

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

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

Bogotá D.C., Mayo de 2016

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	5
2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN	8
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	13
3.1 TIPO DE RÉGIMEN	15
3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN.....	17
3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	19
3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA	22
3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)	30
3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO	34
4. CONCLUSIONES	41

TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo enero a marzo de 2016	8
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo enero a marzo de 2016.....	10
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el	11
Tabla 4. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen I Trimestre de 2016	16
Tabla 5.Total de registros enviados y validados por régimen	17
Tabla 6. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo	17
Tabla 7. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado	18
Tabla 8. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo	20
Tabla 9. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado	20
Tabla 10 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo	23
Tabla 11. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado	23
Tabla 12 Total de negaciones en el trimestre y por régimen.....	24
Tabla 13. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo)	27
Tabla 14. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos	27
Tabla 15. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Subsidiado).....	28
Tabla 16. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos	28
Tabla 17. Entidades que reportan “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo enero a marzo de 2016.....	29
Tabla 18. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo	30
Tabla 19. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo	31
Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado	32
Tabla 21. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo	33
Tabla 22. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo	34
Tabla 23. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado.....	35
Tabla 24. Total de registros remitidos por Entidad - periodo enero de 2016.....	36
Tabla 25. Total de registros remitidos por Entidad - periodo febrero de 2016.....	37
Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad en periodo marzo de 2016.....	38

GRÁFICOS

Gráfico 1. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen subsidiado	10
Gráfico 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen contributivo	11
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo enero a marzo de 2016	12
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente	13
Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención periodo	18
Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención	19
Gráfico 7. Número de registros por tipo de servicios en el I trimestre de 2016	21
Gráfico 8: Número de registros por tipo de servicios	22
Gráfico 9. Vía de la negación de servicio régimen subsidiado	25
Gráfico 10. Vía de la negación de servicio régimen contributivo	26
Gráfico 11. El servicios solicitado es cobertura del POS (NTR)	29
Gráfico 12. El servicios solicitado es cobertura del POS (NEG)	33

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 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.

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

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”

Es importante mencionar que la Contraloría General de la República en su revisión al cumplimiento de la Sentencia T-760 presentó unos hallazgos sobre el cumplimiento de la Orden 19 frente a los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social realizó los ajustes respectivos.

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

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. A partir del mes de mayo del año en curso el aplicativo misional está integrado en la plataforma PISIS, por lo cual la PISIS realizara las dos validaciones e informara al reportarte el estado de la validación y si es necesario realizar alguna corrección y la fecha de entrega de la misma o si la validación fue exitosa.

Una vez realizadas las dos validaciones se toman los archivos que pasaron satisfactoriamente las dos validaciones para realizar el análisis de la información remitida por las entidades para presentar el siguiente informe el cual corresponde al I trimestre de 2016.

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.

El siguiente reporte corresponde a la información presentada en el marco de la Resolución 1683 de 2015 por las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) durante el primer trimestre de 2016, que se relacionan en el Anexo A. Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2016, los resultados son los siguientes:

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo enero a marzo de 2016

Régimen	Enero de 2016			Febrero de 2016			Marzo 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	24	77%	31	27	87%	31	29	94%
Contributivo	15	15	100%	15	13	87%	15	13	87%

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

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

- *Enero:* Comfaguajira, Comfamiliar Cartagena, Comfamiliar de Nariño, Coosalud, Manexka y extemporáneo Comparta y Pijaos Salud
- *Febrero:* AIC, Comfamiliar Cartagena, Comfamiliar de Nariño, Cruz Blanca y extemporáneo Cafesalud
- *Marzo:* Comfamiliar Cartagena, Cruz Blanca, Salud Total y extemporáneo Comfaboy

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 A, en el cual se identifican seis estados:

- **Validación exitosa:** Entidades que presentaron los archivos y el proceso de la segunda validación se ajustó a la estructura y contenido en el marco de la Resolución 1683 de 2015 según el periodo informado.
- **No 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.
- **Extemporáneo:** Entidades que no reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 en su Artículo 3 que señala *“Periodicidad y plazo de reporte del registro. Las EPS y EOC deben reportar la información del Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes, a partir de junio de 2015”*. Las entidades cargan la información cuando se abre nuevamente la plataforma para el cargue de los archivos que no pasaron la segunda validación.

Cabe anotar que salvo el caso de validación exitosa, en los demás eventos de reporte de información estos archivos no se tienen en cuenta para el análisis de la información por no cumplir con lo establecido en el artículo 3 de la resolución 1683 de 2015 y en cumplimiento del hallazgo realizado por la Contraloría General de la Nación.

A continuación se presenta un breve análisis comparativo entre el trimestre antecedente y respecto del mismo periodo en el año anterior.

Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo enero a marzo de 2016

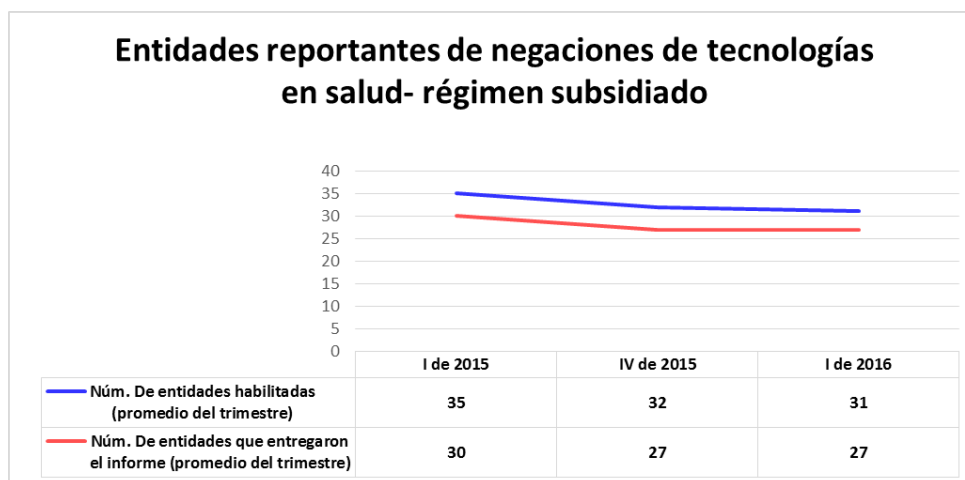
Subsidiado				Contributivo			
Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	%Part	Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	%Part
I de 2015	35	30	85,71%	I de 2015	17	14	82,35%
IV de 2015	32	27	84,38%	IV de 2015	16	15	93,75%
I de 2016	31	27	87,10%	I de 2016	15	14	93,33%

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

Como se puede observar en la tabla No.2 el porcentaje de participación de las entidades habilitadas que reportaron en el I trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012) y las que reportaron en el I trimestre de 2016 incrementó 1,38 puntos porcentuales en el régimen subsidiado y 10,98 para el régimen contributivo.

