

RECONOCIMIENTO LEGAL DE LA FIGURA DEL CUIDADOR COMO DESARROLLO DEL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

María Fernanda Josa Valenzuela¹

Fecha de recepción: 21 de julio de 2023.

Fecha de aceptación: 24 de octubre 2023.

Referencia: Josa, M. (2024). Reconocimiento legal de la figura del cuidador como desarrollo del principio de integralidad del derecho a la salud en Colombia. *Revista científica Codex*, 9(17), 94-117.

RESUMEN

El presente artículo pretende estudiar el alcance de la figura del cuidador como desarrollo del principio de integralidad, dentro del modelo de protección social en el sistema de salud en Colombia, de conformidad con el desarrollo legal, jurisprudencial y doctrinal existente. Para ello, se abordarán los principios esenciales que direccionan la prestación del servicio de salud; además, se abordará el tipo de prestaciones sociales en salud que ofrece el modelo actual, se definirá la connotación del cuidador; así como la diferencia con los profesionales domiciliarios y, finalmente, se presentarán algunas iniciativas legislativas propuestas por el legislador para la regulación del cuidador en Colombia. Con ello, se establecerá la importancia de su reconocimiento y regulación legal como parte del Plan de Beneficios en Salud en aplicación de la premisa *pro homine* de que todo servicio o medicamento

1 Abogada egresada de la Universidad de Nariño, Especialista en Derecho Procesal Civil de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Nariño. Correo electrónico: mafejosa@gmail.com

que no esté expresamente excluido, se entiende incluida su prestación. Si bien dentro del sistema de salud se ofrecen prestaciones inherentes a su misión, lo cierto es que es menester del legislador regular de forma paralela las prestaciones de salud de cuidado y apoyo social requerido por un grupo específico de usuarios del sistema, ya que la misma solo ha sido analizada por la doctrina y escasamente vía jurisprudencial, lo que restringe su efectividad a la conexidad con otros derechos y no su protección directa por disposición de la ley.

Palabras clave: Cuidador, principio de integralidad, atención domiciliaria, derecho a la salud, cuidados sociosanitarios.

ABSTRACT

This article intends to study the scope of the figure of the caregiver as a development of the principle of integrality, within the model of social protection in the health system in Colombia, in accordance with the existing legal, jurisprudential and doctrinal development. To do this, the essential principles that guide the provision of health services will be addressed; In addition, the type of social health benefits offered by the current model will be addressed, the connotation of the caregiver will be defined, as well as the difference with home professionals and, finally, some legislative initiatives proposed by the legislator for the regulation of the caregiver will be presented. In Colombia. With this, the importance of its recognition and legal regulation as part of the Health Benefits Plan will be established in application of the *pro homine* premise that any service or medication that is not expressly excluded, is understood to include its provision. Although benefits inherent to its mission are offered within the health system, the truth is that it is necessary for the legislator to regulate in parallel the health benefits of care and social support required by a specific group of users of the system, since the It has only been analyzed by the doctrine and scarcely through jurisprudence, which restricts its effectiveness to the connection with other rights and not its direct protection by law.

Key words: Caregiver, principle of integrality, home care, right to health, socio-health care.

INTRODUCCIÓN

La prestación del servicio de salud en Colombia se desarrolla bajo la aplicación de principios esenciales para la efectividad del Sistema de Salud; entre ellos, el principio de integralidad, cuyo elemento principal es la garantía de la prestación del servicio de salud sin interrupciones para que él o la paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad de manera oportuna, eficiente y de alta calidad, de manera que el servicio adquirido debe ser integral y no puede ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

Como es de conocimiento amplio, las Entidades Promotoras de Salud tienen obligaciones y deberes relacionados con el servicio de salud conforme a lo regulado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, norma que fue analizada a través de la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, mediante la cual se declaró inexecutable el parágrafo del artículo 8 que delimitaba las tecnologías o servicios de salud a aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, decisión que implica indirectamente la posibilidad amplia de aplicación y extensión del principio de integralidad, para la protección del usuario del sistema, puntualmente para el servicio de cuidador.

Menciona Uprimny Yepes (2017), que “la provisión de modelos estructurados de programas, cuidados, apoyos y ayudas técnicas sociales de manera coordinada con el sistema de salud no ha sido discutida y solo se ha dado respuesta a peticiones puntuales a través de tutela” (p. 145-146). Precisamente, entre las prestaciones de salud de cuidado y apoyo social se destaca la atención domiciliaria en el sistema de salud, donde existe una indiscutible diferencia entre la figura del cuidador y el auxiliar de enfermería para las personas que demuestren su necesidad. No obstante, el servicio de cuidador no ha tenido el desarrollo legal necesario para su implementación y regulación como servicio integrado al Plan de Beneficios en Salud, por lo que jurisprudencialmente la Corte Constitucional ha dado una interpretación restrictiva al alcance que esta figura debería tener.

