

Orden 19
Sentencia T-760 de 2008
Auto 411 de 2015
Informe II trimestre de 2017

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

Bogotá D.C., agosto de 2017

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	6
2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760.....	8
3. REMISIÓN DE INFORMACIÓN	11
4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	18
➤ TIPO DE RÉGIMEN.....	22
➤ MODALIDAD DE ATENCIÓN.....	23
➤ TIPO DE SERVICIO SOLICITADO.....	25
➤ CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	28
➤ MOTIVO PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC (NTR)	31
➤ MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)	35
NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	41
➤ TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES.....	42
5. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES)	46

TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes II trimestre 2017	12
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud	13
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el	15
Tabla 4. Total registros por entidad II trimestre de 2017	16
Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos	17
Tabla 6. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen II Trimestre de 2017	22
Tabla 7. Total de registros enviados y validados por régimen	23
Tabla 8. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo	23
Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado	24
Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al II trimestre de 2017	26
Tabla 11. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado	27
Tabla 12. Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo	29
Tabla 13. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado	30
Tabla 14. Comparativo entre periodos concepto de negación	30
Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) II trimestre de 2017 –	32
Tabla 16. Entidades que registraron negaciones de servicios por NTR más significativas - Régimen Contributivo II trimestre de 2017	32
Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) II trimestre de 2017 – Régimen Subsidiado	33
Tabla 18. Entidades que registraron negaciones de servicios por NTR más significativas - Régimen Subsidiado II trimestre de 2017	34
Tabla 19. Entidad que reporta “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”	35
Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo	36
Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado	37
Tabla 22. Entidades que registraron negaciones de servicios por NEG más significativas - II trimestre de 2017	38
Tabla 23. Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS”	40
Tabla 24. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo	41
Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado	42
Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo abril de 2017	43
Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad - periodo mayo de 2017	44
Tabla 28. Total de registros remitidos por Entidad - periodo junio de 2017	45
Tabla 29. Medicamentos más significativos MIPRES	48
Tabla 30. Muestra Encuesta “Como va Mi prescripción – MIPRES”	50

Tabla 31. Efectividad en la Comunicación para la entrega de medicamentos	50
Tabla 32. Oportunidad para la entrega de medicamentos	51
Tabla 33. Tiempo máximo de entrega de medicamentos	52
Tabla 34 Entrega completa de medicamentos.....	52
Tabla 35 Comunicación en caso de entrega incompleta o no entrega	53
Tabla 36. Encuesta telefónica/ como va mi prescripción – MIPRES.....	54

GRÁFICOS

Gráfico 1. Entidades reportantes del régimen subsidiado.....	14
Gráfico 2. Entidades reportantes del régimen contributivo	14
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el II trimestre de 2017.....	15
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente	18
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención - II trimestre de 2017	24
Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención - II trimestre de 2017	25
Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios	28
Gráfico 8. Vía de la Negación por trimestre comparativo.....	31
Gráfico 9. Prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES por tipo de servicios o tecnologías en salud	48

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 décima 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.

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”



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.

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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

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 siguiente 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.

Como se ha mencionado a la Honorable Corte Constitucional, el régimen contributivo es responsabilidad del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y el régimen subsidiado se encuentra en cabeza de las entidades territoriales certificadas en salud, esto es, distritos y departamentos de conformidad con la Ley 715 de 2011. En este sentido, la regulación de los procedimientos para el acceso a servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (Resoluciones 1328 de 2016 y 1479 de 2015), obedece al estudio de cada uno de los regímenes y de sus correspondientes fuentes de financiación.

En este marco, la resolución 1328 de 2016 aplica para la prescripción de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, del régimen contributivo y para el régimen subsidiado aplica la Resolución 1479 de 2015, la cual basa la garantía del suministro de los servicios y tecnologías en la autorización emitida por el Comité Técnico Científico, remitiéndose al Título II de la mencionada Resolución 5395, tal y como lo establece el artículo 5 de la Resolución 1479 de 2015:

“(…) Comités Técnico Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de la EPS, conformado de acuerdo a lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013, en el cual podrá participar un representante de la entidad territorial, con voz y sin voto en las decisiones. Esta participación se ejercerá sin perjuicio de la responsabilidad que tiene las entidades territoriales en los procesos de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro”.

De acuerdo con lo anterior y en aras de garantizar la continuidad del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado no fue derogado el Título II de la Resolución 5395 de 2013. No obstante lo anterior, es pertinente aclarar que las Entidades Territoriales pueden adoptar el procedimiento contenido en la Resolución 1328, de conformidad con la autonomía consagrada en el artículo 287 de la Constitución Política. En este marco MIPRES se implementó en primera instancia para el régimen contributivo pero a su vez el Ministerio sigue trabajando para la implementación en el régimen subsidiado siguiendo los lineamientos de la Honorable Corte Constitucional al respecto.

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 da una implementación del MIPRES en dicho régimen.

Sobre la calidad la información y en el marco de la resolución 1683 de 2015, el Ministerio realizó mesas de trabajo con las EPS y EOC sobre el reporte de información, particularmente la descripción de los campos, “Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)” y “Motivos de negación por el CTC (NEG)” y cuyo resultado permitió desagregar los campos “Otros Motivos” y “otros servicios”. La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones bajo comunicados 201631001853221 y 201631002184221 remitido a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), emite la modificatoria provisional del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 la cual se encuentra publicada en [web.sispro.gov.co/anexos técnicos – normas/REC Servicios Negados](http://web.sispro.gov.co/anexos_técnicos_normas/REC_Servicios_Negados), y comenzó a operar el día 1 de diciembre del 2016.

Sobre la actualización de la regulación, el Ministerio puso a disposición de la Corte Constitucional, los peritos voluntarios y el público en general la nueva propuesta del acto administrativo modificatorio de la resolución 1683 de 2015, el cual fue remitido bajo los siguientes radicados a las siguientes entidades y publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en proyectos actos administrativos:

ENTIDAD	RADICADO
CORTE CONSTITUCIONAL	201631002289221
ASOCAJAS	201631002088461
GESTARSALUD	201631002088451
ACEMI	201631002088441

El acto administrativo quedó en firme el día 12 de junio de 2017 bajo la Resolución 2064 de 2017, publicada en el Diario Oficial 50.263. Esta Dirección convocó a las EPS y Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital (Anexo 1) a la videoconferencia con el fin de capacitarlas sobre la implementación de la Resolución 2064 de 2017, el día 20 de junio de 2017 (Anexo 2).

A continuación, se presentará el análisis de la información remitida por las EPS/EOC correspondiente al II trimestre de 2017 que pasaron satisfactoriamente el 100% de las dos validaciones, en el marco de la Resolución 1683 de 2015 y los resultados obtenidos de MIPRES desde su implementación hasta junio de 2017.

3. REMISIÓN DE INFORMACIÓN

La Resolución 1683 de 2015 informa que las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán remitir la información del anexo técnico de dicha resolución por medio de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO.

Mediante Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.7.11 señala:

“...Para garantizar la prestación de los servicios de salud en la movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, las EPS del régimen contributivo, cuyo número de afiliados en movilidad supere el diez por ciento (10%) del total de sus afiliados, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007.

Las EPS habilitadas para operar el régimen subsidiado podrán administrar en el régimen contributivo, hasta el 10% del total de sus afiliados, con su actual habilitación, sin que se les exija el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las EPS del régimen contributivo.

No obstante, sobre este grupo de afiliados deberán cumplir con las reservas y el régimen de inversiones previsto para las EPS del régimen contributivo.

Las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados. En este evento y respecto de este grupo de afiliados, la EPS deberá aplicar y cumplir las condiciones financieras y de solvencia propias de este régimen”

Por lo anterior las entidades podrán presentar información de afiliados del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

El siguiente reporte corresponde a la información presentada en el marco de la Resolución 1683 de 2015 por las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) durante el segundo trimestre de 2017, que se relacionan en el Anexo 3.

Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de abril, mayo y junio de 2017, los resultados son los siguientes (véase la tabla No.1):

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes II trimestre 2017

Régimen	Abril de 2017			Mayo de 2017			Junio de 2017		
	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
Subsidiado	32	29	91%	32	31	97%	32	30	94%
Contributivo	16	15	94%	16	15	94%	16	14	88%

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

En el siguiente cuadro se enuncian las EPS y EOC que no presentaron información correspondiente al II trimestre de 2017 en el marco de la Resolución 1683 de 2015, vigente hasta el 31 de Julio de 2017 y derogada por la Resolución 2064 de 2017.

Se informa a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye:

ENTIDAD	MESES QUE NO REPORTO	RADICADO
Comfaguajira	Abril de 2017	201731001544031
Comfamiliar Cartagena		
Cruz Blanca		
Manexka		
Asmet Salud	Mayo de 2017	
Comfamiliar Cartagena		
Coosalud		
Ecoopsos		
Manexka		
Fondo de Pasivo		
Cafesalud - Contributivo	Junio de 2017	
Comfaboy - Contributivo		
Fondo de Pasivo		
Comfaboy		
Comfacundi		
Comfamiliar Cartagena		
Comparta		
Convida		
Ecoopsos		
Manexka		

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

A continuación, se presenta un breve análisis comparativo entre el trimestre antecedente y respecto del mismo periodo en el año anterior con relación a las entidades que reportaron información:

En el régimen subsidiado en el II trimestre de 2016 el 90,32% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el II trimestre del 2017 el 93,75% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que se presentó un incremento del 7,14% en el reporte (véase la tabla No.2).

