



ANIVERSARIO

# Revista Venezolana de Gerencia





# Seguridad Social Integral: instrumento de reparación víctimas en Colombia

Restrepo Pimiento, Jorge Luis\*  
Flórez Fernández, Esperanza\*\*  
Cruz Mahecha, Diego Enrique\*\*\*

## Resumen

El presente estudio científico es el resultado de un proceso investigativo de corte social y normativo, donde analizaron instrumentos que hacen efectivo la reparación de víctimas por medio de la seguridad social en salud. El objetivo fue identificar los diferentes tipos prestaciones asistenciales, sociales, económicas de la seguridad social que hacen posible la reparación integral de víctimas del conflicto armado colombiano, de esta forma bajo responsabilidad estatal expresada en entes territoriales tales como municipios, departamentos y distritos. Para ello, se empleó el enfoque cualitativo, siendo la investigación de corte bibliográfica con alcance descriptivo, apoyados en técnicas de revisión y análisis documental. Los resultados demuestran que la cobertura y calidad en servicio de salud son deficientes para la reparación de víctimas, con accesos complejos y limitados a las prestaciones asistenciales, y poca financiación, por tanto se concluye que se debe constituir un instrumento eficaz para fortalecer financieramente el sistema de seguridad social integral, combatir la exclusión y realizar seguimiento permanente a los planes de salud, de manera que puedan ser atendidas las contingencias fisiológicas, mentales y sociales de las víctimas.

**Palabras clave:** seguridad social; salud; reparación; víctimas, conflicto armado

**Recibido:** 25.06.21

**Aceptado:** 06.09.21

\* PhD en Derecho, Universidad Sergio Arboleda, Magister en Salud Pública, Magister en Derecho Profundización Seguridad Social, Abogado, Docente de Carrera de la Universidad del Atlántico. Email: [jorgerestrepo@mail.uniatlantico.edu.co](mailto:jorgerestrepo@mail.uniatlantico.edu.co). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6285-7793>

\*\* PhD en Ciencias Gerenciales, Universidad Rafael Belloso Chacín, Magister en Salud Pública, Magister en Docencia e Investigación Universitaria, Nutricionista Dietista, Decana y Docente de Carrera de la Universidad del Atlántico,

\*\*\* PhD en Derecho Universidad Sergio Arboleda, Magister en Derecho Constitucional, Abogado, Antropólogo, Docente de Carrera de la Universidad Libre. Email: [diegoecruz@acjuridicas.com](mailto:diegoecruz@acjuridicas.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8147-152X>

# Seguridad Social Integral: instrumento de reparación víctimas en Colombia

## Abstract

The present scientific study is the result of an investigative process of a social and normative nature, where they analyzed instruments that make effective the reparation of victims through social security in health. The objective was to identify the different types of assistance, social, economic benefits of social security that make possible the integral reparation of victims of the Colombian armed conflict, in this way under state responsibility expressed in territorial entities such as municipalities, departments and districts. For this, the qualitative approach was used, being the research of a bibliographic nature with a descriptive scope, supported by review techniques and documentary analysis. The results show that the coverage and quality of health services are deficient for the reparation of victims, with complex and limited access to assistance services, and little financing, therefore it is concluded that an effective instrument should be constituted to financially strengthen the system of comprehensive social security, combat exclusion and permanently monitor health plans, so that the physiological, mental and social contingencies of the victims can be taken care of

**Keywords:** social Security; Health; repair; victims, armed conflict

## 1. Introducción

El presente trabajo de corte documental descriptivo se concentra en la identificación de los instrumentos seguridad social integral que se ponen en marcha para la reparación víctimas colombianas, con eficacia y solidez. De esta manera se puede abordar la estructura económica, organizativa y asistencial del sistema de salud a través de regímenes, programas y planes para víctimas del conflicto armado en el marco la relación integral reglamentada jurídicamente para el restablecimiento de derechos.

Se pretende ahondar en el sistema de aseguramiento en salud a partir de una perspectiva del modelo constitucional.