En ese sentido, el presente artículo analizará la figura del cuidador dentro del modelo de protección social en el sistema de salud en Colombia, de conformidad con el desarrollo jurisprudencial y doctrinal, encaminado

a establecer la importancia de su reconocimiento legal como parte del Plan de Beneficios en Salud en aplicación de la premisa *pro homine* de que todo servicio o medicamento que no esté expresamente excluido, se entiende incluido.

Estos serán los aspectos que abordará el presente artículo: (i) principios esenciales del sistema de seguridad social en salud; (ii) prestaciones asistenciales y económicas dentro del modelo del sistema de seguridad social en salud en Colombia; (iii) desarrollo legal, doctrinal y jurisprudencial de la figura del cuidador en Colombia y su definición; (iv) propuestas legislativas para la regulación del cuidador en Colombia; con esos elementos; (v) se dispondrá a realizar algunas conclusiones generales.

1. PRINCIPIOS ESENCIALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como objetivo garantizar el cubrimiento de los servicios previstos en el Plan de Beneficios de Salud.

Para abordar el tema de la prestación de salud en Colombia, el legislador ha dispuesto un conjunto normativo que tiene por objeto consagrar normas que garantizan el derecho a la salud. Inicialmente es necesario resaltar lo consagrado en la Constitución Política, la cual en su artículo 47 expresó la necesidad de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran. Igualmente, “De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, la prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado” (Ley 1751, 2015, art. 2).

Seguidamente, deviene necesario mencionar lo dispuesto por la ley estatutaria en salud, Ley 1751 de 2015, que desarrolla el derecho fundamental a la Salud desde la perspectiva de que este derecho

... comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud... [para ello, dispuso] que el Estado debe adoptar políticas para

asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Duitama, 2022, p. 6).

La referida ley estatutaria expresa directamente la obligación del Estado de protección y garantía del acceso efectivo al derecho fundamental de la salud. Como consecuencia de ello, es su obligación:

(i) formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; (ii) formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; (iii) establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio; ..., (iv) velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población. (Ley 1751, 2015, art.5).

Dicho ello, se observa que una de las obligaciones del Estado es velar por la garantía de los derechos a la salud contenidos en el numeral sexto de la Ley 1751 de 2015, cuyos elementos tienen la connotación de esenciales y, al mismo tiempo, se encuentran interrelacionados entre sí, tales como la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad, la calidad e idoneidad profesional. Asimismo, señaló que el derecho fundamental a la salud comporta principios de obligatoria observancia al momento de garantizar el derecho a la salud, como el principio de universalidad y pro homine, bajo los lineamientos de equidad, continuidad, oportunidad, eficiencia, entre otros. Dichos principios, tal como señala la misma normatividad, deben gozar de una interpretación armónica, por lo que el legislador, al momento de proferir la ley, debe adoptar acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional (Ley 1751, 2015).

Más adelante, expresamente en el artículo 8 de la referida ley, se regula individualmente el principio de integralidad en relación a los servicios y tecnologías de salud, los cuales “deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia

del origen de la enfermedad, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador” (Ley 1751, 2015, art.8). Aunado a ello, señaló que “no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”, y, en consecuencia:

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada (Ley 1751, 2015, art. 8).

Para el legislador resultó tan imperativo el principio de integralidad, que dispuso un artículo completo destinado específicamente a regular dicha disposición, lo que comporta una concepción predominante de su relevancia legal.

Mediante Sentencia C-313 del año 2014 (M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), de conformidad con lo previsto en el artículo 241, numeral 8 de la Constitución Política, efectuó la revisión de constitucionalidad del Proyecto de Ley Estatutaria No. 209/13 Senado, 267/13 de la Cámara, y declaró exequible el artículo octavo, salvo el párrafo del proyecto de ley que declaró inexecutable. El texto original del párrafo inexecutable contenido en el proyecto antes mencionado señalaba lo siguiente:

PARÁGRAFO. Para efectos del presente artículo, se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Aquellos servicios de carácter individual que no estén directamente relacionados con el tratamiento y cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, podrán ser financiados, en caso de que no existiese capacidad de pago, con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado. (Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014).

Ello se traduce en que, una vez declarado inexecutable el párrafo referido, a voces de lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia T-395 de 2015 (M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo):

En caso de duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de aquellos cubiertos por el Estado, esta se decanta a favor del derecho y cualquier

incertidumbre se debe resolver en favor de quien lo solicita. En concordancia, el tratamiento integral implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud suministrando todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno. (Corte Constitucional, Sentencia T-395 de 2015)

Así, en la misma sentencia se refirió al estudio realizado por la Corte en el control de constitucionalidad realizado “y señaló que, en efecto, implicaba una limitación indeterminada de acceso, en contradicción con los artículos 2 y 49 de la Carta Política” (Corte Constitucional, Sentencia T-395 de 2015).