Con relación al I trimestre de 2017 el 82,29% de las entidades del régimen subsidiado presentaron información, donde se puede observar un incremento del 13,92% con relación al II trimestre de 2017 (véase la tabla No.2).

En el régimen contributivo se puede observar un incremento del 0,07% en la presentación de la información por parte de las entidades entre el II trimestre de 2016 y II trimestre de 2017, al igual entre el I trimestre de 2017 y II trimestre de 2017 (véase la tabla No.2).

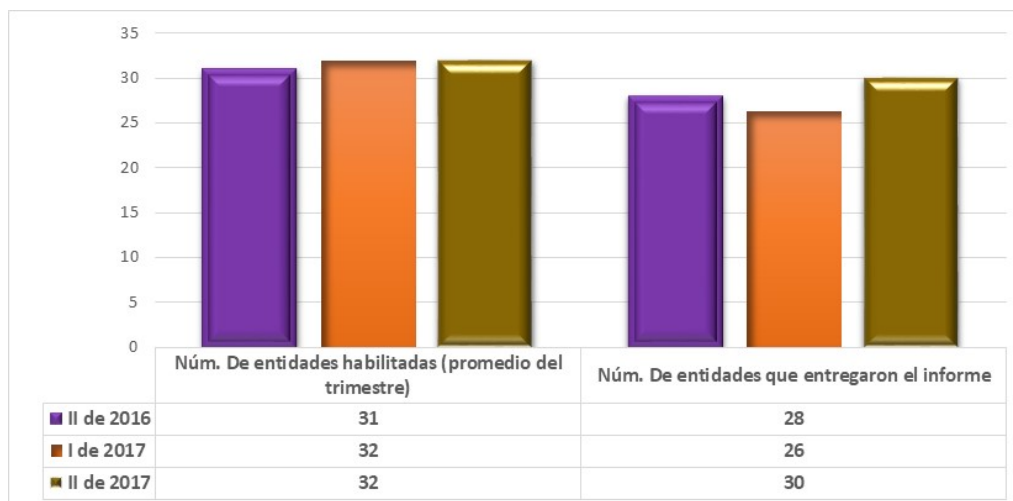
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud

Subsidiado				Contributivo			
Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	%Part	Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	%Part
II de 2016	31	28	90,32%	II de 2016	15	14	93,33%
I de 2017	32	26	82,29%	I de 2017	16	14	87,50%
II de 2017	32	30	93,75%	II de 2017	16	15	93,75%

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

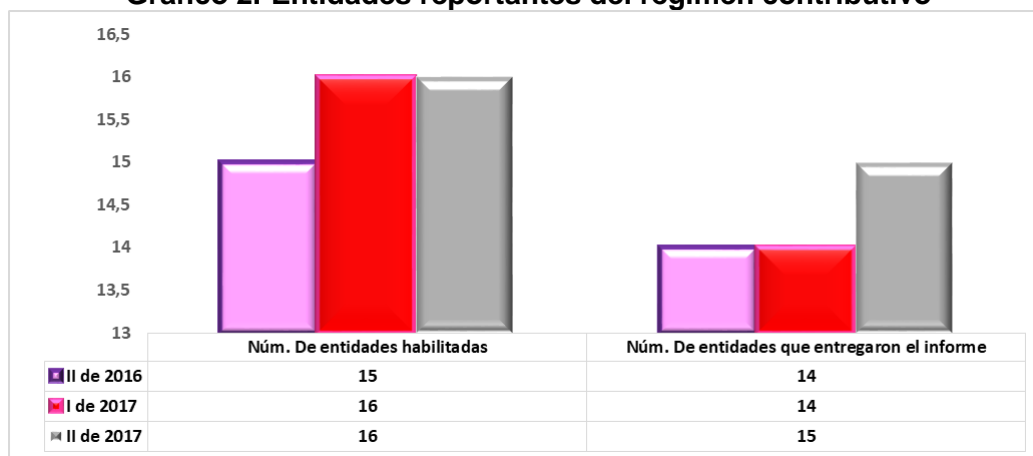
En los gráficos que se presentan a continuación se podrá ver la relación del análisis anteriormente expuesto:

Gráfico 1. Entidades reportantes del régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia del autor

Gráfico 2. Entidades reportantes del régimen contributivo



Fuente: Elaboración propia del autor

En la tabla No.3 se presenta el total de registros enviados por las EPS y el total registros validados exitosamente en el II trimestre de 2017, donde se puede observar que el 97,84% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del anexo técnico de la resolución 1683 de 2015 (véase tabla No. 3).

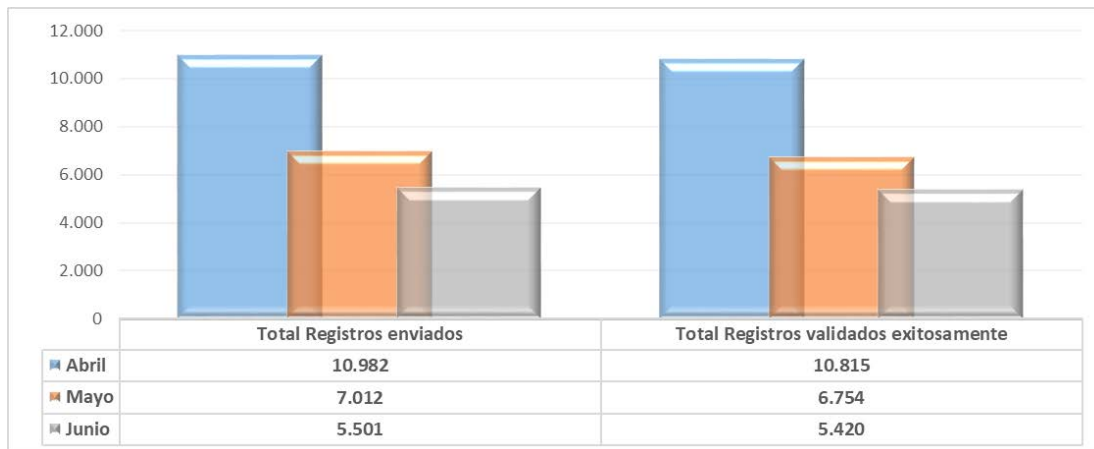
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el II trimestre de 2017

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Abril	10.982	10.815	98,48%
Mayo	7.012	6.754	96,32%
Junio	5.501	5.420	98,53%
TOTALES	23.495	22.989	97,84%

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

En el gráfico 3 se puede observar una disminución del 49,91% sobre los registros enviados entre el mes de abril y junio de 2017. Dicha disminución se presenta por la implementación del procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (MIPRES), establecido mediante la Resolución 532 de 2017 por la cual modifico la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016.

Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el II trimestre de 2017



Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación, se presenta el total de registros remitidos por las EPS en el II trimestre de 2017 (ver tabla No.4):

Tabla 4. Total registros por entidad II trimestre de 2017

ENTIDAD	REGISTOS ABRIL	REGISTOS MAYO	REGISTOS JUNIO
AIC	12	18	17
Aliansalud	80	37	19
Ambuq	5	3	2
Anas Wayuu	6	4	4
Asmet Salud	30		70
Cafesalud - Contributivo	21	16	
Cafesalud - Subsidiado	10	13	35
Cajacopi	206	183	161
Capitalsalud	39	45	42
Capresoca		86	44
Comfachoco	1	59	
Comfacor	868	977	811
Comfacundi	126	183	
Comfaguajira		10	16
Comfamiliar Huila	290	282	343
Comfaorient	9	18	13
Comfasucre	9	19	4
Comparta	562	559	
Compensar	1		
Convida	8	84	
Convida -Contributivo	1	2	
Coomeva	272	75	37
Coosalud	292		388
Dusakawi	2	7	20
Ecoopsos	30		
Emdisalud	23	59	33
Emssanar-Subsidiado	591	705	630
Famisanar-Contributivo	33	25	1
Mallamas	17	37	43
Mutual Ser	1.023	975	761
Nueva EPS	4.752	1.388	1.212
Pijaos Salud	17	5	5

ENTIDAD	REGISTOS ABRIL	REGISTOS MAYO	REGISTOS JUNIO
Salud Total - Contributivo	198	131	
Salud Total - Subsidiado	14	47	9
Saludvida - Contributivo	5	0	0
Saludvida - Subsidiado	190	253	216
Sanitas	621	37	27
Savia	479	575	401
SOS	7	3	4
Sura EPS	132	92	133
TOTAL	10.982	7.012	5.501

Fuente: Elaboración propia del autor

En la tabla No.5 se presentan las entidades que no realizaron las respectivas correcciones indicadas por la plataforma PISIS correspondiente a la segunda validación y por tal motivo no se tuvieron en cuenta para el análisis de la información del II trimestre de 2017, haciendo que el porcentaje de registros validados exitosamente disminuya contra el total de registros recibidos:

**Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos
II trimestre de 2017**

ENTIDAD	PERIODO
Capresoca	Abril de 2017
Comfacundi	
Comfasucre	
Convida	
Convida -Contributivo	
Emdisalud	
Comfachoco	Mayo de 2017
Comfasucre	
Convida	
Emdisalud	
Sanitas	
Capresoca	Junio de 2017
Comfasucre	
Emdisalud	

