud y Protección Social la tarea de coordinar los determinantes sociales de la salud, se han identificado limitaciones en la ejecución de acciones intersectoriales efectivas. Esto se debe principalmente a que los recursos asignados al sector salud se destinan exclusivamente para dicho sector, mientras que las intervenciones en otros sectores dependen de sus propios presupuestos y políticas. Esta falta de integración financiera y operativa ha impedido que el Ministerio ejerza un liderazgo efectivo en la coordinación de esfuerzos intersectoriales, lo que reduce el impacto y alcance de las intervenciones en salud pública.

A nivel territorial, la estructura presenta limitaciones, teniendo en cuenta que el presupuesto es gestionado principalmente por las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental. Las autoridades territoriales deben estar directamente involucradas en el proceso de toma de decisiones integrales, dado que, muchos de los determinantes sociales de la salud, dependen de sectores que no están bajo el control directo del sistema de salud.

Ahora bien, en lo que respecta a la coordinación intersectorial, para abordar los determinantes sociales de la salud, se sugiere que el Ministerio de Salud y Protección Social asuma un apoyo técnico más activo, proporcionando directrices y apoyo especializado. No obstante, la gestión y coordinación de los diferentes sectores involucrados con la salud, debería ser liderada por una entidad con la capacidad de articular los esfuerzos multisectoriales, permitiendo que cada sector, como educación, vivienda, y medio ambiente, aporten desde su área de competencia.

En ese sentido, a nivel nacional las entidades que deben liderar la gestión y coordinación de los distintos sectores involucrados en los determinantes sociales en salud deben ser el Departamento Administrativo de Presidencia, el Ministerio del Interior y el Departamento Nacional de Planeación para que exista la posibilidad de realizar acciones en los distintos sectores, de manera conjunta, coordinada y eficaz.

En cuanto a las entidades territoriales, estos son, los Departamentos, Alcaldías y Distritos se sugiere continuar con las figuras existentes como los Comités Municipales de Políticas Sociales (COMPOS), los Comités Distritales de Políticas Sociales (CDS), los Comités Departamentales de Política Social (CDPS), entre otros, dado que quienes lideran estos son los Alcaldes y los Gobernadores.

De esta forma, el Ministerio de Salud y Protección Social mantiene su liderazgo en el ámbito de la salud, mientras se asegura una mejor integración y colaboración entre los diferentes sectores para lograr intervenciones más efectivas en salud pública.

➤ **Artículo 4. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud**³⁴

³³ Ibidem. Pág. 159 a 163

³⁴ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 159.



Se sugiere incluir a Departamento Nacional de Planeación como entidad de apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social en la rectoría del Sistema de la siguiente manera:

*“El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, y con **el apoyo del Departamento Nacional de Planeación**, realizará la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del sistema. Además, el MSPS ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes”*

En efecto, la incorporación del DNP como entidad de apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en la rectoría del sistema de salud está sustentada en las competencias técnicas y la función integradora del DNP en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. A continuación, se presentan las razones para su inclusión:

- **Experiencia en la Formulación y Coordinación de Políticas Intersectoriales**

El DNP tiene una trayectoria consolidada en la formulación de políticas públicas con un enfoque intersectorial en atención a su misionalidad, lo que es crucial para el desarrollo de un sistema de salud que aborde los determinantes sociales de la salud. En concreto, la salud no sólo depende de los servicios médicos, sino también de factores como la educación, el saneamiento, la alimentación y el empleo.

En ese sentido, el DNP, al apoyar al MSPS, facilita la integración de las áreas enunciadas y asegura que las políticas en materia de salud se alineen con otros sectores estratégicos, promoviendo un enfoque de salud en todas las políticas, lo cual resulta fundamental para una gobernanza efectiva.

- **Capacidades en Planificación y Evaluación de Políticas Públicas**

El DNP cuenta con la capacidad técnica para realizar evaluaciones de impacto y seguimiento de políticas públicas, lo que es esencial para evaluar el progreso y los resultados del sistema de salud de manera objetiva y basada en evidencia. Este soporte técnico es crucial para el MSPS, dado que permite que las decisiones en salud estén informadas por datos rigurosos y análisis de impacto. De esta manera, al integrar al DNP como entidad de apoyo, se asegura que las políticas de salud se formulen con una visión a largo plazo y con evaluaciones periódicas que faciliten ajustes y garanticen su sostenibilidad y eficacia.

