

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

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

Bogotá D.C., Febrero 23 de 2016

## CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	5
2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	10
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	17
3.1 TIPO DE RÉGIMEN.....	19
3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN.....	21
3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO .....	23
3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA .....	25
3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG) .....	34
3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	38
4. CONCLUSIONES .....	45

## TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo octubre a diciembre de 2015.....	12
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud .....	14
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el.....	15
Tabla 4. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen III Trimestre de 2015 .....	19
Tabla 5.Total de registros enviados y validados por régimen .....	20
Tabla 6. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo .....	21
Tabla 7. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado	21
Tabla 8. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo .....	23
Tabla 9. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado .....	24
Tabla 10. Entidades a reportar información Auto 411 de 2015 – Cobertura POS .....	26
Tabla 11 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo .....	28
Tabla 12. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado .....	28
Tabla 13 Total de negaciones en el trimestre y por régimen.....	28
Tabla 14. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo) .....	31
Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos .....	32
Tabla 16. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Subsidiado).....	32
Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos .....	33
Tabla 18. Entidades que reportan “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo octubre a diciembre de 2015 .....	33
Tabla 19. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo .....	34
Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo .....	35
Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado .....	36
Tabla 22. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo .....	37
Tabla 23. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo .....	38
Tabla 24. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado.....	39
Tabla 25. Total de registros remitidos por Entidad - periodo octubre de 2015.....	40
Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo noviembre de 2015... <td>41</td>	41
Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad en periodo - diciembre de 2015 .....	43

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen subsidiado .....	14
Gráfico 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen contributivo .....	15
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo octubre a diciembre de 2015.....	16
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente .....	16
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención periodo IV trimestre de 2015.....	22
Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención .....	23
Gráfico 7, Número de registros por tipo de servicios en el IV trimestre de 2015 ....	24
Gráfico 8: Número de registros por tipo de servicios .....	25
Gráfico 9. Vía de la Negación de Servicio Régimen Subsidiado .....	29
Gráfico 10. Vía de la Negación de Servicio Régimen Contributivo .....	30
Gráfico 11. El servicios solicitado es cobertura del POS (NTR) .....	33
Gráfico 12. El servicios solicitado es cobertura del POS (NEG) .....	37

## 1. ANTECEDENTES

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

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

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

Luego, a través del Auto 043 de 2012, la Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 señala que el formulario para el Registro de Negación de Servicios adoptado a través de la Resolución 163 de 2011, presenta falencias, por lo que el Ministerio, mediante la Resolución 744 de 2012<sup>4</sup>, adoptó un nuevo formulario que registra la información conforme 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.

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

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

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

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

Es importante mencionar que 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 períodos pendientes y otras no reportaban.

Además, la mayoría de los reportes no pasaban la malla validadora por errores de estructura y/o contenido, lo que ocasionó nuevos requerimientos, deficiencias en la oportunidad de entrega e ineffectividad en el método de verificación de la información.

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

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

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

En el marco de la Resolución 1683 de 2015 este Ministerio pone a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud y Defensoría del Pueblo un acceso al FTP del Ministerio donde se coloca 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 archivos.

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

Se le informó a las entidades en la capacitación los tiempos del proceso, entre los que debe considerar que los primeros ocho días calendario de cada mes deberán cargarse los archivos por medio de la plataforma PISIS. Posteriormente, la plataforma realiza la primera validación correspondiente a la revisión de la estructura de los datos señalada en el anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 y la codificación correspondiente a CUM, CUPS y CIE-10 y se informa el estado de la recepción al reporte.

Los archivos validados exitosamente en la primera validación por PISIS son colocados en el sftp asignado a la Dirección de la Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, a los dos días hábiles de terminado el plazo de entrega de las EPS y EOC, se realiza la segunda validación la cual tiene como finalidad el control de calidad de contenido:

- Si en el campo 7 “Tipo de servicio solicitado” se diligencio “M” (Medicamentos) campo 8 “Código del medicamento” debe venir diligenciado, campo 9 “Código de procedimiento” y campo 10 “Código del servicio solicitado”, deben venir vacíos
- Si en el campo 7 “Tipo de servicio solicitado” se diligencio “P” (Procedimientos) campo 9 “Código de procedimiento” debe venir diligenciado, campo 8 “Código del medicamento” y campo 10 “Código del servicio solicitado”, deben venir vacíos.
- Si en el campo 7 2Tipo de servicio solicitado” se diligencio “I” (Insumos y dispositivos médicos) campo 9 “Código de procedimiento” y campo 8 “Código del medicamento” deben venir vacíos y campo 10 “Código del servicio solicitado” deben venir diligenciado con el numero “3” (Insumos y dispositivos médicos).
- Si en el campo 7 “Tipo de servicio solicitado” se diligencio “A” (Actividades) campo 9 “Código de procedimiento” y campo 8 “Código del medicamento” deben venir vacíos y campo 10 “Código del servicio solicitado” deben venir diligenciado con el número “4”(Actividades).

- Si en el campo 7 “Tipo de servicio solicitado” se diligencio “O” (Otros servicios) campo 9 “Código de procedimiento” y campo 8 “Código del medicamento” deben venir vacíos y campo 10 “Código del servicio solicitado” deben venir diligenciado con el numero “5 “ (Otros servicios).
- Si en el campo 14 “Concepto de negación del servicio o tecnología” se diligencio “NTR” se diligencia el campo 15 “Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)” y si en el campo 15 se escogió la opción “I” (Otros motivos) se diligencia el campo 16 “Descripción del motivo otros para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)” de lo contrario deberá venir vacío el campo 16.
- Los campos 17 al 20 deberá venir vacíos si en el campo 14 “Concepto de negación del servicio o tecnología” se diligencio “NTR” .
- Si en el campo 14 “Concepto de negación del servicio o tecnología” se diligencio “NEG” se diligencia el campo 17 “Motivos de negación por el CTC (NEG)” y si en el campo 17 se escogió la opción “VI” (Otros motivos) se diligencia el campo 18 “Descripción otros motivos de negación por el CTC (NEG)” de lo contrario deberá venir vacío el campo 18.
- Los campos 19 “Número del Acta de CTC (NEG)” y campo 20 “Fecha de realización del CTC (NEG)” deberán venir diligenciado.
- El campo 20 “Fecha de realización del CTC (NEG)” deberá ser una fecha posterior a la solicitud del servicio.

Una vez realizada la segunda validación se le informa a las entidades el resultado de la misma por medio del correo electrónico registrado en la plataforma PISIS, para aquellas entidades cuya validación no fue exitosa, se remite el archivo validado y el archivo que muestra en qué línea está el error, para su respectiva corrección y cargue en dos días calendario siguientes.

Nuevamente se realizan las dos validaciones explicadas y aquellos archivos que pasen la segunda validación se utilizan como insumo para el presente informe, el cual recoge y contextualiza los principales resultados obtenidos de la información remitida por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar.

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social está realizando el estudio de los ajustes pertinentes al registro en cumplimiento a lo ordenado en el Auto 411 de 2015, el cual expondrá en la reunión técnica que se realizará con la Corte Constitucional en el mes de Febrero de 2016.

El Ministerio de Salud y Protección Social coloco a disposición de los ciudadanos en su página web un sitio donde se puede hacer seguimiento al Auto 411 de 2015, <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/sentencia-760-.aspx> en ese link los ciudadanos tendrán acceso a este informe en cumplimiento de lo ordenado en el Auto 411 de 2015.

## 2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN

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

PISIS Cliente es una aplicación de escritorio (desarrollada para ser utilizada en el sistema operativo Microsoft Windows) cuyo objeto es facilitar a las entidades reportadoras de información al Ministerio de Salud y Protección Social el envío de sus archivos de acuerdo con las condiciones especificadas en los anexos técnicos, que rijan el intercambio de dichos datos, a fin de cumplir con sus requerimientos y condiciones de calidad de datos, tiempos de reporte, seguimiento y control que sean considerados.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) internamente procesa los datos recibidos y notifica a las entidades reportadoras el resultado obtenido para su corrección, revisión y posterior aceptación al igual que notificar la falta de datos cuando no sean reportados.

De forma automática, cada vez que se ingrese a PISIS Cliente Neo se recibe las actualizaciones que llegue a tener la aplicación y deberá contar con una conexión a Internet.

Cada una de las entidades tiene acceso al módulo de Validación y Envío de Archivos:

Modulo donde se encontrará:

- Información de sesión: muestra los datos del usuario, junto el email inscripto en PISIS, el nombre de la entidad y el email de contacto de la entidad. Incluye un enlace donde podrá cerrar la aplicación dando click en “Cerrar sesión”. También puede cerrar sesión simplemente cerrando la ventana.
- Lista de Certificados digitales: muestra la lista estos corresponden a los que se han instalado en la maquina donde se ejecuta la aplicación (solo aparecen los que no están vencidos y son emitidos por las entidades certificadoras abiertas autorizadas por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

- Anexos Técnicos Asignados: muestra los anexos técnicos habilitados para transmitir archivos que han sido asignados a su entidad, en este caso REC210RNSE

Archivos de Entrada: lista los archivos que ha seleccionado para ser enviados, para agregar archivos a esta lista puede utilizar el botón “Seleccionar Archivos”, utilizando la opción de copiar y pegar o arrastrando desde su explorador de Windows los archivos y soltándolos sobre la ventana.

