

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

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

Bogotá D.C., Febrero de 2018

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	6
2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760.....	7
3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD	9
3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	10
3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	11
3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	14
3.2.2. SEXO DEL USUARIO	15
3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	16
3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	18
3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA	19
3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	28
3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES	30
4. ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL.....	33
4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	36
4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	36
4.1.2. SEXO DEL USUARIO	37
4.1.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	38
4.1.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	38
4.1.5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – IV TRIMESTRE DE 2017	39
5. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES).....	39

TABLAS

Tabla 1. Consolidado EPS reportantes IV trimestre 2017	10
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el	11
Tabla 3 Negación de Servicios por Modalidad de Atención IV trimestre de 2017	17
Tabla 4. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al IV trimestre de 2017	18
Tabla 5 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo	20
Tabla 6 . Comparativo entre periodos concepto de negación	20
Tabla 7. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) IV trimestre de 2017	21
Tabla 8. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto	23
Tabla 9. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – IV Trimestre de 2017	23
Tabla 10. Motivos de negación por el CTC (NEG) IV trimestre de 2017	24
Tabla 11. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - IV trimestre de 2017	25
Tabla 12. Entidad que reporta bajo el concepto NEG “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”– IV Trimestre de 2017	27
Tabla 13. Entidad que reporta “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”, bajo el concepto NEG – IV Trimestre de 2017	28
Tabla 14. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)	28
Tabla 15. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG)	29
Tabla 16. Total de registros remitidos por Entidad - periodo octubre de 2017	30
Tabla 17. Total de registros remitidos por Entidad - periodo noviembre de 2017	31
Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo diciembre de 2017	32
Tabla 19. Consolidado Entidades reportantes IV trimestre 2017	33
Tabla 20. Entidades no reportantes en el IV trimestre 2017	33
Tabla 21. Número de Registros reportados por las ET en el	35
Tabla 22. Variación entre el III trimestre de 2017 y el IV trimestre de 2017	35
Tabla 23 Modalidad de Atención - IV trimestre de 2017	38
Tabla 24. Tipo de servicio solicitado correspondiente al IV trimestre de 2017	38
Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario – IV trimestre de 2017	39
Tabla 26. Total prescripciones por EPS – IV trimestre de 2017	41
Tabla 27. Percepción Usuarios MIPRES	43

GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el IV trimestre de 2017	11
Gráfico 2. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 – NEG (Negado por el CTC)	14
Gráfico 3 Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 - NTR..	15
Gráfico 4 Número de Registros reportados por Sexo en el IV trimestre de 2017 - NEG	16
Gráfico 5 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NTR.....	16
Gráfico 6. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR (No tramitado por el CTC) –	17
Gráfico 7. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG (negado por el CTC) - III trimestre de 2017	18
Gráfico 8. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR – IV trimestre de 2017	19
Gráfico 9. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG - IV trimestre de 2017	19
Gráfico 10. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el	37
Gráfico 11 Número de Registros reportados por Sexo en el IV trimestre de 2017	37
Gráfico 12. Número de registros de Prescripción por Tecnología - III trimestre de 2017	40
Gráfico 13. Numero de prescripciones analizadas sobre usuarios contactados	42
Gráfico 14. Percepción de problemas relevantes	42
Gráfico 15. Percepción Usuarios MIPRES	43

GLOSARIO

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

1. ANTECEDENTES

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

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

Posteriormente, la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 profiere los Autos del 13 de julio y 24 de agosto de 2009, relacionados con la orden 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.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como se le ha informado a la Honorable Corte Constitucional este Ministerio ha venido trabajando en el acceso a las tecnologías de salud no cubiertas por el Plan de Beneficios. Por lo cual expidió la Resolución 1328 de 2016 (y sus modificatorias) para propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con cargo a la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información. Dicha Resolución estableció el procedimiento para reportar la prescripción de los mencionados servicios a través de una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y optimizar el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser pagadas por 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 siguientes términos: “Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros”; en este sentido a través de ella se tendrá información en tiempo real y permite la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, provengan de una orden de un profesional de la salud y por lo tanto que su suministro y facturación se han consistentes favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

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/lanexos técnicos – normas/REC Servicios Negados](http://web.sispro.gov.co/lanexos_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 acto administrativo quedó en firme el día 12 de junio de 2017 bajo la Resolución 2064 de 2017, publica en el Diario Oficial 50.263. Esta Dirección convocó a las EPS y Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital a la videoconferencia con el fin de capacitarlas sobre la implementación de la Resolución 2064 de 2017, el día 20 de junio de 2017.

El siguiente reporte estará dividido en tres partes, una primera parte sobre la información presentada por las Entidades Promotoras de Salud que operen el Régimen Subsidiado bajo el Anexo Técnico No. 1, una segunda parte sobre la información presenta por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital bajo el Anexo Técnico No. 2 y la tercera y última parte los resultados obtenidos de MIPRES desde su implementación hasta diciembre de 2017.

3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

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

La información que se presentara a continuación, corresponden al IV trimestre de 2017, de las entidades que pasaron satisfactoriamente el 100% de las dos validaciones indicadas en la Resolución 2064 de 2017 y anteriormente mencionadas en este informe.

3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN

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

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”

Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2017, los resultados son los siguientes (ver tabla No.1):

Tabla 1. Consolidado EPS reportantes IV trimestre 2017

Octubre de 2017			Noviembre de 2017			Diciembre de 2017		
Núm. de entidades habilitadas (CM)	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de entidades habilitadas (CM)	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
41	39	95%	41	39	95%	41	36	88%

Fuente: Información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En el siguiente cuadro se enuncian las EPS que no presentaron información correspondiente al IV trimestre de 2017 en el marco de la Resolución 2064 de 2017. Se informa a la Superintendencia Nacional de Salud para que proceda de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye:

ENTIDAD	MESES QUE NO REPORTO	RADICADO
Ambuq	Diciembre	201831000121741
Asmet Salud	Diciembre	
Comfaboy	Octubre, noviembre y diciembre	
Comfamiliar Cartagena	Octubre, noviembre y diciembre	
Dusakawi	Diciembre	

Fuente: Información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

En la tabla No.2 se presenta el total de registros tipo 2 “Registro de detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico” enviados y validados exitosamente en el IV trimestre de 2017, donde se puede observar que el 93,73% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017 (ver tabla No. 2).

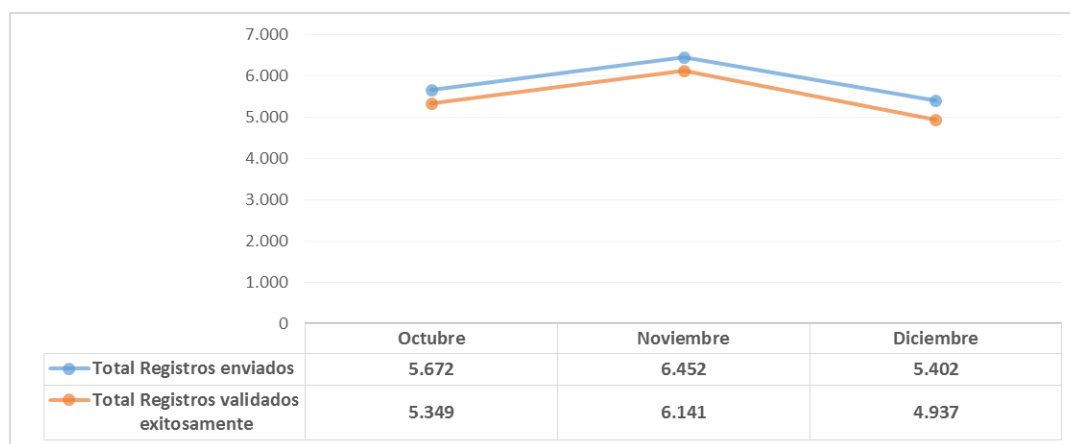
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el IV trimestre de 2017

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Octubre	5.672	5.349	94,31%
Noviembre	6.452	6.141	95,18%
Diciembre	5.402	4.937	91,39%
TOTALES	17.526	16.427	93,73%

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

En el grafico 1, se puede observar un incremento del 13,75% entre el mes de Octubre y Noviembre de 2017 y una disminución del 16,27% entre el mes de Noviembre y Diciembre de 2017 sobre los registros enviados.

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el IV trimestre de 2017



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

En el Anexo No. 3 se remite el estado de cada uno de los archivos remitos por las EPS en el IV trimestre de 2017 (ver Anexo No.1).