En concordancia con lo anterior, en las Sentencias T-171 de 2018 y T-010 de 2019 (M.P. Cristina Pardo Schlesingery):

Se precisó que el principio de integralidad opera en el sistema de salud no solo para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías necesarios para que la persona pueda superar las afectaciones que perturban sus condiciones físicas y mentales, sino también para que pueda sobrellevar la enfermedad manteniendo su integridad y dignidad personal, así como para garantizar el acceso efectivo. (Corte Constitucional, Sentencia T-171 de 2018 y T-010 de 2019).

Sin duda, con la exequibilidad del párrafo descrito se genera la posibilidad de aplicación y extensión del principio de integralidad para la protección del usuario del sistema, cuyo cargo también extiende su cobertura al servicio del cuidador, como se explicará más adelante.

2. PRESTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS DENTRO DEL MODELO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

De conformidad con lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, “el Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por el Estado, a través del Ministerio de Salud, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control, las Entidades Promotoras de Salud [EPS]” (Ministerio de Salud, 2014), responsables de garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud a los afiliados y las instituciones prestadoras de salud [IPS], que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a

los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

La principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud es el aseguramiento de sus usuarios a través de la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República, Ley 100 de 1993).

Para lograr el acceso efectivo y la garantía del derecho a la salud, dentro del SGSSS existen dos prestaciones, a saber: (i) prestaciones asistenciales en salud y, (ii) prestaciones económicas. Respecto de las prestaciones asistenciales, las mismas ofrecen unos servicios, elementos médicos o medicamentos que el usuario necesita, que se brindan por medio de una EPS. Así, el objetivo de las prestaciones asistenciales se centra en otorgar al paciente los medios y asistencia idónea para su recuperación. Se puede decir que los servicios prestados se enmarcan en asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica. Aunado a ello, se presta el servicio de hospitalización, servicio odontológico, medicamentos, tratamientos y servicios de diagnóstico, prótesis y órtesis, rehabilitación física y profesional y gastos de traslado (Ministerio del Trabajo, Decreto 1295 de 1994).

Por su parte, las Prestaciones Económicas con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] se encuadran en al menos tres: (i) incapacidades temporales, (ii) licencia de maternidad y (iii) licencia de paternidad. Para abordar las prestaciones descritas, se advierte que, según lo dispuesto en el artículo 1° de la Resolución 2266 de 1998, “se entiende por incapacidad el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio” (Resolución 2266, 1998, art. 1).

Finalmente, el pago de prestaciones económicas derivadas de las licencias de maternidad y paternidad, así como las de originarias por enfermedad general, será realizado directamente por la EPS, a través de

reconocimiento directo o transferencia electrónica. “En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas” (Decreto 1333, 2018, art. 2.2.3.1.1.).

Dicho ello, es claro que en Colombia actualmente en el SGSSS existen dos prestaciones brindadas a la población afiliada; no obstante, como se evidencia, dentro del marco del sistema de salud no existe alusión directa en torno a la provisión de los cuidados sociales ofrecidos por los cuidadores a los pacientes que lo requieran. Al respecto, debe mencionarse que existe divergencia entre si estos cuidados sociales deben incorporarse como parte de las prestaciones del sistema de salud, o si esta responsabilidad debe ser del individuo mismo o de su familia o de otros sectores. Uprimny (2017) señaló que:

El Gobierno y otras organizaciones han considerado que los servicios sociales deben ser financiados por parte de los ciudadanos o, en su defecto, cuando la persona no tenga capacidad de pago, con recursos diferentes a los de la seguridad social en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado; por el otro, algunos consideran que, como parte del principio de integralidad, se deben incorporar de manera efectiva al sistema de salud (p. 147).

Es por ello que resulta imperativo establecer la importancia del reconocimiento de la figura del cuidador bajo el principio de integralidad del derecho fundamental a la salud, el cual tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías, siendo que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas.

Y es que dicho reconocimiento va más allá de su regulación jurídica, pues actualmente los cuidados sociales requeridos obedecen a las situaciones de dependencia de los afiliados al sistema de seguridad social en salud, que se torna también un problema político y social. Rodríguez y Monserrat (2002, como se citaron en Uprimny, 2017,) afirman que:

... la dependencia y su posible protección es objeto de debate tanto científico como político, ya que las instituciones y los actores sociales interpretan de manera legítima su diferente perspectiva del problema

así como de sus soluciones, bien como una necesidad (en el caso de las familias y sus cuidadores), como una oportunidad de actividad (sector privado mercantil o sin fin de lucro), como un costo (sobre todo para los cuidadores permanentes), como un reto para las políticas sociales (profesionales y responsables institucionales), como un problema de financiación (sobre todo para el Sector Público) o como un problema de gestión (tanto para los servicios de Salud como para los servicios sociales) (p. 144).

3. SOBRE LA FIGURA DEL CUIDADOR EN COLOMBIA

3.1. Breve desarrollo legal

En relación con el servicio de cuidador, la Corte Constitucional en Sentencia 154 de 2014, realiza un análisis en relación con su naturaleza, concluyendo que:

El servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado social de derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos (Corte Constitucional en Sentencia 154 de 2014).