- Los archivos que tienen correcta su estructura quedan con la columna estado en OK y fondo verde lo cual indica que pueden ser enviados, o con ER y fondo rojo en la columna estado lo que indica que deben ser corregidos antes de poder ser enviados.
- Para observar las correcciones a realizar se da doble click sobre la fila del archivo errado.

Archivos Enviados: lista los archivos que ha enviado el usuario para su entidad, pueden consultar el listado por un rango opcional de fechas de carga (cuando fue recibido en el sistema el archivo).

Vale anotar que PISIS Cliente Neo es el primer punto donde los archivos son recibidos sin embargo queda pendiente su entrega y procesamiento a cargo de la aplicación misional (sistema de información) correspondiente el cual se hará cargo de notificar al usuario mediante el correo electrónico de la entidad sobre el resultado del procesamiento de archivo enviado.

Generalmente en caso de encontrar incongruencias de cualquier tipo en un archivo el procedimiento a seguir es corregirlo y volverlo a enviar hasta superar sus validaciones tanto de estructura como las que realice el aplicativo misional a cargo de su procesamiento. Este proceso se realiza los primeros ocho (8) días de cada mes.

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

Una vez verificados los archivos magnéticos remitidos por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2015, los resultados son los siguientes:

**Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo octubre a diciembre de 2015**

Régimen	Octubre de 2015			Noviembre de 2015			Diciembre de 2015		
	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
Subsidiado	32	27	88%	32	26	81%	32	29	91%
Contributivo	16	16	100%	16	14	7%	16	15	81%

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

A continuación se enuncian las EPS y EOC que no presentaron información, copia de este informe se remite a la Superintendencia Nacional del Salud con el fin de que conozca que entidades no reportaron para que actué en lo relacionado con su competencia:

Octubre: Comfacundi, Comfaguajira, Comfamiliar Cartagena, Convida y Mutual Ser

Noviembre: Cafesalud – Contributivo, Cafesalud – Subsidiado, Comfachoco

Comfacor, Comfamiliar Cartagena y Convida

Diciembre: Comfamiliar Cartagena y Convida

Cabe anotar que se realiza dos validaciones a los archivos remitidos por las EPS y EOC, una primera validación la cual es realizada por PISIS como se indica al principio de este capítulo la cual corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante, y una segunda validación realizada por Dirección Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones la cual 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.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.

El detalle del comportamiento de las entidades frente a la radicación de los archivos se relaciona en el Anexo A, en el cual se identifican seis estados:

- **Validación exitosa:** Entidades que presentaron los archivos y el proceso de la segunda validación se ajustó a la estructura y contenido en el marco de la Resolución 1683 de 2015 según el periodo informado.
- **No pasó validación:** Entidades que presentaron los archivos y en el proceso de la segunda validación la información presentó errores de contenido, lo cual conllevó a la devolución y notificación mediante correo electrónico, sin que las entidades realizaran el respectivo ajuste de la información, razón por la cual no fueron incluidas en el informe.
- **No presentó casos:** Entidades que remiten el archivo bajo la estructura del anexo técnico correspondiente a la resolución 1683 de 2015 y el registro de control el número total de registros de detalle contenidos en el archivo se presenta en cero (0)
- **No reportan información:** Entidades que no reportan ningún tipo de información, por lo tanto se identifican bajo este concepto.
- **Extemporáneo:** Entidades que no reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 en su Artículo 3 que señala “Periodicidad y plazo de reporte del registro. Las EPS y EOC deben reportar la información del Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes, a partir de junio de 2015”, cargan la información cuando se abre nuevamente la plataforma para el cargue de los archivos que no pasaron la segunda validación.

Cabe anotar que estos archivos no se tiene en cuenta para el análisis de la información por no cumplir con los establecido en el artículo 3 de la resolución 1683 de 2015 y en cumplimiento del hallazgo realizado por la Contraloría General de la Nación.

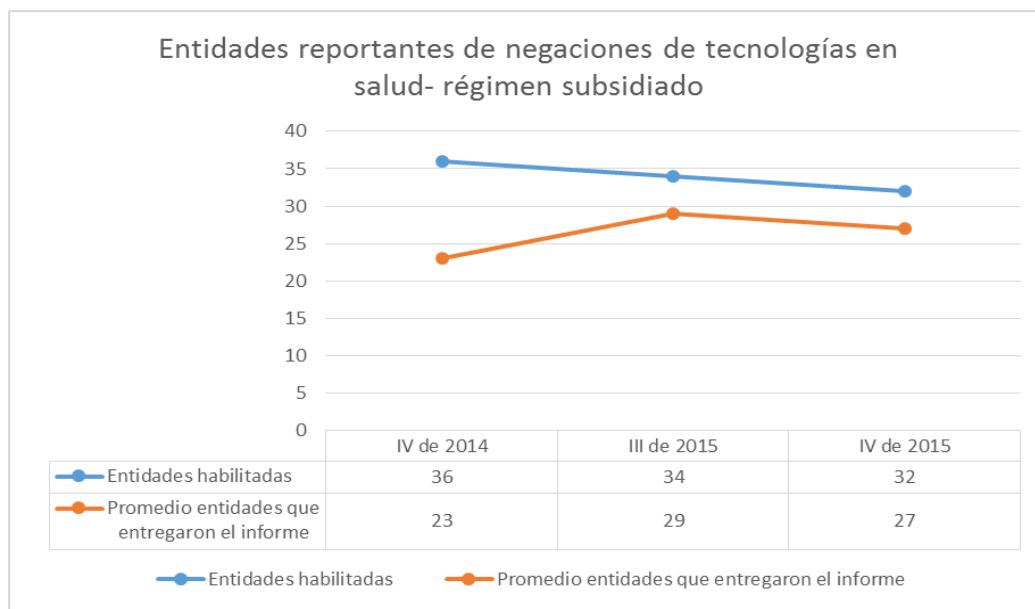
- **Proceso de liquidación:** Entidades que no reportan ningún tipo de información, por encontrarse en proceso de liquidación.

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

Subsidiado				Contributivo			
Trimestre	N.º De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	N.º De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part	Trimestre	N.º De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	N.º De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part
IV de 2014	36	23	63,89%	IV de 2014	17	12	70,59%
III de 2015	34	29	85,29%	III de 2015	16	14	87,50%
IV de 2015	32	27	84,38%	IV de 2015	16	15	93,75%

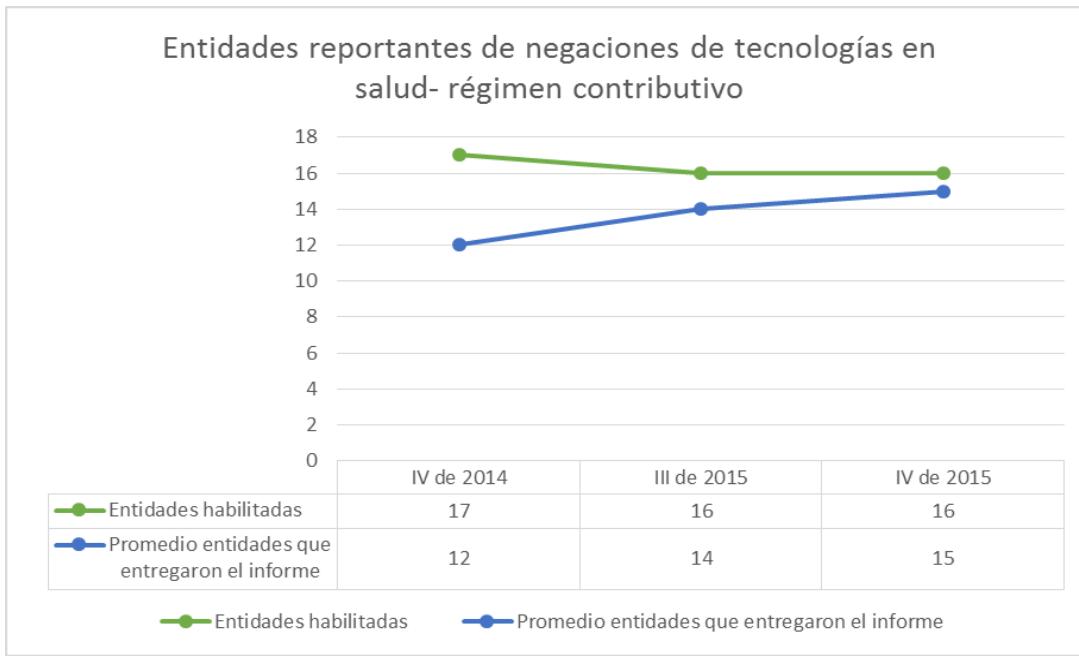
Fuente: Información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Como se puede observar en la tabla No.2 el porcentaje de participación de las entidades habilitadas que reportaron en el IV trimestre de 2014 bajo el marco de la resolución 744 de 2012 y las que reportaron en el IV trimestre de 2015 hubo un incremento de 20,49 puntos porcentuales en el régimen subsidiado y 23,16 para el régimen contributivo

