

Orden 19
Sentencia T-760 de 2008
Auto 411 de 2015
Informe III trimestre de 2016

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

Bogotá D.C., Noviembre de 2016

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	5
2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	10
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	17
3.1 TIPO DE RÉGIMEN.....	20
3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN.....	22
3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	24
3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA	26
3.5 MOTIVO PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC (NTR).....	30
3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)	32
3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	36
4. CONCLUSIONES	44

TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades habilitadas reportantes en el marco de la resolución 1683 de 2015, correspondiente al periodo julio-septiembre de 2016 ...	11
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud	12
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el.....	14
Tabla 4. Total registros por entidad III trimestre de 2016.....	15
Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos	16
Tabla 6. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen III Trimestre de 2016	21
Tabla 7.Total de registros enviados y validados por régimen	22
Tabla 8 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo	22
Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado	23
Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente a los meses julio a septiembre de 2016.....	25
Tabla 11. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado.....	25
Tabla 12 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo	28
Tabla 13. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado	28
Tabla 14 Comparativo entre periodos	29
Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) III trimestre de 2016	30
Tabla 16. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos	30
Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) III trimestre de 2016	31
Tabla 18. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos	31
Tabla 19. Entidad que reporta “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”	32
Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo	32
Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo	34
Tabla 22. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado	34
Tabla 23. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo	35
Tabla 24 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo julio a septiembre de 2016	36
Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo	37
Tabla 26. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado.....	37
Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad - periodo julio de 2016	38
Tabla 28. Total de registros remitidos por Entidad - periodo agosto de 2016	40
Tabla 29. Total de registros remitidos por Entidad - periodo septiembre de 2016 .	42

GRÁFICOS

Gráfico 1. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen subsidiado	13
Gráfico 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen contributivo	13
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo julio a septiembre de 2016	14
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente	17
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención III trimestre de 2016 ...	23
Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención	24
Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios	26

1. ANTECEDENTES

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

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

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

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”

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

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

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

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

Una vez realizadas las dos validaciones se toman los archivos que pasaron el 100% las dos validaciones para realizar el análisis de la información remitida por las entidades para presentar el siguiente informe.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) y teniendo en cuenta lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional, estableció el módulo de reporte de servicios y tecnologías no cubiertas con la UPC y optimizó el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar los recobros cuando conforme a la normatividad vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, como mecanismos para garantizar y proteger el derecho fundamental a la salud mediante el acceso oportuno a los servicios o tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación (PBSUPC) y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos.

Este Ministerio expidió las Resoluciones 1328, 2158 y 3951 de 2016, y creó una herramienta automatizada en la cual los profesionales de salud prescriptores deberán registrar los servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación (PBSUPC) para los usuarios del régimen contributivo.

De acuerdo con lo mencionado y reconociendo las dificultades que presenta el registro de negación de servicios en lograr resultados requeridos por la Sala Especial de Seguimiento y, que han modificado progresivamente las condiciones de derecho que dieron origen a la orden se hace necesario rediseñar el instrumento de recolección de la información de la orden 19 de la Sentencia 760 de 2008 donde señala: (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 para los usuarios del régimen subsidiado.

Se tiene previsto un nuevo modelo de registro más completo que permita el análisis no solo de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios negadas por la EPS o el CTC, sino de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios aprobadas por el CTC, para verificar su suministro y pago. Lo anterior con el fin de monitorear la oportunidad y eficiencia.

La propuesta a la modificatoria del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 para las entidades que tenga usuarios del régimen subsidiado, consiste en tres archivos que se presentan a continuación; los cuales se remitirán por medio de la plataforma PISIS:

- Primer archivo: REGISTRO NEGACION DE SERVICIOS MÉDICOS (RNSM): El objetivo del archivo RNSM es recoger la información de los servicios y tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios con cargo a la UPC ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR), servicio o tecnología ordenada por el médico tratante negado por el CTC (NEG) y servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y aprobado por el CTC (APR).
- Segundo archivo: REGISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC APROBADOS POR EL CTC (SACTC): El objetivo del archivo SACTC es recoger la información de los servicios y tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios con cargo a la UPC aprobados por el CTC (SACTC).
- Tercer archivo: REGISTRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC NEGADOS BAJO EL MOTIVO “EL SERVICIO SOLICITADO ES COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC. El objetivo del archivo CPB es recoger la información de los registro de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan de beneficios con cargo a la UPC negados bajo el motivo “el servicio solicitado es cobertura del plan de beneficios con cargo a la UPC en el archivo SNCTC y justificar su prestación o negación del servicio.

La Dirección de la Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones remitió a los peritos voluntarios la propuesta del nuevo instrumento para su conocimiento y sugerencias, estamos en espera de las recomendaciones y sugerencias por parte de los peritos (ver anexo No.1):

ENTIDAD	RADICADO
ASOCAJAS	201631002088461
GESTARSALUD	201631002088451
ACEMI	201631002088441

La Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional dentro del seguimiento al cumplimiento de la orden décimo novena de la Sentencia T – 760 de 2008 mediante auto 411 de 2015 señala: 10.2 Motivos de negación: Rediseñar los motivos de negación NEG y NTR, cuyo ingreso es obligatorio, para que se incorporen junto a sus definiciones la mayoría de las causales que se puedan presentar en la atención en salud, bajo las siguientes directrices: (...)

iii) Incluir la descripción de “otros motivos”.

En cumplimiento a los lineamientos ordenados en el auto de la referencia el Ministerio de Salud y Protección Social ha desagregado la causal I. otros motivos, V. otros motivos y O. otros servicios, con fundamento en información diligenciada previamente en los registros por las EPS y EOC, en discusiones sostenidas previamente con las EPS sobre el anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015.

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones bajo comunicado 201631001853221 remitido a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) la modificatoria del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015, que se espera comenzar a operar simultáneamente con la resolución 3951 de 2016 el día 1 de diciembre del año en curso (ver anexo No.2).

Esta modificatoria es provisional mientras sale el nuevo acto administrativo con la modificatoria de la resolución 1683 de 2015 propuesto a los peritos voluntarios.

