

**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**

Jorge Luis Restrepo Pimienta<sup>1</sup>, Edwin Yesid Lea Montes<sup>2</sup>

Augusto Daniel Ramírez Uhia<sup>3</sup>

**Resumen:** El presente trabajo de investigación donde se tiene por objeto realizar un estudio de tipo analítico, a partir de método estructuralista acerca del alcance del sistema de protección social en salud en compensación a las víctimas del conflicto armado en Colombia, partiendo revisión bibliográfica y documental y mapas de ideas. Se describe desde la historiografía del estado y las incidencias en protección social en salud, contingencias y prestaciones cubiertas por la protección social en salud para, compresiones y perspectivas de las acciones y gestiones de las protecciones sociales en salud y operatividad de sistema de salud. Se realiza una síntesis y conclusiones en relaciones a las miradas aplicadas jurídicas y políticas de planes y programas en salud en relación con la reparación integral de víctimas del conflicto armado en Colombia.

**Palabras clave:** Protección social, salud, victimas 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.

---

<sup>1</sup> Abogado, Magister en Derecho, Magister en Salud Pública, PhD en Derecho, Pos-Doctor en Epistemología, Docente de Carrera Universidad del Atlántico. Correo: [jorluisrestrepo@yahoo.com](mailto:jorluisrestrepo@yahoo.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6285-7793>

<sup>2</sup> Abogado, Especialista en Derecho Administrativo, candidato a Doctor en Ciencia Política U del Zulia, Docente de Planta Universidad Popular del Cesar. Correo: [eleamontes@gmail.com](mailto:eleamontes@gmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9467-4174>

<sup>3</sup> Abogado, Especialista en Derecho Administrativo, candidato a Doctor en Ciencia Política U del Zulia, consultor en Convivencia Ciudadana. Correo: [augustoramirezuhia@gmail.com](mailto:augustoramirezuhia@gmail.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6359-2205>

## **Introducción**

El presente trabajo de corte analítico por composición, denominado modelo de estado en la percepción del sistema de protección social en salud, es el producto de experiencias en proceso formativos, proyectos, convocatorias, indagaciones, direcciones de monografías jurídica, trabajos de grados e intercambios por movilidad cognitiva. Escrito que aborda la estructura asistencial de la protección social en salud para víctimas del conflicto armado y las representaciones sociales que trae consigo 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, el primero es en la teoría general y biografía del Estado y el segundo son las dimensiones, modelos y conceptos de la seguridad social. Lo cual lleva a identificar la transversalidad constitucional en cuanto a los costos, presupuesto, administración y financiación de la operatividad funcional de los sistemas sociales que responden las contingencias humanas individuales y colectivas, a través de prestaciones asistenciales, económicas y sociales.

De esta manera el presente análisis se realiza en cuatro compartimientos los cuales. Donde se consigna las implicaciones, retos y desafíos del sistema de protección social en salud, para atacar las contingencias que hacen colocar a los seres humanos en condición de víctima, vulnerabilidad y miseria.

## **Metodología**

Lograr los objetivos y alcanzar el sujeto al objeto de estudio científico, se requiere de un camino apropiado, donde exista la configuración válida de elementos y herramienta cognitivas, a partir del genotipo y fenotipo a estudiar en este caso la percepción de un concepto desde la dimensión disciplinar, instrumental, social, política y modular.

En este sentido es pertinente anunciar que las ciencias asistenciales del cuidado humano entre ellas la protección social, seguridad social, previsión social y el desarrollo social se abordan en diferentes ángulos desde perspectivas cognoscitivas. Ahora bien, en esta ocasión o evento investigativo se hará únicamente desde el estructuralismo, el cual conceptúa (Hurtado, 2012, p.43) es la forma de dilucidar la realidad al elaborar, a través de la razón, una estructura que permitiera dar cuenta de los eventos estudiados, por ende, el artículo científico su método es análisis estructural.

En esta oportunidad se tocará el tema de apreciaciones teóricas y prácticas de la protección social en salud desde una óptica estructural en su armazón, labores, instituciones, garantías y derechos sociales en riesgo, diversas formas de concebir el sistema de protección social en salud, vulneración y peligro dentro de la posición confusa del Estado y los actores y acciones. Con el propósito de generar espacios de tensiones y desafíos en cuanto a prestaciones en materia de contingencias humanas asumidas por el modelo ideológico político del Estado y la injerencia de los gobernantes y usuarios en relaciones jurídico administrativo con respecto a la sanidad, régimen vinculado y reparación integral de las víctimas del conflicto armado.

