

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

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

Bogotá D.C., febrero de 2017

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	6
2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN	11
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	19
3.1 TIPO DE RÉGIMEN	22
3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN	24
3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	26
3.4 CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA	28
3.5 MOTIVO PARA NO HABER TRAMITADO LA SOLICITUD ANTE EL CTC (NTR).....	32
3.6 MOTIVO DE NEGACIÓN POR EL CTC (NEG).....	37
3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO	42
4. CONCLUSIONES.....	49
ANEXO 1. RELACIÓN DE EPS Y EOC QUE REPORTARON LA INFORMACIÓN PARA EL IV TRIMESTRE DE 2016.....	51

TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades habilitadas reportantes en el marco de la resolución 1683 de 2015, correspondiente al periodo octubre-diciembre de 2016.....	12
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud.....	13
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el	15
Tabla 4. Total registros por entidad IV trimestre de 2016.....	16
Tabla 5. Entidades que no realizaron las correcciones de los archivos IV trimestre de 2016.....	17
Tabla 6. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de régimen IV Trimestre de 2016	23
Tabla 7. Total de registros enviados y validados por régimen	24
Tabla 8 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo IV trimestre de 2016.....	24
Tabla 9. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado IV trimestre de 2016	25
Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondientes a los meses octubre a diciembre de 2016.	27
Tabla 11. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado IV trimestre de 2016	27
Tabla 12 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo IV trimestre de 2016.....	30
Tabla 13. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado IV trimestre de 2016.....	30
Tabla 14 Comparativo entre periodos concepto de negación.....	31
Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC), IV trimestre de 2016	32
Tabla 16. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos	33
Tabla 17. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC), IV trimestre de 2016	34
Tabla 18. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos, IV trimestre de 2016.....	36
Tabla 19. Entidad que reporta “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”	37
Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo IV trimestre de 2016.....	38
Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado	39
Tabla 22. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo.....	41
Tabla 23 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS”	42
Tabla 24. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo	43

Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado	43
Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo octubre de 2016	44
Tabla 27. Total de registros remitidos por Entidad - periodo noviembre de 2016.....	46
Tabla 28. Total de registros remitidos por Entidad - periodo diciembre de 2016.....	47

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.....	14
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo octubre a diciembre de 2016.....	15
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente	18
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención IV trimestre de 2016.....	25
Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención.....	26
Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios	28

1. ANTECEDENTES

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

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

Posteriormente, la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 profiere los Autos del 13 de julio y 24 de agosto de 2009, relacionados con la orden décima novena de la sentencia, en la cual precisa que dicha orden es de aplicación exclusiva para las Entidades Promotoras de Salud, por lo que el Ministerio de la Protección Social adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos a través de la Resolución 3173 de 2009¹, modificada por la Resolución 3821 de 2009², las cuales fueron derogadas por la Resolución 163 de 2011³.

Mediante Auto 043 de 2012, la Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 señala que el formulario para el Registro de Negación de Servicios adoptado a través de la Resolución 163 de 2011, presenta falencias, por lo que el Ministerio, mediante la Resolución 744 de 2012⁴, adoptó un nuevo formulario que registra la información conforme a los parámetros establecidos por la Alta Corporación y permite a las entidades encargadas de la realización del reporte efectuar el diligenciamiento de manera sencilla, además de garantizar un mayor grado de calidad y utilidad de la información.

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

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

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. Desaparecen las autorizaciones administrativas y el concepto de negación –EPS y/o CTC-, para confiar en el criterio científico y responsable del médico tratante. A pesar de los retos que representa el acceso a servicios de prestaciones excepcionales (no financiados con recursos de aseguramiento), este tipo de cobertura que representa un gran esfuerzo a nivel de

financiamiento en el sistema, debe leerse como un avance en la garantía de acceso de la población (Resolución 1328 de 2016 derogada por la Resolución 3951 de 2016).

El avance hacia un Plan de Beneficios implícito donde desaparece el marco del diseño institucional anterior, en el cual el no POS se consideró la exclusión, para mejorar el acceso y disponibilidad de tecnologías en salud seguras, eficaces y efectivas asociadas al aseguramiento es progresivo. La resolución 1328 de 2016 derogada por la Resolución 3951 de 2016 que garantiza la financiación de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios, es de obligatoria implementación para el Régimen Contributivo (financiado con recursos del PGN y el FOSYGA) y facultativo para las entidades territoriales (quienes financian las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado). La autonomía territorial y el déficit de información sobre el costo de los servicios recobrados en el Régimen Subsidiado son los argumentos que justifican esta diferenciación. Acerca de la autonomía de las entidades territoriales, el artículo 287 de la Constitución establece que “Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses (artículo 288 CP), dentro de los límites de la Constitución y la ley (...)”.

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 instrumentó 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 pretende mejorar la operación en el cumplimiento material del contenido de la orden décimo novena mediante un sistema de monitoreo en la garantía en el acceso oportuno y eficiente a las tecnologías en salud integrado por tres componentes: i) Prescripción en línea garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (mandatorio para Régimen Contributivo y facultativo para Régimen Subsidiado). Resolución 1328 de 2016 derogada por la Resolución 3951 de 2016; ii) monitoreo de las tecnologías en salud tramitadas por el CTC para el Régimen Subsidiado (aprobadas y negadas) en las Entidades Territoriales que no se acojan a la Resolución 1328 de 2016 derogada por la resolución 3951 de 2016. Se mantendrá la Resolución 1683 de 2015; iii) Sistema de monitoreo en el suministro

de las tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este nuevo sistema de registro cuya explicación se encuentra contenido en el “Informe sobre el cumplimiento de la orden décimo novena -auto 411 de 2015- propuesta de medidas para mejorar la operación de la orden décimo novena de la sentencia T-760 de 2008” remitido a la Corte Constitucional con radicado 201631002289221 y entregado el día 22 de diciembre de 2016.

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones remitió a los peritos voluntarios la propuesta del nuevo instrumento (modificación anexo Resolución 1683 de 2015) para su conocimiento y sugerencias, las sugerencias remitidas por los peritos se tuvieron en cuenta para la modificatoria de la resolución 1683 de 2015:

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 comunicados 201631001853221 y 201631002184221 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 se encuentra publicada en [web.sispro.gov.co \anexos técnicos – normas\REC Servicios Negados](http://web.sispro.gov.co/anexos_tecnicos_normas/REC_Servicios_Negados), comenzó a operar simultáneamente con las resolución 3951 de 2016 el día 1 de diciembre del 2016.

Esta modificatoria es provisional mientras sale la aprobación del nuevo acto administrativo con la modificatoria de la resolución 1683 de 2015 propuesto a la Corte Constitucional bajo comunicado 201631002289221 del 22 de diciembre de 2016.

A continuación se presentara el análisis de la información remitida por las EPS/EOC correspondiente al IV trimestre de 2016 que pasaron satisfactoriamente las dos validaciones en el marco de la Resolución 1683 de 2015:

2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN

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

Mediante Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.7.11 señala:

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

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

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

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

Por lo anterior las entidades podrán presentar información de afiliados del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

El siguiente reporte corresponde a la información presentada en el marco de la Resolución 1683 de 2015 por las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) durante el cuarto trimestre de 2016, que se relacionan en el Anexo 1. Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre 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 octubre-diciembre de 2016

Régimen	Octubre de 2016			Noviembre de 2016			Diciembre 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
Subsidiado	31	28	90%	31	30	97%	31	30	97%
Contributivo	15	15	100%	15	15	100%	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	RADICADO
Asmet Salud	Octubre de 2016	201731000157871
Comfamiliar Cartagena	Octubre, Noviembre y Diciembre de 2016	
Emdisalud	Octubre de 2016	

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.1, 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 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.

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 IV trimestre de 2015 el 85,42% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el IV trimestre del 2016 el 94,62% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que hubo un incremento del 7,32% en el reporte.