Como primer acercamiento a la figura de cuidador, se tiene como antecedente lo señalado en el proyecto de Ley 33 de 2009, mediante la cual se registró la figura jurídica del cuidador familiar en casa, refiriéndose a personas que están a cargo de familiares que, por su situación física, mental, intelectual o sensorial, dependen de otro así:

El cuidador familiar será la persona que, siendo cónyuge, compañero o compañera permanente de la persona dependiente o teniendo un parentesco hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil con la misma, demuestre que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria, sin recibir una contraprestación económica por su asistencia y que, por su labor de cuidador, se ve impedido de desempeñarse laboralmente. (Ley 33, 2009, art. 2)

Seguidamente, la Ley 1413 de 2010 en el artículo 3° consideró que:

Existen actividades de trabajo de hogar y de cuidado no remunerado, entre otras, el cuidado de ancianos y enfermos. Así, consideró que la labor del cuidador está enmarcada en la economía del cuidado, y si se tiene en cuenta que en esta ley se argumenta que es de “fundamental importancia económica”, se puede establecer que la figura de cuidador requiere de protección y fomento. (Ley 1413, 2010, art. 3)

Para el año 2013, con la expedición de la Ley 1618, se abordaron los lineamientos y medidas de inclusión de las personas con discapacidad, mediante las cuales se adoptaría la estrategia de rehabilitación. El artículo 8 dispuso:

Artículo 8°. Acompañamiento a las familias. Las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la actividad humana, en especial a las familias de bajos recursos, y a las familias de las personas con mayor riesgo de exclusión por su grado de discapacidad, en concordancia con el artículo 23 de Ley 1346 de 2009, para lo cual se adoptarán las siguientes medidas:

... 3. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), o el ente que haga sus veces, deberá establecer programas de apoyo y formación a los **cuidadores**, relacionados con el cuidado de las personas con discapacidad, en alianza con el SENA y demás instancias que integran el sistema nacional de discapacidad.

4. Implementar estrategias de apoyo y fortalecimiento a familias y **cuidadores** con y en situación de discapacidad para su adecuada atención, promoviendo el desarrollo de programas y espacios de atención para las personas que asumen este compromiso. Congreso de la República de Colombia, (27 de febrero de 2013). Ley 1618, 2016, art. 8

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la expedición de la Resolución 5928 de 2016, definió la figura de cuidador como aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa 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 EPS o EOC por estar incluidos en el plan de beneficios en salud cubierto por la UPC. (Resolución 5928, 2016).

Finalmente, como lo señala la Corte Constitucional (2018):

La única referencia a la figura del cuidador, se encuentra en la Resolución 1885 de 2018, por medio de la cual se estableció el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios. En dicha disposición brevemente se definió la figura del cuidador como:

“Aquel que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de Beneficios en Salud cubierto por la UPC”.

Sin embargo, como se observa, la alusión a la figura del cuidador se desprende:

... solo para efectos de individualizar los requisitos para asumir los costos por parte de las entidades encargadas de los servicios en salud derivados de un fallo de tutela, en el cual se haya autorizado ese servicio sin importar el régimen al que el paciente se encuentre afiliado (Corte Constitucional, 2018).

Sin que se especifique o regule puntualmente la figura del cuidador como parte del Plan de Beneficios en Salud.

3.2. Desarrollo jurisprudencial de la figura del cuidador

Para el órgano judicial este tema resulta relevante cuando se hace remisión expresa a la acción de tutela, herramienta de rango constitucional que potencia la protección especial e inmediata de nuestros derechos fundamentales. Dicho ello, en el sentido de la investigación cualitativa elegida para el desarrollo del presente estudio, se expondrán las principales sentencias proferidas por la Honorable Corte Constitucional

de Colombia. En sentido cronológico, se expondrán las sentencias en sede de tutela y sobre asuntos de constitucionalidad, partiendo desde el año 2014, a partir de la cual se ha abordado con carácter más íntegro la figura del cuidador.

Como punto de partida del análisis jurisprudencial de la figura del cuidador, es indispensable iniciar referenciando la Sentencia C-313 de 2014 [M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo], mediante la cual se declaró inexecutable el parágrafo del artículo 8 que delimitaba las tecnologías o servicios de salud a aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Fue una decisión que implicó indirectamente la posibilidad amplia de aplicación y extensión del principio de integralidad para la protección del usuario del sistema, puntualmente para el servicio de cuidador, como se refirió inicialmente y lo que constituye punto de partida para la presente investigación.

Ahora bien, en relación al servicio de cuidador, una de las primeras intervenciones realizadas por la Corte Constitucional en sede de tutela se centra en la Sentencia T-154 de 2014 (M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez), la cual desarrolló una observación en relación a la figura del cuidador, análisis del cual se puede extraer lo siguiente:

El servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado social de derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos.

