

**Orden 19
Sentencia T-760 de 2008
Auto 411 de 2015
Informe II trimestre de 2018**

**Dirección de Regulación de la Operación
del Aseguramiento en Salud, Riesgos
Labores y Pensiones**

Bogotá D.C., Agosto de 2018

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	6
2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760.....	7
3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD	10
3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	10
3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	12
3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	14
3.2.2. SEXO DEL USUARIO	17
3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	17
3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	17
3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA	18
3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	25
3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS EPS	26
3. ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL.....	29
4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	33
4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	34
4.1.2. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	35
4.1.3. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	35
4.1.4. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – II TRIMESTRE DE 2018	36
4. PARÁGRAFO TRANSITORIO RESOLUCIÓN 1486 DE 2018.....	37
5. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES).....	38

TABLAS

Tabla 1. Consolidado EPS reportantes II trimestre 2018	10
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el II trimestre de 2018.....	11
Tabla 3. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el II trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NEG (Negado por el CTC)	15
Tabla 4. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el II trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NTR (no tramitado ante el CTC)	16
Tabla 5. Número de personas por Sexo en el II trimestre de 2018, bajo los concepto de Negación - NEG y NTR	17
Tabla 6 Negación de Servicios por Modalidad de Atención II trimestre de 2018.....	17
Tabla 7. Negación de Servicios por Tipo de servicio correspondiente al II trimestre de 2018	18
Tabla 8 . Vía de la Negación de Servicios II trimestre de 2018	19
Tabla 9 . Comparativo entre periodos concepto de negación	19
Tabla 10. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) II trimestre de 2018	20
Tabla 11. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto	20
Tabla 12. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – II Trimestre de 2018.....	21
Tabla 13. Motivos de negación por el CTC (NEG) II trimestre de 2018.....	21
Tabla 14. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - II trimestre de 2018.....	22
Tabla 15. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NEG – II Trimestre de 2018	24
Tabla 16. Entidad que reporta “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”, bajo el concepto NEG – II Trimestre de 2018.....	25
Tabla 17. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico, por los conceptos NEG y NTR	25
Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo abril de 2018.....	26
Tabla 19. Total de registros remitidos por Entidad - periodo mayo de 2018	27
Tabla 20. Total de registros remitidos por Entidad - periodo junio de 2018	28
Tabla 21. Consolidado Entidades reportantes II trimestre 2018	30
Tabla 22. Entidades no reportantes en el II trimestre 2018.....	30
Tabla 23. Número de Registros reportados por las ET en el	31
Tabla 24 Entidades que no realizaron correcciones – II trimestre de 2018.....	32
Tabla 25. Total de registros remitidos por las ET	33
Tabla 26. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el II trimestre de 2018	34
Tabla 27 Modalidad de Atención - II trimestre de 2018	35
Tabla 28. Tipo de servicio solicitado correspondiente al II trimestre de 2018	35
Tabla 29. Diagnóstico principal del usuario – II trimestre de 2018.....	36
Tabla 30. Tipo de Servicios – Registros de la ET correspondientes al periodo.....	37
Tabla 31. Tipo de Servicios – Registros de la EPS correspondientes al periodo	37
Tabla 32. Comportamiento MIPRES Régimen Contributivo III trimestre de 2018.....	39
Tabla 33. Total de prescripciones por departamento correspondientes al III trimestre de 2018	40
Tabla 27. Percepción Usuarios MIPRES	43

GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el II trimestre de 2018	12
Gráfico 2. Numero de prescripciones analizadas sobre usuarios contactados	42
Gráfico 3. Percepción de problemas relevantes	42
Gráfico 4. Percepción Usuarios MIPRES.....	43

GLOSARIO

EPS:	Entidad Promotora de Salud
ET:	Entidad Territorial de orden departamental y distrital
NTR:	Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC.
NEG:	Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC

1. ANTECEDENTES

La Sentencia T-760 de 2008, en la orden décima novena estipuló lo siguiente:

“Décimo noveno.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico”.

Posteriormente, la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 profiere los Autos del 13 de julio y 24 de agosto de 2009, relacionados con la orden décimo novena de la sentencia, en la cual precisa que dicha orden es de aplicación exclusiva para las Entidades Promotoras de Salud, por lo que el Ministerio de la Protección Social adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos a través de la Resolución 3173 de 2009¹, modificada por la Resolución 3821 de 2009², las cuales fueron derogadas por la Resolución 163 de 2011³.

Mediante Auto 043 de 2012, la Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 señala que el formulario para el Registro de Negación de Servicios adoptado a través de la Resolución 163 de 2011, presenta falencias, por lo que el Ministerio, mediante la Resolución 744 de 2012⁴, adoptó un nuevo formulario que registra la información conforme a los parámetros establecidos por la Alta Corporación y permite a las entidades encargadas de la realización del reporte efectuar el diligenciamiento de manera sencilla, además de garantizar un mayor grado de calidad y utilidad de la información.

La Contraloría General de la República en su revisión al cumplimiento de la Sentencia T-760 presentó unos hallazgos sobre el cumplimiento de la Orden 19 frente a los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social realizó los ajustes respectivos.

Teniendo en cuenta los hallazgos del ente de control y analizando las vigencias 2012 y 2013, se pudo concluir que las aseguradoras presentaban los reportes de negaciones de manera extemporánea, algunas con información acumulada de varios periodos pendientes y otras no reportaban. Además, la mayoría de los reportes no pasaban la malla validadora por errores de estructura y/o contenido, lo que ocasionó nuevos requerimientos, deficiencias en la oportunidad de entrega e ineffectividad en el método de verificación de la información.

¹ “Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios y Medicamentos por parte de las EPS y EOC del Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

² “Por la cual se modifica la Resolución 3821 de 2009”

³ “Por la cual se adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos por parte de las Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar y dicta otras disposiciones”



⁴ “Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones”

Por estos motivos, la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social, realizó mesas de trabajo intersectorial con la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, para considerar estrategias para mejorar la oportunidad y calidad del reporte de información por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

Se pudo concluir, que era indispensable crear un mecanismo para la recepción de la información de manera oportuna y cumpliendo con los artículos 112, 113, 114 y 116 de la Ley 1438 de 2011, los cuales señalan que le corresponde al Ministerio articular y administrar la información del Sistema de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

Posteriormente, se expidió la Resolución 1683 de Mayo 21 de 2015 con el fin de que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) remitan la información a través de la plataforma PISIS, del Sistema de Información de la Protección Social –SISPRO, solucionando el problema de recepción y oportunidad de la entrega de la información, donde se puede observar que la resolución 1683 de 2015 tiene cambios de forma y no de contenido con relación a la Resolución 744 de 2012.

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones realizó capacitación a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) sobre el diligenciamiento del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 y puso a disposición de las entidades una mesa de ayuda con el fin de realizar el soporte necesario para él envió por medio de la plataforma PISIS. A continuación, se explican las fases de validación realizadas por medio de la plataforma PISIS:

-  Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.
-  Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

PISIS informa a la entidad si el archivo remitido tiene algún error en las validaciones para su respectiva corrección y sea enviado nuevamente antes del cierre de la plataforma, el proceso se realiza los primeros ocho días de cada mes las 24 horas al día.

Una vez realizadas las dos validaciones, se toman los archivos que pasaron el 100% las dos validaciones para crear la Base de Datos que alimentara el siguiente informe.

Adicionalmente, este Ministerio pone a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo un acceso al FTP del Ministerio donde se colocan los archivos remitidos por las EPS y EOC, con el fin de que las tres entidades tengan el mismo archivo y la misma cantidad de registros.

2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760

La Sala especial de Seguimiento de la Corte Constitucional en evaluación al grado de cumplimiento de la orden décimo novena de la Sentencia T-760 de 2008, profiere el auto 411 de 2015 y ordena en el ordinal cuarto a este Ministerio adoptar las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones donde se rediseñen los lineamientos establecidos en la Resolución 1683 de 2015 y el control de las irregularidades tratadas en los numerales 10.2 a 10.9, 10.12 y 10.13 del auto.

Como se le ha informado a la Honorable Corte Constitucional este Ministerio ha venido trabajando en el acceso a las tecnologías de salud no cubiertas por el Plan de Beneficios. Por lo cual expidió la Resolución 1328 de 2016 (y sus modificatorias) para propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con cargo a la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información. Dicha Resolución estableció el procedimiento para reportar la prescripción de los mencionados servicios a través de una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y optimizar el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser pagadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES).

Dicha herramienta fundamenta su desarrollo en el Artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, el cual establece la política para el manejo de la información en salud en los siguientes términos: “Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros”; en este sentido a través de ella se tendrá información en tiempo real y permite la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, provengan de una orden de un profesional de la salud y por lo tanto que su suministro y facturación se han consistentes favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Con relación al régimen subsidiado se expidió la Resolución 2438 de 2018 la cual contiene los requisitos para el acceso a la herramienta de prescripción, teniendo en cuenta que la información es en línea y en tiempo real, razón por la cual se debe garantizar la conectividad de los prestadores, proveedores, Entidades Promotoras de Salud y la entidad territorial. Este proceso se estará adelantando durante la vigencia 2018, teniendo en cuenta que la meta es que a 1 de enero de 2019 solo se realicen prescripciones a través de la herramienta, lo cual conlleva a la eliminación de los Comités Técnico Científicos, vigentes hoy solamente para el régimen subsidiado.

El acceso a la herramienta MIPRES para el régimen contributivo tuvo un proceso de transición de cuatro meses, no obstante la implementación de la herramienta en el régimen subsidiado debe considerar las diferentes circunstancias que rodean dicho régimen, por ejemplo que son las entidades territoriales las competentes, con recursos de subsidio a la oferta, para pagar los servicios y tecnologías no financiados con la UPC de los afiliados al dicho régimen y que, por ser los ordenadores del gasto, son autónomas en la definición de sus procesos y procedimientos para el reconocimiento y pago de las mismas, por lo que su implementación requiere el desarrollo de capacidades técnicas, administrativas y financieras en las entidades territoriales.

El acto administrativo anteriormente mencionado contempla que la activación de la herramienta de prescripción de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios del Régimen Subsidiado, se encuentra sujeta al cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Revisión del modelo de gestión adoptado por la entidad territorial en virtud de lo establecido en la Resolución 1479 de 2015, el cual debe contar con mínimo con: i) Documento de análisis de la situación de salud del territorio y de las capacidades técnicas, operativas y financieras que fundamentan la adopción del modelo de gestión establecido en el acto administrativo de que trata el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 y ii) Documento de definición del proceso de auditoría adelantado por la entidad territorial.

- Cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 6 de la Resolución 3951 de 2016 para las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Cumplimiento de las capacidades tecnológicas de las entidades territoriales, para la implementación de la herramienta tecnológica de prescripción.

El objetivo principal de revisar el modelo de gestión adoptado por la entidad territorial en virtud de su autonomía constitucional y de la Resolución 1479 de 2015, es conocer por parte de este Ministerio los procesos y procedimientos que se llevan a cabo para el proceso de reconocimiento, control y pago; así como las sinergias que deben existir entre las diferentes dependencias de las entidades territoriales, con el fin de identificar posibles nodos problemáticos que demoren el proceso de reconocimiento y pago.

Dado lo anterior, en el escenario actual coexisten los CTC del régimen subsidiado y la operación de MIPRES en el régimen contributivo. Esto plantea una situación distinta para el cumplimiento de la Orden 19 de la que se tenía antes de la puesta en marcha de MIPRES. Debido a esto el presente informe recoge la información habitual de las decisiones de los CTC, especialmente para el caso del subsidiado ya que en el caso del régimen contributivo no operan desde la implementación total de MIPRES, y unos primeros resultados del comportamiento de las solicitudes de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios tramitadas a través de MIPRES.

Si bien estos cambios regulatorios tiene un efecto en el cumplimiento de la Orden 19, el Ministerio siguió trabajando en mejorar la calidad de la información que nutre el reporte de servicios negados y al mismo tiempo actualizó la regulación para el reporte de información del régimen subsidiado entre tanto se implemente en su totalidad la herramienta de MIPRES en dicho régimen.

Actualmente dicho informe está en el marco de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria la Resolución 1486 de 2018. Dicho acto administrativo quedó publicado en el diario oficial el día 23 de abril del año en curso, teniendo en cuenta que la fecha de su publicación fue a finales del mes, se expidió el Comunicado 201831000495121 informándoles a las entidades que dicha resolución se aplicara a partir del mes de junio de 2018, el mencionado comunicado se puede consultar en el siguiente link <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/asuntos-juridicos.aspx>. A partir del mes de junio de 2018 las Entidades Promotoras de Salud que operen en el Régimen Subsidiado remitirán la información correspondiente al anexo técnico No. 1 los primeros quince (15) días calendario de cada mes y las Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital remitirán el anexo técnico No. 2 los primeros veinticinco (25) días calendario de cada mes.

Adicionalmente este Ministerio en el marco del Auto 411 de 2015, implemento el Cubo de Servicios Negados con el fin que los Organismos de Control puedan consultar la información remitida por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital; en el marco de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria Resolución 1486 de 2018, el día 23 de Mayo del año en curso, se realizó la respectiva inducción al manejo del cubo a las entidades de control, también se realizó unas consultas para los ciudadanos con el fin que ellos puedan ver el estado actual de la orden 19, dicha consulta está dispuesta en el página web del Ministerio de Salud y Protección Social en el link <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimenesubsidiado/Paginas/sentencia-760-.aspx>.

El presente informe está dividido en cuatro partes: una primera parte sobre la información presentada por las Entidades Promotoras de Salud que operen el Régimen Subsidiado bajo el Anexo Técnico No. 1; una segunda parte sobre la información presenta por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y

Distrital bajo el Anexo Técnico No. 2; una tercera parte sobre el Parágrafo Transitorio de la Resolución 1486 de 2018 y la cuarta y última parte los resultados obtenidos de MIPRES en el II trimestre de 2018.

3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

A continuación, se presentará el análisis de la información remitida por las Entidades de Promotoras de Salud, bajo el Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria, el cual señala: *“Reporte de servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud – EPS y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico - CTC y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico – CTC”*,

La información que se presentara a continuación, corresponden al II trimestre de 2018, de las entidades que pasaron satisfactoriamente el 100% de las dos validaciones indicadas en los actos administrativos anteriormente mencionados en este informe.

3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN

La Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria señala: *“El presente acto administrativo deberá reportarse por las Entidades Promotoras de Salud que operen el Régimen Subsidiado a través del Anexo Técnico 1, y las entidades territoriales a través del Anexo Técnicos 2, en la Plataforma de Intercambio de Información -PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, previa solicitud del usuario en los términos definidos en cada anexo”*.

Es de aclarar que por virtud de lo establecido en el artículo 2.1.7.11 del Decreto 780 de 2016 que reglamenta la movilidad entre los regímenes subsidiado y contributivo, las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados, por tal razón en el presente informe, se incluye el reporte de EPS del contributivo que tiene afiliados en movilidad del régimen subsidiado.

Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de abril, mayo y junio de 2018, los resultados son los siguientes (ver tabla No.1):

Tabla 1. Consolidado EPS reportantes II trimestre 2018

Abril de 2018			Mayo de 2018			Junio de 2018		
Núm. de entidades habilitadas (CM)	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de entidades habilitadas (CM)	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
41	37	90%	41	37	90%	41	39	95%

Fuente: Información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En el siguiente cuadro se enuncian las EPS que no presentaron información correspondiente al II trimestre de 2018 en el marco de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria. Se informó a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye:

EPS	MESES QUE NO REPORTO	RADICADO SUPERSALUD
COMFABOY	Abril, Mayo y Junio	201831000960611
COMFAMILIAR CARTAGENA	Abril, Mayo y Junio	

COMFAMILIAR DE NARIÑO	Abril
COMFASUCRE	Abril
COMFACHOCO	Mayo
CONVIDA	Mayo
ENTIDADES TERRITORIALES	MESES QUE NO REPORTO
AMAZONAS	Abril, Mayo y Junio
BARRANQUILLA	Abril y Junio
BUENAVENTURA	Abril, Mayo y Junio
CARTAGENA	Abril, Mayo y Junio
CASANARE	Abril
CHOCO	Abril, Mayo y Junio
CUNDINAMARCA	Mayo
GUAVIARE	Abril, Mayo y Junio
HUILA	Abril
NORTE DE SANTANDER	Abril
QUINDIO	Abril
META	Mayo
SAN ANDRES	Mayo
SANTA MARTA	Abril, Mayo y Junio
SANTANDER	Abril, Mayo y Junio
VAUPES	Abril y Junio
VICHADA	Abril y Junio

Fuente: Información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En la tabla No.2, se presenta el total de registros tipo 2 “Registro de detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico” enviados y validados exitosamente en el II trimestre de 2018, donde se puede observar que el 88,44% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria (ver tabla No.2). Cabe anotar que cada registro corresponde a una tecnología en salud o servicio en salud o servicio complementario o producto nutricional según sea el caso.

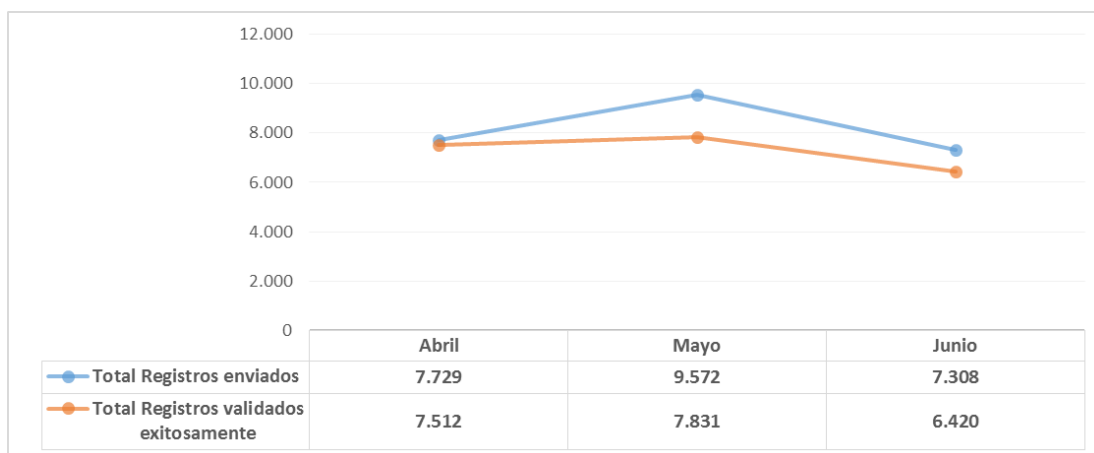
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el II trimestre de 2018

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Abril	7.729	7.512	97,19%
Mayo	9.572	7.831	81,81%
Junio	7.308	6.420	87,85%
TOTALES	24.609	21.763	88,44%

Fuente: Información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el grafico 1, se puede observar un incremento del 23,85% entre el mes de abril y mayo de 2018 y una disminución del 23,65% entre el mes de mayo y junio de 2018 sobre los registros enviados.

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el II trimestre de 2018



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el Anexo No.1 se remite el estado de cada uno de los archivos remitos por las EPS en el II trimestre de 2018 (ver Anexo No.1).

3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A continuación se identifican las negaciones de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en el marco del Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria:

- Concepto de negación del servicio o tecnología: La negación de servicios y tecnologías sin Cobertura en el POS puede presentarse por dos vías: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) y, Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG).

La Corte buscaba con el registro de negaciones identificar de manera concreta las tecnologías en salud formuladas por el médico tratante que las EPS negaban directamente a los afiliados sin tramitarlas ante el CTC o que siendo presentadas ante este no eran autorizadas. No obstante, el concepto de negación se debe analizar con precaución antes de asociarlo a la afectación, irrespeto o vulneración del derecho a la salud. En primer lugar, como la Corte lo ha reconocido existen negaciones “legítimas”. La negación legítima por parte de la EPS o el CTC puede darse en los casos de pertinencia médica, seguridad del paciente (T-345 de 2013), priorización (el procedimiento puede esperar), eficiencia técnica (el medicamento genérico produce el mismo efecto que el medicamento de marca), entre otros, donde la negación del servicio lejos de afectar la garantía del derecho a la salud busca la seguridad del paciente, la prevalencia del interés público sobre el individual y la sostenibilidad del sistema.

Por el contrario, en la negación ilegítima hay un irrespeto en la garantía del derecho a la salud: barreras administrativas que afectan la oportunidad en la prestación del servicio, la no integralidad en la prestación de la tecnología en salud, discrepancias en la interpretación sobre los contenidos del plan de beneficios, problemas de coordinación entre los agentes, entre otros. En segundo lugar, la garantía del derecho a la salud implica la corresponsabilidad de todos los agentes del sistema, principalmente del médico tratante, prestador del servicio y asegurador. Cada uno juega un rol fundamental en la garantía del derecho a la salud.