En el grafico No.1 se presenta una disminución del 10% de las entidades habilitadas en el régimen subsidiado entre el I trimestre de 2015 comparado con el I trimestre de 2016, para el caso del IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 la disminución fue del 3%.

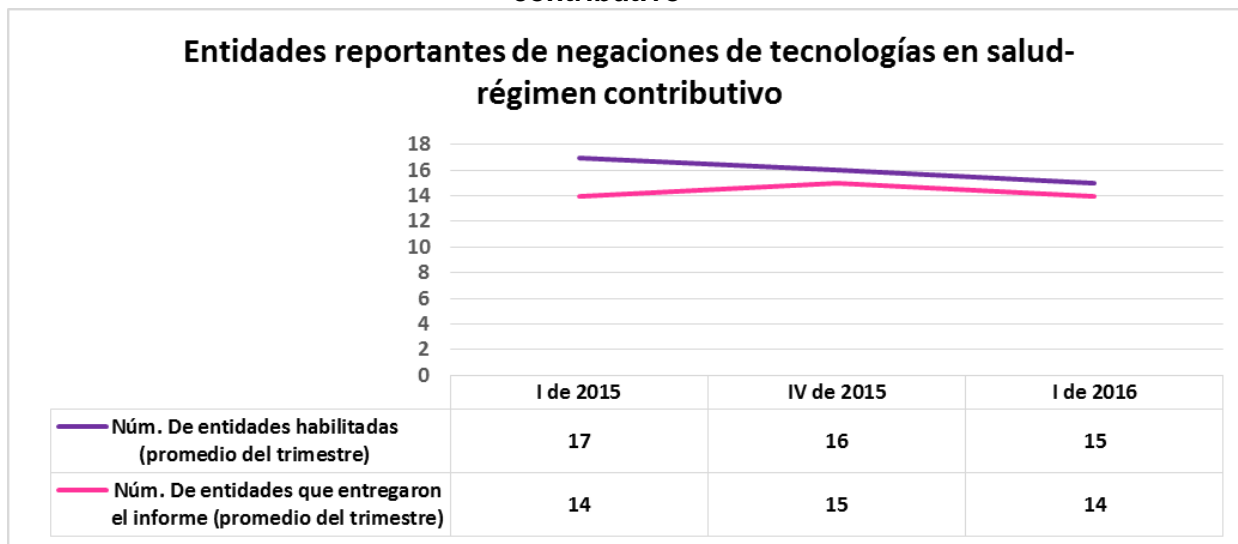
Gráfico 1. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen subsidiado



Elaboración propia del autor

Para el caso del régimen contributivo podemos observar en la gráfica No.2 que se presenta una disminución del 12% de las entidades habilitadas en el I trimestre de 2015 comparado con el I trimestre de 2016.

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



Elaboración propia del autor

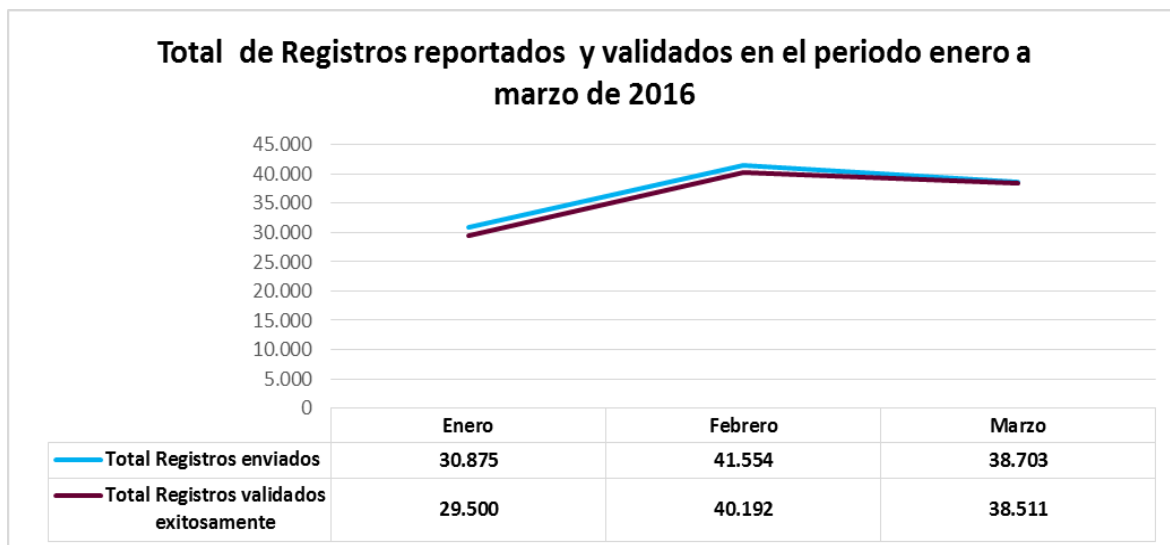
En la tabla No. 3 se presenta el total de registros reportados por las EPS que pasaron las dos validaciones en el marco de la resolución 1683 de 2015, donde se puede observar que el porcentaje de participación en los archivos validados exitosamente sobre los enviados es del 97,36%.

Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo enero a marzo de 2016

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Enero	30.875	29.500	95,55%
Febrero	41.554	40.192	96,72%
Marzo	38.703	38.511	99,50%
TOTALES	111.132	108.203	97,36%