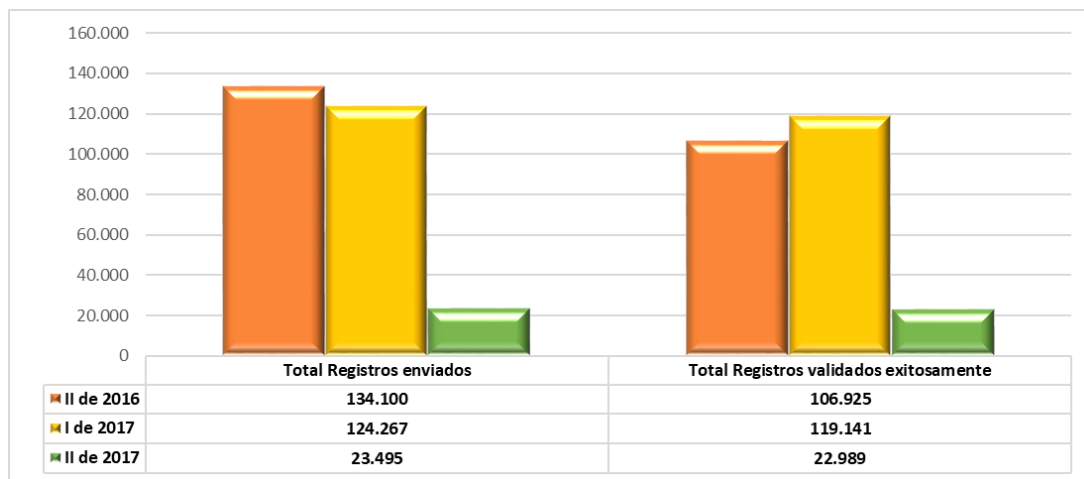
Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico No.4 se observa la variación de registros enviados entre el periodo II trimestre de 2016 y II trimestre de 2017 hubo una disminución del 82,48%, y la

variación entre el I trimestre de 2017 y el II trimestre de 2017 la disminución fue del 81,09%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo II trimestre de 2016 y II trimestre de 2017 la disminución fue del 78,50%, y la variación entre el I trimestre de 2017 y el II trimestre de 2017 la disminución fue 80,70%.

Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente



Elaboración propia del autor

Es importante mencionar que la disminución se debe a la implementación de la Resolución 3951 de 2016 la cual entró en vigencia el 1 de diciembre de 2016 y en el marco del plan de adaptación que las entidades debían adoptar, la implementación de MIPRES inició de manera gradual en esa fecha, para lo cual todas las EPS del régimen contributivo debían activar en la plataforma como mínimo una IPS de su red, para que con esta se iniciara el proceso de prescripción y reporte. La etapa de transición se estableció entre el 1º de diciembre de 2016 y el 1 de abril de 2017, período en el cual, todas las IPS, de manera progresivamente, debían ser activadas por las EPS en MIPRES y debían iniciar la prescripción de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC; la fecha de activación de cada entidad, se debía realizar de acuerdo con la adecuación tecnológica, operativa y administrativa requerida.

4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez presentado el total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondientes al II trimestre de 2017 distribuidas por las diferentes EOC y EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, a continuación se identifican las negaciones de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS por los diferentes registros a saber en el marco del anexo técnico de la resolución 1683 de 2015:

i) Tipo de régimen: se presenta el total de registros de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS remitidos por cada una de las EPS y EOC. En el marco del Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.7.11, las EPS están autorizadas para administrar simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado. En el marco de la Resolución 1683 de 2015 las entidades se identifican con su número de NIT, entidades del régimen subsidiado pueden remitir registros de usuarios donde su tipo de régimen es contributivo y viceversa, entidades del régimen contributivo pueden remitir registros de afiliados donde tu tipo de régimen es contributivo. Por lo anterior se puede presentar el caso de que aparezcan más registros validados que remitidos.

ii) Modalidad de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Urgencias, Ambulatorio, Hospitalario o Domiciliario.

iii) Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado; medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos médicos, actividades y otros servicios información para el mes de octubre, para el caso de los meses de noviembre y diciembre se desagrega otros servicios por las opciones 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

iv) 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.

Con relación a la variable “F: Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud” en el II trimestre de 2017 no se registró ningún caso por parte de las EPS/EOC. Donde se puede concluir que, aunque la variable todavía se ve reflejada en el acto administrativo las entidades están aplicando el concepto de movilidad.

En el marco del Auto 411 de 2015 este Ministerio ha solicitado a las entidades indiquen si prestaron el servicio registrado como “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” bajo la causal NTR y “M: El servicio solicitado es cobertura del POS” bajo la causal NEG, en caso de la no prestación señalen la causa por que negaron un servicio que está cubierto en el plan de beneficios.

Este Ministerio ha puesto a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud en el FTP los archivos planos remitidos por las EPS y EOC. Donde los archivos planos contienen la identificación de los afiliados y el motivo de la negación.

En cumplimiento de lo determinado por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 411 de 2015, este Ministerio le ha informado a la Superintendencia Nacional de Salud, cuales entidades reportan negaciones con el ítem “El servicio solicitado es cobertura del POS” y le ha dispuesto en el FTP los archivos en Excel remitidos por las entidades dando la aclaración de las negaciones POS,

y) Causal de la negación del servicio: a continuación se presentan las cuales del anexo técnico de la resolución 1683 de 2015 las cuales son las razones de las negativas por parte de la EPS para no tramitar la solicitud ante el Comité Técnico Científico (**NTR**) o la causa de la negativa por parte del Comité técnico Científico del servicio solicitado (**NEG**), a partir del reporte correspondiente a noviembre en adelante la opción otros motivos se desagrega con los siguientes conceptos; al igual se encuentra publicado la tabla de referencia y el anexo técnico en la web.sispro.gov.co:

(NTR) 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:	(NEG) 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:
A: El servicio solicitado es cobertura del POS C: El usuario presenta período de mora D: El usuario se encuentra en período de urgencia E: Traslado entre EPS F: Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada H: La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada	M: El servicio solicitado es cobertura del POS O: 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 P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.
J: Tiene tutela que cubre el servicio solicitado. K: Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio. M: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013). P: 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) Q: Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015. S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013) T: 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 (Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECMotivoNtrCTC en web.sispro.gov.co)	Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante. R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente. S: 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. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior. T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada. W: Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior X: 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) Y: 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). (Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECMotivoNegCTC en web.sispro.gov.co)

vi) 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 en el I trimestre de 2017.

➤ TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 22.989 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en el II trimestre de 2017, de los cuales 16.272 corresponden al régimen subsidiado y 6.717 al régimen contributivo. Lo anterior indica que el 28,22% del total de los registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios presentados en el período corresponden al régimen contributivo y el 70,78% al régimen subsidiado (ver tabla No.6).

Es necesario recordar nuevamente se ve una disminución entre los archivos enviados y los validados exitosamente, por la no corrección oportuna de EPS, de los registros con errores de diligenciamiento en el marco de la Resolución 1683 de 2015 (ver tabla No.5).

Tabla 6.Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen II Trimestre de 2017

Tipo de Régimen	ABRIL			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por régimen
Subsidiado	5.751	29	5.578	96,99%
Contributivo	5.231	15	5.237	100,11%
Tipo de Régimen	MAYO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por régimen
Subsidiado	5.206	31	5.843	112,24%
Contributivo	1.806	15	911	50,44%
Tipo de Régimen	JUNIO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por régimen
Subsidiado	4.068	30	4.851	119,25%
Contributivo	1.433	14	569	39,71%
Tipo de Régimen	TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN			
	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por Registros
Subsidiado	15.025	30	16.272	108,30%
Contributivo	8.470	15	6.717	79,30%
TOTAL	23.495		22.989	97,85%

Fuente: Elaboración propia del autor

La variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los periodos II trimestre de 2016 y II trimestre de 2017 el incremento fue de 1,02% y entre los periodos I trimestre de 2017 y II trimestre de 2017 se presenta una disminución del 22,11% (ver tabla No.7).

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente entre los periodos II trimestre de 2016 y el II trimestre de 2017 la disminución fue

del 92,81% y entre los periodos I trimestre de 2017 y II trimestre de 2017 se presenta una disminucion del 91,63% (ver tabla No.7).

Tabla 7.Total de registros enviados y validados por régimen

Período	RÉGIMEN SUBSIDIADO		RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente
II de 2016	16.299	16.108	117.801	90.817
I de 2017	23.091	20.892	101.176	98.249
II de 2017	15.025	16.272	8.470	6.717

Fuente: Elaboración propia del autor

➤ MODALIDAD DE ATENCIÓN

Los registros en lo correspondiente a modalidad de atención son: Urgencias (U), Ambulatoria (A), Hospitalaria (H) y Domiciliaria (D).

A continuacion se presentaran las negaciones de servicios medicos por regimen contributivo y regimen subsidiado según las modalidades de atencion anteriormente mencionadas:

Como se observa en la Tabla No. 8 la mayor cantidad de negación de servicios médicos del regimen contributivo corresponde a la modalidad en atención ambulatoria, con una participación del 85,31% equivalente a 5.730 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria con un 14,49% equivalentes a 973 registros y el restante correspondiente al 0,21% obedece a servicios de urgencias, equivalente a 14 registros.

Tabla 8 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo II trimestre de 2017

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
HOSPITALARIO	745	106	122	973	14,49%
AMBULATORIO	4.483	461	786	5.730	85,31%
URGENCIAS	9	2	3	14	0,21%
Total general	5.237	569	911	6.717	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

Para el caso del regimen subsidiado la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una

participación del 84,45% equivalentes a 13.741 negaciones, seguido por la modalidad hospitalaria con el 14,91% equivalente a 2.426 registros y el restante correspondiente a 0,64% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios para un total de 105 registros (ver tabla No.9).

