

Protección social en salud, atención integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia

Social protection in health comprehensive care for victims of the armed conflict in Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.36.7479>

Resumen

Este trabajo de investigación tiene por objeto realizar un estudio analítico, a partir del método estructuralista, sobre el alcance del sistema de protección social en salud en compensación a las víctimas del conflicto armado en Colombia, partiendo de una revisión bibliográfica y documental, y mapas de ideas. Desde la historiografía del Estado se describen las contingencias, las prestaciones que cubre, las comprensiones, las perspectivas de las acciones, la gestión y la operatividad de sistema de salud. Se hace una síntesis y se presentan conclusiones desde las perspectivas jurídica y política de los planes y programas en salud, en relación con la reparación integral de víctimas del conflicto armado en Colombia.

Palabras clave: Protección social, salud, víctimas y conflicto armado.

Abstract

The present research work which aims to perform an analytical study, based on a structuralist approach to the scope of the social protection system in health in compensation to the victims of the armed conflict in Colombia, starting with a bibliographic and documentary review and maps of ideas. It is described from the historiography of the state and the incidences in social protection in health, contingencies and benefits covered by the social protection in health for, compressions and perspectives of the actions and managements of the social protections in health and operation of the health system. A synthesis and conclusions are made in relation to the applied legal and political views of plans and programs in health in relation to the integral reparation of victims of the armed conflict in Colombia.

Keywords: Social protection, health, victims and armed conflict.

Jorge Luis Restrepo Pimiento

Abogado, Magister en Derecho, Magister en Salud Pública, Ph.D. en Derecho, Pos-Doctor en Epistemología, docente de Carrera en la Universidad del Atlántico. jorluisrestrepo@yahoo.com.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6285-7793>.

Edwin Yesid Lea Montes

Abogado, Especialista en Derecho Administrativo, candidato a Doctor en Ciencia Política en la Universidad del Zulia, docente de Planta de la Universidad Popular del Cesar. eleamontes@gmail.com.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9467-4174>.

Augusto Daniel Ramírez Uhia

Abogado, Especialista en Derecho Administrativo, candidato a Doctor en Ciencia Política en la Universidad del Zulia, consultor en Convivencia Ciudadana. augustoramirezuhia@gmail.com.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6359-2205>.

Cómo citar:

Restrepo, J. L., Lea, E. Y. & Ramírez, A. D. (2021). Protección social en salud, atención integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia. *Advocatus*, 18(36), 111-123. DOI: <https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.36.7479>



Open Access

Recibido:
10 de diciembre de 2020
Aceptado:
29 de marzo de 2021

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de corte analítico por composición, producto de experiencias en procesos formativos, proyectos, convocatorias, indagaciones, direcciones de monografías jurídica, trabajados de grados e intercambios por movilidad cognitiva, aborda la estructura asistencial de la protección social en salud para víctimas del conflicto armado y las representaciones sociales que implica la relación integral, reglamentada jurídicamente para el restablecimiento de derechos.

Así las cosas, pretender referir el sistema de protección social a partir de una perspectiva de modelo constitucional es ahondar en dos elementos: la teoría general y biografía del Estado, y las dimensiones, modelos y conceptos de la seguridad social. Esto permite identificar la transversalidad constitucional en cuanto a los costos, el presupuesto, la administración y la financiación de la operatividad funcional de los sistemas sociales que responden a las contingencias humanas individuales y colectivas, a través de prestaciones asistenciales, económicas y sociales.

En ese sentido, este análisis consigna las implicaciones, retos y desafíos del sistema de protección social en salud para atacar las contingencias que colocan a los seres humanos en condición de víctimas, vulnerabilidad y miseria.

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos y el objeto de estudio científico se requiere andar un camino

apropiado, en el que existan la configuración válida de elementos y herramientas cognitivas, a partir del genotipo y fenotipo que se va a estudiar, que en este caso es la percepción de un concepto desde la dimensión disciplinar, instrumental, social, política y modular.

