

Barreras Que Limitaron El Uso Y Acceso A Los Servicios De Salud En La Población
Pobre No Asegurada En Corinto Cauca 2020

Nestor Jair Correa Redondo

Escuela Superior De Administración Publica
Territorial Valle Del Cauca
Diciembre 2023

Barreras Que Limitaron El Uso Y Acceso A Los Servicios De Salud En La Población
Pobre No Asegurada En Corinto Cauca 2020

Nestor Jair Correa Redondo

Trabajo de Grado Para Optar al Título de Administrador Público Territorial

Director

José Diego Henao Giraldo

Escuela Superior De Administración Pública

Territorial Valle Del Cauca

Diciembre 2023

Nota de aceptación

(Firma) _____

Presidente del Jurado

(Firma) _____

Jurado

(Firma) _____

Jurado

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a Dios quien es el Norte y Único guía en nuestros propósitos.

Está dedicado a mi compañera y esposa Sonia Collazos Ospina pilar fundamental en nuestra familia, nuestros hijos Brandon Correa Collazos, Sebastián Correa Collazos, quienes son el motor para seguir contando con esta fuerza de superación y fueron el apoyo en todo momento para culminar este propósito, el cual es un símbolo de unidad familiar, para la demás familia y amistades que en todo momento estaban para animar este proceso y no desfallecer.

Está dedicado a esas personas que ya no están con nuestras familias, Abuelos, Padre y Madre, que siempre insistieron con esa idea de superación personal y alcanzar metas y logros mediante la educación Superior, sé que desde el lugar donde estén, siempre están con Dios y con plena protección de nuestra familia.

Agradecimientos:

Agradecemos a Dios por darnos la vida, sabiduría y perseverancia para sacar adelante esta carrera, a nuestra familia por ser un apoyo incondicional en este proceso de aprendizaje, y a nuestro tutor y profesores por guiarnos y fortalecer nuestro aprendizaje para poder lograr nuestro tan anhelado título de administradores públicos.

Tabla de contenido

1.	Contexto de Corinto Cauca.....	7
2.	Resumen.....	10
3.	Introducción	11
4.	Conceptos claves:.....	13
4.1	Seguridad Social:	13
4.2	Población Pobre No Asegurada:	16
5.	Planteamiento del problema.....	18
6.	Justificación	20
7.	Objetivos.	22
7.1.	Objetivo general:.....	22
7.2.	Objetivos específicos.....	22
8.	Estado del arte.....	23
9.	Marco teórico.	25
10.	Aspectos metodológicos.	27
10.1.	Enfoque metodológico.....	27
11.	Desarrollo.....	28
12.	Conclusiones.	33
13.	Referencias Bibliográficas.	35

1. Contexto de Corinto Cauca

Corinto es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Cauca, en la región norte. se encuentra en la cordillera central, en las estribaciones del parque nacional natural nevado del Huila, lo que le brinda un sistema hidrológico bien representado y lo hace parte de la cuenca alta del río cauca. el municipio destaca por su belleza natural, rica historia y cultura diversa, con paisajes montañosos, ríos cristalinos y una vibrante cultura indígena.

El himno a Corinto Cauca fue adoptado en 2005, reflejando el orgullo y la identidad de sus habitantes, además, el municipio ha sido objeto de estudios de desarrollo local en el marco del posconflicto, donde se destaca el turismo como motor del desarrollo.



Iglesia Parque principal Corinto Cauca (Foto Privada)

El municipio de Corinto se encuentra en el departamento del Cauca, Colombia. su cabecera está localizada a los 03° 10' 40" de latitud norte y 76° 15' 44" de longitud oeste, a una altura sobre el nivel del mar de aproximadamente 1.090 metros. limita al norte con Miranda (Cauca), al este con Planadas (Tolima), al sur con Toribio y Caloto (Cauca), y al oeste con Caloto y Padilla (Cauca). El territorio es montañoso y forma parte de la cordillera central colombiana, con alturas que superan los 4.000 metros sobre el nivel del mar. además, cuenta con un sistema hidrológico bien representado y forma parte de la cuenca alta del río cauca, ubicado en el departamento de Cauca Colombia, la altitud de Corinto varía en diferentes fuentes. según una fuente, la altura sobre el nivel del mar es de aproximadamente 1.090 metros.



Escudo Municipio Corinto Cauca (Foto Pagina Municipio De Corinto).

Otra fuente indica que la altitud media es de 2.234 metros, con altitudes mínimas de 989 metros y máximas de 4.292 metros, por lo tanto, la altitud de Corinto se sitúa entre 1.090 y 2.234 metros sobre el nivel del mar.

El municipio de Corinto, en el departamento de cauca, Colombia, ofrece atractivos turísticos que reflejan su belleza natural, rica historia y cultura diversa. algunos de los lugares más destacados incluyen:

Paisajes montañosos y ríos cristalinos: Corinto se caracteriza por sus paisajes montañosos y ríos cristalinos, que ofrecen oportunidades para disfrutar de la naturaleza y realizar actividades al aire libre.

Sitio arqueológico de la antigua corinto: este sitio arqueológico es una pequeña joya que multiplica el interés del yacimiento arqueológico Museo la Cristalina, ofreciendo a los visitantes la oportunidad de explorar la historia de la región.

Además, Corinto se encuentra en la región del parque nacional nevado del Huila, lo que le brinda un sistema hidrológico bien representado y lo hace parte de la cuenca alta del río Cauca, lo que ofrece oportunidades para explorar la naturaleza y la vida silvestre local.