Profundizar en dos elementos: 1) cobertura y, 2) calidad de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado. Lo anterior lleva a abordar el conjunto de elementos de carácter teórico, históricas, constitucional y administrativa en cuanto a los costos, modelo de económico de Estado, presupuesto, administración y financiación de la operatividad funcional de los sistemas sociales en salud que responden a las contingencias humanas individuales y colectivas, a través de prestaciones asistenciales, económicas y sociales, que permiten reparar a las víctimas de algunas consecuencias fisiológicas y psíquicas. Por ello, el estado se ha involucrado en la aprobación de una serie de normativas para garantizar una mejor calidad de vida y bienestar

social (Villasmil-Molero et al, 2018).

En este sentido, entrar a identificar las falencias sistema de salud en cuanto a reparación de víctimas, cobertura, pertinencia, calidad, accesos, corrupción, tráfico de influencias y clientelismo, perdiendo la universalidad y progresividad constitucionalmente establecida en medio de un marco teórico histórico – aplicado a la seguridad social en salud.

Ahora bien, es necesario consignar en el presente artículo científico las implicaciones, retos y desafíos del sistema de aseguramiento en salud, para solventar las contingencias que colocan los seres humanos en condición de víctima, vulnerabilidad y miseria en su estado de salud mental y física, para así ubicar los instrumentos ajustados para restablecer derechos, prerrogativas y garantías.

Para alcanzar los objetivos propuesto se requiere un recorrido metódico, transitando por un camino, donde exista la configuración válida de elementos y herramientas cognitivas, a partir del método deductivo, dentro de un enfoque cualitativo documental descriptivo, a manera de diseñar un instrumento de reparación integral. Es pertinente anunciar que las ciencias asistenciales del cuidado humano entre ellas la seguridad social en salud se abordan en diferentes ángulos o desde perspectivas epistémicas aplicadas variadas.

En este orden de ideas es necesario precisar las técnicas de investigación que fueron utilizadas para alcanza los objetivos y así satisfacer o dar respuesta a la pregunta problema, para ello se utilizó la observación, análisis documental, revisión bibliográfica, así mismo los instrumentos empleados se tiene resumen, mapa de ideas, cuadros

sinópticos y las fichas bibliográficas.

Por último, que dentro de una complejidad de orden jurídico, financiero, operativo y sistémico de la seguridad social en salud 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 (Barrera, 2009).

## **2. Apreciación teórico - histórico aplicada de la seguridad social en salud**

Al hacer una reseña acerca de la seguridad social en salud se debe partir del hecho que el ser humano es un ser biopsicosocial; esto representa el fundamento de un esquema de necesidades, carencias y pobreza, las cuales se viabilizan y resuelven 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 en salud, 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 en salud 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 salud 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 salud, 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, 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 (Midgley, 1995:8) el desarrollo social es "*un proceso de promoción del bienestar de las personas*".

El desarrollo social representa 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 (Ceja, 2004).

En este recorrido de evolución conceptual, nace la seguridad social en salud 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, enfermedades, la ignorancia, suciedad y ociosidad, colocando la universalidad en el eje fundamental de la seguridad social, adquiriendo los ciudadanos derechos sociales sin tener en cuenta su condición en el mercado laboral o víctimas de reparación (Escudero, 2011).

En consonancia a los antes expuesto, López (2015) plantea que la seguridad social en salud en el mundo se forma a partir del proceso de aceptación de los Estados de enfermedad mental y física, daños corporales, síndromes, lesiones al cuerpo, deficiencias, víctimas, discapacidad, 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 integral.

Cabe destacar que para el Estado colombiano la Seguridad social tuvo una significación de asistencia pública, junto a 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).

Según Arenas (2014), en este orden histórico siguen apareciendo normas jurídicas en materia de seguridad social en salud para tender contingencias sociales, biológicas y psicológicas de la sociedad 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.

Plantea Escudero (2011), que luego de 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. En

esta directriz se encuentra también la Ley 43 de 1984 de 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.