Cabe aclarar que las ciencias asistenciales del cuidado humano (protección, seguridad, previsión y desarrollo social) se abordan desde diferentes perspectivas cognoscitivas. En esta investigación se analizan desde el punto de vista del estructuralismo, que según Hurtado (2012, p. 43), es la forma de dilucidar la realidad al elaborar, a través de la razón, una estructura que permita dar cuenta de los eventos estudiados.

Se trata el tema de las apreciaciones teóricas y prácticas de la protección social en salud desde una óptica estructural en su forma, labores, instituciones, garantías y derechos sociales en riesgo, así como la vulneración y el peligro dentro de la posición confusa del Estado, los actores y sus acciones. Con el fin de generar espacios de tensiones y desafíos, en cuanto a las prestaciones en materia de contingencias humanas que asume el modelo ideológico-político del Estado y la injerencia de los gobernantes y usuarios en los temas jurídico-administrativos con respecto a la sanidad, el régimen vinculado y la reparación integral de las víctimas del conflicto armado.

Por consiguiente, dentro de la complejidad del orden jurídico, financiero, operativo y sistémico de la protección social se requie-

re un análisis epistémico con posturas de la evolución conceptual, imaginarios sociales, abstracciones colectivas, estilos de vida, ópticas de gestión de calidad de los servicios de salud y realidad humana en diferentes entornos de la sociedad en el caso de la atención compensatoria de las víctimas. Entre las herramientas empleadas en esta investigación están la revisión documental y de textos, y la elaboración de cuadros y mapas de ayuda junto con las observaciones del autor, a partir de su experiencia.

APRECIACIÓN TEÓRICO-HISTÓRICA APLICADA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Para definir la protección social se debe partir del hecho de que el ser humano es un ser biopsicosocial, lo cual representa el fundamento de un esquema de necesidades, carencias y pobreza que resuelve a través de instituciones, sistemas, estructuras, acciones y procedimientos que se delegan en una primera instancia a la familia y luego al Estado (Restrepo, 2016).

En este orden de ideas, es el Estado quien se constituye en la principal fuente de satisfacción de contingencias, necesidades y eventualidades de carácter individual y colectivo (primarias y secundarias), por el solo hecho de estar asociado, y en reciprocidad de deberes, obligaciones y garantías que recibe el individuo en prestaciones de tipo asistencial, económicas y sociales (Barona, 2014).

La seguridad social ha recibido diversas significaciones teóricas, prácticas y aplicadas a lo largo de la historia, partiendo de la comprensión asistencialista que tiene su base en el naturalismo y puede ser familiar, pública, privada o religiosa.

En la época alemana de Otto Edward Leopold Von Bismarck-Schönhausen (1883-1889) la seguridad social adquirió la dimensión de “previsión social”, indicando la preparación de sociedades proletarias o asalariadas para las contingencias humanas mediante instituciones como el ahorro, el mutualismo y los seguros privados.

Luego adquirió el carácter de “Bienestar Social”, desde la configuración del Estado de Bienestar Americano, que tuvo su génesis en la crisis de 1929, cuya propuesta política, económica y social presentó el economista británico John Maynard Keynes (López, 2015).

Posteriormente vino el auge de la seguridad social, a partir de la creación del Estado Social en 1934, en el que la población adquirió derechos sociales por su condición de ciudadanos y no por su posición en el mercado laboral. El financiamiento, la salvaguardia y la defensa de la seguridad social universal es consecuencia de un acuerdo social incluyente entre trabajadores, Estado y empresarios, que la sociedad registró y apoderó como un principio de solidaridad entre clases. Según James Midgley (1995, p. 8), el desarrollo social es “un proceso de promoción del bienestar de las personas”.

De esta manera, el desarrollo social es un proceso que conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad social, empleo, salarios, principalmente; incluyendo la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ingreso.

El concepto de protección social, teórica y normativamente nació en Inglaterra en la década de los años cuarenta en el siglo XX a raíz del Informe Beveridge, que dio origen al Estado benefactor inglés, cuya finalidad era combatir la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad, colocando la universalidad como eje fundamental de la seguridad social, otorgando a los ciudadanos derechos sociales sin tener en cuenta su condición en el mercado laboral. Se reglamentó a partir de los instrumentos internacionales contemplados en la Recomendación 202 de 2012, sobre los pisos de protección social.

