



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 802

Bogotá, D. C., miércoles, 1 de julio de 2026

EDICIÓN DE 14 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

CARTAS DE COMENTARIOS

CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL
PROYECTO DE LEY 602 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se reconoce la labor de las madres y padres cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones.



Al contestar cite Radicado 2026110002406801
Fecha: 25-06-2026 18:00:52
Destinatario: CAMARA DE REPRESENTANTES
Consulte su trámite en:
<https://controldoc.minsalud.gov.co/ControlDocPQR/Consulta>
Código de verificación:
7RI24



Bogotá D.C., 25 de junio de 2026.

Doctor,
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General de la Cámara de Representantes
Congreso de la República
secretaria_general@camara.gov.co
comision_septima@camara.gov.co
Calle 10 # 7-50
Bogotá D.C.

ASUNTO: Radicado 2026200000289163, concepto institucional componente jurídico al proyecto de Ley 602 de 2025 Cámara - *"por medio de la cual se reconoce la labor de las madres y padres cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones"*.

Respetado doctor Lacouture,

Con relación al radicado del asunto, frente a la solicitud de comunicar las consideraciones pertinentes respecto al Proyecto de Ley 602 de 2025 Cámara - *"por medio de la cual se reconoce la labor de las madres y padres cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones"*, que cuenta con ponencia para primer debate en Cámara, esta Dirección Jurídica en ejercicio de las competencias que le asisten, en especial la prevista en el artículo 3, de la Resolución 879 de 2023, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinentes realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones conforme a las argumentaciones que se expondrán a continuación:

1. Antecedentes

La Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, recibió el memorando radicado 2026200000289163, del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, por medio del cual remitió el concepto técnico unificado, consolidado y actualizado en un único radicado contentivo del documento y acompañado de los anexos enunciados en el artículo 8 de la Resolución 879 de 2023 *"Por la cual se establecen directrices para el trámite y emisión de conceptos institucionales a los proyectos de ley y de actos legislativos que cursan en el Congreso de la República y en relación con sus posibles objeciones presidenciales"*, del proyecto de Ley 602 de 2025 Cámara - *"por medio de la cual se reconoce la labor de las madres y padres cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones"*.

2. Concepto institucional, componente jurídico

Una vez revisado y analizado el concepto técnico unificado, consolidado y actualizado suscrito por el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social y la gaceta 1571 del viernes 29 de agosto de 2025 contentiva del informe de ponencia positiva para segundo debate en Cámara del Proyecto de Ley 602 de 2025 Cámara - *"por medio de la cual se reconoce la labor de las madres y padres cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones"*.

De conformidad con lo anterior, se presenta a continuación las observaciones desde un punto de vista jurídico, sobre el texto del proyecto de Ley No. 602 de 2025 C radicado por los Honorables Senadores Antonio Luis Zabaraín Guevara del partido Cambio Radical, Edwing Fabián Díaz Plata del partido Alianza Verde y el Honorable Representante del partido Alianza Verde el 22 de abril de 2025, que fue asignado a la Comisión Séptima Constitucional Permanente:

2.1 Consideraciones del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social:

2.1. El cuidador como parte esencial de bienestar.

*Esta penumbra es lenta y no duele;
fluye por un manso declive
y se parece a la eternidad.*
J.L.Borges

Paulatinamente, se ha ido visibilizando el aporte del cuidado entendido como ese trabajo generalmente no remunerado que se realiza en el hogar el cual incluye la atención de las necesidades de bienestar de parientes y allegados, en algunos de personas en situación de discapacidad. Son labores que implican paciencia, dedicación, tiempo, solidaridad y afecto y reflejan esa consideración especial frente a la persona que se cuida. La problemática está arraigada como parte del tejido social y de la forma en que las sociedades se organizan en la disposición de roles y de división sexual del trabajo que ha recargado en la

mujer esas tareas y lo ha identificado, desde hace un buen tiempo, como una actividad femenina. Cabe agregar que la visión capitalista, que destaca las relaciones mercantiles, ha tendido a no considerarla pues no estaría asociada directamente a la creación de valor, y por lo tanto sin una cuantificación monetaria, tal y como lo ha puesto de presente Nancy Fraser: Mi argumento es que el subsistema económico del capitalismo depende de actividades de reproducción social externas a él, que constituyen una de las condiciones primordiales que posibilitan su existencia. [...] El trabajo de traer al mundo y socializar a los niños es fundamental para este proceso, al igual que cuidar a los ancianos, mantener los hogares, construir comunidades y sostener los significados, las disposiciones afectivas y los horizontes de valor compartidos que apuntalan la cooperación social. En las sociedades capitalistas, buena parte de esta actividad, aunque no toda, se efectúa al margen del mercado: en viviendas, barrios, asociaciones de la sociedad civil, redes informales e instituciones públicas tales como los colegios; y una parte relativamente pequeña de la misma adopta la forma de trabajo asalariado. La actividad de reproducción social no asalariada es necesaria para la existencia del trabajo asalariado, para la acumulación de plusvalor y para el funcionamiento del capitalismo como tal. Este escenario se hizo muy visible en la época de Covid-19 que se vivió en 2020 en que, por las medidas adoptadas y el temor al contagio, la vida laboral y recreativa para una buena cantidad de la población se encriptó en el hogar. En materia de salud, adicionalmente, por el cambio demográfico se ha producido una necesidad de cuidado superlativa hacia personas que, por su situación de salud y ciclo vital, se encuentra en debilidad manifiesta y requieren de un apoyo permanente de otra u otras personas para sus actividades básicas. La evolución jurisprudencial ha llegado a concluir que el cuidado es un derecho fundamental asociado a la salud, así: 62. El derecho al cuidado se fundamenta en principios constitucionales como la dignidad humana y la solidaridad. En el caso de los adultos mayores, el envejecimiento puede conllevar un deterioro funcional progresivo que se traduce en distintos niveles de dependencia para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual genera una necesidad concreta de apoyo para garantizar su bienestar integral. Aunque este derecho no se encuentra expresamente consagrado para	esta población en la Constitución, la Corte ha señalado que este derecho se deriva del deber de corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la sociedad en la protección y asistencia de los adultos mayores, conforme al artículo 46 de la norma superior. Esta corresponsabilidad debe distribuirse de manera equitativa, según las capacidades de cada persona, con el fin de evitar que quienes asumen labores de cuidado enfrenten cargas excesivas que limiten el desarrollo de su propio proyecto de vida, especialmente en un contexto de envejecimiento poblacional y creciente demanda de servicios de cuidado. Esta decisión, además, enunció los requisitos que se deben cumplir para que la carga del cuidado sea asumida por la EPS, y que se explicitan en el siguiente cuadro: Tabla 2. Requisitos para el servicio del cuidado <table><tr><th>Requisito</th><th>Medios de acreditación</th></tr><tr><td>Certeza médica de que el paciente requiere cuidados especiales.</td><td>La orden médica para el servicio. Anotaciones del personal médico que indiquen que el servicio es requerido. La prueba de una enfermedad que por sus características amerita el servicio de cuidador.</td></tr><tr><td>Incapacidad familiar para asumir el servicio</td><td>La familia no tiene la capacidad física para cuidar porque sus miembros tienen alguna de las siguientes condiciones que les imposibilitan realizar las tareas de cuidado: (a) enfermedades, (b) una edad joven o avanzada o, (c) deberes consigo mismo o la familia como sucede con quienes tienen que obtener los recursos de subsistencia. No es posible capacitar o entrenar a los familiares en las tareas del cuidado. La familia no tiene los recursos económicos para contratar el servicio de cuidador/a.</td></tr></table> Diferenció, así mismo, el servicio del cuidado de que despliega el auxiliar de enfermería, ilustrado, de manera muy didáctica, en el siguiente gráfico: Tabla 3. Diferencias entre el servicio de cuidador y el de enfermería <table><tr><th>Servicio de cuidador</th><th>Servicio de enfermería</th></tr></table>	Requisito	Medios de acreditación	Certeza médica de que el paciente requiere cuidados especiales.	La orden médica para el servicio. Anotaciones del personal médico que indiquen que el servicio es requerido. La prueba de una enfermedad que por sus características amerita el servicio de cuidador.	Incapacidad familiar para asumir el servicio	La familia no tiene la capacidad física para cuidar porque sus miembros tienen alguna de las siguientes condiciones que les imposibilitan realizar las tareas de cuidado: (a) enfermedades, (b) una edad joven o avanzada o, (c) deberes consigo mismo o la familia como sucede con quienes tienen que obtener los recursos de subsistencia. No es posible capacitar o entrenar a los familiares en las tareas del cuidado. La familia no tiene los recursos económicos para contratar el servicio de cuidador/a.	Servicio de cuidador	Servicio de enfermería		
Requisito	Medios de acreditación										
Certeza médica de que el paciente requiere cuidados especiales.	La orden médica para el servicio. Anotaciones del personal médico que indiquen que el servicio es requerido. La prueba de una enfermedad que por sus características amerita el servicio de cuidador.										
Incapacidad familiar para asumir el servicio	La familia no tiene la capacidad física para cuidar porque sus miembros tienen alguna de las siguientes condiciones que les imposibilitan realizar las tareas de cuidado: (a) enfermedades, (b) una edad joven o avanzada o, (c) deberes consigo mismo o la familia como sucede con quienes tienen que obtener los recursos de subsistencia. No es posible capacitar o entrenar a los familiares en las tareas del cuidado. La familia no tiene los recursos económicos para contratar el servicio de cuidador/a.										
Servicio de cuidador	Servicio de enfermería										
<table><tr><td>Brinda apoyo físico y emocional a pacientes que dependen totalmente de otra persona para realizar actividades básicas.</td><td>Asegura las condiciones necesarias para la atención médica especializada de un paciente en su domicilio.</td></tr><tr><td>Le corresponde a la familia del paciente y subsidiaria y excepcionalmente al Estado, en virtud del principio de solidaridad.</td><td>Es prestado por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud adscritos a las EPS.</td></tr><tr><td>No es un servicio de salud, sino un servicio complementario (artículo 3.18 de la Resolución 740 de 2024).</td><td>Es un servicio de salud, que hace parte de los servicios de atención domiciliaria.</td></tr><tr><td>No hace parte del PBS-UPC, pero tampoco está excluido de financiación con recursos públicos de la salud.</td><td>Hace parte del PBS-UPC, como servicio de atención domiciliaria.</td></tr><tr><td>Requiere que exista certeza médica sobre la necesidad de recibir el servicio (no necesariamente una orden médica).</td><td>Requiere orden médica.</td></tr></table> Las reflexiones contenidas en la decisión condujeron a reiterar un exhorto, entre otras entidades a este Ministerio, en el siguiente sentido: OCTAVO. REITERAR los EXHORTOS al Gobierno nacional realizados por esta Corte en las sentencias T-583 de 2023; T-446 y T-150 de 2024 y, T-011 y T-199 de 2025, para que, a través de la Vicepresidencia de la República; el Ministerio de Igualdad y Equidad, o quien haga sus veces, y el Ministerio de Salud y Protección Social, participe de las iniciativas normativas relacionadas con una política integral de cuidado y tome las medidas necesarias para garantizar el cuidado como derecho en todo el territorio, entre otras, reconociendo la necesidad de redistribuir responsabilidades. En el marco de esa participación y en el diseño, adopción e implementación de estas medidas, se insta a atender la importancia de establecer el alcance del principio de corresponsabilidad y, las necesidades y capacidades diversas de las personas con necesidades de cuidado y sus familias. Ahora bien, a nivel normativo, la Ley 1413 de 2010 incluyó el cuidado como un elemento relevante en el aporte a la economía y hace ya tres años se adoptó la Ley 2497 de 2023 que tiene como objeto “tiene por objeto establecer medidas efectivas para garantizar el acceso al servicio de cuidador o asistencia personal de las personas con discapacidad que así lo requieran, respetando sus preferencias,	Brinda apoyo físico y emocional a pacientes que dependen totalmente de otra persona para realizar actividades básicas.	Asegura las condiciones necesarias para la atención médica especializada de un paciente en su domicilio.	Le corresponde a la familia del paciente y subsidiaria y excepcionalmente al Estado, en virtud del principio de solidaridad.	Es prestado por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud adscritos a las EPS.	No es un servicio de salud, sino un servicio complementario (artículo 3.18 de la Resolución 740 de 2024).	Es un servicio de salud, que hace parte de los servicios de atención domiciliaria.	No hace parte del PBS-UPC, pero tampoco está excluido de financiación con recursos públicos de la salud.	Hace parte del PBS-UPC, como servicio de atención domiciliaria.	Requiere que exista certeza médica sobre la necesidad de recibir el servicio (no necesariamente una orden médica).	Requiere orden médica.	de acuerdo a un enfoque de derechos humanos, autonomía y capacidad legal de las personas con discapacidad”. Entre las medidas que se adoptan se encuentra: ARTÍCULO 13°. GARANTÍAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO. Para garantizar la atención oportuna en la prevención y tratamiento de enfermedades físicas y mentales, las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, los regímenes de excepción y los entes territoriales deberán: 1. Garantizar que los cuidadores o asistentes personales no remunerados de personas con discapacidad accedan oportunamente a los servicios de salud, a recibir atención psicosocial a través de Rutas de Atención (RIA) en el marco del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) o el que haga sus veces a fin de evitar factores de riesgo físicos y psicosociales por el trabajo que realizan, los cuales demandan capacidades físicas y emocionales todo el tiempo. 2. Eliminar la fragmentación de los servicios, la dispersión terapéutica, así como las barreras administrativas que les impiden el acceso a los servicios de salud física y mental. 3. Simplificar los trámites administrativos para los cuidadores o asistentes personales no remunerados de personas con discapacidad. La propuesta contendría un nuevo avance en el proceso de protección en los términos previstos en la sentencia T-319 ya citada. Ahora bien, a continuación, se formulan observaciones en torno al articulado, teniendo en cuenta como una de los elementos definitorios, el destino específico de los recursos que financian la salud y los elementos que desarrolla la Ley 1751 de 2015 sobre el particular. 2.2. El diseño institucional de financiación del SGSSS. Aspectos generales del proyecto. Por mandato constitucional y desarrollo jurisprudencial, la salud es considerada un derecho fundamental y, por tanto, un pivote básico del Estado social de derecho. En ese sentido, todos los esfuerzos legislativos deben orientarse a garantizar su mayor satisfacción, conforme a los recursos disponibles. Por ello, la tecnificación de la administración se presenta como un paso necesario para alcanzar los fines constitucionales.
Brinda apoyo físico y emocional a pacientes que dependen totalmente de otra persona para realizar actividades básicas.	Asegura las condiciones necesarias para la atención médica especializada de un paciente en su domicilio.										
Le corresponde a la familia del paciente y subsidiaria y excepcionalmente al Estado, en virtud del principio de solidaridad.	Es prestado por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud adscritos a las EPS.										
No es un servicio de salud, sino un servicio complementario (artículo 3.18 de la Resolución 740 de 2024).	Es un servicio de salud, que hace parte de los servicios de atención domiciliaria.										
No hace parte del PBS-UPC, pero tampoco está excluido de financiación con recursos públicos de la salud.	Hace parte del PBS-UPC, como servicio de atención domiciliaria.										
Requiere que exista certeza médica sobre la necesidad de recibir el servicio (no necesariamente una orden médica).	Requiere orden médica.										