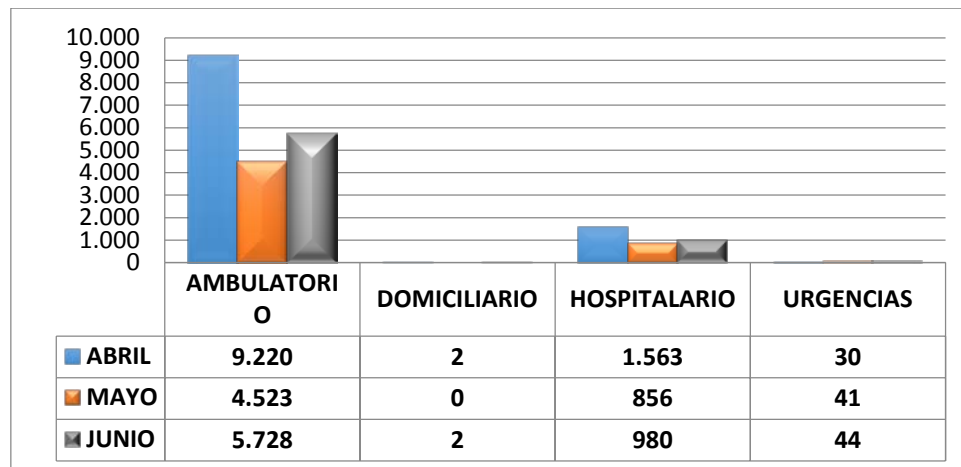
Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado II trimestre de 2016

REGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
DOMICILIARIO	2		2	4	0,02%
HOSPITALARIO	818	750	858	2.426	14,91%
AMBULATORIO	4.737	4.062	4.942	13.741	84,45%
URGENCIAS	21	39	41	101	0,62%
Total general	5.578	4.851	5.843	16.272	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el grafico No. 5 se presenta el total de registros validados exitosamente según la modalidad de atencion en cada uno de los meses del II trimestre de 2017:

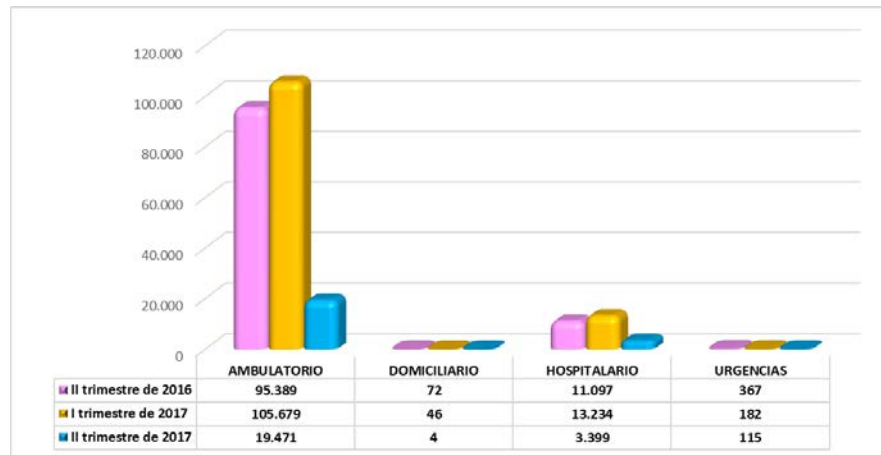
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención - II trimestre de 2017



Fuente: Elaboración propia del autor

En la grafica No. 6 se presenta el total de registros validados por las diferentes modalidades de antencion en los periodos II trimestre de 2016, I trimestre de 2017 y II trimestre de 2017.

Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención - II trimestre de 2017



Fuente: Elaboración propia del autor

➤ TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Insumos y dispositivos médicos (I), Actividades (A), 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 continuacion se presentaran las negaciones de servicios medicos por regimen contributivo y regimen subsidiado, según los tipo de servicio solicitados anteriormente mencionados:

De los 6.717 registros de negación de servicios médicos correspondientes al régimen contributivo presentados en el II trimestre de 2017, el 76,64% de las negaciones correspondieron a medicamentos lo cual equivale a 5.148 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoria Insumos y Dispositivos con una participación del 10,48% correspondiente a 704 registros. El 9,17% corresponde a la negación de servicios por procedimientos equivalente a 616 registros, y el 3,71% restante corresponde a la suma de los ítems de actividades, servicios específicos y servicios no financiados con recursos de salud equivalente a 249 registros de negaciones (ver tabla 10)

Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al II trimestre de 2017

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
SERVICIO SOLICITADO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	43	25	3	71	1,06%
MEDICAMENTOS	4.041	659	448	5.148	76,64%
INSUMOS Y DISPOSITIVOS	556	107	41	704	10,48%
ACTIVIDADES	62	18	9	89	1,32%
SERVICIOS ESPECIFICOS	45	19	25	89	1,32%
PROCEDIMIENTOS	490	83	43	616	9,17%
Total general	5.237	911	569	6.717	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuacion se presentan los medicamentos más significativos, en el registro por parte de las EPS.

CUM	DESCRIPCION
1	SIN CODIGO CUM
224717-5	SEROQUEL 200 MG TABLETA RECUBIERTA
20061322-4	SINALGEN 5/325 TABLETAS
19908507-3	SILDENAFIL TABLETAS RECUBIERTAS X 50 MG
19941419-2	FORTEO 250MCG/ML
19980565-1	JANUMET 50/1000 MG TABLETAS RECUBIERTAS
34016-2	CONCOR 5 MG TABLETAS LACADAS
19998394-3	GALVUS MET COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 50 MG /1000MG
19940656-7	BIOCALCIUM D POLVO EFERVESCENTE
19931314-7	ORLISTAT 120 MG

Fuente: Elaboración propia del autor

De los 16.272 registros correspondientes al II trimestre de 2017, el 59,37% de las negaciones en el Régimen Subsidiado correspondieron a Medicamentos equivalentes a 9.661 registros. Seguido se encuentra la negación por tipo de servicios correspondiente a servicios específicos con una participación del 16,11% equivalente a 2.622 registros. El 11,69% corresponde a procedimientos equivale a 1.902 registros y el 12,83% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades, insumos y Dipositvos y servicios no financiados con recursos de salud equivalente a 2.807 registros (ver tabla No.11).

Tabla 11. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado II trimestre de 2017

REGIMEN SUBSIDIADO					
SERVICIO SOLICITADO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	252	225	242	719	4,42%
MEDICAMENTOS	3.416	3.465	2.780	9.661	59,37%
INSUMOS Y DISPOSITIVOS					
MEDICOS	341	417	313	1.071	6,58%
ACTIVIDADES	86	119	92	297	1,83%
SERVICIOS ESPECIFICOS	901	921	800	2.622	16,11%
PROCEDIMIENTOS	582	696	624	1.902	11,69%
Total general	5.578	5.843	4.851	16.272	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuacion se presetan los medicamentos más significativos, en el registro por parte de las EPS.

CUM	DESCRIPCION
1	SIN CODIGO CUM
20032011-9	UNGUENTO ALMIPRO
19997975-4	ARTRODAR 50 MG CAPSULAS
20001982-2	HUMYLUB OFTENIO
19901908-1	TAMSULON 0 4 MG
19984678-1	TAMSULOSINA 0 4 MG CAPSULAS RETARD
20029235-1	XARELTO 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS
20066784-1	XEGREX
19995113-1	QUETIAPINA 25 MG TABLETAS CUBIERTAS
19992554-1	KRYTANTEK OFTENIO

Fuente: Elaboración propia del autor

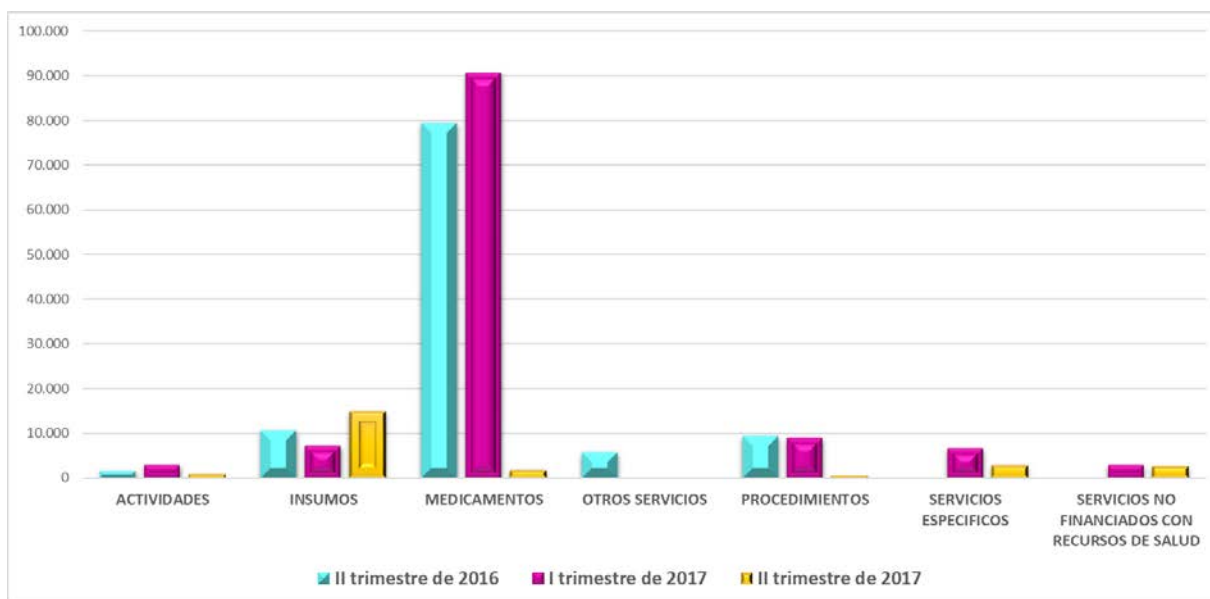
Teniendo en cuenta el alto volumen de registros reportados por las EPS bajo el comodin 1 (medicamentos sin codigo CUM), este Ministerio en la Resolucion 2064 de 2017 modificatoria de la Resolucion 1683 de 2015, realiza un cambio significativo con respecto al registro, se registrara bajo Denominacion Comun Internacional (DCI), con este cambio se conocera claramente el medicamento.