3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

- Municipio donde se solicitó el Servicio o tecnología: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les realizó la negación.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les realizó la negación.
- Ámbito de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario,

Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en web.sispro.gov.co

- Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado: Medicamentos, Procedimientos, Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Productos Nutricionales, Servicios Específicos y Servicios no financiados con recursos de salud, los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECTipoServicio en web.sispro.gov.co
- Causal de la negación del servicio: a continuación se presentan las cuales del anexo técnico de la resolución 2064 de 2017 las cuales son las razones de la 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**):

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

	<ul style="list-style-type: none"> Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II Resolución 5395 de 2013).
--	--

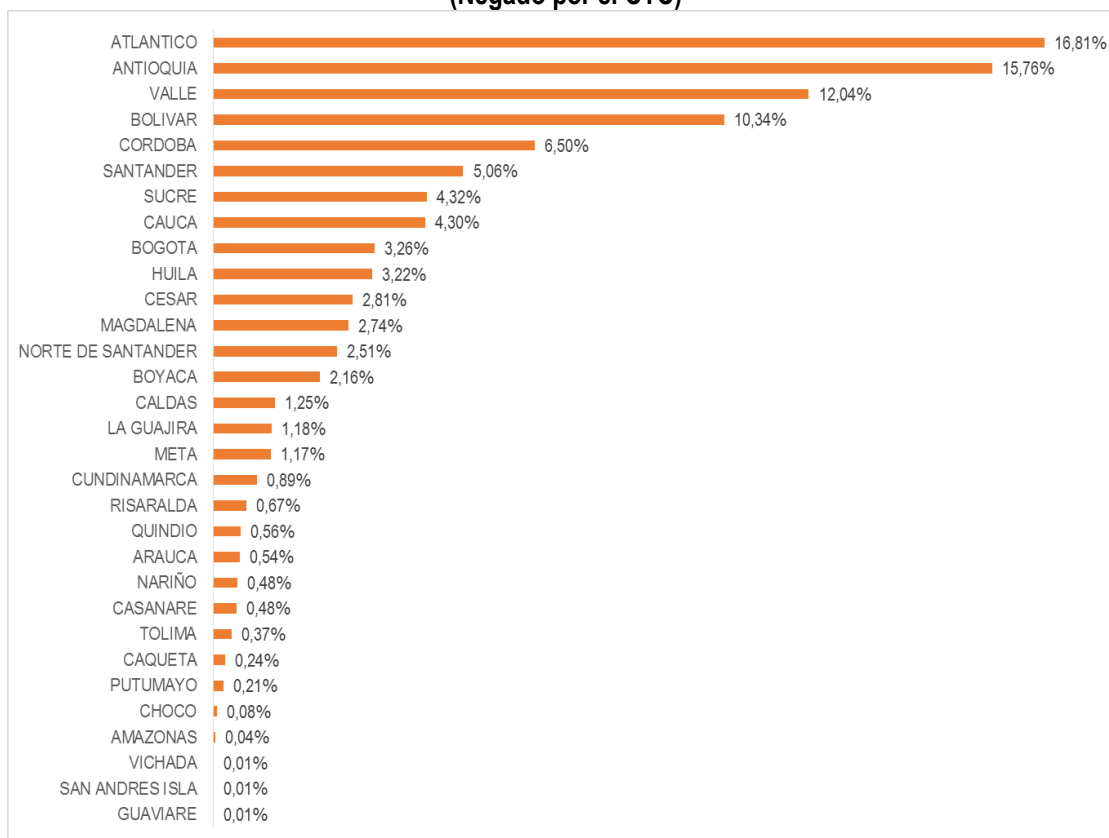
- Servicio según diagnóstico. Se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico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

3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA

De los archivos validados exitosamente, se presentaron 16.427 registros de los cuales el 76,68% corresponde al Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG) y un 23,32% a los Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)

Como se puede observa en el grafico 2, el departamento mas significativo en el reporte de registros de Servicios ordenados por el Médico Tratante Negado por el CTC (NEG) es Atlantico con el 16,81%%, en segundo lugar Valle del Cauca con el 15,76% y en tercer lugar Valle con 12,04%.

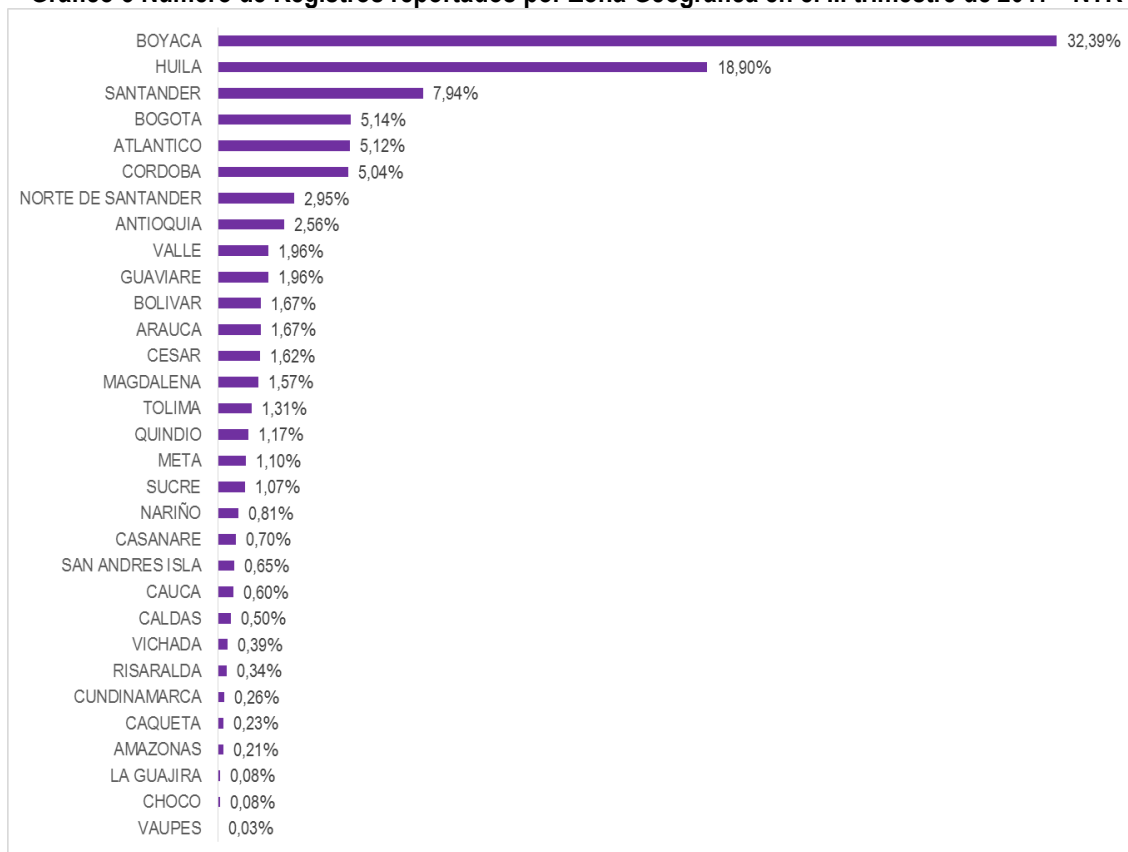
Gráfico 2. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 – NEG (Negado por el CTC)



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

En el Grafico 3, el departamento mas significativo en los registros de Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) es Boyaca con un 32,39%, en segundo lugar Huila con un 18,90% y en tercer lugar Santander con un 7,94%.

Gráfico 3 Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 - NTR

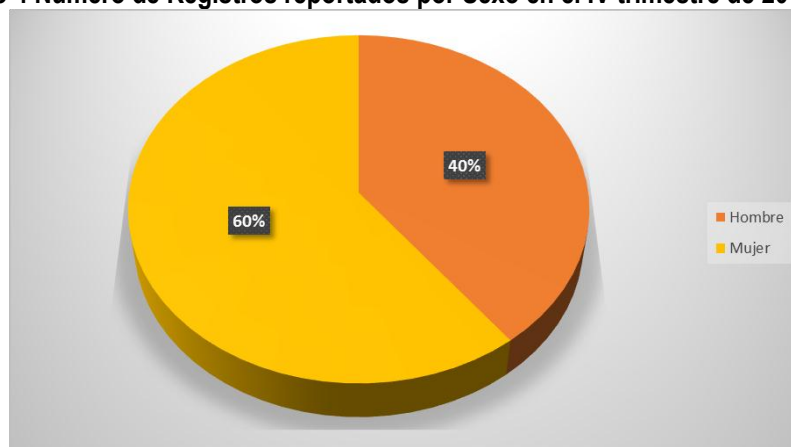


Fuente: Con base en información remitida por EPS– Cálculos: DROASRLP

3.2.2. SEXO DEL USUARIO

En el Grafico 4, se puede observar que la variables sexo mas significativa en los registros de Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) son las Mujeres con un 60% y los hombres con un 40%.