Por otro lado, se recomienda que en el inciso 3 se deje explícito la responsabilidad de los gobernadores y alcaldes, así:

*“En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los **gobernadores y alcaldes**, como autoridades territoriales respectivas, y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen”*

Inclusive, es pertinente aclarar si en el concepto “*autoridades territoriales*” se consideran las autoridades propias de los grupos étnicos- raciales del país (indígenas, Consejos Comunitarios de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras). Lo anterior aplica para todos los artículos donde se nombran los gobiernos o autoridades territoriales, puesto que, de ser así, el derecho fundamental a la consulta previa de estos pueblos debe materializarse en cada decisión que pueda afectarles.

➤ **Artículo 5. Consejo Nacional de Salud**³⁵

Por una parte, se recomienda revisar la pertinencia de incluir en el Consejo Nacional de Salud a:

1. **Ministerio de Educación Nacional**, considerando que es el ente rector del sector educación. Esto es relevante, puesto que se encuentra en capacidad de: (i) identificar y abordar las brechas que hay en la formación de especialidades y en la disponibilidad de profesionales de la salud; (ii) facilitar el desarrollo de las prácticas profesionales de los estudiantes de la salud; y (iii) potenciar iniciativas que fortalezcan la educación en salud, asegurando que los programas educativos respondan a las demandas del sector.
2. **Ministerio de Igualdad y Equidad**, teniendo en cuenta la competencia sobre los grupos poblacionales más vulnerables, y que el Decreto 1075 de 2024 le asigna funciones en salud, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)**, como rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar identifica en territorio las situaciones que afectan la salud de niños, niñas y adolescentes, y los determinantes sociales de la salud que afectan a esta población. Así mismo, el ICBF realiza procesos administrativos de restablecimientos de derechos, dentro de ellos incluyen el restablecimiento del derecho a la salud. Por último, el instituto brinda el servicio público de bienestar familiar y ese servicio público está articulado con la atención que brinda el sector salud a niñas, niños y adolescentes - NNA y desde esa óptica es importante que pueda dar recomendaciones.

Por otro lado, en el párrafo primero se recomienda hacer la distinción en el sentido de ministro/a, de igual manera, que, en las otras disposiciones en las que se refiera.

➤ **Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud**³⁶

Se sugiere que para el numeral 19, relacionado con el régimen de tarifas y formas de pago, se incluyan los servicios de cuidado de salud en casa o asistencia domiciliaria, dirigida a personas mayores, personas en situación de discapacidad o personas que requieran asistencia médica especial, en atención a su condición de salud.

➤ **Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud**³⁷

Se sugiere revisar el tema del Asistente Personal y Cuidador desde el enfoque de la discapacidad para su implementación. De igual manera, es fundamental revisar la normativa que trata este tópico y la posible armonización con los instrumentos que lo están abordando, a saber:

1. El Oficio del Asistente Personal y Cuidador desde el Ministerio del Trabajo (artículo 9 Ley 2297 de 2023).
2. El Sistema Nacional del Cuidado, donde se reconoce entre los grupos para cuidado a las Personas con Discapacidad.
3. El Numeral C del artículo 28 de la Ley 1346 de 2009.

Asimismo, se recomienda contemplar ampliar el alcance de este artículo, considerando que los servicios Sociales Complementarios en Salud no pueden limitarse de manera exclusiva a la situación socioeconómica. Es

³⁵ Ibidem. Pág. 160.

³⁶ Ibidem. Pág. 163.

³⁷ Ibidem. Pág. 174

importante tener presente que un buen porcentaje de personas que requieren cuidados de su salud en casa, están siendo cuidadas por otras personas no remuneradas, que, en su mayoría, son mujeres o padres o madres o hijos que pueden estar atravesando otras dificultades propias con su salud y/o edad.

➤ **Artículo 20. Prestaciones económicas**³⁸

Se recomienda contemplar extender estas prestaciones por incapacidad médica de los hijos/as, cuyo cuidado esté a cargo exclusivamente del padre o madre cotizante.

➤ **Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)**³⁹

Se sugiere precisar en el párrafo segundo, la Ley a la que hace referencia el artículo 23. Por lo cual, se sugiere mencionar que es de la presente Ley, siempre y cuando sea así.