**Gráfico 1. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen subsidiado**


Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015

**Gráfico 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen contributivo**



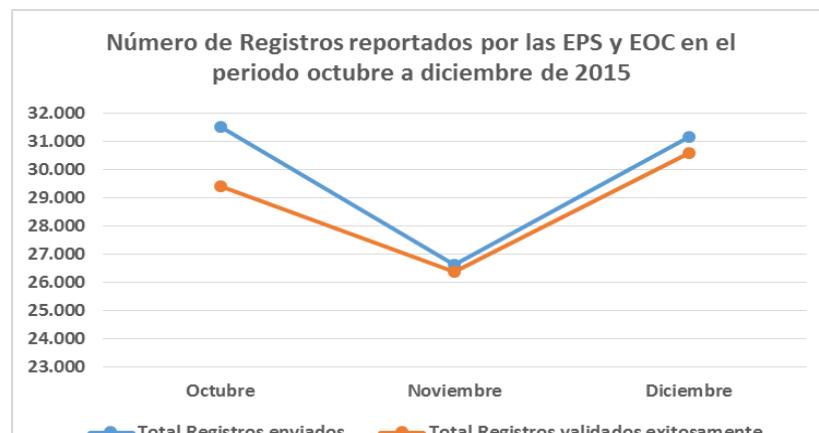
En la tabla No. 3 se presenta el total de registros reportados por las EPS que pasaron las dos validaciones en el marco de la resolución 1683 de 2015, donde se puede observar que el porcentaje de participación en los archivos validados exitosamente sobre los enviados es del 96,74%

**Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo octubre a diciembre de 2015**

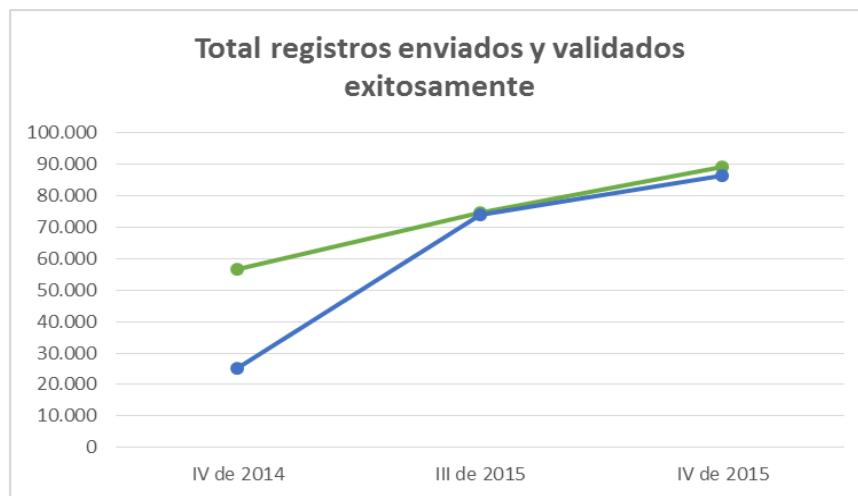
Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Octubre	31.521	29.425	93,35%
Noviembre	26.616	26.365	99,06%
Diciembre	31.156	30.592	98,19%
<b>TOTALES</b>	<b>89.293</b>	<b>86.382</b>	<b>96,74%</b>

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

**Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo octubre a diciembre de 2015**



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



Como se puede observar en el grafico anterior la variación de registros enviados entre el periodo IV trimestre de 2014 y IV trimestre de 2015 hubo un incremento del 58,01%, y la variación entre el III trimestre de 2015 y el IV trimestre el incremento fue de 19,32%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo IV trimestre de 2014 y IV trimestre de 2015 el incremento fue de 243,26% y la variación entre el III y IV trimestre de 2015 fue de 16,75%.

### 3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez presentado el total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondientes al período de octubre a diciembre de 2015 distribuidas por las diferentes EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y EOC, a continuación se identifican las negaciones de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS por los diferentes registros a saber:

i) Tipo de régimen: se presenta el total de registros de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS remitidos por cada una de las EPS y EOC. En el marco del Decreto 3047 de 2013, las EPS están autorizadas para administrar simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado y en el marco de la Resolución 1683 de 2015 las entidades se identifican con su número de NIT, por lo cual en el registro tipo 2 se puede observar entidades del régimen contributivo remitiendo registros de afiliados del régimen subsidiado y viceversa.

Por lo anterior se puede presentar el caso de que aparezcan más registros validados que remitidos.

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

iii) Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado; medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos médicos, actividades y otros servicios.

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

En las mesas de trabajo realizadas con las EPS y EOC sobre el diligenciamiento de la Resolución 1683 de 2015 se pudo observar que el ítem “El servicio solicitado es cobertura del POS” las entidades lo diligencia cuando la solicitud entra por CTC, lo que se puede concluir que no es claro este ítem y se debe verificar como se modifica para que realmente las Entidades presente los casos servicios del

POS que se le niegan a los usuarios y se convierten en tutelas, donde se debe también verificar que sea negado y no que la oportunidad el servicio no es buena y se tome como negación.

v) Causal de la negación del servicio, a continuación se presentan 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**):

<b>(NTR)</b>	<b>(NEG)</b>
<p>Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS o EOC y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico-Científico – CTC, son:</p> <p><b>A:</b> El servicio solicitado es cobertura del POS  <b>C:</b> El usuario presenta período de mora  <b>D:</b> El usuario se encuentra en período de urgencia  <b>E:</b> Traslado entre EPS  <b>F:</b> Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud  <b>G:</b> La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada  <b>H:</b> La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada  <b>I:</b> Otros motivos</p>	<p>Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud formulados por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC de la entidad , son:</p> <p><b>M:</b> El servicio solicitado es cobertura del POS  <b>O:</b> No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país  <b>P:</b> La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.  <b>Q:</b> No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.  <b>R:</b> No existe riesgo inminente para la vida del paciente.  <b>S:</b> El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.  <b>T:</b> La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada  <b>U:</b> La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.  <b>V:</b> Otros motivos</p>

vi) Servicio según diagnóstico, se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario en el cuarto trimestre del año 2015.

### 3.1 TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 86.382 Registros de negación de servicios y tecnologías sin Cobertura en el POS en el periodo octubre a diciembre de 2015, de los cuales 13.405 corresponden al régimen subsidiado y 72.977 al régimen contributivo, lo que indica que el 84,48% del total de los registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS presentadas en el período corresponden al régimen contributivo y el 15,52% al régimen subsidiado.

**Tabla 4. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen III Trimestre de 2015**

Tipo de Régimen	OCTUBRE			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	5.789	27	3.788	65,43%
Contributivo	25.732	16	25.637	99,63%
NOVIEMBRE				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	5.453	26	5292	97,05%
Contributivo	21.163	14	21073	99,57%



Tipo de Régimen	DICIEMBRE			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	4.767	29	4325	90,73%
Contributivo	26.389	15	26267	99,54%
<b>TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN</b>				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part Registros
	16.009	27	13.405	83,73%
Contributivo	73.284	15	72.977	99,58%
<b>TOTAL</b>	<b>89.293</b>	<b>42</b>	<b>86.382</b>	<b>96,74%</b>

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

En la tabla No. 5 se puede observar que la variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los períodos IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015 hubo un incremento del 49% y en los períodos III y IV trimestre de 2015 hubo una disminución del 10%.

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los períodos IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015 hubo un incremento del 75% y en los períodos III y IV trimestre de 2015 hubo un incremento del 24%.

**Tabla 5.Total de registros enviados y validados por régimen**

Tipo de Régimen	RÉGIMEN SUBSIDIADO		RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente
IV de 2014	14.568	9.021	41.942	16.144
III de 2015	15.519	14.966	59.314	59.022
IV de 2015	16.009	13.405	73.284	72.977

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

### 3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

**Tabla 6. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	22.611	18.356	23.828	64.795	88,79%
DOMICILIARIO	24	45	30	99	0,14%
HOSPITALARIO	2.945	2.618	2.336	7.899	10,82%
URGENCIAS	57	54	73	184	0,25%
<b>Total general</b>	<b>25.637</b>	<b>21.073</b>	<b>26.267</b>	<b>72.977</b>	<b>100,00%</b>

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

Como se muestra en la tabla No. 5 la mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 88,79% equivalente a 64.795 registros de negaciones de servicios médicos, seguido de los servicios de carácter hospitalario con el 10,82% equivalentes a 7.899 registros y el restante 0,39% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios.

