

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

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

Bogotá D.C., mayo de 2017

## CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	5
2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN .....	8
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	16
3.1 TIPO DE RÉGIMEN.....	20
3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN.....	21
3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO .....	23
3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA .....	26
3.5 MOTIVO PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC (NTR).....	29
3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG) .....	33
3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	39
4. CONCLUSIONES .....	46

## TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes I trimestre 2017 .....	9
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud .....	10
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el.....	12
Tabla 4. Total registros por entidad I trimestre de 2017 .....	13
Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos .....	15
Tabla 6. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen I Trimestre de 2017 .....	20
Tabla 7.Total de registros enviados y validados por régimen .....	21
Tabla 8 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo	21
Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado	22
Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al I trimestre de 2017.....	23
Tabla 11. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado.....	24
Tabla 12 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo .....	27
Tabla 13. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado .....	27
Tabla 14 Comparativo entre periodos concepto de negación .....	28
Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) I trimestre de 2017 – .....	29
Tabla 16. Entidades que registraron negaciones de servicios por NTR más significativas - Régimen Contributivo I trimestre de 2017 .....	30
Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) I trimestre de 2017 – Régimen Subsidiado.....	31
Tabla 18. Entidades que registraron negaciones de servicios por NTR más significativas - Régimen Subsidiado I trimestre de 2017 .....	32
Tabla 19. Entidad que reporta “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” ....	32
Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo .....	33
Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado .....	35
Tabla 22. Entidades que registraron negaciones de servicios por NEG más significativas - I trimestre de 2017 .....	36
Tabla 23 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS .....	39
Tabla 24. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo .....	39
Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado.....	40
Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo enero de 2017 .....	41
Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad - periodo febrero de 2017.....	43
Tabla 28. Total de registros remitidos por Entidad - periodo marzo de 2017 .....	44

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Entidades reportantes del régimen subsidiado.....	11
Gráfico 2. Entidades reportantes del régimen contributivo .....	11
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el I trimestre de 2017.....	12
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente .....	16
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención I trimestre de 2017 ....	22
Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención .....	23
Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios .....	25

## 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 cuales no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico”.**

Posteriormente, la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 profiere los Autos del 13 de julio y 24 de agosto de 2009, relacionados con la orden décimo novena de la sentencia, en la cual precisa que dicha orden es de aplicación exclusiva para las Entidades Promotoras de Salud, por lo que el Ministerio de la Protección Social adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos a través de la Resolución 3173 de 2009<sup>1</sup>, modificada por la Resolución 3821 de 2009<sup>2</sup>, las cuales fueron derogadas por la Resolución 163 de 2011<sup>3</sup>.

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 2012<sup>4</sup>, 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

<sup>1</sup> “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”.

<sup>2</sup> “Por la cual se modifica la Resolución 3821 de 2009”

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

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

frente a los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social realizó los ajustes respectivos.

Teniendo en cuenta los hallazgos del ente de control y analizando las vigencias 2012 y 2013, se pudo concluir que las aseguradoras presentaban los reportes de negaciones de manera extemporánea, algunas con información acumulada de varios períodos 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).

Por lo anterior 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 el envío 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 realizar el análisis de la información remitida por las entidades para presentar el siguiente informe.

En el marco de la Resolución 1683 de 2015 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.

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.

En ese orden y en desarrollo de los elementos y principios esenciales del derecho fundamental a la salud definidos en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el Ministerio expide la Resolución 532 de 2017, acto administrativo que establece el 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 de manera obligatoria para régimen contributivo y facultativa para régimen subsidiado.

La Resolución 532 de 2017, permite al médico tratante en el marco de su autonomía, disponer de un instrumento para autorizar directamente los servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud – PBS- a los usuarios, garantizando el acceso efectivo a la salud, y a las entidades del sector salud responsables de la prestación, el reconocimiento y pago por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), atendiendo los principios de la eficiencia y transparencia.

Este Ministerio con el fin de mejorar la calidad de la información, 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), una 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, y comenzó a operar el día 1 de diciembre del 2016.

Adicionalmente se puso a disposición de la Corte Constitucional, peritos voluntarios y público en general la nueva propuesta del acto administrativo modificatorio de la resolución 1683 de 2015, el cual fue remitido bajo los siguientes radicados 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

A continuación se presentara el análisis de la información remitida por las EPS/EOC correspondiente al I trimestre de 2017 que pasaron satisfactoriamente el 100% de las dos validaciones, en el marco de la Resolución 1683 de 2015:

## 2. 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 primer trimestre de 2017, que se relacionan en el Anexo 1. Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2017, los resultados son los siguientes (véase la tabla No.1):

**Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes I trimestre 2017**

Régimen	Enero de 2017			Febrero de 2017			Marzo 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	25	78%	32	27	84%	32	27	84%
Contributivo	16	11	69%	16	15	94%	16	15	94%

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

En el siguiente cuadro se enuncian las EPS y EOC que no presentaron información correspondiente al I trimestre de 2017 y fueron informadas 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
Comfaboy - Subsidiado	Enero y Marzo de 2017	201731000788431
Comfamiliar Cartagena	Enero, Febrero	
Coosalud	Enero	
Asmet Salud	Febrero	
Comfachoco	Marzo de 2017	
Comfamiliar Nariño	Marzo de 2017	
EPM	Marzo de 2017	

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 I trimestre de 2016 el 94,62% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el I trimestre del 2017 el 86,02% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que hubo una disminución del 9,09% en el reporte.

Con relación al IV trimestre de 2016 el 94,62% de las entidades del régimen subsidiado presentaron información, donde se puede observar una disminución del 9,09% con relación al I trimestre de 2017 (véase la tabla No.2).

En el régimen contributivo se puede observar que la presentación de la información por parte de las entidades fue constante entre el IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2016, y para el I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el incremento fue del 6,67%. (véase la tabla No.2).

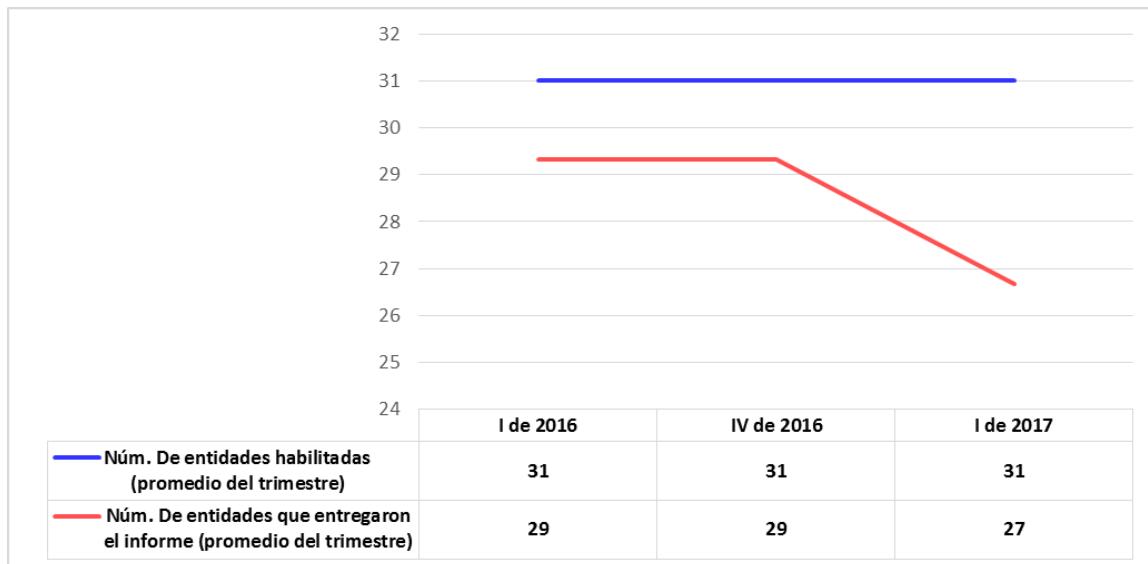
**Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud**