A continuación se presentara el análisis de la información remitida por las EPS/EOC correspondiente al III trimestre de 2016 y pasaron satisfactoriamente las dos validaciones anteriormente mencionadas:

2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN

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

Mediante Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.7.11 señala:

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

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

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

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

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

El siguiente reporte corresponde a la información presentada en el marco de la Resolución 1683 de 2015 por las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) durante el tercer trimestre de 2016, que se relacionan en el Anexo 3. Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre de 2016, los resultados son los siguientes (véase la tabla No.1):

Tabla 1. Consolidado Entidades habilitadas reportantes en el marco de la resolución 1683 de 2015, correspondiente al periodo julio-septiembre de 2016

Julio de 2016			Agosto de 2016			Septiembre de 2016		
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
31	31	100%	31	28	90%	31	31	100%
15	15	100%	15	14	93%	15	14	93%

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

A continuación se enuncian las EPS y EOC que no presentaron información correspondiente al III trimestre de 2016 y fueron informadas a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye:

ENTIDAD	MESES QUE NO REPORTO (III trimestre de 2016)	RADICADO ANTE LA SUPERSALUD
COOMEVA	No reporto información agosto	201631001742871
COMFACUNDI	No realizaron corrección del archivo agosto	
COMFAGUAJIRA	No realizaron corrección del archivo agosto	
COMPARTA	No realizaron corrección del archivo agosto	
COMPARTA	No reporto información septiembre	201631002018511
CRUZ BLANCA	No reporto información septiembre	
MALLAMAS	No reporto información septiembre	
COMFACUNDI	No realizaron corrección del archivo septiembre	

En el marco de la resolución 1683 de 2015 se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa. El detalle del comportamiento de las entidades frente a la radicación de los archivos se relaciona en el Anexo No.3, en el cual se identifican cuatro estados:

- **Validación exitosa:** Entidades que presentaron los archivos y el proceso de la primera y segunda validación se ajustaron a lo señalado en el anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015.
- **No paso validación:** Entidades que presentaron los archivos y en el proceso de la segunda validación la información presentó errores de contenido, lo cual llevó 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.

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

En el régimen subsidiado en el III trimestre de 2015 el 85,29% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el III trimestre del 2016 el 96,77% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que hubo un incremento del 11,48% en el reporte.

Con relación al II trimestre de 2016 el 90,32% de las entidades del régimen subsidiado presentaron información, donde se puede observar un incremento del 6,45% con relación al III trimestre de 2016 (véase la tabla No.2).

En el régimen contributivo se puede observar un incremento del 5,83% entre el III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016, y para el II y III trimestre de 2016 fue constante con un 93,33% en presentación de la información por parte de las entidades (véase la tabla No.2).

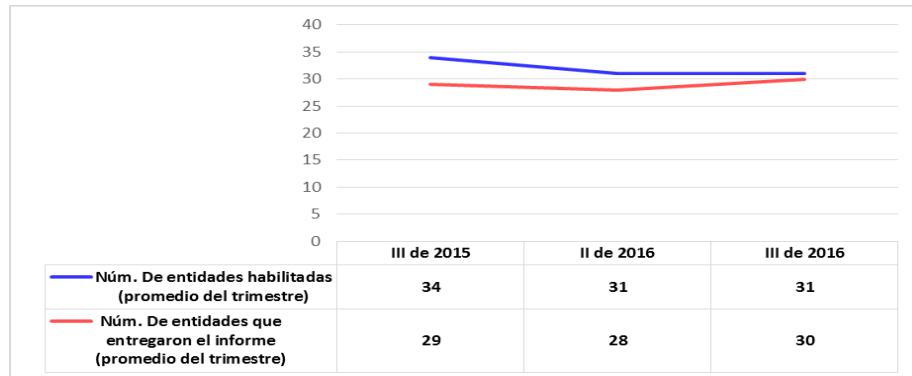
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud

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
III de 2015	34	29	85,29%	III de 2015	16	14	87,50%
II de 2016	31	28	90,32%	II de 2016	15	14	93,33%
III de 2016	31	30	96,77%	III de 2016	15	14	93,33%

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

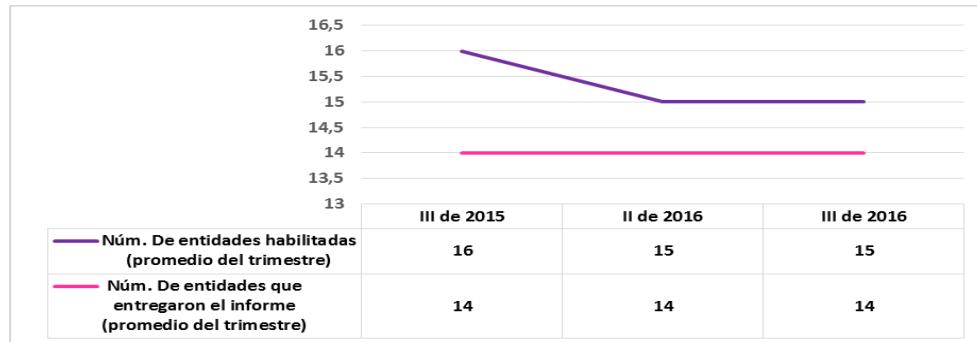
En los gráficos que se presentan a continuación se podrá ver la relación del análisis anteriormente expuesto:

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



Fuente: Elaboración propia del autor

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



Fuente: Elaboración propia del autor

En la tabla No.3 se presenta el total de registros enviados por las EPS y el total registros validados exitosamente en el III trimestre de 2016, donde se puede observar que el 98,42% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del anexo técnico de la resolución 1683 de 2015 (véase tabla No. 3).

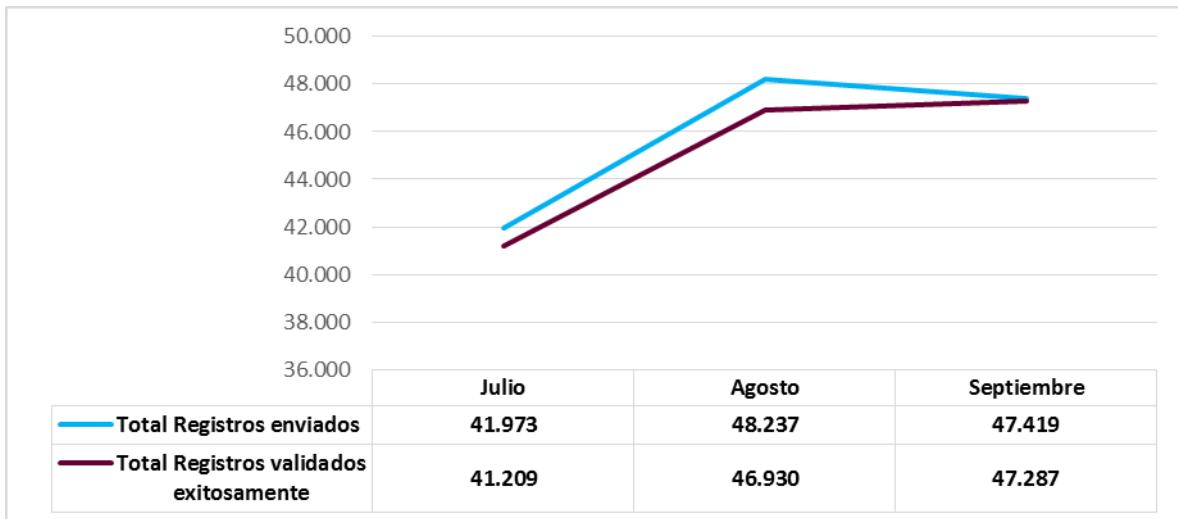
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el Periodo julio a septiembre de 2016

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Julio	41.973	41.209	98,18%
Agosto	48.237	46.930	97,29%
Septiembre	47.419	47.287	99,72%
TOTALES	137.629	135.426	98,40%

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

En el grafico 3 se puede observar un incremento del 12,98% sobre los registros enviados entre el mes de julio y septiembre de 2016.

Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo julio a septiembre de 2016



Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presenta el total de registros remitidos por las EPS en el III trimestre de 2016 (ver tabla No.4):

Tabla 4. Total registros por entidad III trimestre de 2016

ENTIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
AIC	8	11	13
Aliansalud	792	841	759
Ambuq	10	7	2
Anas Wayuu	6	5	1
Asmet Salud	69	69	65
Cafesalud - Contributivo	682	822	791
Cafesalud - Subsidiado	40	77	86
Cajacopi		277	268
Capitalsalud	32	26	23
Capresoca	69	66	44
Comfaboy	20	7	4
Comfachoco	0	2	1
Comfacor	14	1.296	1.484
Comfacundi	147	199	132
Comfaguajira	10	17	5
Comfamiliar Cartagena	17	48	53
Comfamiliar de Nariño	0	0	0
Comfamiliar Huila	467	852	921
Comfaoriente	12	18	23
Comfasucre	6	0	8
Comfenalco Valle	204	282	228
Comparta	924	1.082	
Compensar	209	337	299
Convida	97	121	242
Coomeva	894		2.261
Coosalud	208	358	272
Cruz Blanca	10	1	
Dusakawi	1	0	5
Ecoopsos		80	72

ENTIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Emdisalud	24	65	85
Emssanar	508	641	648
EPM Departamento Medico	0	0	1
Famisanar	99	110	119
Fondo de Pasivo	4	2	2
Mallamas	51	39	
Manexka	6	13	28
Mutual Ser	795	986	847
Nueva EPS	24.349	26.837	25.267
Pijaos Salud	3	4	2
Salud Total	867	860	888
Saludvida - Contributivo	5	9	1
Saludvida - Subsidiado	22	30	28
Sanitas	2.099	2.652	2.400
Savia	542	535	551
SOS	353	383	458
Sura EPS	7.298	8.170	8.032

Fuente: Elaboración propia del autor

En la tabla No.5 se presentan las entidades que no realizaron las respectivas correcciones indicadas por la plataforma PISIS correspondiente a la segunda validación y por tal motivo no se tuvieron en cuenta para el análisis de la información del III trimestre de 2016, haciendo que el porcentaje de registros validados exitosamente disminuya contra el total de registros recibidos:

**Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos
III trimestre de 2016**

ENTIDAD	ESTADO	TOTAL REGISTRO	MES
Ambuq	No paso validación	10	Julio
Comfaboy	No paso validación	20	Julio
Comfacundi	No paso validación	147	Julio
Comfamiliar Cartagena	No paso validación	17	Julio
Comfamiliar Huila	No paso validación	467	Julio
Comfasucre	No paso validación	6	Julio
Convida	No paso validación	97	Julio

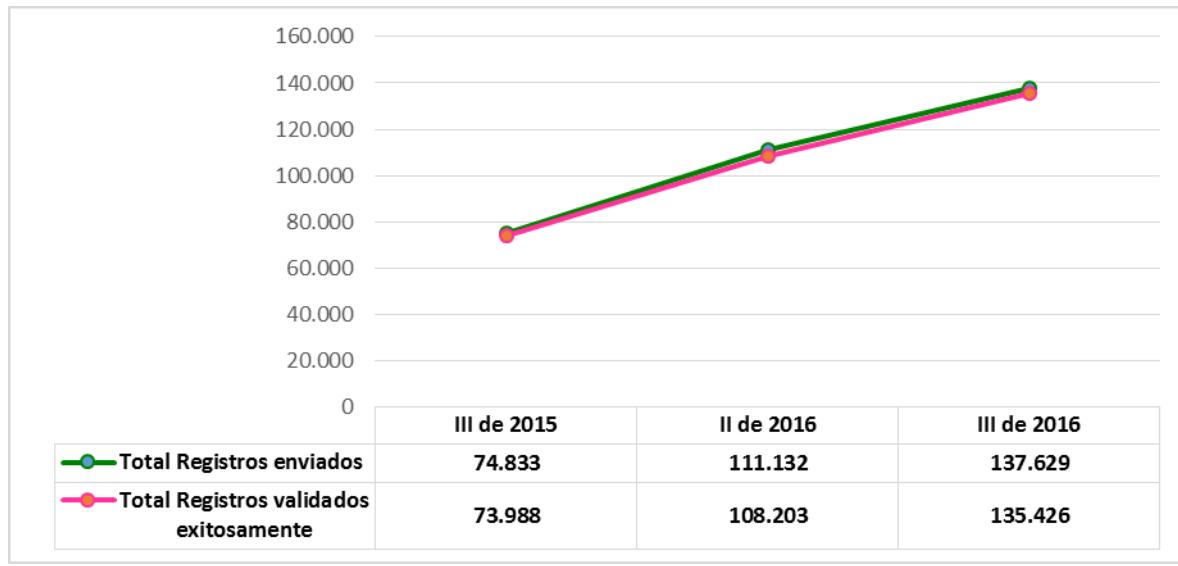
ENTIDAD	ESTADO	TOTAL REGISTRO	MES
Comfaboy	No paso validación	7	Agosto
Comfacundi	No paso validación	199	Agosto
Comfaguajira	No paso validación	17	Agosto
Comparta	No paso validación	1082	Agosto
Comfacundi	No paso validación	132	Septiembre

Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico No.4 se observa la variación de registros enviados entre el periodo III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016 hubo un incremento del 79,20%, y la variación entre el II trimestre de 2016 y el III trimestre de 2016 el incremento fue de 20,67%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016 el incremento fue del 44,52%.

Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente



3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez presentado el total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondientes al período de julio a septiembre de 2016 distribuidas por las diferentes EOC y EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, a continuación se identifican las negaciones de servicios y tecnologías

sin cobertura en el POS por los diferentes registros a saber en el marco del anexo tecnico de la resolución 1683 de 2015:

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

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

iii) Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado; medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos medicos, 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**).

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.

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

Con relación a la variable “F: Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud” en el III trimestre de 2016 no se registró ningún caso por parte de las EPS/EOC. Donde se puede concluir que aunque la variable todavía se ve reflejada en el acto administrativo las entidades están aplicando el concepto de movilidad.

Este Ministerio pone a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud en el sftp asignado a la Superintendencia Nacional de Salud, los archivos remitidos por las EPS con la justificación de la negación por el concepto “El servicio solicitado es cobertura del POS”

v) Causal de la negación del servicio: a continuación se presentan las cuales del anexo técnico de la resolución 1683 de 2015 las cuales son las razones de 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)	(NEG)
Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS o EOC y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico-Científico – CTC, son:	Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud formulados por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC de la entidad , son:
A: El servicio solicitado es cobertura del POS C: El usuario presenta período de mora D: El usuario se encuentra en período de urgencia	M: El servicio solicitado es cobertura del POS O: No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin

<p>E: Traslado entre EPS</p> <p>F: Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud</p> <p>G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</p> <p>H: La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada</p> <p>I: Otros motivos</p>	<p>cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país</p> <p>P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.</p> <p>Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.</p> <p>R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.</p> <p>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.</p> <p>T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</p> <p>U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.</p> <p>V: 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 tercer trimestre de 2016.