Es, por consiguiente, que dentro de una complejidad de orden jurídico, financiero, operativo y sistémico de la protección social se requiera 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 atención compensatoria de víctimas. Los instrumentos seguidos de la técnica de revisión documental, revisión de textos, facilitación de ideas, cuadros y mapas de ayuda, se encuentran graficadas, entendidas, significadas, valoradas, junto con las observaciones en el mundo experimental del autor y la disciplina, que se encuentran determinadas a profundizar dentro de los rasgos paradigmáticos de la protección social en salud y la seguridad social integral su relación de orden con las víctimas de conflicto armado.

### **Apreciación teórico histórico - aplicada de la protección social**

Al hacer una reseña acerca de la protección social se debe partir del hecho que el ser humano es un ser biopsicosocial, lo cual representa el fundamento de un esquema de necesidades, carencias y pobreza, las cuales resuelve a través de instituciones, sistemas, estructuras, acciones y procedimientos, de allí que preponderantemente se le delega 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).

En concordancia, se suscita la seguridad social, la cual recibe diversas significaciones teóricas prácticas y aplicadas a lo largo de la historia de la humanidad, partiendo de la comprensión asistencialista que tiene su base en el naturalismo, esta asistencia puede ser familiar, pública, privada y religiosa.

Continuando con el discurso histórico, para la época alemana de Otto Edward Leopold Von Bismarck-Schönhausen (1883-1889), la seguridad social adquiere la dimensión o entendido de previsión social, indicando la preparación de sociedades proletarias o empleadas a prepararse o antecederse a las contingencias humanas mediante instituciones tales como: el ahorro, mutualismo y los seguros privados.

Luego de las tendencias de denominar la seguridad social en el entendido de previsión, se produce la nueva acepción de la definición y es la “Bienestar Social” desde la configuración del Estado de Bienestar Americano, que tuvo su génesis en las crisis de 1929, cuya propuesta político económica y social es elaborada y presentada por el economista británico John Maynard Keynes (López, 2015).

Ahora bien, sigue el auge de la seguridad social, a partir del surgimiento del Estado Social para 1934, donde la población adquirió derechos sociales por su condición de ciudadanos y no por su posición en el mercado de trabajo; el financiamiento y salvaguardia y defensa de la seguridad social universal es la consecuencia de un acuerdo social incluyente entre trabajadores, Estado y empresarios, esto es, que la sociedad registró y apoderó un principio de solidaridad entre clases, de allí se comprende entonces que la seguridad social es desarrollo en cuanto puede decirse 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, en el transcurso del tiempo, conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad social, empleo, salarios, principalmente; implicando también la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ingreso.

Por último, en cuanto al recorrido de evolución conceptual, nace la protección social teórica y normativamente, en cuanto a lo dogmático, conforme a lo aplicado en Inglaterra en la década de 1940 a raíz del Informe Beveridge, que fue presentado en 1942, el cual dio origen al Estado benefactor inglés cuya finalidad fue combatir la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad, colocando la universalidad en el eje fundamental de la Seguridad social, adquiriendo los ciudadanos derechos sociales sin tener en cuenta de su condición en el mercado laboral, también radica su reglamentación desde los instrumentos internacionales que quedó contemplada en la Recomendación 202 de 1962, sobre los pisos de protección social.

En consonancia a lo antes expuesto, la protección social en el mundo se forma a partir del proceso de aceptación de los Estados de pobreza, vulnerabilidad, deplorabilidad, contingencias que menoscaban la vida en sentido básico, como una cuestión social, necesariamente insertada en las agendas de las políticas públicas, sociales y planes de desarrollo (López, 2015).