La protección social en el mundo se formó a partir de la aceptación de los Estados de la existencia de pobreza, vulnerabilidad y contingencias que menoscaban la vida en sentido básico, como una cuestión social, necesariamente insertada en las agendas de las políticas públicas, sociales y los planes de desarrollo (López, 2015).

Para el Estado colombiano la protección social tuvo una significación de asistencia pública, de la mano de una reforma político-social establecida en el artículo 19 de la

Constitución Política de 1886, con el acto legislativo de 1936, promulgado en el gobierno de Alfonso López Pumarejo. Posteriormente con la aprobación de la Ley 6 de 1945, mediante la cual se creó la Caja Nacional de Previsión Social, Cajanal, y las cajas de previsión social y de compensación familiar, que empezaron a funcionar con el Decreto 118 de 1957, mediante el cual también creó el SENA. El Seguro Social empezó a operar con la Ley 90 de 1946 (Arenas, 2014).

Otros entes que se crearon con la connotación de protección social son los siguientes: sistema de bienestar familiar (Ley 75 de 1968), bienestar laboral con las normas de servidores públicos y cesantías (decretos 3135 de 1968, 3118 de 1968, 3148 de 1968, 1848 de 1969, 1950 de 1973, 056 de 1975), sistema de salud (decretos 1042 de 1978, 1045 de 1978, Ley 9 de 1979), programas de salud y seguridad en el trabajo (Ley 50 de 1981), servicio social obligatorio profesionales en salud (Ley 21 de 1982) (Arenas, 2014).

Posterior a la tendencia de bienestar en seguridad social llegó el “Desarrollo Social”, insertado en los planes de desarrollo de los presidentes: Decreto 1811 de 1984 (Reglamento del Seguro Social para los Trabajadores Independientes), Ley 11 de 1988 (consagra excepciones en el Régimen del Seguro Social para los trabajadores del servicio doméstico), Ley 43 de 1984 (organizaciones de pensionados por servicios prestados), Ley 10 de 1990 (Sistema Nacional de Salud, niveles de atención y tipos de servicio), Ley 79 de 1989

(cooperativismo), Ley 91 de 1989 (prestaciones sociales del magisterio), Ley 50 de 1990 (reforma laboral y prestacional, creación de empresas de servicios temporales) y Ley 10 de 1991 (empresas asociativas de trabajo).

Por último, se institucionalizó la seguridad social con dimensión de protección social en los artículos 42 a 53 de la carta política, desarrollados en la Ley 100 de 1993, que establece la universalidad, fondos de financiación, tipología de regímenes, accesibilidad, pluralismo y participación, esta última incluye los servicios sociales complementarios. Además, se crearon las siguientes normas: Ley 361 de 1997 (atención a la discapacidad), leyes 789 y 790 de 2007 (sistema de protección social), leyes 812 de 2003, 1151 de 2007, 1450 de 2011 y 1753 de 2015 (planes de desarrollo), Ley 1257 de 2008 (protección a la mujer víctima de violencia), Ley 1315 de 2009 (atención a la vejez), Ley 1448 de 2011 (atención de víctimas), Ley 1361 (atención integral a la familia), Ley 1328 de 2009 (beneficios económicos periódicos), Ley 1580 de 2012 (pensión familiar), Ley 1636 de 2013 (protección al cesante), Ley 1780 de 2016 (autoempleo) y Ley 1804 de 2016 (atención a la primera infancia) (López, 2015).

ESTADO, CONDICIÓN DE VÍCTIMA Y COSTOS SOCIALES DE CONTINGENCIAS HUMANAS

Abordar el estudio del Estado contemporáneo implica una serie de aspectos, factores, situaciones y fundamentos de corte histórico, epistemológico y referencial en cuanto a

lo ético, jurídico, político, geográfico, económico, social y cultural, lo cual hace necesario la presencia del diálogo de saberes y conocimientos científicos para comprender de forma oportuna, profunda y veraz los cambios y transformaciones de las sociedades y el mundo globalizado incluyentes (López 2015).