Ficha municipio de Corinto (Pagina IGAC)

2. Resumen

El siguiente documento es realizado como propuesta para obtener el título de Administrador Público, se pretende analizar e identificar cuáles son los tipos de barreras que presentaron en la atención los usuarios considerados como población pobre no asegurada del municipio de Corinto Cauca, por consiguiente, lo anterior es para tener presente una de las tantas referencias en los procesos de atención de los servicios de salud en el municipio, con el ideal de proponer buscar una solución para que los servicios de salud no presenten tropiezos en su atención y que sea una atención integral para todos los usuarios en el ente territorial sin distinción y la atención con la calidez efectiva y un criterio de humanización en la salud municipal. Este documento es un pensamiento y aporte personal de los procesos en donde la gobernanza y la gobernabilidad del municipio tiene que estar de la mano con las necesidades de la población, más si se pretende en tener una atención con equidad en el municipio, y definir los obstáculos presentados mediante su respectiva conclusión del proceso.

3. Introducción

Según Historia de la seguridad social en Colombia (Revista Cultural Unilibre 2012- Iliana Marcela Fortich Lozano). En 1993 se expide la Ley 100 de 1993, que organiza de una forma integral la Seguridad Social en Colombia, conformada por un sistema general de pensiones, un sistema general de Seguridad Social en salud, un sistema de riesgos laborales y los servicios sociales complementarios.

La ley 100 de 1993 entra en vigencia para los empleados del sector privado el 1 de abril de 1994 y para los empleados del sector público el 30 de agosto de 1994. El sistema de salud está formado por una organización mixta constituido por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud. Si bien de carácter provisional, existe un tercer régimen: el de los vinculados transitorios.

El sistema de pensiones está conformado por dos regímenes: el régimen solidario de prima media (régimen público) y el régimen de ahorro individual con solidaridad (régimen privado).

El sistema de riesgos laborales fue organizado para el reconocimiento de prestaciones económicas a los trabajadores que sufrieran un accidente de trabajo o se les generara una enfermedad de tipo profesional. Los servicios sociales complementarios los conforman el auxilio de vejez y el subsidio familiar.

Concluyendo Fortich lozano afirma que el tema de Seguridad Social siempre ha estado cuestionado por el hombre. En todas las épocas de nuestra historia los individuos se han preocupado por satisfacer las necesidades mínimas vitales para brindarle protección y bienestar a las personas, hasta poder llegar a un punto de total organización de la Seguridad Social, que pueda proteger a todos los individuos de todas las contingencias que se les presentan en un determinado momento a lo largo de su vida, tales como la invalidez, vejez y muerte. El fin de nuestro sistema es que todas las personas que hacen parte del núcleo familiar d los afiliados al sistema de Seguridad Social, puedan contar con una protección económica, así el cotizante del cual dependían económicamente ya no esté presente.

Por otra parte, hay que tener presente los principios del sistema de seguridad social integral que son Eficiencia, Universalidad, Integralidad, y Participación, en donde la integralidad hace énfasis en la cobertura de la población en general, sin embargo, de acuerdo a los lineamientos de

la Ley 100 de 1993 la población Colombiana progresivamente se ha incorporado a los regímenes dispuestos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, alcanzándose hasta el presente una cobertura en los régimen Subsidiado, contributivo y régimen de excepción o los que hacen alusión a usuarios de magisterio, policía y fuerzas militares.

No obstante, por este proceso de transición el grupo restante de la población no afiliada a dichos regímenes se relaciona con el sistema bajo la figura de población vinculada, la cual debe ser atendida a cargo de los recursos de oferta especialmente del Situado Fiscal. Para garantizar la atención de la población vinculada no cubierta por los beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, para hacer efectiva la prestación de los servicios de salud a que tiene derecho dicha población.

En la actualidad se determinó una nueva figura para la población Vinculada y se determinó que la mejor manera de detallar e identificar este grupo poblacional es Población Pobre no Asegurada, ya que en su situación no presenta ningún tipo de afiliación al sistema de seguridad social, por eso Minsalud.gov.co en su página en línea manifiesta *“La población pobre no asegurada (PPNA), corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN que se encuentra en los puntos de corte adoptados en la Resolución 3778 del 2011 y a las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción.”*.

Así pues ante estas referencia se puede captar que existe un vacío jurídico para este grupo poblacional, ya que al no estar en los niveles 1 y 2 del sisben, y estar en un nivel superior, automáticamente el sistema puede generar un rechazo en el sistema de afiliación al régimen subsidiado, y por otra parte existe la identificación y referencia que muchos de este grupo poblacional no presentan capacidad de pago, para realizar una afiliación al sistema contributivo según la ley colombiana, siendo así una violación y una vulneración a algunos principios del sistema de seguridad social integral.

4. Conceptos claves:

4.1 Seguridad Social:

La seguridad social es una serie de servicios y beneficios a que todo ciudadano tiene derecho, ya sea de parte de instituciones privadas previo pago de cotizaciones, o por parte del estado quien debe proveerla gratuitamente, aunque de forma parcial.

Seguridad Social consiste en una serie de beneficios y prestaciones para garantizar la salud y seguridad de las personas. Toda persona tiene derecho a los servicios de salud que garanticen su bienestar, y el derecho a pensionarse.

La seguridad social debe ser integral, pero no es gratuita, por lo que no todos los ciudadanos pueden acceder a ella, y únicamente se garantiza, o se intenta garantizar, el derecho a la salud, que es apenas uno de ellos componentes de la seguridad social.

Componentes de la Seguridad Social: Básicamente la seguridad social está compuesta por tres elementos que la conforman a saber:

- Salud.
- Pensión.
- Riesgos laborales.

Todo ciudadano tiene derecho a los servicios de salud, ya sea mediante pago previo o gratuitamente por parte del estado mediante el Sisben.

La pensión es un derecho, pero la persona debe pagar por ella mediante cotizaciones periódicas por un término que la ley ha dispuesto.

Los riesgos laborales son un seguro que cubre cualquier eventualidad que tenga relación con el desarrollo de actividades laborales.

Aportes a la seguridad social: Los aportes a seguridad social están conformados por salud, pensión y riesgos laborales. Conozca bases, porcentajes y obligados a pagarlos.