Bajo este panorama, para el Estado colombiano la protección social tuvo una significación de asistencia pública, de la mano de una reforma político-social, que estableció en el artículo 19 de la Constitución Política de 1886, con el acto legislativo de 1936, promulgado en el gobierno presidente Alfonso López Pumarejo, posteriormente con la aprobación de ley 6 de 1945 creación de la Caja nacional de previsión social CAJANAL, diversidad de Cajas de Previsión Social y las cajas de Compensación Familiar, las dos últimos iniciaron su funcionamiento con el Decreto 118 de 1957 el cual también creo al SENA, en esta misma línea de acontecimientos se crea el Seguro Social en la ley de CAJANAL, pero inicia operatividad con la Ley 90 de 1946 (Arenas, 2014).

Así, en este orden de cronológico siguen apareciendo connotaciones de protección social con la creación del sistema de bienestar familiar ley 75 de 1968, bienestar laboral con las normas de servidores públicos y cesantías decretos 3135 de 1968, decreto 3118 1968, 3148 de 1968, 1848 de 1969, decreto 1950 de 1973, decreto 056 de 1975 sistema de salud, decreto 1042 de 1978, decreto 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 y ley 21 de 1982 subsidio familiar (Arenas, 2014).

Posterior a la tendencia de bienestar social en seguridad social llega 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 consagran unas 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, prestacional creación empresas de servicios temporales y ley 10 de 1991 empresas asociativas de trabajo.

Por último, se constitucionaliza la seguridad social con dimensión de protección social en los artículos en los artículos del 42 a 53 en la carta política, desarrollados en le ley 100 de 1993 donde se establece la universidad, fondos de financiación, tipología de regímenes, accesibilidad, pluralismo y participación, en esta se encuentran el libro cuarto de los servicios

sociales complementarios, asimismo se tiene de referente normativo la ley 361 de 1997 atención a la discapacidad, ley 789 y 790 de 2007 sistema de protección social, ley 812 de 2003, ley 1151 2007, ley 1450 de 2011, 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 beneficio económicos periódicos, ley 1580 de 2012 pensión familiar, ley 1636 de 2013 protección al cesante, ley 1780 de 2016 auto-empleo y ley 1804 de 2016 atención a la primera infancia (López, 2015).

### **Estado, condición de víctima y costos sociales de contingencias humanas**

Abordar en 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, es así que se hace necesario la presencia del dialogo de saberes y conocimientos científicos para comprender de forma oportuna, profunda y veraz los cambios y transformaciones de las sociedades y el mundo globalizado incluyente (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 el objeto de solución del Estado, las Ciencias y la Gobernabilidad.

Ahora bien, el Estado en su contexto de organización Jurídico Política, el cual tiene como elementos característicos y determinantes la existencia y constitución, a partir de la noción, espacio geográfico, reconocimiento, patrimonio y autonomía acorde a los tratados, convenios, parámetros y lineamientos de la comunidad internacional en general con respecto al respeto de la defensa de los Derecho humanos fundamentales y la dignidad humana integral.

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

Entonces, es de destacar que el Estado para hacer efectivo los derechos Humanos a todos los habitantes del territorio, ya sean nacionales, nacionalizados o extranjeros, sería propio asumir dentro de sus obligaciones y deberes financieros, políticos y jurídicos la satisfacción de las necesidades básicas o esenciales, individuales y colectivas a partir las prestaciones, bienes y servicios.

Es por ello que emprender el abordaje del Estado y sus instituciones sin antes tocar la realidad y el escenario en que se desenvuelve el hombre en cuanto a sus dimensiones de tipo biológico, social y psicológico, es decir, se debe partir, en principio sin fundamentos o cimientos teórico pragmáticos de los fines y funciones de los cuales se propone está institución jurídico político en el momento de consolidarse (López, 2015).

Es este sentido, es válido destacar que el Estado dentro de su connotación de organización tiene que establecer pautas y lineamientos que pretendan prevenir y asistir de forma progresiva las precariedades de su nación o conglomerado humano, ello asociado en 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, huérfanos, víctimas y muerte)<sup>4</sup>.

Ahora bien, si el Estado en su entendido político y jurídico, es una institución o un organismo que vela por la satisfacción, prevención, gestión, administración y preparación continua de

---

<sup>4</sup> Podría entenderse por contingencia humana desde la dimensión antropológico y guardando los cognoscitivos elementos de la física y bioestadística, la consecuencia de un hecho, hecho jurídico, acto jurídico, conducta, fenómeno natural, materialización de un riesgo que genera menoscabo a la vida humana en su diversidad de composiciones o aspectos de los cuales podrían ser: morales, psíquicos, sociales, culturales, fisiológicos y económicos.



las penurias individuales y agrupadas de sus vinculados a partir de la toma de decisiones irradiadas en la políticas pública y social así mismo en las normas en todas sus jerarquías y categorías (Restrepo, 2012).