En este orden de ideas, cabe destacar que lo anterior implica la disertación y razonamiento dirigido, reflexivo y comprobado acerca de un cúmulo de realidades, desafíos, retos, problemas individuales y colectivos, conflictos, alteraciones, riesgos y contingencias que son objeto de solución del Estado, las ciencias y la gobernabilidad.

Ahora bien, el Estado como organización jurídico-política tiene como elementos característicos y determinantes la existencia y constitución del espacio geográfico, el reconocimiento, el patrimonio y la autonomía, de acuerdo con los tratados, convenios, parámetros y lineamientos de la comunidad internacional en general, referentes al respeto de la defensa de los derechos humanos fundamentales y la dignidad humana integral.

Atendiendo estas consideraciones, se puede decir que el Estado es un garante, gerente y líder de la protección holística y permanente de los derechos humanos en sus tres generaciones o manifestaciones básicas, lo cual lo hace ser más operativo, dinámico y proactivo en función de la nación, con base en las consideraciones del derecho internacional público (López, 2015).

Cabe destacar, entonces, que para hacer efectivo los derechos humanos a todos los habitantes del territorio (nacionales, nacionalizados o extranjeros) el Estado debe asumir dentro de sus obligaciones y deberes financieros, políticos y jurídicos la satisfacción de las necesidades básicas, individuales y colectivas, a partir de prestaciones, bienes y servicios.

Por esta razón, no se debe contemplar el tema del Estado y sus instituciones sin antes hablar de la realidad y el escenario en que se desenvuelve el hombre, en cuanto a sus dimensiones biológicas, sociales y psicológicas, es decir, se debe partir de los fines y funciones de esta institución jurídico-política al momento de su consolidación (López, 2015).

Es este sentido, es válido resaltar que el Estado debe establecer pautas y lineamientos para prevenir y asistir de forma progresiva las precariedades de su nación, asociando esto a su devenir histórico social, para que dichas penurias se conviertan en las contingencias y riesgos sociales (pobreza, enfermedad, vejez, maternidad, embarazo, parto, paternidad, invalidez, migraciones, indigencia, damnificación, desempleo, ocio, discapacidad, deficiencia, minusvalía, familia, viudez, orfandad, víctimas y muerte)¹.

1 Por contingencia humana se puede entender, desde la dimensión antropológica y guardando los cognoscitivos elementos de la física y bioestadística, como la consecuencia de un hecho, hecho jurídico, conducta, fenómeno natural o materialización de un riesgo que menoscaba la vida humana en su diversidad (aspectos morales, psíquicos, sociales, culturales, fisiológicos y económicos).

Ahora bien, el Estado debe velar por la satisfacción, prevención, gestión, administración y preparación continua de las penurias individuales y grupales de sus vinculados, a partir de la toma de decisiones irradiadas en la política pública y social, así como en las normas en todas sus jerarquías y categorías (Restrepo, 2012).

Así las cosas, se puede afirmar que la protección social es producto del devenir histórico natural de los seres humanos y social de los pueblos, con base en la historia y sus acontecimientos, el crecimiento acelerado de la demografía, las tendencias del evolucionismo en el desarrollo cotidiano, el cambio de mentalidad, el surgimiento del maquinismo y la modernización, y el Estado está en la obligación de ofrecer soluciones a través de estudios previos, organizados y planificados a las diversas situaciones, fenómenos, contingencias, hechos o acontecimientos que colocan al ser humano en condiciones vulnerables y deplorables (Restrepo, 2017).

Las contingencias son las situaciones objeto de protección. En este sentido, son todos los acontecimientos o fenómenos futuros y posibles, capaces de ocasionar una pérdida económica y, por tanto, una consecuencia perjudicial a la integridad de los individuos. Esto no hace referencia únicamente a hechos infortunados, entre los que se podrían mencionar lesiones al cuerpo, desempleo, desocupación, enfermedad o invalidez, sino a ciertos acontecimientos gratos como el matrimonio, embarazo, parto o el nacimiento de

hijos, que originan mayores gastos ocasionales o permanentes (Rodríguez, 2011).