Ahora bien, como ya se precisó, la iniciativa busca atender una necesidad social real: la alta carga económica, emocional y de tiempo que asumen los hogares cuidadores de personas con discapacidad severa. Esta situación afecta de manera particular a las mujeres, quienes en numerosos casos se ven obligadas a retirarse del mercado laboral para asumir labores de cuidado no remunerado. No obstante, la propuesta debe atender el diseño institucional vigente y los avances alcanzados en materia de certificación, registro y seguimiento de las políticas públicas dirigidas a las personas con discapacidad. En efecto, el texto propuesto plantea diversos riesgos relacionados con la sostenibilidad fiscal, el desbordamiento de competencias institucionales y las dificultades de implementación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Lo anterior se deriva, principalmente, de trasladar al sistema de aseguramiento en salud responsabilidades que corresponden de manera predominante al ámbito de la política social. En la actualidad, el SGSSS reconoce de manera excepcional cuando es derivado de un fallo de tutela algunos servicios de apoyo al cuidado en contextos específicos. Dichos apoyos se autorizan, principalmente, como servicios complementarios no financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), a través de la herramienta MIPRES, y son financiados con cargo al mecanismo de Presupuesto Máximo o, en ciertos casos excepcionales, mediante recobros. Esta situación evidencia que, incluso bajo el esquema actual —en el que el reconocimiento de estos servicios se realiza de manera excepcional, caso a caso y asociado a condiciones específicas de salud—, ya existe una presión financiera relevante sobre este tipo de prestaciones. Es de resaltar que, el artículo 9° de la Ley Estatutaria de Salud, 1751 de 2015, señala que, respecto a determinantes sociales, como es el caso de factores económicos descritos en el Proyecto de Ley no deben ser financiados con recursos destinados a la cobertura de servicios y tecnologías en salud, como son los recursos administrados por las EPS en Presupuesto Máximo y Unidad de Pago por Capitación (UPC). El principal problema del proyecto de ley radica en que transforma una prestación excepcional, de carácter individualizado y sujeta a valoración clínica, en una obligación legal de carácter general, con reconocimiento económico mínimo garantizado. Adicionalmente, el esquema propuesto prevé que dicho reconocimiento sea asumido inicialmente por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con cargo a los Presupuesto Máximo, recobros u otros mecanismos de financiación del sistema de salud. Este diseño genera implicaciones fiscales significativas, en la medida en que podría ampliar de forma considerable el universo de beneficiarios y trasladar al sistema de salud una carga estructural que, por su naturaleza, corresponde principalmente al ámbito de la política social de cuidado.	Finalmente, en cuanto a su integración, se destaca que el Comité cuenta con una composición participativa, técnica y pluralista, en la medida en que incorpora a los principales actores del sistema de salud, lo cual fortalece su legitimidad y capacidad de respuesta frente a los desafíos del sector. En segundo lugar, el proyecto introduce elementos conceptuales que no se encuentran plenamente armonizados con el marco institucional vigente. En particular, las definiciones de “cuidador” y de “persona con discapacidad severa” se apoyan en criterios como la valoración del médico tratante o en “estándares internacionales”, lo cual podría dar lugar a la creación de una categoría paralela o ambigua frente al esquema vigente de certificación de discapacidad. Actualmente, la certificación de discapacidad en Colombia se realiza mediante un proceso de valoración multidisciplinario, con enfoque territorial, que involucra equipos técnicos de evaluación y se articula con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). En este sentido, la introducción de nuevas definiciones o mecanismos paralelos podría generar inconsistencias operativas, duplicidades institucionales y dificultades para la adecuada identificación y focalización de la población beneficiaria. En materia de focalización, el proyecto establece como criterio el Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar. No obstante, este indicador no fue diseñado como instrumento de focalización socioeconómica de hogares. En Colombia, el principal instrumento para la focalización del gasto social es el SISBÉN, el cual permite clasificar a los hogares de acuerdo con su nivel de vulnerabilidad socioeconómica. En consecuencia, el uso del IBC familiar como criterio de elegibilidad podría generar dificultades técnicas en la identificación de beneficiarios, así como problemas de equidad en el acceso, potencial exclusión de hogares vulnerables y eventuales incentivos a la informalidad laboral. Ahora bien, desde el punto de vista institucional, el proyecto asigna a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a este Ministerio funciones que exceden su ámbito natural de competencias dentro del SGSSS. En particular, se les atribuyen responsabilidades tales como verificar la idoneidad de cuidadores familiares o no sanitarios, realizar visitas domiciliarias periódicas con el fin de verificar las condiciones del cuidado, determinar la permanencia horaria del cuidador, administrar un esquema de reconocimiento económico y crear y administrar un registro nacional de cuidadores. Estas funciones no corresponden al rol tradicional del aseguramiento en salud ni al esquema de dirección de regulación del sector propio del sistema. En particular, las visitas domiciliarias de verificación constituyen una actividad que no hace parte del Plan de Beneficios en Salud ni de los servicios financiados mediante el mecanismo de Presupuesto Máximo, lo que implicaría la creación de nuevas cargas operativas y administrativas para las entidades del sistema, así como la generación de costos que actualmente no cuentan con una fuente de financiación reconocida.
Asimismo, el proyecto plantea la posibilidad de financiar estos servicios mediante recobros a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), lo cual resulta problemático desde el punto de vista del diseño financiero del sistema. El mecanismo de recobros ha sido utilizado históricamente para atender situaciones excepcionales y transitorias, por lo que no resulta adecuado como fuente estructural de financiación para una política de carácter permanente. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la ADRES es una entidad encargada de la administración y giro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mas no constituye una fuente autónoma de financiamiento. En consecuencia, la creación de nuevas obligaciones de gasto requiere la identificación previa de su respectiva fuente fiscal y del mecanismo de financiación correspondiente, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y evitar la generación de presiones adicionales sobre sus recursos. Adicionalmente, el proyecto no define con claridad la fuente de financiación de las obligaciones que propone. En distintos apartados del articulado se hace referencia de manera indistinta a mecanismos como los recobros ante la ADRES y el esquema de Presupuesto Máximo, sin precisar cuál sería el instrumento aplicable ni el origen específico de los recursos que respaldarían el reconocimiento económico planteado. Esta ambigüedad genera incertidumbre sobre el esquema de financiación y dificulta evaluar el impacto fiscal de la medida, en la medida en que ambos mecanismos responden a lógicas de financiación distintas y no fueron diseñados para soportar de manera estructural una política permanente de esta naturaleza. 2.5. Normatividad Relacionada Ley 2456 de 2025, “por medio de la cual se crean los fondos de protección y apoyo a personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales, y se dictan otras disposiciones”. Ley 2297 de 2023: “Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones”. Resolución 2646 de 2024: A través de la precitada se dictan las disposiciones en relación al registro de caracterización de cuidadores, en cumplimiento del artículo 6 de la Ley 2297 de 2023.	La información registrada en el sistema de caracterización e identificación de cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad, será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, para garantizar su inclusión a los beneficios previstos en la Ley 2297 del 2023. Resolución 3280 de 2018: Para dar respuesta a la garantía de la prestación de servicios especiales a favor de los cuidadores establecidos en el artículo 13 de la Ley 2297 de 2023, es importante indicar que el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018 dispuso la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, y adoptó un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud: i) Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, ii) Rutas Integrales de Atención en Salud de Grupo de Riesgo y iii) Rutas Integrales de Atención en salud de eventos específicos, enmarcadas en la Política de Atención Integral en Salud _PAIS_, definiéndolas como herramientas de obligatorio cumplimiento por parte de todos los actores del sector salud. Bajo este marco, es a través de la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos tanto de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAPMS), como para la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP), que se establecen las directrices para su operación. Es la herramienta que orienta el accionar de los integrantes del SGSSS para brindar atención integral a las personas, familias y comunidades, considerando sus situaciones, características y contextos particulares en el curso de la vida y el alcance de los resultados en salud. En este sentido se garantizan las atenciones definidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAPMS) y en la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP), las cuales se estructuran a partir de acciones de gestión de la salud pública, intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, estas últimas ordenadas según su finalidad: i) de valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud; ii) detección temprana; iii) protección específica y iv) educación para la salud; acciones que en su conjunto son requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud, con el deber de ser garantizadas a todas las personas, familias y comunidades. Es importante referir que, de manera particular, el proceso de valoración integral por momento de curso de vida incluye la valoración del componente familiar, desde el cual se identifican situaciones que ponen en riesgo las familias al sobrepasar su capacidad de afrontamiento, entre estas situaciones se incluyen acciones de cuidado de niños y niñas, personas mayores, personas con discapacidad u otras condiciones que requieren cuidado permanente y son asumidas por una sola persona de la familia generando riesgo de agotamiento. Ante esta situación se cuenta con la Consulta de Orientación Básica Familiar en donde se realiza la evaluación de sobrecarga del cuidador o cuidadora a través de la escala Zarit para