Se constitucionaliza la Seguridad Social en Salud en los artículos en los artículos del 42 a 53 en la carta política, desarrollados en la Ley 100 de 1993 donde se establece la universalidad fondos de financiación, tipología de regímenes, cobertura y calidad del servicio de salud 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 enfoques de modelo de atención en salud.

Asimismo, se encuentra la 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, hasta la actualidad, se han incorporado otros avances o reformas en progresividad (López, 2015).

### **3. Instrumentos del Estado, para reparar las víctimas en el Sistema de Salud**

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 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 incluyente (López, 2015).

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, en atención a la reparación integral por medio del sistema de Seguridad Social en Salud (Andrew, 2010).

Según Escudero (2011), el Estado en su contexto de organización jurídica política, está constituido por un conjunto de elementos, característicos y determinantes sociales, lo cuales se reflejan en la noción, espacio geográfico, reconocimiento, los derechos humanos fundamentales, dignidad humana integral, sistemas sociales y la seguridad social integral. Atendiendo a las consideraciones antes mencionadas, se puede establecer 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, en ideas de Chirinos y Chirinos (2019), 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 de las prestaciones, bienes y servicios.

Seguidamente es válido decir que el Estado en cuanto a sus instituciones jurídico sistémicas hacen posible los instrumentos de atención integral a las víctimas del Conflicto armado a través del régimen de beneficios en salud en los que se detalla el plan obligatorio de salud compuesto por el plan de atención materno infantil, plan de intervenciones colectiva, atención inicial de urgencias, hospitalización, transporte de pacientes, manual de atención y procedimientos médico quirúrgicos, demandas inducidas y visitas domiciliarias (López, 2015).

Es este sentido, es válido destacar que el Estado es una organización que tiene que establecer pautas y lineamientos con el objeto de promocionar, prevenir y asistir de forma progresiva las precariedades de su nación o conglomerado humano, ello asociado en su devenir histórico social; cabe aclarar que para que dichas penurias son las contingencias humanas y riesgos sociales, entre ellas se tiene la condición y o estados de víctima, pobreza, enfermedad, vejez, maternidad, embarazo, parto, paternidad, invalidez, migraciones, indigencia, damnificación,

desempleo, ocio, discapacidad, deficiencia, minusvalía, familia, viudez, huérfanos, víctimas y muerte)<sup>1</sup>.

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

De este modo, se puede afirmar que la Seguridad Social en Salud 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 predisposiciones del evolucionismo en el desarrollo cotidiano.

Se acentúa también 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 las diversas situaciones, fenómenos, contingencias, hechos y acontecimientos que colocan al ser humano en condiciones vulnerables y deplorables (Restrepo, 2017).

Las contingencias de las víctimas son las situaciones objeto de aseguramiento, calidad y cobertura, en este sentido, se entiende 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.

Con lo antes mencionado no se hace 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 precisar que las contingencias obedecen a acontecimientos ordinarios de la vida, de cualquier orden causal, por tanto, demandan la protección y/o atención inmediata, en virtud que significa la pérdida o disminución de ingresos o menoscabo, daño o perjuicios de la salud.

En este sentido con afirmaciones lógicas, vale destacar que las contingencias en el ámbito de la seguridad social en salud, se encuentran cubiertas por las prestaciones asistenciales, económicas y sociales, determinadas en el régimen de beneficios establecido en la ley 100 de 1993 (Restrepo, 2017).

Por otro lado, de acuerdo con Catena (2017), también se encuentran otros tipos de contingencias las cuales son comunes y laborales; las primeras

---

<sup>1</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, daño, perjuicio a la vida humana en su diversidad de composiciones o aspectos de los cuales podrían ser: morales, psíquicos, sociales, culturales, fisiológicos y económicos.

se tiene el accidente cotidiano y la enfermedad común, la maternidad, la paternidad, y la segunda están 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.

En síntesis, de lo antes expuestos se genera una responsabilidad del Estado de hacer asistencia integral con las víctimas del conflicto con acciones reparadoras (Almansa, 1984), las cuales se materializan a través de instrumentos contenidos en los planes, programas y acciones contemplado en el compendio normativo establecido en lo que respecta la materia.