➤ **Artículo 24. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida**⁴⁰

Se recomienda incorporar al numeral primero lo siguiente: “*Identificación y articulación de la prestación de los servicios sociosanitarios relacionados con los cuidados*”. Además, se sugiere contemplar, el desarrollo de medidas o acciones de transferencia de recursos y de capacidad técnica en los territorios para resolver déficits de cuidados. En el mismo sentido, se recomienda que las Gestoras de Salud y Vida se encarguen de identificar y/o canalizar la prestación de los servicios de cuidado en salud para ser integrados a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y a las Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud - RIITS.

➤ **Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS**⁴¹

Se recomienda incluir en el numeral primero el enfoque de “**curso de vida**”, como criterio determinante de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), ya que permite una mejor identificación y atención de las necesidades de salud específicas de la población en cada etapa de su desarrollo, mejorando la planificación y la efectividad de los servicios de salud.

A su vez, este enfoque reconoce que las necesidades de salud y los riesgos de cada persona cambian a lo largo de su vida, desde la primera infancia hasta la vejez. Por ello, incorporar este criterio en la RIITS facilita que el sistema de salud identifique las características y los riesgos específicos asociados con cada etapa de la vida y adapte sus servicios en consecuencia.

Por ejemplo, la primera infancia requiere un enfoque especial en la nutrición, vacunación y desarrollo psicomotor, mientras que la adolescencia puede requerir servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva con un énfasis especial. De igual forma, los adultos mayores pueden necesitar un enfoque en el manejo de enfermedades crónicas y cuidados paliativos. De este modo, se recomienda que el enfoque de curso de vida sea un criterio determinante dentro del numeral primero de la disposición en estudio de este apartado.

➤ **Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital**⁴²

³⁸ Ibidem. Pág. 175

³⁹ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág 175.

⁴⁰ Ibidem. Pág. 179

⁴¹ Ibidem. Pág. 184.

⁴² Ibidem. Pág 191.

Se sugiere la inserción de un párrafo que establezca el seguimiento al avance del proceso de implementación del modelo en salud y su relación con los resultados en salud, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

➤ **Artículo 37. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual en salud**⁴³

Se sugiere articular esta actividad con el Ministerio de Educación Nacional y el ICETEX para tener una apuesta más amplia e integral.

➤ **Artículo 39. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado – ISE Parágrafo 3**⁴⁴

Preliminarmente, es necesario indicar que el régimen laboral es del fuero del Congreso de la República y, por ende, es reserva de la Ley, o bien cuando el legislador concede facultades extraordinarias al presidente de la República. Ahora bien, se sugiere revisar el articulado con la reforma laboral y otra normativa vigente para generar armonización y cumplir con el propósito de brindar garantías dignas a las y los trabajadores de la salud.

➤ **“Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.”**⁴⁵


Respecto de lo aquí enunciado, es pertinente señalar que las normas deben indicar de manera expresa aquellas que pretenden modificar, lo que no se observa en la presente disposición. Por otro lado, se sugiere revisar la numeración del articulado y modificar el número de la presente disposición, debido a que se nombra como “Artículo 1”, pero en realidad es el último artículo de PL.


En los anteriores se emite concepto sobre el asunto, no sin antes reiterar el compromiso de este Departamento Administrativo como entidad de carácter técnico, para apoyar y fortalecer las iniciativas del Honorable Congreso de la República en ejercicio de la función legislativa.


Cordialmente,





MARIO ALEJANDRO VALENCIA BARRERA
Subdirector General de Prospectiva y Desarrollo Nacional
Departamento Nacional de Planeación

Elaboró y Aprobó: Alberto Bejarano Schiess, Director de Desarrollo Social DDS. 

Consolidó: Solunmy Campos Calderón, Contratista OAJ. 

Revisó jurídicamente: Germán Felipe Correa, Abogado OAJ. 

José Miguel Rueda Vásquez, Jefe Oficina Asesora Jurídica. 

Juan Manuel Ruiz Guillermo, Contratista SGPDN 

Jessica Alejandra Betancur, Asesora SGPDN

⁴³ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág 196.

⁴⁴ Ibidem. Pág 197.

⁴⁵ Ibidem. Pág. 207.