de acuerdo con los resultados ampliar la valoración de las capacidades y condiciones de funcionalidad de la familia y si se requiere, la derivación a las rutas de riesgo o evento o la definición de atenciones individuales para la persona que se asume como cuidador y que puede estar afectado por las cargas de cuidado y/o sus condiciones particulares; así como la canalización a servicios sociales. 3. IMPACTO FISCAL Y EXISTENCIA DE UNA FUENTE DE FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE LA LEY 2456 DE 2025 Aunque el proyecto de ley menciona la Ley 819 de 2003 y realiza una consideración específica de impacto fiscal, no plantea de manera específica la forma en que se suplirán las obligaciones que subsidiariamente se generan para el Estado. En efecto, esta ausencia de especificidad del proyecto afecta el mismo al no precisar dicho impacto como una obligación congresional compartida con el ejecutivo. El mencionado artículo 7° dispone lo siguiente: "Artículo 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso. Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberán contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces." (negrillas fuera de texto). La importancia de esta exigencia fue resaltada por la Corte Constitucional en la sentencia C-161 de 2024, en los siguientes términos:	122. La Corte Constitucional ha enfatizado que el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 prevé un mandato general de ineludible cumplimiento: efectuar el análisis del impacto fiscal de todos los proyectos de ley, ordenanza o acuerdo que prevean una orden de gasto, un beneficio tributario o una reducción de ingresos. El análisis de impacto fiscal debe ser explícito y compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP). El MFMP es "un instrumento de planeación financiera que contiene un recuento del comportamiento de la economía del país en el año anterior, establece las metas macroeconómicas anuales a un horizonte de 10 años y define la hoja de ruta para alcanzarlas, con base en análisis y proyecciones de las principales variables macroeconómicas". El MFMP es un referente para la estructuración, deliberación y aprobación de cualquier iniciativa legislativa que contemple erogaciones con los recursos públicos o beneficios tributarios. En efecto, la Ley 819 de 2003 exige que el MFMP contenga, entre otras, "[e]l costo fiscal de las leyes sancionadas en la vigencia fiscal anterior". [...] 142. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, al examinar el cumplimiento de las cargas deliberativas a cargo del Congreso de la República, no le corresponde a la Corte Constitucional llevar a cabo un "control constitucional a la calidad del debate". Con todo, este tribunal ha enfatizado que la carga de deliberación no es una simple formalidad. Para cumplir con las finalidades constitucionales que persigue el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, debe existir -y la Corte debe constatarlo- una deliberación "mínima" o por lo menos "somera" sobre el concepto del MHCP y, en concreto, sobre los referentes básicos del impacto fiscal. Una deliberación abiertamente deficitaria "priva de todo contenido el carácter orientador del criterio de sostenibilidad fiscal, que, a pesar de no ofrecer referentes de validez material específicos, sí establece una pauta de acción al momento en que los órganos toman la decisión de aprobar o improbar medidas con algún impacto fiscal". Ahora bien, como se indicó en los comentarios a los artículo 4° y 9° de la propuesta, la Ley 2456 de 2025 crea el Fondo de Protección y Apoyo a personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales (art. 2°) y dentro de las fuentes de financiación del fondo, se contemplan las siguientes: a. Recursos por aportes voluntarios en la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios destinados o programas de atención a las personas con discapacidad físico o través de sus cuidadores o asistentes personales, conforme se establece en el artículo 20 de la Ley 2277 de 2022; b. Aportes y/o donaciones de particulares, organizaciones no gubernamentales, entidades y/o gobiernos extranjeros; c. Empréstitos externos a nombre de la Nación que gestione el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y que tengan por finalidad financiar este fondo; d. Recursos del Presupuesto General de la Nación; e. Recursos del Programa Renta Ciudadana, de conformidad con el artículo 66 de la Ley 2294 de 2023;
f. Los provenientes del Fondo para la Superación de Brechas de Desigualdad Poblacional e Inequidad Territorial, de conformidad con el artículo 72 de la Ley 2294 de 2023; g. Los aportes y/o donaciones que a cualquier título realicen los gremios, personas jurídicas y/o naturales; h. Los demás que sean asignados al Fondo para el desarrollo de su objeto; i. Los rendimientos financieros que se generen con ocasión de los recursos que concurren al fondo. A su turno, el artículo 4° de esa ley determina la destinación e inversión de estos recursos, y, en el artículo 6°, se establece un Comité para la Administración del Fondo Nacional, encargado de priorizar la inversión de los mismos, utilizando sendos criterios que se establecen en el artículo 7° de dicha norma. La revisión de la norma permite, además, considerar lo previsto en cuento a los Fondos municipales y distritales que tendrían ese mismo objeto. Revisando lo anterior, se observa que existiría una fuente de financiación para el objeto de "desarrollar intervenciones desde los distintos enfoques biopsicosociales para atender a las personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida, inclusión social, promover su autonomía e independencia, y o la superación de las condiciones de pobreza y pobreza extrema que los afecta". En este sentido, el apoyo económico a los cuidadores es una de las posibilidades que surge del mencionado objeto y, en criterio de este Ministerio, lo adecuado y coherente con esta iniciativa sería establecer un nuevo destino en el artículo 4° de la aludida ley, vale decir, prever que, con base en los recursos previstos, se financie dicho apoyo como uno de los usos posibles dentro de unas condiciones de gradualidad y priorización. En efecto, así mismo, y atendiendo la variedad de destinos y a las sentidas necesidades de la población, revisar los criterios de priorización que están previstos en el artículo 7° de la Ley 2456 pues, la idea sería incluir en esa ley, todo lo relativo a dicho apoyo que se ha previsto en el proyecto. 2.2 Consideraciones jurídicas del proyecto de ley 2.2.1. Consideraciones generales El objeto del proyecto de ley es garantizar un reconocimiento económico a aquellas personas encargadas del cuidado de una persona en situación de discapacidad severa (grave), que debido a su condición dependen totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas. Esta materia se pretende regular por medio de una ley ordinaria, lo cual es acertado pues no se encuentra sujeta a reserva de ley estatutaria u orgánica. En ese sentido, el objeto general del proyecto de ley es competencia del legislador ordinario, ya que, en principio, todos los temas pueden ser regulados por el Congreso mediante	ley, en concordancia con el principio de legalidad o de cláusula general de competencia del congreso, que ha sido explicado en la Sentencia C-507 de 2014, con Magistrado Ponente Dr. Mauricio González Cuervo, así: "La expresión reserva de ley tiene varios significados o acepciones, en primer lugar se habla de reserva general de ley en materia de derechos fundamentales, para hacer referencia a la prohibición general de que se puedan establecer restricciones a los derechos constitucionales fundamentales en fuentes diferentes a la ley. Sólo en normas con rango de ley se puede hacer una regulación principal que afecte los derechos fundamentales. En segundo lugar la expresión reserva de ley se utiliza como sinónimo de principio de legalidad, o de cláusula general de competencia del Congreso, la reserva de ley es equivalente a indicar que en principio, todos los temas pueden ser regulados por el Congreso mediante ley, que la actividad de la administración (a través de su potestad reglamentaria) debe estar fundada en la Constitución (cuando se trate de disposiciones constitucionales con eficacia directa) o en la ley (principio de legalidad en sentido positivo). Y en tercer lugar, reserva de ley es una técnica de redacción de disposiciones constitucionales, en las que el constituyente le ordena al legislador que ciertos temas deben ser desarrollados por una fuente específica: la ley. En este último sentido todos los preceptos constitucionales en los que existe reserva de ley imponen la obligación que los aspectos principales, centrales y esenciales de la materia objeto de reserva estén contenidos (regulados) en una norma de rango legal. Es decir, en la ley en cualquiera de las variantes que pueden darse en el Congreso de la República, decretos leyes, o decretos legislativos. Las materias que son objeto de reserva de ley pueden ser "delegadas" mediante ley de facultades extraordinarias al Ejecutivo para que sea éste quien regule la materia mediante decretos leyes. Pero las materias objeto de reserva de ley no pueden ser "deslegalizadas", esto es, el legislador no puede delegar al Ejecutivo que regule esa materia mediante reglamento, en desarrollo del artículo 189.11 de la Constitución." 2.2.2 Consideraciones específicas En el presente acápite se realizan observaciones a algunos artículos del proyecto de ley, teniendo en cuenta el criterio técnico de los Viceministerios: 2.4. Observaciones Generales Del análisis integral del proyecto de ley se advierte que varias de sus disposiciones incorporan de manera concurrente elementos propios de los servicios y tecnologías en salud, mecanismos de apoyo económico, actividades de cuidado familiar, medidas de asistencia social y obligaciones operativas asignadas a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, sin que en todos los casos exista una delimitación normativa suficientemente clara sobre la naturaleza jurídica de cada una de dichas figuras. Esta

circunstancia adquiere especial relevancia en la medida en que el proyecto utiliza simultáneamente categorías asociadas al aseguramiento en salud y otras relacionadas con esquemas de apoyo social y cuidado familiar, generando zonas de indeterminación respecto del alcance de las obligaciones previstas y del mecanismo institucional mediante el cual serían implementadas. En particular, el reconocimiento económico previsto para cuidadores presenta una configuración normativa que no permite identificar con precisión si se trata de una prestación económica de carácter asistencial, de un servicio financiable con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de un mecanismo de apoyo social articulado al aseguramiento. El proyecto lo denomina “apoyo económico”, pero al mismo tiempo lo vincula a la prestación de un “servicio”, dispone su pago inicial por parte de las EPS y prevé su eventual financiación mediante presupuestos máximos, recobros o mecanismos equivalentes. Desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, dicha concurrencia de elementos genera dificultades para establecer el régimen jurídico aplicable, la fuente definitiva de financiación, los mecanismos de auditoría y la delimitación de responsabilidades entre los diferentes actores del sistema. Así mismo, el proyecto incorpora obligaciones relacionadas con afiliación al sistema de seguridad social sin desarrollar de manera expresa aspectos estructurales asociados a dicha figura, particularmente en relación con la naturaleza jurídica del cuidador, la categoría de afiliación aplicable, la determinación del sujeto aportante y las reglas operativas para el reconocimiento y pago de cotizaciones. Esta situación resulta especialmente relevante considerando que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra actualmente sujeta a reglas específicas de identificación, registro y clasificación dentro de los regímenes contributivo y subsidiado, las cuales no son desarrolladas en el articulado propuesto. De igual manera, varias disposiciones remiten al Ministerio de Salud y Protección Social la reglamentación posterior de elementos esenciales para la implementación de la medida, particularmente aquellos relacionados con requisitos de acceso, mecanismos de afiliación, validación de capacidad económica, procedimientos de recobro y operación del reconocimiento económico. No obstante, algunos de dichos aspectos constituyen componentes estructurales del modelo propuesto y, por tanto, requerirían un mayor nivel de precisión directamente en el texto legal, con el fin de evitar indeterminaciones regulatorias posteriores y garantizar seguridad jurídica en la implementación de las medidas previstas.	También se observa la necesidad de fortalecer la armonización conceptual del proyecto con la terminología actualmente utilizada en el marco normativo sobre discapacidad y aseguramiento en salud. Expresiones como “discapacidad grave”, “persona en situación de discapacidad” y “servicio de cuidador” son utilizadas de manera reiterada a lo largo del articulado sin que exista una delimitación uniforme de su alcance técnico y jurídico, circunstancia que puede generar interpretaciones disímiles durante su aplicación. Finalmente, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento en salud, se considera importante que las obligaciones asignadas a las EPS guarden correspondencia con las funciones que el modelo legal vigente les atribuye en materia de afiliación, gestión del riesgo en salud, organización de la prestación de servicios y garantía de acceso a tecnologías financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ello resulta particularmente relevante frente a disposiciones que incorporan obligaciones de reconocimiento económico, validación de condiciones socioeconómicas, capacitación de cuidadores y seguimiento operativo, cuyo alcance debe quedar claramente delimitado para evitar superposición de funciones y dificultades en la implementación del esquema propuesto.				
	<table><tr><th>ARTÍCULO</th><th>OBSERVACIONES</th></tr><tr><td>Epígrafe: “Por medio de la cual se reconoce la labor de los familiares o personas cercanas al núcleo familiar de los cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones”.</td><td>El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: En concordancia con el marco normativo nacional y con los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado colombiano, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como con lo dispuesto en la Ley 1618 de 2013 y la Resolución 1197 de 2024, se sugiere sustituir la expresión “persona en situación de discapacidad” por “persona con discapacidad”, en armonía con la terminología adoptada por el ordenamiento jurídico vigente y el enfoque de derechos que orienta la política pública en la materia. De igual forma, se recomienda suprimir la expresión “discapacidad severa”, en la medida en que este tipo de clasificaciones no se ajusta al enfoque de derechos actualmente vigente en materia de discapacidad. El uso de términos que califican la intensidad de la discapacidad como grave, severa o leve responde a un</td></tr></table>	ARTÍCULO	OBSERVACIONES	Epígrafe: “Por medio de la cual se reconoce la labor de los familiares o personas cercanas al núcleo familiar de los cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones”.	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: En concordancia con el marco normativo nacional y con los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado colombiano, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como con lo dispuesto en la Ley 1618 de 2013 y la Resolución 1197 de 2024, se sugiere sustituir la expresión “persona en situación de discapacidad” por “persona con discapacidad”, en armonía con la terminología adoptada por el ordenamiento jurídico vigente y el enfoque de derechos que orienta la política pública en la materia. De igual forma, se recomienda suprimir la expresión “discapacidad severa”, en la medida en que este tipo de clasificaciones no se ajusta al enfoque de derechos actualmente vigente en materia de discapacidad. El uso de términos que califican la intensidad de la discapacidad como grave, severa o leve responde a un
ARTÍCULO	OBSERVACIONES				
Epígrafe: “Por medio de la cual se reconoce la labor de los familiares o personas cercanas al núcleo familiar de los cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones”.	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: En concordancia con el marco normativo nacional y con los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado colombiano, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como con lo dispuesto en la Ley 1618 de 2013 y la Resolución 1197 de 2024, se sugiere sustituir la expresión “persona en situación de discapacidad” por “persona con discapacidad”, en armonía con la terminología adoptada por el ordenamiento jurídico vigente y el enfoque de derechos que orienta la política pública en la materia. De igual forma, se recomienda suprimir la expresión “discapacidad severa”, en la medida en que este tipo de clasificaciones no se ajusta al enfoque de derechos actualmente vigente en materia de discapacidad. El uso de términos que califican la intensidad de la discapacidad como grave, severa o leve responde a un				