En el grafico No.7 se presenta el total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los periodos: II trimestre de 2016, I trimestre de 2017 y II trimestre de 2017 el tipo de servicio o tecnologia en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 68,96%, en segundo lugar los insumos con el 13,13% y en tercer lugar procedimientos con el 7,54%.

La variaciones más significativas entre el II trimestre de 2016 y II trimestre de 2017 fueron Insumos y Dispositivos con un incremento del 38,31% y Medicamentos con una disminución del 97,76%.

La variaciones más significativa entre el I trimestre de 2017 y el II trimestre de 2017 fueron Insumos y Dispositivos con un incremento del 106,43% y Medicamentos con una disminución del 98,04%.

Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios



Fuente: Elaboración propia del autor

➤ CONCEPTO DE NEGACION 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 2017 para el régimen contributivo más significativa con un 72,58% equivalente a 4.875 registros corresponde al concepto de negación **NTR: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y un 27,42% equivalente a 1.842 registros, fueron negados con el concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** (ver tabla No.12)

**Tabla 12 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo
II trimestre de 2017**

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
CONCEPTO NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
NEG	1.350	274	218	1.842	27,42%
NTR	3.887	637	351	4.875	72,58%
Total general	5.237	911	569	6.717	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el régimen subsidiado de las 16.272 negaciones de servicios médicos, el 63,50% equivalente a 10.332 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 36,50% equivalente a 5.940 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.13).

**Tabla 13. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado
II trimestre de 2017**

REGIMEN SUBSIDIADO					
CONCEPTO NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
NEG	3.562	3.757	3.013	10.332	63,50%
NTR	2.016	2.086	1.838	5.940	36,50%
Total general	5.578	5.843	4.851	16.272	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación, se presenta un comparativo entre periodos, tomando los datos que se tiene de cada periodo, el análisis quedaría una disminución del 78,19% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el II trimestre de 2016 y el II trimestre de 2017 y una disminución del 76,48% entre el periodo I trimestre de 2017 y II trimestre de 2017 (ver tabla No.14).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo una disminución del 78,84% entre el II trimestre de 2016 y el II trimestre de 2017 y para el periodo I trimestre de 2017 y II trimestre del 2017 una disminución del 83,95% (ver tabla No.14).

Tabla 14 Comparativo entre periodos concepto de negación

II TRIMESTRE DE 2016				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	46.302	90,61%	44.515	79,74%
Subsidiado	4.799	9,39%	11.309	20,26%
Total	51.101	100,00%	55.824	100,00%

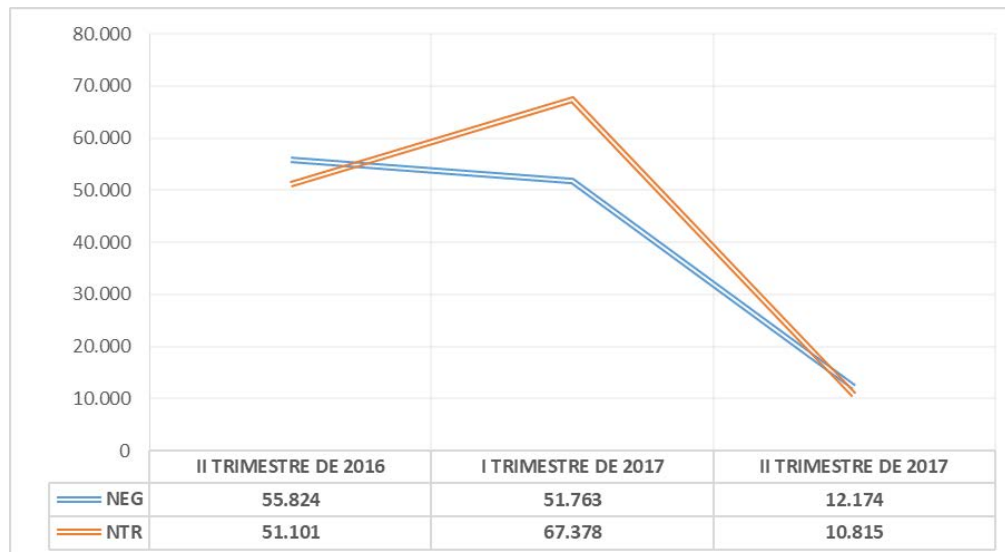
I TRIMESTRE DE 2017				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	61.130	90,73%	37.119	71,71%
Subsidiado	6.248	9,27%	14.644	28,29%
Total	67.378	100,00%	51.763	100,00%

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	%
Contributivo	4.875	45,08%	1.842	15,13%
Subsidiado	5.940	54,92%	10.332	84,87%
Total	10.815	100,00%	12.174	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico 8 podemos observar la variación entre los trimestres anteriormente mencionados (ver gráfico 8).

Gráfico 8. Vía de la Negación por trimestre comparativo



Fuente: Elaboración propia del autor

➤ **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 y EOC.

Como se observa en el Régimen Contributivo en el II trimestre de 2017, de las 4.875 negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), entre las más significativas esta "S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)" correspondiente al 63,79% equivalente a 3.110 registros en un segundo lugar encontramos "M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no

cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)” con un 21,58% equivalente a 1.052 registros y en tercer lugar “T: 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” correspondiente al 5,72% equivalente a 279 registros. (ver tabla 15).

Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) II trimestre de 2017 – Régimen Contributivo

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
MOTIVO NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	201	16	20	237	4,86%
C: El usuario presenta período de mora	46	13	16	75	1,54%
E: Traslado entre EPS					0,00%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	36	3	1	40	0,82%
J. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	26	3	3	32	0,66%
M.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).	916	124	12	1.052	21,58%
P: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)	40	1	5	46	0,94%
Q:Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015.	1	3		4	0,08%
S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	2.357	461	292	3.110	63,79%
T: 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	264	13	2	279	5,72%
	3.887	637	351	4.875	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

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.16).

Tabla 16. Entidades que registraron negaciones de servicios por NTR más significativas - Régimen Contributivo II trimestre de 2017

M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Salud Total - Contributivo	191	112		303
Nueva EPS	725	12	12	749

S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).				
Nueva EPS	2.357	461	292	3.110
T: 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				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Salud Total - Contributivo		11		2
Nueva EPS	264	2	2	268

Fuente: Elaboración propia del autor

Como se observa en el Régimen Subsidiado de las 6.248 negaciones de servicios médicos por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 46,72% equivalente a 2.775 registros por el concepto “P. 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)”, en segundo lugar con el 15,25% encontramos “S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)” equivalente a 906 registros y de tercer lugar encontramos con un 14,06% el concepto “M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)” con 835 registros (ver tabla 17).

Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) II trimestre de 2017 – Régimen Subsidiado

REGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	48	122	116	286	4,81%
C: El usuario presenta período de mora	9	1	1	11	0,19%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	139	165	249	553	9,31%
J: Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	3	14	7	24	0,40%
M: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).	167	320	348	835	14,06%
P: 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)	927	1.052	796	2.775	46,72%

MOTIVO NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
Q: Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015.	42	53	2	97	1,63%
S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	585	179	142	906	15,25%
T: 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	83	180	177	440	7,41%
H: La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada	13			13	0,22%
TOTAL	2.016	2.086	1.838	5.940	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación, se presentarán las entidades del régimen subsidiado que registraron negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), más significativas (ver tabla No. 18).

Tabla 18. Entidades que registraron negaciones de servicios por NTR más significativas - Régimen Subsidiado II trimestre de 2017

M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Nueva EPS	156	293	347	796
Salud Total - Subsidiado	6	18	1	25
Comparta	5	9		14
P: 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)				
Comfacor	832	952	794	2.578
Nueva EPS	9	18	2	29
Comparta	86	82		168
S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)				
Nueva EPS	580	175	142	897
Comparta	5	4		9

Fuente: Elaboración propia del autor

En el marco del Auto 411 de 2015, este Ministerio viene realizando el seguimiento de la causal de negación “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”, por lo que este Ministerio solicitó a las entidades informara el motivo de la negación o la prestación si fue el caso (ver tabla No.19).

Adicionalmente se remitió listado de las entidades que registran “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” a la Superintendencia Nacional de Salud bajo radicado 201731001400691.

Tabla 19. Entidad que reporta “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	RADICADO ENTIDADES
Nueva EPS	245	136	136	201731001400681
Comparta	4	2		201731001400671
Total general	249	138	136	

Fuente: Elaboración propia del autor

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

Esta Dirección solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud hiciera llegar a este despacho un informe sobre las auditorías realizadas a las EPS que registraron negaciones de servicios médicos o tecnologías con el ítem “El servicio solicitado es cobertura del POS” en el marco de la Resolución 1683 de 2015, bajo radicado 201731001188231.

➤ **MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)**

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

En el Régimen Contributivo en el II trimestre de 2017 de las 1.842 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), más significativa es “Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)” con el 24,43% equivalente a 450 registros, en segundo lugar está el motivo “P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.” con el 21,72% equivalente a 400 registros y en el tercer lugar con el 21,17% está el motivo “O: 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” con 390 registros. (ver tabla No.20).

Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo
II trimestre de 2017

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
MOTIVO DE NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
M: El servicio solicitado es cobertura del POS		3		3	0,16%
O: 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	315	40	35	390	21,17%
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	218	97	85	400	21,72%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	243	75	36	354	19,22%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	21	5		26	1,41%
S: 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. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	148	36	9	193	10,48%
W: Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	3			3	0,16%
X: 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)	18	4	1	23	1,25%
Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).	384	14	52	450	24,43%
Total general	1.350	274	218	1.842	100%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el Régimen Subsidiado, de las 10.332 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 22,85% equivalente a 2.361 registros corresponden al concepto “P. La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS”, un 17,26% con 1.783 registros por concepto de “X: 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)” y el tercer concepto de negación con un 16,59% equivalente a 1.714 registros correspondiente “Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)” (ver tabla No.21).

**Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado
II trimestre de 2017**

REGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO DE NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
M: El servicio solicitado es cobertura del POS	103	123	80	306	2,96%
O: 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	380	449	317	1.146	11,09%
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	656	955	750	2.361	22,85%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	707	428	416	1.551	15,01%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	297	247	393	937	9,07%
S: 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. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	173	166	151	490	4,74%
T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		1	3	4	0,04%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	11	3	5	19	0,18%
W: Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	10	4	7	21	0,20%

MOTIVO DE NEGACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
X: 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)	609	639	535	1.783	17,26%
Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).	616	742	356	1.714	16,59%
Total general	3.562	3.757	3.013	10.332	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación, se presentarán las entidades que registraron negaciones de servicios por **NEG (Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC)**, más significativas (ver tabla No. 22).

Tabla 22. Entidades que registraron negaciones de servicios por NEG más significativas - II trimestre de 2017

P. La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Comfacor	7	1	2	10
Comfaguajira		10	12	22
Comfamiliar Huila	46	32	26	104
Comfacundi		70		70
Cajacopi	163	111	96	370
Aliansalud	59	24	5	88
Sanitas	72		1	73
Sura EPS	35	47	71	153
Coomeva	47	18	1	66
Capresoca		35		35
Nueva EPS	2		1	3
Dusakawi	1	2	11	14
AIC	6	10	12	28
Mallamas	12	4	10	26
Pijaos Salud			2	2
Salud Total - Subsidiado		17	5	22
SOS		1		1
Saludvida - Subsidiado	4	59	9	72
Capitalsalud	5	12	7	24
Savia	60	99	30	189

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Coosalud	43		79	122
Ecoopsos	1			1
Emssanar-Subsidiado	64	112	57	233
Comparta	176	161		337
Mutual Ser	67	222	391	680
Mutual Ser- Contributivo	4	5	7	16
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante				
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Comfacor	1			1
Comfamiliar Huila	7	16	14	37
Comfacundi		7		7
Cajacopi	1	8	2	11
Cafesalud - Contributivo		3		3
Sura EPS	9	11	16	36
Coomeva	208	52	17	277
SOS	1			1
Capresoca		1		1
Nueva EPS	11	2	24	37
Dusakawi	1	2	9	12
AIC	1	4	4	9
Mallamas	2	26	21	49
ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Salud Total - Subsidiado		1	1	2
Cafesalud - Subsidiado	1	1		2
Saludvida - Subsidiado	4			4
Savia	6	2	4	12
Coosalud	32		15	47
Asmet Salud			1	1
Ecoopsos	13			13
Emssanar-Subsidiado	129	196	192	517
Comparta	6	6		12
Mutual Ser	503	158	129	790
Mutual Ser- Contributivo	14	7	3	24

Y:Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013).

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Comfacor	15	15	10	40
Comfamiliar Huila	16	31	25	72
Comfacundi		70		70
Cajacopi	1		13	14
Salud Total - Contributivo	2	1		3
Sanitas	317		18	335
Sura EPS	55		8	63
Coomeva			19	19
Nueva EPS	1		2	3
Anas Wayuu	3		3	6
Pijaos Salud	2			2
Salud Total - Subsidiado		2		2
Saludvida - Subsidiado	17		25	42
Capitalsalud	7	11	11	29
Savia	15		44	59
Coosalud	29		48	77
Asmet Salud			1	1
Emssanar-Subsidiado		1		1
Comparta	142	109		251
Mutual Ser	369	503	174	1.046
Mutual Ser- Contributivo	9	13	7	29

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación, se presentan las EPS que reportan el registro “M: El servicio solicitado es cobertura del POS”, este Ministerio solicitó a las entidades informara el motivo por haber negado servicios cubiertos por el plan de beneficios bajo los siguientes radicados (ver tabla No.23):

Tabla 23 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	RADICADO
Comfacor	6	3	2	201731001400331
Comfaguajira			3	201731001400381
Comfamiliar Huila		1		201731001400401
Comfacundi		11		201731001400431
Cajacopi	6	14	9	201731001400481

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	RADICADO
Convida		1		201731001400521
Capresoca		14		201731001400581
Dusakawi		3		201731001400601
Mallamas		6	8	201731001400631
Capitalsalud	2	2	7	201731001400651
Savia	82	65	51	201731001400661
Comparta	7	6		201731001400671
TOTAL	103	126	80	

Fuente: Elaboración propia del autor

NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación, 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, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el II trimestre del año 2017 (ver tabla No.24).

Tabla 24. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo

REGIMEN CONTRIBUTIVO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
E43X	DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
I255	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
E46X	DESNUTRICION PROTEICOALORICA , NO ESPECIFICADA
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE
R522	OTRO DOLOR CRONICO

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado

REGIMEN SUBSIDIADO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
E43X	DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICION PROTEICOALORICA , NO ESPECIFICADA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
I694	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR

Fuente: Elaboración propia del autor

➤ TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES

A continuación, se presenta el total de registros remitidos y validados exitosamente por cada una de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, para el II trimestre de 2017, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo abril de 2017

ENTIDAD	REGISTROS ABRIL	AFILIADOS	TASA ABRIL x10k
AIC	12	500.093	0,24%
Aliansalud	80	264.976	3,02%
Ambuq	5	944.236	0,05%
Anas Wayuu	6	191.766	0,31%
Asmet Salud	30	2.065.367	0,15%
Cafesalud - Contributivo	21	4.366.845	0,05%
Cafesalud - Subsidiado	10	1.164.342	0,09%
Cajacopi	206	851.937	2,42%
Capitalsalud	39	1.220.753	0,32%
Comfachoco	1	163.230	0,06%
Comfacor	868	637.728	13,61%
Comfacundi	126	137.055	9,19%
Comfamiliar Huila	254	547.209	4,64%
Comfamiliar Huila	36	7.361	48,91%
Comfaoriente	9	110.292	0,82%
Comfasucre	9	125.098	0,72%
Comparta	562	1.951.314	2,88%
Compensar	1	1.468.944	0,01%
Convida	8	597.727	0,13%
Convida -Contributivo	1	22.723	0,44%
Coomeva	272	3.286.616	0,83%
Coosalud	292	2.076.304	1,41%
Dusakawi	2	235.940	0,08%
Ecoopsos	30	364.275	0,82%
Emdisalud	23	557.949	0,41%
Emssanar-Subsidiado	591	2.032.799	2,91%
Famisanar-Contributivo	33	2.116.920	0,16%
Mallamas	17	326.097	0,52%
Mutual Ser	992	1.601.218	6,20%
Mutual Ser- Contributivo	31	57.517	5,39%
Nueva EPS	3.795	3.892.236	9,75%
Nueva EPS	957	3.892.236	2,46%

ENTIDAD	REGISTROS ABRIL	AFILIADOS	TASA ABRIL x10k
Pijaos Salud	17	87.940	1,93%
Salud Total - Contributivo	198	2.818.669	0,70%
Salud Total - Subsidiado	14	102.522	1,37%
Saludvida - Contributivo	5	96.230	0,52%
Saludvida - Subsidiado	190	1.365.385	1,39%
Sanitas	621	2.213.705	2,81%
Savia	479	1.633.382	2,93%
SOS	5	1.096.676	0,05%
SOS	2	32.302	0,62%
Sura EPS	132	2.776.567	0,48%

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad - periodo mayo de 2017

ENTIDAD	REGISTROS MAYO	AFILIADOS	TASA MAYO x10k
AIC	18	499.663	0,36%
Aliansalud	37	265.427	1,39%
Ambuq	3	941.687	0,03%
Anas Wayuu	4	192.999	0,21%
Cafesalud - Contributivo	16	4.273.811	0,04%
Cafesalud - Subsidiado	13	1.160.671	0,11%
Cajacopi	183	851.587	2,15%
Capitalsalud	45	1.223.531	0,37%
Capresoca	86	189.796	4,53%
Comfachoco	59	167.715	3,52%
Comfacor	977	633.435	15,42%
Comfacundi	183	137.454	13,31%
Comfaguajira	10	230.274	0,43%
Comfamiliar Huila	282	549.549	5,13%
Comfaoriente	18	112.547	1,60%
Comfasucre	19	125.074	1,52%
Comparta	559	1.940.388	2,88%
Convida	84	597.570	1,41%
Convida -Contributivo	2	22.006	0,91%