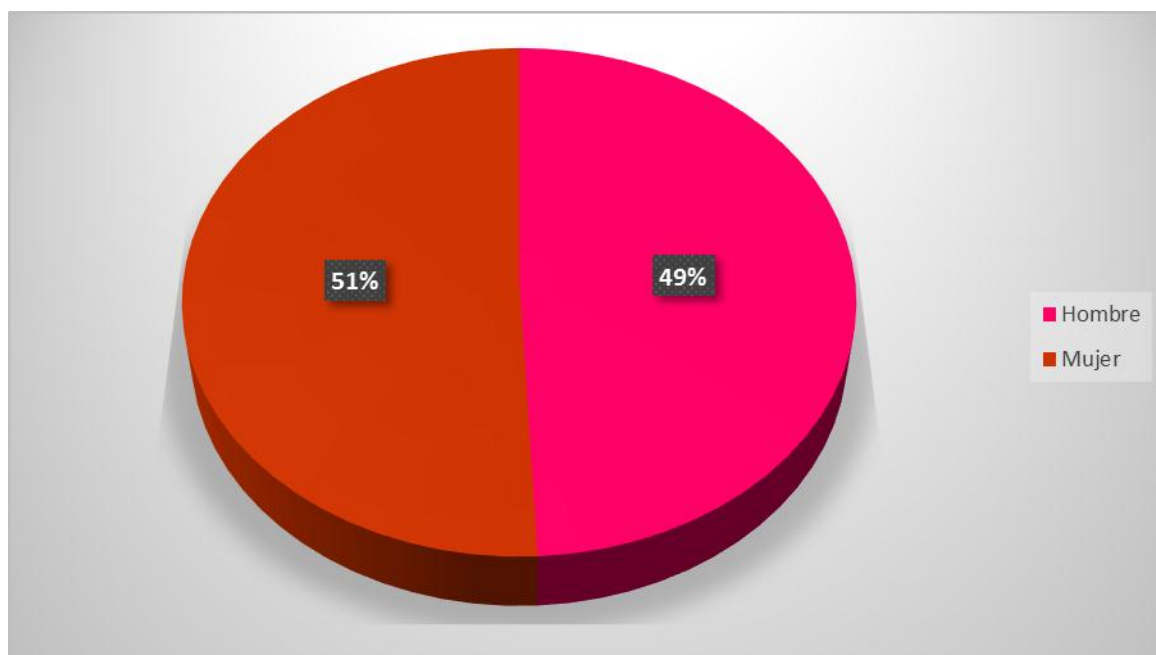
Gráfico 4 Número de Registros reportados por Sexo en el IV trimestre de 2017 - NEG



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

Para el caso Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) es lo contrario, la variable mas significativa es Hombres con un 51% y Mujeres con un 49%.

Gráfico 5 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NTR



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

Donde se puede concluir en el IV trimestre de de 2017 el total de Mujes fue del 51% y el 49% de Hombres registrados en la variable Sexo.

3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN

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

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

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

Como se observa en la Tabla No. 3 la mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención Ambulatoria No priorizado, con una participación del 80,34% equivalente a 13.198 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria Internación con un 15,19% equivalentes a 2.496 registros y el restante correspondiente al 4,46% obedece a los demás ámbitos de atención con un total de 733 registros (ver tabla No.3).

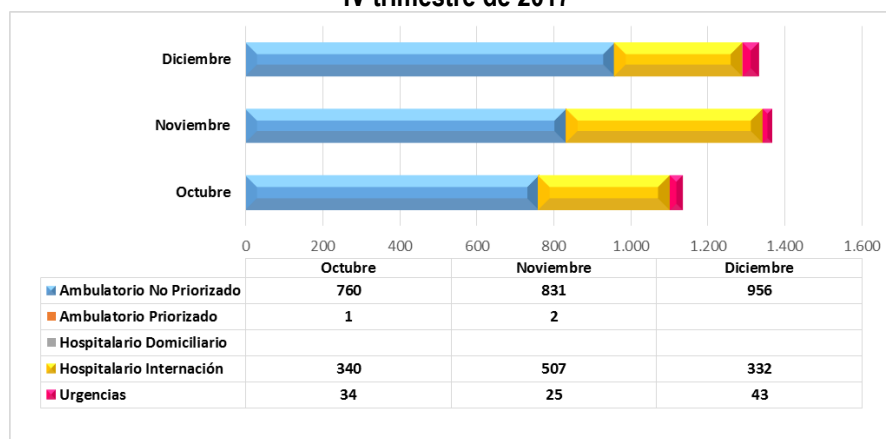
Tabla 3 Negación de Servicios por Modalidad de Atención IV trimestre de 2017

AMBITO DE ATENCION	NEG	% PART	NTR	% PART	TOTAL	% PART
1. Ambulatorio No Priorizado	10.651	84,56%	2.547	66,48%	13.198	80,34%
2. Ambulatorio Priorizado	293	2,33%	3	0,08%	296	1,80%
3. Hospitalario Domiciliario	314	2,49%		0,00%	314	1,91%
4. Hospitalario Internación	1.317	10,46%	1.179	30,78%	2.496	15,19%
5. Urgencias	21	0,17%	102	2,66%	123	0,75%
Total General	12.596	100,00%	3.831	100,00%	16.427	100,00%

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

En el gráfico No. 6 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) en cada uno de los periodos:

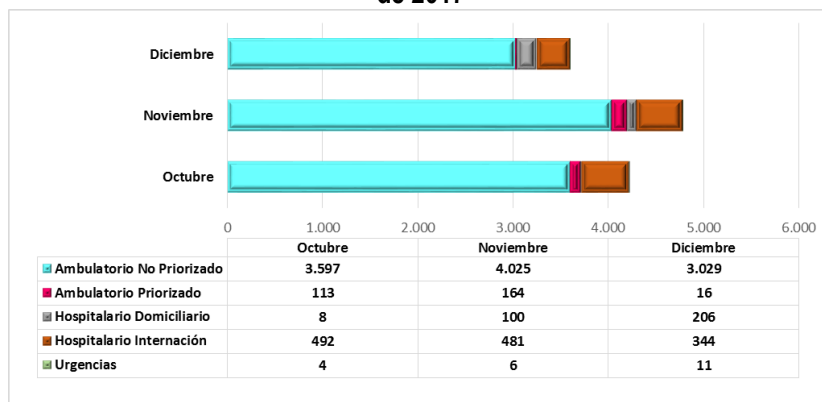
Gráfico 6. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR (No tramitado por el CTC) – IV trimestre de 2017



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

En la grafica No. 7 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG):

Gráfico 7. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG (negado por el CTC) - III trimestre de 2017



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

3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

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

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

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

De los 16.427 registros de negación de servicios médicos correspondientes al IV trimestre de 2017, el 57,90% de las negaciones correspondieron a Medicamentos (M) lo cual equivale a 9.511 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría Procedimientos (P) con una participación del 11,49% correspondiente a 1.887 registros. El 10,66% corresponde a la negación de servicios por Productos Nutricionales (N) equivalente a 1.751 registros, y el 19,95% restante corresponde a la suma de los ítems de Dispositivos (D), Servicios Específicos (S) y Servicios No Financiados con Recursos de Salud (C) equivalente a 3.278 registros de negaciones (ver tabla 4)

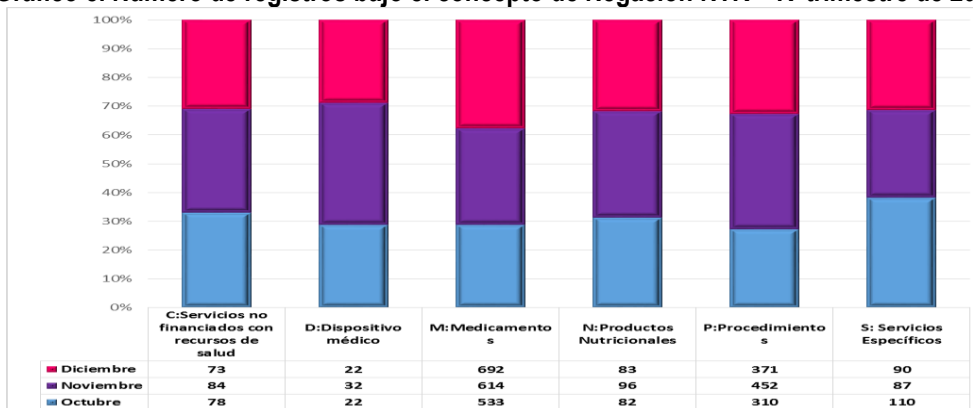
Tabla 4. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al IV trimestre de 2017

TIPO DE SERVICIO	NEG	% PART	NTR	% PART	Total General	% PART
C:Servicios no financiados con recursos de salud	1.178	9,35%	235	6,13%	1.413	8,60%
D:Dispositivo médico	139	1,10%	76	1,98%	215	1,31%
M:Medicamentos	7.672	60,91%	1.839	48,00%	9.511	57,90%
N:Productos Nutricionales	1.490	11,83%	261	6,81%	1.751	10,66%
P:Procedimientos	754	5,99%	1.133	29,57%	1.887	11,49%
S: Servicios Específicos	1.363	10,82%	287	7,49%	1.650	10,04%
Total general	12.596	100,00%	3.831	100,00%	16.427	100,00%

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

En el gráfico No. 8 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) en cada uno de los periodos:

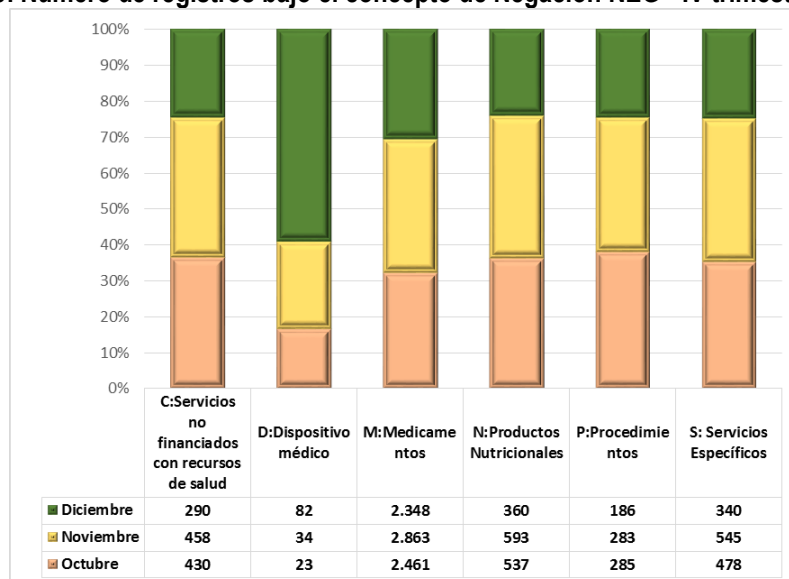
Gráfico 8. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR – IV trimestre de 2017