enfoque médico centrado en la deficiencia individual. En contraste, el marco conceptual y normativo vigente reconoce a la persona con discapacidad como sujeto de derechos y entiende la discapacidad como el resultado de la interacción entre las deficiencias y las barreras del entorno que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones. En ese sentido, se sugiere la siguiente redacción: “Por medio de la cual se reconoce la labor de los familiares o personas cercanas al núcleo familiar de los cuidadores de personas con discapacidad con apoyos permanentes y se dictan otras disposiciones”	la OMS y, a través de ella, se clasifican los estados de salud y estados relacionados con la salud. Aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad teniendo en cuenta que dichos aspectos son la resultante de la interacción del individuo con el contexto social (OMS, 2001). Los conceptos centrales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud —CIF, son: Las estructuras y funciones corporales, incluidas las funciones mentales y psicológicas, cuya ausencia o alteración conducen a las deficiencias corporales. Las actividades, ubicadas en el nivel del desempeño individual de tareas y cuyas dificultades conducen a las limitaciones en las actividades. La participación, componente relacionado con el nivel de involucramiento y desenvolvimiento en las situaciones sociales, que al no poder ser desarrolladas llevan a las restricciones en la participación. (OMS, 2001). Finalmente, se recomienda utilizar de manera consistente el término cuidador o asistente personal, en concordancia con lo establecido en la Ley 2297 de 2023, evitando la introducción de definiciones paralelas o ambiguas que puedan generar confusión en la identificación de beneficiarios y en la operacionalización de la política propuesta Por lo anterior, se sugiere la siguiente redacción: Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objetivo garantizar un reconocimiento económico para los cuidadores de personas con discapacidad, que requieran permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria.
Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objetivo garantizar un reconocimiento económico para los cuidadores de personas con discapacidad severa (grave), que requieran asistencia total en su movilidad, alimentación o atención de necesidades básicas.	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: Se sugiere eliminar la expresión “discapacidad grave”, toda vez que este tipo de clasificaciones no corresponden al enfoque de derechos adoptado en el marco jurídico vigente en materia de discapacidad. El uso de términos que califican la intensidad de la discapacidad, como grave, severa o leve, responde a un enfoque médico centrado en la deficiencia individual, mientras que el enfoque actual reconoce a la persona con discapacidad como sujeto de derechos y entiende la discapacidad como el resultado de la interacción entre las deficiencias y las barreras del entorno. Dicho concepto ha sido reiterado por la Corte Constitucional en la Sentencia C-108 de 2023. Así mismo, se sugiere que las referencias a la discapacidad se hagan conforme a la Clasificación según la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) y al certificado de discapacidad vigente en el país, con el fin de garantizar armonización con el marco institucional y normativo existente. Respecto al término de discapacidad severa, es dable mencionar que, la CIF hace parte de la familia de clasificaciones internacionales de
	Artículo 2. Definiciones. La presente Ley tendrá las siguientes definiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social

Cuidadora o cuidador. Es la persona profesional o no, que brinda apoyo de manera permanente, en el cuidado de una persona que sufra una enfermedad severa (grave) sea congénita, mental, accidental o como consecuencia de su edad avanzada, que depende totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS o la Evidencia de Cobertura - EOC o quien haga sus veces por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC, o quien haga sus veces. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de la edad con que cuente la persona bajo cuidado. Persona en situación de discapacidad severa: Aquella que, por causas de enfermedad o limitación de naturaleza que puede ser congénita, mental, accidental o como consecuencia de su edad avanzada; y de acuerdo al diagnóstico de su médico tratante y de los estándares internacionales; se considere como una deficiencia severa o la que haga sus veces en la evolución de la definición, en todos o en la mayoría de los dominios evaluados, de acuerdo a los criterios con base en evidencia científica a saber: Cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades de la vida diaria – ABVD, participación global y en Social, a través de memorando con radicado No. 202620000289163 conceptuaron: <i>Se sugiere que se tenga en cuenta el concepto sobre cuidador o asistente personal referido en la Ley 2297 de 2023, que reza:</i> “Cuidador o asistente personal: Se entiende por cuidador o asistente personal una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia (Ley 2297 de 2023)”. <i>En cuanto al concepto de persona en situación de discapacidad severa se sugiere tener en cuenta:</i> Los conceptos centrales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud —CIF, son las estructuras y funciones corporales, incluidas las funciones mentales y psicológicas, cuya ausencia o alteración conducen a las deficiencias corporales. Las actividades, ubicadas en el nivel del desempeño individual de tareas y cuyas dificultades conducen a las limitaciones en las actividades. La participación, componente relacionado con el nivel de involucramiento y desenvolvimiento en las situaciones sociales, que al no poder ser desarrolladas llevan a las restricciones en la participación. (OMS, 2001). <i>Además, no se recomienda utilizar la expresión “discapacidad severa” en el texto de la ley, en tanto las clasificaciones que califican la intensidad de la condición como severa, grave o leve pueden contribuir a la estigmatización y a enfoques reduccionistas de la discapacidad, asociados históricamente al modelo médico que centra la atención en la deficiencia individual. En contraste, el enfoque biopsicosocial de discapacidad, en el cual la discapacidad no constituye un atributo</i>	consecuencia, requieren apoyos generalizados y permanentes. <i>inherente de la persona, sino el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales, físicas, comunicativas y sociales presentes en el entorno.</i> <i>En coherencia con lo anterior, se recomienda retirar la expresión “profesional o no”, dado que el articulado concentra la figura del cuidador en personas familiares o cercanas a la persona con discapacidad. Incluir a profesionales podría generar confusión con las actividades de cuidado de la salud realizadas por personal sanitario, como la administración de medicamentos intravenosos o la realización de terapia física.</i> <i>Asimismo, se sugiere incorporar la definición de cuidado y asistencia personal, para precisar que la prestación tiene por objeto apoyar la autonomía y la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana, sin sustituir servicios de salud.</i> <i>Se señala también que la sigla EOC utilizada en el proyecto es incorrecta, puesto que significa “Entidad Obligada a Compensar.”</i> <i>En atención a lo expuesto, se sugiere ajustar la redacción de la siguiente manera:</i> Artículo 2. Definiciones. La presente Ley tendrá las siguientes definiciones. Cuidadora o cuidador: Persona que brinda apoyo en la realización de las actividades básicas de la vida diaria a una persona con discapacidad, quien, sin dicha asistencia, no podría realizarlas de manera autónoma. Dicho apoyo puede comprender, entre otras, actividades relacionadas con la movilidad, la alimentación, el cuidado personal y demás acciones necesarias para el bienestar y desenvolvimiento cotidiano de la persona que recibe el cuidado, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS o la evidencia de Cobertura o quien haga sus veces; por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de la edad con que cuente la
persona bajo cuidado, sin que lo anterior implique la sustitución de la prestación de servicios de salud a la persona con discapacidad, cuando fuere necesario. Persona con discapacidad con apoyo permanente. Persona que presenta una o más deficiencias de carácter físico, sensorial, intelectual o psicosocial que, en interacción con diversas barreras del entorno, pueden limitar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás, y que, como consecuencia de dichas condiciones, requiere apoyos significativos o permanentes para la realización de actividades de la vida diaria y para su participación en los diferentes ámbitos de la vida social. Por último, el artículo 2 define a la “cuidadora o cuidador” como la persona profesional o no, que brinda apoyo permanente a una persona que sufra una enfermedad severa, congénita, mental, accidental o derivada de edad avanzada, y que depende totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas. Además, precisa que esa labor no implica sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC. Sobre esta disposición se considera necesario efectuar varias precisiones técnicas. En primer lugar, la definición propuesta mezcla categorías clínicas, funcionales y sociales que deberían diferenciarse. El cuidador no debe definirse a partir de la enfermedad de la persona cuidada, sino a partir de la necesidad de apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria. Desde la perspectiva de operación del aseguramiento, esta precisión es relevante porque evita que la autorización del apoyo se confunda con la existencia de una patología específica y permite centrar la valoración en el grado de dependencia funcional. En segundo lugar, la expresión “edad avanzada” no debería figurar como causa autónoma de discapacidad. La edad, por sí misma, no constituye discapacidad. Lo	técnicamente adecuado sería referirse a personas que, con independencia de su edad, presenten limitaciones funcionales o necesidades de apoyo permanente derivadas de una condición de salud o discapacidad debidamente valorada. En tercer lugar, la referencia a que el cuidador no sustituye la atención paliativa o domiciliaria debe mantenerse, pero con una redacción más precisa. Esto es importante porque las EPS sí tienen obligaciones relacionadas con servicios y tecnologías en salud, pero el cuidado familiar o social no puede confundirse automáticamente con una prestación sanitaria. Por tanto, el proyecto debe diferenciar entre el cuidador familiar beneficiario del reconocimiento económico y el talento humano o servicio formal de salud que pueda requerirse dentro de la atención domiciliaria. En consecuencia, se sugiere ajustar la definición para que no dependa de expresiones como “enfermedad severa”, “discapacidad grave” o “edad avanzada”, sino de la necesidad objetiva de apoyo permanente para actividades básicas de la vida diaria. Una fórmula técnicamente más adecuada sería: “Cuidadora o cuidador: persona que brinda apoyo permanente a una persona con discapacidad que, por sus condiciones funcionales, requiere asistencia significativa o continua para realizar actividades básicas de la vida diaria, tales como movilidad, alimentación, higiene, cuidado personal y demás actividades necesarias para su bienestar cotidiano, sin que dicha labor sustituya los servicios de atención domiciliaria, atención paliativa u otros servicios de salud que deban ser garantizados conforme a la normativa vigente.” Respecto de la definición de “persona en situación de discapacidad severa”, el proyecto la asocia a causas de enfermedad o limitación congénita, mental, accidental o derivada de edad avanzada, y a la existencia de deficiencia severa en dominios como cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades básicas de la vida diaria y participación global.