Trimestre	Subsidiado			Contributivo			
	N.º De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	N.º De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part	Trimestre	N.º De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	N.º De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part
I de 2016	31	29	94,62%	I de 2016	15	14	93,33%
IV de 2016	31	29	94,62%	IV de 2016	15	14	93,33%
I de 2017	31	27	86,02%	I de 2017	15	15	100,00%

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

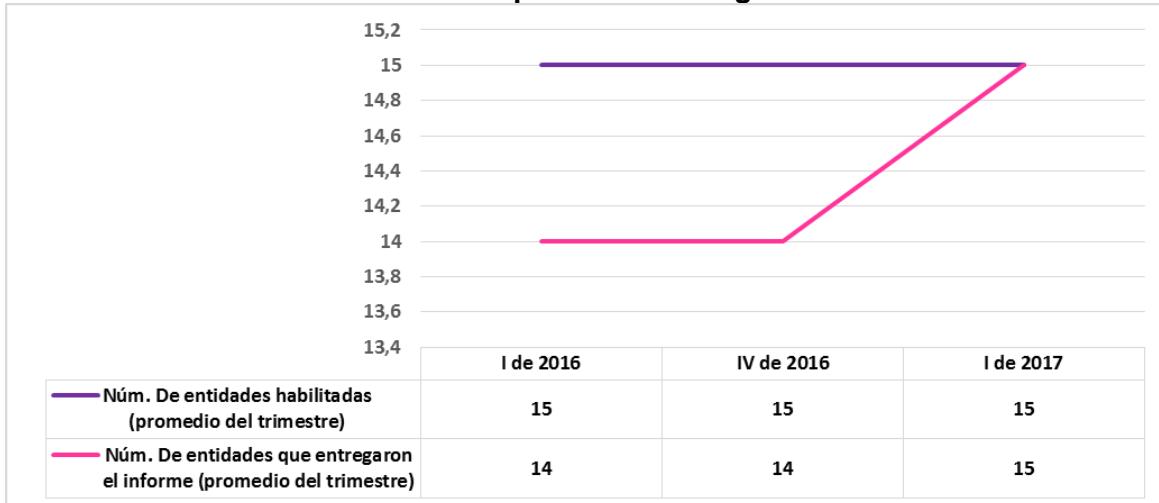
En los gráficos que se presentan a continuación se podrá ver la relación del análisis anteriormente expuesto:

**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 I trimestre de 2017, donde se puede observar que el 95,88% 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).

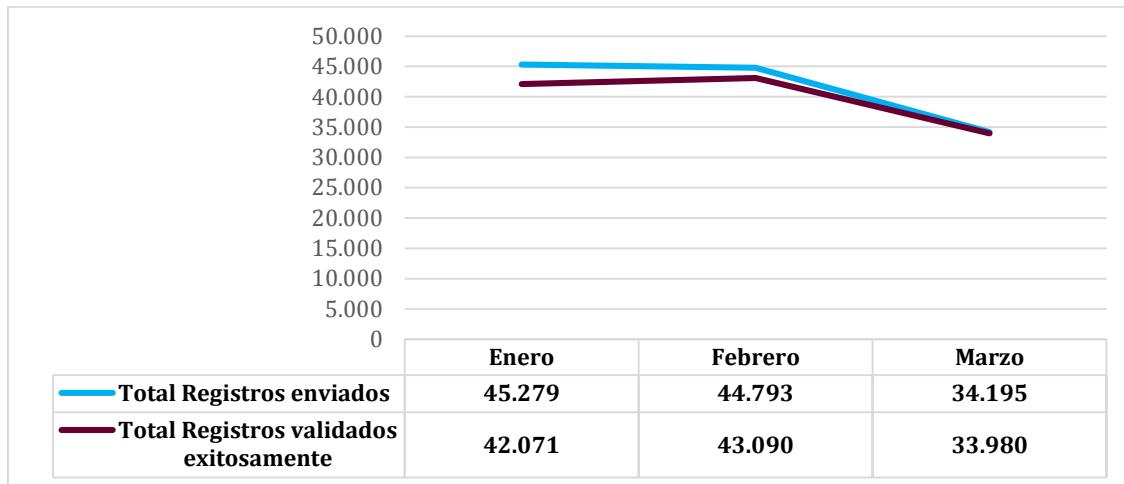
**Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el I trimestre de 2017**

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Enero	45.279	42.071	92,92%
Febrero	44.793	43.090	96,20%
Marzo	34.195	33.980	99,37%
<b>TOTALES</b>	<b>124.267</b>	<b>119.141</b>	<b>95,88%</b>

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

En el grafico 3 se puede observar una disminución del 23,66% sobre los registros enviados entre el mes de febrero y marzo 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, establecido mediante la Resolución 532 de 2017 por la cual modifica 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 I trimestre de 2017**



Fuente: Elaboración propia del autor

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

**Tabla 4. Total registros por entidad I trimestre de 2017**

ENTIDAD	REGISTOS ENERO	REGISTOS FEBRERO	REGISTOS MARZO
AIC	11	20	17
Aliansalud	768	704	337
Ambuq	5	15	6
Anas Wayuu	7	9	1
Asmet Salud	21	0	95
Cafesalud - Contributivo	729	527	156
Cafesalud - Subsidiado	112	110	67
Cajacopi	273	223	291
Capitalsalud	127	21	32
Capresoca	34	39	28
Capresoca - Contributivo	2	2	
Comfachoco	10	1	0
Comfacor	865	923	1.202
Comfacundi	139	104	126
Comfaguajira	4	16	24
Comfamiliar Huila	807	208	313
Comfamiliar Huila		8	
Comfaoriente	17	5	8
Comfasucre	1	0	3
Comfenalco Valle	134	98	37
Comfenalco Valle	3	9	4
Comparta	690	804	680
Compensar	231	220	61
Compensar -Subsidiado		2	1
Convida	84	127	44
Coomeva - Contributivo	1.094	1794	1.282
Coomeva - Subsidiado	0	0	0
Coosalud	0	320	336
Cruz Blanca	13	4	1
Dusakawi	43	114	14
Ecoopsos	35	39	34
Emdisalud	24	18	40

ENTIDAD	REGISTOS ENERO	REGISTOS FEBRERO	REGISTOS MARZO
Emssanar-Subsidiado	421	692	737
Emssanar-Contributivo	6	13	20
Famisanar-Contributivo	110	104	72
Fondo de Pasivo	0	2	1
Mallamas	17	32	38
Manexka	4	9	
Mutual Ser	918	1033	1.419
Mutual Ser - Contributivo	16	43	37
Nueva EPS	23.176	22.418	18.486
Nueva EPS	1.232	1.388	1.324
Pijaos Salud	0	3	7
Salud Total - Contributivo	883	860	609
Salud Total - Subsidiado	58	36	20
Saludvida - Contributivo	40	33	32
Saludvida - Subsidiado	190	235	192
Sanitas	2.972	2.694	2.473
Savia	1.006	1308	960
SOS	268	304	124
SOS - Subsidiado	4	2	1
Sura EPS	7.675	7.100	2.403