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

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

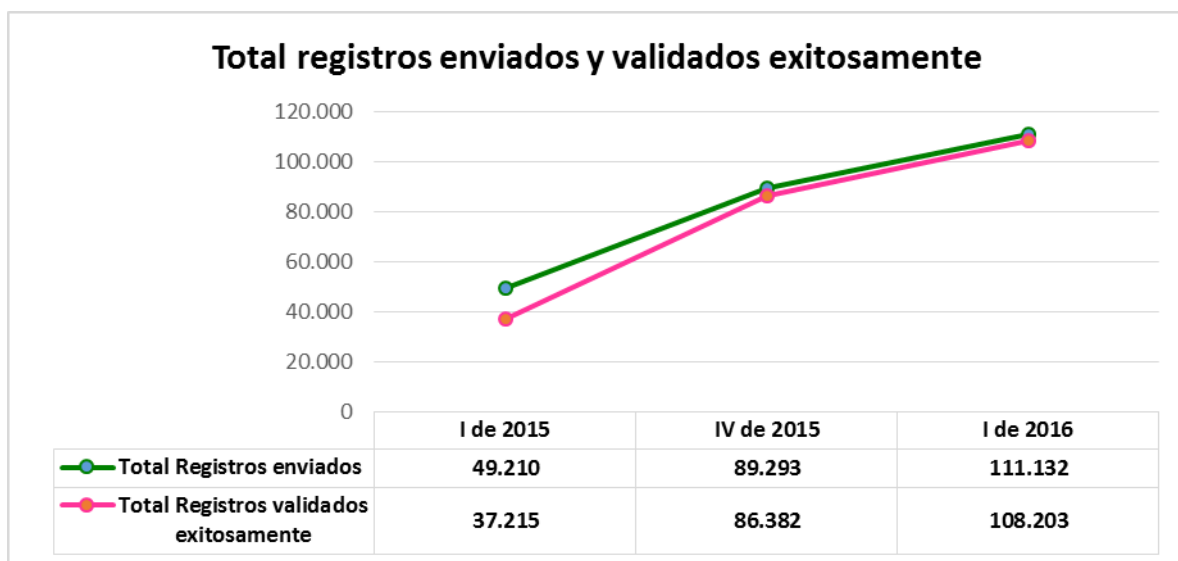


Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo I trimestre de 2016

En el grafico 3 se puede observar una aumento del 34,59% sobre los registros enviados entre el mes de enero y febrero de 2016 y se presenta una disminución del 6,86% entre el mes de febrero y marzo de 2016.

Para el caso de los registros validados exitosamente sobre los registros recibidos en el I trimestre de 2016 el 97,36% de los registros cumplieron con las dos validaciones exitosamente.

Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente



Elaboración propia del autor

Como se puede observar en el gráfico No.4 la variación de registros enviados entre el periodo I trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 hubo un incremento del 125,83%, y la variación entre el IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 el incremento fue de 24,46%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo I trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 el incremento fue de 190,75% y la variación entre el IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 fue de 25,26%.

3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Una vez presentado el total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondientes al periodo de enero a marzo de 2016 distribuidas por las diferentes EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y EOC. A continuación se identifican las negaciones de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS por los diferentes registros a saber:

i) Tipo de régimen: se presenta el total de registros de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS remitidos por cada una de las EPS y EOC. En el marco del Decreto 3047 de 2013, las EPS están autorizadas para administrar simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado. 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.

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

En las mesas de trabajo realizadas con las EPS y EOC sobre el diligenciamiento de la Resolución 1683 de 2015 se pudo observar que el ítem “El servicio solicitado es cobertura del POS” las entidades lo diligencia cuando la solicitud entra por CTC, lo que se puede concluir que no es claro este ítem y se debe verificar como se modifica para que realmente las Entidades presente los casos servicios del POS que se le niegan a los usuarios y se convierten en tutelas, donde se debe también verificar que sea negado y no que la oportunidad el servicio no es buena y se tome como negación

v) Causal de la negación del servicio: a continuación se presentan cuales son las razones de la negativas por parte de la EPS para no tramitar la solicitud ante el Comité Técnico Científico (**NTR**) o la causa de la negativa por parte del Comité técnico Científico del servicio solicitado (**NEG**):

(NTR) Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS o EOC y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico-Científico – CTC, son:	(NEG) Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud formulados por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC de la entidad , son:
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	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

<p>ha sido agotada</p> <p>I:Otros motivos</p>	<p>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 primer trimestre de 2016.

3.1 TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 108.203 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en el periodo enero a marzo de 2016, de los cuales 15.703 corresponden al régimen subsidiado y 92.500 al régimen contributivo. Lo anterior indica que el 85,49% 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 14,51% al regimen subsidiado (Ver tabla No.4)

Tabla 4. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen I Trimestre de 2016

Tipo de Régimen	ENERO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. por régimen
Subsidiado	3.926	24	3.125	79,60%
Contributivo	26.949	15	26.375	97,87%
Tipo de Régimen	FEBRERO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	6.055	27	6.425	106,11%
Contributivo	35.499	13	33.767	95,12%
Tipo de Régimen	MARZO			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	5.382	29	6.153	114,33%
Contributivo	33.321	13	32.358	97,11%
Tipo de Régimen	TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN			
	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part Registros
Subsidiado	15.363	27	15.703	102,21%
Contributivo	95.769	14	92.500	96,59%
TOTAL	111.132		108.203	97,36%

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

En la tabla No.5 se puede observar que la variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los periodos I trimestre de 2015 al trimestre de 2016 incrementó 29,01% y en los periodos IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 incrementó 17,14%.

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente entre los periodos I trimestre de 2015 a I trimestre de 2016 incrementó del 159,92% y en los periodos IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 incrementó 30,68%.

Tabla 5. Total de registros enviados y validados por régimen

Período	RÉGIMEN SUBSIDIADO		RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente
I de 2015	12.365	12.172	36.845	25.043
IV de 2015	16.009	13.405	73.284	72.977
I de 2016	15.363	15.703	95.769	92.500

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

3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	23.671	30.673	28.976	83.320	90,08%
DOMICILIARIO	6	32	32	70	0,08%
HOSPITALARIO	2.645	2.978	3.346	8.969	9,70%
URGENCIAS	53	84	4	141	0,15%
Total General	26.375	33.767	32.358	92.500	100,00%

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

Como se muestra en la tabla No. 6 la mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 90,08% equivalente a 83.320 registros de negaciones de servicios médicos. Seguido se encuentran los servicios de carácter hospitalario con el 9,70% equivalentes a 8.969 registros y el restante 0,23% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios.

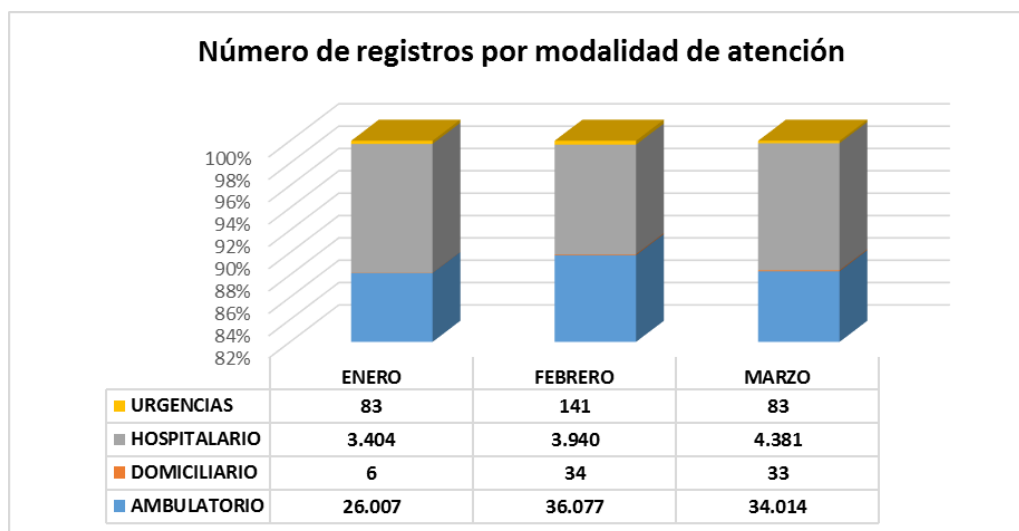
Tabla 7. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	2.336	5.404	5.038	12.778	81,37%
DOMICILIARIO		2	1	3	0,02%
HOSPITALARIO	759	962	1.035	2.756	17,55%
URGENCIAS	30	57	79	166	1,06%
Total General	3.125	6.425	6.153	15.703	100,00%

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

Como se muestra en la tabla No.7 la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 81,37% equivalentes a 12.778 negaciones. Seguido se encuentran los servicios de carácter hospitalario con el 17,55% equivalente a 2.756 registros y el restante 1,08% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios.