Por lo anterior, es importante entrar a analizar cada negación en particular para determinar si hay o no una conducta reprochable de la EPS al negar el servicio, o si por el contrario se trata de actuaciones diligentes en pro del bienestar del paciente y del sistema.

En el marco del Auto 411 de 2015 este Ministerio en la Resolución 2064 de 2017, solicita a las EPS indique la causal de negación reportada bajo el ítem “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios”, dicha información es remitida bajo el anexo técnico 1 con el tipo de registro 3 “Registro de detalle de los servicios médicos del Plan de Beneficio ordenados por el médico tratante a sus usuarios y negados por la Entidad Promotora de Salud o por el CTC bajo la modalidad “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” en los conceptos de negación NTR Y NEG”, donde las entidades deben informar el porqué de la negación o si se prestó o suministro el servicio incluido en el Plan de Beneficios

Este Ministerio pone a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo en el FTP los archivos planos remitidos por las EPS y ET. Donde los archivos planos contienen la identificación de los afiliados y el motivo de la negación.

- Municipio donde se solicito el Servicio o tecnologia: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les realizo la negación.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les realizo la negación.
- Ambito de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en web.sispro.gov.co
- Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado: Medicamentos, Procedimientos, Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Productos Nutricionales, Servicios Especificos y Servicios no financiados con recursos de salud, los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECTipoServicio en web.sispro.gov.co
- Causal de la negación del servicio: a continuación se presentan las cuales del anexo tecnico de la resolucion 2064 de 2017 las cuales son las razones de la negativas por parte de la EPS para no tramitar la solicitud ante el Comité Tecnico Cientifico (**NTR**) o la causa de la negativa por parte del Comité técnico Cientico del servicio solicitado (**NEG**):

(NTR)	(NEG)
Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS o EOC y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico-Científico – CTC, son:	Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud formulados por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC de la entidad son:
Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECMotivoNtrCTC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo	Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECMotivoNegCTC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo

<ul style="list-style-type: none"> ✚ El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC ✚ Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan) ✚ Tiene tutela que cubre el servicio solicitado ✚ Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio ✚ Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013) ✚ Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 Resolución 5395 de 2013) ✚ Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya ✚ La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC ✚ Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013) ✚ Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya ✚ La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada ✚ Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan) ✚ No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país ✚ La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS ✚ No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante ✚ No existe riesgo inminente para la vida del paciente ✚ El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. ✚ Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior ✚ Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013).
--	--

- Servicio según diagnóstico. Se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario.

3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA

De los archivos validados exitosamente, se presentaron 21.763 registros, donde el 79,80% corresponde al Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG) y un 20,20% a los Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR).

En la tabla No. 3 se presenta el numero de personas relacionas con el numero de registro validados exitosamente en cada departamento, bajo el concepto de Negacion Servicios ordenados por el Médico Tratante Negado por el CTC (NEG).

El departamento donde mas concentracion de usuarios con el concepto de negacion NEG es Bolivar con el 21,46%, el segundo lugar Atlántico con el 17,88% y en tercer lugar Antioquia con el 11,02% (ver tabla No.3).

Tabla 3. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el II trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NEG (Negado por el CTC)

Departamento	Número de Registros	Número de Personas
13 - Bolívar	3.727	2.898
08 - Atlántico	3.105	2.456
05 - Antioquia	1.914	1.629
23 - Córdoba	1.564	1.244
76 - Valle del Cauca	1.253	973
70 - Sucre	1.247	1.003
11 - Bogotá, D.C.	782	635
19 - Cauca	578	492
47 - Magdalena	577	460
68 - Santander	421	363
41 - Huila	379	332
15 - Boyacá	304	255
20 - Cesar	248	186
54 - Norte de Santander	224	174
50 - Meta	184	168
85 - Casanare	152	114
17 - Caldas	119	110
52 - Nariño	106	98
63 - Quindío	85	80
44 - La Guajira	78	69
25 - Cundinamarca	76	68
81 - Arauca	73	65
66 - Risaralda	71	68
18 - Caquetá	56	52
73 - Tolima	28	23
95 - Guaviare	8	8
27 - Chocó	3	3
86 - Putumayo	3	1
99 - Vichada	1	1
Total general	17.366	13.997

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En la tabla No.4 se presenta el numero de personas relacionas con el numero de registro validados exitosamente en cada departamento, bajo el concepto de Negacion Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) donde el deparamento mas significativo es Boyaca con un 15,26%, en segundo lugar Santander con un 10,46% y en tercer lugar Bogotá con un 9,60% (ver tabla No.4).

Tabla 4. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el II trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NTR (no tramitado ante el CTC)

Departamento	Número de Registros	Número de Personas
15 - Boyacá	671	542
68 - Santander	460	353
11 - Bogotá, D.C.	422	323
54 - Norte de Santander	359	264
41 - Huila	328	169
08 - Atlántico	265	228
23 - Córdoba	259	195
95 - Guaviare	202	146
05 - Antioquia	160	122
13 - Bolívar	139	113
81 - Arauca	138	110
47 - Magdalena	121	104
76 - Valle del Cauca	111	81
63 - Quindío	104	82
85 - Casanare	104	80
20 - Cesar	98	74
70 - Sucre	94	74
50 - Meta	83	77
73 - Tolima	78	74
17 - Caldas	43	39
66 - Risaralda	31	28
19 - Cauca	24	21
25 - Cundinamarca	23	17
99 - Vichada	20	14
52 - Nariño	19	18
44 - La Guajira	15	10
18 - Caquetá	10	7
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8	8
91 - Amazonas	3	3
97 - Vaupés	3	3
27 - Chocó	1	1
86 - Putumayo	1	1
Total general	4.397	3.356

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

3.2.2. SEXO DEL USUARIO

En la tabla No.5 se presenta el numero de personas por sexo en cada uno de los conceptos de negacion, como se puede observar en el concepto negacion Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) el sexo femenino predomina con el 55,27%, igual pasa en el concepto de negacion Servicios ordenados por el Médico Tratante Negado por el CTC (NEG) donde las mujeres corresponden al 59,53% (ver tabla No.5).

Tabla 5. Número de personas por Sexo en el II trimestre de 2018, bajo los concepto de Negación - NEG y NTR

CONCEPTO DE NEGACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL GENERAL
NEG	8.332	5.666	13.997
NTR	1.855	1.501	3.356

Fuente: Con base en información remitida por EPS – Cálculos: DROASRLP

3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN

Los registros en lo correspondiente a modalidad de atención son: Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECAmbitoAtencion en la web.sispro.gov.co.

A continuación se presentarán las negaciones según el concepto negación de servicios médicos definidos en el Anexo Técnico No.1:

- NTR: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC
- NEG: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC

Como se observa en la Tabla No. 6 la mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención Ambulatoria No priorizado, con una participación del 83,83% equivalente a 18.245 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria Internación con un 10,14% equivalentes a 2.207 registros y el restante correspondiente al 6,02% obedece a los demas ambitos de atencion con un total de 1.311 registros (ver tabla No.6).

Tabla 6 Negación de Servicios por Modalidad de Atención II trimestre de 2018

AMBITO DE ATENCION	NEG	% PART	NTR	% PART	TOTAL	% PART
1 - AMBULATORIO NO PRIORIZADO	14.580	83,96%	3.665	83,35%	18.245	83,83%
2 - AMBULATORIO PRIORIZADO	665	3,83%	29	0,66%	694	3,19%
3 - HOSPITALARIO DOMICILIARIO	522	3,01%		0,00%	522	2,40%
4 - HOSPITALARIO INTERNACIÓN	1.555	8,95%	652	14,83%	2.207	10,14%
5 - URGENCIAS	44	0,25%	51	1,16%	95	0,44%
Total general	17.366	100,00%	4.397	100,00%	21.763	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (D), Productos Nutricionales (N), Servicios

Específicos (S) y Servicios no financiados con recursos de salud (C), los valores perimitos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECTipoServicio en la web.sispro.gov.co.

A continuación se presentarán las negaciones según el concepto negación de servicios médicos definidos en el Anexo Técnico No.1:

- NTR: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC
- NEG: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC

De los 21.763 registros de negación de servicios médicos correspondientes al II trimestre de 2018, el 64,25% de las negaciones correspondieron a Medicamentos (M) lo cual equivale a 14.041 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría Procedimientos (P) con una participación del 10,10% correspondiente a 2.205 registros y en tercer lugar los Productos Nutricionales (N) con un participación de 10,10% equivalente a 2.197 registros(ver tabla 7).

Tabla 7. Negación de Servicios por Tipo de servicio correspondiente al II trimestre de 2018

TIPO DE SERVICIO	NEG	% PART	NTR	% PART	TOTAL	% PART
C - SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	1.140	6,56%	159	3,62%	1.299	5,97%
D - DISPOSITIVO MÉDICO NO CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	11	0,06%	1	0,02%	12	0,06%
M - MEDICAMENTOS	11.387	65,57%	2.654	60,36%	14.041	64,52%
N - PRODUCTOS NUTRICIONALES	1.843	10,61%	354	8,05%	2.197	10,10%
P - PROCEDIMIENTOS	1.451	8,36%	754	17,15%	2.205	10,13%
S - SERVICIOS ESPECÍFICOS	1.534	8,83%	475	10,80%	2.009	9,23%
TOTAL	17.366	100,00%	4.397	100,00%	21.763	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA

La negación del servicio puede presentarse por dos vías: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (**NTR**) y, Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC (**NEG**). Cabe anotar que es importante tener claro el concepto de negación del servicio o tecnología:

- Cuando el usuario solicita el servicio, pero no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios. En tal caso se activa el proceso de trámite ante el CTC – Comité Técnico Científico, si el servicio no es autorizado, es un Servicio Negado. El servicio es negado legítimamente por el CTC cuando: De un lado, la decisión se sustenta en la regulación vigente. De otro lado, la decisión se fundamenta en un concepto sólido apoyado en la Historia Clínica del paciente, científicamente sustentado con las opiniones de expertos en la respectiva especialidad del médico tratante que ordenó el servicio de salud, explicando claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente (T-873 de 2011). Existen una variedad de causas justificadas para que el CTC se abstenga de autorizar el servicio: garantizar la seguridad de paciente (pertinencia médica); prevalencia del interés general (medicamento genérico produce el mismo efecto que el medicamento de marca y no se ha demostrado por el médico tratante ningún efecto adverso en el paciente); sostenibilidad de recursos (cirugías estéticas sin estar conexas a la afectación de ningún órgano funcional), entre otros
- Un Servicio es negado de manera ilegítima, cuando la negación corresponde a cualquier tecnología en salud, es decir cualquier actividad, intervención, insumo, medicamento, dispositivo, servicio y procedimiento usado en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de

soporte con los que se presta esta atención en salud, que se encuentre cubierta por el Plan de Beneficios, pero cuyo servicio no fue efectivamente prestado.