Por tanto, en aquella oportunidad, se dispuso que los cuidadores estaban excluidos del PBS, pues los mismos no comportan una actividad de enfermería en el marco normativo, ni tampoco era viable confundirse con la atención de pacientes en casa, pues se advirtió notoria la diferencia entre el cuidador y la atención domiciliaria del enfermero en casa. En la misma sentencia, la Corte afirmó que el servicio de cuidador está expresamente excluido del POS, remitiéndose en aquel momento a lo regulado en la Resolución 5521 de 2013, que expresamente advertía que la atención

domiciliaria no se haría extensiva a los recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como era el caso de cuidadores. (Ministerio de Salud, Resolución 5521 de 2013)

Así, para el año 2014, debido a la falta de claridad sobre la figura del cuidador como un servicio de carácter asistencial, la Corte optó por una posición en la cual el cuidado y atención de las personas con deficiencias, únicamente radicaba en la custodia de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, alejando la posibilidad de que, bajo el principio de integralidad, el cuidador haga parte del sistema de seguridad social en salud y, por tanto, sea asumido como una prestación en salud.

De igual forma, mediante Sentencia T-096 del 2016 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva):

La Corte consideró que la labor de cuidador estaba expresamente excluida del POS, conforme a la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, como se señaló anteriormente. (Corte Constitucional, Sentencia T-096 de 2016)

Más adelante, en el año 2018, la Corte abordó de forma más concreta las modalidades del servicio de enfermería y cuidador. Mediante sentencia T-065 de 2018 (M.P. Alberto Rojas Ríos) se exaltó el alcance de la atención médica domiciliaria como un servicio que debe ser garantizado con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación y señaló que:

Esta modalidad de atención es una alternativa a la atención hospitalaria institucional, que debe ser otorgada en los casos en que el profesional tratante estime pertinente y únicamente para las cuestiones relacionadas comúnmente con el mejoramiento de la salud del afiliado. (Corte Constitucional, T-065, 2018):

En relación con la atención de cuidador, es decir, aquella que comporta el apoyo físico y emocional que se debe brindar a las personas en condición de dependencia para que puedan realizar las actividades básicas que por su condición de salud no pueden ejecutar de manera autónoma, se tiene que ésta no exige necesariamente los conocimientos calificados de un

profesional en salud. Se destaca que, en cuanto el cuidador es un servicio que, en estricto sentido, no puede ser catalogado como de médico, esta Corte ha entendido que, al menos en principio, debe ser garantizado por el núcleo familiar del afiliado y no por el Estado. Ello, pues propende por garantizar los cuidados ordinarios que el paciente requiere dada su imposibilidad de procurárselos por sí mismo, y no tiende por el tratamiento de la patología que lo afecta. (pp. 10-11)

Es así como se ha reconocido la existencia de eventos excepcionales en los que (i) existe certeza sobre la necesidad del paciente de recibir cuidados especiales y (ii) en los que el principal obligado a otorgar las atenciones de cuidado, esto es, el núcleo familiar, se ve imposibilitado materialmente para otorgarlas y dicha situación termina por trasladar la carga de asumirlas a la sociedad y al Estado.

Se subraya que, para efectos de consolidar la “imposibilidad material” referida, debe entenderse que el núcleo familiar del paciente que requiere el servicio: (i) no cuenta ni con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, ya sea por (a) falta de aptitud como producto de la edad o de una enfermedad, o (b) debe suplir otras obligaciones básicas para consigo mismo, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia; (ii) resulta imposible brindar el entrenamiento o capacitación adecuado a los parientes encargados del paciente; y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación de ese servicio.

Por ello, se ha considerado que, en los casos excepcionales en que se evidencia la configuración de los requisitos descritos, es posible que el juez constitucional, al no tratarse de un servicio en estricto sentido médico, traslade la obligación que, en principio, corresponde a la familia, de manera que sea el Estado quien deba asumir la prestación de dicho servicio (pp. 14-15).

La sentencia referida representa una visión más amplia de la figura del cuidador, pues retoma específicamente la posición adoptada por la corte en el año 2014 cuando, a través de la sentencia C-313, declaró inexecutable el parágrafo del artículo 8 que delimitaba las tecnologías o servicios de salud a aquellos directamente relacionados con el tratamiento, siendo extensivo a la obligación del Estado de cubrir las necesidades del paciente con cuidados

especiales, más allá de las cuestiones relacionadas con el mejoramiento de la salud del afiliado.

Importante también resulta esta sentencia, pues realizó una pequeña distinción entre el servicio domiciliario bajo la modalidad de enfermería, la cual requiere de una orden médica proferida por el profesional de la salud correspondiente, concepto diferente a la atención brindada por la figura del cuidador:

[Ya] que se trata de un servicio que, en principio, debe ser garantizado por el núcleo familiar del paciente, pero que, en los eventos en que este se encuentra materialmente imposibilitado para el efecto, se hace obligación del Estado entrar a suplir dicha deficiencia y garantizar la efectividad de los derechos fundamentales del afiliado (Corte Constitucional, T-065, 2018, p. 15).