Gráfico 5. Número de registros por modalidad de atención periodo I trimestre de 2016

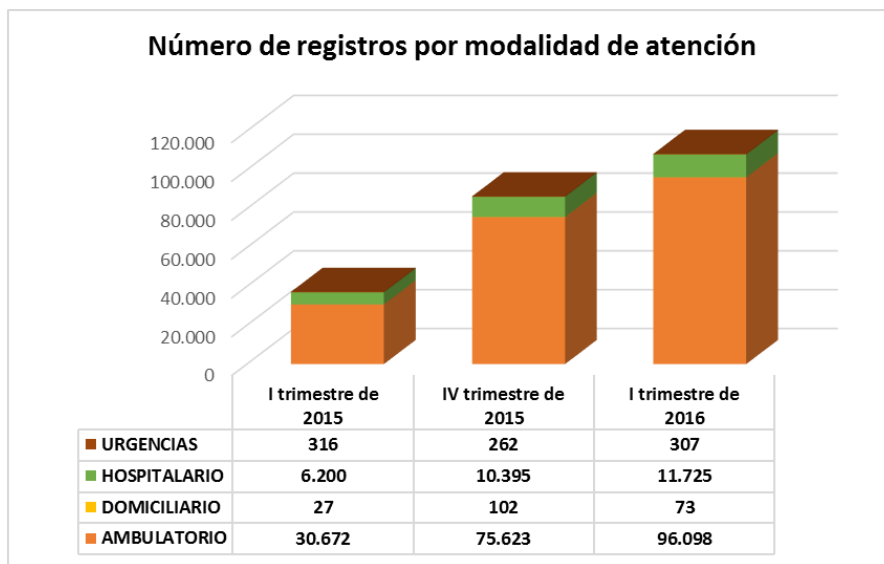


Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo I trimestre de 2016

En el gráfico No.5 se puede observar la distribución de los registros según la modalidad de atención donde es similar en los trimestres correspondientes al I trimestre de 2015, IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016, en donde predomina la modalidad de atención ambulatoria correspondiente al 87,31% de todos los

registros validados en esos periodos, seguido por la modalidad de atención hospitalaria con el 12,22% y 0,47% correspondiente a la modalidad de atención de Urgencias y Domiciliario.

Gráfico 6. Número de registros por modalidad de atención



Elaboración propia del autor

En el grafico No.6 se puede observar que la modalidad de atención ambulatoria tuvo un incrementó del 27,08% entre el periodo IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016, para el caso de la modalidad de atención domiciliario se presenta una disminucion del 28,43%. entre esos dos periodos

3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

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

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	245	492	422	1.159	1,25%
INSUMOS	2.385	2.543	2.914	7.842	8,48%
MEDICAMENTOS	20.384	26.860	24.762	72.006	77,84%
OTROS SERVICIOS	1.129	1.269	1.861	4.259	4,60%
PROCEDIMIENTOS	2.232	2.603	2.399	7.234	7,82%
Total general	26.375	33.767	32.358	92.500	100,00%

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

Como se observa en la tabla No. 8, de los 92.500 registros de negación de servicios medicos presentadas en el período de enero a marzo de 2016, el 77,84% de las negaciones correspondieron a medicamentos lo cual equivale a 72.006 registros. Seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoria insumos con una participación del 8,48% correspondiente a 7.842 registros. El 7,82% corresponde a la negación de servicios correspondiente a procedimientos equivalente a 7.234 registros, y el restante 5,86% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y otros servicios, equivalente a 5.418 regitros de negaciones.

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

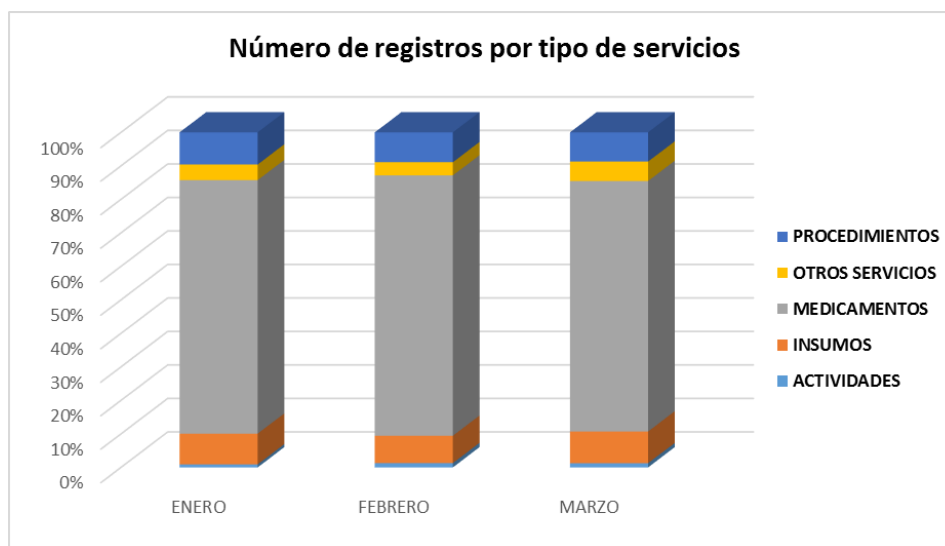
RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	22	25	60	107	0,12%
INSUMOS	319	733	732	1.784	1,93%
MEDICAMENTOS	1.938	4.377	4.031	10.346	11,18%
OTROS SERVICIOS	248	312	372	932	1,01%
PROCEDIMIENTOS	598	978	958	2.534	2,74%
Total general	3.125	6.425	6.153	15.703	16,98%

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

Como se observa en la tabla No. 9, de los 15.703 registros correspondientes al período de enero a marzo de 2016, el 11,18% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalentes a 10.346 registros. Seguido se encuentra la negación por tipo de servicios correspondiente a procedimientos con una participación del 2,74% equivalente a 2.534 registros. El 1,93% corresponde a

insumos equivale a 1.784 registros y el 1,12% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y Otros Servicios, equivalente a 1.039 registros.