	Sobre este punto, se recomienda revisar la denominación utilizada. Resulta más adecuado emplear la expresión "persona con discapacidad que requiere apoyos permanentes" o una fórmula similar, en lugar de "persona en situación de discapacidad severa". Ello permite centrar la regulación no en una etiqueta de gravedad, sino en la necesidad concreta de apoyo para la vida diaria, que es el verdadero presupuesto funcional del proyecto.		
Artículo 3°. Beneficiarios. Tendrán derecho a un cuidador aquellas personas en situación de discapacidad que cumplan con los siguientes requisitos: 1. Que se encuentre debidamente autorizado por parte de la EPS o quien haga sus veces y certificado por el médico tratante, que la persona en situación de discapacidad necesita de un cuidador debido a su condición médica grave. 2. Que se trate de una persona con una discapacidad grave, ya sea por una enfermedad severa, congénita, mental, accidental o como consecuencia de su edad avanzada, debidamente identificada, registrada y certificada por su médico tratante en la historia clínica, sin perjuicio de los derechos del paciente sobre su historia clínica y sobre la valoración de su diagnóstico. 3. Que esta persona dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas, según criterio del médico tratante en función de su autonomía médica.	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: Como se ha precisado, se sugiere eliminar la expresión "situación de discapacidad" y reemplazarla por "persona con discapacidad", en concordancia con la terminología adoptada en el marco jurídico nacional e internacional en materia de derechos de las personas con discapacidad. El uso de la expresión "persona con discapacidad" reconoce a la persona como sujeto de derechos conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la Ley 1618 de 2013. Adicionalmente, no resulta adecuado atribuir exclusivamente a un médico la responsabilidad de determinar la condición de discapacidad para efectos del cuidado permanente. Las IPS habilitadas por las Secretarías de Salud para la expedición del certificado de discapacidad cuentan con equipos multidisciplinarios conformados por médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales y físicos, entre otros profesionales. Dichos equipos realizan la caracterización y clasificación de la discapacidad, información que se integra al Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Se sugiere que el proyecto tome como referencia los datos contenidos en el (RLCPD), considerando como condición para asignar un cuidador permanente los grados de discapacidad. De esta manera, se garantiza coherencia con el marco institucional vigente y	4. Que la persona en situación de discapacidad no tenga la capacidad económica, ni su familia, para sufragar el costo del servicio requerido y solicitado a la EPS o quien haga sus veces. 5. Y aquellos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine en su reglamentación Parágrafo. Con el fin de determinar la capacidad económica del afiliado que necesite servicio de cuidador, solo podrán ser beneficiarios aquellas familias que presenten un Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar inferior a seis (6) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo máximo de seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará los requisitos y lineamientos para la asignación de un cuidador, de acuerdo al régimen al que pertenezca el beneficiario.	con la metodología de clasificación ya establecida en Colombia. Por su parte, el certificado de discapacidad constituye el instrumento de acceso a derechos y programas dirigidos a personas con discapacidad. Por ello, se sugiere que cualquier programa de apoyo al cuidado considere la posibilidad de pago de un estipendio a los familiares que realizan labores de cuidado, en articulación con los mecanismos y programas existentes, evitando duplicidades y fortaleciendo la sostenibilidad del sistema. El numeral 2 reitera el uso de la expresión "discapacidad grave" y emplea la categoría de "enfermedad severa", así como clasificaciones como "congénita, mental, accidental o como consecuencia de la edad avanzada". Estas categorías no corresponden al enfoque conceptual actualmente adoptado en materia de discapacidad. En su lugar, se sugiere referirse a las categorías de discapacidad reconocidas en los instrumentos internacionales y en las políticas públicas, tales como: ☐ Discapacidad física ☐ Discapacidad auditiva ☐ Discapacidad visual ☐ Sordoceguera ☐ Discapacidad intelectual ☐ Discapacidad psicosocial (mental) Adicionalmente, se precisa que la historia clínica no constituye un mecanismo de certificación, toda vez que en Colombia la historia clínica es un documento emitido, registrado y custodiado por los prestadores de servicios de salud y contiene el registro cronológico de las condiciones de salud y de la atención brindada al paciente. Así mismo, se recomienda eliminar la referencia a la edad avanzada como causa de discapacidad, dado que la edad por sí sola no constituye una discapacidad. La discapacidad se entiende como el resultado de la interacción entre deficiencias en las funciones o
	estructuras corporales y las barreras presentes en el entorno. El numeral 4 reitera la expresión "persona en situación de discapacidad", la cual se sugiere eliminar por las razones previamente expuestas. En este sentido, resulta pertinente mencionar que la Sentencia C-108 de 2023 de la Corte Constitucional de Colombia declaró inexecutable dicha expresión, al considerar que su uso resulta contrario al enfoque de derechos de las personas con discapacidad. Adicionalmente, las disposiciones contenidas en el numeral 4 y su parágrafo presentan una inconsistencia normativa que podría generar dificultades interpretativas y de aplicación. En efecto, por una parte, el numeral 4 establece como requisito para acceder al beneficio -y, en consecuencia, al eventual reconocimiento económico del cuidador-; que, la persona en situación de discapacidad no cuente con capacidad económica, ni ella ni su núcleo familiar, para sufragar el costo del servicio de cuidado. Este supuesto normativo se orienta claramente a focalizar el beneficio en personas que carecen de capacidad de pago. No obstante, el parágrafo del mismo artículo dispone que únicamente podrán ser beneficiarias aquellas familias cuyo Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar sea inferior a seis (06) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes - SMLMV. Este criterio introduce un umbral económico que, en principio, no necesariamente corresponde a una situación de ausencia de capacidad de pago, toda vez que un núcleo familiar con ingresos inferiores a seis (06) SMLMV podría contar con cierta capacidad económica relativa. En tal sentido, se advierte una posible contradicción entre ambas disposiciones, en la medida en que el numeral 4 plantea un criterio restrictivo basado en la inexistencia de capacidad económica del beneficiario y su	familia, mientras que el parágrafo establece un parámetro de elegibilidad basado en un rango de ingresos que (a criterio) no necesariamente refleja una situación de vulnerabilidad económica absoluta. En ese sentido, se recomienda retirar el parágrafo del presente artículo, toda vez que existe contradicción con el numeral 4, y además, la definición de la asignación del cuidador en los términos planteados desborda el ámbito de las atenciones en salud. En efecto, las labores de cuidado no corresponden a procedimientos, servicios o tecnologías en salud financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), sino que responden a un ámbito distinto de protección social y cuidado. Por su parte, el numeral 5 dispone que el Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar otros requisitos mediante reglamentación. Al respecto, se reitera que el Ministerio cuenta con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), instrumento que permite identificar y caracterizar a las personas con discapacidad, así como sus condiciones de funcionamiento y necesidades de apoyo. Por lo anterior, se recomiendan tener en cuenta las siguientes recomendaciones: Artículo 3°. Beneficiarios. Tendrán derecho a un cuidador aquellas personas en situación de discapacidad que cumplan con los siguientes requisitos: 1. Que se encuentre debidamente autorizado por parte de la EPS o quien haga sus veces y certificado por el médico tratante, que la persona con discapacidad necesita de un cuidador según pertinencia. 2. Que se trate de una persona con discapacidad, que requiera permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria.	

□ Suprimir el numeral 3 ya que se encuentra contenido en el ajuste recomendado para el numeral 2 del presente artículo. 2. Que la persona <u>con discapacidad</u> no tenga la capacidad económica, ni su familia, para sufragar el costo del servicio de cuidado. 3. Y aquellos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine en su reglamentación. Finalmente, sobre el numeral 1. La disposición exige que la necesidad de cuidador esté "autorizada por parte de la EPS" y "certificada por el médico tratante". Esta redacción puede generar dificultad operativa porque no distingue entre el concepto médico sobre la necesidad de apoyo y la autorización administrativa u operativa de la EPS. Desde la perspectiva del aseguramiento, conviene separar ambas fases: el médico tratante determina la necesidad de apoyo con base en criterios clínicos y funcionales, mientras que la EPS verifica las condiciones de acceso y adelanta el trámite correspondiente conforme a la regulación aplicable. El numeral 2 señala que debe tratarse de una persona con "discapacidad grave" por enfermedad severa, congénita, mental, accidental o como consecuencia de edad avanzada. Esta redacción debería ajustarse, pues reitera categorías que pueden resultar imprecisas. Lo relevante para el proyecto no es la causa de la discapacidad, sino la necesidad permanente de apoyo para actividades básicas de la vida diaria tal como se anotó anteriormente. El numeral 3 exige que la persona dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas. Esta condición es más precisa que el numeral anterior y podría integrarse con este para evitar duplicidad normativa. En lugar de exigir simultáneamente "discapacidad grave" y dependencia total, se recomienda establecer como criterio central que la persona requiera apoyo permanente o	generalizado para actividades básicas de la vida diaria, según valoración clínica y funcional. El numeral 4 exige que la persona con discapacidad y su familia no tengan capacidad económica para sufragar el costo del servicio requerido. Este punto requiere una regla operativa más precisa, porque el proyecto no define cómo se verificará esa capacidad económica, qué fuente de información se utilizará, qué integrantes conforman el núcleo familiar para ese cálculo ni qué entidad será responsable de la validación. El párrafo introduce como criterio que el IBC del núcleo familiar sea inferior a seis SMLMV. Esta regla requiere precisión adicional, porque el IBC es una categoría propia de cotización al Sistema de Seguridad Social y no necesariamente refleja todos los ingresos reales de un hogar. Además, el proyecto no define si el IBC se calculará sobre cotizantes activos, sobre todos los integrantes del núcleo familiar, sobre información PILA, sobre declaración del solicitante o sobre bases interoperables. Esa indefinición puede afectar la implementación y generar tratamientos desiguales entre familias del régimen contributivo, subsidiado o con información incompleta. Por tanto, se recomienda que el artículo 3 precise expresamente el mecanismo de validación de la capacidad económica, la fuente de información, el responsable de la verificación y la forma de aplicación diferenciada según régimen de afiliación. Sin esa precisión, la EPS podría quedar obligada a realizar validaciones socioeconómicas que no corresponden propiamente a su función ordinaria de aseguramiento.
Artículo 4. Apoyo económico. Con el fin de reconocer la labor de los cuidadores, podrán desempeñarse como cuidadores los familiares o personas cercanas al núcleo familiar de la persona en situación de discapacidad a las cuales se les reconocerá un	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: Se sugiere eliminar la expresión "situación de discapacidad" y reemplazarla por "persona con discapacidad", en concordancia el marco jurídico nacional e internacional en materia de