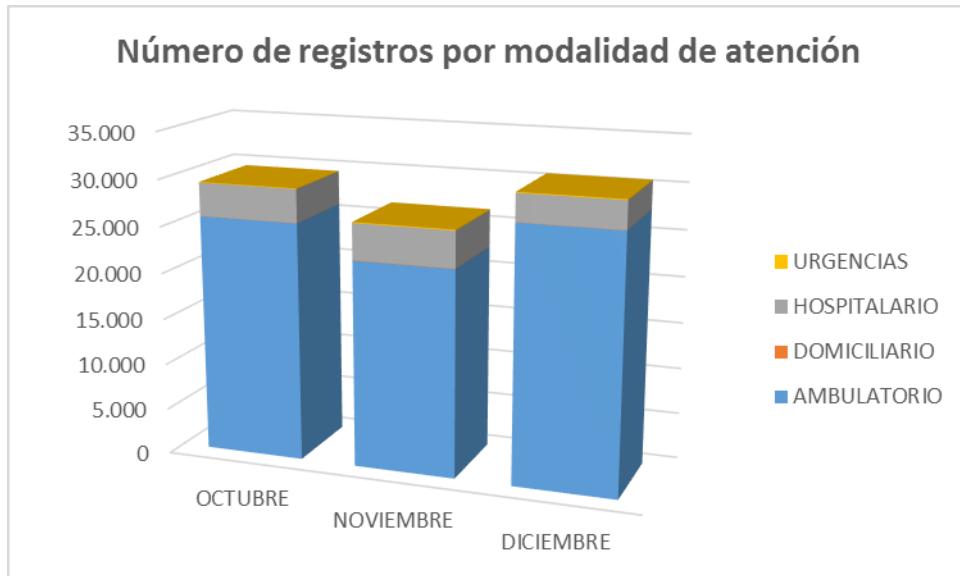
**Tabla 7. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	3.145	3.972	3.711	10.828	80,78%
DOMICILIARIO		1	2	3	0,02%
HOSPITALARIO	633	1.275	588	2.496	18,62%
URGENCIAS	10	44	24	78	0,58%
<b>Total general</b>	<b>3.788</b>	<b>5.292</b>	<b>4.325</b>	<b>13.405</b>	<b>100,00%</b>

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

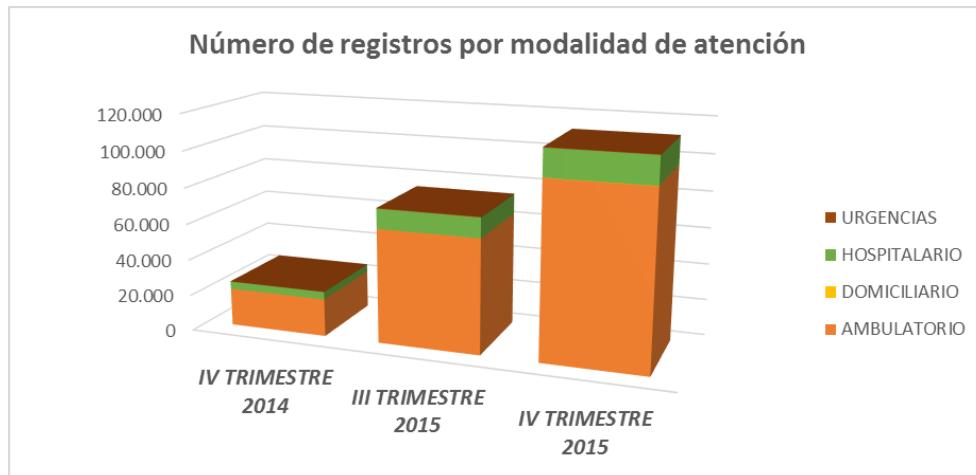
Como se muestra en la tabla No.6 la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 80,78% equivalentes a 10.828 negaciones, seguido de los servicios de carácter hospitalario con el 18,62% equivalente a 2.496 registros y el restante 0,60% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios.

**Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención periodo IV trimestre de 2015**



En el grafico No. 6 se puede observa la distribución de los registros según la modalidad de atención donde es similar en los trimestre correspondientes al IV Trimestre de 2014, III trimestre de 2015 y IV trimestre de 2015, en donde predomina el ámbito ambulatorio el cual constituye el 85,25% de todos los registros validados en esos periodos, seguido por el ámbito hospitalario con el 14,26% y 0,49% que esta conformado por los ámbitos Urgencias y Domiciliario.

En el ámbito ambulatorio se ve un increto del 53,40% entre el periodo III trimestre de 2015 y IV trimestre de 2015, para el caso del ámbito domiciliario es incremento entre esos dos periodos fue del 218,18%.

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


Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo IV trimestre de 2014 al IV trimestre de 2015

### 3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Insumos y dispositivos médicos (I), Actividades (A) y Otros Servicios (O).

**Tabla 8. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	479	325	438	1.242	1,70%
INSUMOS	2.620	2.308	2.866	7.794	10,68%
MEDICAMENTOS	17.205	15.057	19.364	51.626	70,74%
OTROS SERVICIOS	2.923	1.162	1.132	5.217	7,15%
PROCEDIMIENTOS	2.410	2.221	2.467	7.098	9,73%
<b>Total general</b>	<b>25.637</b>	<b>21.073</b>	<b>26.267</b>	<b>72.977</b>	<b>100,00%</b>

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

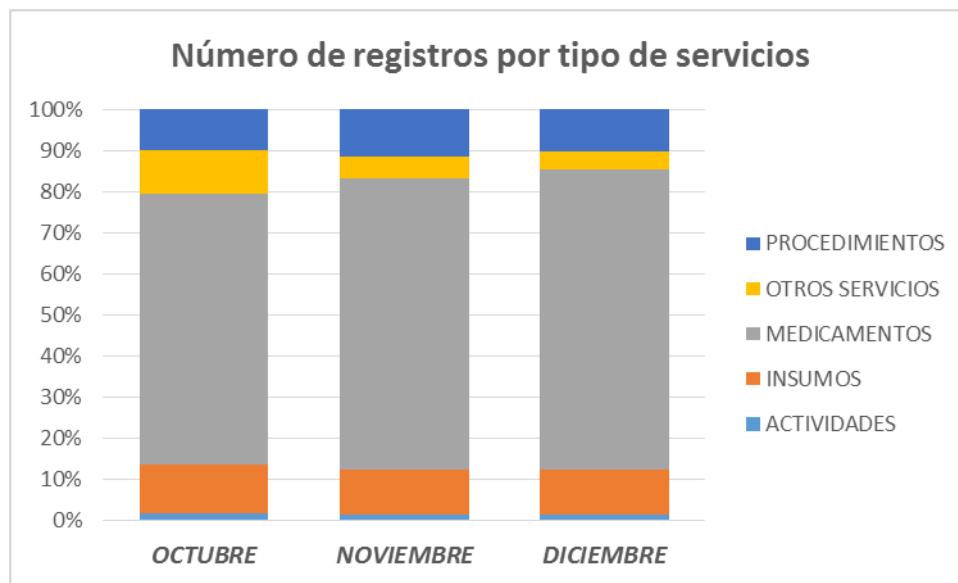
Como se observa en la tabla No. 7 de los 72.977 registros de negación de servicios médicos presentadas en el período de octubre a diciembre de 2015, el 70,74% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalente a 51.626 registros, seguido de insumos con una participación del 10,68% correspondiente a 7.794 registros, el 9,73% corresponde a procedimientos equivalente a 7.098 registros, y el restante 8,85% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y otros servicios, equivalente a 6.459 registros de negaciones.

**Tabla 9. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado**

RÉGIMEN SUBSIDIADO						
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART	
ACTIVIDADES	59	41	34	134	1,00%	
INSUMOS	841	618	487	1.946	14,52%	
MEDICAMENTOS	2.162	3.563	2.934	8.659	64,60%	
OTROS SERVICIOS	211	263	174	648	4,83%	
PROCEDIMIENTOS	515	807	696	2.018	15,05%	
<b>Total general</b>	<b>3.788</b>	<b>5.292</b>	<b>4.325</b>	<b>13.405</b>	<b>100,00%</b>	

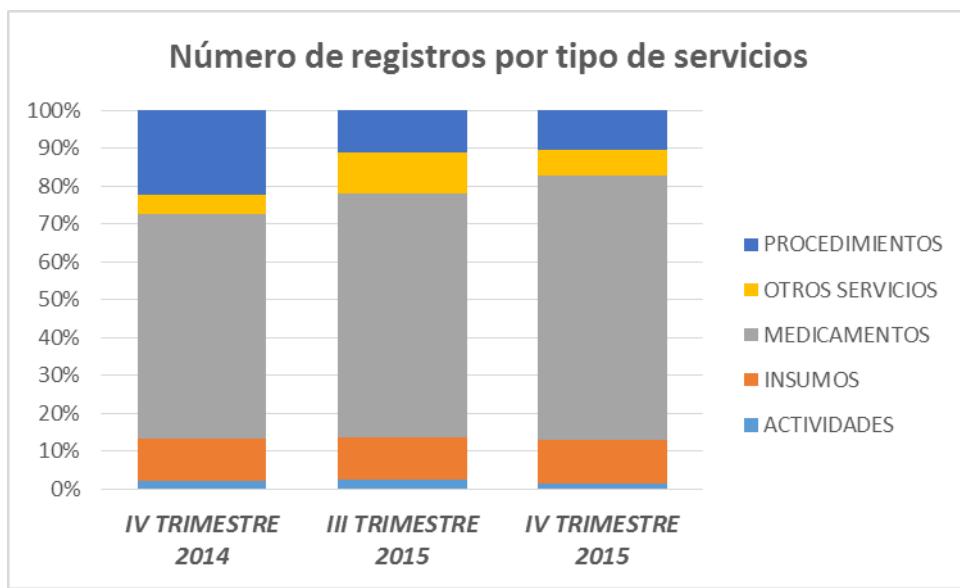
Fuente: Información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Como se observa en la tabla No. 8, de los 13.405 registros correspondientes período de octubre a diciembre de 2015, el 64,60% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalentes a 8.659 registros, seguido de insumos con una participación del 14,52% correspondiente a 1.946 registros y el 15,05% corresponde a procedimientos equivalentes a 2.018 registros y el 5,83% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y Otros Servicios, equivalente a 782 registros.

**Gráfico 7, Número de registros por tipo de servicios en el IV trimestre de 2015**


En el gráfico No.8 se puede observar que en los períodos IV trimestre de 2014, III trimestre de 2015 y IV trimestre de 2015 el tipo de servicio con mayor frecuencia son los medicamentos con un 66,17% equivalente a un total de registros en todos los períodos de 122.761, el segundo son los procedimientos con el 12,34% equivalente a 22.891 registros.