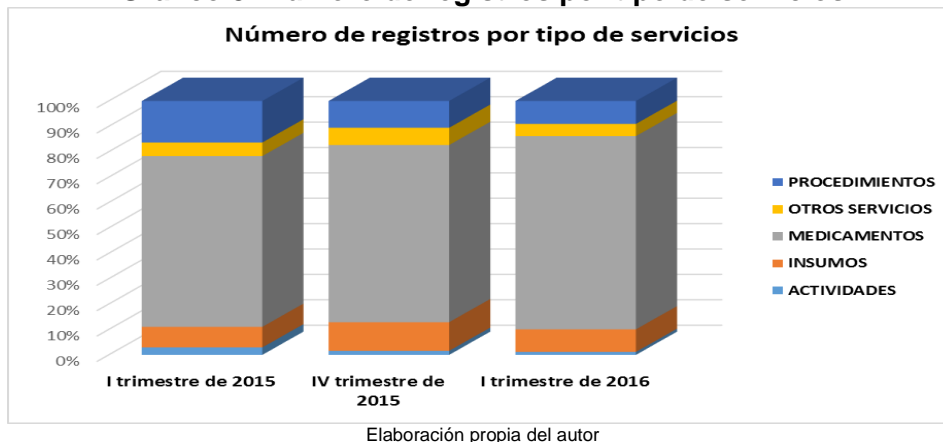
Gráfico 7, Número de registros por tipo de servicios en el I trimestre de 2016



Elaboración propia basada en la base de datos de negación del periodo I trimestre de 2016

En el grafico No. 7 se presenta el numero de registros por tipo de servicio en el I trimestre de 2016, en el mes de enero observamos que el 0,91% corresponde a Actividades, el 9,17% a insumos, el 75,67% a medicamentos, el 4,67% a otros servicios y el 9,59% a procedimientos, para el mes de febrero tenemos el 1,29% correspondiente a Actividades, el 8,15% a insumos, el 77,72% a medicamentos, el 3,93% a otros servicios y el 8,91% a procedimientos y para el mes de marzo tenemos el 1,25% que corresponde a Actividades, el 9,17% a insumos, el 75,67% a medicamentos, el 4,67% a otros servicios y el 9,59% a procedimientos. Donde podemos concluir que el 89,03% del trimestre corresponde a medicamentos, un 10,56 % para pocedimientos y el 10,41 para los insumos.

Gráfico 8: Número de registros por tipo de servicios



En el gráfico No.8 se puede observar que en los periodos I trimestre de 2015, IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 el tipo de servicio con mayor frecuencia son los medicamentos con un 72,33% equivalente a un total de registros en todos los periodos de 167.669, el segundo son los procedimientos con el 10,77% equivalente a 24.969 registros.

La variación entre el I trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 en el servicio de medicamentos fue del 228,99% seguido de insumos con el 219,48%.

La variación más significativa entre el IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 es del 36,60% correspondiente a medicamentos y para el caso de otros servicios se presentó una disminución del 11,49% para los mismos periodos.

3.4 CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA

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

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

- Un servicio es negado 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 por el CTC es un servicio negado.

Tabla 10 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
NEG	11.159	12.709	14.533	38.401	41,51%
NTR	15.216	21.058	17.825	54.099	58,49%
Total general	26.375	33.767	32.358	92.500	100,00%

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

En la tabla No. 10 correspondiente al período de enero a marzo de 2016 en el Régimen Contributivo, de las 92.500 negaciones de servicios médicos, el 58,49% equivalente a 54.099 registros fueron negados con el concepto **NTR** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y el 41,51% equivalente a 38.401 registros, fueron negados con el concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**.

Tabla 11. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
NEG	1.820	3.424	3.401	8.645	55,05%
NTR	1.305	3.001	2.752	7.058	44,95%
Total general	3.125	6.425	6.153	15.703	100,00%

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

Como se observa en la tabla No.11 en el régimen subsidiado de las 15.703 negaciones de servicios médicos, el 55,05% equivalente a 8.645 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 44,95% equivalente a 7.058 registros, fueron negados con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC**.

Tabla 12 Total de negaciones en el trimestre y por régimen

I 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	3.296	40,90%	21.735	74,55%
Subsidiado	4.763	59,10%	7.421	25,45%
Total	8.059	100,00%	29.156	100,00%

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%

I Trimestre de 2016				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	54.099	88,46%	38.401	81,62%
Subsidiado	7.058	11,54%	8.645	18,38%
Total	61.157	100,00%	47.046	100,00%

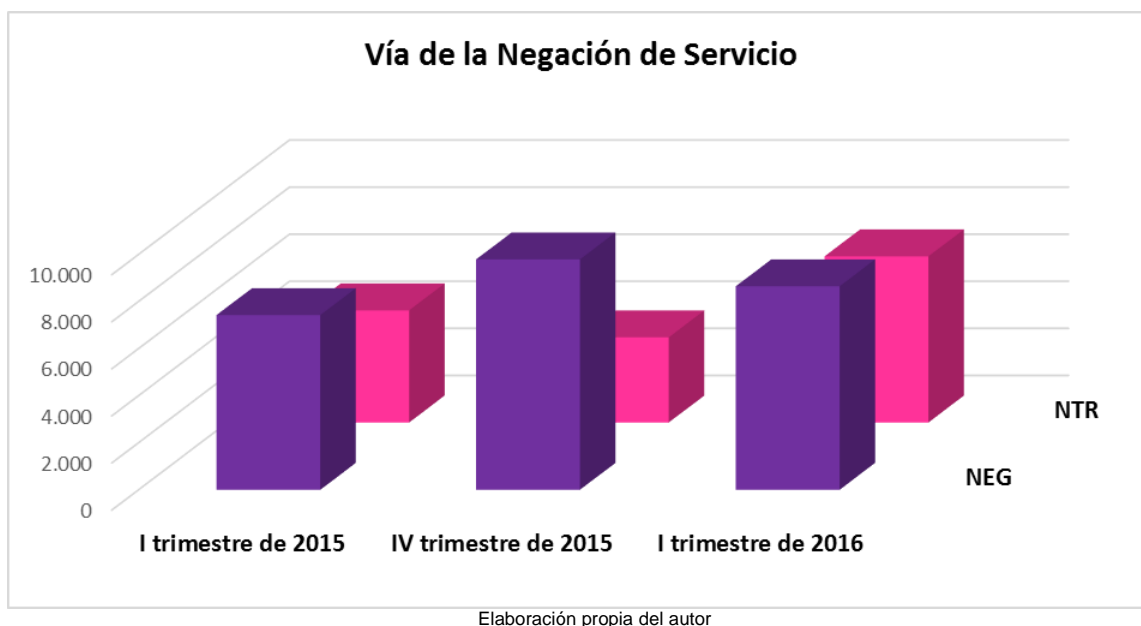
Fuente: Información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En la tabla No. 12 se puede observar un incrementó del 16,49% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el I trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 y una disminución del 11,68% entre el periodo IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016.