sostenibilidad financiera y destinación específica de los recursos públicos del sistema. En ese sentido, permitir que el reconocimiento económico a los cuidadores se financie con cargo a los recursos del sistema implicaría desnaturalizar la finalidad para la cual fueron creados dichos recursos, comprometiendo su correcta administración y el equilibrio financiero del sistema. Por lo tanto, cualquier esquema de compensación o reconocimiento económico dirigido a los cuidadores deberá estructurarse a través de fuentes de financiación distintas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro del marco de las políticas sociales o de protección a la discapacidad que defina el legislador, pero sin trasladar dicha carga a los recursos destinados al financiamiento de las prestaciones en salud. Ahora bien, en relación con los recobros, es importante precisar que el reconocimiento económico a través del mecanismo de recobros, se realiza de manera excepcional, teniendo en cuenta que el SGSSS, contempla una estructura de financiación que sufraga gastos y tecnologías en salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, a través de dos mecanismos de reconocimiento y pago: i) Unidad de Pago por Capitación - UPC y ii) Presupuestos Máximos, para aquellos servicios y tecnologías no financiados a través de la UPC. En ese contexto, el mecanismo de recobros no constituye un instrumento ordinario de financiación del sistema, sino un procedimiento administrativo de carácter excepcional mediante el cual las Entidades Promotoras de Salud -EPS; solicitan el reconocimiento de determinados valores que se originan en decisiones con efectos jurídicos, tales como órdenes judiciales o situaciones particulares que dan lugar a reclamaciones ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. Al respecto, mediante concepto jurídico No. 20251200002991 de 2025, la Administradora	de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, señala lo siguiente: “El artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, modificado por el artículo 152 de la Ley 2294 de 2023, regula los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud, definiendo el procedimiento respecto a cómo realizar las solicitudes formales de estos conceptos ante la ADRES, que es una Entidad pública adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. Es claro que el recobro se enmarca en el término de reclamación administrativa de que trata el artículo 6 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, puesto que, una reclamación administrativa es, en esencia, una solicitud formal presentada ante una entidad pública para que esta se pronuncie sobre un derecho que se pretende. En ese sentido, el proceso de recobro del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 se ajusta a esta definición puesto que: i) Es una solicitud ante la administración mediante el cual las EPS presentan una solicitud formal para que les sea reembolsado los costos de servicios o tecnologías no cubiertos, ii) Busca una decisión con efectos jurídicos, ya que el objetivo del recobro es obtener una decisión de la administración que cree, modifique o extinga una situación jurídica; en este caso, que se reconozca una obligación de pago a su favor, y iii) Genera una respuesta de la administración, pues, como resultado de la solicitud de recobro, la entidad administrativa, a través del procedimiento establecido, realiza una revisión, emite glosas y toma la decisión definitiva
mediante acto administrativo, que reconoce o no una obligación. Asimismo, una característica fundamental de la reclamación administrativa es que, en muchos casos, constituye un requisito de procedibilidad para poder demandar al Estado. Y, el artículo 73 establece esta misma lógica al indicar en su literal b que “El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación”. Por consiguiente, el procedimiento de recobro del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 es una modalidad específica de reclamación administrativa, al identificarse plenamente que el propio artículo describe el procedimiento utilizando los términos recobros y reclamaciones de manera conjunta e intercambiable, que el trámite encaja con un procedimiento administrativo y que este es requisito para iniciar las acciones judiciales que correspondan.”. De acuerdo con lo señalado por la ADRES, los recobros corresponden a reconocimientos económicos excepcionales que surgen de una reclamación administrativa por parte de las EPS, cuya procedencia depende de la verificación de los requisitos normativos y técnicos establecidos para tal fin. Bajo esta lógica, el mecanismo de recobros no puede ser entendido ni configurado como una fuente estructural, permanente o cierta de financiación para el reconocimiento de apoyos económicos distintos a los servicios y tecnologías en salud que integran el ámbito propio del sistema. En consecuencia, pretender que el eventual reconocimiento económico dirigido a los cuidadores se financie a través de este mecanismo desnaturalizaría su finalidad jurídica y administrativa, toda vez que los recobros no fueron concebidos como un esquema de financiación de prestaciones sociales o asistenciales ajenas a la prestación directa de servicios de salud.	En relación con lo señalado en el parágrafo 1 del artículo 4 del proyecto de Ley, resulta pertinente destacar el concepto de impacto fiscal emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el pasado 18 de noviembre de 2025, en el cual se exponen las estimaciones preliminares respecto del costo que implicaría la implementación de la medida propuesta. De acuerdo con dicho análisis técnico, se advierte que, “en Colombia se han registrado 3.974.522 personas con discapacidad conforme a la definición del Grupo de Washington, de las cuales el 38.2% requieren de asistencia por parte de otra persona, lo que correspondería a aproximadamente 1.5 millones de personas. Considerando lo anterior, si cada persona en situación de discapacidad que requiere asistencia contara con un cuidador a su cargo y a este se le reconociera un salario mínimo legal mensual vigente – SMLMV, es decir, \$1.423.500, el costo de la medida correspondería a \$25 billones anuales. Por su parte, si se les reconociera el 75% de un SMLMV, es decir, \$1.067.625, el costo ascendería a \$19 billones anuales (precios 2025).”. En este sentido, considerando el valor estimado por el análisis anterior y teniendo en cuenta el salario mínimo mensual legal vigente- SMLLV de la vigencia 2026, la implementación de la medida tendría un efecto de \$32 billones de pesos y de \$24 billones calculando una remuneración del 75% del SMLLV. Estas cifras evidencian que la medida proyectada tendría un impacto fiscal significativo sobre las finanzas públicas, circunstancia que exige un análisis riguroso desde la perspectiva de los principios de sostenibilidad fiscal, planeación del gasto público y responsabilidad en la creación de obligaciones a cargo del Estado. En este sentido, el propio concepto técnico advierte que tales estimaciones se presentan sin perjuicio de que el costo real pueda variar dependiendo de la situación económica de cada núcleo familiar y de su capacidad para

asumir o no la labor de cuidado, lo que introduce además un elemento de incertidumbre en la proyección del gasto público asociado a la medida. En efecto, el SGSSS se estructura sobre la base de un régimen de financiación con destinación específica, cuyos recursos se encuentran legalmente orientados a garantizar la prestación de los servicios de salud y el aseguramiento de la población. En ese sentido, tanto la normatividad que regula dicha actuación, en la que se destaca el artículo 141, de la Ley 1438, de 2011, al igual que lo reglamentado en la Ley 1751 de 2015 y lo preceptuado el artículo 48 de la Constitución Política; establecen que los recursos de la seguridad social no pueden ser destinados ni utilizados para fines distintos a los que les son propios, y deben emplearse exclusivamente para la financiación de las prestaciones y servicios propios del sistema. Bajo ese marco, la eventual implementación de un esquema de reconocimiento económico a favor de los cuidadores de personas en situación de discapacidad genera en sí misma impactos indirectos y estructurales sobre el SGSSS, particularmente en lo relativo a la sostenibilidad financiera del sistema y a la destinación específica de los recursos que lo integran. Ahora bien, con relación a la consagración del apoyo económico, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como la Ley 2291 de 2023, establecen la posibilidad de remuneración del asistente personal, señalando que: "Cuidado o asistencia personal: Es la atención prestada por familiares u otra persona a personas con discapacidad de manera permanente con enfoque de derechos humanos de conformidad con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El cuidado o asistencia personal podrá ser remunerado."	Conforme a lo ya indicado, es importante precisar que el servicio de cuidador o asistente personal no hace parte del alcance de los servicios de salud, por lo que no resulta procedente financiarlo directamente desde el SGSSS. En este sentido, se sugiere explorar otras fuentes de reconocimiento económico para quienes, como familiares, realicen labores de cuidado o asistencia personal, tales como: - Apoyos económicos o programas de acompañamiento del ICBF dirigidos a familias de personas con discapacidad. - Mecanismos de flexibilidad horaria, como los previstos en el artículo 47 de la Ley 2466 de 2025, que permiten a los trabajadores realizar asistencia personal o cuidado de familiares sin remuneración directa, manteniendo su vinculación laboral en forma remota o desde casa. - Programas de cuidado permanente ofrecidos por instituciones a las cuales se vincule la persona con discapacidad, asegurando la continuidad del cuidado mientras los familiares desarrollan sus actividades laborales habituales. - Programas de apoyo al emprendimiento de cuidadores y asistentes personales, que reconozcan económicamente la labor de cuidado a través de incentivos o subsidios específicos. En relación con el reconocimiento económico propuesto para cuidadores o asistentes personales y su carácter ajeno a la relación laboral, es necesario advertir que podría generarse un riesgo de constitución de relaciones laborales de facto. Esto se fundamenta en el artículo 53 de la Constitución Política, que establece la primacía de la realidad sobre las formas, según el cual la existencia de hechos materiales que configuren una relación laboral prevalece sobre la denominación formal que se le otorgue. Dado que el servicio de cuidado permanente implica una actividad compleja, continua y de carácter esencial para la vida cotidiana de la persona con discapacidad, el reconocimiento económico podría ser interpretado
judicialmente como una retribución laboral, lo que abriría la puerta a reclamaciones progresivas de derechos y acreencias laborales por parte de quienes desempeñen estas funciones. Este riesgo debe ser considerado en el diseño del programa, definiendo de manera clara los límites del reconocimiento económico y su carácter no laboral, así como los mecanismos de supervisión y control necesarios para evitar contingencias jurídicas y fiscales. No resulta claro cuál sería el mecanismo de financiamiento del apoyo económico propuesto, dado que en distintas partes del proyecto se hace referencia de manera indistinta a la UPC, al Presupuesto Máximo y a los recobros ante la ADRES. Esta ambigüedad dificulta la evaluación de la sostenibilidad financiera del programa y genera incertidumbre sobre la procedencia de los recursos. Adicionalmente, debe destacarse que los recursos destinados al apoyo económico de cuidadores y asistentes personales no corresponden estrictamente a prestaciones de salud, sino que se tratan de subsidios sociales orientados a reconocer labores de cuidado no remunerado. En consecuencia, estos apoyos deberían asociarse a la Política Nacional de Cuidado y estar bajo la responsabilidad del Ministerio de la Igualdad y Equidad, del Departamento para la Prosperidad Social o de la entidad que haga sus veces, evitando que recaigan exclusivamente sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ley, tal como está planteada, trasladaría una responsabilidad del Estado en materia de asistencia social hacia las EPS, delegando nuevas funciones que no corresponden enteramente a su rol dentro del aseguramiento en salud, tales como: verificación de cuidadores, capacitación y realización de visitas domiciliarias. Esta transferencia de responsabilidades genera riesgos operativos, administrativos y financieros, y podría afectar la sostenibilidad y eficacia del sistema de aseguramiento en salud.	Estos comentarios permiten entrar a revisar la posibilidad de que se revise el alcance de la Ley 2456 de 2025, "por medio de la cual se crean los fondos de protección y apoyo a personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales, y se dictan otras disposiciones", que ya cuenta con una fuente de financiación y que exigiría determinar un nuevo destino a esos recursos, y una gradualidad en su aplicación, tema que se abordará con más detenimiento en el análisis de impacto fiscal. Finalmente, sobre esta disposición se considera necesario efectuar varias precisiones técnicas de relevancia para la operación del aseguramiento en salud: En primer lugar, el artículo no define con claridad la naturaleza jurídica del reconocimiento económico que pretende crearse. La disposición lo denomina "apoyo económico", pero simultáneamente lo vincula al "servicio" de cuidador y establece que deberá ser pagado por las EPS con cargo a mecanismos de financiación asociados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esa redacción genera una dificultad técnica relevante, en la medida en que no permite establecer con precisión si el proyecto está creando: una prestación económica de carácter asistencial, un servicio social de apoyo familiar; una tecnología o servicio financiable con recursos del SGSSS o un mecanismo híbrido entre asistencia social y prestación sanitaria. La precisión de este aspecto resulta indispensable, particularmente porque el proyecto remite expresamente a presupuestos máximos y recobros, figuras que dentro de la estructura vigente del aseguramiento se encuentran asociadas a mecanismos de financiación de servicios y tecnologías en salud, y no propiamente a transferencias económicas permanentes a familiares cuidadores. En segundo lugar, la disposición asigna inicialmente a las EPS la obligación de efectuar