De este modo, se puede afirmar que la Protección Social es el producto del devenir histórico natural de los seres humanos y social de los pueblos, basado en filosofía de la historia y los acontecimientos, el crecimiento acelerado de la demografía, las tendencias del evolucionismo en el desarrollo cotidiano, el cambio de mentalidad, el surgimiento del maquinismo, la modernización, en la cual el Estado satisfacía o hacia contestaciones y referencias de solución a través de los estudios previos organizados y planificados a los diversas situaciones, fenómenos, contingencias, hechos, acontecimientos que colocan al ser humano en condiciones vulnerables y deplorables (Restrepo, 2017).

Las contingencias son las situaciones objeto de protección, en este sentido, se entiende por contingencias todos aquellos acontecimientos o fenómenos futuros y posibles, capaces de ocasionar una pérdida económica y, por tanto, una consecuencia perjudicial o dañosa a la integridad de los individuos. No se hace con ello referencia únicamente a hechos desafortunados, de los cuales se podría mencionar lesiones al cuerpo, daños corporales, desempleo, desocupación, enfermedad e invalidez; sino a ciertos acontecimientos gratos, así como el matrimonio, embarazo, parto y el nacimiento de hijos, que originan mayores gastos ocasionales o permanentes para el sostén de los mismos (Rodríguez, 2011).

De acuerdo a lo anterior, se puede redefinir que las contingencias obedecen a acontecimientos ordinarios de la vida, de cualquier orden causal, que demanda la protección y/o atención inmediata, en virtud de que significa la pérdida o disminución de ingresos o menoscabo de la salud. En este sentido, las contingencias como ámbito de la protección social, se encuentran cubiertas tanto a corto como a largo plazo, para el corto plazo se encuentran las contingencias relacionadas a enfermedad, víctimas, mendicidad, desnutrición, inseguridad alimentaria, gestación, maternidad y riesgo laboral, entre otras, mientras que para largo plazo se destaca la invalidez, vejez, muerte, huerfanidad y viudez (Restrepo, 2017).

Por otro lado, también se encuentra otra clasificación de las contingencias y es así como frecuentemente se habla de las contingencias comunes y las contingencias laborales. Encontrándose en las primeras, el accidente cotidiano y la enfermedad común, la maternidad, la paternidad, el cese en el trabajo una vez alcanzada la edad de jubilación, el desempleo entendido como la pérdida involuntaria del empleo o la reducción de la jornada ordinaria de trabajo de quienes pueden y quieren trabajar y las cargas familiares. Dado que sólo se definen expresamente y en sentido positivo las contingencias laborales, respecto a las restantes contingencias protegidas o hay una readmisión o se da una definición en negativo, caso éste del accidente no laboral y de la enfermedad común (Catena,2017).

De esta manera se genera un responsabilidad del Estado de hacer asistencia integral con las víctimas del conflicto con acciones reparadoras, las cuales se materializan a través de prestaciones económicas y asistenciales, en cuanto a las asistenciales se encuentran los planes obligatorios en salud donde se interviene el cuerpo y la psiquis, por medio de los programas de salud mental, orientación familiar, intervención familiar, salud familiar, salud colectiva, promoción y prevención de salud, exámenes de diagnósticos, seguimientos, relación de ayuda, intervención en crisis, orientación sexual, salud sexual y reproductiva, medicamentos, recreación y psicoterapias.

### **Servicios de salud en atención de víctimas**

Ahora bien, en la marcha, los servicios de salud pretenden ser pluralistas, es decir, tratan de cubrir todas y cada una de las contingencias humanas, lo que requiere de la adopción de 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.

En razón a lo antes descrito, es de notar como el Estado Colombiano, reglamenta una serie de regímenes y prestaciones en el sistema de salud para cubrir a toda la población y contingencias humanas en sus tipologías, dentro de ello se encuentra el régimen subsidiado para población carcelaria y penitenciaria, que su contingencia básica o fundante es ser victimarios de lo cual se desprende la privación de la libertad enfermedades y demás.