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo un incrementó del 48,18% entre el I trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016

y para el periodo IV trimestre de 2015 y I trimestre del 2016 el incremento fue muy significativo con el 95,13%

Gráfico 9. Vía de la Negación de Servicio Régimen Subsidiado

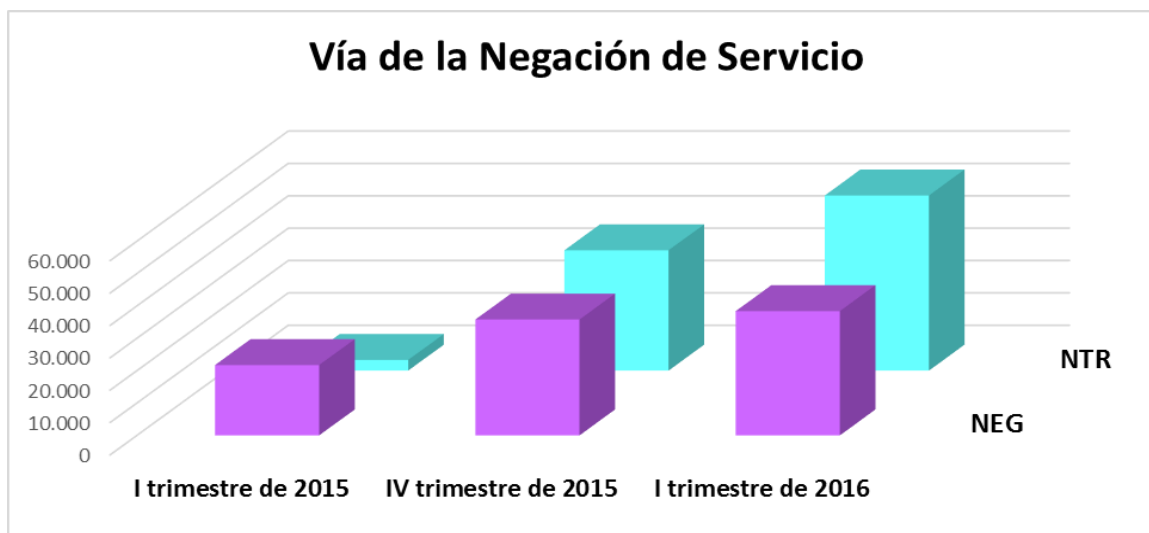


En la gráfica No. 9 se observa que es predominante el concepto de Negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** con el 62,61% y el restante 37,39% con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC**.

También se puede observar un incremento del 16,49% entre el I trimestre de 2015 al I trimestre de 2016, para el caso del IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 se observa una disminución del 11,68% en el concepto de negación NEG.

En el concepto de negación NTR se observa un incremento del 48,18% entre el I trimestre de 2015 al I trimestre de 2016 y entre los periodos IV trimestre de 2015 al I trimestre de 2016, el incremento fue del 95,13%.

Gráfico 10. Vía de la Negación de Servicio Régimen Contributivo



En la gráfica No.10 se observa que es predominante el concepto de Negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** con el 50,36% y el restante 49,64% con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC**.

También se puede observar un incrementó del 76,68% entre el I trimestre de 2015 al I trimestre de 2016, también se evidencia un incrementó del 7,26% entre el IV trimestre de 2015 al I trimestre de 2016 en el concepto de negación NEG.

En el concepto de negación NTR se observa un incrementó del 1541,35% entre el I trimestre de 2015 al I trimestre de 2016 y entre los periodos IV trimestre de 2015 al I trimestre de 2016 el incrementó fue del 45,53%.

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

A continuación se presentan los conceptos que dan origen a la negación del servicio por las EPS y EOC. (Véanse tablas No. 13 y 15).

Tabla 13. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo)

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	3.279	3.965	3.465	10.709	19,80%
C: El usuario presenta período de mora	740	406	364	1.510	2,79%
D: El usuario se encuentra en período de urgencia	373			373	0,69%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	1	2	1	4	0,01%
H: La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada		1		1	0,00%
I: Otros motivos	10.823	16.684	13.995	41.502	76,71%
Total general	15.216	21.058	17.825	54.099	100,00%

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

Como se observa en la tabla No.13 en el Régimen Contributivo, de las 54.099 negaciones de servicios por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 76,71% equivalente a 41.502 registros corresponden al concepto “Otros Servicios”, un 19,80% con 10.709 registros por concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”, y el 3,49 % restante por los demás conceptos.

Debido que el grupo predominante es “I: Otros motivos” en la tabla No.14 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000:

Tabla 14. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
OTROS MOTIVOS	1.632
SOPORTE ADICIONAL POR PERTINENCIA/JUSTIFICACIÓN DE USO INCOMPLETA	3.575
SOLICITUD YA TRAMITADA EN OTRO RADICADO	4.229
SERVICIO YA TRAMITADO	8.360
INCONSISTENCIA POR AMPLIACION DE SOPORTES/PERTINENCIA	8.771
FORMULA MÉDICA NO CUMPLE DECRETO 2200/2005	9.919

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

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	186	186	184	556	7,88%
C: El usuario presenta período de mora	30	5	12	47	0,67%
D: El usuario se encuentra en período de urgencia	44			44	0,62%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	119	84	145	348	4,93%
I: Otros motivos	926	2.726	2.411	6.063	85,90%
Total general	1.305	3.001	2.752	7.058	100,00%

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

Como se observa en la tabla No.15 en el Régimen Subsidiado de las 7.058 negaciones de servicios médicos por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 85,90% equivalente a 6.063 registros por el concepto “Otros Motivos”, un 7,88% con 556 registros por concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”, y el 6,22% restante por los demás conceptos.