#### **4. Servicios de Salud en atención de víctimas**

Para Andrew (2010), la dinámica de un modelo con enfoque diferencial del Sistema de Seguridad Social en Salud, está fundamentado en la Universalidad, pluralismo, contingencias, inclusión, reparación, cobertura y calidad de los servicios de salud, los cuales son financiados, administrados, prestados por las Empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de salud y empresas sociales del Estado.

Es necesario mencionar que en la marcha los servicios de salud pretenden ser pluralistas, es decir, tratan de cubrir todas y cada una de las contingencias humanas y las poblaciones de forma universal (Gañan, 2013), por tanto, se adoptan de una serie de regímenes, instituciones y procedimientos, que den alcance a toda la población en cuanto a las víctimas existe el régimen especial de salud subsidiado a víctimas diseñado la ley 1448 de 2011.

En el caso particular de las poblaciones víctimas, que cuentan con un régimen especial en salud, las dificultades parecen acentuarse por la ausencia de una perspectiva cultural, social y antropológica dentro de la concepción misma del sistema de salud: El acceso se ve limitado por las barreras geográficas-antropológicas, identificación, conocimiento de procedimientos, largas distancias, que se interponen entre las víctimas y los centros de atención.

Las limitaciones socio demográficas se acentúan y se manifiestan con poca cobertura asistencia por niveles, tipos de servicios y grados de complejidad en determinados territorios. Poca socialización del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado "POS-S" y lo accesos a las prácticas formales de estas poblaciones (Pérez y Gardey, 2009).

Las víctimas del conflicto armado hacen parte del régimen subsidiado especial de salud, donde su atención se garantiza con los aportes compensatorios de los contributivos, también con el sistema de financiación territorial, llamado sistema general de participación, establecido en las leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y 1448 de 2011, de esta forma es válido resaltar que la competencia y compromiso de los alcaldes y gobernadores en los entes territorial lleva consigo a inscribir, afiliarse, y brindar la prestación integral de los servicios de salud con calidad y garantía.

#### **5. Modelo de Seguridad Social en Salud garante de derecho fundamental a la salud en víctimas**

Cuando se detalla el papel o función

que cumple la seguridad social en salud dentro del sistema estatal, aparece la definición misma del modelo estructural, el que 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 economía social de mercado del servicio de salud (C 228 de 2010).

En sintonía preceptiva, es de resaltar que desde un principio administrativo y operativo de la seguridad social en salud se presentan serias limitaciones dentro del sistema para cumplir con los principios y objetivos generales en cuanto a relación de víctimas, como se demuestra en el modelo de atención en salud colombiano.

Entonces 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 seguridad social en salud aún desconoce la calidad, eficiencia y eficacia 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 (Gañan, 2013).

De esta manera, para seguir arguyendo en cuanto a las metas planteadas por la Ley del sistema integral de Seguridad Social 100 de 1993, era obtener en el 2001 una cobertura universal a la seguridad social en salud se encuentra 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, expresado que el sistema de seguridad social en salud deberá recuperar la meta de lograr aseguramiento universal de la población y asimismo la calidad a partir del subsistema de garantía y calidad y auditoría en salud regulado en el decreto 1011 de 2006, esto aún ha sido en los documentos porque en la realidad la población víctima carecen de los beneficios del régimen especial de salud (Gañan, 2013).

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 (Dueñas, 2016).

Es válido inferir que aunque se encuentra una supuesta igualdad normativa 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. Para Dueñas (2016), suele presentarse una realidad que en el régimen subsidiado especial de víctimas aún no se contemplan las prestaciones económicas de licencias maternidad, paternidad e incapacidad.