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 I trimestre de 2017, haciendo que el porcentaje de registros validados exitosamente disminuya contra el total de registros recibidos:

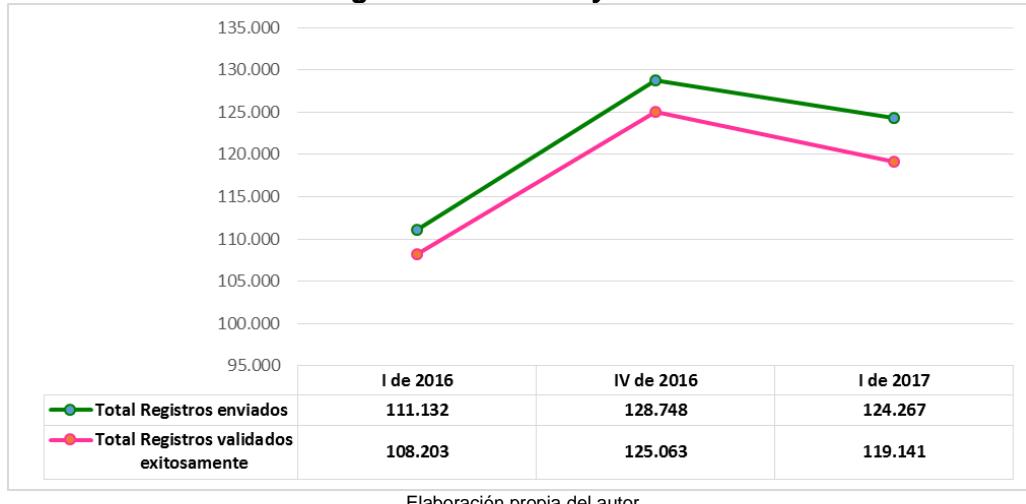
**Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos  
I trimestre de 2017**

PERIODO	TOTAL REGISTROS	PERIODO
Aliansalud	768	ENERO DE 2017
Comfachoco	10	
Comfacundi	139	
Comfamiliar Huila	807	
Comfasucre	1	
Compensar	231	
Coomeva - Contributivo	1.094	
Cruz Blanca	13	
Ecoopsos	35	
Famisanar-Contributivo	110	
Aliansalud	704	FEBRERO DE 2017
Comfacor	923	
Comfaguajira	16	
Cruz Blanca	4	
Emdisalud	18	
Fondo de Pasivo	2	
Salud Total - Subsidiado	36	
Comfacundi	126	MARZO DE 2017
Comfasucre	3	
Convida	44	
Cruz Blanca	1	
Emdisalud	40	
Fondo de Pasivo	1	

Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico No.4 se observa la variación de registros enviados entre el periodo I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 hubo un incremento del 11,82%, y la variación entre el IV trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 la disminución fue del 3,48%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el incremento fue del 10,11%.

**Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente**


### 3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez presentado el total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondientes al I 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 su 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 I 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,

v) Causal de la negación del servicio: a continuacion se presentan las cuales del anexo tecnico de la resolucion 1683 de 2015 las cuales son las razones de la negativas por parte de la EPS para no tramitar la solicitud ante el Comité Tecnico Cientifico (**NTR**) o la causa de la negativa por parte del Comité técnico Cientifico del servicio solicitado (**NEG**), apartir del reporte correspondiente a noviembre en adelante la opcion otros motivos se desagrego con los siguientes conceptos; al igual se encuentra publicado la tabla de referencia y el anexo tecnico en la web.sispro.gov.co:

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

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.

### 3.1 TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 119.141 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en el I trimestre de 2017, de los cuales 20.892 corresponden al régimen subsidiado y 98.249 al régimen contributivo. Lo anterior indica que el 82,46% del total de los registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS presentadas en el período corresponden al régimen contributivo y el 17,54% 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 I Trimestre de 2017**

Tipo de Régimen	ENERO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	7.162	28	6.170	86,15%
Contributivo	38.117	15	35.901	94,19%
FEBRERO				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	7.865	30	6.872	87,37%
Contributivo	36.928	15	36.218	98,08%
MARZO				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	8.064	30	7.850	97,35%
Contributivo	26.131	14	26.130	100,00%
TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Registros
	23.091	29	20.892	90,48%
Contributivo	101.176	15	98.249	97,11%
<b>TOTAL</b>	<b>124.267</b>		<b>119.141</b>	<b>95,88%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

La variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los períodos I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el incrementó fue 33,04% y en los períodos IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 se presenta un incremento de 34,35% (ver tabla No.7).

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente entre los periodos I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 el incrementó fue 5,65% y en los períodos IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 se presenta una disminución del 8,17% (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
I de 2016	15.363	15.703	95.769	92.500
IV de 2016	18.569	15.551	110.179	109.512
I de 2017	23.091	20.892	101.176	98.249

Fuente: Elaboración propia del autor

### 3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

A continuación se presentarán las negaciones de servicios médicos por régimen contributivo y régimen subsidiado según las modalidades de atención anteriormente mencionadas:

Como se observa en la Tabla No. 8 la mayor cantidad de negación de servicios médicos del régimen contributivo corresponde a la modalidad en atención ambulatoria, con una participación del 90,40% equivalente a 88.813 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria con un 9,44% equivalentes a 9.275 registros y el restante correspondiente al 0,16% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios, equivalente a 161 registros.

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

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	32.452	23.090	33.271	88.813	90,40%
DOMICILIARIO	17	4	20	41	0,04%

MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
HOSPITALARIO	3.359	3.021	2.895	9.275	9,44%
URGENCIAS	73	15	32	120	0,12%
<b>Total general</b>	<b>35.901</b>	<b>26.130</b>	<b>36.218</b>	<b>98.249</b>	<b>100,00%</b>

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 80,73% equivalentes a 16.866 negaciones, seguido por la modalidad hospitalaria con el 18,95% equivalente a 3.959 registros y el restante correspondiente a 0,32% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios para un total de 67 registros (ver tabla No.9).