3.1 TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 135.426 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en el periodo julio a septiembre de 2016, de los cuales 18.762 corresponden al régimen subsidiado y 116.664 al régimen contributivo. Lo anterior indica que el 86,15% 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 13,85% al régimen subsidiado (ver tabla No.6).

Es necesario recordar nuevamente se ve una disminución entre los archivos enviados y los validados exitosamente por la no corrección oportuna de EPS de los

registros con errores de diligenciamiento en el marco de la Resolución 1683 de 2015 (ver tabla No.5).

Tabla 6. Total de Registro de Negociación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen III Trimestre de 2016

Tipo de Régimen	JULIO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	4.108	31	4.644	113,05%
Contributivo	37.865	15	36.565	96,57%
AGOSTO				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	6.931	28	6.959	100,40%
Contributivo	41.306	14	39.971	96,77%
SEPTIEMBRE				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	5.913	31	7.159	121,07%
Contributivo	41.506	14	40.128	96,68%
TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part Registros
	16.952	30	18.762	110,68%
Contributivo	120.677	14	116.664	96,67%
TOTAL	137.629		135.426	98,40%

Fuente: Elaboración propia del autor

La variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los períodos III trimestre de 2015 al III trimestre de 2016 el incrementó fue 25,36% y en los períodos II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016 se presenta un incremento del 16,48% (ver tabla No.7).

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente entre los períodos III trimestre de 2015 al III trimestre de 2016 el incrementó fue 103,41% y en los períodos II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016 se presenta un incremento del 2,42% (ver tabla No.7).

Tabla 7.Total de registros enviados y validados por régimen

Período	RÉGIMEN SUBSIDIADO		RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente
III de 2015	15.519	14.966	59.314	59.022
II de 2016	16.229	16.108	117.801	90.817
III de 2016	16.952	18.762	120.677	116.664

Fuente: Elaboración propia del autor

3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

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

Como se observa en la Tabla No. 8 la mayor cantidad de negación de servicios médicos del regimen contributivo corresponde a la modalidad en atención ambulatoria, con una participación del 91,73% equivalente a 107.016 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria con un 8,08% equivalentes a 9.429 resgistros y el restante correspondiente al 0,19% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios, equivalente a 219 registros.

**Tabla 8 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo
III trimestre de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	33.488	36.848	36.680	107.016	91,73%
DOMICILIARIO	20	8	10	38	0,03%
HOSPITALARIO	2.994	3.066	3.369	9.429	8,08%
URGENCIAS	63	49	69	181	0,16%
Total General	36.565	39.971	40.128	116.664	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

Para el caso del régimen subsidiado la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 80,31% equivalentes a 15.068 negaciones, seguido por la modalidad hospitalaria con el 19,24% equivalente a 3.610 registros y el restante correspondiente a 0,45% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios para un total de 84 registros (ver tabla No.9).

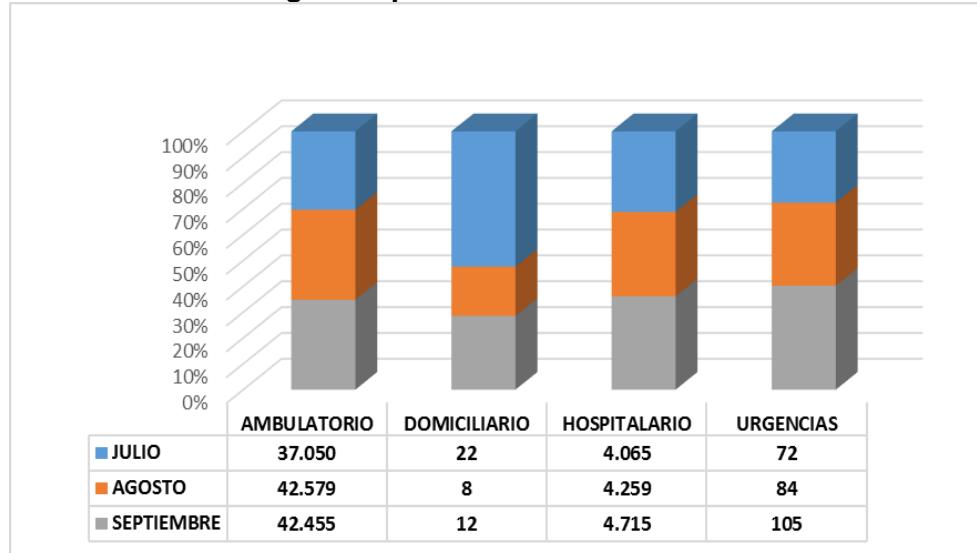
**Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado
III trimestre de 2016**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	3.562	5.731	5.775	15.068	80,31%
DOMICILIARIO	2		2	4	0,02%
HOSPITALARIO	1.071	1.193	1.346	3.610	19,24%
URGENCIAS	9	35	36	80	0,43%
Total General	4.644	6.959	7.159	18.762	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el grafico No. 5 se presenta el total de registros validados exitosamente según la modalidad de atención en cada uno de los meses del III trimestre de 2016:

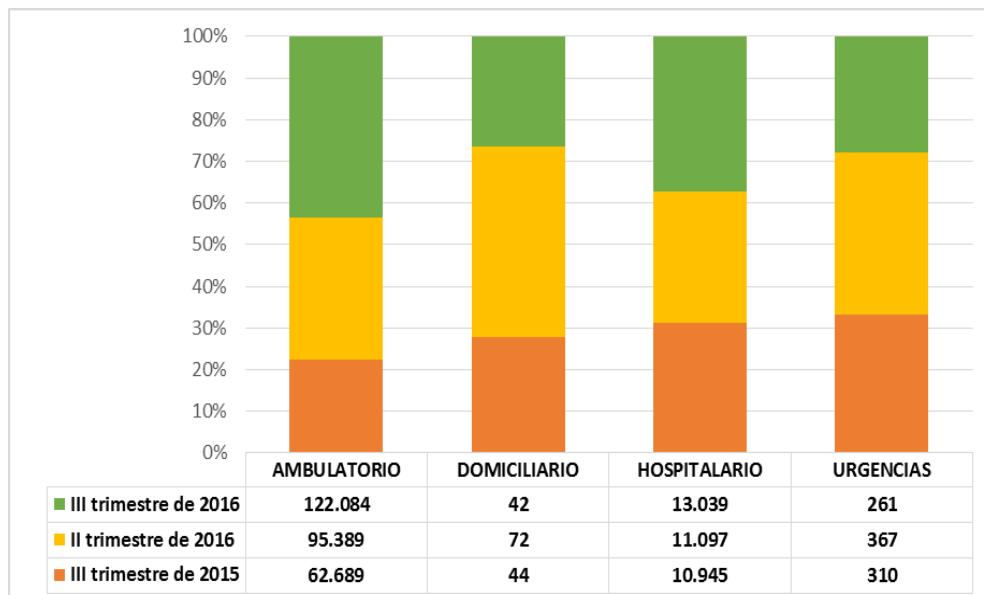
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención III trimestre de 2016



Fuente: Elaboración propia del autor

En la grafica No. 6 se presenta el total de registros validados por las diferentes modalidades de atención en los periodos III trimestre de 2015, II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016.

Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención



Fuente: Elaboración propia del autor

3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

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

A continuacion se presentaran las negaciones de servicios medicos por regimen contributivo y regimen subsidiado según los tipo de servicio solicitados anteriormente mencionados:

De los 116.664 registros de negación de servicios médicos correspondientes al régimen contributivo presentados en el período de julio a septiembre de 2016, el 76,38% de las negaciones correspondieron a medicamentos lo cual equivale a 89.103 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría insumos con una participación del 8,89% correspondiente a 10.371 registros. El 7,65% corresponde a la negación de servicios correspondiente a

procedimientos equivalente a 8.926 registros, y el restante 7,08% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y otros servicios, equivalente a 8.264 regitros de negaciones (ver tabla 10)

Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente a los meses julio a septiembre de 2016.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMPRE	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	424	406	505	1.335	1,14%
INSUMOS	3.316	3.436	3.619	10.371	8,89%
MEDICAMENTOS	28.064	30.620	30.419	89.103	76,38%
OTROS SERVICIOS	2.120	2.447	2.362	6.929	5,94%
PROCEDIMIENTOS	2.641	3.062	3.223	8.926	7,65%
Total general	36.565	39.971	40.128	116.664	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

De los 18.762 registros correspondientes al período de julio a septiembre de 2016, el 59,81% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalentes a 11.221 registros. Seguido se encuentra la negación por tipo de servicios correspondiente a insumos con una participación del 17,41% equivalente a 3.267 registros. El 15,45% corresponde a procedimientos equivale a 2.899 registros y el 7,33% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y Otros Servicios, equivalente a 1.375 registros (ver tabla No.11).

Tabla 11. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado III trimestre de 2016

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMPRE	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	39	113	118	270	1,44%
INSUMOS	840	1.117	1.310	3.267	17,41%
MEDICAMENTOS	3.034	4.286	3.901	11.221	59,81%
OTROS SERVICIOS	257	390	458	1.105	5,89%
PROCEDIMIENTOS	474	1.053	1.372	2.899	15,45%
Total general	4.644	6.959	7.159	18.762	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

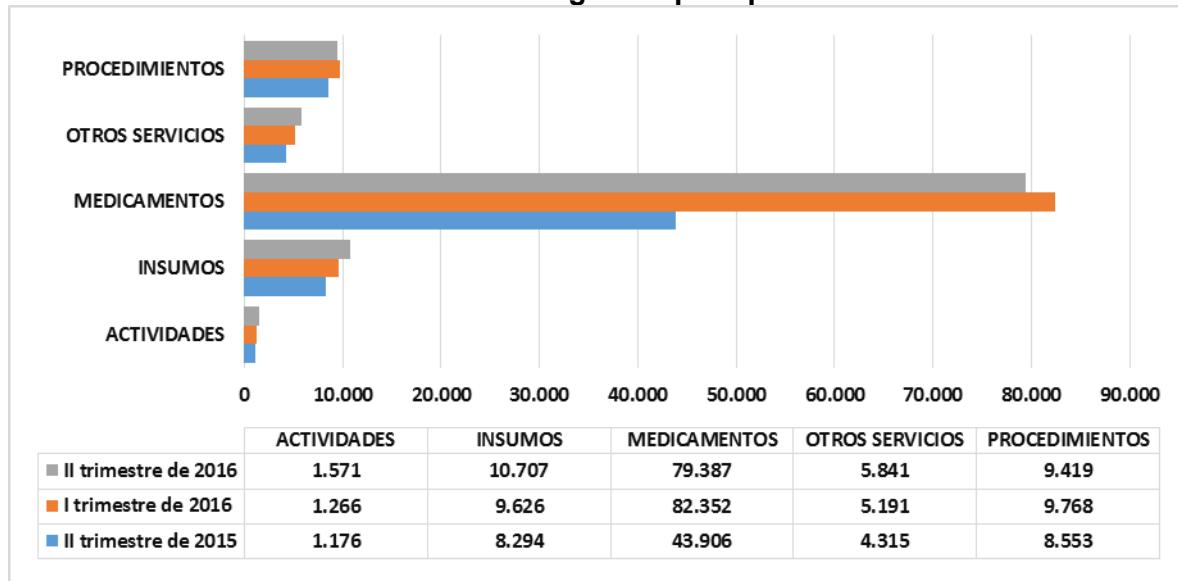
En el grafico No.7 se presenta el total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los periodos: III trimestre de 2015), II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016 el tipo de servicio o tecnologia en salud

negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 71,84%, en segundo lugar los insumos con el 10,36%.

Las variaciones más significativas entre el III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016 fueron medicamentos con un incremento del 111,03% y actividades con una disminución del 9,73%.

Las variaciones más significativa entre el II trimestre de 2016 y el III trimestre de 2016 fueron otros servicios con un incremento del 37,54% y en segundo lugar medicamentos con un incremento del 26,37%.

Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios



Fuente: Elaboración propia del autor

3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA

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

- Un servicio negado corresponde a cualquier tecnología en 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 (problemas administrativos, oportunidad, acceso, etc).

- Un servicio es negado al considerar el servicio no estaba incluido dentro del plan de. En tal caso se activa el proceso de trámite ante el CTC – Comité Técnico Científico, si el servicio no es autorizado por el CTC es un servicio negado.

También podemos hablar de una negación legítima o una negación ilegítima, las cuales son:

- Negación legítima. 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
- Negación ilegítima. 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 (problemas administrativos, oportunidad, acceso, la tecnología en salud cubierta por el plan de beneficios fue sujeta a decisión del CTC etc).

La vía de negación de servicios correspondiente al período de julio a septiembre de 2016 para el régimen contributivo más significativa con un 58,26% equivalente a 67.965 registros corresponde al concepto de negación **NTR: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y un 41,74% equivalente a

48.699 registros, fueron negados con el concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** (ver tabla No.12)

**Tabla 12 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo
III trimestre de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
NEG	14.991	15.777	17.931	48.699	41,74%
NTR	21.574	24.194	22.197	67.965	58,26%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el régimen subsidiado de las 18.762 negaciones de servicios médicos, el 57,42% equivalente a 10.773 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 42,58% equivalente a 7.989 registros, fueron negados con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** (ver tabla No.13).