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

En la grafica No. 9 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG):

Gráfico 9. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG - IV trimestre de 2017



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

3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA

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

- Cuando el usuario solicita el servicio, pero no se encuentra incluido en el Plan de Beneficios. En tal caso se activa el proceso de trámite ante el CTC – Comité Técnico Científico, si el servicio no es autorizado, es un Servicio Negado. El servicio es negado legítimamente por el CTC cuando: De un lado, la decisión se sustenta en la regulación vigente. De otro lado, la decisión se fundamenta en un concepto sólido

apoyado en la Historia Clínica del paciente, científicamente sustentado con las opiniones de expertos en la respectiva especialidad del médico tratante que ordenó el servicio de salud, explicando claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente (T-873 de 2011). Existen una variedad de causas justificadas para que el CTC se abstenga de autorizar el servicio: garantizar la seguridad de paciente (pertinencia médica); prevalencia del interés general (medicamento genérico produce el mismo efecto que el medicamento de marca y no se ha demostrado por el médico tratante ningún efecto adverso en el paciente); sostenibilidad de recursos (cirugías estéticas sin estar conexas a la afectación de ningún órgano funcional), entre otros

- Un Servicio es negado de manera ilegítima, cuando la negación corresponde a cualquier tecnología en salud, es decir cualquier actividad, intervención, insumo, medicamento, dispositivo, servicio y procedimiento usado en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud, que se encuentre cubierta por el Plan de Beneficios, pero cuyo servicio no fue efectivamente prestado.

La vía de negación de servicios correspondiente al IV trimestre de 2017 más significativa con un 76,68% equivalente a 12.596 registros corresponde al concepto de negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y un 23,32% equivalente a 3.831 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.5)

**Tabla 5 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo
IV trimestre de 2017**

Concepto de Negacion	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total General	% PART
NEG	4.214	4.776	3.606	12.596	76,68%
NTR	1.135	1.365	1.331	3.831	23,32%
Total general	5.349	6.141	4.937	16.427	100,00%

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

A continuación, se presenta un comparativo entre periodos, tomando los datos que se tiene de cada periodo, el análisis quedaría un incremento del 26,33% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el IV trimestre de 2016 y el IV trimestre de 2017 con relación al III trimestre de 2017 y IV trimestre de 2017 el incremento fue del 15,87% (ver tabla No.6).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo una disminución del -59,71% entre el IV trimestre de 2016 y el IV trimestre de 2017 y para el periodo III trimestre de 2017 y IV trimestre del 2017, se presentó un incremento del 52,63% (ver tabla No.6).

Tabla 6 . Comparativo entre periodos concepto de negación

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	%
Subsidiado	9.508	48,81%	9.971	51,19%
Total	9.508	48,81%	9.971	51,19%

III TRIMESTRE DE 2017				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	2.510	18,76%	10.871	81,24%
Total	2.510	18,76%	10.871	81,24%

IV TRIMESTRE DE 2017				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	3.831	23,32%	12.596	76,68%
Total	3.831	23,32%	12.596	76,68%

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

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

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

La más significativa es la “5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)” correspondiente al 34,22% equivalente a 1.311 registros en un segundo lugar encontramos “8.La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con un 17,93% equivalente a 687 registros y en tercer lugar “7.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya” correspondiente al 14,25% equivalente a 546 registros (ver tabla 7).

Tabla 7. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) IV trimestre de 2017

Motivo de Negación NTR	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	% PART
1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC	133	165	88	386	10,08%
2. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)	138	128	114	380	9,92%
3. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	7	4	84	95	2,48%
4. Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio		1	2	3	0,08%
5. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)	372	468	471	1.311	34,22%
6. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 Resolución 5395 de 2013)	140	148	135	423	11,04%
7. Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya	155	176	215	546	14,25%
8. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	190	275	222	687	17,93%
Total general	1.135	1.365	1.331	3.831	100,00%

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

A continuación, se presentarán las entidades que registraron negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), más significativas (ver tabla No.8).

Tabla 8. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto NTR más significativas - IV trimestre de 2017

5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)				
ENTIDAD	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
CCF024 - Comfamiliar Huila	9	8	16	33
CCF027 - Comfamiliar de Nariño	10	15	3	28
EPSS02 - Salud Total - Subsidiado	5	4	2	11
EPSS41 - Nueva EPS	335	428	448	1.211
ESS133 - Comparta	13	13	2	28
8. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada				
CCF024 - Comfamiliar Huila	190	275	222	687
7. Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya				
EPSS41 - Nueva EPS	155	176	215	546

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

A continuación se presentan la EPS que reportaron el registro “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” (ver tabla No.9).

Tabla 9. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – IV Trimestre de 2017

1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC				
EPSS41 - Nueva EPS	133	165	88	386

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

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

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

3.2.5.1.2. MOTIVO DE NEGACIÓN POR EL CTC (NEG)

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

En el IV trimestre de 2017 de las 12.596 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), más significativa es “9. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)” con el 20,55% equivalente a 2.589 registros, en segundo lugar está el motivo “4.La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS” con el 16,85% equivalente a 2.122 registros y en el tercer

lugar con el 14,20% está el motivo “5.No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante” con 1.789 registros (ver tabla No.10).

Tabla 10. Motivos de negación por el CTC (NEG) IV trimestre de 2017

Motivo de Negación NEG	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	% PART
1.El servicio solicitado es cobertura del POS	97	80	104	281	2,23%
2.Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)	411	493	202	1.106	8,78%
3.No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país	358	389	393	1.140	9,05%
4.La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS	799	737	586	2.122	16,85%
5.No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	647	682	460	1.789	14,20%
6.No existe riesgo inminente para la vida del paciente	439	536	287	1.262	10,02%
7.El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud.	136	118	164	418	3,32%
8.Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	39	21	38	98	0,78%

9. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II resolución 5395 de 2013).	724	1.085	780	2.589	20,55%
10.Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	252	219	290	761	6,04%
11.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya	312	416	302	1.030	8,18%
Total general	4.214	4.776	3.606	12.596	100,00%

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

A continuación, se presentarán las entidades que registraron negaciones de servicios por NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC**) más significativas (ver tabla No.11).

Tabla 11. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - IV trimestre de 2017

9. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II resolución 5395 de 2013).					
Motivo de Negación NEG	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	% PART
Mutual Ser	292	476	293	1.061	40,98%
Savia	161	148	153	462	17,84%
Comparta	91	167	142	400	15,45%
Sura EPS	92	76	86	254	9,81%
Comfacundi		68	55	123	4,75%
Comfamiliar Huila	44	37	11	92	3,55%
Sanitas	18	15	21	54	2,09%
Mallamas	2	24	3	29	1,12%
Saludvida - Subsidiado		29		29	1,12%
Asmet Salud		19		19	0,73%
AIC	3	4	8	15	0,58%
Capitalsalud	6	5	3	14	0,54%
Cajacopi	2	8	3	13	0,50%
Emssanar-Subsidiado	4	2		6	0,23%
Salud Total - Subsidiado	2	2	1	5	0,19%
Coosalud	5			5	0,19%

Coomeva		2		2	0,08%
Ecoopsos		2		2	0,08%
Comfaguajira	1			1	0,04%
Comfachoco			1	1	0,04%
Nueva EPS	1			1	0,04%
Ambuq		1		1	0,04%

4.La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS

Motivo de Negación NEG	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	% PART
Comparta	217	199	185	601	28,32%
Salud Total - Subsidiado	209	107	34	350	16,49%
Saludvida - Subsidiado	64	94	95	253	11,92%
Cajacopi	115	82	47	244	11,50%
Comfamiliar Huila	39	80	82	201	9,47%
Comfaguajira	20	45	38	103	4,85%
Savia	43	21	19	83	3,91%
Comfacundi		41	35	76	3,58%
Emssanar-Subsidiado	32	27	15	74	3,49%
Mutual Ser	7	20	1	28	1,32%
AIC	5	7	11	23	1,08%
Mallamas	9		14	23	1,08%
Asmet Salud	19	2		21	0,99%
Coosalud	14			14	0,66%
Ecoopsos		3	8	11	0,52%
Capitalsalud	4	3		7	0,33%
Dusakawi		3		3	0,14%
Sura EPS	1	2		3	0,14%
Capresoca	1		1	2	0,09%
Aliansalud			1	1	0,05%
Comfenalco Valle		1		1	0,05%