**Gráfico 8: Número de registros por tipo de servicios**



Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015

### 3.4 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 negado por el CTC (**NEG**).

Cabe anotar que es importante tener claro el concepto de negación del servicio o tecnología:

Un servicio negado 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.

Cuando el usuario solicita el servicio pero se demora en la prestación del servicio, no es un servicio negado sino un problema de oportunidad en el servicio

Cuando el usuario solicita el servicio pero no se encuentra incluido en el plan de beneficios se activa el proceso de CTC – Comité Técnico Científico y este es negado por el CTC es un servicio negado

Cuando el usuario solicita el servicio pero no se encuentra incluido en el plan de beneficios se activa el proceso de CTC – Comité Técnico Científico y este es aprobado pero se demora en la prestación del servicio, no es un servicio negado sino un problema de oportunidad en el servicio.

Este Ministerio realizo una reunión técnica con los peritos voluntarios Gestarsalud, Acemi y Asocajas donde se informó que para dar cumplimiento a lo ordenado en el Auto 411 de 2015 era necesario que EPS y EOC remitieran la justificación de la evidencia de la prestación o negación de servicio médico reportados para los siguientes casos:

- Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR): Opción A: *“El servicio solicitado es cobertura del POS”*.
- Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG): Opción M: *“El servicio solicitado es cobertura del POS”*.

**Tabla 10. Entidades a reportar información Auto 411 de 2015 – Cobertura POS**

RADICADO	ENTIDAD	REMITIO
201531002164061	ALIANSALUD	EMAIL
201531002164071	ASMET SALUD	EMAIL
201531002164081	CAFAM	EMAIL
201531002164091	CAJACOPI	EMAIL
201531002164101	CAPITALSALUD	FISICO
201531002164111	COMFAMILIAR HUILA	NO
201531002164121	COOMEVA	NO
201531002164131	NUEVA EPS	EMAIL
201531002164141	CAPRECOM	EMAIL
201531002164151	AIC	NO
201531002164161	CAPRESOCA	NO
201531002164181	COLSUBSIDIO	FISICO
201531002164191	COMFABOY	NO
201531002164201	COMFACOR	EMAIL
201531002164211	COMFACUNDI	NO

RADICADO	ENTIDAD	REMITIO
201531002164221	COMFAMILIAR DE LA GUAJIRA	FISICO
201531002164231	COMFENALCO VALLE	EMAIL
201531002164241	COMPARTA	NO
201531002164251	COMPENSAR	EMAIL
201531002164261	CONVIDA	NO
201531002164271	CAFESALUD	NO
201531002164281	COMFAMILIAR NARIÑO	EMAIL
201531002164291	COOSALUD	EMAIL
201531002164301	CRUZ BLANCA	EMAIL
201531002164311	DUSAKAWI	NO
201531002164331	ECOOPSOS	EMAIL
201531002164341	EMDISALUD	EMAIL
201531002164351	EMSSANAR	EMAIL
201531002164361	FAMISANAR	EMAIL
201531002164371	MALLAMAS	EMAIL
201531002164381	MUTUALSER	FISICO
201531002164391	NUEVA EPS	EMAIL
201531002164401	SALUD TOTAL	EMAIL
201531002164411	SALUDCOOP	NO
201531002164421	SALUDVIDA	EMAIL
201531002164431	SANITAS	EMAIL
201531002164441	SAVIA	EMAIL
201531002164451	SOS	EMAIL
201531002164461	SURA	EMAIL

Elaboración propia basada en la base de datos

Para el período de octubre a diciembre de 2015 en el Régimen Contributivo, de las 72.977 negaciones de servicios médicos, el 50,94% equivalente a 37.175 registros fueron negados con el concepto **NTR** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y el 49,06% equivalente a 35.802 registros, fueron negados con el concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** (Véase en la siguiente tabla).

**Tabla 11 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
NEG	13.128	10.992	11.682	35.802	49,06%
NTR	12.509	10.081	14.585	37.175	50,94%
<b>Total general</b>	<b>25.637</b>	<b>21.073</b>	<b>26.267</b>	<b>72.977</b>	<b>100,00%</b>

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

Como se observa en la tabla anterior, en el Régimen Subsidiado de las 13.405 negaciones de servicios médicos, el 73,02% equivalente a 9.788 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 26,98% equivalente a 3.617 registros, fueron negados con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC**.

**Tabla 12. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
NEG	3.145	3.972	2.671	9.788	73,02%
NTR	642	1.320	1.655	3.617	26,98%
<b>Total general</b>	<b>3.787</b>	<b>5.292</b>	<b>4.326</b>	<b>13.405</b>	<b>100,00%</b>

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

**Tabla 13 Total de negaciones en el trimestre y por régimen**

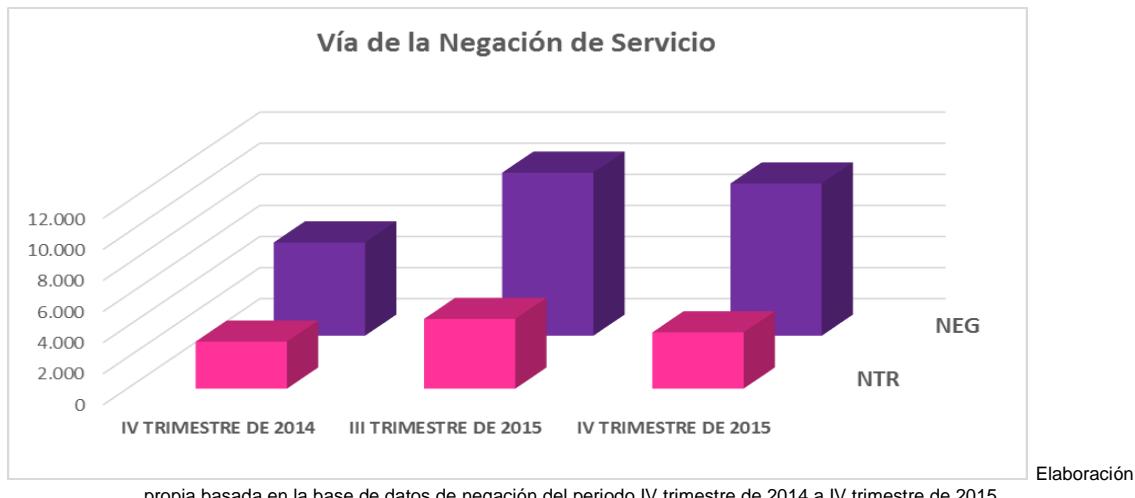
IV Trimestre de 2014					
PERÍODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG		
	Cantidad	%	Cantidad	%	
Contributivo	2981	49,66%	13.163	68,69%	
Subsidiado	3.022	50,34%	5.999	31,31%	
<b>Total</b>	<b>6.003</b>	<b>100,00%</b>	<b>19.162</b>	<b>100,00%</b>	

II Trimestre de 2015				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	22.893	83,62%	36.129	77,51%
Subsidiado	4.483	16,38%	10.483	22,49%
<b>Total</b>	<b>27.376</b>	<b>100,00%</b>	<b>46.612</b>	<b>100,00%</b>

IV Trimestre de 2015				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	37.175	91,13%	35.802	78,53%
Subsidiado	3.617	8,87%	9.788	21,47%
<b>Total</b>	<b>40.792</b>	<b>100,00%</b>	<b>45.590</b>	<b>100,00%</b>

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

**Gráfico 9. Vía de la Negación de Servicio Régimen Subsidiado**

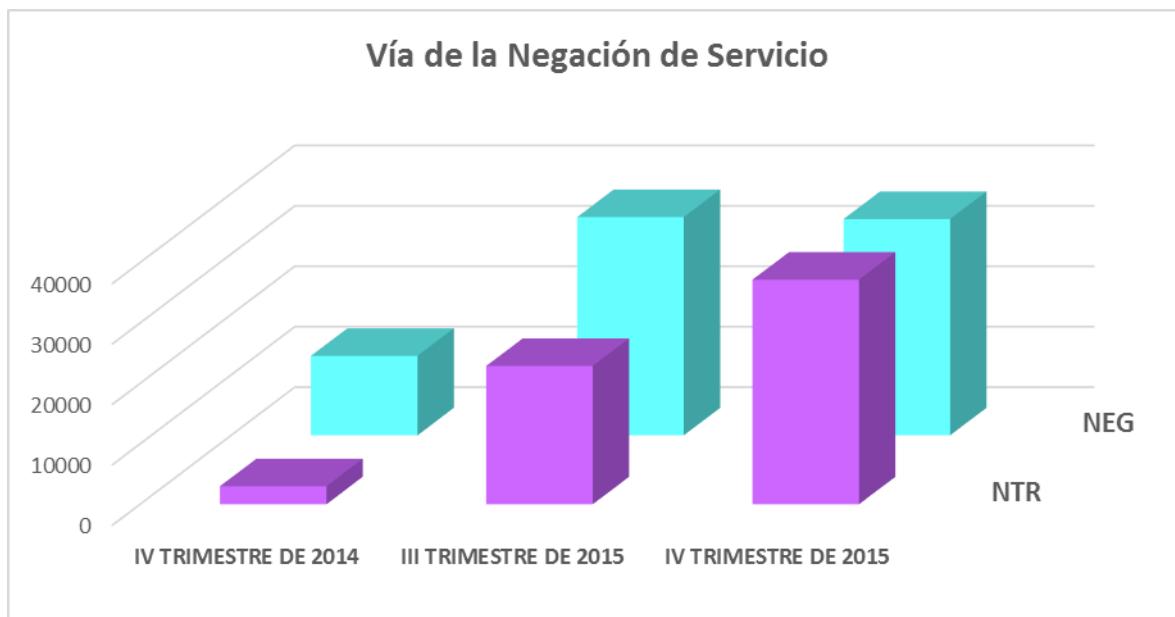


En la anterior grafica se observa que es predominante el concepto de Negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** con el 70,26% y el restante 29,74% con el concepto **NTR** que

obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC.**

También se puede observar un incremento del 19,69% entre el IV trimestre de 2014 al IV trimestre de 2015, en cambio hubo una disminución del 19,32% entre el III trimestre de 2015 al IV trimestre de 2015 en el concepto de negación NTR. En el concepto de negación NEG se observa un incremento del 63,16% entre el IV trimestre de 2014 al IV trimestre de 2015 y en el concepto de negación NTR se observa una disminución del 6,63% entre los períodos III trimestre de 2015 al IV trimestre de 2015.