Es entonces cuando la Corte centra su atención en la figura del cuidador y analiza que:

Si bien se trata de cuidados que no requieren de los servicios de un profesional de la enfermería, sí se trata de unos que concuerdan perfectamente con lo que se ha definido como el servicio de cuidador, servicio respecto del cual, en virtud del principio de solidaridad, se ha entendido que se constituye en una obligación que debe ser asumida por el núcleo familiar del afiliado y respecto de la cual no es posible que éste se desentienda (Corte Constitucional, T-065, 2018, p. 24).

Sin perjuicio que por medio de acción de tutela, se otorgue esta prestación domiciliaria.

Recientemente, la Corte Constitucional introdujo en sus providencias una definición de la figura del cuidador, como se observó en la Sentencia T-136 de 2020 (M.P. Carlos Bernal Pulido), en la cual señaló:

En virtud del principio de solidaridad, el servicio de cuidador está orientado a garantizar que un familiar, una persona cercana o un cuidador no profesional de la salud, le brinde a un individuo que padece una enfermedad grave –sea congénita, accidental o derivada de su avanzada edad, el apoyo físico necesario para que éste pueda realizar sus actividades básicas cotidianas, así como aquellas que le permitan desenvolverse de

forma adecuada en escenarios en los que su condición médica le genere dependencia total (Corte Constitucional, T-0136, 2020, p. 16).

Es claro que el servicio de cuidador debe ser garantizado por el núcleo familiar del paciente. Sin embargo, en los casos en que no exista familia o esta se encuentre ante una ostensible imposibilidad material para brindar el apoyo permanente y necesario a su familiar, el Estado y la sociedad podrían suplir dicha deficiencia de forma excepcional para garantizar la efectividad de los derechos fundamentales del afiliado. En tales casos, el juez constitucional tiene la posibilidad de ordenarle a las EPS que suministren el servicio de cuidador para apoyar a las familias frente a las excepcionálísimas circunstancias de sus parientes (Corte Constitucional, T-0136, 2020, pp. 1-2).

Finalmente, para el año 2021, la Corte Constitucional en Sentencia T-015 de 2021 (M.P. Diana Fajardo Rivera) integró el estudio del principio de integralidad en salud y el concepto de atención domiciliaria, centrando su atención en la figura del cuidador. Aunado a ello, retomó lo que esa Corporación ha referido desde el año 2016 aproximadamente, sobre el carácter excepcional de que el estado asuma dicha carga:

La jurisprudencia constitucional ha sostenido que, como una medida de carácter excepcional, la EPS deberá prestar el servicio de cuidador cuando se cumplan dos condiciones: (1) exista certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir este servicio; y (2) la ayuda como cuidador no pueda ser asumida por el núcleo familiar del paciente, por ser materialmente imposible. Por imposibilidad material se entiende que el núcleo familiar del paciente: (i) no cuenta con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, por falta de aptitud en razón a la edad o a una enfermedad, o porque debe suplir otras obligaciones básicas, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia. (ii) Resulta imposible brindar el entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente. Y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación del servicio.

Para prestar cuidados especiales a un paciente en su domicilio, es necesario verificar: (i) una orden proferida por el profesional de la salud, si se trata del servicio de enfermería, y (ii) en casos

excepcionales, si el paciente requiere el servicio de cuidador y este no puede ser garantizado por su núcleo familiar por imposibilidad material, es obligación del Estado suplir dicha carencia y en tales casos se ha ordenado a las EPS suministrar el servicio para apoyar a las familias en estas excepcionales circunstancias, cuando el cuidador sea efectivamente requerido (Corte Constitucional, T-015, 2021, p. 16).

4. PROPUESTAS LEGISLATIVAS PARA LA REGULACIÓN DEL CUIDADOR EN COLOMBIA

Dada la relevancia del tema analizado respecto a la figura del cuidador en Colombia, el órgano legislativo desde el año 2008 ha formulado propuestas legislativas para regular la figura de cuidador, inicialmente en búsqueda de su reconocimiento, y más adelante con el objetivo de protección de esta figura parte del sistema de seguridad social. Entre algunas iniciativas legislativas encontramos las siguientes:

Para el año 2008 se presentó el Proyecto de Ley 163 de 2008, mediante el cual se alertó a reconocer y garantizar los derechos que tienen las personas que, por su situación física, mental, intelectual o sensorial, dependen de otra para realizar las actividades esenciales de la vida diaria, reconociendo y garantizando igualmente los derechos de las personas que las asisten en dichas actividades, sin que el mismo tuviera éxito, ya que fue retirado después del primer debate (Proyecto de Ley 163 de 2008).

Mediante el Proyecto de Ley 033 de 2009, el órgano legislativo buscó “reconocer la figura jurídica del cuidador familiar en casa, refiriéndose a personas que están a cargo de familiares que por su situación física, mental, intelectual o sensorial dependen de otro para realizar las actividades esenciales de la vida diaria. Esta iniciativa se archivó por tránsito de legislatura” (Proyecto de Ley 033 de 2009).