La vía de negación de servicios correspondiente al II trimestre de 2018 más significativa con un 79,80% equivalente a 17.366 registros corresponde al concepto de negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y un 20,20% equivalente a 4.397 registros fueron negados con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** (ver tabla No.8)

Tabla 8 . Vía de la Negación de Servicios II trimestre de 2018

CONCEPTO DE NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
NEG	5.918	6.262	5.186	17.366	79,80%
NTR	1.594	1.569	1.234	4.397	20,20%
TOTAL	7.512	7.831	6.420	21.763	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS – Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presenta un comparativo entre periodos, tomando los datos que se tiene de cada periodo: entre el II trimestre de 2017 y el II trimestre de 2018, el análisis evidencia un incremento del 68,08% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG**; con relación al I trimestre de 2018 y II trimestre de 2018, el incremento fue del 17,12% % (ver tabla No.9).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** entre el II trimestre de 2017 y el II trimestre de 2018 se presenta una disminución del 25,98%; y para el periodo I trimestre de 2017 y II trimestre del 2018, se presentó un incremento del 5,49% (ver tabla No.9).

Tabla 9 . Comparativo entre periodos concepto de negación

II TRIMESTRE DE 2017				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	5.940	36,50%	10.332	63,50%
Total	5.940	36,50%	10.332	63,50%
I TRIMESTRE DE 2018				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	4.168	21,94%	14.827	78,06%
Total	4.168	21,94%	14.827	78,06%
II TRIMESTRE DE 2018				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	4.397	20,20%	17.366	79,80%
Total	4.397	20,20%	17.366	79,80%

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

3.2.5.1.1. Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)

A continuación, se presentan los conceptos que dan origen a la negación de los servicios médicos por las EPS, **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC (NTR)**:

La más representativas son: “5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)” correspondiente al 39,32% equivalente a 1.729 registros; en un segundo lugar se encuentra “7.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya” con un 25,27% equivalente a 1.111 registros y en tercer lugar “6 - servicio duplicado y/o ya tramitado (artículo 9 parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)” correspondiente al 13,01% equivalente a 572 registros (ver tabla 10).

Tabla 10. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) II trimestre de 2018

CAUSALES DE NEGACIÓN - NTR	TOTAL REGISTROS	% PART
1 - El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC	421	9,57%
2 - Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)	146	3,32%
3 - Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	179	4,07%
4 - Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	5	0,11%
5 - Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 título ii resolución 5395 de 2013)	1.729	39,32%
6 - Servicio duplicado y/o ya tramitado (artículo 9 parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	572	13,01%
7 - Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya	1.111	25,27%
8 - La cobertura de la póliza SOAt no ha sido agotada	234	5,32%
TOTAL	4.397	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presentarán las entidades que registraron negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), más significativas (ver tabla No.11).

Tabla 11. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto NTR más representativos- II trimestre de 2018

5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
EPSS41 - NUEVA EPS SA	537	523	451	1.511
ESS133 - COMPARTA	62		59	121

EPSS02 - SALUD TOTAL	27	32	27	86
CCF027 - COMFAMILIAR NARIÑO		10	1	11
7. Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya				
EPSS41 - NUEVA EPS SA	422	398	290	1.110
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA			1	1
6 - Servicio duplicado y/o ya tramitado (artículo 9 parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)				
EPSS41 - NUEVA EPS SA	219	212	140	571
ESS133 - COMPARTA			1	1

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presenta la EPS que reportó el registro “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” (ver tabla No.12).

Tabla 12. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – II Trimestre de 2018

1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
EPSS41 - NUEVA EPS SA	165	163	93	421

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Como se informó anteriormente, este Ministerio dispone por medio del SFTP a la Superintendencia Nacional de Salud y Defensoría del Pueblo estos tipos de registros para su conocimiento y fines pertinentes según sus competencias.

Resulta incierto atribuir alguna responsabilidad a las EPS de negación ilegítima de un servicio o negación del servicio, hasta que no se tenga la certeza de que el servicio o tecnología en salud incluida dentro del plan de beneficios no se preste

3.2.5.1.2. MOTIVO DE NEGACIÓN POR EL CTC (NEG)

A continuación, se presentan los casos que fueron sometidos a Comité Técnico Científico.

En el II trimestre de 2018 de las 17.366 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), las causas más significativa de negación fueron: “5 - No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante” con el 36,34% equivalente a 6.310 registros; “9 - Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 título II resolución 5395 de 2013)” con el 12,33% equivalente a 2.141 registros y “4 - La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas PB” con el 12,27% correspondiente a 2.130 registros (ver tabla No.13).

Tabla 13. Motivos de negación por el CTC (NEG) II trimestre de 2018

CAUSALES DE NEGACIÓN - NEG	TOTAL REGISTROS	% PART
1 - El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios	349	2,01%

2 - Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)	1.140	6,56%
3 - No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el pos por el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país	1.316	7,58%
4 - La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas pos	2.130	12,27%
5 - No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	6.310	36,34%
6 - No existe riesgo inminente para la vida del paciente	1.036	5,97%
7 - El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.	685	3,94%
8 - Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	134	0,77%
9 - Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 título II resolución 5395 de 2013).	2.141	12,33%
10 - Servicio duplicado y/o ya tramitado (artículo 9 parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	1.209	6,96%
11 - Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya	913	5,26%
12 - La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	3	0,02%
TOTAL	17.366	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presentan las entidades que registraron negaciones de servicios por NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC**) más significativas (ver tabla No.14).

Tabla 14. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - II trimestre de 2018

5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	35	23	22	80
CCF053 - COMFACUNDI	10		20	30
CCF055 - CAJACOPI		1	11	12
EPS025 - CAPRESOCA	1	2		3
EPSI03 - AIC-EPSI-I	15	15	5	35

EPSI05 - MALLAMAS	4	12	7	23
EPSS10 - SURA EPS			2	2
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	137	160	116	413
EPSS34 - CAPITAL SALUD	12	14	18	44
EPSS40 - SAVIA	63	75	56	194
EPSS41 - NUEVA EPS SA	2	14	6	22
ESS002 - EMDISALUD		67	34	101
ESS062 - ASMET SALUD	25	9	18	52
ESS076 - AMBUQ	1	11		12
ESS118 - EMSSANAR E.S.S.	48	48	33	129
ESS133 - COMPARTA	131		5	136
ESS207 - MUTUAL SER	1.078	2.485	1.459	5.022
9 - Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 título II resolución 5395 de 2013)				
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	21			21
CCF053 - COMFACUNDI	50		33	83
CCF055 - CAJACOPI	14	1	35	50
EPS001 - ALIANSALUD			1	1
EPS005 - SANITAS		14		14
EPSI03 - AIC-EPSI-I		2	4	6
EPSI06 - PIJAOSALUD EPSI		1		1
EPSS02 - SALUD TOTAL		2		2
EPSS05 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA	25			25
EPSS10 - SURA EPS	97	84	87	268
EPSS12 - COMFENALCO VALLE EPS			1	1
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	2	1	2	5
EPSS34 - CAPITAL SALUD	6	2	12	20
EPSS40 - SAVIA	101	74	106	281
EPSS41 - NUEVA EPS SA			1	1
ESS062 - ASMET SALUD		2		2
ESS091 - ECOOPSOS	1			1
ESS118 - EMSSANAR E.S.S.		1		1
ESS133 - COMPARTA	11		279	290
ESS207 - MUTUAL SER	787		281	1.068
4 - La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas PB				
CCF023 - COMFAGUAJIRA	18			18
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	40	132	56	228
CCF053 - COMFACUNDI	128		76	204

CCF055 - CAJACOPI	85	112	129	326
EPS005 - SANITAS		2	32	34
EPS025 - CAPRESOCA	2	8	12	22
EPSI03 - AIC-EPSI-I	4	1	1	6
EPSI05 - MALLAMAS	1	15	14	30
EPSS02 - SALUD TOTAL	65	117	199	381
EPSS10 - SURA EPS	3	1	2	6
EPSS34 - CAPITAL SALUD	4	7	4	15
EPSS40 - SAVIA	23	24	60	107
EPSS41 - NUEVA EPS SA			4	4
ESS062 - ASMET SALUD	26	20	1	47
ESS076 - AMBUQ	2			2
ESS118 - EMSSANAR E.S.S.	15	6	1	22
ESS133 - COMPARTA	392		122	514
ESS207 - MUTUAL SER	115	34	15	164

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

A continuación se presentan la EPS que reportaron el registro “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” (ver tabla No.15).

Tabla 15. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NEG – II Trimestre de 2018

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL GENERAL
CCF015 - COMFACOR	35	26	17	78
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	21	8	23	52
CCF053 - COMFACUNDI	3			3
CCF055 - CAJACOPI	9	4	5	18
EPS025 - CAPRESOCA	9	28	16	53
EPSI05 - MALLAMAS	5			5
EPSS12 - COMFENALCO VALLE EPS			2	2
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	2	5	1	8
EPSS40 - SAVIA	55	50	24	129
ESS091 - ECOOPSOS	1			1

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria Resolución 1486 de 2018, las entidades que reportan la causal de negación: “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, deben diligenciar el tipo registro 3 del Anexo Técnico No. 1 el cual señala: “REGISTRO TIPO 3 – REGISTRO DE DETALLE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL PLAN DE BENEFICIO ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE A SUS USUARIOS Y NEGADOS POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O POR EL CTC BAJO LA CAUSA “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan

de Beneficios con cargo a la UPC” EN LOS CONCEPTOS DE NEGACIÓN NTR (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC) Y NEG (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC)”.

Como se informó anteriormente, este Ministerio dispone por medio del SFTP a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo el tipo de registro 3 del Anexo Técnico No. 1 para su conocimiento y fines pertinentes según sus competencias.

En la siguiente tabla se podrá evidenciar el resultado de los registros tipo 3 de las negaciones registradas por las EPS con la causal “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, remitidas en el II trimestre de 2018, donde se detalla: la fecha de solicitud del servicio, número de servicios prestados al usuario, número de no prestaciones y causa de la no prestación; los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECCausa NoEntrega en la web.sispro.gov.co (ver tabla No.16).