Con relación al III trimestre de 2016 el 96,77% de las entidades del Régimen Subsidiado presentaron información, donde se puede observar una disminución del 2,22% con relación al III trimestre de 2016, (véase la tabla No.2).

En el Régimen Contributivo se puede observar un incremento del 0,5% entre el IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016, y para el III y IV trimestre de 2016 el incremento fue del 0,5% en presentación de la información por parte de las entidades, (véase la tabla No.2).

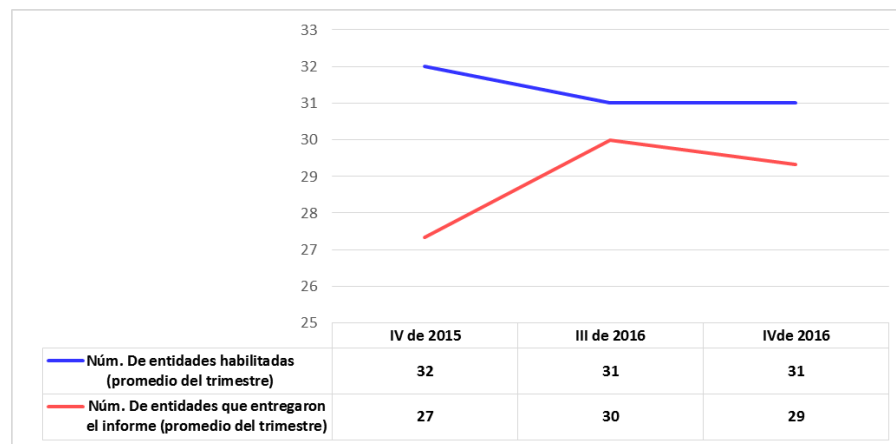
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud

Subsidiado				Contributivo			
Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part	Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part
IV de 2015	32	27	85.42%	IV de 2015	16	14	87.50%
III de 2016	31	30	96.77%	III de 2016	15	14	93.33%
IV de 2016	31	29	94.62%	IV de 2016	15	15	97.78%

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

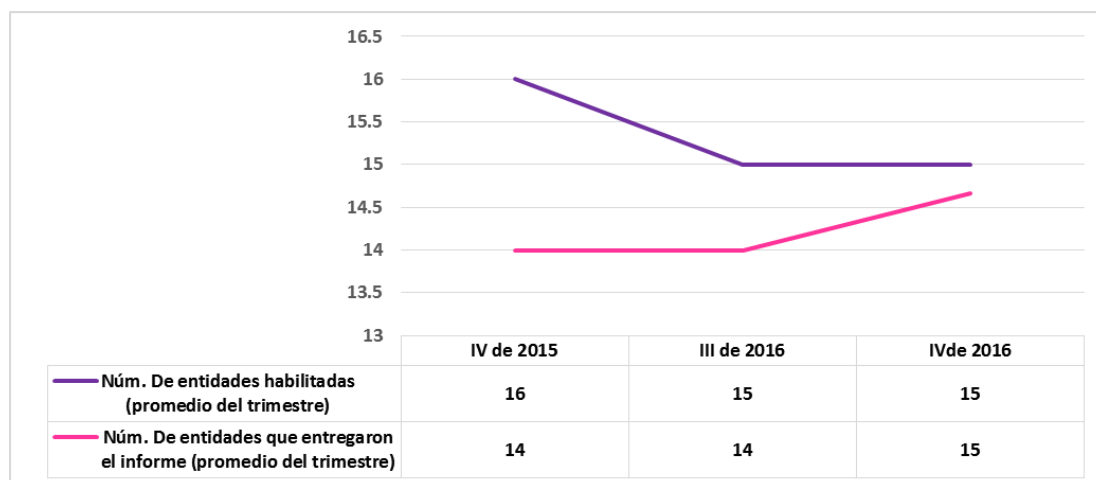
En los gráficos que se presentan a continuación se podrá ver la relación del análisis anteriormente expuesto:

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 IV trimestre de 2016, donde se puede observar que el 97,14% 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).

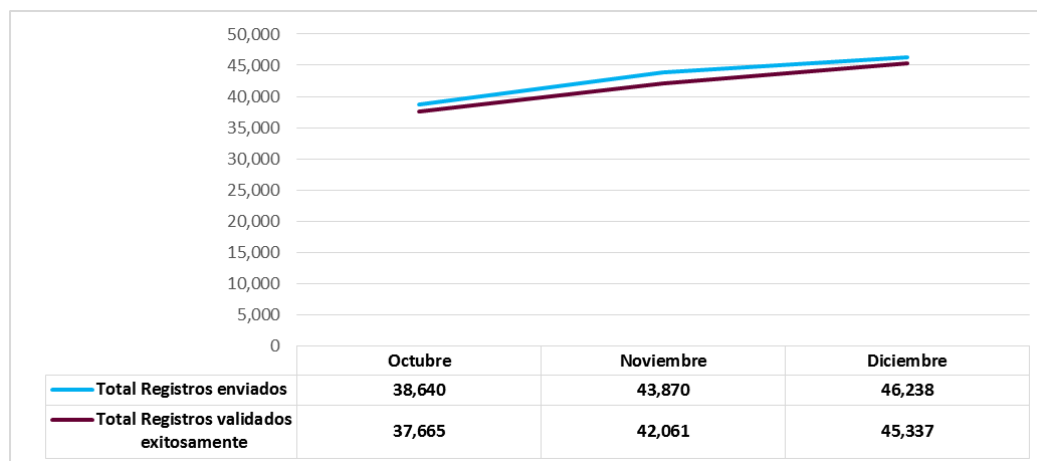
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el Periodo octubre a diciembre de 2016

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Octubre	38,640	37,665	97.48%
Noviembre	43,870	42,061	95.88%
Diciembre	46,238	45,337	98.05%
TOTALES	128,748	125,063	97.14%

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

En el grafico 3 se puede observar un incremento del 19,66% sobre los registros enviados entre el mes de octubre y diciembre de 2016.

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



Fuente: Elaboración propia del autor

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

Tabla 4. Total registros por entidad IV trimestre de 2016

ENTIDAD	REGISTROS OCTUBRE	REGISTROS NOVIEMBRE	REGISTROS DICIEMBRE
AIC	20	28	16
Aliansalud	711	667	740
Ambuq	1	6	1
Anas Wayuu	8	13	5
Asmet Salud		41	16
Cafesalud - Contributivo	659	846	870
Cafesalud - Subsidiado	84	89	116
Cajacopi	168	296	255
Capitalsalud	26	55	114
Capresoca	16	26	40
Comfaboy	1	0	1
Comfachoco	7	12	14
Comfacor	1,252	1251	1,064
Comfacundi	141	114	116
Comfaguajira	19	40	40
Comfamiliar de Nariño	0	0	1
Comfamiliar Huila	720	877	941
Comfaoriente	14	10	8
Comfasucre	3	8	1
Comfenalco Valle	258	385	198
Comparta	783	922	843
Compensar	214	260	240
Convida	165	142	132
Coomeva	670	539	748
Coosalud	304	290	323
Cruz Blanca	6	0	1
Dusakawi	2	3	5
Ecoopsos	63	77	21
Emdisalud		36	42
Emssanar-Subsidiado	486	456	417

ENTIDAD	REGISTROS OCTUBRE	REGISTROS NOVIEMBRE	REGISTROS DICIEMBRE
EPM Departamento Medico	0	0	1
Famisanar-Contributivo	91	102	79
Fondo de Pasivo	0	2	1
Mallamas	26	38	28
Manexka	28	5	4
Mutual Ser	804	1127	1,111
Nueva EPS	19,405	22576	24,736
Pijaos Salud	1	0	2
Salud Total - Contributivo	941	748	932
Salud Total - Subsidiado		57	34
Saludvida - Contributivo	5	13	43
Saludvida - Subsidiado	29	87	240
Sanitas	2,379	3,035	2,607
Savia	467	427	447
SOS	437	357	339
Sura EPS	7,226	7,807	8,305

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 IV 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 IV trimestre de 2016