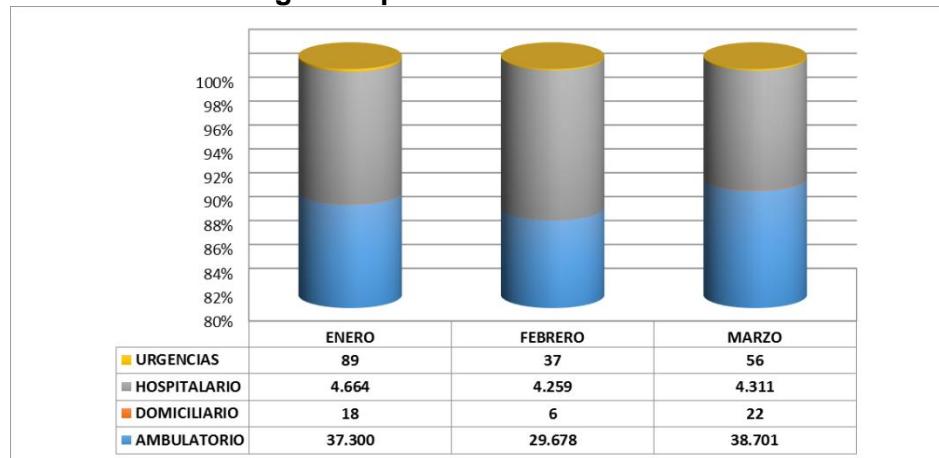
**Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado I trimestre de 2016**

REGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	4.848	6.588	5.430	16.866	80,73%
DOMICILIARIO	1	2	2	5	0,02%
HOSPITALARIO	1.305	1.238	1.416	3.959	18,95%
URGENCIAS	16	22	24	62	0,30%
<b>Total general</b>	<b>6.170</b>	<b>7.850</b>	<b>6.872</b>	<b>20.892</b>	<b>100,00%</b>

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 I trimestre de 2017:

**Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención I trimestre de 2017**

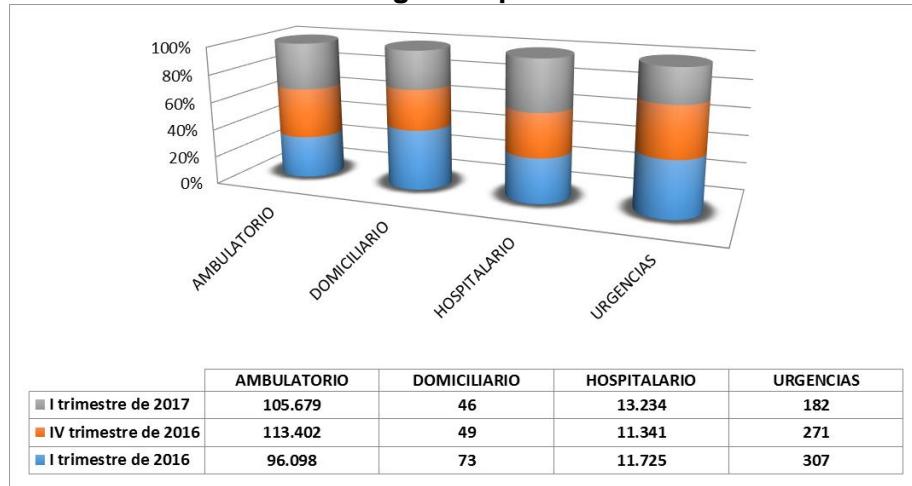


Fuente: Elaboración propia del autor

En la grafica No. 6 se presenta el total de registros validados por las diferentes

modalidades de atención en los períodos I trimestre de 2016, IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017.

**Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención**



Fuente: Elaboración propia del autor

### 3.3 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 permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECTipoServicio en la web.sispro.gov.co.

A continuación se presentarán las negaciones de servicios médicos por régimen contributivo y régimen subsidiado, según los tipos de servicio solicitados anteriormente mencionados:

De los 98.249 registros de negación de servicios médicos correspondientes al régimen contributivo presentados en el I trimestre de 2017, el 79,63% de las negaciones correspondieron a medicamentos lo cual equivale a 78.238 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría procedimientos con una participación del 7,18% correspondiente a 7.056 registros. El 5,53% corresponde a la negación de servicios por insumos y dispositivos médicos equivalente a 5.433 registros, y el 7,66% restante corresponde a la suma de los ítems de actividades, servicios específicos y servicios no financiados con recursos de salud equivalente a 7.522 registros de negaciones (ver tabla 10)

**Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen**

### Contributivo correspondiente al I trimestre de 2017

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
SERVICIO SOLICITADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	718	767	249	1.734	1,76%
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	1.568	1.661	2.204	5.433	5,53%
MEDICAMENTOS	28.542	28.806	20.890	78.238	79,63%
PROCEDIMIENTOS	2.293	2.469	2.294	7.056	7,18%
SERVICIOS ESPECIFICOS	1.857	1.745	292	3.894	3,96%
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	923	770	201	1.894	1,93%
<b>Total general</b>	<b>35.901</b>	<b>36.218</b>	<b>26.130</b>	<b>98.249</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

De los 20.892 registros correspondientes al I trimestre de 2017, el 59,11% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalentes a 12.349 registros. Segundo se encuentra la negación por tipo de servicios correspondiente a servicios específicos con una participación del 13,50% equivalente a 2.821 registros. El 9,16% corresponde a procedimientos equivale a 1.913 registros y el 18,23% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades, servicios específicos y servicios no financiados con recursos de salud equivalente a 3.809 registros (ver tabla No.11).

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

REGIMEN SUBSIDIADO					
SERVICIO SOLICITADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	391	495	284	1.170	5,60%
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	565	639	537	1.741	8,33%
MEDICAMENTOS	3.756	3.843	4.750	12.349	59,11%
PROCEDIMIENTOS	480	588	845	1.913	9,16%
SERVICIOS ESPECIFICOS	746	960	1.115	2.821	13,50%
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	232	347	319	898	4,30%
<b>Total general</b>	<b>6.170</b>	<b>6.872</b>	<b>7.850</b>	<b>20.892</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

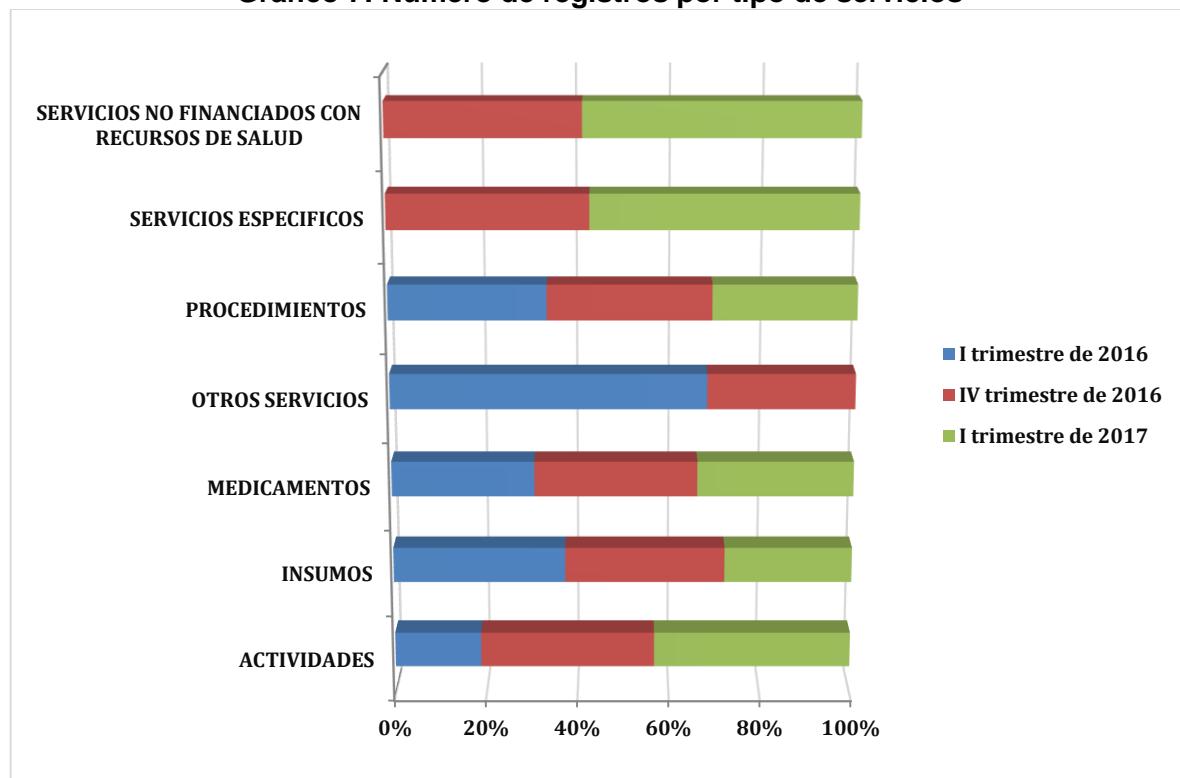
En el grafico No.7 se presenta el total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los periodos: I trimestre de 2016, IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el tipo de servicio o tecnologia en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 73,38%, en

segundo lugar los insumos con el 9.31% y en tercer lugar procedimientos con el 8.97%.