Ahora bien, en este sentido cabe argumentar que la dinámica de un modelo con enfoque diferencial en el sistema de protección social en salud, el modelo mecánico ideal 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 diferentes agentes que actúan dentro del sistema.

En el caso particular de las poblaciones indígenas, que cuentan con un régimen especial en salud, las dificultades parecen acentuarse por la ausencia de una perspectiva cultural dentro de la concepción misma del sistema de salud: El acceso se ve limitado por las barreras geográficas-antropológicas, largas distancias, que se interponen entre los indígenas y los centros de atención. Limitaciones culturales: Se debe reconocer en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado “POS-S” las prácticas formales de estas comunidades. Limitaciones de género: En el caso de las mujeres, la visita al médico representa una afectación de los conceptos de intimidad que manejan las comunidades.

Las víctimas del conflicto armado hacen parte del régimen subsidiado especial de salud el cual garantiza que los aportes compensatorios de los contributivos, del sistema de financiación territorial llamado sistema general de participación establecido en las leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y 1448 de 2011. Con estos elementos de financiación los cuales consiste en que la población con altos ingresos se le descuenta en las nóminas y aportes, recursos adicionales al sistema de salud, de esta manera redistribuir en la población vulnerable o con ausencia de capacidad de aportes.

Luego del recaudo realizado por Estado Colombiano, este a través de los entes territoriales reparte los recursos para así garantizar el plan obligatorio de salud, atención materno infantil, plan de intervenciones colectivas, programas de promoción y prevención, salud mental, salud sexual y reproductiva, pretendiendo o hacer reparación integral a las víctimas del conflicto armado con este conjunto de prestaciones asistenciales subsidiadas.

### **Modelo de sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud de víctimas del conflicto armado.**

Cuando se detalla el papel o función que cumple la protección social en salud dentro del sistema estatal, aparece la definición misma del modelo estructural, el cual para el caso colombiano puede decirse que es de carácter mixto, dicho sistema de atención en salud en cuanto a gerencia, facilitación, financiación y cobertura poblacional regido bajo un esquema de competencia regulada ha creado múltiples conflictos, básicamente originados por la privatización del servicio de salud.

En sintonía preceptiva, es de resaltar que desde un origen netamente administrativo y operativo de la protección social en salud se presentan serias limitaciones dentro del sistema para cumplir con los principios y objetivos generales, como se demuestra en el modelo de atención en salud colombiano, lo que sería un gran desconcierto normativo, técnico y conceptual, que pese a contar con medidas tendientes a compensar las inequidades, excluye fracciones de población y que el sistema de protección social en salud, que 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.

De esta manera, cabe destacar para seguir arguyendo en cuanto a las metas planteadas por la Ley 100 era obtener en el 2001 una cobertura universal a la seguridad social en salud se encuentran a mitad de camino y alcanzarlas se ha aplazado para un futuro incierto. A través de la Ley 715 de 2001 se sanciona 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, el subsidiado y el contributivo, se percibe cada vez más lejana. Las circunstancias de crisis económica, incremento de pobreza y pérdida de cohesión social hacen urgente la tarea de 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 se encuentra una supuesta igualdad normativo jurídica la unificación del contenido del plan obligatorio de salud POS Colombiano, para ambos regímenes (contributivo y subsidiado) con la Ley 1438 de 2011, y materializada en las Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social 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 Sigue en la praxis la diferencia inequitativa entre los regímenes contributivo y subsidiado, además que para el régimen subsidiado aún no se contemplan las prestaciones económicas de licencias 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 dos regímenes del sistema, es decir, el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Este régimen subsidiado fue creado 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). La Ley 715 del 2001 aunque conservara la denominación de “régimen subsidiado”, asigna un nuevo nombre a los recursos destinados al mismo.

Los denomina “Subsidios a la demanda” (Artículo 47 ley 715 2001) esta denominación pretende significar que con el régimen subsidiado se ha cambiado la atención hospitalaria

prestada directamente por 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 de la población en situación de pobreza no se hace directamente, sino que el Estado financia los mecanismos para que sean las entidades del sistema de salud las que presenten los servicios (es decir, subsidiando la “Demanda” de los mismo).