el pago del reconocimiento económico. No obstante, el proyecto no define el procedimiento operativo para dicho reconocimiento, la periodicidad del pago, las condiciones de permanencia, los mecanismos de auditoría, las causales de suspensión ni los criterios para verificar la efectiva prestación del apoyo. La ausencia de dichas reglas genera indeterminación sobre el alcance concreto de la obligación que recaería sobre las EPS y sobre la forma en que esta se integraría a las funciones propias del aseguramiento en salud. En tercer lugar, el párrafo 2 establece que el reconocimiento económico "en ningún caso constituirá una relación laboral entre el cuidador y la EPS". Si bien la disposición pretende delimitar la naturaleza jurídica del vínculo, lo cierto es que el proyecto simultáneamente asigna a las EPS obligaciones de autorización, pago, eventual afiliación al sistema de seguridad social y verificación de idoneidad del cuidador. Desde la perspectiva técnica del aseguramiento, esa concurrencia de obligaciones hace necesario que el proyecto delimite con mayor precisión: el tipo de vínculo jurídico existente entre cuidador y sistema, el alcance de las obligaciones de las EPS y la naturaleza específica del reconocimiento económico previsto. Lo anterior resulta particularmente relevante considerando que el artículo 5 del mismo proyecto prevé la afiliación del cuidador al sistema de seguridad social. En cuarto lugar, el párrafo 3 dispone que la EPS deberá asegurarse de que el familiar o persona cercana al núcleo familiar cuente con la idoneidad suficiente para desarrollar la labor de cuidado. Sobre este punto, se considera necesario precisar: qué se entenderá por idoneidad, qué criterios objetivos serán utilizados para verificarla, si existirán procesos de capacitación obligatoria y cuál será el alcance de responsabilidad de la	EPS frente a la validación de dicha condición. La disposición, en su redacción actual, podría generar cargas operativas indeterminadas para las EPS, particularmente porque el proyecto no define estándares técnicos, mecanismos de certificación ni autoridades competentes para validar tales condiciones. Artículo 5°. Necesidad del cuidador. En caso de que la persona en situación de discapacidad grave certificada por el médico tratante en el marco de su autonomía médica necesite del apoyo de un cuidador con un perfil específico debido a su condición de salud, deberá ser autorizado, afiliado al sistema de seguridad social y suministrado y pagado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o quien haga sus veces, la cual determinará la permanencia horaria de este servicio teniendo en cuenta las necesidades del beneficiario, con base en el criterio de necesidad que especificó el médico tratante. Parágrafo. El Ministerio de Salud en coordinación con la Administradora Colombiana de Pensiones (Colpensiones) en un plazo de seis (6) meses determinará el procedimiento que permita la aplicación efectiva del presente artículo. EPS frente a la validación de dicha condición. La disposición, en su redacción actual, podría generar cargas operativas indeterminadas para las EPS, particularmente porque el proyecto no define estándares técnicos, mecanismos de certificación ni autoridades competentes para validar tales condiciones. El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 202620000289163 conceptuaron: Inicialmente, se sugiere eliminar la expresión "discapacidad grave", toda vez que este tipo de clasificaciones no corresponden al enfoque de derechos adoptado en el marco jurídico vigente. Por su parte, se aclara que, la discapacidad no es certificada por el médico tratante, esto se estipula a través de una historia clínica y es certificada a través de un prestador de servicio de salud habilitado por la Secretaría de Salud y en cumplimiento del procedimiento de certificación de discapacidad, el cual se encuentra reglamentado en la Resolución 1197 de 2024. Si lo que se requiere es que se determine, se puede referir a la historia clínica con diagnóstico relacionado con la discapacidad, emitido por el prestador de servicio de salud. Ahora bien, resulta necesario precisar que el SGSSS se estructura sobre los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, consagrados en la Constitución Política y desarrollados por la Ley 100 de 1993, en virtud de los cuales el sistema tiene como finalidad garantizar el aseguramiento y la prestación de los servicios contenidos en el Plan de Beneficios en Salud a la totalidad de los residentes en el territorio nacional, en todas las etapas de su ciclo vital. En desarrollo de dicho modelo, el legislador adoptó un esquema de aseguramiento general, en el cual la afiliación al sistema se realiza a través de las Entidades Promotoras
de Salud – EPS; que operan en los regímenes contributivo y subsidiado. Bajo esta lógica, toda persona residente en el país debe asegurar su vinculación al sistema mediante la afiliación al régimen que corresponda según su capacidad de pago, bien sea aportando al régimen contributivo o accediendo al régimen subsidiado cuando carezca de dicha capacidad, conforme a los criterios de focalización definidos por la normativa vigente. En virtud de lo expuesto, la afiliación al SGSSS de las personas que ejercen labores de cuidado debe garantizarse conforme a las reglas generales del modelo de aseguramiento previstas en el ordenamiento jurídico, independientemente de su condición de cuidador. En ese sentido, el acceso a los servicios y tecnologías en salud se encuentra asegurado a través de los mecanismos ordinarios de afiliación al sistema, ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, según corresponda a su capacidad de pago y a los criterios de focalización establecidos por la normativa vigente. Adicionalmente, en los casos en que se requiera la prestación de servicios de salud a una persona en condición de discapacidad, el profesional de salud tratante está facultado para expedir la orden médica correspondiente, especificando el servicio requerido conforme a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). En línea con lo anterior, no resulta procedente establecer una relación contractual entre el sistema de salud y un cuidador ajeno al mismo, tal como se menciona en el párrafo que prevé coordinación entre Colpensiones y este Ministerio. La determinación de la necesidad de un cuidador ajeno al sistema de salud no corresponde al médico tratante, sino que forma parte de los apoyos humanos identificados en el Certificado de Discapacidad, los cuales son evaluados y establecidos por un equipo multidisciplinario durante la caracterización de la persona con discapacidad. De esta manera, se evita la confusión entre los servicios de salud —que son competencias del SGSSS— y los apoyos de cuidado personal o	asistencia permanente, que deben gestionarse a través de mecanismos de política social o de la Política Nacional de Cuidado. Por lo anterior, no resulta procedente establecer definiciones relacionadas con la asignación de cuidadores sociales ni con perfiles específicos de cuidado, toda vez que las fuentes de financiación del sector salud no contemplan la cobertura de labores de cuidado, sino prestaciones, servicios y tecnologías en salud; en consecuencia, tampoco corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social adelantar procesos de coordinación con Colpensiones u otros fondos de pensiones para estos efectos. Así mismo, el párrafo evidencia falta de claridad en la identificación de los actores y sectores involucrados, así como en la delimitación de competencias institucionales, fuentes de financiación y definiciones operativas, lo cual podría generar dificultades para su implementación. Finalmente, sobre este artículo se considera necesario efectuar varias precisiones técnicas relacionadas con la operación del aseguramiento, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social y el alcance de las obligaciones asignadas a las EPS. En primer lugar, la disposición incorpora simultáneamente obligaciones de: autorización, afiliación al sistema de seguridad social, suministro del cuidador y pago del mismo, sin definir con precisión la naturaleza jurídica del cuidador ni el tipo de vínculo a través del cual operaría dicha relación. La ausencia de esa delimitación genera una dificultad técnica relevante, particularmente porque el proyecto no establece: si el cuidador será considerado trabajador dependiente, contratista independiente, cuidador informal beneficiario de apoyo estatal o una categoría especial dentro del Sistema Integral de Seguridad Social. Dicha precisión resulta necesaria considerando que el propio proyecto, en el

	artículo 4, excluye expresamente la existencia de relación laboral entre el cuidador y la EPS. No obstante, el artículo 5 asigna a la EPS obligaciones que normalmente se encuentran asociadas a esquemas de vinculación formal, particularmente en materia de afiliación al sistema de seguridad social. En segundo lugar, la disposición señala que el cuidador deberá ser “afiliado al sistema de seguridad social”, pero no define a cuál de los componentes del sistema se refiere, quién tendría la calidad de aportante, cuál sería el ingreso base de cotización ni la fuente de financiación de los aportes correspondientes. Lo anterior resulta relevante si se tiene en consideración que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra regulada en el artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016, el cual establece que la afiliación constituye un acto que se realiza por una sola vez y mediante el cual se adquieren los derechos y obligaciones derivados del sistema, efectuándose con el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una EPS o EOC. En ese contexto, la disposición propuesta requiere una regulación mucho más precisa respecto de la forma en que operaría dicha afiliación, particularmente considerando que el proyecto no define si el cuidador adquiriría la condición de cotizante, beneficiario o afiliado bajo una categoría especial. En tercer lugar, el artículo atribuye al médico tratante la certificación de la “discapacidad grave” y la determinación de la necesidad del cuidador. Sobre este aspecto, resulta necesario precisar que los procesos de certificación de discapacidad cuentan actualmente con regulación específica y procedimientos propios de valoración interdisciplinaria, razón por la cual convendría diferenciar la certificación de discapacidad de la valoración médica sobre necesidad de apoyo o acompañamiento permanente. Por último, el parágrafo remite al Ministerio de Salud y Protección Social y a Colpensiones la	definición posterior del procedimiento para la aplicación efectiva del artículo. Sobre este punto, se considera técnicamente importante advertir que varios de los elementos estructurales de la medida no se encuentran definidos directamente en el proyecto de ley y quedan diferidos a reglamentación posterior, particularmente aquellos relacionados con: ☐ naturaleza del vínculo jurídico; ☐ reglas de afiliación; ☐ financiamiento de aportes; ☐ y operación del esquema de seguridad social aplicable al cuidador. Por tal razón, se considera necesario que el articulado legal incorpore mayores precisiones sobre dichos aspectos, con el fin de evitar indeterminaciones regulatorias y operativas en la implementación de la medida dentro de la estructura vigente del Sistema General de Seguridad Social.
	Artículo 6. Fomento al Proyecto de Vida de los Cuidadores. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, las cajas de compensación familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA coordinarán el desarrollo de acciones y estrategias que fortalezcan las competencias de los familiares o personas cercanas al núcleo familiar de los cuidadores de conformidad con la Ley 2297 de 2023.	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: Dentro de las funciones descritas en el Decreto 4107 de 2011 y las que se han especificado en el Decreto 120 de 2026, el Ministerio carece de competencia para el desarrollo de actividades que fortalezcan el proyecto o plan de vida, situación diferente es que la Ley 2297 de 2023 otorga un rol al Ministerio de Salud, para los temas que serán tratados en las capacitaciones que reciben los cuidadores o asistentes personales. En consecuencia, se recomienda la articulación con los demás sectores pertinentes conforme a la oferta institucional para la generación de observaciones al respecto.
	Artículo 7. Orientación a Cuidadores. Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS o quien haga sus veces, brindar orientación y sensibilización de manera periódica a los cuidadores de los que habla el artículo 4 de la presente Ley con el fin de que	El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: Se reitera la sugerencia de cambiar las expresiones “situación de discapacidad” y reemplazarlas por “persona con discapacidad”, en concordancia el marco jurídico nacional e
presten un mejor servicio y apoyo a las personas en situación de discapacidad teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.	internacional en materia de derechos de las personas con discapacidad. El uso de la expresión “persona con discapacidad” reconoce a la persona como sujeto de derechos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional. Por su parte, la educación en salud constituye un procedimiento médico realizado por las IPS y está dirigida tanto a personas con discapacidad como a la población general. Esta actividad forma parte integral de los servicios de salud cubiertos por el SGSSS y no debe confundirse con la labor de cuidado o asistencia personal realizada por cuidadores familiares o asistentes personales. En consecuencia, no deben establecerse definiciones relacionadas con la prestación de un servicio en relación a cuidadores; dado que, en el ámbito de la salud, la prestación de servicios la desarrollan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No corresponde definir procesos de cualificación en un marco de sensibilización. Tampoco es clara la relación entre las EPS y los cuidadores, toda vez que las atenciones en salud (responsabilidad central de las EPS) se brindan a través de la contratación de IPS y en el marco de su red de prestadores. Por lo anterior, se sugiere la siguiente redacción: Artículo 7. Orientación a Cuidadores. Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS o quien haga sus veces, <u>a través de su red de prestación de servicios, garantizar la valoración de sobrecarga de cuidadores; así como de garantizar procesos de educación para la salud para favorecer el cuidado al cuidador y la gestión del cuidado en red; así como brindar atención a las personas considerando su rol de cuidado.</u> Finalmente, sobre esta disposición se considera pertinente precisar que el proyecto no delimita el alcance técnico y operativo de dichas actividades de orientación y acompañamiento, particularmente respecto de su periodicidad, contenido mínimo, modalidad	de prestación, intensidad, ni mecanismos de evaluación o seguimiento. Esta precisión resulta relevante considerando que las EPS actualmente desarrollan actividades de información, orientación y acompañamiento en el marco de sus funciones de gestión del riesgo en salud y atención a los afiliados; sin embargo, el proyecto incorpora un esquema específico de acompañamiento a cuidadores sin definir si dichas actividades harán parte de programas de promoción y prevención, estrategias de educación en salud, actividades complementarias de apoyo social o servicios asociados al cuidado domiciliario. Así mismo, la disposición no define si tales actividades serán financiadas con cargo a la UPC, presupuestos máximos u otra fuente de financiación, aspecto que adquiere relevancia operativa en la medida en que el proyecto incorpora nuevas cargas funcionales para las EPS relacionadas con capacitación y seguimiento a cuidadores. Adicionalmente, se observa que el artículo utiliza de manera amplia las expresiones “acompañamiento” y “capacitación”, sin precisar si dichas actividades requerirán talento humano específico, procesos certificados de formación o lineamientos técnicos unificados expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Desde la perspectiva de la operación del aseguramiento, se considera importante que el alcance de estas obligaciones quede claramente delimitado en el texto legal, particularmente para diferenciar las actividades de orientación general al cuidador de aquellas intervenciones propias de prestación de servicios de salud o atención domiciliaria, las cuales se encuentran sujetas a reglas específicas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
		Artículo 8. Visitas de Verificación. Las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces, realizarán visitas de manera periódica a las viviendas de los