Seguridad Social en el contexto de una relación laboral: Todo colombiano, y en especial todo trabajador, tiene derecho a que se le garantice la seguridad social integral, entendida esta como la cobertura en salud y los riesgos de invalidez, vejes y muerte, al igual que la cobertura en caso de accidentes de trabajo.

Aunque la constitución nacional establece que el estado debe garantizar la seguridad social de los ciudadanos, quienes realmente la deben garantizar son los empleadores que vinculan trabajadores mediante contrato de trabajo, puesto que deben afiliar al trabajador a las distintas entidades que administran la seguridad social.

La ley 100 de 1993, que es el marco legal general de la seguridad social, define a esta de la siguiente forma:

«La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.»

Todo empleador debe afiliar a sus empleados tanto al sistema de salud, como al de pensión y riesgos laborales.

La salud es gestionada por las EPS. La pensión es gestionada por los fondos de pensión. Los riesgos laborales son gestionados por las ARL.

Cotizaciones a la Seguridad Social: Para estar cubierto por la seguridad social integral, es preciso estar afiliado y pagar las cotizaciones correspondientes, que son:

Concepto	Porcentaje empleador	Porcentaje trabajador
Salud	8.5%	4%
Pensión	12%	4%
Riesgos laborales	0,522% al 6.960%	0

Las cotizaciones a riesgos laborales dependen del nivel del riesgo al que está expuesto el trabajador.

Porcentajes ARL según nivel de riesgo: porcentajes que se deben pagar o cotizar a riesgos laborales según la clave o nivel de riesgo.

El trabajador elige la EPS y el fondo de pensión donde se quiere afiliarse. El empleador elige la ARP donde desea afiliarse a sus trabajadores.

En el caso de los trabajadores independientes, son estos quienes deben afiliarse al sistema de seguridad social y realizar las cotizaciones respectivas, asumiendo el porcentaje total.

4.2 Población Pobre No Asegurada:

Para el ministerio de Salud en Colombia, el Indicador de gestión del aseguramiento en salud (Forma parte de la metodología de evaluación de la capacidad de gestión de los municipios certificados).

La población pobre no asegurada (PPNA), corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN que se encuentra en los puntos de corte adoptados en la Resolución 3778 del 2011 y a las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción.

La afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es una de las estrategias para avanzar en la consolidación de la cobertura universal del aseguramiento en salud, que implica el trabajo decidido de los municipios y distritos para su identificación y afiliación.

En el marco del proceso para lograr la meta de cobertura universal en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, durante los años 2015 y 2016 el Ministerio adelantó las gestiones necesarias para la publicación del listado nominal de la PPNA y facilitar así la labor del aseguramiento de los entes territoriales municipales y departamentales.

El Ministerio de Salud y Protección Social, desde octubre de 2016 viene suministrando a cada entidad territorial el detalle nominal de personas en esa condición, para que procedan dentro de sus competencias con el proceso de afiliación al SGSSS según corresponda.

En virtud de la publicación periódica de la Población Pobre no Asegurada a las entidades territoriales por medio de la plataforma SFTP, actualizada con información de SISBEN corte agosto y de la BDUA a septiembre de 2018, y dado que la metodología de estimación fue objeto de ajustes y mejoras en la eficiencia de los criterios de identificación a través del análisis de la

evolución de los datos de identificación de las personas, así como los resultados obtenidos (www.MinSalud.gov.co).

Para tener en cuenta, el Decreto 2878 de 2007 en Función Pública, Contiene los lineamientos del pago y la Financiación para los criterios de la Población pobre No asegurada: *“Artículo 1°. Objeto. El presente decreto fija los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S) para el componente de salud pública y para la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, en desarrollo de lo establecido en el literal a) del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, y sólo serán aplicables a la distribución y asignación que realice la Nación.”* (Decreto 2878 del 2007).

5. Planteamiento del problema

En múltiples planeamientos la organización mundial de la Salud enfatiza la cobertura global de la población mundial en aseguramiento en salud, es de entender que estas situaciones varían según la población, la situación económica, el esquema organizacional, y la Geo diversidad, en estas situaciones se ha visto limitado los recursos para la atención en Salud en América latina.

Con los mecanismos implementados por las naciones en América Latina y las diferentes reformas a la salud que intentan cerrar la brecha de pobreza y seguridad social en el mundo, estos modelos destacan la creación de un sistema de aseguramiento global y universal para la atención en salud que cobije a toda la población.

En el municipio de Corinto Cauca para el 30 diciembre de 2019 tenía una población de 5.544 usuarios del régimen contributivo, derivados en una población de 2.259 de Servicio Occidental de Salud (SOS), 1.755 de La Nueva EPS, 315 de la Asociación Indígena del Cauca (AIC), y 215 de Asmet Salud EPS S.A.S. Para el régimen subsidiado tenía una población de 12.803 usuarios de la Asociación Indígena del Cauca (AIC), 394 de Servicio Occidental de Salud (SOS), 90 de La Nueva EPS, y 8.147 de Asmet Salud EPS S.A.S, para un total de 21.434 usuarios.

Con un estimado de 3.5% de población pobre no asegurada, de la cual no está en ningún sistema de seguridad social en el sistema contributivo o Subsidiado de salud en el municipio, es sabido que por la obligatoriedad en el sistema de Aseguramiento en salud, se cuenta con una derivación al sistema de salud municipal, no cuentan con la clasificación emitida por el departamento nacional de planeación Sisben, y no alcanza la capacidad de pago para pertenecer al sistema Contributivo del municipio, manifestando que no cuentan con los recursos para ser aportantes al sistema.