Las variaciones más significativas entre el I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 fueron actividades con un incremento del 129.38% e insumos con una disminución del 25.47%.

La variación más significativa entre el IV trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 fueron servicios no financiados con recursos de salud con un incremento del 41.22% y en segundo lugar insumos con una disminución del 19.68%.

**Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios**



Fuente: Elaboración propia del autor

### 3.4 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 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 I trimestre de 2017 para el régimen contributivo más significativa con un 62,22% equivalente a 61.130 registros corresponde al concepto de negación **NTR**: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y un 37,78% equivalente a 37.119 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  
I trimestre de 2017**

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
CONCEPTO NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
NEG	13.996	14.926	8.197	37.119	37,78%
NTR	21.905	21.292	17.933	61.130	62,22%
<b>Total general</b>	<b>35.901</b>	<b>36.218</b>	<b>26.130</b>	<b>98.249</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

En el régimen subsidiado de las 20.892 negaciones de servicios médicos, el 70,09% equivalente a 14.644 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 29,91% equivalente a 6.248 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  
I trimestre de 2017**

REGIMEN SUBSIDIADO					
CONCEPTO NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
NEG	4.145	5.325	5.174	14.644	70,09%
NTR	2.025	1.547	2.676	6.248	29,91%
<b>Total general</b>	<b>6.170</b>	<b>6.872</b>	<b>7.850</b>	<b>20.892</b>	<b>100,00%</b>

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 un incremento del 10,03% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 y una disminución del 8,51% entre el periodo IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 (ver tabla No.14).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo un incremento del 10,33% entre el I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 y para el periodo IV trimestre de 2016 y I trimestre del 2017 una disminución del 1,62% (ver tabla No.14).

**Tabla 14 Comparativo entre periodos concepto de negación**

I 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	54.009	88,44%	38.401	81,62%	
Subsidiado	7.058	11,56%	8.645	18,38%	
<b>Total</b>	<b>61.067</b>	<b>100,00%</b>	<b>47.046</b>	<b>100,00%</b>	

IV 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	58.977	86,12%	46.607	82,38%	
Subsidiado	9.508	13,88%	9.971	17,62%	
<b>Total</b>	<b>68.485</b>	<b>100,00%</b>	<b>56.578</b>	<b>100,00%</b>	

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%	
<b>Total</b>	<b>67.378</b>	<b>100,00%</b>	<b>51.763</b>	<b>100,00%</b>	

Fuente: Elaboración propia del autor

### 3.5 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 I trimestre de 2017, de las 61.130 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 46,36% equivalente a 28.342 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 27,90% equivalente a 17.056 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 14,06% equivalente a 8.597 registros. (ver tabla 15).

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

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
MOTIVO NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	2.444	2.057	904	5.405	8,84%
C: El usuario presenta período de mora	301	115	161	577	0,94%
E: Traslado entre EPS	1				0,00%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		7		7	0,01%
J. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	188	133	119	440	0,72%
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).	6.238	6.663	4.155	17.056	27,90%
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 )	218	155	201	574	0,94%

MOTIVO NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	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.	90	25	16	131	0,21%
S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	9.157	9.467	9.718	28.342	46,36%
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	3.268	2.670	2.659	8.597	14,06%
	<b>21.905</b>	<b>21.292</b>	<b>17.933</b>	<b>61.130</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presentaran 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 I trimestre de 2017**

<b>M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II resolución 5395 de 2013).</b>				
ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Salud Total - Contributivo	618	677	556	1.851
Nueva EPS	5.620	5.986	3.599	15.205
<b>S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).</b>				
Nueva EPS	9.157	9.467	9.718	28.342
<b>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</b>				
Caja de Compensación Familiar de Huila		2		2
Nueva EPS	3.268	2.668	2.659	8.595

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 34,43% equivalente a 2.151 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 19,62% 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)" equivalente a 1.226 registros y de tercer lugar encontramos con un 15,62% el concepto "S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)" con 976 registros (ver tabla 17).

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

REGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	262	251	226	739	11,83%
C: El usuario presenta período de mora	12	9	5	26	0,42%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		99	160	259	4,15%
J: Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	17	10	16	43	0,69%
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).	366	475	385	1.226	19,62%
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)	870	44	1.237	2.151	34,43%
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.	56	91	41	188	3,01%
S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	300	326	350	976	15,62%
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	142	237	252	631	10,10%
H: La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada		5	4	9	0,14%
	<b>2.025</b>	<b>1.547</b>	<b>2.676</b>	<b>6.248</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presentaran 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 I trimestre de 2017**

<b>M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II resolución 5395 de 2013).</b>				
<b>ENTIDAD</b>	<b>ENERO</b>	<b>FEBRERO</b>	<b>MARZO</b>	<b>TOTAL</b>
Nueva EPS	352	458	368	1.178
Salud Total - Subsidiado	11		10	21
Comparta	3	17	7	27
<b>S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).</b>				
<b>ENTIDAD</b>	<b>ENERO</b>	<b>FEBRERO</b>	<b>MARZO</b>	<b>TOTAL</b>
Nueva EPS	298	322	350	970
Comparta	2	4		6
<b>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</b>				
<b>ENTIDAD</b>				
Confamiliar Huila		23	6	29
Nueva EPS	138	214	246	598
Comparta	4			4

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 la entidades informara el motivo de la negación o la prestación si fue el caso 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 201731000788351.

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

<b>ENTIDAD</b>	<b>ENERO</b>	<b>FEBRERO</b>	<b>MARZO</b>	<b>RADICADO</b>
Nueva EPS	2.703	2.302	1.124	201731000789711
Comparta	3	6	6	201731000789371
<b>Total general</b>	<b>2.706</b>	<b>2.308</b>	<b>1.130</b>	

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 presta

### 3.6 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 I trimestre de 2017 de las 46.607 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), más significativa es “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 el 25,19% equivalente a 9.350 registros, en segundo lugar está el motivo “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 21,09% equivalente a 7.827 registros y en el tercer lugar con el 19,61% está el motivo “Q. No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante” con 7.279 registros. (ver tabla No.20).