ENTIDAD	REGISTROS MAYO	AFILIADOS	TASA MAYO x10k
Coomeva	75	3.275.896	0,23%
Dusakawi	7	236.373	0,30%
Emdisalud	59	557.796	1,06%
Emssanar-Subsidiado	705	2.038.096	3,46%
Famisanar-Contributivo	25	2.132.385	0,12%
Mallamas	37	326.651	1,13%
Mutual Ser	975	1.604.744	6,08%
Nueva EPS	1.388	3.903.012	3,56%
Pijaos Salud	5	88.138	0,57%
Salud Total - Contributivo	131	2.840.227	0,46%
Salud Total - Subsidiado	47	104.227	4,51%
Saludvida - Subsidiado	253	1.357.447	1,86%
Sanitas	37	2.256.623	0,16%
Savia	575	1.632.825	3,52%
SOS	3	1.099.165	0,03%
Sura EPS	92	2.800.697	0,33%

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 28. Total de registros remitidos por Entidad - periodo junio de 2017

ENTIDAD	REGISTROS JUNIO	AFILIADOS	TASA JUNIO x10k
AIC	17	500.738	0,34%
Aliansalud	19	265.957	0,71%
Ambuq	2	934.754	0,02%
Anas Wayuu	4	194.243	0,21%
Asmet Salud	70	2.059.133	0,34%
Cafesalud - Subsidiado	35	1.157.796	0,30%
Cajacopi	161	848.492	1,90%
Capitalsalud	42	1.224.215	0,34%
Capresoca	44	189.229	2,33%
Comfacor	811	630.483	12,86%
Comfaguajira	16	230.140	0,70%

ENTIDAD	REGISTROS JUNIO	AFILIADOS	TASA JUNIO x10k
Comfamiliar Huila	343	550.788	6,23%
Comfaorient	13	113.306	1,15%
Comfasucre	4	124.390	0,32%
Coomeva	37	3.253.719	0,11%
Coosalud	388	2.091.849	1,85%
Dusakawi	20	236.844	0,84%
Emdisalud	33	550.770	0,60%
Emssanar-Subsidiado	630	2.033.025	3,10%
Famisanar-Contributivo	1	2.144.017	0,00%
Mallamas	43	327.281	1,31%
Mutual Ser	761	1.599.577	4,76%
Nueva EPS	1.212	3.901.991	3,11%
Pijaos Salud	5	88.376	0,57%
Salud Total - Subsidiado	9	108.617	0,83%
Saludvida - Subsidiado	216	1.347.838	1,60%
Sanitas	27	2.297.483	0,12%
Savia	401	1.646.820	2,43%
SOS	4	1.100.917	0,04%
Sura EPS	133	2.804.872	0,47%

Fuente: Elaboración propia del autor

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

En esta sección se presenta una síntesis de los componentes de MIPRES y unos primeros resultados sobre las prescripciones y el suministro de tecnologías en salud.

Para efectos de comprender el impacto de las prescripciones realizadas en MIPRES, se debe considerar que este nuevo modelo involucra un conjunto de reglas que resultan del necesario direccionamiento y organización que el Ministerio debe dar a la administración de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y que corresponden a la protección individual, es decir, a aquellas prestaciones que se materializan, cuando surge una necesidad individual y excepcional, sobre la cual no aplica la protección colectiva, pero que se financian de forma colectiva y se pagan de forma posterior. Para este conjunto de prestaciones, el profesional de la salud, en ejercicio de su autonomía médica es quien determina esta necesidad, teniendo en cuenta la previa utilización del

conjunto de tecnologías de salud garantizadas por el mecanismo de protección colectiva, financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

MIPRES está concebido para registrar y reportar dichas prescripciones, las cuales se clasifican así:

1. Medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que se encuentran debidamente registrados ante el INVIMA, que se encuentran en el listado de medicamentos vitales no disponibles o aquellos que deben ser suministrados en preparación magistral.
2. Procedimientos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que cuentan con Codificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS. En este caso, se precisa que se entienden incluidos en los procedimientos los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requiere la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
3. Insumos y dispositivos que exceden la cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
4. Servicios complementarios, es decir aquellos que si bien no pertenecen al ámbito de la salud, ya que no son elementos diagnósticos ni terapéuticos, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.
5. Soporte nutricional, correspondiente a los alimentos con propósito médico especial registrados de esa manera ante el INVIMA.
6. Medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario – UNIRS, que requieren ser utilizados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 532 de 2017.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2016 y el 30 de junio de 2017, se han prescrito 1.918.867 servicios o tecnologías en salud, de las cuales el 86% corresponden a medicamentos, el 7% a procedimientos, el 4% a productos nutricionales, el 2% a servicios complementarios y el 1% a dispositivos médicos (ver grafica No.9)

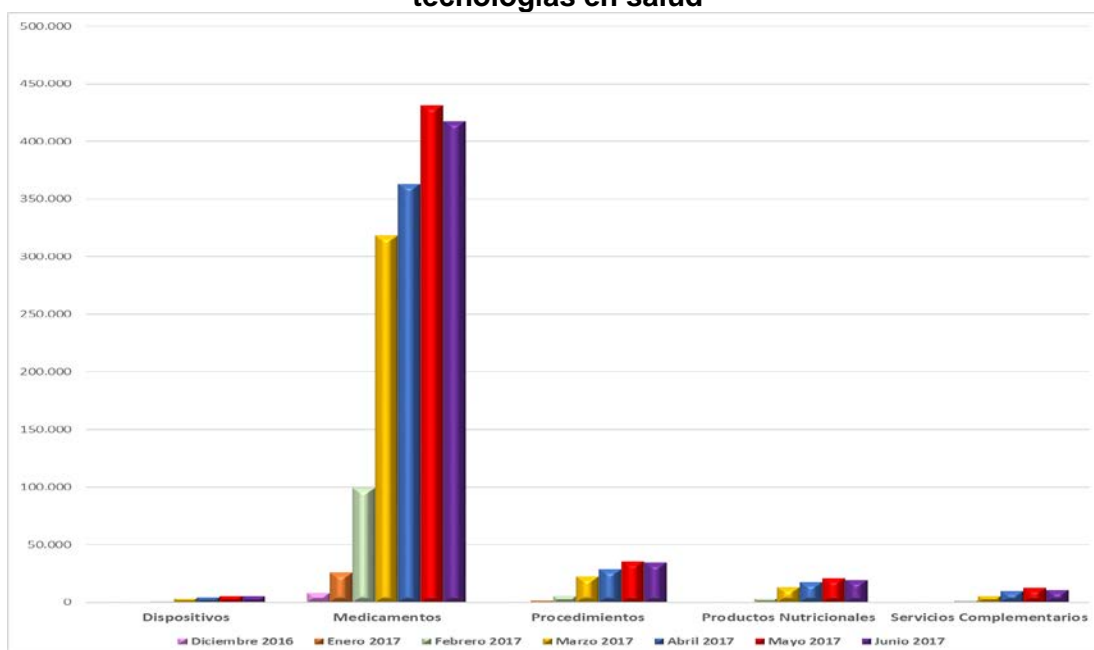
A continuación, se presentan los medicamentos más significativos reportados en MIPRES:

Tabla 29. Medicamentos más significativos MIPRES

MEDICAMENTO
ACETAMINOFEN 325mg/1U ; HIDROCODONA BITARTRATO 5mg/1U
PREGABALINA 75mg/1U
METFORMINA CLORHIDRATO 1000mg/1U ; SITAGLIPTINA 50mg/1U
TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0,4mg/1U
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 5mg/1ml
HIALURONATO DE SODIO 4mg/1ml
METFORMINA CLORHIDRATO 1000mg/1U ; VILDAGLIPTINA 50mg/1U
DUTASTERIDA 0,5mg/1U ; TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0,4mg/1U
PREGABALINA 150mg/1U
ACETAMINOFEN 325mg/1U ; CODEINA FOSFATO HEMIHDRATO 30mg/1U

Fuente: Elaboración propia del autor

Gráfico 9. Prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES por tipo de servicios o tecnologías en salud



Fuente: Elaboración propia del autor

Además de esta información y otra que se puede generar es importante señalar que se han definido indicadores para hacer seguimiento a la oportunidad de entrega de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios y esta información está en proceso de consolidación y revisión dados un conjunto de problemas operativos que ha hecho difícil concretar la información definitiva sobre el suministro de las tecnologías prescritas en la plataforma MIPRES. Sin embargo, dada la importancia que tiene conocer el estado del acceso a estas tecnologías, este

Ministerio ha realizado en dos oportunidades 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.

La primera encuesta 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 mostrarles los problemas que señalaron los usuarios y las incidencias que se registraron con ejemplos de prescripciones.

Para la segunda encuesta, la Oficina TIC del Ministerio de Salud y Protección Social entregó una base de datos con 4.546 prescripciones correspondientes a 2.399 usuarios únicos que se encuentran registradas en la plataforma MIPRES con prescripciones activas entre el 5 de diciembre de 2016 y el 18 de mayo de 2017.

Posteriormente, con esta información se realizó lo siguiente:

- Se seleccionaron las prescripciones asociadas a medicamentos y como resultado se obtuvo un total de 4.048 prescripciones de 2.445 usuarios únicos.
- Se seleccionaron los medicamentos prescritos en el ámbito de atención ambulatorio prioritario y no prioritario y como resultado se obtuvo un total de 3.976 prescripciones para 2.399 usuarios únicos.
- Se realizó un filtro aleatorio por EPS para seleccionar 40 usuarios únicos. (En 3 EPS el número de prescripciones era inferior a 40, por lo que se tomaron todas las prescripciones que cumplieran con las características señaladas.)

De acuerdo con lo anterior, la muestra fue de 455 prescripciones correspondientes al mismo número de usuarios únicos. A estas personas se les contactó telefónicamente a números fijos en Bogotá y números celulares en todo el país, el día 26 de mayo de 2017 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.