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

Tabla 16. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
SERVICIO YA TRAMITADO	128
SOPORTE ADICIONAL POR PERTINENCIA/JUSTIFICACIÓN DE USO INCOMPLETA	188
SOLICITUD YA TRAMITADA EN OTRO RADICADO	222
INCONSISTENCIA POR AMPLIACION DE SOPORTES/PERTINENCIA	231
TECNOLOGIA NO POSS SEGUN RESOLUCION 5393 DEL 2013 SE TRAMITARA POR COMITE TECNICO CIENTIFICO ANTE LA EPS	247
FORMULA MÉDICA NO CUMPLE DECRETO 2200/2005	548
SERVICIO NO PERTINENTE AL DX	1.063
NO CUBIERTO POR EL PLAN POS	2.825

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

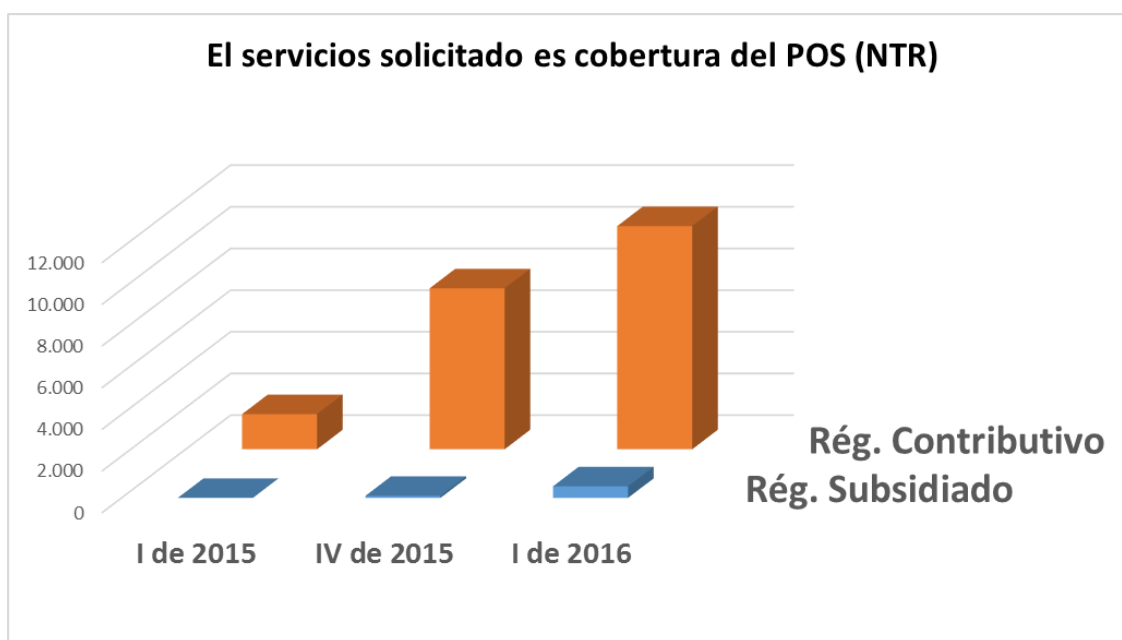
A continuación se presentan las EPS que reportan el registro “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”:

Tabla 17. Entidades que reportan “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo enero a marzo de 2016

ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Nueva EPS	3.465	4.151	3.470	11.086
Anas Wayuu			179	179
TOTALES	3.465	4.151	3.649	11.265

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

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



Como se observa en la gráfica No.11 en el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** el 96,83% de las negaciones correspondiente al ítem A:El servicio solicitado es cobertura del POS corresponden al régimen contributivo y el 3,17% al régimen subsidiado.

3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG)

A continuación se presentan los casos que fueron sometidos a Comité Técnico-Científico. (Véanse tablas No. 18 y 20).

Tabla 18. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	%PART
M: El servicio solicitado es cobertura del POS	6		3	9	0,02%
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	2.576	2.858	3.429	8.863	23,08%
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	1.958	2.609	3.917	8.484	22,09%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	806	2.059	1.444	4.309	11,22%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	413	123	413	949	2,47%
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.	1.537	522	678	2.737	7,13%
T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada			1	1	0,00%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	2			2	0,01%
V: Otros motivos	3.861	4.538	4.648	13.047	33,98%
TOTAL	11.159	12.709	14.533	38.401	100,00%

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

Como se observa en la tabla No.18 en el Régimen Contributivo, de las 38.401 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 33,98% equivalente a 13.047 registros corresponden al concepto “V: Otros motivos”, un 23,08% con 8.863 registros por concepto “O: No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país”, y el 42,94% restante por los demás conceptos con un total de 16.491 registros.

Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la tabla No.19 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000

Tabla 19. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
LA PRESTACION HA SIDO APROBADA PREVIAMENTE POR EL COMITE	4.335
NO CUMPLE CRITERIOS EN PRESCRIPCIÓN LA FORMULA NO ACATA EL RES 5395 DE 2013	3.321
NO HAY INFORMACION SUFICIENTE PARA LA TOMA DE DECISION POR PARTE DEL COMITE YA QUE LA PRESCRIPCION REALIZADA NO CUMPLE CON LAS EXIGENCIAS DEL DEC 2200 DE 2005	1.481
ES NECESARIO CONSULTAR NUEVAMENTE CON EL MEDICO TRATANTE PARA REALIZAR LA VALIDACION DEL MEDICAMENTO SOLICITADO Y SI ES DEL CASO BUSCAR UNA ALTERNATIVA FARMACOLOGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD	1.403

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

Tabla 20. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	%PART
M: El servicio solicitado es cobertura del POS	115	434	461	1.010	11,68%
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	108	159	286	553	6,40%
P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	665	664	514	1.843	21,32%
Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	36	132	152	320	3,70%
R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	122	369	447	938	10,85%
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.	104	189	115	408	4,72%
T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	3	8	8	19	0,22%
U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	1	1		2	0,02%
V: Otros motivos	666	1.468	1.418	3.552	41,09%
TOTAL	1.820	3.424	3.401	8.645	100,00%

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

Como se observa en la tabla No.20 en el Régimen Subsidiado, de las 8.645 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 41,09% equivalente a 3.552 registros corresponden al concepto “V:Otros Motivos”, un 21,32% con 1.843 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 11,68% equivalente a 1.010 registros correspondiente al concepto M: El servicio solicitado es cobertura del POS y el 25,91% restante por los demás conceptos con un total de 2.240 registros.

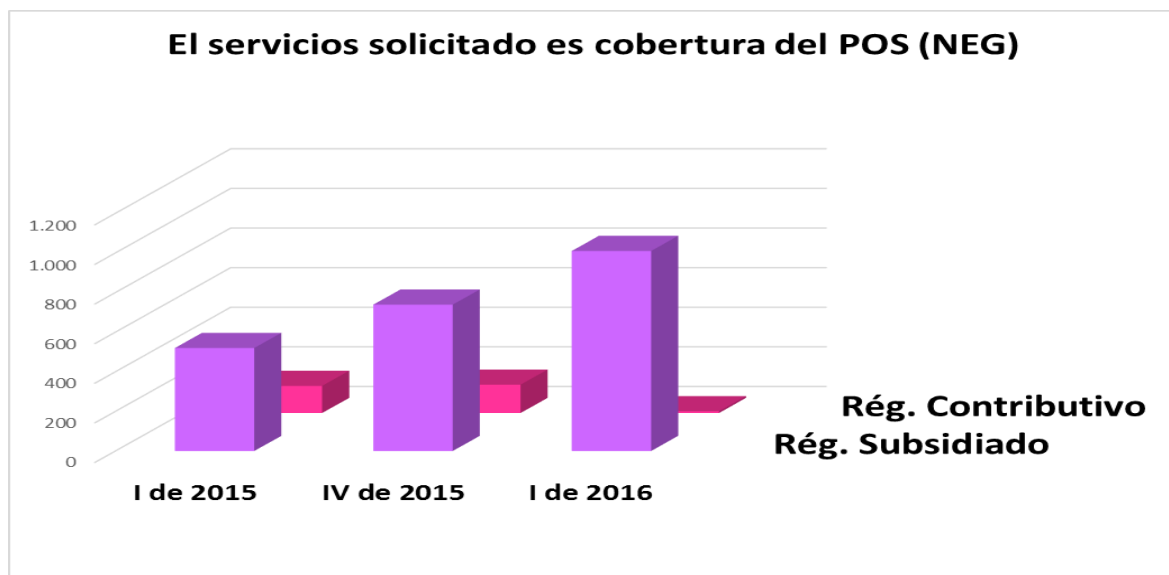
Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la tabla No.21 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 100