Con base en lo anterior, se puede concluir que las contingencias obedecen a acontecimientos ordinarios de la vida, de cualquier orden causal, que demanda la protección o atención inmediata, en virtud de que pueden significar la pérdida o disminución de ingresos o detrimento de la salud. En este sentido, las contingencias como ámbito de la protección social se encuentran cubiertas a corto y largo plazo. El primer caso incluye eventualidades como enfermedad, víctimas, mendicidad, desnutrición, inseguridad alimentaria, gestación, maternidad y riesgo laboral, entre otras. Mientras que para el largo plazo se destacan la invalidez, vejez, muerte, orfandad y viudez (Restrepo, 2017).

Así mismo, las contingencias también se pueden clasificar en comunes y laborales. Entre las primeras están el accidente cotidiano, la enfermedad común, la maternidad, la paternidad, la jubilación, el desempleo y las cargas familiares. En el segundo caso se clasifican los accidentes en áreas de trabajo (Catena, 2017).

De esta manera, el Estado tiene la responsabilidad de brindar asistencia integral a las víctimas del conflicto con acciones reparatorias, las cuales se materializan por medio de prestaciones económicas y asistenciales, entre las que se encuentran los planes obligatorios en salud, que incluye los programas de salud mental, orientación familiar, intervención familiar, salud familiar, salud colectiva,

promoción y prevención de salud, exámenes diagnósticos, seguimientos, relación de ayuda, intervención en crisis, orientación sexual, salud sexual y reproductiva, medicamentos, recreación y psicoterapias, entre otros.

SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DE VÍCTIMAS

Los servicios de salud pretenden ser pluralistas, es decir, cubrir todas las contingencias humanas, para lo cual se requiere adoptar una serie de regímenes, instituciones y procedimientos que den alcance a toda la población con la aplicación de dirección compleja, democrática, diversa desde la financiación, atención, prestación, contenido y forma, lo que involucra directamente al Estado como garante de estas disposiciones.

Cabe aclarar que la dinámica que orientó el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, está fundamentado en el aislamiento, funcional y especializado, de sus partes y componentes. Esta desvinculación produce un desconocimiento generalizado entre los agentes que actúan dentro del sistema.

En el caso particular de las poblaciones indígenas, que cuentan con un régimen especial en salud, las dificultades se acentúan por la ausencia de una perspectiva cultural en la concepción misma del sistema de salud. El acceso se ve limitado por las barreras geográficas-antropológicas y las largas distancias que separan a los indígenas de los centros de atención. También existen limitaciones culturales, aunque

hay que reconocer que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S, considera las prácticas formales de estas comunidades. Por último, hay limitaciones de género. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, cuya visita al médico representa una afectación a los conceptos de intimidad que manejan las comunidades.

Las víctimas del conflicto armado hacen parte del régimen subsidiado especial de salud, el cual garantiza su financiación con los aportes compensatorios del sistema de financiación territorial, llamado sistema general de participación establecido en las leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y 1448 de 2011.

El Estado distribuye estos recursos a través de los entes territoriales para garantizar el plan obligatorio de salud, que incluye atención materno infantil, plan de intervenciones colectivas, programas de promoción y prevención, salud mental, salud sexual y reproductiva, con lo cual pretende hacer una reparación integral a las víctimas del conflicto armado.

MODELO DE SISTEMA DE SALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Cuando se describe la función que cumple la protección social en salud dentro del sistema estatal, aparece la definición misma del modelo estructural, que para el caso colombiano puede decirse que es de carácter mixto en cuanto a gerencia, facilitación, financiación y cobertura poblacional, regido por un esque-

ma de competencia regulada que ha creado múltiples conflictos, básicamente originados por la privatización del servicio de salud.

Cabe resaltar que desde su origen netamente administrativo y operativo la protección social en salud presenta serias limitaciones dentro del sistema para cumplir con sus principios y objetivos generales, como lo demuestra el modelo de atención en salud colombiano, que pese a contar con medidas tendientes a compensar las inequidades, excluye fracciones de la población y, finalmente, tiende a colapsar aun cuando pretende satisfacer el derecho constitucional a la salud, que se supone deben tener todos los habitantes del territorio nacional.