**Tabla 13. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado
III trimestre de 2016**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
NEG	3.341	3.748	3.684	10.773	57,42%
NTR	1.303	3.211	3.475	7.989	42,58%
Total general	4.644	6.959	7.159	18.762	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presenta un comparativo entre periodos, tomando los datos que se tiene de cada periodo el análisis quedaría un incremento del 2,77% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el III trimestre de 2015 y el III trimestre de 2016 y una disminución del 4,74% entre el periodo II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016 (ver tabla No.14).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo un incremento del 78,21% entre el III trimestre de 2015 y el III trimestre de 2016 y para el periodo II trimestre de 2016 y III trimestre del 2016 el incremento fue del 66,47% (ver tabla No.14).

Tabla 14 Comparativo entre periodos

III 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%
Total	27.376	100,00%	46.612	100,00%

II Trimestre de 2016				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	46.302	60,96%	44.515	97,64%
Subsidiado	4.799	6,32%	11.309	24,81%
Total	40.792	100,00%	45.590	100,00%

III Trimestre de 2016				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	67.965	89,48%	48.699	81,89%
Subsidiado	7.989	10,52%	10.773	18,11%
Total	75.954	100,00%	59.472	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

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

A continuación se presentan los conceptos que dan origen a la negación de los servicios médicos por las EPS y EOC.

Como se observa en el Régimen Contributivo en el III trimestre de 2016, de las 67.965 negaciones de servicios por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 84,81% equivalente a 57.640 registros corresponde al concepto “Otros Servicios”, un 13,81% con 9.389 registros por concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”, y el 1,38% restante por los demás conceptos (ver tabla 15).

Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) III trimestre de 2016

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART	
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	2.998	3.331	3.060	9.389	13,81%	
C: El usuario presenta período de mora	277	394	253	924	1,36%	
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		3	9	12	0,02%	
I: Otros motivos	18.299	20.466	18.875	57.640	84,81%	
TOTALES	21.574	24.194	22.197	67.965	100,00%	

Fuente: Elaboración propia del autor

Debido que el grupo predominante es “I: Otros motivos” en la tabla No.16 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000:

Tabla 16. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos Régimen Contributivo III trimestre de 2016

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
EXTEMPORANEO	1.178
INCONSISTENCIA ORDEN MEDICA DECRETO 2200	11.566
SERVICIO YA TRAMITADO	17.179
INCONSISTENCIA POR AMPLIACION DE SOPORTES	25.082

Fuente: Elaboración propia del autor

Como se observa en el Régimen Subsidiado de las 7.989 negaciones de servicios médicos por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 83,30% equivalente a 6.655 registros por el concepto “Otros Motivos”, un

10,64% con 850 registros por concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS, el 6,06% restante por los demás conceptos (ver tabla 17).

Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) III trimestre de 2016

RÉGIMEN SUBSIDIADO						
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART	
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	241	285	324	850	10,64%	
C: El usuario presenta período de mora	3	12	6	21	0,26%	
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		148	315	463	5,80%	
I: Otros motivos	1.059	2.766	2.830	6.655	83,30%	
TOTALES	1.303	3.211	3.475	7.989	100,00%	

Fuente: Elaboración propia del autor

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, donde el concepto con más frecuencia es no cubierto por el POS, donde no se puede evidenciar por lo remitido por las EPS si es un servicio que no se encuentra en el plan de beneficio y se debería tramitar ante el CTC o una exclusión del POS, por lo que no está cubierto por el POS (ver tabla No. 18).

**Tabla 18. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos
III trimestre de 2016**

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
NO CUBIERTO POR EL PLAN POS-S	2.888
SERVICIO NO PERTINENTE AL DX	735
SERVICIO YA TRAMITADO	566
EXTEMPORANEO	116
INCONSISTENCIA ORDEN MEDICA DECRETO 2200	940
INCONSISTENCIA POR AMPLIACION DE SOPORTES	1.158

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presenta la EPS que reporto el registro “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” (ver tabla No.19).

Este Ministerio solicitó a la entidad informara el motivo por haber negado servicios cubiertos por el plan de beneficios bajo el siguiente radicado. Como se informó

anteriormente este Ministerio comparte por medio del sftp a la Superintendencia Nacional de Salud las respuestas emitidas por las entidades,

Tabla 19. Entidad que reporta “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”
III trimestre de 2016

ENTIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	RADICADOS
Nueva EPS	3.239	3.616	3.384	201631002088471
Total general	3.239	3.616	3.384	

Fuente: Elaboración propia del autor

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

3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)

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

En el Régimen Contributivo en el periodo III trimestre de 2016 de las 48.699 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 31,46% equivalente a 15.321 registros corresponden al concepto “V: Otros motivos”, un 26,34% con 12.829 registros por concepto “P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.”, el 21,97% con 10.698 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 20,22% restante por los demás conceptos con un total de 9.851 registros (ver tabla No.20).

Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo
III trimestre de 2016

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART	
M: El servicio solicitado es cobertura del POS	1	1	2	4	0,01%	

MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
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	3.430	3.566	3.702	10.698	21,97%
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	4.222	4.701	3.906	12.829	26,34%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	1.263	534	2.595	4.392	9,02%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	654	842	824	2.320	4,76%
S: El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	1.004	884	1.219	3.107	6,38%
T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada			2	2	0,00%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	5	9	12	26	0,05%
V: Otros motivos	4.412	5.240	5.669	15.321	31,46%
TOTALES	14.991	15.777	17.931	48.699	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la tabla No.21 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000

Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
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	1.965
LA PRESTACION HA SIDO APROBADA PREVIAMENTE POR EL COMITE	6.715
NO CUMPLE CRITERIOS EN PRESCRIPCIÓN LA FORMULA NO ACATA EL RES 5395 DE 2013	3.152

Fuente: Elaboración propia del autor

Se podría concluir que la causal de negación “la prestación ha sido aprobada previamente por el comité” sugiere problemas en el direccionamiento por parte de la EPS. Si el servicio ya fue aprobado previamente por el Comité no es claro por qué la EPS permitió la conformación del CTC teniendo en cuenta el desgaste administrativo y funcional que esto implica, motivo que tocaría verificar más al detalle para conocer que está sucediendo.

En el Régimen Subsidiado, de las 10.773 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 35,14% equivalente a 3.786 registros corresponden al concepto “V: Otros Motivos”, un 20,60% con 2.219 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 14,56% equivalente a 1.569 registros correspondiente al 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 29,69% restante por los demás conceptos con un total de 3.199 registros (ver tabla No.22).

Tabla 22. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
M: El servicio solicitado es cobertura del POS	128	145	180	453	4,20%
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	601	533	435	1.569	14,56%



MODALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	% PART
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	833	825	561	2.219	20,60%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	275	285	468	1.028	9,54%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	179	336	477	992	9,21%
S: El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	100	219	392	711	6,60%
T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	2	2	5	9	0,08%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	2	4		6	0,06%
V: Otros motivos	1.221	1.399	1.166	3.786	35,14%
TOTALES	3.341	3.748	3.684	10.773	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor

Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la tabla No.23 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 100.

Tabla 23. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
TECNOLOGIA NO APROBADA DE ACUERDO AL ANALISIS DEL CTC	107
LA RESOLUCION 5395 DE 2013 EN SU ART 10 NO CUMPLE REQUISITOS	161
ESTA SOLICITUD ES COBERTURA DEL POS, YA QUE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR AL PACIENTE ES POS, SE APLICA EL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD SEGUN LO ESTIPULADO EN LA RESOLUCION 5592 DE DICIEMBRE DE 2015.	217
SOLICITUD EXTEMPORANEA	217

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
PRESCRIPCION MEDICA INCOMPLETA O NO CUMPLE CON EL ESTANDAR DEL DECRETO 2200 DE 2005	254
EL FORMATO DE SOLICITUD INCOMPLETOS O NO CUMPLEN CON EL ESTANDAR DE NORMA	271
LOS SOPORTES ADJUNTADOS A LA SOLICITUD NO CORRESPONDEN ENTRE SI	424
APROBADO ANTERIORMENTE EN CTC	480
EXCLUSION DEL POS	581

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presentan las EPS que reportan el registro “M: El servicio solicitado es cobertura del POS”, este Ministerio solicitó a las entidades informara el motivo por haber negado servicios cubiertos por el plan de beneficios bajo los siguientes radicados (ver tabla No.24):

Tabla 24 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo julio a septiembre de 2016

ENTIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	RADICADO
Asmet Salud		1		201631002088481
Cajacopi		9	6	201631002088491
Capitalsalud	1			201631002088501
Capresoca	17	20	8	201631002088511
Comfacor	1	1	17	201631002095261
Comparta	37			201631002098481
Convida		1		201631002098691
Mallamas	10	3		201631002098921
Savia	63	111	131	201631002099111
Comfamiliar				
Cartagena			9	201631002099201
Manexka			11	201631002099291

Fuente: Elaboración propia del autor

3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el III trimestre del año 2016 (ver tabla No.25).

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
R522	OTRO DOLOR CRONICO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE
J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 26. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
E43X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
E441	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE DEPENDENCIA
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA
G809	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, SIN OTRA ESPECIFICACION
R529	DOLOR, NO ESPECIFICADO
N951	ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA

Fuente: Elaboración propia del autor

3.8 TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES

A continuación se presenta el total de registros remitidos y validados exitosamente por cada una de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, para los períodos correspondientes en el tercer trimestre 2016, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad - periodo julio de 2016

CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS JULIO	AFILIADOS	TASA JULIO x10k
EPSI03	AIC	8	441.351	0,18%
EPS001	Aliansalud	792	201.286	39,35%
ESS076	Ambuq	10	934.090	0,11%
EPSI04	Anas Wayuu	6	133.484	0,45%
ESS062	Asmet Salud	69	1.934.231	0,36%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	682	4.747.746	1,44%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	40	1.436.070	0,28%
CCF055	Cajacopi		658.546	0,00%



CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS JULIO	AFILIADOS	TASA JULIO x10k
EPSS34	Capitalsalud	32	1.185.501	0,27%
EPS025	Capresoca	69	176.406	3,91%
CCF009	Comfaboy	20	102.002	1,96%
CCF102	Comfachoco	0	148.613	0,00%
CCF015	Comfacor	14	604.332	0,23%
CCF053	Comfacundi	147	114.329	12,86%
CCF023	Comfaguajira	10	142.034	0,70%
CCF007	Comfamiliar Cartagena	17	211.648	0,80%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	0	182.257	0,00%
CCF024	Comfamiliar Huila	467	526.832	8,86%
CCF050	Comfaoriente	12	105.993	1,13%
CCF033	Comfasucre	6	97.725	0,61%
EPS012	Comfenalco Valle	204	248.100	8,22%
ESS133	Comparta	924	1.848.681	5,00%
EPS008	Compensar	209	1.192.151	1,75%
EPS022	Convida	97	567.450	1,71%
EPS016	Coomeva	894	2.906.353	3,08%
ESS024	Coosalud	208	1.937.585	1,07%
EPS023	Cruz Blanca	10	576.495	0,17%
EPSI01	Dusakawi	1	199.303	0,05%
ESS091	Ecoopsos		305.689	0,00%
ESS002	Emdisalud	24	462.500	0,52%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	508	1.855.699	2,74%
EAS016	EPM Departamento Medico	0	10.409	0,00%
EPS017	Famisanar-Contributivo	99	1.781.528	0,56%
EAS027	Fondo de Pasivo	4	42.536	0,94%
EPSI05	Mallamas	51	272.765	1,87%
EPSI02	Manexka	6	213.032	0,28%
ESS207	Mutual Ser	795	1.314.485	6,05%
EPS037	Nueva EPS	24.349	3.907.775	62,31%
EPSI06	Pijao Salud	3	78.518	0,38%
EPS002	Salud Total - Contributivo	867	2.324.974	3,73%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS JULIO	AFILIADOS	TASA JULIO x10k
EPS033	Saludvida - Contributivo	5	93.029	0,54%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	22	1.272.246	0,17%
EPS005	Sanitas	2.099	1.669.728	12,57%
EPSS40	Savia	542	1.661.094	3,26%
EPS018	SOS	353	932.025	3,79%
EPS010	Sura EPS	7.298	2.460.576	29,66%

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 28. Total de registros remitidos por Entidad - periodo agosto de 2016

CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS AGOSTO	AFILIADOS	TASA AGOSTO x10k
EPSI03	AIC	11	441.715	0,25%
EPS001	Aliansalud	841	202.669	41,50%
ESS076	Ambuq	7	940.431	0,07%
EPSI04	Anas Wayuu	5	132.490	0,38%
ESS062	Asmet Salud	69	1.934.865	0,36%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	822	4.696.181	1,75%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	77	1.433.266	0,54%
CCF055	Cajacopi	277	666.053	4,16%
EPSS34	Capitalsalud	26	1.180.428	0,22%
EPS025	Capresoca	66	177.208	3,72%
CCF009	Comfaboy	7	102.612	0,68%
CCF102	Comfachoco	2	151.928	0,13%
CCF015	Comfacor	1296	605.087	21,42%
CCF053	Comfacundi	199	115.332	17,25%
CCF023	Comfaguajira	17	142.219	1,20%
CCF007	Comfamiliar Cartagena	48	211.153	2,27%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	0	182.439	0,00%
CCF024	Comfamiliar Huila	852	525.608	16,21%
CCF050	Comfaoriente	18	107.017	1,68%
CCF033	Comfasucre	0	97.748	0,00%



CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS AGOSTO	AFILIADOS	TASA AGOSTO x10k
EPS012	Comfenalco Valle	282	248.027	11,37%
ESS133	Comparta	1082	1.853.645	5,84%
EPS008	Compensar	337	1.206.991	2,79%
EPS022	Convida	121	568.133	2,13%
EPS016	Coomeva		2.900.525	0,00%
ESS024	Coosalud	358	1.942.436	1,84%
EPS023	Cruz Blanca	1	574.142	0,02%
EPSI01	Dusakawi	0	198.201	0,00%
ESS091	Ecoopsos	80	305.455	2,62%
ESS002	Emdisalud	65	465.777	1,40%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	641	1.862.047	3,44%
EAS016	EPM Departamento Medico	0	10.378	0,00%
EPS017	Famisanar-Contributivo	110	1.771.700	0,62%
EAS027	Fondo de Pasivo	2	42.443	0,47%
EPSI05	Mallamas	39	272.764	1,43%
EPSI02	Manexka	13	213.092	0,61%
ESS207	Mutual Ser	986	1.318.361	7,48%
EPS037	Nueva EPS	26837	3.919.859	68,46%
EPSI06	Pijao Salud	4	78.694	0,51%
EPS002	Salud Total - Contributivo	860	2.333.465	3,69%
EPS033	Saludvida - Contributivo	9	94.605	0,95%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	30	1.264.638	0,24%
EPS005	Sanitas	2.652	1.669.806	15,88%
EPSS40	Savia	535	1.662.471	3,22%
EPS018	SOS	383	931.315	4,11%
EPS010	Sura EPS	8.170	2.470.617	33,07%

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 29. Total de registros remitidos por Entidad - periodo septiembre de 2016

CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS SEPTIEMBRE	AFILIADOS	TASA SEPTIEMBRE x10k
EPSI03	AIC	13	442.262	0,29%
EPS001	Aliansalud	759	202.600	37,46%
ESS076	Ambuq	2	942.686	0,02%
EPSI04	Anas Wayuu	1	131.620	0,08%
ESS062	Asmet Salud	65	1.936.661	0,34%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	791	4.431.276	1,79%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	86	1.399.407	0,61%
CCF055	Cajacopi	268	676.786	3,96%
EPSS34	Capitalsalud	23	1.168.841	0,20%
EPS025	Capresoca	44	177.900	2,47%
CCF009	Comfaboy	4	102.987	0,39%
CCF102	Comfachoco	1	153.077	0,07%
CCF015	Comfacor	1.484	606.954	24,45%
CCF053	Comfacundi	132	117.725	11,21%
CCF023	Comfaguajira	5	143.250	0,35%
CCF007	Comfamiliar Cartagena	53	210.563	2,52%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	0	182.495	0,00%
CCF024	Comfamiliar Huila	921	524.152	17,57%
CCF050	Comfaoriente	23	108.173	2,13%
CCF033	Comfasucre	8	97.538	0,82%
EPS012	Comfenalco Valle	228	247.693	9,20%
ESS133	Comparta		1.854.054	0,00%
EPS008	Compensar	299	1.223.488	2,44%
EPS022	Convida	242	567.469	4,26%
EPS016	Coomeva	2.261	2.889.630	7,82%
ESS024	Coosalud	272	1.935.691	1,41%
EPS023	Cruz Blanca		570.410	0,00%
EPSI01	Dusakawi	5	198.395	0,25%
ESS091	Ecoopsos	72	303.507	2,37%
ESS002	Emdisalud	85	469.890	1,81%



CODIGO	ENTIDAD	REGISTOS SEPTIEMBRE	AFILIADOS	TASA SEPTIEMBRE x10k
ESS118	Emssanar-Subsidiado	648	1.879.378	3,45%
EAS016	EPM Departamento Medico	1	10.357	0,97%
EPS017	Famisanar-Contributivo	119	1.795.312	0,66%
EAS027	Fondo de Pasivo	2	42.213	0,47%
EPSI05	Mallamas		274.055	0,00%
EPSI02	Manexka	28	212.917	1,32%
ESS207	Mutual Ser	847	1.324.604	6,39%
EPS037	Nueva EPS	25.267	4.085.724	61,84%
EPSI06	Pijaos Salud	2	78.847	0,25%
EPS002	Salud Total - Contributivo	888	2.374.259	3,74%
EPS033	Saludvida - Contributivo	1	96.273	0,10%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	28	1.254.573	0,22%
EPS005	Sanitas	2.400	1.717.292	13,98%
EPSS40	Savia	551	1.672.725	3,29%
EPS018	SOS	458	939.697	4,87%
EPS010	Sura EPS	8.032	2.519.438	31,88%

Fuente: Elaboración propia del autor

4. CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

En el régimen subsidiado en el III trimestre de 2015 el 85,29% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el III trimestre del 2016 el 96,77% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que hubo un incremento del 11,48% en el reporte.

En el régimen contributivo se puede observar un incremento del 5,83% entre el III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016, y para el II y III trimestre de 2016 fue constante con un 93,33% en presentación de la información por parte de las entidades.

La variación de registros enviados entre el periodo III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016 hubo un incremento del 79,20%, y la variación entre el II trimestre de 2016 y el III trimestre de 2016 el incremento fue de 20,67%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016 el incremento fue del 44,52%.

De los archivos validados exitosamente se presentaron 135.426 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en el periodo julio a septiembre de 2016, de los cuales 18.762 corresponden al régimen subsidiado y 116.664 al régimen contributivo. Lo anterior indica que el 86,15% 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 13,85% al régimen subsidiado

En la modalidad de atención se observó que el servicio de atención ambulatoria se produce un incremento del 27,99% entre el II trimestre de 2016 y el III trimestre de 2016, para el caso de domiciliario la disminución fue del 41,67%, en la modalidad hospitalaria el incremento fue del 17,50% y para urgencias la disminución fue del 28,88%.

Correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los períodos: III trimestre de 2015), II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016 el tipo de servicio o tecnología en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 71,84%, en segundo lugar los insumos con el 10,36%.

La variaciones mas significativas entre el III trimestre de 2015 y III trimestre de 2016 fueron medicamentos con un incremento del 111,03% y actividades con una disminución del 9,73%.

La variaciones mas significativa entre el II trimestre de 2016 y el III trimestre de 2016 fueron otros servicios con un incremento del 37,54% y en segundo lugar medicamentos con un incremento del 26,37%.

Se presenta un incremento del 2,77% por Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG entre el III trimestre de 2015 y el III trimestre de 2016 y una disminución del 4,74% entre el periodo II trimestre de 2016 y III trimestre de 2016 (ver tabla No.14).

Para el caso de Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR tuvo un incremento del 78,21% entre el III trimestre de 2015 y el III trimestre de 2016 y para el periodo II trimestre de 2016 y III trimestre del 2016 el incremento fue del 66,47%.

Del resultado de los registros del III trimestre de 2016 podemos observar que se presenta un mayor reporte de negación de tecnologías incluidas dentro del plan de beneficios en el régimen contributivo (89,48% NTR y 81,89% NEG) que en el régimen subsidiado (18,11% NEG y 10,52% NTR).

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

A manera de conclusión, podría decirse que la casi totalidad de los servicios negados cuentan con una justificación legal, administrativa o técnica, sin que sea posible concluir que ello sea producto de una actitud negligente o deliberada de quien le corresponde autorizarlos. Se podría decir que tal vez a las EPS les faltaría acciones de coordinación con sus red de prestadores para evitar que se interrumpan la continuidad en el proceso de trámite de CTC por problemas administrativos, lo cual se debería de verificar con más detalle.