Tabla 16. Entidad que reporta “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”, bajo el concepto NEG – II Trimestre de 2018

AÑO	MES	ADMINISTRADORA	CAUSA DE NO PRESTACION		SI PRESTO EL SERVICIO	TOTAL
			7 - NO FUE POSIBLE CONTACTAR AL PACIENTE	10 - NO SE HAN AGOTADO LOS TOPES O SU PRESCRIPCIÓN CORRESPONDE A LOS CONDICIONAMIENTOS DE COBERTURA DEL PBS		
2017	Noviembre	EPSS40 - SAVIA			1	1
2018	Enero	EPSS40 - SAVIA			1	1
	Febrero	EPSS40 - SAVIA	1		2	3
	Marzo	EPSS40 - SAVIA	8		5	13
		EPSS41 - NUEVA EPS SA			158	158
	Abril	CCF055 - CAJACOPI			10	10
		EPSS40 - SAVIA	18		26	44
		EPSS41 - NUEVA EPS SA			133	133
	Mayo	CCF055 - CAJACOPI			3	3
		EPSI01 - DUSAKAWI E.P.S.I.		3		3
		EPSS40 - SAVIA	22		21	43
		EPSS41 - NUEVA EPS SA			68	68
	Junio	CCF055 - CAJACOPI			5	5
		EPSI01 - DUSAKAWI E.P.S.I.		1		1
		EPSS40 - SAVIA	10		14	24
TOTAL			59	4	447	510

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación, se presentan el total de personas únicas por las causales de negación NEG y NTR bajo la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el II trimestre del año 2018 (ver tabla No.17).

Tabla 17. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico, por los conceptos NEG y NTR

DIAGNOSTICO	Concepto Negación Servicio Número de Personas	
	NEG	NTR

C01 - Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	252	63
C02 - Tumores	540	217
C03 - Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	93	26
C04 - Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2.329	406
C05 - Trastornos mentales y del comportamiento	802	301
C06 - Enfermedades del sistema nervioso	867	240
C07 - Enfermedades del ojo y sus anexos	2.094	323
C08 - Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	81	30
C09 - Enfermedades del sistema circulatorio	1.317	409
C10 - Enfermedades del sistema respiratorio	910	243
C11 - Enfermedades del sistema digestivo	383	136
C12 - Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	385	70
C13 - Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.610	244
C14 - Enfermedad del sistema genitourinario	930	212
C15 - Embarazo, parto y puerperio	67	50
C16 - Ciertas afecciones originales en el periodo perinatal	110	37
C17 - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	164	31
C18 - Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.028	235
C19 - Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas	297	123
C20 - Causas externas de morbilidad y de mortalidad	22	12
C21 - Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	329	111
TOTAL	13.997	3.356

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS EPS

A continuación, se presenta el total de registros validados exitosamente por cada una de las Entidades Promotoras de Salud, para el II trimestre de 2018, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo abril de 2018

ENTIDAD	REGISTROS	AFILIADOS	TASA ABRIL x10k
AIC	42	469.586	0,89%
Ambuq	22	814.808	0,27%
Asmet Salud	195	1.870.331	1,04%

Cajacopi	157	820.072	1,91%
Capitalsalud	36	1.124.770	0,32%
Capresoca	51	168.626	3,02%
Comfacor	35	546.810	0,64%
Comfacundi	209	116.399	17,96%
Comfaguajira	19	218.125	0,87%
Comfamiliar Huila	214	558.759	3,83%
Comfaoriente	5	118.921	0,42%
Comfenalco Valle	2	8.943	2,24%
Comparta	678	1.687.058	4,02%
Coomeva	146	168.850	8,65%
Ecoopsos	24	294.135	0,82%
Emssanar-Subsidiado	385	1.833.310	2,10%
Famisanar	2	113.056	0,18%
Mallamas	13	307.504	0,42%
Medimas	88	1.432.516	0,61%
Mutual Ser	2943	1.500.145	19,62%
Nueva EPS	1640	1.252.643	13,09%
S.O.S	2	50.481	0,40%
Salud Total - Subsidiado	113	132.730	8,51%
Sanitas	32	26.348	12,15%
Savia	550	1.610.043	3,42%
Sura EPS	126	92.722	13,59%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

Tabla 19. Total de registros remitidos por Entidad - periodo mayo de 2018

ENTIDAD	REGISTROS	AFILIADOS	TASA MAYO x10k
AIC	26	469.727	0,55%
Ambuq	25	810.702	0,31%
Asmet Salud	286	1.867.005	1,53%
Cajacopi	147	840.317	1,75%
Capitalsalud	83	1.118.059	0,74%
Capresoca	58	171.044	3,39%
Comfacor	26	546.271	0,48%
Comfacundi	269	116.949	23,00%
Comfaguajira	11	218.688	0,50%
Comfamiliar de Nariño	10	175.785	0,57%

Comfamiliar Huila	332	557.296	5,96%
Comfaorient	2	120.207	0,17%
Comfenalco Valle	2	9.272	2,16%
Comparta	630	1.688.048	3,73%
Compensar	92	23.655	38,89%
Coomeva	170	170.132	9,99%
Coosalud	288	1.935.525	1,49%
Dusakawi	6	204.629	0,29%
Ecoopsos	37	295.080	1,25%
Emdisalud	92	453.897	2,03%
Emssanar-Subsidiado	416	1.826.463	2,28%
Famisanar	1	116.576	0,09%
Mallamas	27	306.474	0,88%
Medimas	80	1.427.012	0,56%
Mutual Ser	3718	1.495.352	24,86%
Nueva EPS	1622	1.268.473	12,79%
Pijaos Salud	2	82.725	0,24%
S.O.S	3	53.540	0,56%
Salud Total - Subsidiado	178	136.665	13,02%
Saludvida - Subsidiado	221	1.134.036	1,95%
Sanitas	28	27.215	10,29%
Savia	537	1.609.141	3,34%
Sura EPS	147	93.252	15,76%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

Tabla 20. Total de registros remitidos por Entidad - periodo junio de 2018

ENTIDAD	REGISTROS	AFILIADOS	TASA JUNIO x10k
AIC	20	469.250	0,43%
Aliansalud	3	243	123,46%
Ambuq	13	809.210	0,16%
Anas Wayuu	1	180.429	0,06%
Asmet Salud	274	1.860.906	1,47%
Cajacopi	233	843.050	2,76%
Capitalsalud	144	1.112.548	1,29%
Capresoca	53	170.294	3,11%
Comfacor	17	545.168	0,31%
Comfacundi	137	116.130	11,80%

Comfaguajira	26	217.766	1,19%
Comfamiliar de Nariño	1	175.471	0,06%
Comfamiliar Huila	211	557.334	3,79%
Comfaorient	3	120.414	0,25%
Comfasucre	10	116.526	0,86%
Comfenalco Valle	4	9.345	4,28%
Comparta	541	1.681.030	3,22%
Compensar	82	23.663	34,65%
Convida	60	525.059	1,14%
Coomeva	124	171.858	7,22%
Coosalud	283	1.933.931	1,46%
Dusakawi	2	205.946	0,10%
Ecoopsos	29	294.639	0,98%
Emdisalud	43	453.029	0,95%
Emssanar-Subsidiado	342	1.823.187	1,88%
Famisanar	1	119.684	0,08%
Mallamas	22	306.785	0,72%
Medimas	47	1.429.281	0,33%
Mutual Ser	2222	1.500.533	14,81%
Nueva EPS	1171	1.286.141	9,10%
Pijaos Salud	3	82.809	0,36%
S.O.S	2	55.933	0,36%
Salud Total - Subsidiado	254	138.115	18,39%
Saludvida - Subsidiado	285	1.130.303	2,52%
Sanitas	43	28.414	15,13%
Savia	482	1.604.408	3,00%
Sura EPS	120	94.800	12,66%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

3. ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL

Tomando en cuenta, de un lado, las dificultades detectadas por la Corte Constitucional, los órganos de control, los peritos voluntarios, los afiliados, y, de otro lado, las reformas técnicas y jurídicas que viene implementando el Ministerio de Salud y Protección Social con el ánimo de superar los retos del Sistema de Salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se pretende mejorar la operación en el cumplimiento material del contenido de la Orden décimo novena mediante un sistema de monitoreo en la garantía en el acceso oportuno y eficiente a las tecnologías en salud.

Por lo anterior, este Ministerio en su Resolución 2064 de 2017, incluye a las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital con la finalidad de ser responsables del reporte del Anexo Técnico No.2, el cual

señala “Reporte de información y detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios y aprobados por el Comité Técnico Científico – CTC”.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la información suministrada por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital de la información del Anexo Técnico No. 2:

Una vez verificada la información remitida por las Entidades Territoriales, correspondientes a los meses de abril, mayo y junio de 2018, los resultados son los siguientes (ver tabla No.21):

Tabla 21. Consolidado Entidades reportantes II trimestre 2018

Enero de 2018			Febrero de 2018			Marzo de 2018		
Núm. de ET	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de ET	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de ET	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
37	24	65%	37	27	73%	37	27	73%

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En la siguiente tabla se muestran las entidades territoriales del orden departamental y distrital que no presentaron información correspondiente al II trimestre de 2018 en el marco de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria Resolución 1486 de 2018, se informó a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye.

Tabla 22. Entidades no reportantes en el II trimestre 2018

ENTIDAD	MESES NO REPORTE
AMAZONAS	Abril, Mayo y Junio
BARRANQUILLA	Abril y Junio
BUENAVENTURA	Abril, Mayo y Junio
CARTAGENA	Abril, Mayo y Junio
CASANARE	Abril
CHOCO	Abril, Mayo y Junio
CUNDINAMARCA	Mayo
GUAVIARE	Abril, Mayo y Junio
HUILA	Abril
NORTE DE SANTANDER	Abril
QUINDIO	Abril
META	Mayo
SAN ANDRES	Mayo
SANTA MARTA	Abril, Mayo y Junio
SANTANDER	Abril, Mayo y Junio
VAUPES	Abril y Junio
VICHADA	Abril y Junio

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En aras de realizar un seguimiento oportuno y veraz a la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y asegurar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información, se estableció mediante Resolución 2064 de 2017 el reporte de información y detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios y aprobados por el Comité Técnico Científico – CTC., señalando en el Parágrafo del artículo 1: *“Las entidades territoriales que estén implementando el aplicativo MIPRES No PBS, deberán en todo caso dar cumplimiento a las disposiciones de que trata el presente acto administrativo”*.

De igual modo, el artículo 4 de la citada resolución, establece: *“Las Entidades Promotoras de Salud – EPS que operen el Régimen Subsidiado y las entidades territoriales, deberán reportar la información correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes, conforme lo dispone cada anexo. Cumplido el citado plazo sin que se allegue la información, se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud la novedad, para lo de su competencia”*.