De esta forma se cuenta con un grupo vulnerable, que requiere servicios y atenciones no incluidas en el plan obligatorio de salud, para esto la entidad territorial debe de garantizar la atención de estos, salvaguardando un derecho fundamental en la red de prestación de servicios con el derecho a la salud con conexidad a la equidad para la atención en el sistema, las políticas de aseguramiento tiene como finalidad, garantizar los recursos frente a las adversidades en salud que pueda tener la población pobre no asegurada del municipio, en el marco de la Política “PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD”, se establecen las bases de legalidad,

emprendimiento, y equidad, que permitan lograr la igualdad de todos, por esta razón es importante implementar la atención imparcial de la Población pobre no Asegurada.

Las diversas críticas sociales hacia los procesos burocráticos sobrellevan a varios investigadores, incluyendo los de la Administración pública a cuestionarse sobre este tema.

La problemática incide en la falta de responsabilidad externa, por parte de organismos grandes y complejos como los entes territoriales. Después de definir los responsables como un deber moral como legal, se toman en consideración una serie de hechos que definen la pérdida de responsabilidades (externas e internas) de los organismos de salud grandes y complejos.

En el globo de la administración pública existen diversas teorías que sirven de marco de referencia para el estudio del problema.

Algunos problemas que limitan el acceso y uso de atención médica para la población pobre y no asegurada en Colombia podrían incluir la falta de recursos económicos para pagar servicios médicos, la distancia a los centros de atención, la falta de información sobre servicios disponibles, barreras culturales y lingüísticas, así como deficiencias en la infraestructura de salud en áreas rurales.

En el desarrollo de estos procesos de atención no se ha garantizado la atención de la población pobre no asegurada del municipio, solamente se contó con la red de Salud Pública del Departamento, de la cual se tuvo como antecedente la vinculación contractual con las Empresas Sociales del Estado de Baja, Mediana y Alta complejidad del territorio, teniendo una gran ruptura en los beneficios de atención, con estas actividades, era total la ausencia de los planes de promoción y Prevención de la Salud, los programas de seguridad en salud y sin contar con las atenciones de tipo especializado que no se tenían cubiertas ni contratadas por ninguna entidad territorial, de la cual solo engrosaba más la vulneración, la atención integral y no se brindaba respuesta a las necesidades de la población, estos procesos no tenían distinción de etnia ni género, por tanto la vulneración de derechos individuales y colectivos se presentaba con más frecuencia.

6. Justificación

Para estar en contexto con el progreso de este escrito, hay que tener en cuenta. La República de Colombia en el marco de la Ley 100 de 1993 la cual manifiesta y dictamina los planes de aseguramiento del sistema general de seguridad social en salud, en concordancia con la globalización de la salud (Ley 1438 del 2011), para la atención apropiada de la población colombiana, la correcta atención de la población vulnerable por los servicios de urgencias en cualquier institución hospitalaria de la república de Colombia (Decreto 4747 de 2007).

Existen estrategias y necesidades diseñadas para la correcta atención de la población en el marco Nacional, estas directrices son vigiladas por la Súper Intendencia nacional de Salud, mediante los procesos de Interventoría y Auditoría de los Estamentos estatales como la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la Nación, estos son veedores y garantes de los servicios de salud y de la destinación correcta de los recursos financieros a la prestación de los servicios de Salud en Colombia.

Los programas implementados como son el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Departamental y Municipal, en donde se establece la atención de la población que esté asegurada en el Ente Territorial Departamental y Municipal, desarrollando actividades para la educación en salud, situación que no se evidencia en la atención para la población Pobre no asegurada.

La atención de la población pobre no asegurada en el municipio de Corinto Cauca, es una necesidad Imprescindible que debe ser abordada por las autoridades locales, departamentales y nacionales.

Se tiene que tener en cuenta algunas inquietudes para la atención de la población pobre no asegurada como lo son: Alto índice de pobreza: según los resultados de la medición de pobreza y desigualdad en el país, el departamento del Cauca es uno de los más pobres de Colombia. En este sentido es necesario que se implementen políticas y programas que atiendan las necesidades de la población pobre no asegurada en el municipio de Corinto; Acceso limitado a los servicios de salud: la población pobre no asegurada en el municipio de Corinto Cauca puede tener dificultades para acceder a los servicios de salud de calidad debido a la falta de recursos económicos. Por tanto, es importante que se implementen programas que brinden acceso a servicios de salud económicos y de calidad con calidez para esta población; Vulnerabilidad ante emergencias: la población pobre

no asegurada en el municipio de Corinto puede ser más vulnerable ante emergencias debido a la falta de recursos y acceso limitado a servicios de salud. Por tanto, es importante que se implementen programas que fortalezcan la capacidad de respuesta ante emergencias y que se brinde atención médica de emergencia asequible y de calidad para esta este tipo de población.

La atención de la población pobre no asegurada en el municipio de Corinto Cauca es una necesidad importante que debe ser abordada por las autoridades. Es necesario implementar políticas y programas que brinden seguridad en el acceso a los servicios de salud que sean brindados con Calidez, y que fortalezcan la capacidad de respuesta ante emergencias y atiendan las necesidades de la población pobre para lograr un desarrollo incluyente.

7. Objetivos.

7.1. Objetivo general:

Comprender los factores que impidieron el uso y acceso en salud de la población pobre no asegurada en el municipio de Corinto Cauca en el 2020.

7.2. Objetivos específicos

Conocer las barreras que se presentaron para la atención de los usuarios en la Población pobre no Asegurada que están ubicados en el municipio de Corinto Cauca, para el año 2020.

Establecer los hechos que impidieron la atención y la prestación del servicio de salud en la población pobre no asegurada en el municipio de Corinto Cauca.

Analizar los principales factores que causaron el bloqueo en la atención de salud de la Población Pobre no asegurada en el municipio.

8. Estado del arte

Se debe de tener presente que la atención de la población Pobre tiene muchos matices, De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo sistema de salud debe perseguir tres objetivos fundamentales: a) mejorar la salud de su población de responsabilidad; b) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y c) garantizar protección financiera en materia de salud.