Cabe indicar que este subsidio a la demanda son recursos económicos del sistema de protección son en salud son recaudados, transferidos, gestionados y administrados por los entes territoriales municipios, distritos y departamentos, con destinación específica de atender, afiliar, proteger y solventar adecuadamente a población vulnerable, desplazada, víctimas del conflicto, despojados, pobres, ingentes y damnificados, guardando el Estado el principio de proporcionalidad entre sostenimiento financiero y la universalidad social.

En la génesis y tipología del Régimen Subsidiado en Salud. Este régimen fue creado con el propósito de que la población más pobre tuviera garantizado su derecho a la salud, es por esto que el Estado pudiera subsidiar el pago de las cotizaciones en el sistema, con recursos fiscales y de solidaridad. (Artículo 211 de la Ley 100 de 1993).

Como anteriormente se dijo, los sujetos de afiliación a este régimen es la población más pobre y vulnerable del país de las áreas rurales y urbanas (Artículos 213 y 157 de la Ley 100 de 1993); de esta manera vale decir que el objetivo principal de la Ley 100 del 93, consistía en asegurar que, la mayoría de las personas menos favorecidas estuvieran cubiertas por el sistema. Lo anterior no llegó a su fin por lo que fue excluido del ordenamiento jurídico (Artículo 113 de la Ley 715) (Cañón Ortegón, 1992, pág. 10).

El código de seguridad social integral expedido en 1993, dio origen al régimen subsidiado como complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990. Esta ley reestructuro el servicio público de salud, situó los componentes del sector salud y estableció los compromisos que el Estado tenía con este sector, también se debe destacar que posterior a la ley 100 de 1993, se han expedido normas jurídicas que hacen una tipología del régimen

subsidiado tales como la ley 691 de 2002 régimen subsidiado de etnias, ley 1448 de 2011 régimen subsidio de víctimas, decretos 2353 de 2015 y 780 de 2016 régimen subsidiado población carcelaria y movilidad del régimen subsidiado ley 1438 de 2011 y Decreto 3047 de 2013 .

Ante la imposibilidad de la cobertura total en un principio y exclusión del ordenamiento por la Ley 715, la Ley 100 previó la ampliación de la cobertura mediante un proceso progresivo, de tal forma que 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, los cuales aun teniendo derecho al régimen no son beneficiarios de este.

### **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 oferta el sistema de protección social en relación con las personas víctimas del conflicto armado.

En Colombia la comprensión del concepto víctimas, ha sido muy complejo especificar y delimitar en lo teórico aplicado, lo que se ve reflejado en los diversos relatos históricos tras las tensiones y vulneraciones que se han dado para todo el conglomerado, es decir una parte de la población se le ha hecho daño de manera permanente sin límites y sin condiciones diferenciadoras, tanto que, dentro de este marco de vicisitudes reales y conceptuales; 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”.

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

En este sentido, es menester reseñar la Ley 975, del 2005 en el artículo 5 de justicia y paz Colombia, que 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 y/o sensorial (visual o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera, y menoscabo de sus derechos fundamentales”.

Seguidamente se destaca la definición de Conflicto Armado el cual son un fenómeno histórico que existe desde el comienzo de la historia y pueden darse entre distintos pueblos, así como también entre el mismo pueblo, es decir, a nivel interno.

Luego de los entes mencionados, ante la comprensión de víctima de la violencia de conflicto armado es necesario traer el artículo 3 de ley 1448 de 2011 que a su vez dispone: “Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos partir del 1° 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, es de aclarar que en el ámbito legal con relación a la reparación de mujeres víctimas del conflicto, existen diversas normativas internacionales que han sido ratificadas por el estado colombiano, la mayoría hace parte del Bloque de Constitucionalidad 23 el cual hace referencia a aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados 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 propia Constitución (Olaya, 2004).



## **Conclusiones**

Luego de haber realizado un análisis jurídico que tiene por objeto descubrir y redescubrir el alcance de la protección social en salud, desde una perspectiva aplicada, programática, y sistémica de operatividad, gestión, gerencia, financiamiento y regulación normativa a las víctimas del conflicto armado.