## **6. Instrumento jurídico económicos para víctimas del conflicto armado el Sistema de Salud**

Las formas como operar el sistema salud es a través de los dos regímenes contributivo y subsidiado, estos cristalizan diferentes instrumentos del jurídicos - económicos para las víctimas del conflicto armado en Colombia, dado a que están son garantías y prerrogativas contempladas en ley y presupuestadas por el Estado dentro su hacienda Pública (Rodríguez, 2011). El 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, ley 100 de 1993). La Ley del sistema general de participación en salud y educación 715 del 2001, aunque conserva la denominación de “régimen subsidiado”, asigna un nuevo nombre a los recursos destinados al mismo (Ceja, 2004).

En sintonía a los antes descrito se denomina “Subsidios a la demanda” (Artículo 47 ley 715 2001,) el mecanismo financiero que adopta el Estado para que sean las entidades del sistema de salud las que presenten los servicios y no el Estado directamente como lo hizo antes de la Ley 100 de 1993, ahora se presta servicios de salud mediante “Subsidios a la oferta” en relación de la población víctima en situación de pobreza, precariedad y miseria (Ceja, 2004).

En cuanto al subsidio a la demanda, se puede decir que estos recursos económicos de la seguridad social en salud los cuales se constituyen en recaudados, transferidos, gestionados y administrados por los entes territoriales

tales como municipios, distritos y departamentos, con destinación específica de atender, afiliar, proteger y solventar adecuadamente a población vulnerable, desplazada, víctimas del conflicto, despojados, pobres, indigentes y damnificados, guardando el Estado el principio de proporcionalidad entre sostenimiento financiero y la universalidad social (Herrera, 2010).

En la génesis y tipología del Régimen Subsidiado en Salud; fue creado con el propósito de garantizar a la población más pobre tuviera acceso, cobertura y calidad al derecho a la salud, es por esto que el Estado pudiera subsidiar el pago de las cotizaciones en el sistema, con recursos fiscales y solidaridad (Artículo 211 de la Ley 100 de 1993) (C-870 de 2003).

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 1993 sistema de seguridad social integral, 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, 1992).

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, sistema nacional de Salud, esta ley reestructuró 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.

En este sentido se han expedido normas jurídicas que hacen una tipología de regímenes subsidiados, tales como, la ley 691 de 2002 etnias y grupos minoritarios, ley 1448 de 2011 víctimas del conflicto, decretos 2353 de 2015 y 780 de 2016 población carcelaria y victimarios, asimismo se contempla la movilidad y traslado en la ley 1438 de 2011, ley 1448 de 2011 y Decreto 3047 de 2013.

Por último, en cuanto a la cobertura total, ello está contenido y reseñado en el principio de universalidad, de esta manera, se establece en la Ley 715 de 2001 y la Ley 100 de 1993, la ampliación de la cobertura mediante un proceso progresivo, de tal forma que instituyó dos clases de sujetos: 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 (Olaya, 2004).

## **7. Conclusiones**

Luego de haber realizado un análisis documental descriptivo de identificación de la seguridad social salud en cuanto a su consideración de los instrumentos jurídicos, políticos, económicos y sociales para atender y reparar a las víctimas de conflicto armado en Colombia, se sintetiza:

La seguridad social en salud en cuanto a régimen, administración y financiación, están previamente en la Constitución Política de 1991, el cual está compuesto por prestaciones asistenciales y económicas, objeto, herramientas e instrumentos de reparación integral de víctimas del conflicto armado, porque tiene por objeto restablecer derechos, garantías y prerrogativas, al igual que repara daños.

Con relación al modelo económico de Estado este imprime una forma operativa basada en Universalidad, solidaridad, eficiencia y eficacia para combatir las contingencias humanas individuales y colectivas de los asociados, a través de un enfoque diferencial a víctimas del conflicto armado.

Ahora bien, con respecto al compendio jurídico normativo este es 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 seguridad social en salud y los regímenes de atención y vinculación.

Cabe anotar dentro de la presupuestación en cuanto el Estado Social debe establecer y planificar de forma preventiva, asertiva, responsable, previsiva y cuidadosa el cubrimiento de las contingencias humanas presentadas en torno a las víctimas del conflicto, a través de instrumento solido de financiación del subsidio a la demanda y el régimen subsidiado en salud para víctimas, pretendiendo así una reparación integral.

El sistema seguridad social en salud, constituye un sistema especializado reparativo siendo parte de un sistema de seguridad social integral, canalizando las prestaciones asistenciales y económicas para las víctimas del conflicto armado a través de las instituciones, regímenes, normas y procedimientos administrativos y judiciales.

En Colombia se consolida cada vez más los alcances jurídicos, políticos, económicos y administrativos del Sistema de Seguridad Social en Salud con relación a la atención de reparación integral de población víctima del conflicto armado, con carencias y deficiencias

biológicos, psíquicas y sociales.

Hacen falta instrumentos en el Sistema de Seguridad Social en Salud que ofrezcan calidad y eficiencia, que coloquen a las víctimas del conflicto armado en condiciones óptimas y aptas para el vida, trabajo, integración y sociabilidad.

## Referencias bibliográficas

- Almansa Pastor, J. M. (1984). *Derecho de la seguridad social*. (4ta. Ed). 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: L Legis.
- Barona Betancourt, R. (2014). *Los prestadores de servicios de salud*. Ibáñez.
- Barrera Morales, M. F. (2009). *Análisis en investigación*. Sypal.
- Cañón Ortegón, L. (1992). *Los servicios sociales en la seguridad social*. Bogotá: La Previsora.
- Catena, C. (2017). ¿qué son las contingencias comunes? Legal Today, por y para profesionales del Derecho. <http://www.legaltoday.com/practica-juridica/social-laboral/laboral/que-son-las-contingencias-comunes-2016-05-16/>
- Ceja, M. C. (2004). La Política Social Mexicana de cara a la Pobreza. *Geo Crítica Script /Nova, Revista Electrónica De Geografía y Ciencias Sociales*, 8, 10-30. <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/807>
- Chirinos, B. L., y Chirinos, G. D. (2019). *Manual de la seguridad social, el Derecho Social*. Visión Jurídica.
- Corte Constitucional de Colombia (2003). C-870 de 2003, intervención del Estado en la Economía.
- Corte Constitucional de Colombia (2010). C 228 de 2010, Modelo Económico de Estado.
- 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.
- 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.
- Herrera 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*. [Tesis de Maestría. Universidad de Medellín]. <https://core.ac.uk/download/pdf/51194422.pdf>
- López Ahumada, J. E. (2015). *Crisis financiera y derecho social en Irlanda*. (1ra. ed). Cinco ediciones.
- Midgley, J. (1995). *Desarrollo social: la perspectiva del desarrollo en el bienestar social*. Sage.
- Olaya, M. A. (2004). *El bloque de la constitucionalidad en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana*. Icesi.
- Pérez, J., y Gardey, A. (2017). Bienestar social. <https://definicion.de/bienestar-social/>
- Restrepo Pimiento, J. L. (2012). *Dimensión Jurídico Antropológica*

Jorge Luis, Restrepo Pimienta; Esperanza Florez Fernández;  
Diego Enrique Cruz Mahecha  
*Seguridad Social Integral como instrumento de reparación de víctimas colombiana* \_\_\_\_\_

*De La Política Pública En Salud.*  
Universidad Sergio Arboleda.

*sobre seguridad social.* Ediciones  
Uninorte.

Restrepo Pimienta, J. L. (2016).  
*Fundamentos de derecho procesal  
de la seguridad social en salud.*  
Editorial Vélez.

Villasmil-Molero, M., Alvarado-Peña,  
L. J., Socorro-González, C. C.,  
& Gamboa-Caicedo, N. (2018).  
Contribuciones parafiscales: Factor  
determinante para la seguridad  
social. *Revista De Ciencias  
Sociales*, 24(3), 21-35. [https://doi.  
org/10.31876/racs.v24i3.24919](https://doi.org/10.31876/racs.v24i3.24919)

Restrepo Pimienta, J. L. (2017).  
*Conceptos Científicos en Seguridad  
Social en Salud en el contexto  
globalización y Estado.* Barranquilla:  
Universidad de la Costa.

Rodríguez Mesa, R. (2011). *Estudios*