Una de las metas planteadas por la Ley 100 era obtener en el 2001 una cobertura universal en salud, pero se encuentra a mitad de camino y alcanzarla se ha aplazado para un futuro incierto. Con la promulgación de la Ley 715 de 2001 se sancionó esta perspectiva al establecer que a partir de 2004 “El Sistema de Seguridad Social en Salud deberá recuperar la meta de lograr aseguramiento universal de la población”.

Por consiguiente, la aspiración de obtener una progresiva igualdad en los servicios de aseguramiento de los dos regímenes (subsidiado y contributivo) se percibe cada vez más lejana. La crisis económica, el incremento de la pobreza y la pérdida de cohesión social hacen urgente revisar las prioridades en la asignación de recursos y redefinir los mecanismos para reimpulsar el proceso tendiente al pleno ejercicio del derecho a la salud y el aseguramiento universal.

Aunque existe una supuesta igualdad normativo-jurídica en la unificación del contenido del Plan Obligatorio de Salud para ambos regímenes (contributivo y subsidiado) con la Ley 1438 de 2011, materializada con las resoluciones 5521 de 2013, 5926 de 2014, 001 de 2016, 6408 de 2016, 379 de 2017, 1687 de 2017, 5269 de 2017 y 046 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, persiste una gran inequidad, ya que el régimen subsidiado aún no contempla prestaciones económicas para licencias de maternidad, paternidad e incapacidad.

ELEMENTOS JURÍDICO- ESTRUCTURALES DE LOS REGÍMENES DEL SISTEMA DE SALUD

Para comprender cabalmente el sistema de salud es preciso partir de la distinción fundamental entre los regímenes contributivo y subsidiado. Este último se creó con el propósito de “financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar” (artículo 212). Aunque en la Ley 715 del 2001 conserva la denominación de “régimen subsidiado”, ésta le asigna un nuevo nombre a los recursos destinados, los denomina “subsidios a la demanda” (artículo 47), para significar que con el régimen subsidiado se cambia la atención hospitalaria que prestaba directamente el Estado antes de la Ley 100 (que sería mediante “subsidios a la oferta” del servicio de salud), por un régimen en el que la atención a la población en situación de pobreza no se hace directamente sino que el Estado financia

los mecanismos para que las entidades del sistema de salud presten esos servicios, es decir, se subsidia la “demanda”.

Cabe aclarar que los recursos económicos de este subsidio a la demanda pertenecen al sistema de protección y los recaudan, transfieren, gestionan y administran los entes territoriales (municipios, distritos y departamentos), con destinación específica para atender, afiliar, proteger y solventar adecuadamente a la población vulnerable, desplazada, víctimas del conflicto, despojados, pobres, indigentes y damnificados. Por su parte, el Estado preserva el principio de proporcionalidad entre sostenimiento financiero y universalidad social.

El Régimen Subsidiado en Salud se creó con el propósito de garantizar a la población más pobre el derecho a la salud, por esta razón el Estado puede subsidiar el pago de las cotizaciones en el sistema con recursos fiscales y de solidaridad (artículo 211 de la Ley 100 de 1993).

Como se dijo, los sujetos de afiliación a este régimen lo componen la población más pobre y vulnerable del país de las áreas rurales y urbanas (artículos 213 y 157 de la Ley 100 de 1993). Cabe decir que el objetivo principal de esta ley consistía en asegurar que la mayoría de las personas menos favorecidas estuvieran cubiertas por el sistema, lo cual no se logró, de ahí que fuera excluido del ordenamiento jurídico (artículo 113 de la Ley 715) (Cañón Ortegón, 1992, p. 10).

El código de seguridad social integral, expedido en 1993, dio origen al régimen subsidiado como complemento del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990, que reestructuró el servicio público de salud, situó los componentes del sector salud y estableció los compromisos que el Estado tenía con este sector. Se debe destacar que luego de la promulgación de la Ley 100 de 1993 se han expedido normas jurídicas que hacen una tipología del régimen subsidiado (Ley 691 de 2002), régimen subsidiado de etnias (Ley 1448 de 2011), régimen subsidio de víctimas (decretos 2353 de 2015 y 780 de 2016) y régimen subsidiado de la población carcelaria y movilidad del régimen subsidiado (Ley 1438 de 2011 y Decreto 3047 de 2013).