**Gráfico 10. Vía de la Negación de Servicio Régimen Contributivo**



Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015

En la gráfica No.10 se observa que es predominante el concepto de Negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** con el 57,44% y el restante 42,56% con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC.**

También se puede observar un incremento del 1147,06% entre el IV trimestre de 2014 al IV trimestre de 2015, también se evidencia un incremento del 62,39% entre el III trimestre de 2015 al IV trimestre de 2015 en el concepto de negación NTR. En el concepto de negación NEG se observa un incremento del 171,99% entre el IV trimestre de 2014 al IV trimestre de 2015 y en el concepto de negación

NTR se observa una disminución del 0,91% entre los periodos III trimestre de 2015 al IV trimestre de 2015.

### 3.5 MOTIVO PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC (NTR)

A continuación se presentan los conceptos que dan origen a la negación del servicio por las EPS y EOC. (Véanse tablas No. 14 y 15).

**Tabla 14. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo)**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
<b>A: El servicio solicitado es cobertura del POS</b>	3.280	2.683	1.760	7.723	20,77%
<b>C: El usuario presenta período de mora</b>	393	332	612	1.337	3,60%
<b>D: El usuario se encuentra en período de urgencia</b>			553	553	1,49%
<b>E: Traslado entre EPS</b>		1		1	0,00%
<b>G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</b>		9		9	0,02%
<b>I: Otros motivos</b>	8.836	7.056	11.660	27.552	74,11%
<b>Total general</b>	<b>12.509</b>	<b>10.081</b>	<b>14.585</b>	<b>37.175</b>	<b>100,00%</b>

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

Como se observa en la tabla No.12 en el Régimen Contributivo, de las 37.175 negaciones de servicios por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 74,11% equivalente a 27.552 registros corresponden al concepto “Otros Servicios”, un 20,77% con 7.723 registros por concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”, y el 5,11 % restante por los demás conceptos.

Debido que el grupo predominante es “I: Otros motivos” en la siguiente tabla se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000

**Tabla 15.** Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
SIN IMAGEN DE SOPORTES	1.035
INCONSISTENCIA POR AMPLIACIÓN DE SOPORTES	10.837
INCONSISTENCIA ORDEN MEDICA DECRETO 2200	7.797
EXTEMPORÁNEO	1.392

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

**Tabla 16.** Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Subsidiado)

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	38	42	19	99	2,74%
C: El usuario presenta período de mora	3	4	7	14	0,39%
D: El usuario se encuentra en período de urgencia			5	5	0,14%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		150	101	251	6,94%
I: Otros motivos	601	1.124	1.522	3.247	89,80%
<b>Total general</b>	<b>642</b>	<b>1.320</b>	<b>1.654</b>	<b>3.616</b>	<b>100%</b>

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

Como se observa en la tabla No.14 en el Régimen Subsidiado de las 3.616 negaciones de servicios médicos por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 89,80% equivalente a 3.247 registros por el concepto “Otros Motivos”, un 6,94% con 251 registros por concepto “G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”, y el 3,26% restante por los demás conceptos.

Debido que el grupo predominante es “I: Otros motivos” en la siguiente tabla se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 100

**Tabla 17.** Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
NO CUBIERTO POR EL PLAN POS-S	426
SERVICIO NO PERTINENTE AL DX	1.583
TECNOLOGIA NO POSS SEGUN ACUERDO 029 DEL 2012 Y RESOLUCION 5521 DEL 2014 SE TRAMITARA POR COMITE TECNICO CIENTIFICO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	656

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

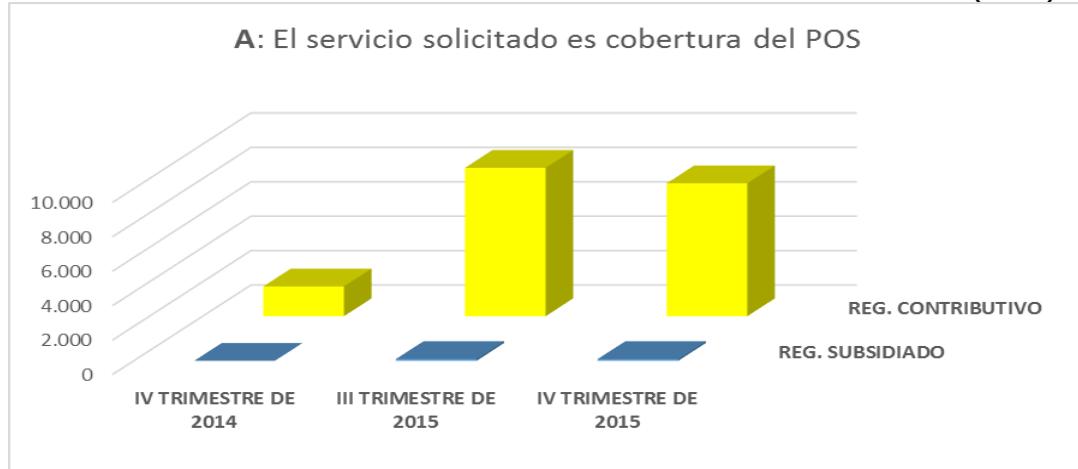
A continuación se presentan las EPS que reportan el registro “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”:

**Tabla 18. Entidades que reportan “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo octubre a diciembre de 2015**

ENTIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Sanitas	14	12		26
Nueva EPS	3.293	2.707	1.777	7.777
Anas Wayuu	8	6	2	16
Comparta	3			3
<b>TOTALES</b>	<b>3.318</b>	<b>2.725</b>	<b>1.779</b>	<b>7.822</b>

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

**Gráfico 11. El servicios solicitado es cobertura del POS (NTR)**



Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015

Como se observa en la gráfica anterior en el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** el 98,90% de las negaciones correspondiente al ítem A: El servicio solicitado es cobertura del POS corresponden al régimen contributivo y el 1,10% al régimen subsidiado.

### 3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)

A continuación se presentan los casos que fueron sometidos a Comité Técnico-Científico. (Véanse tablas No. 17 y 18).

**Tabla 19. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%PART	
<b>M:</b> El servicio solicitado es cobertura del POS	3	8	132	143	0,40%	
<b>O:</b> No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país	3.392	2.597	3.093	9.082	25,37%	
<b>P:</b> La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	3.176	2.628	2.712	8.516	23,79%	
<b>Q:</b> No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	661	643	1.128	2.432	6,79%	
<b>R:</b> No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	546	431	389	1.366	3,82%	
<b>S:</b> El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	1.060	1.126	494	2.680	7,49%	
<b>U:</b> La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.			1	1	0,00%	

MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%PART
V: Otros motivos	4.290	3.559	3.733	11.582	32,35%
<b>TOTAL</b>	<b>13.128</b>	<b>10.992</b>	<b>11.682</b>	<b>35.802</b>	<b>100,00%</b>

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

Como se observa en la tabla No.17 en el Régimen Contributivo, de las 35.802 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 32,35% equivalente a 11.582 registros corresponden al concepto “V: Otros motivos”, un 25,37% con 9.083 registros por concepto “O: No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país”, y el 42,28% restante por los demás conceptos con un total de 26.720 registros.

Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la siguiente tabla se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000

**Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
NO CUMPLE CRITERIOS EN PRESCRIPCIÓN LA FORMULA NO ACATA EL DECRETO 2200 DE 2005	1.218
RES 5395 2013 NO CUMPLE CRITERIOS EN LA PREESCRIPCION OM JUSTIF Y/O HC	2.493
LA PRESTACION HA SIDO APROBADA PREVIAMENTE POR EL COMITE	3.039
NO HAY INFORMACION SUFFICIENTE PARA LA TOMA DE DECISON POR PARTE DEL COMITE YA QUE LA PRESCRIPCION REALIZADA NO CUMPLE CON LAS EXIGENCIAS DEL DEC 2200 DE 2005	1.116

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

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO						
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%PART	
<b>M: El servicio solicitado es cobertura del POS</b>	240	325	174	739	7,55%	
<b>O: No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país</b>	216	429	148	793	8,10%	
<b>P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.</b>	482	1.021	734	2.237	22,85%	
<b>Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.</b>	101	109	82	292	2,98%	
<b>R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.</b>	610	485	295	1.390	14,20%	
<b>S: El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.</b>	209	93	125	427	4,36%	
<b>T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</b>	1	12	3	16	0,16%	
<b>U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.</b>	2	5		7	0,07%	
<b>V: Otros motivos</b>	1.284	1.493	1.110	3.887	39,71%	
<b>TOTAL</b>	<b>3.145</b>	<b>3.972</b>	<b>2.671</b>	<b>9.788</b>	<b>100,00%</b>	

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

Como se observa en la tabla No.16 en el Régimen Subsidiado, de las 9.788 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 39,71% equivalente a 3.887 registros

corresponden al concepto “V:Otros Motivos”, un 22,85% con 2.237 registros por concepto de “P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS”, el 14,20% equivalente a 1.320 registros correspondiente al concepto R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente y el 23,23% restante por los demás conceptos con un total de 2.274 registros.

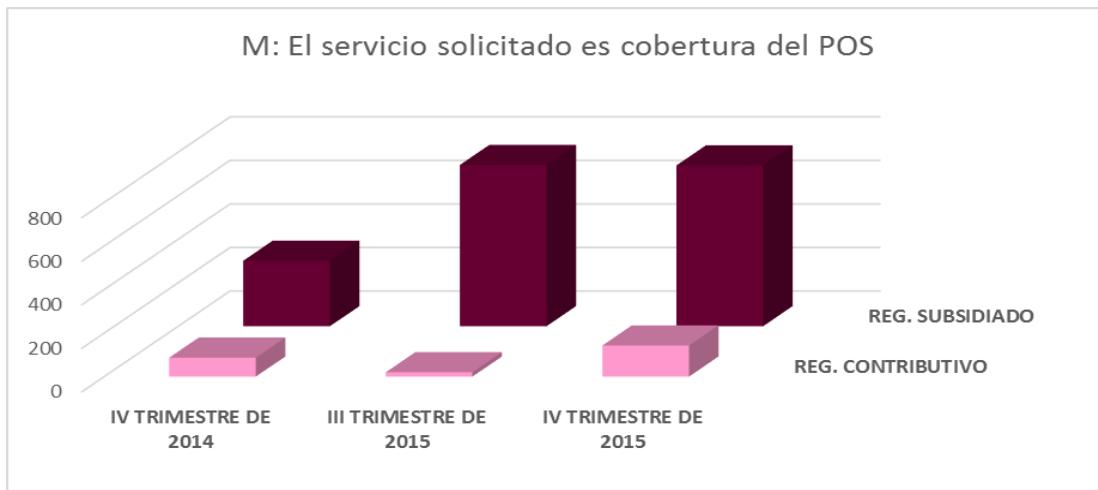
Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la siguiente tabla se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 100

**Tabla 22. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo**

<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO</b>	<b>CANTIDAD</b>
SEGUN LA EVIDENCIA CIENTIFICA Y BASADOS EN PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES ESTA MEDICACION NO POSEE EVIDENCIA DE SU EFICACIA YA QUE AL OBSERVARLA COMPARATIVAMENTE EN LOS ULTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS NO DEMUESTRA RESULTADOS SUPERIORES AL PLACEBO	142
SERVICIO APROBADO POR EL CTC PREVIAMENTE CON SIN ENTREGAS PENDIENTES	264
SOLICITUD EXTEMPORANEA	107
LA TECNOLOGIA EN SALUD SOLICITADA HACE PARTE DE LAS EXCLUSIONES EXPLICITAS DE LA RESOLUCION 5521 DE 2013 EN EL TITULO VII ARTICULO 130	257

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

**Gráfico 12. El servicios solicitado es cobertura del POS (NEG)**



Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo IV trimestre de 2014 a IV trimestre de 2015

Como se observa en la gráfica anterior en el concepto de Negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** el 87,69% de las negaciones correspondiente al ítem M:El servicio solicitado es cobertura del POS corresponden al régimen subsidiado y el 12,31% al régimen contributivo

### 3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario en el cuarto trimestre del año 2015.

**Tabla 23. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo**

CIE-10	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
K590	CONSTIPACION
M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE
R522	OTRO DOLOR CRONICO

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

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
E43X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
E441	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
G20X	ENFERMEDAD DE PARKINSON
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
I694	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
N393	INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
R51X	CEFALEA

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

### 3.8 TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES

A continuación se presenta el total de registros remitidos y validados exitosamente por cada una de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, para los períodos correspondientes en el cuarto trimestre 2015, se distribuyen de la siguiente manera:

**Tabla 25. Total de registros remitidos por Entidad - periodo octubre de 2015**

OCTUBRE DE 2015				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Octubre x10k
EPSI03	AIC	11	443.960	0,25%
EPS001	Aliansalud	931	200.287	46,48%
ESS076	Ambuq	30	910.996	0,33%
EPSI04	Anas Wayuu	10	129.012	0,78%
ESS062	Asmet Salud	252	1.651.446	1,53%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	91	749.901	1,21%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	95	1.105.708	0,86%
CCF055	Cajacopi	71	611.972	1,16%
EPSS34	Capitalsalud	101	1.035.931	0,97%
EPS020	Caprecom	147	2.661.598	0,55%
EPS025	Capresoca	26	151.661	1,71%
CCF009	Comfaboy	2	101.768	0,20%
CCF102	Comfachoco	16	158.306	1,01%
CCF015	Comfacor	84	558.753	1,50%
CCF053	Comfacundi	0	80.483	0,00%
CCF023	Comfaguajira	0	128.532	0,00%
CCF007	Comfamiliar Cartagena	0	225.142	0,00%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	7	181.085	0,39%
CCF024	Comfamiliar Huila	2.076	537.894	38,59%
CCF049	Comfaoriente	13	109.101	1,19%
CCF033	Comfasucre	4	99.548	0,40%
EPS012	Comfenalco Valle	294	259.387	11,33%
ESS133	Comparta	481	1.640.268	2,93%
EPS008	Compensar	265	1.113.318	2,38%
EPS022	Convida	0	533.567	0,00%
EPS016	Coomeva	651	2.979.523	2,18%
ESS024	Coosalud	790	1.760.331	4,49%
EPS023	Cruz Blanca	36	591.397	0,61%
EPSI01	Dusakawi	19	204.939	0,93%
ESS091	Ecoopsos	121	318.437	3,80%



CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Octubre x10k
ESS002	Emdisalud	23	500.809	0,46%
ESS118	Emssanar	900	1.615.674	5,57%
EAS016	EPM	0	10.851	0,00%
EPS017	Famisanar-Contributivo	118	1.753.973	0,67%
EAS027	Fondo de Pasivo	2	43.779	0,46%
EPSI05	Mallamas	108	296.014	3,65%
EPSI02	Manexka	51	223.474	2,28%
ESS207	Mutual Ser	0	1.236.263	0,00%
EPS037	Nueva EPS	14.299	2.968.726	48,17%
EPSI06	Pijaos Salud	0	78.940	0,00%
EPS002	Salud Total	774	2.204.236	3,51%
EPS013	SaludCoop	491	4.652.522	1,06%
EPS033	Saludvida - Contributivo	4	91.256	0,44%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	77	1.386.683	0,56%
EPS005	Sanitas	2.592	1.433.442	18,08%
EPSS40	Savia	258	1.696.553	1,52%
EPS018	SOS	753	919.544	8,19%
EPS010	Sura EPS	4.447	2.286.283	19,45%

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

**Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo noviembre de 2015**

NOVIEMBRE DE 2015				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa noviembre x10k
EPSI03	AIC	12	443.847	0,27%
EPS001	Aliansalud	741	200.954	36,87%
ESS076	Ambuq	30	909.164	0,33%
EPSI04	Anas Wayuu	8	129.022	0,62%
ESS062	Asmet Salud	214	1.655.477	1,29%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	0	4.739.783	0,00%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	0	1.482.552	0,00%
CCF055	Cajacopi	231	617.000	3,74%
EPSS34	Capitalsalud	105	1.040.562	1,01%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa noviembre x10k
EPS020	Caprecom	105	2.601.771	0,40%
EPS025	Capresoca	17	151.904	1,12%
CCF009	Comfaboy	1	101.880	0,10%
CCF102	Comfachoco	0	158.499	0,00%
CCF015	Comfacor	0	562.749	0,00%
CCF053	Comfacundi	69	81.514	8,46%
CCF023	Comfaguajira	17	128.506	1,32%
CCF007	Comfamiliar Cartagena	0	223.233	0,00%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	2	180.729	0,11%
CCF024	Comfamiliar Huila	1.228	534.904	22,96%
CCF049	Comfaoriente	22	108.586	2,03%
CCF033	Comfasucre	4	100.641	0,40%
EPS012	Comfenalco Valle	282	257.813	10,94%
ESS133	Comparta	524	1.643.142	3,19%
EPS008	Compensar	244	1.125.489	2,17%
EPS022	Convida	0	535.641	0,00%
EPS016	Coomeva	673	2.956.405	2,28%
ESS024	Coosalud	587	1.764.150	3,33%
EPS023	Cruz Blanca	52	591.644	0,88%
EPSI01	Dusakawi	6	204.827	0,29%
ESS091	Ecoopsos	107	321.143	3,33%
ESS002	Emdisalud	13	500.960	0,26%
ESS118	Emssanar	761	1.646.891	4,62%
EAS016	EPM	0	10.807	0,00%
EPS017	Famisanar-Contributivo	120	1.756.575	0,68%
EAS027	Fondo de Pasivo	4	43.645	0,92%
EPSI05	Mallamas	104	294.871	3,53%
EPSI02	Manexka	31	220.140	1,41%
ESS207	Mutual Ser	700	1.244.270	5,63%
EPS037	Nueva EPS	11.659	2.969.254	39,27%
EPSI06	Pijao Salud	5	78.830	0,63%
EPS002	Salud Total	669	2.221.614	3,01%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa noviembre x10k
EPS033	Saludvida - Contributivo	6	91.000	0,66%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	49	1.388.205	0,35%
EPS005	Sanitas	2.034	1.459.344	13,94%
EPSS40	Savia	497	1.687.342	2,95%
EPS018	SOS	745	921.009	8,09%
EPS010	Sura EPS	3.938	2.285.515	17,23%