Para el término *protección financiera* significa: a) asegurar un financiamiento justo de la atención a la salud que el que más tenga más pague y que el que nada tenga nada pague; b) evitar que las familias posterguen o incluso cancelen la atención de la salud de algunos de sus miembros por razones financieras, y c) evitar que los hogares incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud. Estos gastos excesivos con frecuencia obligan a las familias a utilizar sus ahorros, endeudarse, vender el patrimonio familiar o sacrificar el consumo de otros bienes o servicios básicos, como la educación, quedando expuestos, además, al riesgo de empobrecimiento.

Algunos autores aseguran que estos gastos pueden tener consecuencias transgeneracionales. El ejemplo más claro es la decisión de sacar a los hijos de la escuela para poder enfrentar gastos médicos.

La OMS mide la protección financiera a través de dos indicadores: el porcentaje de hogares que incurre en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud y el índice de justicia en la contribución financiera, que mide el grado de equidad en el financiamiento de la atención a la salud. En este trabajo sólo abordará los indicadores que presenten las objeciones o las barreras de atención para la población.

El *gasto catastrófico* no debe asociarse exclusivamente con una atención médica de alto costo, un servicio de urgencias, una hospitalización, el tratamiento de una enfermedad crónica o una discapacidad. Se trata de un concepto relativo a la capacidad de pago. Así, una familia muy pobre puede incurrir en un gasto catastrófico con la simple compra de un medicamento. No debe sorprender, por lo tanto, que los gastos catastróficos sean más recurrentes en los hogares pobres, en los hogares que no cuentan con seguro de salud y en los hogares rurales. (Sesma-Vásquez 2005) (Gastos catastróficos por motivos de salud en México).

La población Pobre No Asegurada en Colombia presenta un Rubro demasiado pequeño para los parámetros de atención que presenta la Población en las diferentes fases de la Atención. La concepción de justicia que presenta el actual sistema de salud colombiano, en su componente de aseguramiento y posterior acceso a servicios. El objetivo de este componente es llegar a resultados e impactos que alcancen la cobertura universal efectiva en salud como expresión de justicia social.

9. Marco teórico.

La respectiva atención de la Población Pobre No Asegurada antes de la Ley 715 de 2001 los municipios certificados podían elegir cómo distribuir los recursos adicionales que recibían por gozar de esta condición. Esto implicaba que podían hacer la transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, objetivo del Gobierno Central, al ritmo que desearan. Al entrar en vigencia la ley, estas entidades territoriales solo podían invertir dichos recursos adicionales, o premio por la certificación, en la atención de la población pobre no asegurada, con lo que quedó eliminada su discrecionalidad. Además, como el Gobierno Central se ocupó de determinar cuántos recursos adicionales recibirían los municipios certificados, la decisión de cuánto y en qué tipo de subsidio invertir (de oferta o demanda), pasó a estar completamente centralizada.

La salud pública y la población pobre no asegurada (subsidios a la oferta). Esta población debía ser afiliada al régimen subsidiado paulatinamente, *es decir los subsidios de oferta debían ser reemplazados completamente por los de demanda. Según escritores como Gaviria et al. (2006)* discutieron las dificultades de la transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda propuesta por la Ley 60 de 1993. Argumentaron que, si bien con la reforma aumentó la cobertura del régimen subsidiado, lo hizo menos de lo esperado. La razón es que, si bien *los recursos destinados para el régimen subsidiado crecieron, no disminuyeron los que se dirigían a la prestación de servicios (a la población no asegurada), lo que generó duplicación de costos. Como lo manifiesta Bossert (2000)* fue el primero en considerar a la certificación como una medida del grado de autonomía o descentralización de los municipios en el sector de la salud. El autor encontró que esta tenía una relación negativa con el gasto per cápita en salud y la pereza fiscal entre 1994-1997. Por su parte, Pinto *et al. (2005)* cuestionaron la validez de la certificación como indicador de la descentralización, a partir de los resultados de una encuesta que indagó por el cumplimiento de los requisitos que tenían que llenar los municipios para adquirir este estatus. Los autores encontraron que la certificación podría estar señalando si el municipio tenía la posibilidad de acceder a los recursos del situado fiscal, no si efectivamente cumplió con las condiciones para estar certificado. Más recientemente, Sánchez y Faguet (2009) construyeron un panel de datos a nivel municipal para conocer los determinantes del cambio porcentual de la proporción de pobres cubiertos con seguro de salud. Concluyen que el efecto de la descentralización es ambiguo y le

restan importancia a la certificación como indicador de la independencia de un municipio. Sin embargo, por otra parte, Pinto *et al.* (2005) cuestionaron la validez de la certificación como indicador de la descentralización, a partir de los resultados de una encuesta que indagó por el cumplimiento de los requisitos que tenían que llenar los municipios para adquirir este estatus. Los autores encontraron que la certificación podría estar señalando si el municipio tenía la posibilidad de acceder a los recursos del situado fiscal, no si efectivamente cumplió con las condiciones para estar certificado.

A pesar que en el municipio se ha evidenciado una reducción de la población No asegurada para el 2019, resulta y sigue siendo un alto signo de pobreza el hecho de que son muchos los ciudadanos que aún siguen estando fuera del sistema de salud siendo Población muy Vulnerable, aunque se debe aclarar que se comprueba un aumento en la cobertura a lo largo de los periodos enunciados. Es importante resaltar que aún son desconocidos los esfuerzos para la correcta atención en salud para esta población pobre no asegurada. Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, son una base fundamental para la realización de este escrito, por medio de ellos se logra conocer el papel del Estado Colombiano en la salud de la comunidad; siendo un deber de obligatorio cumplimiento, por parte de todos los actores que lo conforman, lo cual debe contribuir a la garantía de la salud, el acceso y posteriormente la recuperación, en todos los niveles de atención, específicamente en la Población Pobre no Asegurada (PPNA).

10. Aspectos metodológicos.

10.1. Enfoque metodológico.

El análisis de las técnicas cualitativas fue el más adecuado, se contó con técnicas como los conversatorios con grupos de la población específica. Se realizó la Revisión documental como un componente inicial para identificar las dificultades o barreras, se solicitó revisar y verificar las peticiones quejas y reclamos (PQR), referente a la atención de la población, para analizar bases con los registros de la oficina de atención del usuario, liga de usuarios y la Secretaria de salud Municipal. Incluso fue factible que se permita acceder a quejas y reclamos de la IPS pública del municipio seleccionado.

Al realizar esta investigación es de tipo cualitativo, al utilizar dentro de la investigación cualitativa un enfoque descriptivo nos permitirá analizar el accionar de los gobernantes de turno en cuanto ejecutan sus acciones, los actos de quienes en sus manos está la formulación y ejecución de las políticas públicas.

Es de entender que la investigación documental es aquella que se realiza a través de la consulta de documentos (libros, revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, etc.).

Se recurre a esta técnica debido a que la información recolectada obedece a hechos ya ocurridos con anterioridad, especificando que el periodo para analizar fue 2020, en este año ya se generaron documentos que sirvieron de ayuda para apoyar y dar respuestas a los objetivos propuestos.

11. Desarrollo.

En el desarrollo de la exploración se tiene presente que en el año 2020 el municipio de Corinto Cauca enfrentó desafíos para brindar servicios médicos a la población pobre no asegurada, tal como se presentó a nivel mundial y lo fue la atención del Covid 19.

Es necesario centrarse en las causas para la medición de la pobreza como se trata en la página de la Gobernación del Cauca, teniendo presente la línea de base según los indicadores socioeconómicos que realizan un diagnóstico poblacional, así como la tasa de pobreza de Corinto se mide utilizando métodos institucionales como el CONPES 150, que proporciona información sobre los factores que contribuyen a la falta de acceso para la atención médica.

Por otra parte, según la caracterización del Departamento Nacional de Planeación, proporciona información sobre el déficit de vivienda tanto cualitativo como cuantitativo en Colombia, que puede llegar a ser un factor que contribuye también a la falta de acceso a la atención médica en Corinto.

Desarrollando el proceso de entrevistas con los usuarios, con quienes se dialogó y evidenció encontrar obstáculos en el proceder administrativo en el punto de atención en salud ESE Norte 2 Corinto. Una de las situaciones encontradas es la utilización del proceso de referencia, este proceso de referencia presentó barreras al encontrar rechazo en la aceptación de usuarios en varios prestadores de Alta complejidad por no tener un pagador definido como lo es el régimen subsidiado y contributivo.

En relación con la universalización y el aseguramiento a pesar de las estrategias implementadas, aún persisten algunas dificultades asociadas a la información como por ejemplo; usuarios mal identificados en el Sisben y listados censales, usuarios que ya no residen en el municipio de Corinto, personas sin capacidad de pago pero con nivel de sisben III, estas situaciones anteriormente descritas impiden a los municipios que gestionen la inclusión de esta población en las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) que operan en la jurisdicción departamental y municipal.

Por otra parte, en El Plan Departamental de Desarrollo del Cauca 2020-2023, “42 Motivos para Avanzar” en su Capítulo 2 en la Línea de base “*Equidad Para La Paz Territorial / Salud Y*

Protección Social / Población Asegurada” en donde se desglosa que la población asegurada del departamento corresponde a 1.243.309 personas, y la no asegurada es de 8.411, se ha venido depurando mes a mes a través de los diferentes cruces realizados entre las bases de datos del régimen contributivo y subsidiado.

Este tipo de escenarios si están observados a nivel del Cauca por el Actual Gobernador Elías Larrahondo quien a su vez se propuso que *“es necesario asistir técnicamente a los 42 municipios, verificar que las EPS y los municipios realicen las respectivas actualizaciones a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) mediante cruces entre las diferentes bases de datos con el objeto de que estos actores focalicen la población y realicen el trabajo de campo que conlleve a la depuración constante de la información, al igual que la afiliación del total de la población pobre no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud”* (42 motivos para avanzar 2020-2023). Por consiguiente, es indiscutible la intención de equidad con las poblaciones a atender en el sistema de salud, ya que está identificada la población pobre no asegurada del departamento para su inclusión como se estipula en el Plan Obligatorio de Seguridad Social en Salud.

En el espacio de la investigación se realizó acercamiento con la liga de usuarios de Corinto Cauca, quienes están en proceso de socializar y educar a la comunidad corinteña continuamente sobre los derechos y deberes de los pacientes que son atendidos en salud, algo loable que se presenta desde este conglomerado para la superación de barreras, y disminuir el desconocimiento de la normatividad colombiana y la ley 100.

Sin embargo, al consultar por los procesos de atención en salud para la población pobre no asegurada y preguntar a los integrantes de la liga de usuarios, si sabían a que tenían derecho este tipo de usuarios, se encontró con un desconocimiento claro sobre qué servicios se les presta y en qué situaciones.

En el momento de acercamiento con la liga de usuarios, se presenta un ciudadano el cual nos relata que realizó una consulta en Secretaría de Salud Municipal Corinto y manifestó que; *“en una consulta que le hicieron por el servicio de urgencias lo habían atendido, pero le habían cobrado un copago en el punto de atención de la ESE Norte 2 por tener Nivel del sisben III”*; este tipo de situaciones se presentan al no tener una adecuada afiliación al Sisben.

Ante esta denuncia, se observó una falencia institucional en la dependencia del Sisben municipal, por este motivo es que muchos usuarios no pueden acceder al Régimen Subsidiado en Corinto Cauca.

El perfil poblacional de Corinto, según Dane muestra que parte importante de la población es analfabeta, lo que también puede contribuir a la falta de acceso a la atención sanitaria, tal como se analiza en el *Desarrollo local en el Municipio de Corinto en posconflicto* (Burbano y Vargas 2020), este documento brinda y proporciona la información sobre posibles soluciones para mejorar el acceso a la atención médica, y así contrarrestar este tipo de falencias administrativas con Celeridad y Capacitación continua a cualquier estructura administrativa según corresponda.

De esta manera se pretende dar acompañamiento administrativo a las sociedades más vulnerables como la Población Pobre no asegurada en Corinto Cauca, y posiblemente el origen de una propuesta buscando como fin la imparcialidad y equidad a nivel municipal, contribuyendo así a que este tipo de procesos sea más claro y objetivo a la hora de la atención pública.

En el desarrollo de las entrevistas a la población objeto de esta investigación, también se evidenció que en el año 2019 se realizó a nivel nacional una actualización del SISBE III al SISBEN IV, por la cual diversa Población Municipal quedó por fuera del Sistema Subsidiado de Aseguramiento, por quedar con Niveles del Sisben Superiores a los permitidos por la Normativa nacional, y así pasaron engrosar ese porcentaje de Población Pobre no Asegurada a Nivel Municipal y Nacional.

Por situaciones mencionadas en la oficina de Salud Municipal en el registro de PQR, se verificó y evidenció que usuarios como Adultos Mayores y grupos poblacionales vulnerables como lo son los Menores y la Primera Infancia, muchos de estos pertenecientes a zonas rurales del municipio, al presentarse de manera cotidiana para una consulta en la Institución Pública de Atención en Salud Municipal ESE Norte 2, se encontraron con estar retirados de su Seguridad Social Subsidiada (Asmet o AIC), por tener un Puntaje del Sisben muy elevado.

En el Plan De Desarrollo Del Municipio De Corinto 2020-2023 “Unidos Por Un Desarrollo Integral, E Incluyente”, en el capítulo de Salud en su línea de base “Desarrollo integral de la unidad familiar para la construcción de una paz estable y duradera” se esfuerza con una contribución de “Mantener y mejorar los procesos de direccionamiento del sector con los siguientes objetivos: 1. Generar condiciones que favorezcan el control de los factores de riesgo a la salud de la población, mediante acciones a nivel de individuos, comunidades y organizaciones. 2. Cumplir la política de universalización del aseguramiento y prestación de los servicios médicos en condiciones de equidad y protección financiera de la población afiliada”.

Se puede comprobar que estos objetivos no cumplieron con su reto establecido de tener “*Procesos de gestión de salud pública mejorados y servicio de atención en salud a la población*”, por eso es importante manifestar que el plan de desarrollo “Unidos Por Un Desarrollo Integral, E Incluyente” 2020-2023 no cumplió con este propósito, así como la intención de avanzar en la universalización y el aseguramiento para disminuir los riesgos en la población subsidiada pero no en la disminución de los riesgos para la Población Pobre No Asegurada.

Se encontró en el proceso de investigación que existe un convenio para la atención de la Población Pobre No Asegurada en el Punto de Atención Público de Corinto con la ESE Norte 2, verificando que existe un contrato para la atención de esta población, solamente con lo esencial como es atención Inicial de Urgencias, y quedando excluida la atención de Consulta Externa, entrega de Medicamentos derivados de la Consulta Externa, y planes y procedimientos de Promoción y Prevención. Se consultó porque se realizó este tipo de contratación y se manifestó por parte del profesional encargado, que este modelo ya estaba establecido desde el esquema departamental de salud, así encontramos otro proceso de desprotección en la atención en Salud para la población objeto de esta investigación.

También se indagó sobre los proceso de atención y referencia para Mediana y Alta Complejidad, este tipo de proceso solamente se encuentra en Secretaria de Salud Departamental del Cauca, el cual tiene un Área de Autorizaciones para llevar a cabo este tipo de obligaciones, encontrando otro obstáculo a la prestación de este servicio, solo se está beneficiando los que viven en el área de convergencia de la Ciudad Capital, y aquellos que están cerca de esta zona, el resto como lo la mayoría de municipios no tienen acceso a este servicio, deben acudir a consultas particulares especializadas si se cuenta con el recurso económico, y en su defecto a no poder seguir con el proceso medico por carencia de dinero para dicha atención.

Este tipo de contextos encontrados en el proceso de observación suelen ser más comunes de lo que parece para este tipo de población, es una voz al unísono del precario sistema de salud que se tiene en la actualidad tanto en el Municipio como a nivel Departamental y Nacional.

Por información brindada de la liga de usuarios municipal y realizando seguimiento a los procesos de atención encontrados en los registros documentales y testimoniales se tiene presente las Siguietes Causas:

1. Desconocimiento en la Atención de Servicios: se descubrió que la población objeto de atención, desconoce a que tiene derecho según la Normatividad en la República de Colombia, por tanto, está supeditada a realizar consultas de manera particular y en el mayor de los casos a la compra de medicamentos, sacrificando con ese gasto en el recurso familiar otras necesidades básicas en su entorno.
2. Deficiencia en la Cobertura: Se pudo saber que en los casos de atención para la Población Pobre no asegurada, solo se tiene en primera instancia la Atención Inicial de Urgencias, como referencia de Protección a la Vida, pero se tiene una falencia subsiguiente, si se presenta un proceso de referencia para una institución de mayor complejidad, se presenta el popular paseo de la Muerte que tanto es criticado en los servicios de salud actual, limitando en un 90% la atención del usuario en un nivel superior, pues al no estar asegurado se enfrenta a Barreras administrativas porque según las entidades de recibimiento, no tiene un pagador definido de los Servicios.
3. Deficiencia en los Rangos de Contratación: se pudo evidenciar, para los casos de procedimientos, solo se toma como referencia la Red Publica presentándose en varias situaciones es el Bloqueo en la atención para Procedimientos en Instituciones Privadas de Alto nivel y complejidad, para solucionar las necesidades en la atención y así poner en peligro directamente la vida de los Usuarios Pobres. Se tuvo conocimiento directo de los usuarios al manifestar de Forma Directa que “No Hay Contrato”, por consiguiente, se seguía con el paseo de la muerte.

12. Conclusiones.

En el proceso desarrollado para este ejercicio de indagación, en las Barreras de Atención para la Población Pobre No Asegurada, se pudo evidenciar, que de acuerdo a la información recolectada en la población directamente afectada y teniendo como referencia a las instituciones involucradas en el proceso para la atención de la población en el año 2020, es importante manifestar que este tipo de situaciones se presentaron por las siguientes causas como escasos recursos financieros del ámbito contractual, por esto se genera una mala contratación en los prestadores de atención (IPS), generando así un déficit en el recurso humano e infraestructura para una atención adecuada.

Este tipo de situaciones y procedimientos genera una prestación en la atención deficiente y eficaz que combata de manera integral todo tipo de patologías y enfermedades, ya que este tipo de procesos contribuyen a un mejor estado de salud y calidad de vida, siendo un obstáculo contra la desnutrición poblacional.

En los procesos burocráticos administrativos se verifica una falencia en la continuidad en la identificación de la población pobre no asegurada, contando así con una población de usuarios mal identificada en el Sisben, a su vez no cuenta con bases de datos actualizadas entre IPS y Municipio, para una adecuada coordinación en la atención.

Fue acertado el acompañamiento técnico por parte de personal de Secretaria de Salud, esto generó confianza entre los usuarios involucrados con la atención. Como también es preciso decir que la atención de la Población Pobre No Asegurada no tiene un acompañamiento directo desde los procesos y procedimientos del orden nacional.

Es evidente que algunos usuarios que están dentro del rango de Población Pobre, no se les ha brindado una solución definitiva de las entidades responsables por definir su situación en el Aseguramiento. No obstante, el Programa del Sisben municipal, no estuvo listo para ser oportuno en brindar solución en la marcha a los usuarios identificados, pues faltó más espacios de capacitación en donde la dependencia presentara soluciones y planes de mejora para que esta

falencia fuera solventada para empezar su implementación en la sistematización, careció de intención en implementar proyectos, planes y procedimientos de mejora en la dependencia del Sisben para realizar de manera correcta el proceso de caracterización en la población.

Se evidencia de manera indispensable carencia en el acompañamiento de la dependencia en ejecutar recursos para cumplir con los tiempos en los procesos, que resuelvan la brecha poblacional y normalice la situación en el proceso de cobertura para los usuarios más vulnerables; aunque si se vio un proceso con implementación desde Secretaría de Salud municipal al efectuar las Afiliaciones de oficio (manera directa de asegurar), pero tropieza generando un obstáculo y barrera si el Usuario no se ve reflejado en la Página del sisben nacional, pues el proceso de cargue en la misma en varias situaciones se refleja en más de 20 días, acrecentando la carencia sin opción de ampliar a más beneficiarios en el aseguramiento en salud.

Es necesario para lograr el acceso en la atención de la población pobre no asegurada en Corinto Cauca contar con un presupuesto óptimo y un excelente flujo de recursos financieros de manera correcta, como lo estipula el Decreto 2878 del 2007, se podría contar con una eficiente contratación para la atención, coadyuvando a una buena contratación del recurso humano para la atención, reflejado en una eficacia en la red de prestación para los servicios clínicos y de salud, este tipo de procesos deben tener una articulación con políticas públicas que brinden una continuidad en la identificación de la población pobre no asegurada y así contar con una información veraz y eficaz para la atención de la misma, que derive de un correcto proceso de identificación de la población en el ámbito Municipal.

Se espera que este proceso académico y documental sirva como referencia a situaciones administrativas y de investigación no solo para este tipo de población, si no como también sirva de base para realizar procesos de identificación en el Sistema Subsidiado, Contributivo y los Régimen de Excepción, que sea guía para fomentar y tener un propósito de Atención Integral a los usuarios, para contrarrestar la Desnutrición que aún se sigue presentando en este siglo en zonas de convergencia donde hay población muy Vulnerable, y contribuir a una mejor calidad de vida como lo enuncia el Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por la Equidad”.

13. Referencias Bibliográficas.

- a. Acuerdo Nacional 415 de 2009. Condiciones de operación del Régimen Subsidiado.
- b. Constitución Política de Colombia de 1991 Artículos 44, 48, 50.
- c. Decreto Nacional 4747 de 2007. relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo Referencia y Contrareferencia.
- d. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral.
- e. Ley 1122 de 2007. Modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- f. Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- g. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Minsalud. Obtenido de Biblioteca Digital:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
- h. OMS. (2021). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Actividad:<https://www.who.int/es/about/what-we-do>.
- i. Jesús Ortega Bolaños, Artículo 2015 Colombia
- j. Resolución 3047 de 2008. Mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
- k. Sergio Sesma – Vásquez Artículo 2005 México,
- l. Sentencia T-192/19 (afiliación al régimen subsidiado de población pobre y vulnerable que reside en el territorio nacional).
- m. Karelys Katina Guzmán Finol, junio de 2013, Maestría en Economía Universidad del Rosario.
- n. Deissy Jhoana Sanchez Valencia, Investigación 2017, Antonio José Camacho.
- o. <https://www.gerencie.com/que-es-la-seguridad-social-en-una-relacion-laboral.html>

- p. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>
- q. Decreto 2878 de 2007.
- r. Plan Nacional De Desarrollo 2018-2022 **Pacto Por Colombia, Pacto Por La Equidad.**
- s. Plan Departamental De Desarrollo Del Cauca 2020-2023.
- t. Plan De Desarrollo “Unidos Por Un Desarrollo Integral, E Incluyente 2020-2023.