ENTIDAD	ESTADO	TOTAL REGISTRO	MES
Cafesalud - Contributivo	No paso validación	659	Octubre
Cafesalud - Subsidiado		84	
Comfaboy		1	
Comfacundi		141	
Comfaguajira		19	
Cruz Blanca		6	
Dusakawi		2	
Ecoopsos		63	
Comfachoco		12	
			Noviembre

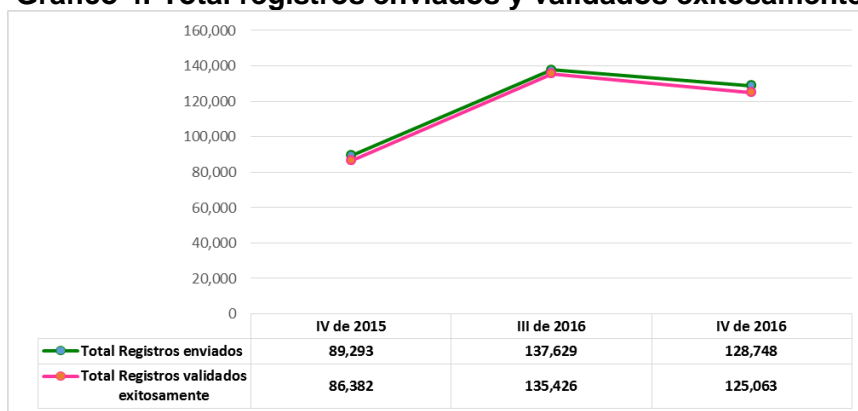
ENTIDAD	ESTADO	TOTAL REGISTRO	MES
Comfacundi	No paso validación	114	Noviembre
Comfasucre		8	
Convida		142	
Convida			
Coosalud		290	
Dusakawi		3	
Ecoopsos		77	
Emdisalud		36	
Mutual Ser		1127	
Asmet Salud		16	
Capitalsalud		114	Diciembre
Capresoca		40	
Comfachoco		14	
Comfacundi		116	
Comfasucre		1	
Convida		132	
Convida			
Dusakawi		5	
Emdisalud		42	
Emssanar-Subsidiado		417	

Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico No.4 se observa la variación de registros enviados entre el periodo IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016 hubo un incremento del 44,19%, y la variación entre el III trimestre de 2016 y el IV trimestre de 2016 la disminución fue del 6,45%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016 el incremento fue del 44,78%.

Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente



Elaboración propia del autor

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 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 técnico de la resolución 1683 de 2015:

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

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

iii) Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado; medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos médicos, actividades y otros servicios información para el mes de octubre, para el caso de los meses de noviembre y diciembre se desagrega otros servicios por las opciones servicios específicos y servicios no financiados con recursos de salud donde los valores permitidos se encuentran publicados en la tablas de referencia publicadas en la web.sispro.gov.co.

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

La Corte buscaba con el registro de negaciones identificar de manera concreta las tecnologías en salud formuladas por el médico tratante que las EPS negaban directamente a los afiliados sin tramitarlas ante el CTC o que siendo presentadas

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

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

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

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 IV 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**), apartir del reporte correspondiente a noviembre en adelante la opción otros motivos se desagrega con los siguientes conceptos; al igual se encuentra publicado la tabla de referencia y el anexo técnico en la web.sispro.gov.co:

<p align="center">(NTR)</p> <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 align="center">(NEG)</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>A:El servicio solicitado es cobertura del POS C:El usuario presenta período de mora D:El usuario se encuentra en período de urgencia E:Traslado entre EPS F:Cambio de régimen de Seguridad Social en Salud G:La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada H:La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada Otros motivos (Desagregado para la información del mes de diciembre en adelante) J. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado. K. Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio. M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II, resolución 5395 de 2013). P:Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan) Q: Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015. S: Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).</p>	<p>M: El servicio solicitado es cobertura del POS O: No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS. Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante. R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente. S: El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior. T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada. U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada. Otros motivos (Desagregado para la información del mes de diciembre en adelante) W: Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.</p>

<p>T: Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.</p>	<p>X Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).</p> <p>Y: Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II, resolución 5395 de 2013).</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 de 2016.

3.1 TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 125.063 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en el periodo octubre a diciembre de 2016, de los cuales 19,479 corresponden al Régimen Subsidiado y 105,584 al Régimen Contributivo. Lo anterior indica que el 84.42% 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 15.58% al regimen subsidiado (ver tabla No.6).

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

Tabla 6. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de régimen IV Trimestre de 2016

Tipo de Régimen	OCTUBRE			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por régimen
Subsidiado	5,638	28	5,328	94.50%
Contributivo	33,002	15	32,337	97.98%
Tipo de Régimen	NOVIEMBRE			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por régimen
Subsidiado	6,533	30	4,724	72.31%
Contributivo	37,337	15	37,337	100.00%
Tipo de Régimen	DICIEMBRE			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part. Por régimen
Subsidiado	6,398	30	5,499	85.95%
Contributivo	39,840	14	39,838	99.99%
Tipo de Régimen	TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN			
	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	%Part Registros
Subsidiado	18,569	29	15,551	83.75%
Contributivo	110,179	15	109,512	99.39%
TOTAL	128,748		125,063	97.14%

Fuente: Elaboración propia del autor

La variación de registros validados exitosamente en el Régimen Subsidiado entre los periodos IV trimestre de 2015 al IVI trimestre de 2016 el incrementó fue 16,01% y en los periodos III trimestre de 2016 y IV trimestre de 2016 se presenta una disminución del 17,11%. (Ver tabla No.7).

Con relación al Régimen Contributivo variación de registros validados exitosamente entre los periodos IV trimestre de 2015 al IV trimestre de 2016 el incrementó fue 50,35% y en los periodos III trimestre de 2016 y IV trimestre de 2016 se presenta una disminución del 8,70%. (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
IV de 2015	16,009	13,405	73,284	72,977
III de 2016	16,952	18,762	120,677	116,664
IV de 2016	18,569	15,551	110,179	109,512

Fuente: Elaboración propia del autor

3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

A continuación se 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 92,.44% equivalente a 97.598 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria con un 7,37% equivalentes a 7.784 registros y el restante correspondiente al 0,19% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios, equivalente a 202 registros.

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

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	28,665	33,326	35,607	97,598	92.44%
DOMICILIARIO	7	20	16	43	0.04%
HOSPITALARIO	2,391	2,667	2,726	7,784	7.37%
URGENCIAS	49	59	51	159	0.15%
Total general	31,112	36,072	38,400	105,584	100.00%

Fuente: Elaboración propia del autor

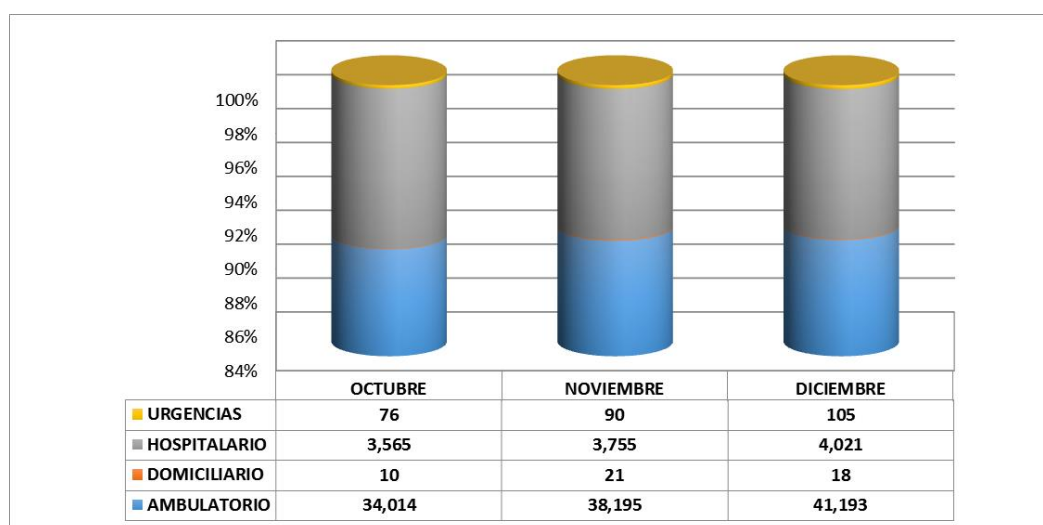
Para el caso del régimen subsidiado la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 81,13% equivalentes a 15.804 negaciones, seguido por la modalidad hospitalaria con el 18,26% equivalente a 3.557 registros y el restante correspondiente a 0,61% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios para un total del 118 registros (ver tabla No.9).