Dos años más tarde, el Proyecto de Ley 34 de 2011 trazó los lineamientos para que, a través de una ley, se otorguen beneficios a aquellos padres y madres cabeza de familia con hijos o personas a cargo que tienen discapacidad y que se les imposibilita la inserción laboral, haciéndolos económicamente dependientes. Dicha iniciativa se archivó después del tercer debate por tránsito de legislatura (Proyecto de Ley 34 de 2011).

A través del Proyecto de Ley 05 del 2013 se propuso promover el empleo de aquellas personas que tienen a cargo el cuidado de algún miembro de su núcleo familiar que presenta una condición de discapacidad, lo cual les impide su inserción laboral. Esta propuesta fue archivada después del tercer debate por tránsito de legislatura (Proyecto de Ley 05 de 2013).

Para el año 2015, en la Cámara de Representantes se radicó el Proyecto de Ley 089 de 2015 (2015), cuyo objeto radicó en promover y proteger el empleo de aquellas personas que tienen a cargo el cuidado de algún miembro de su núcleo familiar que presenta una condición de discapacidad o dependencia. Pese a la buena iniciativa, fue archivado después del segundo debate por tránsito de legislatura (Proyecto de Ley 089 de 2015).

En el año 2018 se radicó el Proyecto de Ley 137 de 2018, por medio del cual se buscó autorizar al Gobierno Nacional para establecer y pagar un subsidio mensual, en la suma que determine el Ministerio de Salud, reajutable anualmente en el índice de precios al consumidor del año inmediatamente anterior, destinado a ayudar a las familias de estrato 1 y 2 que deben tener una persona permanente quien será directamente beneficiaria del subsidio-para el cuidado de enfermos terminales y discapacitados completamente inhabilitados para ejercer alguna actividad. El mismo fue archivado después del primer debate por tránsito de legislatura (Proyecto de Ley 132 de 2018).

El Proyecto de Ley 169 de 2019 tuvo por objeto reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores familiares de las personas que dependen de ellos por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, para realizar las actividades esenciales de su vida diaria (Proyecto de Ley 169 de 2019).

Como se observa, desde diferentes enfoques sociales se ha intentado exaltar la figura del cuidador, su importancia en la sociedad y la necesidad de regulación como parte del sistema de seguridad social en salud, es decir, la inclusión de los servicios complementarios como parte de la integralidad que el Estado colombiano debe proveer de manera sistemática, regulada y coordinada.

CONCLUSIONES

En atención a los principios que orientan el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, el Estado debe garantizar la salud como una prestación social y un derecho fundamental, bajo los lineamientos de la integralidad, junto con la accesibilidad, la calidad e idoneidad de los servicios en salud, en aplicación de la premisa *pro homine* de que todo servicio o medicamento que no esté expresamente excluido, se entiende incluido, siendo que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas.

Bajo los criterios del principio de integralidad, es necesario el reconocimiento y regulación de la figura del cuidador como servicio integrado al Plan de Beneficios en Salud, sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el PBS. No obstante, se advierte que en Colombia los servicios sociosanitarios como el cuidador no forman parte del sistema, y su prestación no tiene regulación puntual.

La figura del cuidador ha sido analizada jurisprudencialmente aproximadamente desde el año 2014, momento en el cual la Corte tenía una interpretación severamente restrictiva de esta figura, siendo que, la misma al encontrarse sin regulación, se interpretaba de forma limitada y solo como obligación a cargo de la familia en razón del principio de solidaridad. Así, esta posición se extendió hasta aproximadamente el año 2017. Más adelante, a partir de las providencias proferidas en 2018, se aventuró a definir la figura del cuidador en relación a la persona que aporta una ayuda tanto física como psicológica, por tratarse de personas dependientes, sin autonomía para desarrollar actividades básicas de cuidado. Sin embargo, no es hasta después de esta fecha que se evidenció el análisis del principio de solidaridad como parte de un servicio a cargo de la familia, seres cercanos, amigos o compañeros, siendo una novedad la inclusión de la posibilidad de inexistencia de familia o personas cercanas para que ejerzan el cuidado, momento en el cual se torna viable que dicho apoyo sea prestado por el Estado para solventar la deficiencia.

Como consecuencia de la falta de regulación de la figura del cuidador dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, las únicas formas de interpretación vinculantes han sido en sede de tutela, ya que, al acudir a dicha acción, el juez constitucional de forma restrictiva tiene la posibilidad

de ordenarle a las EPS que suministren el servicio de cuidador para apoyar a las familias frente a las excepcionalísimas circunstancias de sus parientes.

Desde los diferentes enfoques sociales se ha intentado exaltar la figura del cuidador, su importancia en la sociedad y la necesidad de regulación como parte del sistema de seguridad social en salud, sin que ello prospere. Como se observó, pese a varias propuestas legislativas, no ha sido posible el reconocimiento y la inclusión de la figura del cuidador en ninguna de sus concepciones (laboral, social, prestacional) dentro del marco normativo colombiano. La inclusión del curador como un servicio complementario que debe ser prestado por el Estado, para evitar que su reconocimiento solo sea vía jurisprudencial y de forma restrictiva.

Bajo la aplicación del principio de integralidad que rige el SGSSS, la prestación de los servicios y tecnologías a favor del paciente no solo deben ser las necesarias para que la persona pueda acceder a una recuperación física y mental, sino que la misma debe ser completa, destinada a que su dignidad personal no sea vista conculcada o amenazada, siendo indispensable el acceso efectivo a los servicios o tecnologías complementarias, como el servicio de cuidador.

REFERENCIAS

Congreso de la República de Colombia, (2013, 27 de febrero). Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. [Ley 1618, 2016, art. 8]. DO: 48717.

Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993]. DO: 41148.

Congreso de la República de Colombia. (2008). Proyecto de ley 163 de 2008. Por la cual se reconoce al Cuidador Familiar en casa para personas en estado de dependencia, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (2009, 15 de junio). Proyecto de Ley No. 209 de 2013 Senado - 267 de 2013 Cámara. Por medio de

la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (2009, julio 28). Proyecto de Ley 033 de 2009. Por la cual se reconoce al cuidador familiar en casa para personas en estado de dependencia, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (2010, 11 de noviembre). Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas. [Ley 1413 de 2010]. DO: 47890.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Proyecto de Ley 05 del 2013. Por medio de la cual se promueve el empleo de trabajadores con responsabilidades familiares de cuidadores, permitiendo su inserción laboral y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (2015). Proyecto de Ley 089 de 2015. Por medio de la cual se promueve y protege el empleo de trabajadores con responsabilidades familiares de cuidadores, permitiendo su inserción laboral, y se dictan otras disposiciones: protección laboral de cuidadores.

Congreso de la República de Colombia. (2015, 6 de febrero). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1751 de 2015]. DO: 49427.

Congreso de la República de Colombia. (2018). Proyecto de Ley 137 de 2018. Por medio del cual se otorga un subsidio a las personas encargadas de enfermos terminales y discapacitados que necesitan cuidados permanentes: subsidio a cuidadores.

Congreso de la República de Colombia. (2019, 3 de septiembre). Proyecto de Ley 169 de 2019. Por el cual se garantizan los derechos de los cuidadores familiares de personas dependientes, se modifica parcialmente la ley 100 de 1993 y se dictan otras.

- Constitución Política de Colombia. (1991). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Cuarta de Revisión. (2015, 30 de junio). Sentencia T-395 de 2015 [M.P.: Mendoza G.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Novena de Revisión. (2015, 25 de febrero). Sentencia T-096 de 2015 [M.P.: Vargas L.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Novena de Revisión. (2018, 26 de febrero). Sentencia T-065 de 2018 [M.P.: Rojas A.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Octava de Revisión. (2018, 27 de noviembre). Sentencia T-458 de 2018 [M.P.: Reyes J.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2014, 29 de mayo). Sentencia C-313 de 2014 [M.P.: Mendoza G.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Primera de Revisión. (2020, 5 de mayo). Sentencia T-136 de 2020 [M.P.: Bernal C.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Segunda de Revisión. (2021, 20 de enero). Sentencia T-015 de 2021 [M.P.: Fajardo D.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2018, 7 de mayo). Sentencia T-171 de 2018 [M.P.: Pardo C.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión. (2019, 22 de enero). Sentencia T-010 de 2019 [M.P.: Pardo C.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Tercera de Revisión. (2014, 14 de marzo). Sentencia T-154 de 2014 [M.P.: Guerrero L.].
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Tercera de Revisión. (2014, 14 de marzo). Sentencia T-154 de 2014 [M.P.: Guerrero L.].
- Instituto de Seguros Sociales. (1998, 6 de agosto). Por la cual se reglamenta el proceso de expedición, reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones económicas por incapacidades y Licencias de Maternidad en el Instituto de Seguros Sociales. [Resolución 2266 de 1998]. DO: 43362.

Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Duitama. (2022). Rad. 15238-3333-003-2022-00173-00 [Juez: Jiménez, N.].

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013, 30 de diciembre). Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). [Resolución 5521 de 2013]. DO: 49019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016, 30 de noviembre). Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Resolución 5928 de 2016]. DO: 50074.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018, 10 de mayo). Por la cual se establece el procedimiento de acceso. Reporte de prescripción. Suministro, verificación, control, pago y análisis de la formación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. [Resolución 1885 de 2018]. DO: 50589. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1885-de-2018.pdf>

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1994, 22 de junio). Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. [Decreto 1295 de 1994]. DO: 41405.

Presidencia de la República de Colombia. (2018). Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones [Decreto 1333 de 2018]. DO: 50 667.

Uprimny, M. (2017). Cuidados y servicios sociosanitarios para las personas en situación de dependencia, como parte integral del sistema de salud. *Páginas de Seguridad Social*, 1(1), 141-165. <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/pagss/issue/view/458/3>