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

REGIMEN CONTRIBUTIVO						
MOTIVO DE NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART	
M: El servicio solicitado es cobertura del POS		2		2	0,01%	
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	4.140	3.296	1.914	9.350	25,19%	
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	1.035	3.509	1.666	6.210	16,73%	
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	3.235	2.465	1.579	7.279	19,61%	
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	251	204	120	575	1,55%	

MOTIVO DE NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
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.	1.548	1.494	990	4.032	10,86%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	6		4	10	0,03%
W: Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	1.371	21	14	1.406	3,79%
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)	66	306	56	428	1,15%
Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II resolución 5395 de 2013).	3.274	2.699	1.854	7.827	21,09%
<b>Total general</b>	<b>14.926</b>	<b>13.996</b>	<b>8.197</b>	<b>37.119</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

En el Régimen Subsidiado, de las 14.644 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 19,16% equivalente a 2.806 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 16,84% con 12.466 registros por concepto de “Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II resolución 5395 de 2013)” y el tercer concepto de negación con un 14,85% equivalente a 2.175 registros correspondiente “Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante” (ver tabla No.21).

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

REGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO DE NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
M: El servicio solicitado es cobertura del POS	920	744	410	2.074	14,16%
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	496	427	566	1.489	10,17%
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	949	943	914	2.806	19,16%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	771	320	1.084	2.175	14,85%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente	336	168	406	910	6,21%
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.	206	217	261	684	4,67%
T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		1		1	0,01%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	2		6	8	0,05%
W: Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	4	5	2	11	0,08%

MOTIVO DE NEGACION	ENERO	FEBRERO	MARZO	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)	859	546	615	2.020	13,79%
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).	782	774	910	2.466	16,84%
<b>Total general</b>	<b>5.325</b>	<b>4.145</b>	<b>5.174</b>	<b>14.644</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presentaran 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 - I 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	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Coosalud		75	65	140
Nueva EPS	68	56	36	160
Comfacor	5		2	7
Comfenalco Valle	11	10	4	25
Comfaguajira	4		19	23
Comfamiliar Huila		38	55	93
Cafesalud - Contributivo	14	3	1	18
Compensar		20	6	26
Comparta	195	251	258	704
Salud Total - Subsidiado	38		4	42
Emssanar-Subsidiado	60	88	69	217
Capitalsalud	16	4	4	24
Mutual Ser	293	42	104	439
Capresoca	7	6	1	14

ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
SOS	47	80	28	155
Ecoopsos		6	8	14
Dusakawi	41	113	14	168
Sanitas	487	383	303	1.173
Sura EPS	2.861	442	828	4.131
Coomeva - Contributivo		23	195	218
Salud Total - Contributivo	20	13	3	36
Aliansalud			255	255
Cajacopi	221	169	210	600
Emdisalud	1			1
Comfacundi		56		56
Anas Wayuu	1			1
AIC	9	8	2	19
Cafesalud - Subsidiado	4			4
Mallamas	14	18	23	55
Savia	35	72	80	187
Famisanar-Contributivo		8	2	10
Pijaos Salud			1	1

**Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante**

Coosalud		22	37	59
Nueva EPS	402	79	95	576
Comfacor			5	5
Comfenalco Valle	16	8	8	32
Comfamiliar Huila		13	15	28
Cafesalud - Contributivo	12	10	3	25
Comparta	4	31	14	49
Salud Total - Subsidiado	2		1	3
Emssanar-Subsidiado	107	203	216	526
Mutual Ser	180	414	667	1.261
Capresoca	1	2		3
SOS	18	31	15	64
Ecoopsos		29	14	43
Dusakawi		1		1
Sura EPS	1.988	1.715	435	4.138
Coomeva - Contributivo		1.360	1.012	2.372

ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Salud Total - Contributivo	35	20	3	58
Cajacopi	2	4	5	11
Comfacundi		6		6
Anas Wayuu	3	1		4
AIC			8	8
Cafesalud - Subsidiado	2	4		6
Mallamas	3	8	14	25
Asmet Salud			6	6
Savia	8	45	83	136
Saludvida - Subsidiado			3	3
Famisanar-Contributivo			4	4
Manexka	2			2

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

Coosalud		21	76	97
Nueva EPS	2	20	8	30
Comfacor	14		27	41
Comfenalco Valle	44	21	4	69
Comfamiliar Huila		3	15	18
Compensar		3	5	8
Comparta	156	151	134	441
Emssanar-Subsidiado			1	1
Capitalsalud	104	9	11	124
Mutual Ser	433	576	623	1.632
SOS	7	2		9
Sanitas	1.421		1.248	2.669
Sura EPS	1.210	3.190	573	4.973
Coomeva - Contributivo		10		10
Salud Total - Contributivo	9	5	2	16
Comfacundi		18		18
Anas Wayuu	2	4		6
Convida		1		1
Savia	71	19	35	125
Saludvida - Subsidiado		1	2	3
Pijaos Salud		2		2

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	ENERO	FEBRERO	MARZO	RADICADO
Comfacor	3		9	201731000788961
Comfaguajira			4	201731000789281
Comfacundi		18		201731000789161
Cajacopi	12	5	9	201731000788521
Convida		15		201731000789781
Capresoca	11	8	7	201731000788611
Dusakawi	1			201731000789541
Mallamas		6		201731000789651
Capitalsalud	4	2		201731000788571
Savia	639	822	371	201731000789741
Emssanar-Subsidiado			1	201731000789591
Comparta	76	44	9	201731000789371
<b>TOTAL</b>	<b>746</b>	<b>920</b>	<b>410</b>	

Fuente: Elaboración propia del autor

### 3.7 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 I 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
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
R522	OTRO DOLOR CRONICO
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
I48X	FIBRILACION Y ALETO AURICULAR
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA

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 PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA
I694	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION
E441	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE
I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

Fuente: Elaboración propia del autor

### 3.8 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 I trimestre de 2017, se distribuyen de la siguiente manera:

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

ENTIDAD	REGISTOS ENERO	AFILIADOS	TASA ENERO x10k
AIC	11	442.526	0,25%
Aliansalud	768	206.166	37,25%
Ambuq	5	911.381	0,05%
Anas Wayuu	7	131.273	0,53%
Asmet Salud	21	1.902.990	0,11%
Cafesalud - Contributivo	729	4.103.088	1,78%
Cafesalud - Subsidiado	112	1.043.587	1,07%
Cajacopi	273	679.998	4,01%
Capitalsalud	127	1.142.655	1,11%
Capresoca	36	176.855	2,04%
Comfachoco	10	154.149	0,65%
Comfacor	865	594.430	14,55%
Comfacundi	139	115.959	11,99%
Comfaguajira	4	142.095	0,28%
Comfamiliar Huila	807	515.636	15,65%
Comfaoriente	17	108.364	1,57%
Comfasucre	1	97.514	0,10%
Comfenalco Valle	137	242.772	5,64%
Comparta	690	1.805.357	3,82%
Compensar	231	1.219.070	1,89%
Convida	84	547.053	1,54%

ENTIDAD	REGISTOS ENERO	AFILIADOS	TASA ENERO x10k
Coomeva - Contributivo	1.094	2.662.077	4,11%
Cruz Blanca	13	546.023	0,24%
Dusakawi	43	199.367	2,16%
Ecoopsos	35	298.226	1,17%
Emdisalud	24	461.726	0,52%
Emssanar-Subsidiado	421	1.840.882	2,29%
Famisanar-Contributivo	110	1.762.651	0,62%
Mallamas	17	278.080	0,61%
Manexka	4	211.086	0,19%
Mutual Ser	934	1.361.206	6,86%
Nueva EPS	24.408	3.324.291	73,42%
Salud Total - Contributivo	883	2.301.835	3,84%
Salud Total - Subsidiado	58	93.485	6,20%
Saludvida - Contributivo	40	75.560	5,29%
Saludvida - Subsidiado	190	1.215.255	1,56%
Sanitas	2.972	1.838.206	16,17%
Savia	1.006	1.587.324	6,34%
SOS	272	918.088	2,96%
Sura EPS	7.675	2.405.997	31,90%
Emssanar-Contributivo	6	57.583	1,04%