5.No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante

Motivo de Negación NEG	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	% PART
Mutual Ser	129	285	150	564	31,53%
Saludvida - Subsidiado	158	101	75	334	18,67%
Emssanar-Subsidiado	130	103	44	277	15,48%
Savia	102	62	72	236	13,19%
Comparta	43	34	37	114	6,37%

Comfamiliar Huila	30	18	14	62	3,47%
Coomeva	7	6	47	60	3,35%
Emdisalud		23	4	27	1,51%
AIC	15	2	7	24	1,34%
Mallamas		20		20	1,12%
Capitalsalud	3	10	5	18	1,01%
Coosalud	17			17	0,95%
Nueva EPS		7	5	12	0,67%
Comfaguajira	7			7	0,39%
Cajacopi	1	3		4	0,22%
Asmet Salud	1	3		4	0,22%
Comfacundi		3		3	0,17%
Comfenalco Valle	3			3	0,17%
Medimas	1	1		2	0,11%
Salud Total - Subsidiado		1		1	0,06%

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

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

Tabla 12. Entidad que reporta bajo el concepto NEG “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”- IV Trimestre de 2017

Entidad	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general	% PART
Mallamas		1		1	0,36%
Comfenalco Valle		1		1	0,36%
Capitalsalud	3			3	1,07%
Comfamiliar Huila			4	4	1,42%
Cajacopi	2		2	4	1,42%
SOS		4		4	1,42%
Coomeva		3	3	6	2,14%
Emssanar-Subsidiado		8		8	2,85%
Capresoca	14		8	22	7,83%
Comfacor	15	15	15	45	16,01%
Savia	63	48	72	183	65,12%

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

En el nuevo acto administrado Resolución 2064 de 2017 las entidades que reportan negaciones “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, deben diligenciar el tipo registro 3 del Anexo Técnico No. 1 el cual señala: “REGISTRO TIPO 3 – REGISTRO DE DETALLE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL PLAN DE BENEFICIO ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE A SUS USUARIOS Y NEGADOS POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O POR EL CTC BAJO LA CAUSA “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” EN LOS CONCEPTOS DE NEGACIÓN

NTR (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC) Y NEG (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC)".

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

En la siguiente tabla se podrá evidenciar el resultado de los registros tipo 3 de las negaciones registradas por las EPS con la causal "El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC", cuantas fueron prestadas al usuario, cuantas no se prestaron y la causa de la no prestación; los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co (ver tabla No.13).

Tabla 13. Entidad que reporta "Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC", bajo el concepto NEG – IV Trimestre de 2017

ENTIDAD	PRESTO SERVICIO	NO PRESTO SERVICIO	CAUSA DE NO PRESTACIÓN
Cajacopi	4		
Capitalsalud	3		
Dusakawi		6	4.Presentación no fraccionable (3 Casos) 6.Paciente corresponde a otra EPS (3 Casos)
Savia	88	95	7.No fue posible contactar al paciente (95 Casos)

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

3.2.6. 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 III trimestre del año 2017 (ver tabla No.14).

Tabla 14. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I10X	Hipertensión esencial (primaria)
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
O800	Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice
N40X	Hiperplasia de la próstata
F03X	Demencia , no especificada
R32X	Incontinencia urinaria, no especificada
S099	Traumatismo de la cabeza, no especificado
E440	Desnutrición proteico calórica moderada
S024	Fractura del malar y del hueso maxilar superior

E119	Diabetes mellitus no insulín dependiente, sin mención de complicación
E43X	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada
M350	Síndrome seco [Sj"gren]
G409	Epilepsia, tipo no especificado
I48X	Fibrilación y aleteo auricular
H401	Glaucoma primario de Angulo abierto
H400	Sospecha de glaucoma
C509	Tumor maligno de la mama, parte no especificada
S420	Fractura de la clavícula
I679	Enfermedad cerebrovascular, no especificada
C61X	Tumor maligno de la próstata

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

Tabla 15. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG)

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
R32X	Incontinencia urinaria, no especificada
E440	Desnutrición proteico calórica moderada
I10X	Hipertensión esencial (primaria)
E46X	Desnutrición proteico calórica, no especificada
E43X	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada
E119	Diabetes mellitus no insulín dependiente, sin mención de complicación
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
N40X	Hiperplasia de la próstata
H401	Glaucoma primario de ángulo abierto
M199	Artrosis, no especificada
G800	Parálisis cerebral espástica cuadripléjica
F03X	Demencia , no especificada
H400	Sospecha de glaucoma
I48X	Fibrilación y aleteo auricular
E441	Desnutrición proteico calórica leve
I694	Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico
I872	Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)
J303	Otras rinitis alérgicas
M150	(Osteo)artrosis primaria generalizada
T913	Secuelas de traumatismo de la medula espinal

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

3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES

A continuación, se presenta el total de registros validados exitosamente por cada una de las Entidades Promotoras de Salud, para el IV trimestre de 2017, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 16. Total de registros remitidos por Entidad - periodo octubre de 2017

ENTIDAD	REGISTROS OCTUBRE	AFILIADOS	TASA OCTUBRE x10k
AIC	43	466.326	0,92%
Ambuq	6	830.213	0,07%
Anas Wayuu	5	178.070	0,28%
Asmet Salud	93	1.886.508	0,49%
Medimas	126	1.015.592	1,24%
Cajacopi	147	782.614	1,88%
Capitalsalud	23	1.105.334	0,21%
Capresoca	37	167.526	2,21%
Comfacor	15	558.311	0,27%
Comfaguajira	34	217.203	1,57%
Comfamiliar de Nariño	10	177.965	0,56%
Comfamiliar Huila	358	556.121	6,44%
Comfaorient	5	114.275	0,44%
Comfenalco Valle	5	8.110	6,17%
Comparta	539	1.719.510	3,13%
Coomeva	18	153.162	1,18%
Coosalud	112	1.907.890	0,59%
Emssanar-Subsidiado	610	1.840.934	3,31%
Famisanar-Contributivo	1	92.308	0,11%
Mallamas	13	302.032	0,43%
Mutual Ser	944	1.470.764	6,42%
Nueva EPS	867	942.732	9,20%
Pijaos Salud	4	79.473	0,50%
Salud Total - Subsidiado	230	124.592	18,46%
Saludvida - Subsidiado	387	1.159.042	3,34%
Sanitas	20	21.865	9,15%
Savia	558	1.606.648	3,47%
SOS	1	33.148	0,30%
Sura EPS	138	82.640	16,70%

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

Tabla 17. Total de registros remitidos por Entidad - periodo noviembre de 2017

ENTIDAD	REGISTROS NOVIEMBRE	AFILIADOS	TASA NOVIEMBRE x10k
AIC	25	467.558	0,53%
Ambuq	18	828.590	0,22%
Anas Wayuu	3	178.325	0,17%
Asmet Salud	152	1.882.143	0,81%
Medimas	144	1.013.734	1,42%
Cajacopi	123	793.015	1,55%
Capitalsalud	29	1.104.613	0,26%
Comfacor	15	559.534	0,27%
Comfacundi	129	125.709	10,26%
Comfaguajira	48	217.874	2,20%
Comfamiliar de Nariño	15	178.078	0,84%
Comfamiliar Huila	471	558.548	8,43%
Comfaorient	13	114.859	1,13%
Comfenalco Valle	3	8.149	3,68%
Comparta	597	1.710.415	3,49%
Coomeva	17	155.432	1,09%
Dusakawi	6	195.191	0,31%
Ecoopsos	42	294.309	1,43%
Emdisalud	41	452.702	0,91%
Emssanar-Subsidiado	645	1.834.514	3,52%
Famisanar-Contributivo	2	90.556	0,22%
Mallamas	45	302.841	1,49%
Mutual Ser	1395	1.467.368	9,51%
Nueva EPS	1.034	952.625	10,85%
Salud Total - Subsidiado	130	125.076	10,39%
Saludvida - Subsidiado	395	1.154.294	3,42%
Sanitas	20	22.518	8,88%
Savia	475	1.616.071	2,94%
SOS	4	34.086	1,17%
Sura EPS	105	83.546	12,57%

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

Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo diciembre de 2017

ENTIDAD	REGISTROS DICIEMBRE	AFILIADOS	TASA DICIEMBRE x10k
AIC	36	468.184	0,77%
Aliansalud	1	235	42,55%
Anas Wayuu	4	178.114	0,22%
Medimas	55	1.013.863	0,54%
Cajacopi	88	797.922	1,10%
Capitalsalud	13	1.118.411	0,12%
Capresoca	28	167.742	1,67%
Comfachoco	1	163.926	0,06%
Comfacor	15	559.236	0,27%
Comfacundi	105	126.083	8,33%
Comfaguajira	44	218.853	2,01%
Comfamiliar de Nariño	3	178.106	0,17%
Comfamiliar Huila	403	559.708	7,20%
Comfaoriente	9	115.251	0,78%
Comfenalco Valle	1	8.149	1,23%
Comparta	506	1.709.088	2,96%
Coomeva	66	157.491	4,19%
Ecoopsos	29	294.059	0,99%
Emdisalud	31	453.524	0,68%
Emssanar-Subsidiado	254	1.833.620	1,39%
Famisanar-Contributivo	10	93.586	1,07%
Mallamas	20	303.943	0,66%
Mutual Ser	1.077	1.463.147	7,36%
Nueva EPS	1.066	969.905	10,99%
Pijaos Salud	1	80.233	0,12%
Salud Total - Subsidiado	47	124.469	3,78%
Saludvida - Subsidiado	316	1.147.169	2,75%
Sanitas	24	22.591	10,62%
Savia	546	1.621.346	3,37%
SOS	1	34.275	0,29%
Sura EPS	137	85.151	16,09%

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

ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL

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

Por lo anterior este Ministerio en su Resolución 2064 de 2017, incluye a las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital con la finalidad de ser responsables del reporte del Anexo Técnico No.2 el cual señala “Reporte de información y detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios y aprobados por el Comité Técnico Científico – CTC”.