Ante la imposibilidad de garantizar una cobertura total y la exclusión del ordenamiento por la Ley 715, la Ley 100 previó ampliar la cobertura mediante un proceso progresivo, para lo cual estableció dos clases de sujetos: los afiliados al régimen subsidiado, que son las personas debidamente inscritas y con derechos en el sistema, y los vinculados, que teniendo derecho al régimen no son beneficiarios.

TRATAMIENTO NORMATIVO DE LAS VÍCTIMAS EN RELACIÓN CON LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La reparación es el derecho que tienen las víctimas de crímenes de guerra o de lesa humanidad a ver compensados los daños sufridos, pero en el contenido epistémico aplicado es una

prestación económica, asistencial y social que ofrece el sistema de protección social a las víctimas del conflicto armado.

En Colombia el concepto víctima no se ha especificado ni delimitado, lo cual se ve reflejado en los diversos relatos históricos tras las tensiones y vulneraciones que se han dado, es decir, a una parte de la población se le ha hecho daño de manera permanente, sin límites y sin condiciones diferenciadoras, en contravía de la declaración de los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abusos del poder (Naciones Unidas, 1985), que resalta a las víctimas como “las personas que individual o colectivamente, han sufrido daños, e inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales”.

La expresión víctima incluye, además, en el caso de Colombia, a los familiares o personas a cargo que tengan relación directa con la víctima y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a quien está en peligro o para prevenir la victimización.

En este sentido, la Ley 975 del 2005, artículo 5, de justicia y paz Colombia define a las víctimas como: “Las personas que individual o colectivamente haya sufrido daños directos, tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionan algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial (visual o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera y menoscabo de sus derechos fundamentales”.

Así mismo, se define el conflicto armado como un fenómeno histórico que se puede dar entre distintos pueblos o al interior de un pueblo.

Por su parte, el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 dice: “Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno...”.

Ahora bien, en relación con la reparación a las mujeres víctimas del conflicto, existen diversas normativas internacionales que han sido ratificadas por el Estado colombiano, la mayoría hacen parte del Bloque de Constitucionalidad 23, que se refiere a las normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, se utilizan como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución por diversas vías y por mandato de la misma carta magna (Olaya, 2004).

CONCLUSIONES

La protección social en salud, en cuanto a régimen, administración y financiación, aparece en la Constitución Política de 1991, donde se confunde el modelo de Estado social de derecho con los fines esenciales del gobierno y

la operatividad administrativo-prestacional de la protección social en salud para atender a las víctimas del conflicto armado. Cada vez que se defina el modelo económico del Estado de manera inherente se establece el modelo operativo del sistema de protección social para combatir las contingencias humanas individuales y colectivas, con un enfoque diferencial en las víctimas.

Existe un abundante compendio jurídico-normativo en materia de reparación a las víctimas del conflicto armado y la intervención en la reparación integral por medio del sistema de protección social en salud y los regímenes de atención y vinculación.

Cabe anotar que el Estado Social debe presupuestar, planificar de forma preventiva, asertiva, responsable, previsiva y cuidadosa las contingencias humanas para que no se presenten mayores riesgos o peligros, que puedan ocasionar costos sociales elevados e insostenibles.

El sistema de protección social en salud constituye un sistema especializado reparativo dentro del sistema general de seguridad social, debido a que las normas vigentes en Colombia canalizan las prestaciones asistenciales y económicas para las víctimas del conflicto armado a través de las instituciones, regímenes, normas y procedimientos del sistema de salud.

En Colombia cada vez se consolidan más los alcances jurídicos, políticos, económicos y ad-

ministrativos del sistema de protección social en salud, en relación con la atención de reparación integral a las víctimas del conflicto armado.