A continuación, se detallan los resultados de la encuesta y se comparan con los obtenidos en la primera encuesta realizada cuando el aplicativo se encontraba en fase de adaptación y su uso era opcional.

Tal como se mencionó anteriormente, la muestra seleccionada para la encuesta corresponde a 455 prescripciones y usuarios únicos, que cuentan con fórmula de medicamentos en el ámbito ambulatorio (priorizado y no priorizado), a cargo de 13 Entidades Promotoras de Salud registradas en la base de datos entregada por la Oficina TIC, distribuidas de la siguiente manera (ver tabla 30):

Tabla 30. Muestra Encuesta “Como va Mi prescripción – MIPRES

NOMBRE DE LA EPS	PRESCRIPCIONES ANALIZADAS
ALIANSAUD	34
COOMEVA	40
COMPENSAR	40
CONFENALCO VALLE	40
CAFESALUD	40
FAMISANAR	40
SALUD TOTAL	40
SANITAS EPS	40
SOS	40
CRUZ BLANCA	19
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	2
SURA	40
NUEVA EPS	40
TOTAL	455

Fuente: ADRES

De las llamadas realizadas se pudo tener contacto efectivo con el 68% de las personas asociadas a los registros seleccionados, para un total de 311 personas contactadas. La primera pregunta de la encuesta, estaba enfocada en conocer si la EPS se comunicó o no con el usuario para la entrega de los medicamentos prescritos, obteniendo los siguientes resultados (ver la tabla No 31):

Tabla 31. Efectividad en la Comunicación para la entrega de medicamentos

NOMBRE DE LA EPS	SI SE COMUNICARON	NO SE COMUNICARON
ALIANSAUD	18	8
COOMEVA	3	18
COMPENSAR	4	28
CONFENALCO VALLE	2	25

NOMBRE DE LA EPS	SI SE COMUNICARON	NO SE COMUNICARON
CAFESALUD	5	21
FAMISANAR	16	10
SALUD TOTAL	14	14
SANITAS EPS	21	11
SOS	11	17
CRUZ BLANCA	6	5
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	2	0
SURA	19	8
NUEVA EPS	11	11
TOTAL	132	176

Fuente: ADRES

El 43% de los usuarios señalan que la EPS se comunicó con ellos para la entrega de los medicamentos, mientras que el 57% refiere lo contrario. Revisados los porcentajes de comunicación para la entrega de medicamentos respecto a la primera encuesta telefónica realizada en el mes de marzo cuando el aplicativo aún estaba en prueba, los resultados son similares comparativamente.

La segunda pregunta de la encuesta se relaciona con la oportunidad de entrega de los medicamentos prescritos, obteniendo los siguientes resultados (ver la tabla No 32):

Tabla 32. Oportunidad para la entrega de medicamentos

NOMBRE DE LA EPS	SI	NO
ALIANSA SALUD	20	6
COOMEVA	9	12
COMPENSAR	23	9
CONFENALCO VALLE	24	3
CAFESALUD	5	21
FAMISANAR	20	6
SALUD TOTAL	18	10
SANITAS EPS	30	2
SOS	13	15
CRUZ BLANCA	4	7
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	2	0
SURA	23	4
NUEVA EPS	12	10
TOTAL	203	105

Fuente: ADRES

El 66% de los usuarios señalan que la EPS entregó los medicamentos prescritos de manera oportuna mientras que el 34% de los usuarios refiere lo contrario. Revisados los porcentajes de oportunidad para la entrega de medicamentos se evidencia un aumento del 9% en la oportunidad de entrega respecto a la primera encuesta realizada en el mes de marzo cuando el aplicativo aún estaba en prueba.

La tercera pregunta de la encuesta, corresponde al tiempo transcurrido desde la prescripción hasta la entrega del medicamento, en el análisis de la información se presentan los tiempos máximos de entrega por EPS, obteniendo los siguientes resultados (ver la tabla No 33):

Tabla 33. Tiempo máximo de entrega de medicamentos

NOMBRE EPS	TIEMPO MÁXIMO DE ENTREGA EN DIAS
ALIANSA SALUD	30
COOMEVA	45
COMPENSAR	20
CONFENALCO VALLE	5
CAFESALUD	30
FAMISANAR	20
SALUD TOTAL	40
SANITAS EPS	20
SOS	52
CRUZ BLANCA	20
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	2
SURA	30
NUEVA EPS	60

Fuente: ADRES

La cuarta pregunta de la encuesta, estaba orientada a conocer si los medicamentos prescritos se entregaron completos por parte de la EPS al usuario, obteniendo los siguientes resultados (ver la tabla No 34):

Tabla 34 Entrega completa de medicamentos

NOMBRE DE LA EPS	SI	NO
ALIANSA SALUD	24	2
COOMEVA	14	7
COMPENSAR	20	12
CONFENALCO VALLE	24	3
CAFESALUD	7	19
FAMISANAR	21	5
SALUD TOTAL	19	9
SANITAS EPS	32	0

NOMBRE DE LA EPS	SI	NO
SOS	15	13
CRUZ BLANCA	6	5
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	2	0
SURA	22	5
NUEVA EPS	15	7
TOTAL	221	87

Fuente: ADRES

En relación con la entrega completa de medicamentos por parte de la EPS, el 72% de los usuarios señalan que la entrega se realizó en su totalidad, mientras que el 28% señala que nunca les entregaron los medicamentos prescritos o les entregaron incompleto. Revisados los porcentajes de entrega completa de los medicamentos prescritos se evidencia un aumento del 8% con respecto a la primera encuesta realizada en el mes de marzo cuando el aplicativo aún estaba en prueba.

La última pregunta realizada, se efectuó a los usuarios que habían mencionado en la pregunta No. 4 que la EPS no les había entregado los medicamentos o se los había entregado incompletos, y su objetivo era conocer si la EPS se había comunicado nuevamente con ellos para hacerle la entrega de los medicamentos pendientes obteniendo los siguientes resultados (ver la tabla No 35):

Tabla 35 Comunicación en caso de entrega incompleta o no entrega

NOMBRE EPS	SI	NO
ALIANSA SALUD	0	2
COOMEVA	0	7
COMPENSAR	6	6
CONFENALCO VALLE	1	2
CAFESALUD	0	19
FAMISANAR	0	5
SALUD TOTAL	0	9
SANITAS EPS	0	0
SOS	0	13
CRUZ BLANCA	0	5
SALUDVIDA S.A. E.P.S.	0	0
SURA	0	5
NUEVA EPS	0	7
TOTAL	7	80

Fuente: ADRES

De los 87 usuarios que en la pregunta anterior refirieron que les entregaron los medicamentos en forma incompleta o no se los entregaron, se encontró que al 8%

la EPS los contactó para hacer la entrega efectiva del restante de lo prescrito por el profesional de la salud.

El 26% de los usuarios con prescripciones activas de todo el universo de la muestra, indicaron que las EPS no les han entregado los medicamentos por falta de autorizaciones, problemas en la prescripción, fallas en la red de farmacias de la EPS, entre otras.

A continuación se presentara el consolidado de las tres encuestas que se ha realizado (ver la tabla No 36):

Tabla 36. Encuesta telefónica/ como va mi prescripción – MIPRES

CONCEPTO	28 DE MARZO DE 2017	26 DE MAYO DE 2017	26 DE JULIO DE 2017
UNIVERSO	446	455	505
CONTACTADOS	321	311	253
MÉDICOS QUE PRESCRIBIERON POR PRUEBA Y NO ANULARON	13	2	5
PACIENTES QUE APARECEN REGISTRADOS PERO DICEN NO HABER SIDO PRESCRITOS	6	1	2
CONTACTABILIDAD EFECTIVA	43%	43%	48%
ENTREGA OPORTUNA	57%	66%	63%
ENTREGA COMPLETA	64%	72%	70%
ENTREGA INCOMPLETA	28%	28%	30%
SIN ENTREGA	8%	0%	20%
TIEMPO PROMEDIO MAXIMO DE ENTREGA	27,2 días	28,8 días	35,4 días

Fuente: ADRES

La información de estas encuestas y la información que se consolide sobre el suministro efectivo a través de la plataforma será parte importante de los próximos informes en el marco de la Orden 19 con el objetivo de incluir la variable del acceso oportuno a los análisis usuales que se realizan en estos informes periódicos.

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 una primera entrega sobre los resultados de la plataforma en el régimen contributivo. Este tipo de información hará parte integral de este informe de aquí en adelante con las mejoras se van a ir realizando a estos reportes en especial en lo que tiene que ver con los indicadores de suministro de las tecnologías en salud.
- Con relación al régimen subsidiado este Ministerio está adelantado las pruebas pilotos de MIPRES e implementó la resolución 2064 de 2017 la cual adopta el instrumento para el reporte de información de los servicios y tecnologías en salud negados y aprobados por el CTC, y suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Como es de esperarse con la implementación de MIPRES el reporte de la información en el marco de la orden 19 de la Sentencia 760 de 2008 disminuye significativamente para el régimen contributivo pero se cuenta con información detallada y oportuna de la prescripción de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios para este régimen.
- En el marco de la información habitual sobre servicios negados el 71% de los registros validados exitosamente corresponde al régimen subsidiado y el 29% al régimen contributivo. La modalidad de atención más significativas con el el 85% reportada por las EPS en el marco de la Resolución 1683 de 2018 es la modalidad Ambulatoria. Con relación a lo servicios solicitados el 64% de las negaciones registradas por las EPS corresponden a medicamentos. Finalmente, la vía de negación con mayor porcentaje fue el Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) con el 57%.