A continuación se presentara los resultados obtenidos de la información suministrada por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital.

Una vez verificada la información remitida por las Entidades Territoriales, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2017, los resultados son los siguientes (ver tabla No.19):

Tabla 19. Consolidado Entidades reportantes IV trimestre 2017

Octubre de 2017			Noviembre de 2017			Diciembre de 2017		
Núm. de ET	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de ET	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de ET	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
37	20	54%	37	22	59%	37	22	59%

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

En la siguiente tabla se presentara las Entidades que no presentaron información correspondiente al IV trimestre de 2017 en el marco de la Resolución 2064 de 2017

Tabla 20. Entidades no reportantes en el IV trimestre 2017

ENTIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
AMAZONAS	X	X	X
ANTIOQUIA	X		
ATLÁNTICO	X		
ARAUCA			X
BARRANQUILLA	X	X	X
BOYACÁ			X
BUENAVENTURA	X	X	X
CARTAGENA	X	X	X
CAQUETÁ			X
CHOCO	X		
CÓRDOBA	X	X	
CUNDINAMARCA	X	X	X

GUAVIARE	X	X	X
GUAINÍA	X	X	
HUILA			X
LA GUAJIRA	X	X	
META	X		X
NORTE DE SANTANDER	X	X	
SANTA MARTA	X	X	X
SANTANDER	X	X	X
VAUPÉS	X	X	X
VALLE DEL CAUCA		X	
VICHADA		X	X

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

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

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

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

Que se expidieron los comunicados 201731001888791 y 201731001648621 realizando ajustes en las validaciones de los anexos técnicos, por lo que se hace necesario ajustar los anexos técnicos con las especificaciones dadas en cada uno de los comunicados

Teniendo en cuenta la inoportunidad por parte de las entidades territoriales para el cumplimiento de la Resolución 2064 de 2017, se presenta un proyecto de modificatoria a la Resolución 2064 de 2017 con el fin de ampliar los plazos de entrega por parte de las Entidades Territoriales, teniendo en cuenta las dificultades manifestadas por ella para el cargue de la información (ver Anexo No.2).

En la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el link https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_ProyectosRes.aspx, se publica para comentarios y observaciones; los cuales se recibirán desde el 7 al 21 de febrero de 2018.

Inicio
Ministerio
Salud
Protección social
Normativa
Servicios al ciudadano
Transparencia
Centro de comunicaciones

Proyectos de resolución

Ministerio de Salud y Protección Social > Proyectos de resolución

Tipo de Norma

- Boletines jurídicos
- Actos administrativos
- Leyes
- Conceptos
- Notificaciones por aviso
- Defensa legal
- Proyecto de acto administrativo
- Proyectos de decreto
- Proyectos de resolución**
- Normograma

✓	Año	Nombre	Descripción	Temática	Creado
Año : 2018 (2)					
Temática : Protección Social (1)					
2018		Proyecto resolución modificación resolución 2064 de 2017	Por la cual se modifica la Resolución 2064 de 2017 y se dictan otras disposiciones. Los comentarios y observaciones serán recibidos desde el 7 al 21 de febrero de 2018 en los correos electrónicos grodriquez@minsalud.gov.co - bvivi@minsalud.gov.co o en la línea telefónica +57 (1) 3305000 Ext. 1597 – 1582	Protección Social	7 de febrero
Temática : Salud (1)					

En la siguiente tabla se presenta el total de registros enviados y validados exitosamente en el IV trimestre de 2017, donde se puede observar que el 20,25% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del Anexo Técnico No.2 de la Resolución 2064 de 2017 (ver tabla No. 21).

Tabla 21. Número de Registros reportados por las ET en el IV trimestre de 2017

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Octubre	26.078	16.451	63,08%
Noviembre	33.078	21.137	63,90%
Diciembre	19.359	16.555	85,52%
TOTALES	78.515	54.143	68,96%

Fuente: Información remitida por las ET – Cálculos: DROASRLP

En la siguiente tabla se puede observar que el porcentaje de variación de registros enviados entre el III trimestre de 2017 y el IV trimestre de 2017 disminuye en un 5,44% y la variación en los registrados validados exitosamente aumenta en un 31% (ver tabla No.22).

Tabla 22. Variación entre el III trimestre de 2017 y el IV trimestre de 2017

PERIODO	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
III trimestre de 2017	82.790	16.768	20,25%
IV trimestre de 2017	78.515	54.143	68,96%

En el Anexo No.3 se remite el estado de cada uno de los archivos remitos por las Entidades Territoriales en el IV trimestre de 2017.

4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

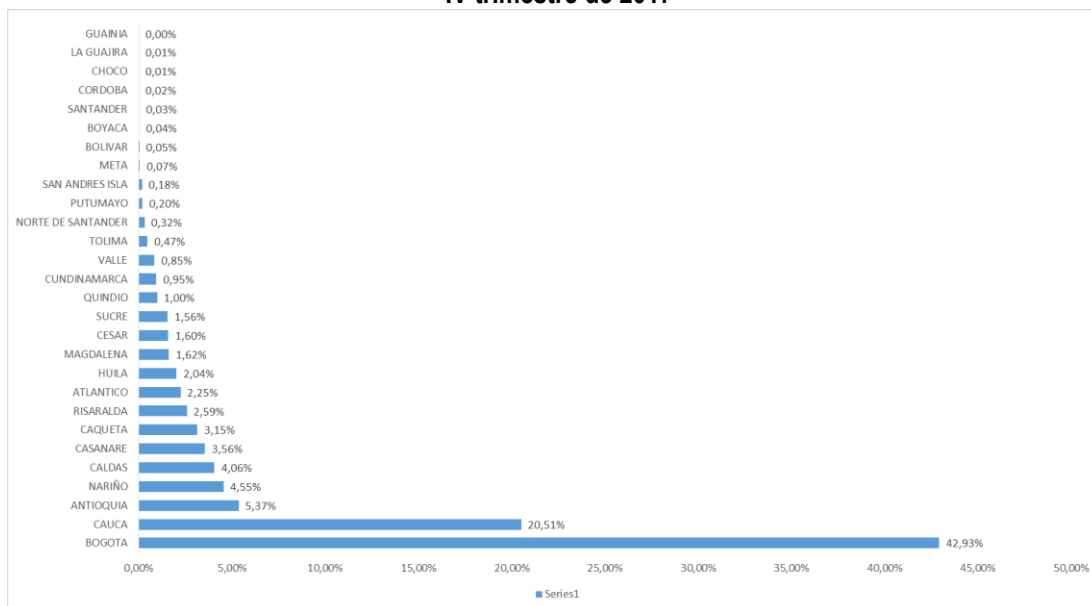
A continuación se identifican los Servicios Médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico y suministrados en el marco del Anexo Técnico No.2 de la Resolución 2064 de 2017:

- Municipio donde se suministró o garantizó el servicio: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les suministro o garantizó el servicio.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les suministro o garantizó el servicio.
- Ámbito de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en web.sispro.gov.co
- Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado: Medicamentos, Procedimientos, Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Productos Nutricionales, Servicios Específicos y Servicios no financiados con recursos de salud, los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECTipoServicio en web.sispro.gov.co
- Causa de no entrega: se presenta las causas de no entrega del servicio o garantía del suministro. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co
- Servicio según diagnóstico. Se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario.

4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA

De los archivos validados exitosamente, se presentaron 54.143 registros de los cuales el 42,93% corresponde al distrito de Bogotá, en segundo lugar con el 20,51% el departamento del Cauca y en tercer lugar con el 5,37% el departamento de Antioquia (ver Grafico 10).