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

**Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad en periodo - diciembre de 2015**

DICIEMBRE DE 2015				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa diciembre x10k
EPSI03	AIC	2	442.702	0,05%
EPS001	Aliansalud	754	200.910	37,53%
ESS076	Ambuq	22	974.758	0,23%
EPSI04	Anas Wayuu	4	129.598	0,31%
ESS062	Asmet Salud	115	1.915.007	0,60%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	649	5.049.480	1,29%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	70	1.479.405	0,47%
CCF055	Cajacopi	48	669.602	0,72%
EPSS34	Capitalsalud	67	1.202.772	0,56%
EPS020	Caprecom	0	95.798	0,00%
EPS025	Capresoca	10	177.038	0,56%
CCF009	Comfaboy	1	102.814	0,10%
CCF102	Comfachoco	7	158.457	0,44%
CCF015	Comfacor	348	614.410	5,66%
CCF053	Comfacundi	119	111.315	10,69%
CCF023	Comfaguajira	10	144.902	0,69%
CCF007	Comfamiliar Cartagena	0	221.388	0,00%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	3	187.395	0,16%
CCF024	Comfamiliar Huila	1.133	534.859	21,18%
CCF049	Comfaoriente	11	107.681	1,02%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa diciembre x10k
CCF033	Comfasucre	2	102.066	0,20%
EPS012	Comfenalco Valle	248	261.928	9,47%
ESS133	Comparta	469	1.910.740	2,45%
EPS008	Compensar	362	1.134.774	3,19%
EPS022	Convida	0	579.169	0,00%
EPS016	Coomeva	598	2.972.684	2,01%
ESS024	Coosalud	425	1.927.361	2,21%
EPS023	Cruz Blanca	47	594.917	0,79%
EPSI01	Dusakawi	0	204.588	0,00%
ESS091	Ecoopsos	92	323.501	2,84%
ESS002	Emdisalud	17	500.356	0,34%
ESS118	Emssanar	524	1.887.479	2,78%
EAS016	EPM	0	10.792	0,00%
EPS017	Famisanar-Contributivo	138	1.760.479	0,78%
EAS027	Fondo de Pasivo	0	43.607	0,00%
EPSI05	Mallamas	86	297.902	2,89%
EPSI02	Manexka	21	220.270	0,95%
ESS207	Mutual Ser	660	1.329.146	4,97%
EPS037	Nueva EPS	16.053	3.833.181	41,88%
EPSI06	Pijaos Salud	10	78.186	1,28%
EPS002	Salud Total	642	2.231.983	2,88%
EPS033	Saludvida - Contributivo	12	93.752	1,28%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	49	1.376.458	0,36%
EPS005	Sanitas	2.328	1.501.691	15,50%
EPSS40	Savia	436	1.690.584	2,58%
EPS018	SOS	500	924.894	5,41%
EPS010	Sura EPS	4.064	2.319.589	17,52%

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

#### 4. CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

- Aunque hay avances en el medio de transporte y validación de la información, el registro de servicios negados presenta todavía requiere seguir mejorando en su diligenciamiento para lograr una adecuada interpretación. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Auto 411 y en las sesiones técnicas que se realicen seguirá realizando mejoras al registro para mitigar estos problemas.
- Una parte importante de los servicios que se reportan como negados realmente son simplemente o no tramitados o devueltos porque no es competencia del CTC conocerlos y menos resolverlos. Lo anterior deja una importante cantidad de servicios sin solución al no ser competencia del CTC su solución y sobre los que no se puede concluir si fueron negados o no. Conocer si estos servicios no tramitados por el CTC fueron prestados es uno de los elementos que se incluirá dentro de las actividades de mejoramiento del registro en el marco del Auto 411.

# ANEXOS

**ANEXO A. Relación de EPS y EOC que reportan en el IV Trimestre de 2015**

Código Entidad	Entidad	OCTUBRE PRIMER ENVIO	OCTUBRE SEGUNDO ENVIO	NOVIEMBRE PRIMER ENVIO	NOVIEMBRE SEGUNDO ENVIO	DICIEMBRE PRIMER ENVIO	DICIEMBRE SEGUNDO ENVIO
EPSI03	AIC	Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
EPS001	Aliansalud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
ESS076	Ambuq	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPSI04	Anas Wayuu	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
ESS062	Asmet Salud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPS003	Cafesalud - Contributivo	Validación exitosa		No reportan información		Validación exitosa	
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	Validación exitosa		No reportan información		Validación exitosa	
CCF055	Cajacopi	No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa		Validación exitosa	
EPSS34	Capitalsalud	Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
EPS020	Caprecom	No paso validación	Validación exitosa	Extemporáneo		LIQUIDACION	
EPS025	Capresoca	No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa		Validación exitosa	
CCF009	Comfaboy	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
CCF102	Comfachoco	No paso validación		No reportan información		No paso validación	
CCF015	Comfacor	Validación exitosa		No reportan información		Validación exitosa	
CCF053	Comfacundi	No reportan información		Validación exitosa		No paso validación	

Código Entidad	Entidad	OCTUBRE PRIMER ENVIO	OCTUBRE SEGUNDO ENVIO	NOVIEMBRE PRIMER ENVIO	NOVIEMBRE SEGUNDO ENVIO	DICIEMBRE PRIMER ENVIO	DICIEMBRE SEGUNDO ENVIO
CCF023	Comfaguajira	No reportan información		Validación exitosa		Validación exitosa	
CCF007	Comfamiliar Cartagena	No reportan información		No reportan información		No reportan información	
CCF027	Comfamiliar de Nariño	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
CCF024	Comfamiliar Huila	No paso validación		Validación exitosa		Validación exitosa	
CCFC24	Comfamiliar Huila			Validación exitosa			
CCF049	Comfaoriente	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
CCF033	Comfasucre	No paso validación		No paso validación		No paso validación	
EPS012	Comfenalco Valle	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
ESS133	Comparta	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPS008	Compensar	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPS022	Convida	No reportan información		No reportan información		No reportan información	
EPS016	Coomeva	Validación exitosa		Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa
ESS024	Coosalud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPS023	Cruz Blanca	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPSI01	Dusakawi	Validación exitosa		Validación exitosa		No se presentarón casos	
ESS091	Ecoopsos	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
ESS002	Emdisalud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	

Código Entidad	Entidad	OCTUBRE PRIMER ENVIO	OCTUBRE SEGUNDO ENVIO	NOVIEMBRE PRIMER ENVIO	NOVIEMBRE SEGUNDO ENVIO	DICIEMBRE PRIMER ENVIO	DICIEMBRE SEGUNDO ENVIO
ESS118	Emssanar-Subsidiado	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EAS016	EPM Departamento Medico	No se presentarón casos		No se presentarón casos		No se presentarón casos	
EPS017	Famisanar-Contributivo	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EAS027	Fondo de Pasivo	Validación exitosa		Validación exitosa		No se presentarón casos	
EPSI05	Mallamas	Validación exitosa		No paso validación		Validación exitosa	
EPSI02	Manexka	No paso validación	Validación exitosa	No paso validación		Validación exitosa	
ESS207	Mutual Ser	No reportan información		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
ESSC07	Mutual Ser			No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
EPS037	Nueva EPS	Validación exitosa		Validación exitosa		No paso validación	
EPSI06	Pijaos Salud	No se presentarón casos		No paso validación		Validación exitosa	
EPS002	Salud Total - Contributivo	Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
EPSS02	Salud Total - Subsidiado	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPS013	SaludCoop	Validación exitosa		PROCESO DE LIQUIDACION		LIQUIDACION	
EPS033	Saludvida - Contributivo	Validación exitosa		Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa
EPSS33	Saludvida -	Validación exitosa		Validación exitosa		No paso validación	Validación

	Subsidiado							exitosa
Código Entidad	Entidad	OCTUBRE PRIMER ENVIO	OCTUBRE SEGUNDO ENVIO	NOVIEMBRE PRIMER ENVIO	NOVIEMBRE SEGUNDO ENVIO	DICIEMBRE PRIMER ENVIO	DICIEMBRE SEGUNDO ENVIO	
EPS005	Sanitas	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa		
EPSS40	Savia	Validación exitosa		Validación exitosa		No paso validación		
EPS018	SOS	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa		
EPSS18	SOS	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa		
EPS010	Sura EPS	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa		