

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que los estudiantes **Marivel Álvarez, Jenniffer Marlovi Caicedo Rivera y Yuly Yisel Uribe Vásquez** autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga

Universidad Santo Tomás

Informe de gira académica- Análisis Comparativo de la Atención Brindada al Adulto Mayor con Enfermedad Coronaria en Los Sistemas de Salud Colombiano: Subsidiado y Contributivo

Marivel Álvarez, Jenniffer Marlovi Caicedo Rivera y Yuly Yisel Uribe Vásquez

Trabajo de Grado para obtener título de Especialistas en Gerencia en Instituciones de Seguridad Social en Salud

Director

Jorge Alberto Castro Hernández

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias Económicas y Administrativas

Facultad de Economía

2016

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	5
1. Marco de Referencia	6
1.1 El Sistema de Seguridad Social (SGSS).....	6
1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Colombiano.....	7
1.3 Problemática en el actual modelo de atención régimen contributivo y subsidiado	11
2. Análisis Comparativo	15
2.1 Accesibilidad.....	16
2.1.1 Semejanzas.....	16
2.1.2 Diferencias.	17
2.2 Oportunidad.....	19
2.3 Continuidad	22
3. Conclusiones	25
4. Bibliografía.....	27

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Pacientes de la Tercera Edad con Enfermedad Coronaria Atendidos en el 2015 en el Instituto del Corazón.....	15
Tabla 2. Diferencias de accesibilidad.....	17
Tabla 3. Contrastes en la Oportunidad del servicio de dos regímenes	21
Tabla 4. Comportamiento de la tercera edad con enfermedad coronaria	23

Introducción

El propósito de este informe consiste en realizar una comparación entre los dos sistemas de salud en Colombia (subsidiado y contributivo), tomado el caso de la atención a pacientes de la tercera edad con enfermedad coronaria que accedieron a los servicios que oferta el Instituto del corazón de Bucaramanga, durante el 2015.

La fuente principal para la realización de este modelo es fruto de la gira académica realizada con el programa Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud Cohorte IX, Tema principal “Estrategias para la inclusión de la calidad de vida como medida de los resultados en salud”.

El informe comprenderá las siguientes partes:

Primera parte: Marco de Referencia que se divide en dos: Presentación del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y explicación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS), haciendo énfasis en los dos sistemas (contributivo y subsidiado).

Segunda parte: Análisis comparativo de los pacientes de la tercera edad con enfermedad coronaria en los regímenes contributivo y subsidiado. La comparación entre estos dos sistemas se hará a partir de tres categorías:

- Accesibilidad.
- Oportunidad de servicio.
- Continuidad

Tercera parte: Conclusiones.

1. Marco de Referencia

En esta sección se presentará en primera instancia, la estructura del Sistema de Seguridad Social (SGSS) en Colombia, como una forma de contextualizar el origen, naturaleza y propósito del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del Estado Colombiano.

1.1 El Sistema de Seguridad Social (SGSS)

El sistema de Seguridad Social en Colombia está reglamentado primordialmente por la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia. Dicha Ley presenta los 4 componentes del Sistema, a saber:

- El **Sistema General de Pensiones** que tiene como objetivo asegurar a la población el cubrimiento de los riesgos o contingencias derivados de la vejez
- El **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**. Es la manera como se brinda un seguro a una población del territorio nacional que cubre unos gastos de salud. Funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

Conviene indicar que el SGSSS establecido en la Ley 100 de 1993 tuvo un cambio con respecto al sistema anterior al incluir tres reformas fundamentales: (1) La participación del sector privado en la prestación de servicios de salud a los trabajadores colombianos, adicional al Instituto de Seguros Sociales I.S.S. (2) La creación del Fondo de Solidaridad y Garantía para asegurar un nuevo sector subsidiado en Colombia; y (3) La posibilidad para todos los trabajadores de elegir la entidad promotora de salud.

- **Sistema General de Riesgos Laborales** que regula la atención de los eventos derivados de los riesgos ocupacionales de manera independiente en lo financiero al sistema que cubre los eventos por enfermedad general.
- **Servicios Sociales Complementarios.** Este componente de la ley 100 trata acerca de auxilios a los ancianos indigentes.

Para efectos de este informe y en consonancia con su objetivo, el presente documento centrará su análisis en uno de los componentes del Sistema General de Seguridad Social, a saber: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Colombiano

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue reglamentado en la ley 100 de 1993, donde de manera regularizada reúne un conjunto de normas, procedimientos y entidades que reglamentan la prestación del servicio de salud en Colombia. El propósito de la Ley 100 consiste en brindar acceso a toda la población, con el fin de garantizar el goce a una mejor calidad de vida relacionada con la salud, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el gobierno y la comunidad desarrollen a nivel de proporcionar la cobertura integral de todas las regiones, principalmente aquellas regiones con problemas de acceso al sistema de salud.

La atención en salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales, en las fases de promoción y prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación que se presenta a toda la población. De esta manera, el gran desafío que afronta el

Sistema General de Seguridad Social en Salud, se refleja en el acceso de los servicios médicos, logrando aumentar y sostener la cobertura y aseguramiento de la sociedad (Decreto 1011, 2006).

Para el caso colombiano, el SGSSS tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio y a toda la población en todos los niveles de atención. Debido a lo anterior se establecen los principios que regirán la prestación de los servicios en salud (Universalidad, Eficiencia, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación).

Dentro de los objetivos del Sistema, se encuentra la prestación de servicios complementarios, la cobertura a toda la población y las prestaciones económicas y de salud a todos los trabajadores dependientes e independientes con capacidad de pago. Conviene indicar que el sistema es operado por las Entidades Prestadoras de Salud y la prestación de los Servicios está a cargo de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

En este contexto, en el año de 1993 se reglamentó la Ley 100 con el fin de reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, generar una cobertura universal en toda la población colombiana, de tal manera que se garantice el bienestar y el acceso a la red integral de servicios de salud.

Rueda (2012), de la Universidad de la Costa, Colombia, presenta de forma sintética los cambios que se generaron en el Sector Salud a partir de la inclusión de la Ley 100.

Para poder hablar de la Seguridad Social de Salud en Colombia (SGSSS), tenemos que hablar de un antes y un después de la ley 100 del 93. En el país existía el sistema nacional de salud a través de unas secretarías seccionales de salud que realmente eran juez y parte, porque manejaban los recursos, nombraban los funcionarios, hacían las auditorías y finalmente se tradujo en un sistema ineficiente, con mucha corrupción, con muy poca cobertura en el sector. Solo el 28% de los colombianos tenían cobertura en salud. Una cobertura que se prestaba a través de tres escenarios: El Seguro Social de una parte, el propio sistema a través de los

hospitales públicos y la medicina prepagada. Antes de la ley 100 era un sistema segmentado, una población de estratos altos con la prestación de servicios a través de la medicina prepagada, una población de estrato medio a través del seguro social y las de estratos bajos por hospitales públicos, que se les llamaba de manera despectiva hospitales de caridad (Rueda, 2012, p. 2).

Por su parte, Rueda (2011) presenta cada uno de los cambios a los que se ha visto sometido el sistema antes y después de la Ley 100.

El sistema de salud colombiano cambia de manera importante en el año 93 cuando un sistema nacional de salud pasa a un sistema de seguridad social en salud básicamente con la expedición de un marco legal nuevo como fue la ley 100 del 93, en ese año mediante esa ley se abordaron tres subsistemas, el uno es el que hace referencia a salud, otro al de pensiones y otro al de riesgos profesionales, en el tiempo ha ido evolucionando con unos nuevos marcos legales que han reformado este sistema y entre esos marcos legales se pueden mencionar la ley 715 del 2001, la ley 1122 del 2007, la ley 1393 del 2010, y la actual reforma que está vigente, que es la sancionada por el presidente Santos el año pasado en el mes de enero que fue la ley 1438 del 2011 y en este momento se está gestando a nivel del congreso por iniciativa parlamentaria y en algunas circunstancias por iniciativa del ejecutivo reformas al sistema de salud pretendiendo principalmente darle liquidez y solvencia a algunos actores del sector, que se encuentran con dificultades de tipo económico (Rueda, 2011, p. 3).

De esta manera, se concluye que la Ley 100 fue el pilar de cambio en diferentes aspectos como: la financiación de los recursos en el país; el acceso al sistema por parte de la población de escasos recursos; la posibilidad de que a través de la nómina, los empleados aportaran un porcentaje de su salario y de esta manera tomar para el régimen subsidiado. Lo anterior generó la creación de las redes de servicios contempladas en las Entidades Prestadoras de Salud. Esta

reforma contribuyo para que el Sistema no terminara como monopolio del estado sobre la salud y de esta manera se permitiera la competencia entre las Entidades de Salud y generaran la cobertura global.

Posteriormente, en el 2007 se reglamentó la ley 1122 cuyo objetivo consiste en “realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios” (Ley 1122, Artículo 1). Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Actualmente el sistema de salud colombiano comprende dos regímenes de vinculación y acceso a la prestación de servicios de salud: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. El primero alcanza la afiliación obligatoria de personas con capacidad de pago. Por su parte, el régimen subsidiado afilia a la población sin capacidad de pago para aportar al sistema de salud. La financiación de este régimen depende del Presupuesto del Estado y de las entidades territoriales que realizan los respectivos aportes, así como de otros aportes provenientes del régimen contributivo. Los afiliados a cada régimen tienen acceso a un conjunto diferente de bienes y servicios, conocidos como Plan Obligatorio de Salud “POS”, en cual cada año actualizan e incluyen procedimientos y medicamentos a este plan de beneficios.

Salazar (2011), realiza una descripción de los dos sistemas de la siguiente manera:

El **contributivo** comprende la afiliación obligatoria de las personas con capacidad de pago, y de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional debe ser auto sostenible. De esta manera, los trabajadores dependientes e independientes y los

pensionados aportan al Sistema un porcentaje de sus ingresos. En el caso de los trabajadores dependientes, los aportes se realizan en conjunto con su empleador. Con estas contribuciones que recaudan las EPS, administradoras de este Régimen, se financia la Unidad de Pago Por Capitación (UPC). Esta constituye la prima que se reconoce a las EPS para asegurar que el afiliado tenga acceso al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C).

El Régimen **Subsidiado** afilia a la población pobre y vulnerable que no tiene capacidad de pago para contribuir con las cotizaciones obligatorias. Sus afiliados tienen acceso al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S). Las autoridades territoriales tienen la responsabilidad de identificar y seleccionar a la población pobre y vulnerable, contratar con las EPS, administrar los recursos y vigilar el cumplimiento de las responsabilidades de atención por parte de las EPS. Los planes de beneficios del régimen subsidiado (POS-S) se financian con diferentes fuentes, dentro de las cuales las principales son: a). Una porción del Sistema General de Participaciones, b). Un porcentaje de la contribución de los afiliados al Régimen Contributivo, c). Aportes de la Nación, d). Recursos propios de las entidades territoriales (parte de las rentas cedidas y recursos propios) y en menor medida, aportes de las Cajas de Compensación. (Salazar, 2011, p.1).

1.3 Problemática en el actual modelo de atención régimen contributivo y subsidiado

Una vez presentada la estructura y naturaleza del SGSSS, resulta importante exponer la situación actual de los regímenes contributivo y subsidiado, dada la toma de conciencia que las instituciones del sector salud han realizado de su realidad como empresas de servicios. Debido a esto, se reconoce la importancia de adaptación de sus recursos al contexto dinámico del mercado, para atender y satisfacer las necesidades de los clientes, logrando además una relación costo-beneficio que asegure la viabilidad financiera y el desarrollo de la organización. Para tales efectos, el mercadeo constituye una herramienta decisiva.

El sector de la salud es un mercado creciente desde todos los aspectos. El modelo de salud colombiano busca la cobertura universal y lo refuerza el fallo de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, por lo que en el mercado tiene garantizado el crecimiento. Según la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI, 2015), la población asegurada del régimen contributivo en Colombia crece a una tasa promedio del 9% anual. Lo propio ocurre con el régimen subsidiado que ha venido creciendo a nivel nacional a razón del 19,2% promedio anual 2014. Para el Régimen Subsidiado se estima que ya existe una cobertura del 100%, según fuentes del Sistema Nacional de Evaluación de Gestión de Resultados SINERGIA, pues en el año 2014 se alcanzó una cobertura del 97% sistema de seguridad social en salud.

En 2014 se alcanzó una cobertura del 96,6% en el sistema de salud, donde 22,8 millones de afiliados se encuentran en el régimen subsidiado y 20,7 millones en el contributivo (3,2 millones de colombianos más que en 2010). Además, se actualizó y unificó el Plan Obligatorio de Salud (POS), lo cual genera un sistema de salud que contempla un único plan de beneficios, garantiza la movilidad entre regímenes y permite la portabilidad dentro del territorio nacional.



Figura 1. Sistema General de Seguridad Social en Salud

Fuente Propia

A mayo de 2015, la cobertura en salud fue del 96,9% lo que equivale a 46,2 millones de afiliados.

Con la expedición del Decreto 1164 de 2014, se brindó la oportunidad para que cerca de 1,5 millones de jóvenes entre 18 y 25 años estuvieran cubiertos en salud como beneficiarios de sus padres (fueran o no estudiantes). Esto permitirá alcanzar una cobertura en aseguramiento del 99% en 2018 para este segmento de la población.

Como puede observarse, el incremento de la cobertura ha sido exitoso. No obstante, el Gobierno Nacional no ha focalizado su política sólo en este aspecto. Por el contrario, a través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, ha querido garantizar una atención de salud integral a todos los colombianos, puntualizando otras prioridades como:

- Calidad, oportunidad y equidad en la atención.
- Sostenibilidad financiera.
- Actualización y unificación del Plan Obligatorio de Salud.
- Creación de un organismo técnico evaluador que regule tecnologías, guías, procedimientos y medicamentos.
- Fortalecimiento de la CRES, entre el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Protección Social.
- Creación de confianza en el sector y generación de diálogo entre los actores del sistema.
- Transparencia y control de la corrupción.
- Desarrollar sistemas de información (identificación de la afiliación al sistema), trabajo conjunto entre los Ministerios de Protección Social y Hacienda y el Departamento Administrativo de Planeación Nacional.

Conscientes de los alcances obtenidos por el gobierno y reconociendo las nuevas prioridades en materia de salud del Estado Colombiano, se hace necesario considerar un caso particular que permita comparar las diferencias y semejanzas en la atención que se da a los pacientes en los regímenes contributivo y subsidiado. Con ello, se desea plantear cómo pese al ideal planteado de universalidad, cobertura, equidad, del SGSSS, existen diferencias marcadas.

2. Análisis Comparativo

Como ya se había indicado, el objetivo principal del presente informe consiste en realizar un análisis comparativo entre los sistemas de salud en Colombia, en cuanto a la atención prestada al usuario. Para ello, se va a utilizar el caso de las personas de tercera edad con diagnósticos de enfermedad coronaria atendidos en el Instituto del Corazón de Bucaramanga.

Para este análisis se tomó el número de pacientes de la tercera edad con enfermedad coronaria atendidos durante el periodo comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2015. Dichos datos se tomaron de la información registrada en el sistema informativo CLINIC ONLINE que maneja el Instituto del Corazón de Bucaramanga, que registra para el año 2015 un total de 63.180 personas de la tercera edad con enfermedad coronaria atendidas. De estos, 47.760 están afiliados al régimen contributivo y 15.420 al régimen subsidiado.

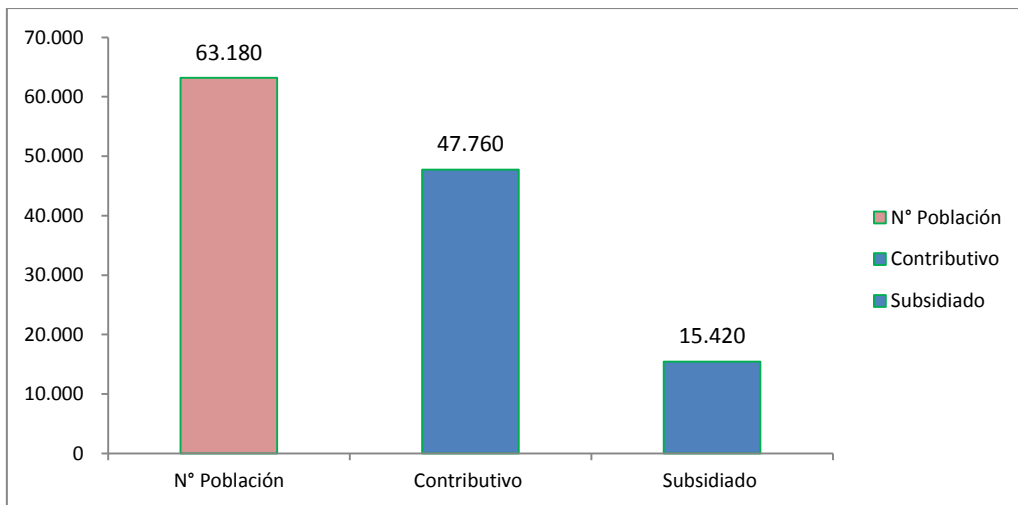


Figura 2. *Pacientes de la Tercera Edad con Enfermedad Coronaria Atendidos en el 2015 en el Instituto del Corazón*

Fuente: Sistema Informativo CLINIC ONLINE del Instituto del Corazón.

Tabla 1. *Pacientes de la Tercera Edad con Enfermedad Coronaria Atendidos en el 2015 en el Instituto del Corazón*

AÑO	Total pacientes	Régimen	
		Contributivo	Subsidiado
2015	63.180	47.760	15.420

Fuente: Sistema Informativo CLINIC ON LINE del Instituto del Corazón.

A partir de los datos registrados, se procederá a realizar el análisis comparativo entre la atención brindada a los pacientes en referencia según su vinculación al sistema de salud, ya sea sistema contributivo o subsidiado. La comparación se focalizará en tres aspectos: accesibilidad, oportunidad y continuidad.

2.1 Accesibilidad

La accesibilidad se entiende como el grado de ajuste entre características de una población y las de los recursos de un sistema, en aras de la búsqueda y obtención a la atención y prestación de servicios de salud. Las diferencias y semejanzas encontradas entre la atención a los pacientes en referencias son las siguientes:

2.1.1 Semejanzas.

- Para garantizar la red de atención a esta patología coronaria, las EPS-S o EPS de ambos sistemas (contributivo y subsidiado), deben hacer contratos con instituciones especializadas en el área de cardiología.
- En ambos sistemas, la mayoría de las EPS no cuenta con una cobertura integral que garantice la prestación completa del servicio. La aprobación del servicio de salud para el tratamiento de algunas patologías de alto costo, por ejemplo, está sujeta a la valoración de un comité de evaluación para poder autorizar un servicio.

- El proceso de acceso al servicio es similar en ambos sistemas. Las EPS garantizan una red para el ingreso de atención a través de contratos de prestación de servicios con clínicas que oferten la especialidad coronaria. Al cumplir con la conformación de la red, las EPS referencian a cada institución sus usuarios para la atención de la patología coronaria.
- Los beneficiarios del régimen subsidiado y del régimen contributivo contribuyen a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos o cuotas moderadoras establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisben o EAPB (Acuerdo 260, Art. 5 -11).

2.1.2 Diferencias.

Las diferencias de accesibilidad se presentan en la tabla.

Fuente: Sistema Informativo CLINIC ON LINE del Instituto del Corazón

Tabla 2. *Diferencias de accesibilidad*

Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo
De los 63.180 pacientes atendidos, el 24,5% pertenecen al régimen subsidiado, es decir, un total de 15.420 personas.	De los 63.180 pacientes atendidos, el 75,5% pertenecen al régimen contributivo, es decir, un total de 47.760 personas.
El ingreso de atención a servicios de salud en pacientes de régimen subsidiado nace en base a un censo que mide la afiliación de la población vulnerable al sistema de salud. Al	El ingreso de atención a servicios de salud en pacientes de régimen contributivo es posible gracias a la afiliación que se posee con una de las Entidades Aseguradoras de Planes de

mencionar vulnerable, se hace referencia a aquellas personas con un nivel económico muy bajo que no alcanza a subsidiar una afiliación a un sistema de salud.

Beneficio (EAPB). Dependiendo del nivel salarial de cada paciente, éste se clasifica en tres categorías o niveles (A-B-C), siendo C la de mayor nivel salarial.

A partir de este ingreso su nivel de atención en salud se hace de manera integral y parte a una red de atención en servicios, que lleva a una cobertura dependiendo la contratación de atención de cada EPS.

Las EAPB a las cuales los pacientes del régimen subsidiado están afiliados son en su orden las siguientes: Asmet salud, Cafesalud, Comparta, Coosalud, Salud vida.

Las EAPB a las cuales los pacientes del régimen contributivo están afiliados son en su orden las siguientes: Coomeva, Salud total, Eps Sanitas, Nueva Eps, Cafesalud, Famisanar Eps.

Los afiliados del régimen subsidiado no tienen beneficio de remuneración económica al momento de presentar incapacidad con enfermedad diagnosticada.

Como beneficios a los afiliados de este régimen, en los casos que los pacientes requieran incapacidades médicas, estos **tienen remuneración económica** dependiendo cada caso.

La cotización de los usuarios que son descritas dentro de este régimen es **solventada** en su totalidad o de modo parcial por el Estado colombiano o en su defecto por

El aseguramiento de cada paciente es de carácter privado.

la entidad Administradora del Régimen

Subsidiado EPS-S.

<p>Los beneficios de salud de este régimen aplican de manera individual. No incluye a un grupo familiar.</p>	<p>La cobertura de salud se puede acceder de manera grupal. Si el afiliado es cotizante puede tener beneficiarios con cobertura integral al servicio de salud. Ejemplo, grupo familiar (Esposo e hijos).</p>
--	--

2.2 Oportunidad

Según el artículo 3, numeral 2 del Decreto 1101 de Abril de 2006, la “oportunidad” se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica está involucrada con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

La comparación a nivel de diferencias y semejanzas a nivel de “oportunidad” en el servicio entre los pacientes de régimen contributivo y subsidiado del caso en referencia son:

2.2.1 Semejanzas.

A nivel de oportunidad del servicio los dos regímenes están regulados por la misma normatividad. Esta medición de oportunidad se da en base a la resolución 1552 del 2013, la cual

define el tiempo de espera para la atención (Artículo 1, Parágrafo 1). En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS), esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud” (Resolución 1552, 2013).

Actualmente dicha característica se ha establecido como uno de los de los indicadores más importantes de calidad, pues garantiza una atención oportuna que posibilite la completa y rápida recuperación del paciente. De ahí la importancia de establecer pautas que garanticen la prestación oportuna del servicio en los diferentes regímenes de prestación de salud.

2.3 Diferencias.

El contraste en la oportunidad del servicio (intervencionismo) se observa en la siguiente tabla que corresponde al comportamiento de solicitud de servicios de tratamiento terapéutico para los pacientes en referencia del año 2015.

Tabla 3. *Diferencias de accesibilidad por servicio*

Servicios Cardiovasculares	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo
	EPS-S	EPS
	N° Ingresos	N° ingresos
Anestesia y Cirugía Cardiovascular	78	161
Electrofisiología	783	1.694
Hemodinamia	797	1.923
TOTAL	1.658	3.778

Fuente: Sistema Clinic On Line

Se puede observar que existió una mayor referenciación de oportunidad en la población del régimen contributivo con un total de 3.778 en los diferentes servicios, mientras que la participación del régimen subsidiado solo alcanzó 1.658 respecto a la solicitud de atención a cada servicio.

Ahora bien, las diferencias presentadas anteriormente, no son las únicas que pueden presentarse. En la siguiente tabla se evidencian otros contrastes en la oportunidad del servicio entre los dos regímenes.

Tabla 4. *Contrastes en la Oportunidad del servicio de dos regímenes*

Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo
<p>Cuando existe un manejo de intervencionismo, dependiendo de su complejidad, las EPS llevan el caso a un comité de evaluación. La oportunidad del servicio oscila entre 30 a 60 días.</p>	<p>En los casos de intervencionismo para los usuarios de este régimen, a pesar de estar estipulado un tiempo de espera entre 30 y 60 días, la atención se hace más dispendiosa. Esto debido a la falta de red de atención con las entidades de prestación de servicios de salud públicos, como se puede evidenciar en los pacientes que acudieron al Instituto del Corazón de Bucaramanga en el año 2015. Cuando el nivel de atención es tan grande a nivel de demanda de servicios, el ICB no posee la capacidad para atender todas las solicitudes.</p>

Cuando los servicios son NO POS, el trámite de autorización del servicio no se gestiona directamente con la EPS- S. Esta solicitud debe ser autorizada por el ente territorial que corresponda (Secretarías de Salud), lo cual impide una oportuna respuesta al usuario para acceder al procedimiento. Esta respuesta puede oscilar entre 20 y 30 días.

Cuando el servicio es NO POS el usuario radica su solicitud directamente con la EPS y obtiene un tiempo de respuesta no mayor a 15 días.

2.4 Continuidad

La Corte ha sostenido que el principio de continuidad en la prestación de servicios de salud responde, no solo a la necesidad de los usuarios de recibir tales servicios, sino también a los postulados del principio de buena fe y de confianza legítima contemplados en el artículo 83 de la Constitución Política de 1991 (Sentencia T-214/13).

Según la Sentencia T-597 de 2003: “Desde el inicio de su jurisprudencia la Corte Constitucional ha defendido el derecho que a toda persona se le garantice la continuidad del servicio de salud, una vez éste haya sido iniciado. Se garantiza pues, que el servicio de salud no sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente”.

Así, una institución encargada de prestar el servicio de salud, puede terminar la relación jurídico-formal con el paciente de acuerdo con las normas correspondientes, pero ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación jurídica-material, en especial si a la

persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud (Sentencias T-597 de 1993 - M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz y T-760 de 2008 - M.P. Manuel José Cepeda).

El servicio de atención médica debe prestarse en condiciones de continuidad, lo que implica también que si el tratamiento fue iniciado no podrá ser interrumpido o suspendido injustificadamente por razones administrativas o presupuestarias, ya que constitucionalmente no es admisible interrumpir o abstenerse de prestar un tratamiento médico ya prescrito e iniciado, pues se estaría incurriendo en un desconocimiento flagrante del principio de confianza legítima. (Sentencia T-770 de 2011 - M.P. Mauricio González Cuervo.)

Para efectos, de la población de la tercera edad con enfermedad coronaria atendidos en el ICB durante el 2015, la continuidad del servicio presentó el siguiente comportamiento:

Tabla 5. *Comportamiento de la tercera edad con enfermedad coronaria*

	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo
	EPS-S	EPS
Servicios Cardiovasculares	N° Ingresos	N° ingresos
Falla Cardíaca	1.224	4.265
Consulta Especializada	4.086	13.604
Métodos Diagnósticos No Invasivos	4.484	17.126
Terapias de Rehabilitación Cardíaca	3.586	8.557
TOTAL	13.380	43.552

Fuente: Sistema Clinic On Line

Como puede observarse en la tabla, para el periodo del año 2015 la cantidad de atenciones en los diferentes servicios complementarios, evidencia que la mayor población de acceso está concentrada en el régimen contributivo. En efecto, 43.552 servicios complementarios fueron solicitados por los usuarios del régimen contributivo, mientras que sólo 13.380 fueron solicitados por los usuarios del régimen subsidiado.

3. Conclusiones

En este apartado se presentan las principales conclusiones que surgen de la comparación entre los dos grupos de personas de la tercera edad analizados. Dichas conclusiones se presentan de acuerdo a las categorías estudiadas:

Accesibilidad: El acceso a servicios de salud mediante el proceso de afiliación no está garantizado al 100% a la población colombiana, lo que genera desatención en pacientes que lo requieren.

En relación al grupo estudiado, es evidente la mayor accesibilidad a los servicios cardiovasculares de los pacientes de régimen contributivo (75,5% de ellos frente a un 24,4% de pacientes del régimen subsidiado). Con ello, se evidencia una probabilidad mayor de acceder a los servicios para aquellos pacientes del régimen contributivo. Por el contrario, los pacientes del régimen subsidiado enfrentan diversas barreras para el acceso a los servicios como:

- La mayoría viven en zonas rurales, lo cual implica dificultades para su traslado.
- No hay amplias redes de servicios por parte de las EPS de régimen subsidiado.
- No poseen remuneración económica en el tiempo de incapacidad.
- La cobertura del servicio solicitado. No a todos los municipios llega el aseguramiento en salud, está muy limitada su cobertura de atención.

La capacidad de atención disminuye en la población de escasos recursos (por lo general afiliada al régimen subsidiado) y que requiere de atención en procedimientos especiales o patologías de alto costo, como problemas cardiacos.

Oportunidad: Sin importar la aprobación de la Ley 100 y cada uno de los cambios y atribuciones de la misma, se puede concluir que el presente sistema no cumple con los estándares de calidad propuestos, ya que se puede comprobar que la atención no es oportuna en los regímenes establecidos.

El esquema de **ingreso** a prestación de servicios de la población del régimen subsidiado presenta indudables dificultades desde el punto de vista de su operación, manejo, y sobretodo su control. Desde los cambios que se han realizado en actualización e ingreso de tecnología de salud se ha llegado a igualar la cobertura de los dos regímenes, pero esto no ha evitado los altos índices de barreras que presenta la población adulto mayor en acceder a la prestación de servicios en patologías cardiovasculares.

Continuidad: Una vez finalizado el presente informe de comparación, se logra evidenciar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, cuenta con una amplia cobertura entre los regímenes contributivo y subsidiado. Sin embargo, la gran diferencia del Régimen Contributivo con el Subsidiado es que este último, pese a posibilitar el acceso a los servicios de salud, no propicia la continuidad del mismo, como pudo observarse los datos registrados para los pacientes estudiados.

4. Referencias

Decreto 1011. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia, 3 de abril de 2006.

Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Departamento Nacional de Planeación-DNP Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas

-DSEPP. (2016). Informe al Congreso. Territorio de Paz. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Informe_Presidente_al_Congreso_de_la_Republica_publica_2016.pdf

Ley 100 de 1993. Congreso de la República de Colombia. 23 de diciembre de 1993. Disponible

en: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1503/LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%20201993.pdf>

Ley 1122 de 2007. Congreso de la República de Colombia. 9 de enero de 2007. Disponible en:

<file:///C:/Users/SERVIDOR/Downloads/Ley%20No.%201122%20del%209%20de%20Enero%20de%202007.pdf>

Resolución 1552. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Mayo 14 de

2013. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53131>

Rueda, A., M. (2012). Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuperado de:

<http://albamarinaruedaolivella.blogspot.com.co/2012/11/sistema-general-de-seguridad-social-en.html>

Sinergia-DNP. - Sistema Nacional de Evaluación de Gestión de Resultados. Disponible en:

sinergiaDNP@dnpp.gov.co

Sistema de Información

Software Sistema Clinic On line. Instituto del Corazón periodo año 2015.

Página Instituto del Corazón de Bucaramanga: <http://www.institutodelcorazon.com/>

Ley 1438 de 2011

http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/LEY_1438_DE_2011-Reforma_al_Sistema_General_de_Seguridad%20Social_en_Salud.pdf – Artículos 29, 31, 32,49.

Ministerio de salud y protección social:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>.

Ley 1751 de 2015 por el cual se regula el derecho fundamental a la salud:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Decreto 2353 de 2015:

http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/sistema_de_afiliacion_transaccional_-_decreto_2353_de_2015.pdf