Gráfico 10. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el IV trimestre de 2017

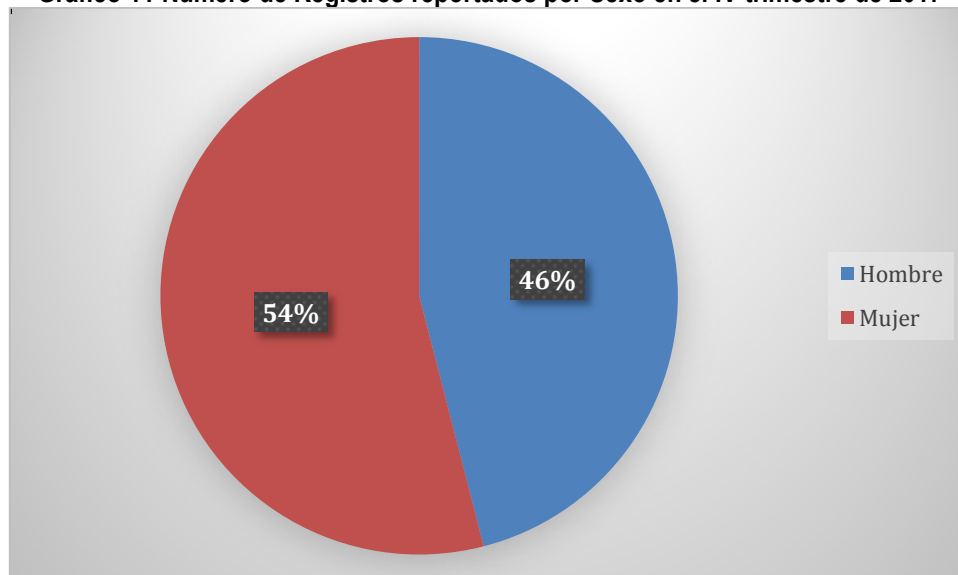


Fuente: Con base en información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

4.1.2. SEXO DEL USUARIO

En el Grafico 11, se puede observar que la variables sexo mas significativa es Mujeres con un 54% y los hombres con un 46%.

Gráfico 11 Número de Registros reportados por Sexo en el IV trimestre de 2017



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

4.1.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN

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

Como se observa en la siguiente tabla la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio corresponde al IV trimestre de 2017 fue la modalidad Ambulatorio No Priorizado con el 51,23%, en segundo lugar la modalidad Ambulatorio Priorizado con el 21,92% y de tercer lugar Hospitalario Internación con el 20,19% (ver tabla No.23).

Tabla 23 Modalidad de Atención - IV trimestre de 2017

ÁMBITO DE ATENCIÓN	TOTAL	% PART
1. Ambulatorio No Priorizado	27.740	51,23%
2. Ambulatorio Priorizado	11.869	21,92%
3. Hospitalario Domiciliario	3.389	6,26%
4. Hospitalario Internación	10.932	20,19%
Total general	54.143	100,00%

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

4.1.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

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

Como se observa en la siguiente tabla la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio corresponde al tipo de servicio solicitado es Medicamento con el 78,73% equivalente a 42.626 registros, le sigue Productos Nutricionales con el 8,91% equivalente a 4.822 registros y en tercer lugar Procedimientos con el 7,67% equivalente a 4.155 registros (ver tabla No.24).

Tabla 24. Tipo de servicio solicitado correspondiente al IV trimestre de 2017

TIPO DE SERVICIO	TOTAL GENERAL	% PART
M: Medicamentos	42.626	78,73%
N: Productos Nutricionales	4.822	8,91%
P: Procedimientos	4.155	7,67%
S: Servicios Específicos	1.170	2,16%
D: Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC	976	1,80%
C: Servicios no financiados con recursos de salud	394	0,73%
Total General	54.143	100,00%

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

4.1.5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – IV TRIMESTRE DE 2017

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 Territoriales de Orden Departamental y Distrital, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el IV trimestre del año 2017 (ver tabla No.25).

Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario – IV trimestre de 2017

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
N40X	Hiperplasia de la próstata
I48X	Fibrilación y aleteo auricular
E46X	Desnutrición proteico calórica, no especificada
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación
R521	Dolor crónico intratable
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación
E43X	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada
I10X	Hipertensión esencial (primaria)
E440	Desnutrición proteico calórica moderada
J459	Asma, no especificado
R522	Otro dolor crónico
J960	Insuficiencia respiratoria aguda
R32X	Incontinencia urinaria, no especificada
C61X	Tumor maligno de la próstata
K590	Constipación
N180	Insuficiencia renal terminal
J304	Rinitis alérgica, no especificada
J450	Asma predominantemente alérgica

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

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

En esta sección se presenta los resultados sobre las prescripciones y el suministro de tecnologías en salud, correspondiente al IV Trimestre de 2017.

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

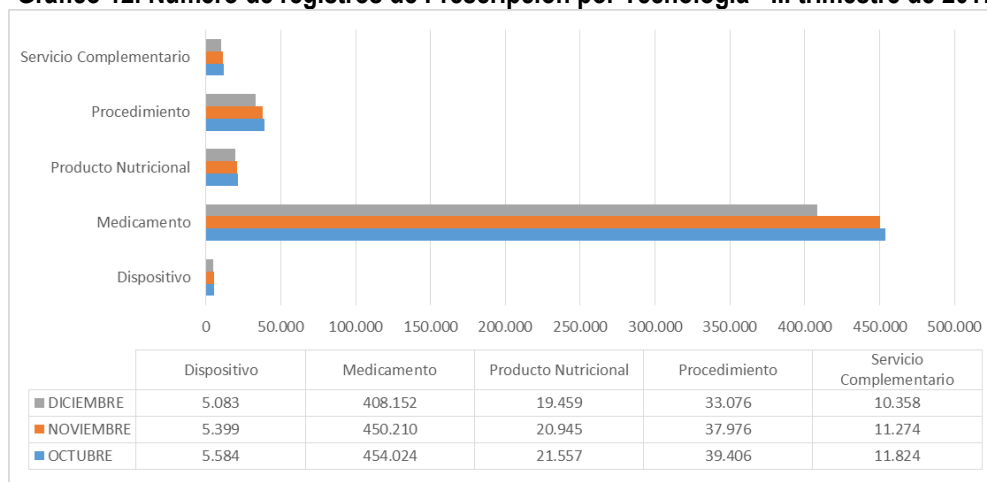
este conjunto de prestaciones, el profesional de la salud, en ejercicio de su autonomía médica es quien determina esta necesidad, teniendo en cuenta la previa utilización del conjunto de tecnologías de salud garantizadas por el mecanismo de protección colectiva, financiadas con cargo a la Unidad de Pago 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 IV trimestre de 2017, se han prescrito 1.534.327 servicios o tecnologías en salud, de las cuales el 85,53% corresponden a medicamentos, el 7,20% a procedimientos, el 4,04% a productos nutricionales, el 2,18% a servicios complementarios y el 1,05% a dispositivos médicos (ver grafica No.12)

Gráfico 12. Número de registros de Prescripción por Tecnología - III trimestre de 2017



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

En la siguiente tabla se presenta el total de prescripciones que realizaron las EPS en el IV trimestre de 2017.

Tabla 26. Total prescripciones por EPS – IV trimestre de 2017

EPS	TOTAL PRESCRIPCIONES	EPS	TOTAL PRESCRIPCIONES
NUEVA EPS	382.582	ASMETSALUD	487
SURA	198.191	MUTUAL SER	318
E.P.S. SANITAS	129.680	COMPARTA	228
COOMEVA E.P.S. S.A.	120.230	AMBUQ	128
SALUD TOTAL	99.771	CAPITAL SALUD	116
FAMISANAR	89.558	CAJACOPI	105
MEDIMAS	88.274	COMFAMILIAR HUILA	73
COMPENSAR E.P.S.	75.498	CONVIDA	53
S.O.S. S.A.	42.278	EMDISALUD	39
COMFENALCO VALLE	18.849	AIC	35
ALIANSA E.P.S.	16.387	FONDO PASIVO	35
CRUZ BLANCA E.P.S.	14.085	COMFAMILIAR NARIÑO	31
EPM	2.361	MALLAMAS	22
SALUDVIDA	1.170	PIJAOS SALUD	13
EMSSANAR	721	CAPRESOCA	11
SAVIA SALUD	662	COMFACUNDI	5
COOSALUD	546	COMFACOR	3
ECOOPSOS	3	COMFACHOCO	1

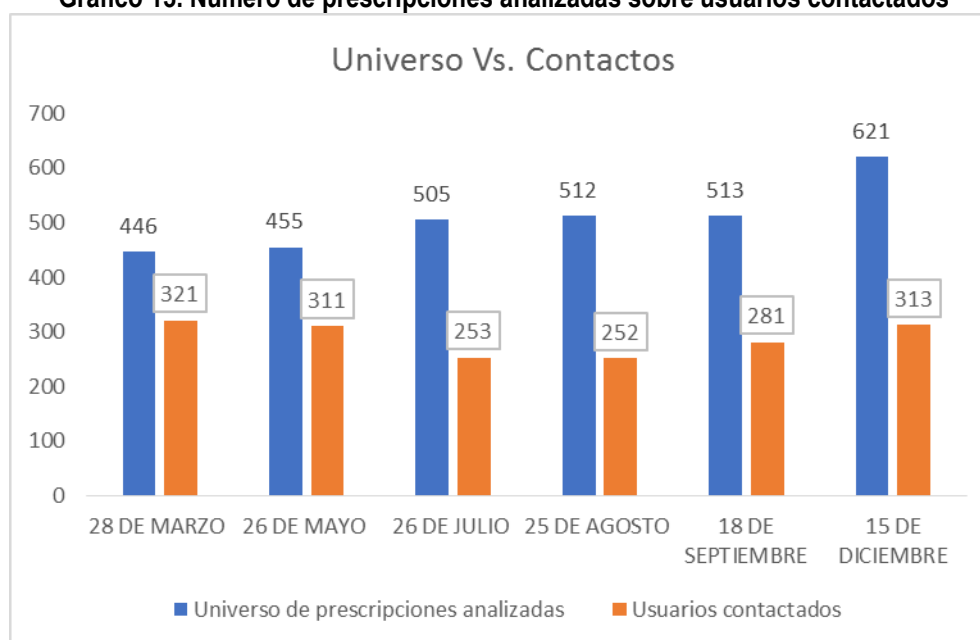
Fuente: Información entregada por la OTIC MINSALUD - Cálculos: DROASRLP

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

A la fecha se han realizado seis (6) encuestas, donde la primera se realizó el 28 de marzo de 2017, momento en el cual se culminaba la fase de adaptación de uso opcional del aplicativo MIPRES, por lo que las cifras de dicha encuesta únicamente se tomaron como parte de un ejercicio de retroalimentación con las EPS en las socializaciones realizadas por el Ministerio, para mostrarles los problemas que señalaron los usuarios y las incidencias que se registraron con ejemplos de prescripciones, la segunda se realizó el 26 de mayo de 2017, la tercera el 26 de julio de 2017, la cuarta el 25 de agosto de 2017, la quinta el 18 de Septiembre de 2017 y la última el 15 de diciembre de 2017.

Para la sexta encuesta la muestra fue de 621 prescripciones correspondientes al mismo número de usuarios únicos. A estas personas se les contactó telefónicamente en todo el país el día 15 de diciembre 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, el total de usuarios contactados fue de 313 (ver Gráfica No.13).

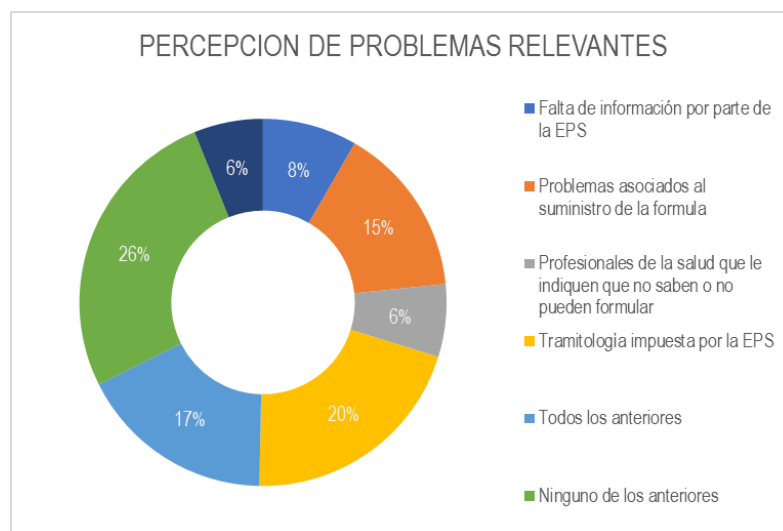
Gráfico 13. Numero de prescripciones analizadas sobre usuarios contactados



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

En la siguiente grafica se presenta el resultado de la sexta (6) encuesta sobre la percepción de problemas relevantes (ver Gráfico No. 14)

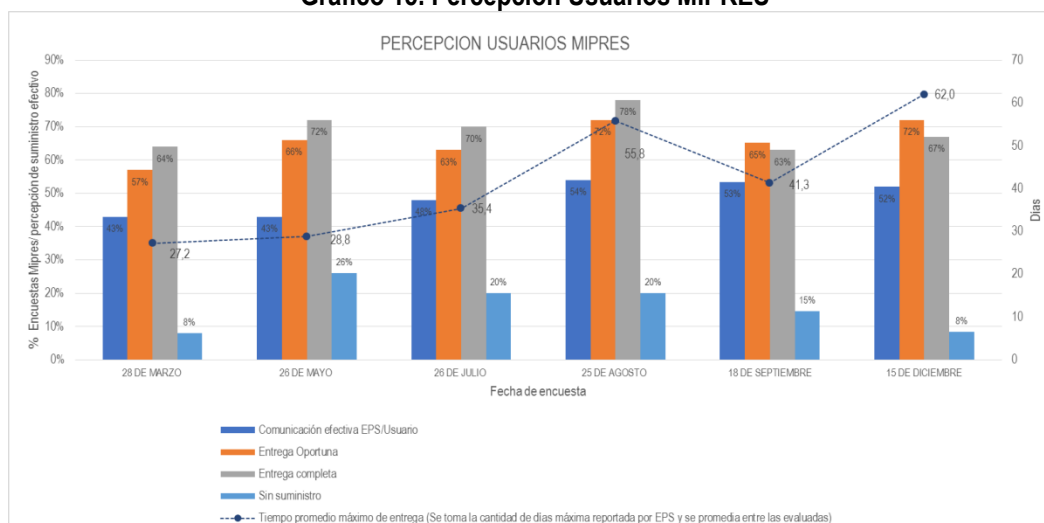
Gráfico 14. Percepción de problemas relevantes



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

En la siguiente grafica se presenta la percepción de los usuarios de MIPRES (ver Gráfico No.15)

Gráfico 15. Percepción Usuarios MIPRES



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

Como se observa en la gráfica anterior en la contactabilidad EPS/Usuario se presenta un incremento de 10 puntos entre la primera encuesta realizada el 28 de marzo de 2017 con la quinta encuestas realizada el 18 de septiembre de 2017, con relación a la entrega oportuna se presenta un incremento de 8 puntos, en el caso de entrega incompleta hay una disminución de 20 puntos entre la primera y quinta encuesta.

Tabla 27. Percepción Usuarios MIPRES

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

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

Fuente: Con base en información remitida por ADRES

El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con ADRES vienen realizando reuniones con las EPS con el fin de realizar el seguimiento al reporte de suministro de MIPRES, adicionalmente cada una de las entidades se les solicita que envíen con anticipación el cuestionario de inquietudes o dificultades para el diligenciamiento del suministro de Tecnologías no Cubiertas por el Plan de Beneficios relacionado con la herramienta MIPRES, en las reuniones se ha podido evidenciar:

- Existe inoportunidad o no entrega del reporte por parte de las IPS, motivo por el cual EPS no puede cargar en un 100% el registro de Suministro.
- Las EPS disponen para el reporte de la información del suministro de los Servicios y/o Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que se obtengan del registro en el Aplicativo para el Reporte de Prescripción/Orden de Servicios y Tecnologías en Salud sin Cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – MIPRES, a través del estándar JSON. Lo cual no todas las EPS han ajustado su Sistema de Información para cumplir con ese requerimiento
- Se realiza actualización de las tablas aplicadas a la Plataforma MIPRES, para casos en los cuales se detecta necesidad, tales como la no entrega de tecnologías en salud por la no aprobación de la junta de profesionales, cuando esta aplica.
- Problemas de estabilidad en la conexión por parte del asegurador.
- Se evidencian errores en la creación de los medios magnéticos por parte del asegurador, los cuales se han generado problemas en el reporte, toda vez que se han implementado validaciones de calidad del dato para ser incluido en las bases de datos, con lo cual se asegura la calidad del dato.
- En la mayoría de reuniones adelantadas, los aseguradores indican datos de suministro superiores a los registrados en la plataforma MIPRES, los cuales señalan se encuentran en este momento en proceso de cargue para cumplir con la obligación de suministro.
- Con base en lo anterior, se vienen adelantando análisis de la información y reuniones periódicas con los diferentes aseguradores, a fin de poder recibir las dificultades y hacer un seguimiento a las dificultades que presentan los diferentes actores del sistema.
- De otra parte, se genera en la actualidad un análisis para ser socializado con los aseguradores en el que se les informa de la cantidad de registros de tecnologías prescritas pendientes por diligenciar en la plataforma, así como de las juntas medicas pendientes por cerrar en el sistema, en el cual se exige un plan de trabajo que indique la fecha de compromiso de diligenciamiento de los datos pendientes por diligenciar; dicha comunicación será copiada a la Superintendencia de Salud para que como ente de inspección vigilancia y control acompañe la gestión.

Se anexa programación de citación de las reuniones anteriormente mencionada a la EPS y a la Superintendencia Nacional de Salud (ver Anexo No.4).

CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

- La implementación de MIPRES elimina el trámite de autorización ante el Comité Técnico Científico, previendo unas mejores condiciones para el acceso a los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC en primera instancia para el régimen contributivo. Dado lo anterior, en este informe se presentó los resultados de la plataforma en el régimen contributivo correspondiente al IV trimestre de 2017.
- Con relación al régimen subsidiado este Ministerio está adelantado las pruebas pilotos de MIPRES, el proyecto de Resolución se dispuso para comentarios y sugerencias en el portal de este Ministerio en el siguiente link https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_ProyectosRes.aspx
- Una vez implementada 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, se hace necesario una modificatoria con el fin de ampliar los plazos de envío por parte de las Entidades. , el proyecto de Resolución se dispuso para comentarios y sugerencias en el portal de este Ministerio en el siguiente link https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Proyecto%20resoluci%C3%B3n%20modificaci%C3%B3n%20resoluci%C3%B3n%202064%20de%202017.pdf
- El reporte por parte de las EPS es de un 95%, mientras el reporte por parte de la Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital es de un 54%.
- La modalidad de atención más significativas con el 80,34% reportada por las EPS en el marco de la Resolución 2064 de 2017 es la modalidad Ambulatoria No priorizado. Con relación a lo servicios solicitados el 57,90% 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 76,68%.