Algunas Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital manifestaron que los tiempos previstos en dicho acto resultan insuficientes para la recolección y verificación de la información remitida por las EPS o IPS al igual que los ajustes de la información después de las validaciones realizadas por PISIS.

La Dirección de Regulación de la Operación de Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, emitió los comunicados 201731001888791 y 201731001648621 mediante los cuales se realizan precisiones en relación con las validaciones de los anexos técnicos.

Teniendo en cuenta la inoportunidad por parte de las entidades territoriales para el cumplimiento de la Resolución 2064 de 2017, se expide la Resolución 1486 de 2018, la cual modifica los artículos 4º y 5º de la resolución 2064 de 2017, donde se amplían los tiempo de entrega, quedando los primeros quince (15) calendarios para las EPS y los primeros veinticinco (25) días calendarios para las Entidades Territoriales de orden departamental y distrital (ver Anexo No.2).

Bajo comunicado 201831000495121, se le informa a las EPS y ET, como deberán remitir la información correspondiente al Parágrafo transitorio del Artículo 1 de la Resolución 1486 de 2018, dicho comunicado se remite por correo electrónico a las entidades y publicado en la web.sispro.gov.co/anexo técnicos/REC Servicios Negados/20180430-COMUNICADO ET_EPS.pdf, también se publicó en el siguiente link <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/sentencia-760-.aspx>.

En la siguiente tabla, se presenta el total de registros enviados y validados exitosamente en el II trimestre de 2018, donde se puede observar que el 68,08% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del Anexo Técnico No.2 de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria Resolución 1486 de 2018 (ver tabla No. 23).

Tabla 23. Número de Registros reportados por las ET en el I trimestre de 2018

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Abril	28.788	20.259	70,37%
Mayo	44.493	25.111	56,44%
Junio	28.503	23.928	83,95%

TOTALES	101.784	69.298	68,08%
----------------	---------	--------	---------------

Fuente: Información remitida por las ET – Cálculos: DROASRLP

Como se comentó al inicio de este informe, a la información remitida por las entidades se les aplica dos validaciones: la primera es una validación de estructura y la segunda de contenido de la información, esto con el fin de que la entidades remitan información de calidad, adicionalmente, como se ha indicado a la Honorable Corte Constitucional, la información se carga por bloque, eso significa que todos los registros deben pasar satisfactoriamente las dos validaciones y se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez las dos validaciones sean exitosas, esto con el fin que las entidades remitan información de calidad y no solo por cumplir con un reporte .

Cuando se realizan las dos validaciones por medio de la plataforma PISIS, se le informa a cada una de las entidades cuales registros no cumple con lo solicitado en el anexo técnicos de la resolución, para que procedan a corregir las inconsistencias reportadas, cabe mencionar que al ampliar el plazo para el envío de la información bajo la Resolución 1486 de 2018, uno de los fines era que las entidades tuvieran más tiempo para corregir las inconsistencias en el diligenciamiento del anexo técnico No.2.

En la siguiente tabla, se presentan las entidades territoriales que no realizaron las respectivas correcciones informadas por la plataforma PISIS por medio del correo electrónico debidamente inscripto por cada entidad en PISIS, cabe anotar que el resultado de cada una de las validaciones es remitido a la entidad al correo electrónico, adicionalmente, cada entidad puede realizar la consulta en la web.sispro.gov.co / estado de los archivos enviados.

Tabla 24 Entidades que no realizaron correcciones – II trimestre de 2018

ENTIDAD	MESES NO REALIZARON CORRECCIÓN
ATLÁNTICO	Abril, Mayo y Junio
BOLÍVAR	Abril, Mayo y Junio
CESAR	Abril, Mayo y Junio
CÓRDOBA	Mayo y Junio
CUNDINAMARCA	Abril y Junio
GUAINÍA	Abril
HUILA	Mayo y Junio
META	Abril y Junio
NARIÑO	Mayo
NORTE DE SANTANDER	Mayo
PUTUMAYO	Junio
SAN ANDRÉS	Junio
SUCRE	Mayo y Junio
VALLE DEL CAUCA	Abril, Mayo y Junio
VICHADA	Mayo

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

La variación en los registros enviados entre el III trimestre de 2017 y el II trimestre de 2018 presenta un incremento del 22,94% y la variación en los registrados validados exitosamente un aumento del 313,28% (ver tabla No.25).

Tabla 25. Total de registros remitidos por las ET

PERIODO	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
III trimestre de 2017	82.790	16.768	20,25%
IV trimestre de 2017	78.515	54.143	68,96%
I trimestre de 2018	95.866	61.065	63,70%
II trimestre de 2018	101.784	69.298	68,08%

Fuente: Información remitida por las ET – Cálculos: DROASRLP

En el Anexo No.1 que se adjunta al presente informe, se presenta el estado de cada uno de los archivos remitos por las Entidades Territoriales en el II trimestre de 2018.

4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A continuación se identifican los Servicios Médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico y suministrados en el marco del Anexo Técnico No.2 de la Resolución 2064 de 2017 y su modificatoria:

- Municipio donde se suministró o garantizó el servicio: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les suministro o garantizó el servicio.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les suministro o garantizó el servicio.
- Ámbito de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en web.sispro.gov.co
- Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado: Medicamentos, Procedimientos, Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Productos Nutricionales, Servicios Específicos y Servicios no financiados con recursos de salud, los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECTipoServicio en web.sispro.gov.co
- Causa de no entrega: se presenta las causas de no entrega del servicio o garantía del suministro. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co
- Servicio según diagnóstico. Se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario.

4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA

En la tabla No. 26 se presenta el número de personas relacionadas con el número de registro validados exitosamente en cada departamento, siendo Bogotá con el mayor número de concentración de personas con un 42,95%; en segundo lugar Antioquia con el 12,53% y en tercer lugar Atlántico con el 8,36%.

Tabla 26. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el II trimestre de 2018

Departamento	Número de Registros	Número de Personas
11 - Bogotá, D.C.	32.850	17.810
05 - Antioquia	8.717	5.196
19 - Cauca	5.040	2.907
08 - Atlántico	4.035	3.467
17 - Caldas	3.158	2.311
66 - Risaralda	2.815	2.016
18 - Caquetá	2.002	1.451
52 - Nariño	1.800	1.022
76 - Valle del Cauca	1.646	705
85 - Casanare	1.536	926
47 - Magdalena	1.056	751
25 - Cundinamarca	969	480
63 - Quindío	691	526
68 - Santander	515	386
54 - Norte de Santander	498	407
70 - Sucre	477	405
15 - Boyacá	449	334
73 - Tolima	421	327
41 - Huila	238	132
94 - Guainía	205	151
86 - Putumayo	59	45
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	42	39
23 - Córdoba	30	20
20 - Cesar	17	14
13 - Bolívar	14	11
50 - Meta	9	7
95 - Guaviare	7	6
44 - La Guajira	2	2

TOTAL	69.298	41.468
--------------	---------------	---------------

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

4.1.2. ÁMBITO DE ATENCIÓN

Los registros en lo correspondiente a modalidad de atención son: Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECAmbitoAtencion en la web.sispro.gov.

Como se observa en la siguiente tabla, la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio correspondiente al II trimestre de 2018 fue la modalidad Ambulatorio No Priorizado con el 50,17%, en segundo lugar la modalidad Hospitalario Internación con el 23,02% y de tercer lugar Ambulatorio Priorizado con el 18,09% (ver tabla No.27).

Tabla 27 Modalidad de Atención - II trimestre de 2018

ÁMBITO DE ATENCIÓN	Número de Registros	% PART	Número de Personas
1 - AMBULATORIO NO PRIORIZADO	34.765	50,17%	21.058
2 - AMBULATORIO PRIORIZADO	12.533	18,09%	9.719
3 - HOSPITALARIO DOMICILIARIO	5.698	8,22%	3.113
4 - HOSPITALARIO INTERNACIÓN	15.953	23,02%	8.757
5 - URGENCIAS	349	0,50%	308
TOTAL	69.298	100,00%	41.468

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

4.1.3. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (D), Productos Nutricionales (N), Servicios Específicos (S) y Servicios no financiados con recursos de salud (C), los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECTipoServicio en la web.sispro.gov.co.

Como se observa en la siguiente tabla, la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio según tipo de servicio solicitado en el II Trimestre de 2018, correspondió a Medicamento con el 81,15% equivalente a 56.233 registros, le sigue Productos Nutricionales con el 9,03% equivalente a 6.255 registros y en tercer lugar Procedimientos con el 7,18% equivalente a 4.976 registros (ver tabla No.28).

Tabla 28. Tipo de servicio solicitado correspondiente al II trimestre de 2018

TIPO DE SERVICIO	Número de Registros	% PART	Número de Personas
M - MEDICAMENTOS	56.233	81,15%	33.887
N - PRODUCTOS NUTRICIONALES	6.255	9,03%	4.905
P - PROCEDIMIENTOS	4.976	7,18%	4.271
S - SERVICIOS ESPECÍFICOS	1.483	2,14%	1.342

C - SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	313	0,45%	250
D - DISPOSITIVO MÉDICO NO CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	38	0,05%	33
TOTAL	69.298	100,00%	41.468

Fuente: Con base en información remitida por EPS – Cálculos: DROASRLP

4.1.4. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – II TRIMESTRE DE 2018

A continuación se presenta el total de personas relacionadas con el diagnóstico principal mediante la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital, correspondientes al II trimestre del año 2018 (ver tabla No.29).

Tabla 29. Diagnóstico principal del usuario – II trimestre de 2018

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TOTAL PERSONAS
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	7.500
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	5.641
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5.144
C14 - ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4.175
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	4.109
C18 - SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	3.369
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	3.307
C02 - TUMORES	2.599
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	2.234
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2.066
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1.807
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.364
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	853
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	817
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	797
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	683
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	465
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	350
C17 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	287
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	167
C08 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	141

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

4. PARÁGRAFO TRANSITORIO RESOLUCIÓN 1486 DE 2018

La Resolución 1486 de 2018, Parágrafo transitorio, establece:

“Las entidades responsables del reporte de la información de que trata la presente resolución, que a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, hayan tenido dificultades en la remisión de la misma a este Ministerio, actualizarán por una única vez la información, reportándola en los términos previstos en el presente artículo y de conformidad con las instrucciones que para el efecto imparta la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones de este Ministerio”

Con relación al parágrafo transitorio, se cargaron 1.145 registros correspondiente al anexo técnico No. 1 “Reporte de servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud – EPS y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico - CTC y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico – CTC”, y 79.155 registros correspondiente al anexo técnico No. 2 “Servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico”.