beneficiarios y establecerán las acciones a que haya lugar en caso de irregularidades, de acuerdo con la reglamentación que fije el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichas acciones no podrán ir en contra del principio de favorabilidad del paciente y/o en detrimento de su condición de salud y necesidad de cuidado.		<i>No es clara la relación entre las EPS y los cuidadores. La relación entre las EPS y las IPS se media a través de una relación contractual, según las definiciones del Decreto 441 de 2022. No se establece contratación de personas naturales para la garantía de las atenciones en salud; más aun considerando que como se ha señalado las labores de cuidado no son atenciones en salud.</i> <i>En ese orden, la acción de verificación de la labor del cuidador o asistente personal no corresponde al ámbito de competencias de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni del SGSSS. Este tipo de acciones debe recaer en las Entidades Territoriales y en los programas o proyectos diseñados específicamente para la prestación de apoyos de cuidado, los cuales son ajenos al sector salud.</i>	
Artículo 9. Recobro a la ADRES. Los cobros ocasionados por la prestación de los servicios en salud por los cuidadores de que trata esta Ley, se harán con cargo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- o quien haga sus veces. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente Ley para unificar el procedimiento que deben surtir las EPS o quien haga sus veces, para el recobro de estos recursos ante la ADRES.		El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: <i>Al respecto es preciso indicar que, el artículo 141 de la Ley 1438 de 2011 establece de manera expresa que el reconocimiento de los servicios de apoyo y cuidado que se prestan al interior del hogar por parte de los cuidadores no genera obligación de reconocimiento económico ni implica la asunción de gastos con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En tal sentido, la citada disposición prevé lo siguiente:</i> <i>"ARTÍCULO 141. De los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar. Los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el autocuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Este reconocimiento no implicará gastos por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.</i>	
<i>Ley 2456 de 2025, contempló la creación de los Fondos de Protección y Apoyo a Personas con Discapacidad y sus Cuidadores o Asistentes Personales, como un mecanismo orientado a promover medidas de apoyo económico y social dirigidas a esta población.</i> <i>Dicha normativa prevé que estos fondos cuenten con fuentes propias de financiación, las cuales se encuentran expresamente definidas dentro del marco de la ley, con el propósito de garantizar la sostenibilidad de las medidas de apoyo previstas para las personas con discapacidad y sus cuidadores. En ese sentido, resulta relevante advertir que la mencionada disposición no contempla ni atribuye la financiación de dichas medidas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, precisamente en atención a la naturaleza finalista y a la destinación específica que caracteriza a los recursos que integran dicho sistema.</i> <i>Así las cosas, la estructura normativa prevista en la Ley 2456 de 2025 evidencia que el legislador optó por establecer mecanismos de financiación autónomos y diferenciados para el desarrollo de políticas de apoyo a las personas con discapacidad y a quienes ejercen labores de cuidado, evitando de esta manera trasladar dichas cargas económicas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, cualquier iniciativa legislativa - como la prevista en el Proyecto de Ley 602 de 2025- debe analizarse de manera armónica con el marco normativo vigente, particularmente con aquellas disposiciones que ya han definido instrumentos específicos de financiación para este tipo de medidas, sin comprometer la destinación de los recursos propios del sistema de salud.</i> <i>Por lo anterior, el presente artículo y su parágrafo, exceden el ámbito de competencias de este Ministerio, en la medida en que las labores de cuidado no corresponden a prestaciones propias del sector salud ni a responsabilidades asignadas a esta cartera.</i>		PARÁGRAFO. De acuerdo con lo ordenado por la Ley 1413 de 2010, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística hará una encuesta de uso del tiempo que permitirá contabilizar el monto al que hace alusión el artículo anterior." Adicionalmente, la Ley 1438 de 2011, establece de manera taxativa que, si bien los servicios que prestan los cuidadores al interior del hogar, deben registrarse en las cuentas nacionales de salud según los criterios definidos por el DANE, el reconocimiento económico de los mismos no puede realizarse con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social, en la medida que dichos servicios no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, determinado por el Gobierno Nacional. Asimismo, el artículo 9º de la Ley 1751 de 2015 señala, respecto a los determinantes sociales en salud, que los mismos corresponden a "aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud". Subrayado fuera de texto. En suma, resulta pertinente reiterar lo expuesto en relación con las disposiciones contenidas en el artículo 4º de la iniciativa legislativa, particularmente en lo que atañe al carácter excepcional del mecanismo de cobros dentro del esquema de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, dicho mecanismo no constituye una fuente ordinaria ni estructural de financiación del sistema, sino un procedimiento administrativo excepcional, activado en virtud de reclamaciones presentadas por las Entidades Promotoras de Salud – EPS; frente a situaciones específicas derivadas de decisiones con efectos jurídicos. En ese contexto, resulta igualmente pertinente señalar que el propio legislador, mediante la	
Artículo 11. Registro nacional de cuidadores. El Ministerio de Salud y protección social con el concurso de departamento nacional de estadística (DANE), creará el registro nacional de cuidadores de personas con discapacidad como aportante de información al Estado sobre la situación de las personas con discapacidad, sus familias y sus necesidades.		Finalmente, sobre esta disposición se considera necesario efectuar precisiones técnicas relevantes, particularmente respecto de la naturaleza del servicio o reconocimiento económico que pretende financiarse mediante dicho mecanismo. En primer lugar, el artículo parte de considerar que el "servicio de cuidador" generará cobros susceptibles de ser reconocidos por la ADRES mediante un esquema de recobro. No obstante, el proyecto no define con claridad si el cuidado constituye un servicio de salud, una prestación complementaria, un apoyo económico de carácter social o una medida asistencial financiada con recursos públicos del sistema. Esta precisión resulta indispensable considerando que la disposición simultáneamente utiliza la noción de "servicio", prevé un reconocimiento económico para cuidadores familiares y remite a mecanismos de financiación asociados al aseguramiento en salud. En segundo lugar, el artículo no determina qué componente específico será objeto de recobro si el reconocimiento recaerá sobre el apoyo económico al cuidador sobre servicios profesionales de apoyo o sobre actividades de acompañamiento derivadas del cuidado. La ausencia de dicha delimitación genera una indeterminación operativa importante respecto de la forma en que la ADRES podría efectuar el eventual reconocimiento de recursos. El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, a través de memorando con radicado No. 2026200000289163 conceptuaron: Este Ministerio se permite mencionar que, en virtud de la reglamentación del artículo 6 de la ley 2297 de 2023, esta cartera ministerial expidió la Resolución 2646 del 24 de diciembre de 2024 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad".	

Artículo 12. Vigencia. La presente ley entrará a regir a partir de su sanción, promulgación y publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias. En ese sentido, el citado proyecto no establece una articulación clara con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), lo que podría generar duplicidades y dificultades operativas en la identificación y seguimiento de las personas beneficiarias. Sin comentarios. 3. Conclusiones Teniendo en cuenta el análisis jurídico anterior, se puede concluir que el Proyecto de Ley 602 de 2025 Cámara - "por medio de la cual se reconoce la labor de las madres y padres cuidadores de personas en situación de discapacidad severa y se dictan otras disposiciones" es CONVENIENTE CON AJUSTES atendiendo también a las siguientes conclusiones: 3.1. El Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Viceministerio de Protección Social, concluyeron en el concepto técnico al proyecto de ley lo siguiente: <i>El Ministerio de Salud y Protección Social considera que el proyecto de ley, debe revisar la fuente de financiación en la medida en que, si bien se pretende el reconocimiento económico de cuidadores de personas con discapacidad, considerando que la finalidad social resulta legítima, necesaria y acorde con los principios de protección y solidaridad, su implementación debe armonizarse con los límites constitucionales y legales que rigen el uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reiterando que, su viabilidad solo sería posible bajo las siguientes consideraciones: i) La financiación no puede realizarse con recursos del SGSSS; ii) Es necesario establecer las fuentes de financiación de carácter corriente, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera del auxilio (determinar el impacto fiscal en los términos ya enunciados); iii) Se recomienda revisar las disposiciones de la Ley 2456 de 2025, en relación con las fuentes de financiación definidas allí; iv) Deben establecerse criterios de focalización de la población beneficiaria, de tal manera que el reconocimiento económico a la labor de cuidado, se entregue a personas que se encuentren en condición de vulnerabilidad. v) deben retomarse los conceptos de discapacidad previstos en otras leyes y su articulación con el Sistema Nacional de Cuidado. vi) tener en cuenta las competencias de este Ministerio.</i>	En relación con la posibilidad de tener en cuenta bases de datos o censos de discapacidad provenientes de otras entidades, como el DANE, es preciso señalar que estos no pueden ser equiparados ni considerados como soporte válido frente al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). En cuanto al Censo DANE de 2018, debe precisarse que dicho instrumento no identifica personas con discapacidad en sentido estricto, sino personas que reportan limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria. En efecto, el censo registró 3.134.037 personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias (7,1% de la población), de las cuales 1.784.372 (4,07%) reportaron dificultades en los niveles de severidad 1 o 2 según la escala del Washington Group. Esta metodología, al no derivar de una valoración clínica individual, no refleja la realidad de las personas con discapacidad en Colombia ni cumple los requisitos técnicos para acreditar dicha condición. La certificación de discapacidad en Colombia constituye un procedimiento técnico, clínico y multidisciplinario, regulado por el sector salud conforme a la Resolución 1197 de 2024, fundamentado en la valoración integral de la persona bajo los lineamientos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Esta certificación es la única que permite acreditar formalmente la condición de discapacidad y, en consecuencia, habilita la inclusión en el RLCPD. El RLCPD, al encontrarse integrado al SISPRO, constituye la fuente oficial de información en materia de discapacidad en Colombia, garantizando la interoperabilidad con otros sistemas de información del sector salud, la consolidación de datos confiables y el adecuado direccionamiento de la política pública, así como la focalización de programas, servicios y recursos dirigidos a esta población. En ese sentido, utilizar el Censo DANE como referencia para estimar el número de cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad introduce imprecisiones técnicas, dado que, como se ha señalado, dicho instrumento no acredita la condición de discapacidad sino limitaciones funcionales autorreportadas. La fuente válida y oficialmente habilitada para este fin es el RLCPD, del cual se deriva el Módulo de Registro de Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad, siendo este actualmente el único registro oficial. Por lo anterior, cualquier iniciativa legislativa que busque regular, cuantificar o focalizar acciones en favor de los cuidadores y asistentes personales de personas con discapacidad debe fundamentarse en la información contenida en el RLCPD y su módulo correspondiente, y no en instrumentos que no reflejan la realidad clínica de esta población.
	En todo caso, este Ministerio está atento a participar de las iniciativas normativas relacionadas con una política integral de cuidado y a tomar las medidas necesarias para garantizar el cuidado como derecho en todo el territorio, entre otras, reconociendo la necesidad de redistribuir responsabilidades" en los términos en el exhorto emitido en la sentencia T-319 de 2025 y el esfuerzo legislativo que ha hecho para tal fin. Se resalta que, los lineamientos para la prestación de servicios de salud deben estar sometidos a los procedimientos técnicos y normativos, además de contar con evidencia científica, por tal razón, es importante que las disposiciones propuestas en el proyecto cuenten con el respaldo técnico científico respectivo. 4. Solicitud de publicación de concepto institucional En vista de la relevancia del proyecto de ley aquí conceptuado, y en cumplimiento de lo establecido en el numeral 7 del artículo 6 del Decreto 4107 de 2011, el cual preceptúa: <i>Artículo 6. Funciones del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social. Además de las señaladas por la Constitución Política y el artículo 61 de la Ley 489 de 1998, el Despacho del Ministro de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:</i> <i>(...) 7. Presentar, orientar e impulsar los proyectos de actos legislativos y de ley ante el Congreso de la República, en las materias relacionadas con los objetivos y funciones del Ministerio.</i> Solicitamos amablemente se realice la publicación del presente concepto en la en la gaceta oficial del Senado de la República, y se vincule el concepto institucional de esta cartera ministerial al proyecto de ley en mención. En estos términos, se emite el concepto institucional, componente jurídico, por parte de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa de la referencia. Cordialmente, Firmado digitalmente por Rodolfo Enrique Salas Figueroa RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA Director Jurídico (E)