Fuente: Elaboración propia del autor

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

ENTIDAD	REGISTOS FEBRERO	AFILIADOS	TASA FEBRERO x10k
AIC	20	443.550	0,45%
Aliansalud	704	206.370	34,11%
Ambuq	15	912.711	0,16%
Anas Wayuu	9	131.341	0,69%
Cafesalud - Contributivo	527	4.002.457	1,32%
Cafesalud - Subsidiado	110	1.039.154	1,06%
Cajacopi	223	681.878	3,27%
Capitalsalud	21	1.134.946	0,19%
Capresoca	41	176.752	2,32%
Comfachoco	1	153.909	0,06%
Comfacor	923	593.908	15,54%
Comfacundi	104	117.443	8,86%
Comfaguajira	16	142.444	1,12%
Comfamiliar Huila	216	501.523	4,31%
Comfaoriente	5	109.317	0,46%
Comfenalco Valle	107	241.117	4,44%
Comparta	804	1.796.736	4,47%
Compensar	222	1.251.499	1,77%
Convida	127	544.052	2,33%
Coomeva - Contributivo	1.794	2.629.477	6,82%
Coosalud	320	1.873.725	1,71%
Cruz Blanca	4	543.836	0,07%
Dusakawi	114	199.816	5,71%
Ecoopsos	39	298.413	1,31%
Emdisalud	18	460.822	0,39%
Emssanar-Contributivo	13	58.149	2,24%
Emssanar-Subsidiado	692	1.840.262	3,76%
Famisanar-Contributivo	104	1.758.164	0,59%
Fondo de Pasivo	2	41.785	0,48%
Mallamas	32	296.401	1,08%
Manexka	9	210.836	0,43%

ENTIDAD	REGISTOS FEBRERO	AFILIADOS	TAZA FEBRERO x10k
Mutual Ser	1.076	1.357.957	7,92%
Nueva EPS	23.806	3.319.507	71,72%
Pijao Salud	3	79.395	0,38%
Salud Total - Contributivo	860	2.307.004	3,73%
Salud Total - Subsidiado	36	94.775	3,80%
Saludvida - Contributivo	33	72.770	4,53%
Saludvida - Subsidiado	235	1.209.783	1,94%
Sanitas	2.694	1.856.983	14,51%
Savia	1.308	1.583.397	8,26%
SOS	306	924.160	3,31%
Sura EPS	7.100	2.363.665	30,04%

Fuente: Elaboración propia del autor

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

ENTIDAD	REGISTOS MARZO	AFILIADOS	TAZA MARZO x10k
AIC	17	463.482	0,37%
Aliansalud	337	205.491	16,40%
Ambuq	6	857.784	0,07%
Anas Wayuu	1	175.948	0,06%
Asmet Salud	95	1.915.003	0,50%
Cafesalud - Contributivo	156	3.888.827	0,40%
Cafesalud - Subsidiado	67	1.031.187	0,65%
Cajacopi	291	761.973	3,82%
Capitalsalud	32	1.132.768	0,28%
Capresoca	28	167.771	1,67%
Comfacor	1.202	574.532	20,92%
Comfacundi	126	119.494	10,54%
Comfaguajira	24	215.937	1,11%
Comfamiliar Huila	313	498.348	6,28%
Comfaoriente	8	110.092	0,73%
Comfasucre	3	115.038	0,26%
Comfenalco Valle	41	241.358	1,70%
Comparta	680	1.730.391	3,93%

ENTIDAD	REGISTOS MARZO	AFILIADOS	TASA MARZO x10k
Compensar	62	1.291.335	0,48%
Convida	44	541.497	0,81%
Coomeva - Contributivo	1.282	2.672.348	4,80%
Coosalud	336	1.864.135	1,80%
Cruz Blanca	1	538.794	0,02%
Dusakawi	14	200.419	0,70%
Ecoopsos	34	296.802	1,15%
Emdisalud	40	458.868	0,87%
Emssanar-Contributivo	20	60.225	3,32%
Emssanar-Subsidiado	737	1.840.602	4,00%
Famisanar-Contributivo	72	1.788.823	0,40%
Fondo de Pasivo	1	41.600	0,24%
Mallamas	38	297.965	1,28%
Mutual Ser	1.456	1.469.631	9,91%
Nueva EPS	19.810	3.297.782	60,07%
Pijaos Salud	7	79.263	0,88%
Salud Total - Contributivo	609	2.334.859	2,61%
Salud Total - Subsidiado	20	97.731	2,05%
Saludvida - Contributivo	32	71.650	4,47%
Saludvida - Subsidiado	192	1.201.008	1,60%
Sanitas	2.473	1.883.086	13,13%
Savia	960	1.573.002	6,10%
SOS	125	932.701	1,34%
Sura EPS	2.403	2.463.692	9,75%

Fuente: Elaboración propia del autor

#### 4. CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

En el régimen subsidiado en el I trimestre de 2016 el 94,62% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el I trimestre del 2017 el 86,02% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que hubo una disminución del 9,06% en el reporte.

Con relación al IV trimestre de 2016 el 94,62% de las entidades del régimen subsidiado presentaron información, donde se puede observar una disminución del 9,09% con relación al I trimestre de 2017.

En el régimen contributivo se puede observar que la presentación de la información por parte de las entidades fue constante entre el IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2016, y para el I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el incremento fue del 6,67%.

La variación de registros enviados entre el periodo I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 hubo un incremento del 11,82%, y la variación entre el IV trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 la disminución fue del 3,48%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el incremento fue del 10,11%.

La variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los períodos I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el incrementó fue 33,04% y en los períodos IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 se presenta un incremento de 34,35%.

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente entre los períodos I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 el incrementó fue 5,65% y en los períodos IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 se presenta una disminución del 8,17%.

Con relación a la modalidad en atención la variación más significativa entre el I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 es en Urgencias con una disminución del 40,72% y un incremento del 12,87% en Hospitalización.

Con referente a las variaciones más importantes del IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 es Urgencias con una disminución del 32,84% y un incremento del 16,69% de Hospitalización.

El total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de

servicio solicitado en los periodos: I trimestre de 2016, IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 el tipo de servicio o tecnología en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 73.38%, en segundo lugar los insumos con el 9.31% y en tercer lugar procedimientos con el 8.97%.

La variaciones mas significativas entre el I trimestre de 2016 y I trimestre de 2017 fueron actividades con un incremento del 129.38% e insumos con una disminución del 25,47%.

La variaciones mas significativa entre el IV trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 fueron servicios no financiados con recursos de salud con un incremento del 41,22% y en segundo lugar insumos con una disminución del 19,68%.