En las siguientes tablas se presenta el total de registros en lo correspondiente a tipo de servicio desde la implementación de la Resolución 2064 de 2017 hasta junio de 2018, donde se incluye también la información que remitió cada una de las entidades correspondiente al parágrafo transitorio de la Resolución 1486 de 2018.

**Tabla 30. Tipo de Servicios – Registros de la ET correspondientes al periodo
1 de Julio de 2017 a Junio 30 de 2018**

TIPO DE SERVICIO	Número de Registros	% PART	Número de Personas
M – MEDICAMENTOS	226.443	80,75%	91.401
N - PRODUCTOS NUTRICIONALES	23.326	8,32%	13.515
P - PROCEDIMIENTOS	20.421	7,28%	14.901
S - SERVICIOS ESPECÍFICOS	5.084	1,81%	3.288
D - DISPOSITIVO MÉDICO NO CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	3.416	1,22%	696
C - SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	1.739	0,62%	1.181
TOTAL	280.429	100,00%	111.618

Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

**Tabla 31. Tipo de Servicios – Registros de la EPS correspondientes al periodo
1 de Julio de 2017 a Junio 30 de 2018**

TIPO DE SERVICIO	Número de Registros	% PART	Número de Personas
M - MEDICAMENTOS	43.412	60,54%	30.607
P - PROCEDIMIENTOS	7.680	10,71%	5.427
N - PRODUCTOS NUTRICIONALES	7.599	10,60%	5.935

S - SERVICIOS ESPECÍFICOS	6.904	9,63%	5.834
C - SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	5.643	7,87%	4.098
D - DISPOSITIVO MÉDICO NO CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	473	0,66%	255
TOTAL	71.711	100,00%	48.279

Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

5. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES)

La Sala especial de Seguimiento de la Corte Constitucional en evaluación al grado de cumplimiento de la orden décimo novena de la Sentencia T-760 de 2008, profiere el auto 411 de 2015 y ordena en el ordinal cuarto a este Ministerio adoptar las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones donde se rediseñen los lineamientos establecidos en la Resolución 1683 de 2015 y el control de las irregularidades tratadas en los numerales 10.2 a 10.9, 10.12 y 10.13 del auto.

Como se le ha informado a la Honorable Corte Constitucional, Defensoría del Pueblo, y Superintendencia Nacional de Salud, el nuevo proceso de acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC para los afiliados al Régimen Contributivo, es un avance en la garantía de acceso de la población, este incluye el desarrollo de un aplicativo en línea MIPRES dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de reportar todos los servicios que los profesionales de salud tratantes requieran para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de acuerdo con su autonomía, de tal manera que se disponga de información oportuna, dicho aplicativo fue adoptado mediante la Resolución 1328 de 2016, modificada por las Resoluciones 2158, 3951, 5884 de 2016 y la Resolución 532 de 2017, la cual fue sustituida por la Resolución 1885 de 2018 actualmente vigente.

La herramienta tecnológica descrita fundamenta su desarrollo en el Artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, ya que a través de ésta se tendrá información en tiempo real y permitirá la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, provengan de una orden de un profesional de la salud y por lo tanto que el direccionamiento por parte de la EPS para garantizar su acceso, su suministro y facturación serán coincidentes favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Por otra parte, como parte del avance en desarrollo de la Ley 1751 de 2015, el acto administrativo en mención, garantiza la autonomía profesional establecida en el Artículo 17 de la citada ley, ya que en el modelo propuesto desaparecen las autorizaciones de terceros, lo cual significa que siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, solo es necesaria la orden médica para que la EPS garantice el goce efectivo de la prescripción efectuada; no obstante lo anterior, es necesario mencionar que de conformidad con lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, aquellos servicios cuya finalidad principal sea cosmética o suntuaria y no esté relacionada con la recuperación o mantenimiento de la salud, sin evidencia científica ni uso autorizado en Colombia, así como aquellos que correspondan a tecnologías experimentales o que sean prestadas en el exterior, no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud.

Con la herramienta tecnológica MIPRES, se pretende reducir las barreras de acceso y analizar de manera excepcional aquellos servicios que la misma Ley Estatutaria ha indicado tienen una vía de financiación distinta a los recursos de salud, sin desconocer tal y como la Honorable Corte Constitucional lo ha expuesto en la Sentencia T-160 de 2014, que en el tema de servicios excluidos o excepcionales debe analizarse cada caso en particular.

Por último, la Resolución 1885 de 2018, la cual está vigente, tiene como objetivo el procurar una mejor utilización social de los recursos para así garantizar el derecho a la salud, toda vez que pone en manos de todos los actores del Sistema el compromiso de la utilización de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC, de conformidad con lo dispuesto en el literal k del Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. El nuevo sistema de información en línea es implementado por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), que le suministran a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

Por lo anterior, se puede concluir que con la implementación de MIPRES en el Régimen Contributivo, no existen negaciones, pero si podemos encontrar inoportunidad en la prestación del servicio en aquellos casos que se realiza la prescripción y no se entrega el suministro en los tiempos señalados en la Resolución 1885 de 2018.

Cabe mencionar que el 12 de Junio del año en curso, se expidió la Resolución 2438 de 2018, la cual implementa MIPRES para el Régimen Subsidiado; *“Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”*, dicha resolución establece un periodo de adaptación hasta el 1 de Enero de 2019.

A continuación se presenta los resultados sobre las prescripciones realizadas por las EPS y/o EOC, correspondiente al III Trimestre de 2018. Es importante mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene a disposición de la ciudadanía el siguiente link <http://sig.sispro.gov.co/mipres/> en el cual se pueden consultar la distribución geográfica de las prescripciones por tipo de tecnología

Tabla 32. Comportamiento MIPRES Régimen Contributivo III trimestre de 2018

COMPORTAMIENTO MENSUAL	Abril/18	Mayo/18	Junio/18
PRESCRIBIENDO EN MIPRES	Número	Número	Número
Departamentos	33	33	33
Municipios	326	335	330
EPS	39	39	39
IPS (Persona Jurídica)	1.554	1.572	1.572
IPS - Sedes	2.762	2.798	2.797
IPS - Profesional Independiente	1.290	1.289	1.219
IPS - Profesional Independiente sedes	1.315	1.311	1.237
Prescriptores	27.296	27.739	27.389
Pacientes	369.849	378.080	344.671
Prescripciones	457.393	468.844	425.853
INSCRITOS EN MIPRES	Número	Número	Número
EPS	39	39	39

IPS (Persona Jurídica)	26	33	18
IPS - Profesional Independiente	91	80	68
Profesionales de salud	965	947	767
SSO	64	37	15
Activados por las IPS	844	776	587
RED DE PRESTADORES ACTIVADA EN MIPRES POR LAS EPS	Número	Número	Número
IPS (Persona Jurídica)	125	544	109
IPS - Sedes	235	1.383	268
IPS - Profesional Independiente	70	68	32
IPS - Profesional Independiente Sedes	70	70	33
TECNOLOGÍAS REGISTRADAS	Número	Número	Número
Medicamentos	461.451	471.749	428.786
Procedimientos	42.585	43.725	39.051
Dispositivos Médicos	39	42	67
Productos Nutricionales	21.803	22.772	21.598
Servicios Complementarios	12.813	12.823	12.094

Fuente. MIPRES Corte Junio de 2018

Como se observa en la siguiente tabla, la mayor cantidad de prescripciones corresponde al Distrito Capital de Bogotá con el 29,79% equivalente a 402.738 prescripciones, le sigue el departamento de Antioquia con el 21,53% equivalente a 291.095 prescripciones y en tercer lugar el departamento de Valle del Cauca con el 13,61% equivalente a 184.029 registros (ver tabla No.33).

Tabla 33. Total de prescripciones por departamento correspondientes al III trimestre de 2018

DEPARTAMENTO	Abril/18	Mayo/18	Junio/18	Total	% PART
BOGOTÁ, D.C.	136.252	138.173	128.313	402.738	29,79%
ANTIOQUIA	98.975	101.113	91.007	291.095	21,53%
VALLE DEL CAUCA	62.741	63.558	57.730	184.029	13,61%
ATLÁNTICO	27.192	27.937	25.065	80.194	5,93%
SANTANDER	24.495	24.923	21.924	71.342	5,28%
CALDAS	14.044	14.166	12.977	41.187	3,05%
RISARALDA	11.328	11.764	10.672	33.764	2,50%
CUNDINAMARCA	9.992	10.897	10.320	31.209	2,31%
BOLÍVAR	9.729	10.470	9.227	29.426	2,18%
TOLIMA	8.680	8.825	7.477	24.982	1,85%
NORTE DE SANTANDER	5.864	6.131	5.746	17.741	1,31%
QUINDIO	5.605	5.890	5.307	16.802	1,24%
CESAR	4.993	6.197	5.454	16.644	1,23%
BOYACÁ	5.408	5.624	5.139	16.171	1,20%
CAUCA	5.098	5.234	4.614	14.946	1,11%
HUILA	5.000	5.195	4.643	14.838	1,10%
MAGDALENA	4.695	5.054	4.083	13.832	1,02%

NARIÑO	4.349	4.432	3.808	12.589	0,93%
CÓRDOBA	4.158	4.281	4.046	12.485	0,92%
META	2.886	3.121	2.710	8.717	0,64%
SUCRE	2.621	2.571	2.517	7.709	0,57%
LA GUAJIRA	1.126	1.220	1.170	3.516	0,26%
CASANARE	616	524	532	1.672	0,12%
CAQUETÁ	561	576	491	1.628	0,12%
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	354	274	249	877	0,06%
CHOCÓ	170	216	197	583	0,04%
ARAUCA	189	161	168	518	0,04%
PUTUMAYO	122	119	105	346	0,03%
AMAZONAS	71	68	56	195	0,01%
GUAVIARE	56	58	54	168	0,01%
GUAINÍA	15	34	41	90	0,01%
VAUPÉS	3	29	8	40	0,00%
VICHADA	5	9	3	17	0,00%
Total general	457.393	468.844	425.853	1.352.090	100,00%