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

REGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	5,349	4,869	5,586	15,804	81.13%
DOMICILIARIO	3	1	2	6	0.03%
HOSPITALARIO	1,174	1,088	1,295	3,557	18.26%
URGENCIAS	27	31	54	112	0.57%
Total general	6,553	5,989	6,937	19,479	100.00%

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

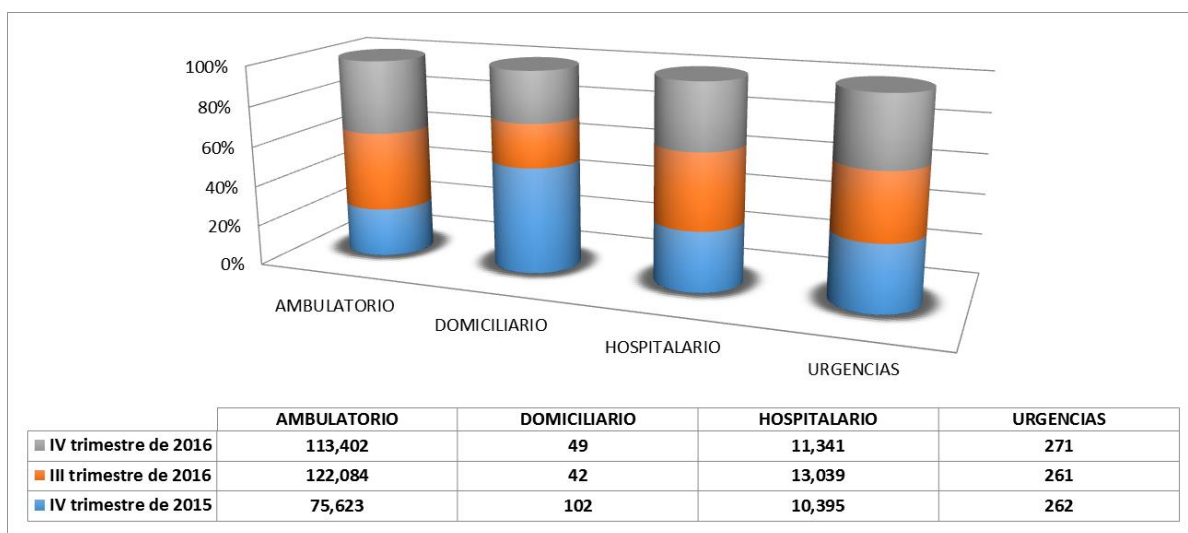
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención IV trimestre de 2016



Fuente: Elaboración propia del autor

En la gráfica No. 6 se presenta el total de registros validados por las diferentes modalidades de atención en los periodos IV trimestre de 2015, III trimestre de 2016 y IV 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) para el reporte de octubre; para los periodos noviembre y diciembre se desagregó otros servicios con las opciones Servicios específicos (S) y Servicios no financiados con recursos de salud (C), los valores perimitos se encuentran publicados en las tablas de referencia web.sispro.gov.co.

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

De los 105.584 registros de negación de servicios médicos correspondientes al Régimen Contributivo presentados en el período de octubre a diciembre de 2016, el 77,58% de las negaciones correspondieron a medicamentos lo cual equivale a 81.917 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría insumos con una participación del 6,74% correspondiente a 7.120 registros. El 6,43% corresponde a la negación de servicios correspondiente a procedimientos equivalente a 6.793 registros, y el restante 9,24% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades, otros servicios, servicios

específicos y servicios no financiados con recursos de salud equivalente a 9.754 registros de negaciones. (Ver tabla 10).

Tabla 10. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondientes a los meses octubre a diciembre de 2016.

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
SERVICIO SOLICITADO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	482	767	895	2,144	2.03%
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	2,629	2,461	2,030	7,120	6.74%
MEDICAMENTOS	23,926	28,089	29,902	81,917	77.58%
OTROS SERVICIOS	2,093			2,093	1.98%
PROCEDIMIENTOS	1,982	2,404	2,407	6,793	6.43%
SERVICIOS ESPECIFICOS		1,695	2,156	3,851	3.65%
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD		656	1,010	1,666	1.58%
Total general	31,112	36,072	38,400	105,584	100.00%

Fuente: Elaboración propia del autor

De los 19.479 registros correspondientes al período octubre a diciembre de 2016, el 61,67% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalentes a 12.013 registros. Seguido se encuentra la negación por tipo de servicios correspondiente a procedimientos con una participación del 17,40% equivalente a 3.389 registros. El 9,30% corresponde a insumos equivale a 1.812 registros y el 11,63% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades, Otros Servicios, servicios específicos y servicios no financiados con recursos de salud equivalente a 311 registros (ver tabla No.11).

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

REGIMEN SUBSIDIADO					
SERVICIO SOLICITADO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	84	147	180	411	2.11%
INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS	922	538	352	1,812	9.30%
MEDICAMENTOS	4,052	3,532	4,429	12,013	61.67%
OTROS SERVICIOS	346			346	1.78%
PROCEDIMIENTOS	1,149	1,209	1,031	3,389	17.40%
SERVICIOS ESPECIFICOS		445	752	1,197	6.15%
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD		118	193	311	1.60%
Total general	6,553	5,989	6,937	19,479	100.00%

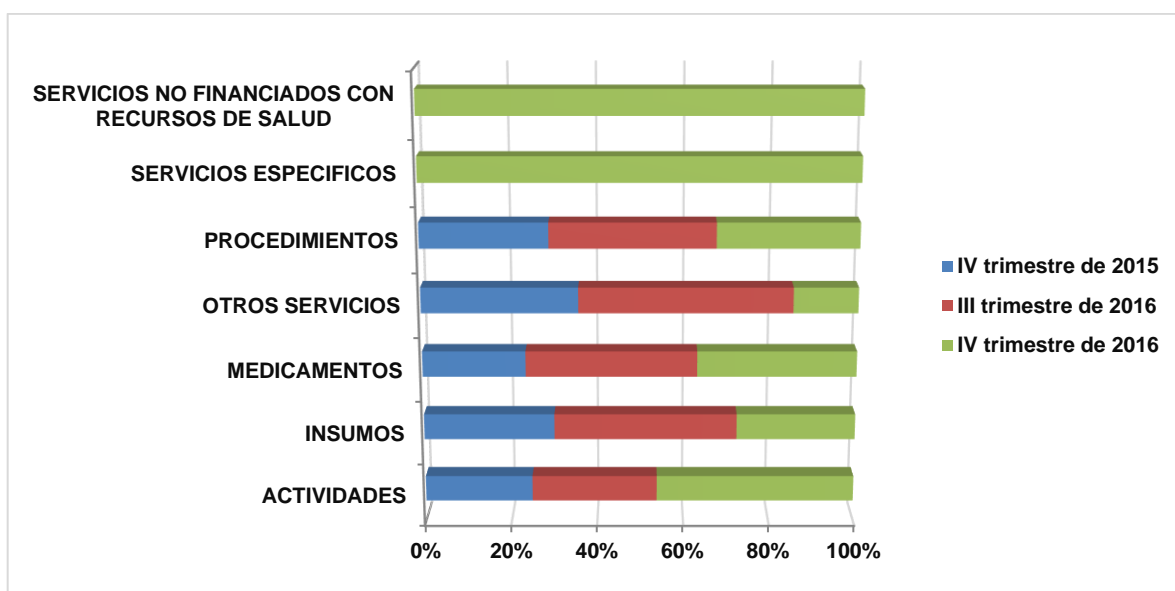
Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico No.7 se presenta el total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los periodos: IV trimestre de 2015), III trimestre de 2016 y IV trimestre de 2016 el tipo de servicio o tecnología en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 73.38%, en segundo lugar los insumos con el 9.31% y en tercer lugar procedimientos con el 8.97%.

La variaciones mas significativas entre el IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016 fueron actividades con un incremento del 85.68% y otros servicios con una disminucion del 58.41%.

La variaciones mas significativa entre el III trimestre de 2016 y el IV trimestre de 2016 fueron actividades con un incremento del 59.19% y en segundo lugar otros servicios con una disminucion del 69.64%.

Gráfico 7: Número de registros por tipo de servicios



Fuente: Elaboración propia del autor

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, 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 octubre a diciembre de 2016 para el Régimen Contributivo más significativa con un 55,86% equivalente a 58.977 registros corresponde al concepto de negación **NTR: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y un 44,14% equivalente a 46.607 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 IV trimestre de 2016

REGIMEN CONTRIBUTIVO					
CONCEPTO NEGACION	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
NEG	14,047	16,433	16,127	46,607	44.14%
NTR	17,065	19,639	22,273	58,977	55.86%
Total general	31,112	36,072	38,400	105,584	100.00%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el régimen subsidiado de las 19.479 negaciones de servicios médicos, el 51,19% equivalente a 9.971 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 48,81% equivalente a 9.508 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 IV trimestre de 2016

REGIMEN SUBSIDIADO					
CONCEPTO NEGACION	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
NEG	3,558	2,780	3,633	9,971	51.19%
NTR	2,995	3,209	3,304	9,508	48.81%
Total general	31,112	36,072	38,400	19,479	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 24,10% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el IV trimestre de 2015 y el IV trimestre de 2016 y una disminución del 4,87% entre el periodo III trimestre de 2016 y IV 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 67,89% entre el IV trimestre de 2015 y el IV trimestre de 2016 y para el periodo III trimestre de 2016 y IV trimestre del 2016 una disminución del 9,83% (ver tabla No.14).

Tabla 14 Comparativo entre periodos concepto de negación

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%
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	166.61%	48,699	106.82%
Subsidiado	7,989	19.58%	10,773	23.63%
Total	40,792	100.00%	45,590	100.00%
IV Trimestre de 2016				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	58,977	86.12%	46,607	82.38%
Subsidiado	9,508	13.88%	9,971	17.62%
Total	68,485	100.00%	56,578	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 IV trimestre de 2016, de las 58.977 negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), entre las más significativas esta “S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)” correspondiente al 28% equivalente a 16.516 registros en un segundo lugar encontramos “O. Otros servicios”, con un 24,64% equivalente a 14.533 registros y en tercer lugar “M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)” con un 22,99% equivalente a 13.560 registros (ver tabla 15).

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MOTIVO NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
A. El servicio solicitado es cobertura del POS.	2,298	2,463	2,185	6,946	11.78%
C. El usuario presenta período de mora.	234	18	398	650	1.10%
D. El usuario se encuentra en período de urgencia.			11	11	0.02%
E. Traslado entre EPS.			1	1	0.00%
G. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.		7	2	9	0.02%
I. Otros Servicios **	14,533			14,533	24.64%
J. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado.		184	151	335	0.57%
K. Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio.		383		383	0.65%
M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II, resolución 5395 de 2013).		6,556	7,004	13,560	22.99%

MOTIVO NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
P. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).		103	78	181	0.31%
Q. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015.		21	1	22	0.04%
S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).		6,511	10,005	16,516	28.00%
T. Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.		3,393	2,437	5,830	9.89%
Total general	17,065	19,639	22,273	58,977	100.00%

Fuente: Elaboración propia del autor

Debido a que en segundo lugar encontramos “I: Otros motivos” en la tabla No.16 se muestra la descripción de otros motivos:

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
OTROS MOTIVOS **	TOTAL
CARÁCTER INTEGRALIDAD	170
EXTEMPORÁNEO	317
INCONSISTENCIA DE SOPORTES	340
INCONSISTENCIA ORDEN MEDICA DECRETO 2200	3,227
INCONSISTENCIA POR AMPLIACIÓN DE SOPORTES	5,526
INCONSISTENCIA SOPORTES EQUIVOCADOS	12
INFORMACIÓN INSUFICIENTE ADJUNTAR SOPORTES ADICIONALES	308
NO ALTERACIÓN FUNCIONAL, MANEJO MEDICO SEGÚN JUNTA MEDICA	7
NO ALTERACIÓN FUNCIONAL, PROCEDIMIENTO ESTÉTICO, EXCLUSIÓN DEL POS	4
PROCEDIMIENTO ESTÉTICO, EXCLUSIÓN DEL POS	2
SECUNDARIO A PROCEDIMIENTO ESTÉTICO, EXCLUSIÓN DEL POS	1
SERVICIO NO CONTEMPLADO EN EL POS- EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN	5
SERVICIO CUBIERTO POR MEDIDA JUDICIAL	169
SERVICIO NO PERTINENTE AL DX	9

OTROS MOTIVOS **	TOTAL
SERVICIO YA TRAMITADO	4,425
URGENCIA NO VITAL USUARIO CONSULTO EN IPS QUE NO PERTENECE A LA RED DE LA EPS ALIANSALUD	4
USUARIO EN IPS NO RED NO SOLICITAN REMISIÓN, CUBIERTO POR PÓLIZA AXA COLPATRIA	1
USUARIO NO ACEPTA REMISIÓN A HOSPITAL DE LA RED DE PRESTADORES DE ALIANSALUD	3
USUARIO SIN COBRANZA VIGENTE DESDE EL 31/08/2016	1
USUARIO SIN COBRANZA VIGENTE DESDE EL 9/2016, NO SE EVIDENCIA NUEVA AFILIACIÓN	1
USUARIO SIN COBRANZA VIGENTE, EMPLEADOR REGISTRO NOVEDAD DE RETIRO 07 2016, NO REGISTRA NUEVA AFILIACIÓN	1
Total general	14,533

Fuente: Elaboración propia del autor

Como se observa en el Régimen Subsidiado de las 9.508 negaciones de servicios médicos por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 26,60% equivalente a 2.529 registros por el concepto “Otros Motivos”, en segundo lugar con el 26,42% encontramos “P. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan) equivalente a 2.512 registros y de tercer lugar encontramos con un 19,11% el concepto “M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II resolución 5395 de 2013)” con 1.817 registros (ver tabla 17).

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
A. El servicio solicitado es cobertura del POS.	248	299	300	847	8.91%
C. El usuario presenta período de mora.	6		12	18	0.19%
G. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.	212	198	230	640	6.73%
I. Otros Servicios **	2,529			2,529	26.60%
J. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado.		9	16	25	0.26%

MOTIVO NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
K. Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio		10		10	0.11%
M. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II, resolución 5395 de 2013).		769	1,048	1,817	19.11%
P. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).		1,420	1,092	2,512	26.42%
Q. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC que no se encuentran dentro de las causales de exclusión previstas en la Ley 1751 de 2015.		33	69	102	1.07%
S. Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013).		243	375	618	6.50%
T. Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya.		228	162	390	4.10%
Total general	2,995	3,209	3,304	9,508	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, donde el concepto con más frecuencia es no cubierto por el POS, donde no se puede evidenciar 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 IV trimestre de 2016

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
OTROS MOTIVOS **	TOTAL
LA COBERTURA NO ES POS	1,237
INCONSISTENCIA DE SOPORTES	362
SERVICIO NO PERTINENTE AL DX	282
INCONSISTENCIA ORDEN MEDICA DECRETO 2200	279
SERVICIO YA TRAMITADO	170
ART. 132 RESOL 5592 DEL 2015 ITEM 1, RESOLUCIÓN 5395 DE 2013 ARTICULO 9. ÍTEM 1	59
EXTEMPORÁNEO	25
TECNOLOGÍA NO CUBIERTA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO CON CARGO DE LA EPS	22
CARÁCTER INTEGRALIDAD	21
SERVICIO CUBIERTO POR MEDIDA JUDICIAL	20
INFORMACIÓN INSUFICIENTE ADJUNTAR SOPORTES ADICIONALES	10
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC ARTICULO 132.- LA TUTELA INTERPUESTA A NOMBRE DEL USUARIO IMPROCEDENTE SEGÚN SENTENCIA RAD.NO.54-001-40-53-007-2016-00478-00 RADICADA EL 05/08/2016.	6
EXCLUSIÓN DEL POS	6
INSUMOS QUE NO HACEN PARTE DE COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A CARGO DE LA EPS	4
NO FUE TRAMITADA EL FORMATO NO POS POR TECNOLOGÍA SIN CARGO A LA UPC	4
ESTA SOLICITUD ES UNA EXCLUSIÓN DEL POS. RESOLUCIÓN 5592 DE 2015 ARTICULO 132, RESOLUCIÓN 5395 DE 2013 ARTÍCULOS 9 Y 10, LEY 1450 DE 2011 ARTICULO 154.	3
NO ES URGENCIA VITAL	3
NO SE AUTORIZA SE DEBE RADICAR EL SERVICIO UNA ÚNICA VEZ CANTIDAD 3	3
SOPORTES PRESENTADOS NO CUMPLEN CRITERIOS PARA SU EVALUACIÓN	3
ARTICULO 27. ATENCIÓN DOMICILIARIA NO CUMPLE CRITERIOS	2
ASUME DIRECTAMENTE EL ENTE TERRITORIAL DEL TOLIMA	2
DIAGNÓSTICOS NO PERTINENTES	1
EL FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTO NO POS, SE REALIZO INCOMPLETO, LETRA ILEGIBLE Y LA JUSTIFICACIÓN NO AJUSTA AL TRATAMIENTO	2
NO SE AJUSTA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES, SOLICITUD EXTEMPORÁNEA	1

OTROS MOTIVOS **	TOTAL
SE NIEGA SERVICIO SEGÚN RESOLUCIÓN 5592 DE 2015 ARTICULO 132, NUMERAL 3 - SERVICIOS NO HABILITADOS EN EL SISTEMA DE SALUD	1
SOLICITUD YA CARGADA	1

Fuente: Elaboración propia del autor

A continuación se presentan la EPS que reportaron 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”

ENTIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RADICADO
ALIANSA LUD		14		201731000219671
NUEVA EPS	2,546	2,748	2,485	201731000219721
Total general	2,546	2,762	2,485	

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 prestó.

3.6 MOTIVO DE NEGACIÓN POR EL CTC (NEG)

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

En el Régimen Contributivo en el IV trimestre de 2016 de las 46.607 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), más significativa es “Y. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II, resolución 5395 de 2013)” con el 22.72% equivalente a 10,590 registros, en segundo lugar está el motivo “O. No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.”, con un 20,04% equivalente a 9.341 registros y en el tercer lugar con el 16,26% está el motivo “Q.

No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante” con 7.578 registros. (Ver tabla No.20).

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MOTIVO DE NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
M. El servicio solicitado es cobertura del POS.	1	2		3	0.01%
O. No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.	2,755	3,459	3,127	9,341	20.04%
P. La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	1,811	2,543	1,846	6,200	13.30%
Q. No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	1,412	2,729	3,437	7,578	16.26%
R. No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	57	492	386	935	2.01%
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.	1,071	1,491	1,340	3,902	8.37%
U. La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada	12	9	6	27	0.06%
V. Otros motivos	6,928			6,928	14.86%

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MOTIVO DE NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
W. Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior		19	9	28	0.06%
X. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)		87	988	1,075	2.31%
Y. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II, resolución 5395 de 2013).		5,602	4,988	10,590	22.72%
Total general	14,047	16,433	16,127	46,607	100.00%

Fuente: Elaboración propia del autor

En el Régimen Subsidiado, de las 9,971 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 34.59% equivalente a 3,449 registros corresponden al concepto “P. La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS”, un 12.59% con 1,255 registros por concepto de “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 tercer concepto de negación con un 12,05% equivalente a 1.202 registros correspondiente “V. Otros motivos” (ver tabla No.22).

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO DE NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
M. El servicio solicitado es cobertura del POS.	184	145	194	523	5.25%

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO DE NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	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.	402	456	397	1,255	12.59%
P. La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	1,088	900	1,461	3,449	34.59%
Q. No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	170	152	350	672	6.74%
R. No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	271	278	199	748	7.50%
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.	237	116	112	465	4.66%
T. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada.	3			3	0.03%
U. La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	1	6		7	0.07%
V. Otros motivos.	1,202			1,202	12.05%
W. Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.		8		8	0.08%
X. Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).		303	516	819	8.21%

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MOTIVO DE NEGACIÓN	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	% PART
Y. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales motivo T), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II, resolución 5395 de 2013).		416	404	820	8.22%
TOTAL	3,558	2,780	3,633	9,971	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 22. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
LA PRESTACIÓN HA SIDO APROBADA PREVIAMENTE POR EL COMITÉ.	1,925
NO HAY INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN POR PARTE DEL COMITÉ.	1,829
LAS PRESCRIPCIONES U ORDENES MEDICAS PRESENTADAS AL COMITE POR EL MEDICO TRATANTE NO CUMPLEN LOS REQUISITOS MÍNIMOS PARA SER EVALUADOS Y APROBADOS POR EL COMITÉ.	909
ES NECESARIO CONSULTAR NUEVAMENTE CON EL MEDICO TRATANTE PARA REALIZAR LA VALIDACIÓN DEL MEDICAMENTO SOLICITADO Y SI ES DEL CASO BUSCAR UNA ALTERNATIVA FARMACOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.	488
NO HAY INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN POR PARTE DEL COMITE YA QUE LA PRESCRIPCIÓN REALIZADA NO CUMPLE CON LAS EXIGENCIAS DEL DEC 2200 DE 2005.	229
CORRESPONDE A TRATAMIENTOS QUE SE PRESCRIBEN PARA LA ATENCIÓN DE LAS ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS.	167
LOS SOPORTES ADJUNTADOS A LA SOLICITUD NO CORRESPONDEN ENTRE SI.	158
ORDEN MÉDICA, JUSTIFICACIÓN, HC. PRESENTAN ERROR EN PRESCRIPCIÓN RES. 5395.	131
SERVICIO APROBADO POR EL CTC PREVIAMENTE CON O SIN ENTREGAS PENDIENTES.	131
LA RESOLUCIÓN 5395 DE 2013 QUE EN SU ARTICULO 10. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN Y DESAPROBACIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD NO POS. LOS CRITERIOS DE SUPORTACIÓN DE LA SOLICITUD NO SE CUMPLEN.	116
LUEGO DE EVALUADA LA SOLICITUD SE DECIDE QUE LA SOLICITUD NO CUMPLE CON EL 100% DE REQUISITOS PARA SER APROBADA.	108

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.

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

ENTIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RADICADO
Comfacor	3	5	2	201731000221721
Cajacopi		7	7	201731000221781
Comfenalco Valle	1	2		201731000221851
Capresoca	5	8		201731000221871
Manexka	16			201731000221941
Mallamas	1	2	1	201731000222051
Capitalsalud		3		201731000222191
Savia	118	71	118	201731000222271
Comparta	41	49	66	201731000222321
TOTAL	185	147	194	

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 IV trimestre del año 2016 (ver tabla No.25).

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
M350	SÍNDROME SECO [SJÖGREN]
R522	OTRO DOLOR CRÓNICO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
J304	RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
E46X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA , NO ESPECIFICADA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
R521	DOLOR CRÓNICO INTRATABLE
I48X	FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA

Fuente: Elaboración propia del autor

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA , NO ESPECIFICADA
M350	SÍNDROME SECO [SJÖGREN]
E43X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA SEVERA, NO ESPECIFICADA

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)
E440	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA MODERADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
E441	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA LEVE
R529	DOLOR, NO ESPECIFICADO
G800	PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA
M170	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
H101	CONJUNTIVITIS ATÓPICA AGUDA

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 periodos correspondientes en el cuarto trimestre 2016, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad - periodo octubre de 2016

Entidad	REGISTROS OCTUBRE	AFILIADOS	TASA OCTUBRE x10k
AIC	20	440,913	0.45%
Aliansalud	711	203,561	34.93%
Ambuq	1	926,052	0.01%
Anas Wayuu	8	130,176	0.61%
Cafesalud - Contributivo	659	4,319,171	1.53%
Cafesalud - Subsidiado	84	1,055,030	0.80%
Cajacopi	168	676,589	2.48%
Capitalsalud	26	1,143,201	0.23%
Capresoca	16	167,582	0.95%
Comfaboy	1	101,319	0.10%

Entidad	REGISTROS OCTUBRE	AFILIADOS	TASA OCTUBRE x10k
Comfachoco	7	151,705	0.46%
Comfacor	1,252	595,489	21.02%
Comfacundi	141	115,210	12.24%
Comfaguajira	19	142,297	1.34%
Comfamiliar Huila	720	518,085	13.90%
Comfaoriente	14	104,310	1.34%
Comfasucre	3	97,965	0.31%
Comfenalco Valle	258	238,901	10.80%
Comparta	783	1,831,220	4.28%
Compensar	214	1,210,226	1.77%
Convida	165	551,883	2.99%
Coomeva	670	2,788,107	2.40%
Coosalud	304	1,884,362	1.61%
Cruz Blanca	6	554,487	0.11%
Dusakawi	2	198,346	0.10%
Ecoopsos	63	301,962	2.09%
Emssanar-Subsidiado	486	1,818,390	2.67%
Famisanar-Contributivo	91	1,746,561	0.52%
Mallamas	26	271,045	0.96%
Manexka	28	211,105	1.33%
Mutual Ser	804	1,293,514	6.22%
Nueva EPS	19,405	3,100,185	62.59%
Pijaos Salud	1	78,328	0.13%
Salud Total - Contributivo	906	2,301,463	3.94%
Salud Total - Subsidiado	35	96,260	3.64%
Saludvida - Contributivo	5	78,203	0.64%
Saludvida - Subsidiado	29	1,234,848	0.23%
Sanitas	2,379	1,757,246	13.54%
Savia	467	1,611,030	2.90%
SOS	437	903,268	4.84%
Sura EPS	7,226	2,496,169	28.95%

Fuente: Elaboración propia del autor

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

Entidad	REGISTROS NOVIEMBRE	AFILIADOS	TASA NOVIEMBRE x10k
AIC	28	441,085	0.63%
Aliansalud	667	204,442	32.63%
Ambuq	6	919,990	0.07%
Anas Wayuu	13	129,995	1.00%
Asmet Salud	41	1,902,715	0.22%
Cafesalud - Contributivo	846	4,186,662	2.02%
Cafesalud - Subsidiado	89	1,048,509	0.85%
Cajacopi	296	677,236	4.37%
Capitalsalud	55	1,134,872	0.48%
Capresoca	26	168,503	1.54%
Comfachoco	12	152,842	0.79%
Comfacor	1251	594,545	21.04%
Comfacundi	114	113,851	10.01%
Comfaguajira	40	141,534	2.83%
Comfamiliar Huila	877	518,073	16.93%
Comfaorient	10	104,424	0.96%
Comfasucre	8	97,566	0.82%
Comfenalco Valle	385	238,266	16.16%
Comparta	922	1,824,064	5.05%
Compensar	260	1,223,563	2.12%
Convida	142	550,192	2.58%
Coomeva	539	2,754,927	1.96%
Coosalud	290	1,882,600	1.54%
Dusakawi	3	198,759	0.15%
Ecoopsos	77	299,587	2.57%
Emdisalud	36	463,640	0.78%
Emssanar-Subsidiado	456	1,819,333	2.51%
Famisanar-Contributivo	102	1,752,000	0.58%
Fondo de Pasivo	2	42,096	0.48%
Mallamas	38	275,925	1.38%

Entidad	REGISTROS NOVIEMBRE	AFILIADOS	TASA NOVIEMBRE x10k
Manexka	5	211,025	0.24%
Mutual Ser	1127	1,301,549	8.66%
Nueva EPS	22576	3,109,303	72.61%
Salud Total - Contributivo	748	2,286,364	3.27%
Salud Total - Subsidiado	57	95,848	5.95%
Saludvida - Contributivo	13	76,982	1.69%
Saludvida - Subsidiado	87	1,225,707	0.71%
Sanitas	3,035	1,797,993	16.88%
Savia	427	1,605,524	2.66%
SOS	357	904,055	3.95%
Sura EPS	7,807	2,521,817	30.96%

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

Código Entidad	Entidad	REGISTROS DICIEMBRE	AFILIADOS	TASA DICIEMBRE x10k
EPSI03	AIC	16	442,104	0.36%
EPS001	Aliansalud	740	205,646	35.98%
ESS076	Ambuq	1	912,899	0.01%
EPSI04	Anas Wayuu	5	130,486	0.38%
ESS062	Asmet Salud	16	1,900,983	0.08%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	870	4,157,549	2.09%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	116	1,050,544	1.10%
CCF055	Cajacopi	255	678,642	3.76%
EPSS34	Capitalsalud	114	1,141,634	1.00%
EPS025	Capresoca	40	167,777	2.38%
CCF009	Comfaboy	1	101,315	0.10%
CCF102	Comfachoco	14	154,397	0.91%
CCF015	Comfacor	1,064	594,572	17.90%
CCF053	Comfacundi	116	114,424	10.14%
CCF023	Comfaguajira	40	142,015	2.82%
CCF027	Comfamiliar de Nariño	1	179,172	0.06%

Código Entidad	Entidad	REGISTROS DICIEMBRE	AFILIADOS	TASA DICIEMBRE x10k
CCF024	Comfamiliar Huila	941	516,949	18.20%
CCF050	Comfaorient	8	108,030	0.74%
CCF033	Comfasucre	1	97,307	0.10%
EPS012	Comfenalco Valle	198	237,724	8.33%
ESS133	Comparta	843	1,815,446	4.64%
EPS008	Compensar	240	1,231,568	1.95%
EPS022	Convida	132	547,097	2.41%
EPS016	Coomeva	748	2,723,222	2.75%
ESS024	Coosalud	323	1,880,696	1.72%
EPS023	Cruz Blanca	1	550,104	0.02%
EPSI01	Dusakawi	5	199,292	0.25%
ESS091	Ecoopsos	21	298,971	0.70%
ESS002	Emdisalud	42	462,579	0.91%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	417	1,839,008	2.27%
EAS016	EPM Departamento Medico	1	10,099	0.99%
EPS017	Famisanar-Contributivo	79	1,762,753	0.45%
EAS027	Fondo de Pasivo	1	42,083	0.24%
EPSI05	Mallamas	28	278,316	1.01%
EPSI02	Manexka	4	210,774	0.19%
ESS207	Mutual Ser	1,111	1,302,467	8.53%
EPS037	Nueva EPS	24,736	3,133,873	78.93%
EPSI06	Pijaos Salud	2	79,116	0.25%
EPS002	Salud Total - Contributivo	932	2,289,674	4.07%
EPSS02	Salud Total - Subsidiado	34	95,013	3.58%
EPS033	Saludvida - Contributivo	43	75,950	5.66%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	240	1,219,087	1.97%
EPS005	Sanitas	2,607	1,840,935	14.16%
EPSS40	Savia	447	1,595,688	2.80%
EPS018	SOS	339	906,270	3.74%
EPS010	Sura EPS	8,305	2,545,568	32.63%

Fuente: Elaboración propia del autor

4. CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

En el Régimen Subsidiado en el IV trimestre de 2015 el 85,42% de las entidades reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 y en el IV trimestre del 2016 el 94,62% de las entidades reportaron información, donde podemos decir que hubo un incremento del 7,32% en el reporte, con relación al III trimestre de 2016 el 96,77% de las entidades del Régimen Subsidiado presentaron información, donde se puede observar una disminución del 2,22% con relación al III trimestre de 2016.

En el Régimen Contributivo se puede observar un incremento del 0,5% entre el IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016, y para el III y IV trimestre de 2016 el incremento fue del 0,5% en presentación de la información por parte de las entidades.

La variación de registros enviados entre el periodo IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016 hubo un incremento del 44,19%, y la variación entre el III trimestre de 2016 y el IV trimestre de 2016 la disminución fue del 6,45%.

La mayor cantidad de negación de servicios médicos del regimen contributivo corresponde a la modalidad en atención ambulatoria, con una participación del 92,44% equivalente a 97.598 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria con un 7,37% equivalentes a 7.784 registros y el restante correspondiente al 0,19% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios, equivalente a 202 registros.

Para el caso del regimen subsidiado la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 81,13% equivalentes a 15.804 negaciones, seguido por la modalidad hospitalaria con el 18,26% equivalente a 3.557 registros y el restante correspondiente a 0,61% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios para un total del 118 registros

El total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los periodos: IV trimestre de 2015), III trimestre de 2016 y IV trimestre de 2016 el tipo de servicio o tecnología en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 73.38%, en segundo lugar los insumos con el 9.31% y en tercer lugar procedimientos con el 8.97%.

La variaciones mas significativas entre el IV trimestre de 2015 y IV trimestre de 2016 fueron actividades con un incremento del 85.68% y otros servicios con una disminucion del 58.41%.

La variaciones mas significativa entre el III trimestre de 2016 y el IV trimestre de 2016 fueron actividades con un incremento del 59.19% y en segundo lugar otros servicios con una disminucion del 69.64%.

Se observa un incremento del 24,10% por Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG entre el IV trimestre de 2015 y el IV trimestre de 2016 y una disminución del 4,87% entre el periodo III trimestre de 2016 y IV trimestre de 2016.

Para el caso de Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR tuvo un incremento del 67,89% entre el IV trimestre de 2015 y el IV trimestre de 2016 y una disminución del 9,83%.para el periodo entre el III y IV trimestre del 2016,

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

ANEXO 1. RELACIÓN DE EPS Y EOC QUE REPORTARON LA INFORMACIÓN PARA EL IV TRIMESTRE DE 2016

Código Entidad	Entidad	Envío octubre	Registros octubre	Envío noviembre	Registros noviembre	Envío diciembre	Registros diciembre
EPSI03	AIC	Validación exitosa	20	Validación exitosa	28	Validación exitosa	16
EPS001	Aliansalud	Validación exitosa	711	Validación exitosa	667	Validación exitosa	740
ESS076	Ambuq	Validación exitosa	1	Validación exitosa	6	Validación exitosa	1
EPSI04	Anas Wayuu	Validación exitosa	8	Validación exitosa	13	Validación exitosa	5
ESS062	Asmet Salud	No reportan información		Validación exitosa	41	No paso validación	16
EPS003	Cafesalud - Contributivo	No paso validación	659	Validación exitosa	846	Validación exitosa	870
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	No paso validación	84	Validación exitosa	89	Validación exitosa	116
CCF055	Cajacopi	Validación exitosa	168	Validación exitosa	296	Validación exitosa	255
EPSS34	Capitalsalud	Validación exitosa	26	Validación exitosa	55	No paso validación	114
EPS025	Capresoca	Validación exitosa	16	Validación exitosa	26	No paso validación	40
CCF009	Comfaboy	No paso validación	1	No se presentaron casos	0	No se presentaron casos	1
CCF102	Comfachoco	Validación exitosa	7	No paso validación	12	No paso validación	14
CCF015	Comfacor	Validación exitosa	1.252	Validación exitosa	1251	Validación exitosa	1.064
CCF053	Comfacundi	No paso validación	141	No paso validación	114	No paso validación	116
CCF023	Comfaguajira	No paso validación	19	Validación exitosa	40	Validación exitosa	40
CCF007	Comfamiliar Cartagena	No reportan información		No reportan información		No reportan información	-

Código Entidad	Entidad	Envío octubre	Registros octubre	Envío noviembre	Registros noviembre	Envío diciembre	Registros diciembre
CCF027	Comfamiliar de Nariño	No se presentaron casos	0	No se presentaron casos	0	No se presentaron casos	1
CCF024	Comfamiliar Huila	Validación exitosa	720	Validación exitosa	877	Validación exitosa	941
CCF049	Comfaoriente	Validación exitosa	14	Validación exitosa	10	Validación exitosa	8
CCF033	Comfasucre	Validación exitosa	3	No paso validación	8	No paso validación	1
EPS012	Comfenalco Valle	Validación exitosa	258	Validación exitosa	385	Validación exitosa	198
ESS133	Comparta	Validación exitosa	783	Validación exitosa	922	Validación exitosa	843
EPS008	Compensar	Validación exitosa	214	Validación exitosa	260	Validación exitosa	240
EPS022	Convida	Validación exitosa	165	No paso validación	142	No paso validación	132
EPS016	Coomeva	Validación exitosa	670	Validación exitosa	539	Validación exitosa	748
ESS024	Coosalud	Validación exitosa	304	No paso validación	290	Validación exitosa	323
EPS023	Cruz Blanca	No paso validación	6	No se presentaron casos	0	Validación exitosa	1
EPSI01	Dusakawi	No paso validación	2	No paso validación	3	No paso validación	5
ESS091	Ecoopsos	No paso validación	63	No paso validación	77	Validación exitosa	21
ESS002	Emdisalud	No reportan información		No paso validación	36	No paso validación	42
ESS118	Emssanar-Subsidiado	Validación exitosa	486	Validación exitosa	456	No paso validación	417
EAS016	EPM Departamento Medico	No se presentaron casos	0	No se presentaron casos	0	No se presentaron casos	1
EPS017	Famisanar-Contributivo	Validación exitosa	91	Validación exitosa	102	Validación exitosa	79
EAS027	Fondo de Pasivo	No se presentaron casos	0	Validación exitosa	2	No se presentaron casos	1
EPSI05	Mallamas	Validación exitosa	26	Validación exitosa	38	Validación exitosa	28
EPSI02	Manexka	Validación exitosa	28	Validación exitosa	5	Validación exitosa	4
ESS207	Mutual Ser	Validación exitosa	804	No paso validación	1127	Validación exitosa	1.111
EPS037	Nueva EPS	Validación exitosa	19.405	Validación exitosa	22576	Validación exitosa	24.736

Código Entidad	Entidad	Envío octubre	Registros octubre	Envío noviembre	Registros noviembre	Envío diciembre	Registros diciembre
EPSI06	Pijaos Salud	Validación exitosa	1	No se presentaron casos	0	Validación exitosa	2
EPS002	Salud Total - Contributivo	Validación exitosa	906	Validación exitosa	748	Validación exitosa	932
EPSS02	Salud Total - Subsidiado	Validación exitosa	35	Validación exitosa	57	Validación exitosa	34
EPS033	Saludvida - Contributivo	Validación exitosa	5	Validación exitosa	13	Validación exitosa	43
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	Validación exitosa	29	Validación exitosa	87	Validación exitosa	240
EPS005	Sanitas	Validación exitosa	2.379	Validación exitosa	3.035	Validación exitosa	2.607
EPSS40	Savia	Validación exitosa	467	Validación exitosa	427	Validación exitosa	447
EPS018	SOS	Validación exitosa	437	Validación exitosa	357	Validación exitosa	339
EPS010	Sura EPS	Validación exitosa	7.226	Validación exitosa	7.807	Validación exitosa	8.305