Se observa un incremento del 10,03% por Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG entre el I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 y una disminución del 8,51% entre el periodo IV trimestre de 2016 y I trimestre de 2017

Para el caso de Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR tuvo un incremento del 10,33% entre el I trimestre de 2016 y el I trimestre de 2017 y para el periodo IV trimestre de 2016 y I trimestre del 2017 una disminución del 1,62%

La negación de tecnologías en salud incluidas en la causal NTR como NEG son negaciones que podrían llegar a ser ilegítimas cuando se trata de tecnologías incluidas dentro del plan de beneficios. No obstante, es importante analizar cada causal con precaución. Como se mencionó anteriormente la negación es ilegítima cuando es atribuible a problemas administrativos o de coordinación de los entes responsables en la prestación del servicio. Por el contrario es legítima cuando el motivo de la negación es la pertinencia médica o la seguridad del paciente. Este Ministerio ha venido trabajando en incorporar mecanismos de seguimiento para determinar si efectivamente la tecnología cubierta en el plan de beneficios fue suministrada al paciente. De no ser así, se procede a reportar la situación ante la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

**ANEXO No. 1**  
**RELACION DE EPS Y EOC QUE REPORTAN EN EL I TRIMESTRE DE 2017**

Entidad	ENERO	REGISTOS ENERO	FEBRERO	REGISTOS FEBRERO	MARZO	REGISTOS MARZO
AIC	Validación exitosa	11	Validación exitosa	20	Validación exitosa	17
Aliansalud	No paso validación	768	No paso validación	704	Validación exitosa	337
Ambuq	Validación exitosa	5	Validación exitosa	15	Validación exitosa	6
Anas Wayuu	Validación exitosa	7	Validación exitosa	9	Validación exitosa	1
Asmet Salud	Validación exitosa	21	No reportan información	0	Validación exitosa	95
Cafesalud - Contributivo	Validación exitosa	729	Validación exitosa	527	Validación exitosa	156
Cafesalud - Subsidiado	Validación exitosa	112	Validación exitosa	110	Validación exitosa	67
Cajacopi	Validación exitosa	273	Validación exitosa	223	Validación exitosa	291
Capitalsalud	Validación exitosa	127	Validación exitosa	21	Validación exitosa	32
Capresoca	Validación exitosa	34	Validación exitosa	39	Validación exitosa	28
Capresoca - Contributivo	Validación exitosa	2	Validación exitosa	2		
Comfaboy - Subsidiado	No reportan información	0	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0
Comfaboy - Contributivo	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0
Comfachoco	No paso validación	10	Validación exitosa	1	No se presentarón casos	0
Comfacor	Validación exitosa	865	No paso validación	923	Validación exitosa	1.202
Comfacundi	No paso validación	139	Validación exitosa	104	No paso validación	126
Comfaguajira	Validación exitosa	4	No paso validación	16	Validación exitosa	24
Comfamiliar Cartagena	No reportan información	0	No reportan información	0	No reportan información	
Comfamiliar de Nariño	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0
Comfamiliar Huila	No paso validación	807	Validación exitosa	208	Validación exitosa	313
Comfamiliar Huila - Contributivo			Validación exitosa	8		

Entidad	ENERO	REGISTOS ENERO	FEBRERO	REGISTOS FEBRERO	MARZO	REGISTOS MARZO
Comfaoriente	Validación exitosa	17	Validación exitosa	5	Validación exitosa	8
Comfasucre	No paso validación	1	No se presentarón casos	0	No paso validación	3
Comfenalco Valle	Validación exitosa	134	Validación exitosa	98	Validación exitosa	37
Comfenalco Valle	Validación exitosa	3	Validación exitosa	9	Validación exitosa	4
Comparta	Validación exitosa	690	Validación exitosa	804	Validación exitosa	680
Compensar	No paso validación	231	Validación exitosa	220	Validación exitosa	61
Compensar -Subsidiado			Validación exitosa	2	Validación exitosa	1
Convida	Validación exitosa	84	Validación exitosa	127	No paso validación	44
Coomeva - Contributivo	No paso validación	1.094	Validación exitosa	1794	Validación exitosa	1.282
Coomeva - Subsidiado	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0
Coosalud	No reportan información	0	Validación exitosa	320	Validación exitosa	336
Cruz Blanca	No paso validación	13	No paso validación	4	No paso validación	1
Dusakawi	Validación exitosa	43	Validación exitosa	114	Validación exitosa	14
Ecoopssos	No paso validación	35	Validación exitosa	39	Validación exitosa	34
Emdisalud	Validación exitosa	24	No paso validación	18	No paso validación	40
Emssanar-Subsidiado	Validación exitosa	421	Validación exitosa	692	Validación exitosa	737
Emssanar-Contributivo	Validación exitosa	6	Validación exitosa	13	Validación exitosa	20
EPM Departamento Medico	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0	No se presentarón casos	0
Famisanar-Contributivo	No paso validación	110	Validación exitosa	104	Validación exitosa	72
Fondo de Pasivo	No se presentarón casos	0	No paso validación	2	No paso validación	1
Mallamas	Validación exitosa	17	Validación exitosa	32	Validación exitosa	38

Entidad	ENERO	REGISTOS ENERO	FEBRERO	REGISTOS FEBRERO	MARZO	REGISTOS MARZO
Manexka	Validación exitosa	4	Validación exitosa	9	No reportan información	
Mutual Ser	Validación exitosa	918	Validación exitosa	1033	Validación exitosa	1.419
Mutual Ser - Contributivo	Validación exitosa	16	Validación exitosa	43	Validación exitosa	37
Nueva EPS	Validación exitosa	23.176	Validación exitosa	22.418	Validación exitosa	18.486
Nueva EPS	Validación exitosa	1.232	Validación exitosa	1.388	Validación exitosa	1.324
Pijaos Salud	No se presentaron casos	0	Validación exitosa	3	Validación exitosa	7
Salud Total - Contributivo	Validación exitosa	883	Validación exitosa	860	Validación exitosa	609
Salud Total - Subsidiado	Validación exitosa	58	No pasó validación	36	Validación exitosa	20
Saludvida - Contributivo	Validación exitosa	40	Validación exitosa	33	Validación exitosa	32
Saludvida - Subsidiado	Validación exitosa	190	Validación exitosa	235	Validación exitosa	192
Sanitas	Validación exitosa	2.972	Validación exitosa	2.694	Validación exitosa	2.473
Savia	Validación exitosa	1.006	Validación exitosa	1308	Validación exitosa	960
SOS	Validación exitosa	268	Validación exitosa	304	Validación exitosa	124
SOS - Subsidiado	Validación exitosa	4	Validación exitosa	2	Validación exitosa	1
Sura EPS	Validación exitosa	7.675	Validación exitosa	7.100	Validación exitosa	2.403

Fuente: Elaboración propia del autor

En el marco de la resolución 1683 de 2015 se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa. El detalle del comportamiento de las entidades frente a la radicación de los archivos se relaciona a continuación:

- **Validación exitosa:** Entidades que presentaron los archivos y sus dos validaciones pasaron el 100%.
- **No pasó validación:** Entidades que presentaron los archivos y alguna de las dos validaciones no fue el 100% satisfactoria y la entidad no remite las correcciones correspondientes.

- **No presentó casos:** Entidades que remiten el archivo bajo la estructura del anexo técnico correspondiente a la resolución 1683 de 2015 y el registro de control el número total de registros de detalle contenidos en el archivo se presenta en cero (0).
- **No reportan información:** Entidades que no reportan ningún tipo de información, por lo tanto se identifican bajo este concepto.