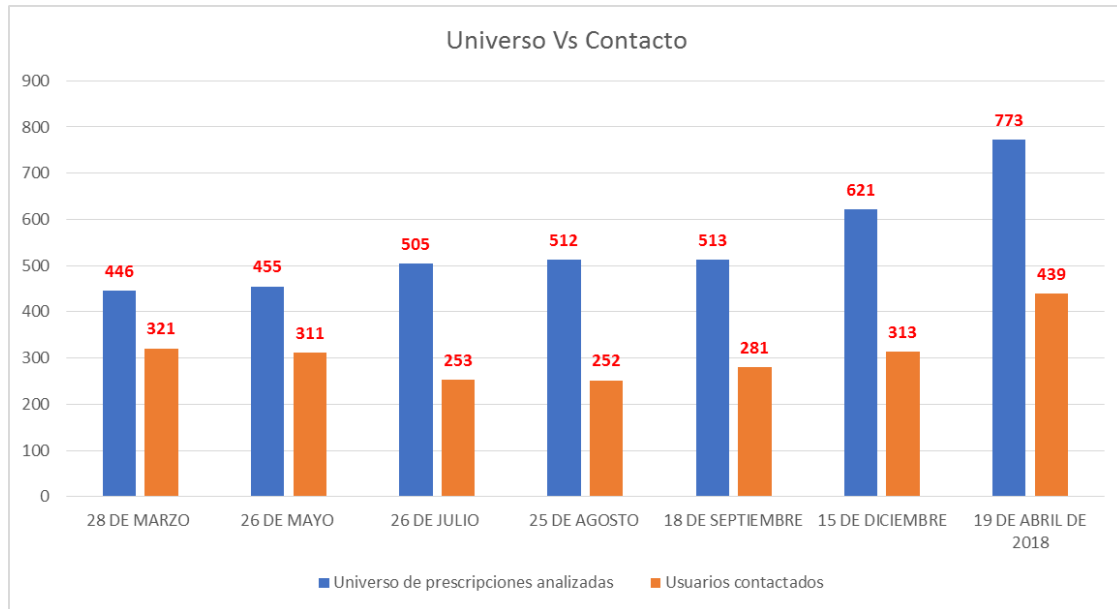
Fuente. MIPRES Corte Junio de 2018

Dada la importancia de conocer el estado del acceso a las tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios, este Ministerio y ADRES han realizado la encuesta denominada “Como va Mi prescripción – MIPRES”, con el objeto de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que han tenido prescripciones de medicamentos en el ámbito ambulatorio (prioritario y no Prioritario) no incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC, midiendo la contactabilidad, oportunidad, tiempo y completitud en la entrega de los medicamentos prescritos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) que los suministran, así como algunos problemas manifestados por los usuarios relacionados con el aplicativo y con la prescripción en general.

A la fecha se han realizado siete (7) encuestas, donde la primera se realizó el 28 de marzo de 2017, momento en el cual se culminaba la fase de adaptación de uso opcional del aplicativo MIPRES, por lo que las cifras de dicha encuesta únicamente se tomaron como parte de un ejercicio de retroalimentación con las EPS en las socializaciones realizadas por el Ministerio, para mostrar los problemas que señalaron los usuarios y las incidencias que se registraron con ejemplos de prescripciones; la segunda se realizó el 26 de mayo de 2017, la tercera el 26 de julio de 2017, la cuarta el 25 de agosto de 2017, la quinta el 18 de Septiembre de 2017, la sexta el 15 de diciembre de 2017 y la séptima el 19 de abril de 2018.

Para la séptima encuesta la muestra fue de 773 prescripciones correspondientes al mismo número de usuarios únicos. A estas personas se les contactó telefónicamente en todo el país el día 19 de abril de 2018 para aplicarles un cuestionario estructurado en entrevista telefónica. Dicho cuestionario incluía seis (6) preguntas cerradas y un campo de observaciones abierto, en el que los agentes telefónicos registraron las incidencias señaladas por los usuarios contactados, el total de usuarios contactados fue de 439 (ver Grafica No.2).

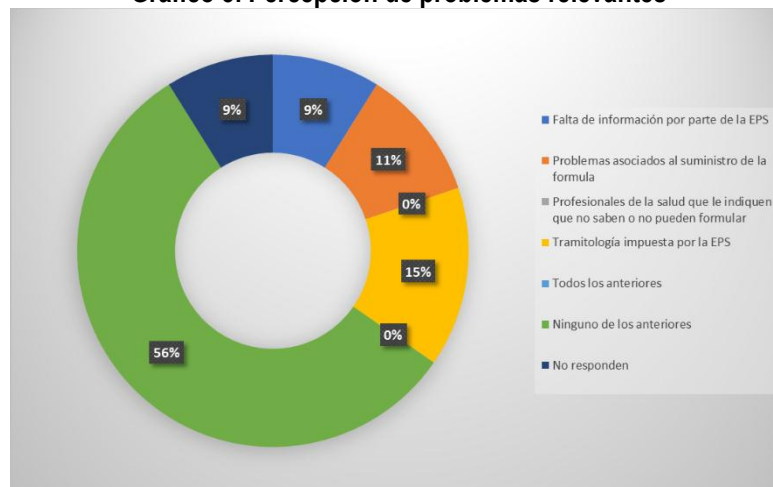
Gráfico 2. Numero de prescripciones analizadas sobre usuarios contactados



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

En la siguiente grafica se presenta el resultado de la séptima (7) encuesta sobre la percepción de problemas relevantes (ver Gráfico No. 3)

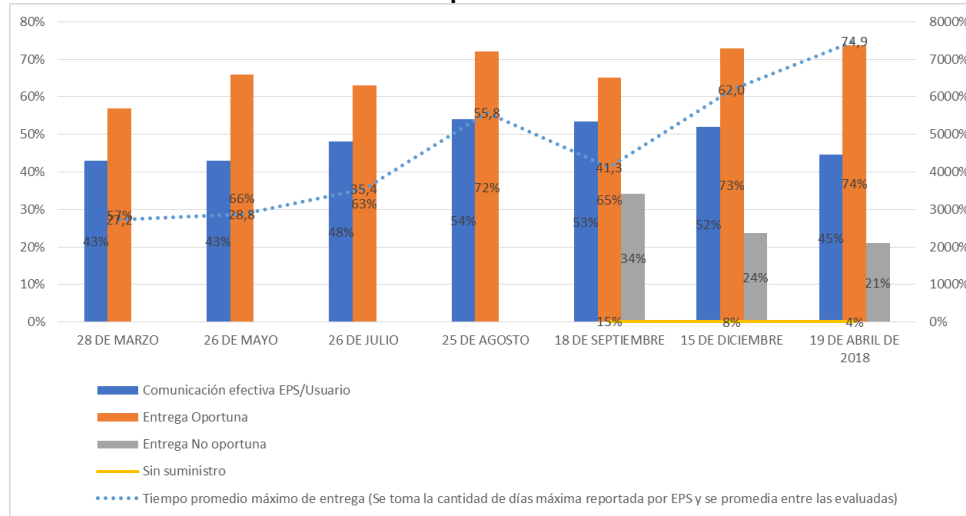
Gráfico 3. Percepción de problemas relevantes



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

En la siguiente grafica se presenta la percepción de los usuarios de MIPRES (ver Gráfico No.4)

Gráfico 4. Percepción Usuarios MIPRES



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

Como se observa en la gráfica anterior en la contactabilidad EPS/Usuario se presenta un incremento de 2 puntos entre la primera encuesta realizada el 28 de marzo de 2017 con la séptima encuestas realizada el 19 de abril de 2018, con relación a la entrega oportuna se presenta un incremento de 17 puntos, en el caso de entrega incompleta hay una disminución de 6 puntos entre la primera y séptima encuesta.

Tabla 34. Percepción Usuarios MIPRES

	ENCUESTAS MIPRES/ PERCEPCION DE SUMINISTRO EFECTIVO	28 DE MARZO	26 DE MAYO	26 DE JULIO	25 DE AGOSTO	18 DE SEPTIEMBRE	25 DE DICIEMBRE	19 DE ABRIL
CONTACTABILIDAD EPS/USUARIO	Comunicación efectiva EPS/Usuario	43%	43%	48%	54%	53%	52%	45%
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA	Entrega Oportuna	57%	66%	63%	72%	65%	73%	74%
COMPLETITUD DE LA ENTREGA	Entrega completa	64%	72%	70%	78%	63%	68%	71%
	Entrega incompleta	28%	28%	30%	22%	8%	10%	22%
	Sin suministro	8%	26%	20%	20%	15%	8%	4%
TIEMPO PROMEDIO MAX. DE ENTREGA	Tiempo promedio máximo de entrega (Se toma la cantidad de días máxima reportada por EPS y se promedia entre las evaluadas)	27,2	28,8	35,4	55,8	41,3	62	79,9
PERCEPCION DE PROBLEMAS RELEVANTES	FALTA DE INFORMACION POR PARTE DE LA EPS					13%	8%	2%
	PROBLEMAS ASOCIADOS AL SUMINISTRO DE LA FORMULA					13%	15%	3%

	PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LE INDIQUEN QUE NO SABEN O NO PUEDEN FORMULAR					5%	6%	0%
	TRAMITOLOGIA IMPUESTA POR LA EPS					19%	20%	3%
	TODOS LOS ANTERIORES					19%	17%	0%
	NINGUNO DE LOS ANTERIORES					26%	26%	13%
	NO RESPONDEN					5%	6%	2%

Fuente: Con base en información remitida por ADRES

CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

- La implementación de MIPRES elimina el trámite de autorización ante el Comité Técnico Científico, previendo unas mejores condiciones para el acceso a los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC en primera instancia para el régimen contributivo. Dado lo anterior, en este informe se presentó los resultados de la plataforma en el régimen contributivo correspondiente al II trimestre de 2018.
- El reporte de negaciones de servicios correspondiente al II trimestre de 2018 por parte de las EPS fue de 88%, mientras el reporte por parte de la Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital fue del 68%.
- La vía de negación de servicios correspondiente al II trimestre de 2018 más significativa con un 79,80% equivalente a 17.366 registros corresponde al concepto de negación NEG que obedece a la descripción: Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC y un 20,20% equivalente a 4.397 registros fueron negados con el concepto NTR que obedece a la descripción: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC
- La mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención Ambulatoria No priorizado, con una participación del 83,83% equivalente a 18.245 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria Internación con un 10,14% equivalentes a 2.207 registros y el restante correspondiente al 6,02% obedece a los demás ámbitos de atención con un total de 1.311 registros.
- De los 21.763 registros de negación de servicios médicos correspondientes al II trimestre de 2018, el 64,25% de las negaciones correspondieron a Medicamentos (M) lo cual equivale a 14.041 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría Procedimientos (P) con una participación del 10,10% correspondiente a 2.205 registros y en tercer lugar los Productos Nutricionales (N) con una participación de 10,10% equivalente a 2.197 registros