Por consiguiente, en recapitulaciones el trabajo investigativo es menester decir que la protección social en salud en cuanto a régimen, administración y financiación, están previamente en la Constitución política de 1991, donde se confunde el modelo Estado social de Derecho con fines esenciales del Estado y la operatividad administrativo prestacional de la protección social en Salud para atender víctimas del conflicto armado. Cada vez que se defina el modelo económico de Estado de manera inherente se establece el modelo operativo del sistema protección social, para combatir las contingencias humanas individuales y colectivas de los asociados al Estado con enfoque diferencial a víctimas del conflicto armado.

Existe un compendio jurídico normativo abundante desde las fuentes supraestatales y estatales en materia de reparación a las víctimas del conflicto armado y la intervención en la reparación integral por medio 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 más adelante no se le presente mayores riesgos y peligros, a razón de costos sociales elevados insostenibles, a través del sistema de financiación del subsidio a la demanda y el régimen subsidiado en salud, pretendiendo hacer una reparación integral a las víctimas. El aplicado sistema de protección social en salud, constituye un sistema especializado reparativo dentro del sistema general de

seguridad social dado a que las normativas 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 se consolida cada vez más los alcances jurídicos, políticos, económicos y administrativos del sistema de protección social en salud en relación a la atención de reparación integral de población con carencias y vacíos de índole bilógicos, psíquicos y social, denominadas víctimas del conflicto armado.

Las precepciones empleadas por la población objeto de estudio las cuales son de corte gerencial, administrativo, académico, judicial, beneficiarios y usuarios, manifiestan en cuanto a la protección social en salud, que ésta compuesta por un carácter sistémico, alternativo y constituido en un mecanismo para la palear, controlar y tratar las enfermedades, daños corporales, lesiones, síndromes, epidemias, pandemias, endemias y demás eventualidades de salud, generadas por la violencia y el conflicto armado.

## Referencias

- Almansa Pastor, J. M. (1984). Derecho de la seguridad social. Vol. I. 4ª ed. Edit. . Madrid: 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, Marco Fidel, (2009), Análisis en investigación, Caracas, Sypal.
- Barona Betancourt, R. (2014). Los Prestadores De Servicios De Salud. Bogotá: Ibáñez.
- Catena, Carlos. ¿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 Ortegón, L. (1992). Los servicios sociales en la seguridad social. . Bogotá, : La previsora.
- Ceja, M. C. (2004). La Política Social Mexicana De Cara A La Pobreza. Geo Crítica Script /Nova, Revista Electrónica De Geografía Y Ciencias Sociales, 10-30.
- Colombia, C. d. (10 de junio de 2011). Secretaria del Sebad. Obtenido de Secretaria del senado: [www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1448\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html)
- Congreso Nacional de sociología, (10: 21-23, abril, 2011: Cali, Colombia) Cali: universidad ICESI – universidad del valle, 2011. 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 (Págs. 79-113). Bogotá: Panamericana.
- Fleury, Sonia. Modelos de protección social. 2004. P4
- Flora, Peter (ed.). Growth to limits: the Western European welfare states since World War II. Walter de Gruyter, 1986. P. 22

- Gañan 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, Ana. Pérez, Julián. 2017 Bienestar social. <<https://definicion.de/bienestar-social/>> [citado en 03 de junio de 2017]
- Gómez, Ángela. 1979. Burguesia e Trabalho. Política e Legislacao social no Brasil. Rio de janeiro. P. 47.
- López Ahumada, José Eduardo. crisis financiera y derecho social en irlanda. 1ª ED. madrid: cinco ediciones. 2015. 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. Icesi, 79.
- Olaya, M. A. (2004). El bloque de la constitucionalidad en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana. Icesi, 79.
- Restrepo Pimienta, J. L. (2017). Conceptos Científicos en Seguridad Social en Salud en el contexto "globalización y Estado" 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, Rafael 2011 "estudios sobre seguridad social - segunda edición" En: Colombia. Ed: 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](http://www.unidaddevictimas.gov.co). Obtenido de [www.unidaddevictimas.gov.co](http://www.unidaddevictimas.gov.co): [www.unidaddevictimas.gov.co/.../en-colombia-42-millones-de-victimas-del-conflicto-ar...](http://www.unidaddevictimas.gov.co/.../en-colombia-42-millones-de-victimas-del-conflicto-ar...)

Zapata, Wilman. 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 hispano-americanas. Medellín, p. 45. tesis de maestría. universidad de Medellín. facultad de ciencias económicas y administrativa.

Post-Print