REFERENCIAS

- Almansa Pastor, J. M. (1984). Derecho de la seguridad social. Vol. I. 4ª ed. Madrid: Editorial Tecnos.
- Andrew, H. (2010). Introducción a la ciencia política. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Arenas Monsalve, G. (2014). El derecho colombiano a la seguridad social. Bogotá: Legis.
- Barrera Morales, M.F. (2009). Análisis en investigación. Caracas: Sypal.
- Barona Betancourt, R. (2014). Los prestadores de servicios de salud. Bogotá: Ibáñez.
- Catena, C. ¿Qué son las contingencias comunes? [en línea] <<http://www.legaltoday.com/practica-juridica/social-laboral/laboral/que-son-las-contingencias-comunes> [citado en junio 14 de 2017].
- Cañón Ortégón, L. (1992). Los servicios sociales en la seguridad social. Bogotá: La previsor.
- Ceja, M. C. (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza. Geo Crítica Script /Nova, *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, pp. 10-30.
- Congreso Nacional de Sociología (21 a 23 de abril de 2011) Cali: Universidad Icesi – Universidad del Valle, 122 p.
- Corte Constitucional de Colombia, C 228 de 2010, Modelo económico de Estado.
- Corte Constitucional de Colombia, C-870 de 2003, Intervención del Estado en la economía.
- Domínguez-Gutiérrez, S. (s.f.). Las representaciones sociales en los procesos de comunicación de la ciencia.
- Dueñas, L. P. (2016). Posconflicto, una problemática mundial. *Semana*, 2.
- Escudero, C. H. (2011). Principios orientadores de la salud pública desde el derecho a la salud. En G. Malagón Londoño, *Salud pública: perspectivas* (pp. 79-113). Bogotá: Panamericana.
- Fleury, S. (2004). Modelos de protección social., p. 4.
- Flora, P. (ed.) (1986). Growth to limits: the Western European welfare states since World War II. Walter de Gruyter, p. 22.
- Gañán Echavarría, J. L. (2013). Los muertos de la Ley 100, Prevalencia de la libertad económica por encima del derecho fundamental a la salud. Medellín: Universidad de Medellín.

- Gardey, A., & Pérez, J. (2017). Bienestar social. <<https://definicion.de/bienestar-social/>> [citado en 03 de junio de 2017].
- Gómez, Á. (1979). Burguesia e trabalho. Política e legislação social no Brasil. Rio de Janeiro. p. 47.
- Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. 10 de junio de 2011. D.O. 48.096. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html
- López Ahumada, J.E. (2015). Crisis financiera y derecho social en Irlanda (1ª ed.). Madrid: Cinca Ediciones. 204 p. ISBN: 978-84-15305-88-0.
- Moncayo, V. M. (1978). Luchas obreras laborales en Colombia. Bogotá: La Carreta.
- Olaya, M. A. (2004). El bloque de la contitucionalidad en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana. Bogotá: Icesi, 79.
- Restrepo Pimienta, J. L. (2017). Conceptos científicos en seguridad social en salud en el contexto globalización y Estado. Barranquilla: Universidad de la Costa.
- Restrepo Pimienta, J. L. (2016). Fundamentos de derecho procesal de la seguridad social en salud. Bogotá: Editorial Vélez.
- Restrepo Pimienta, J. L. (2012). Dimensión jurídico antropológica de la política pública en salud. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.
- Rodríguez Mesa, R. (2011). Estudios sobre seguridad social (2da. ed.). Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Víctimas, U.P. (2013). Mujeres y conflicto armado. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Víctimas, U.P. (2015). Reporte caracterización víctimas del conflicto armado Cesar - Valledupar. Valledupar: Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas.
- Víctimas, U.P. (7 de marzo de 2017). www.unidaddevictimas.gov.co. Obtenido de www.unidaddevictimas.gov.co: www.unidaddevictimas.gov.co/.../en-colombia-42-millones-de-victimas-del-conflicto-ar...
- Zapata, W. (2010). Construcción de políticas públicas de salud en el marco de la protección social para la generación de estilos de vida saludables en el ambiente laboral colombiano. Tendencias hispanoamericanas., p. 45. Tesis de maestría. Medellín: Universidad de Medellín, facultad de ciencias económicas y administrativas.