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

RÉGIMEN SUBSIDIADO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
SERVICIO APROBADO POR EL CTC PREVIAMENTE CON SIN ENTREGAS PENDIENTES	499
PRESCRIPCIÓN MEDICA INCOMPLETA O NO CUMPLE CON EL ESTANDAR DEL DECRETO 2200 DE 2005	302
SOLICITUD EXTEMPORANEA	169
LOS SOPORTES ADJUNTADOS A LA SOLICITUD NO CORRESPONDEN ENTRE SI	124

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

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



Elaboración propia del autor

Como se observa en el grafico No. 12 en el concepto de Negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado**

por el CTC el 88,70% de las negaciones correspondiente al ítem M:El servicio solicitado es cobertura del POS corresponden al régimen subsidiado y el 11,30% al régimen contributivo

3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario en el primer trimestre del año 2016 (Ver tabla No.22 y tabla No.23).

Tabla 22. 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)
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
R522	OTRO DOLOR CRONICO
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE

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

Tabla 23. 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)
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO ABIERTO
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
E43X	DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
E440	DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA
E46X	DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA , NO ESPECIFICADA
K295	GASTRITIS CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
Z359	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
E441	DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA LEVE
F209	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

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

3.8 TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES

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

Tabla 24. Total de registros remitidos por Entidad - periodo enero de 2016

ENERO DE 2016				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Enero x10k
EPSI03	AIC	2	442.731	0,05%
EPS001	Aliansalud	631	200.391	31,49%
ESS076	Ambuq	16	975.378	0,16%
EPSI04	Anas Wayuu	5	129.825	0,39%
ESS062	Asmet Salud	89	1.968.654	0,45%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	617	5.047.940	1,22%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	54	1.525.282	0,35%
CCF055	Cajacopi	96	673.322	1,43%
EPSS34	Capitalsalud	50	1.207.361	0,41%
EPS025	Capresoca	19	177.461	1,07%
CCF009	Comfaboy	20	102.725	1,95%
CCF102	Comfachoco	12	158.731	0,76%
CCF015	Comfacor	308	615.763	5,00%
CCF053	Comfacundi	60	110.354	5,44%
CCF024	Comfamiliar Huila	645	533.855	12,08%
CCF049	Comfaorient	11	107.546	1,02%
CCF033	Comfasucre	1	102.102	0,10%
EPS012	Comfenalco Valle	216	259.084	8,34%
ESS133	Comparta	479	1.912.364	2,50%
EPS008	Compensar	183	1.121.418	1,63%
EPS022	Convida	547	580.007	9,43%
EPS016	Coomeva	849	2.944.164	2,88%
EPS023	Cruz Blanca	63	592.096	1,06%
ESS091	Ecoopsos	50	324.670	1,54%
ESS002	Emdisalud	8	497.690	0,16%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	491	1.893.533	2,59%
EPS017	Famisanar-Contributivo	87	1.727.068	0,50%
EAS027	Fondo de Pasivo	3	43.510	0,69%
EPSI05	Mallamas	55	297.969	1,85%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Enero x10k
ESS207	Mutual Ser	592	1.325.326	4,47%
EPS037	Nueva EPS	17.168	3.807.565	45,09%
EPSI06	Pijaos Salud	11	78.754	1,40%
EPS002	Salud Total - Contributivo	619	2.237.971	2,77%
EPS033	Saludvida - Contributivo	3	77.109	0,39%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	28	1.365.576	0,21%
EPS005	Sanitas	1.928	1.455.773	13,24%
EPSS40	Savia	277	1.691.832	1,64%
EPS018	SOS	519	901.342	5,76%
EPS010	Sura EPS	4.063	2.230.172	18,22%

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

Tabla 25. Total de registros remitidos por Entidad - periodo febrero de 2016

FEBRERO DE 2016				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Febrero x10k
EPS001	Aliansalud	669	200.325	33,40%
ESS076	Ambuq	41	974.588	0,42%
EPSI04	Anas Wayuu	9	129.616	0,69%
ESS062	Asmet Salud	121	1.972.840	0,61%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	703	5.093.378	1,38%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	63	1.505.977	0,42%
CCF055	Cajacopi	118	676.868	1,74%
EPSS34	Capitalsalud	79	1.200.091	0,66%
EPS025	Capresoca	44	178.055	2,47%
CCF009	Comfaboy	1	102.860	0,10%
CCF102	Comfachoco	5	155.259	0,32%
CCF015	Comfacor	600	616.180	9,74%
CCF053	Comfacundi	113	109.496	10,32%
CCF023	Comfaguajira	9	145.218	0,62%
CCF024	Comfamiliar Huila	1.507	533.778	28,23%
CCF049	Comfaorient	6	106.827	0,56%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Febrero x10k
CCF033	Comfasucre	3	102.272	0,29%
EPS012	Comfenalco Valle	246	252.269	9,75%
ESS133	Comparta	572	1.914.843	2,99%
EPS008	Compensar	362	1.117.124	3,24%
EPS022	Convida	94	578.261	1,63%
EPS016	Coomeva	881	2.927.650	3,01%
ESS024	Coosalud	474	1.939.262	2,44%
ESS091	Ecoopsos	71	322.693	2,20%
ESS002	Emdisalud	6	497.423	0,12%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	858	1.892.039	4,53%
EPS017	Famisanar-Contributivo	159	1.708.470	0,93%
EAS027	Fondo de Pasivo	7	43.352	1,61%
EPSI05	Mallamas	98	297.988	3,29%
EPSI02	Manexka	16	218.531	0,73%
ESS207	Mutual Ser	712	1.322.951	5,38%
EPS037	Nueva EPS	23.630	3.807.597	62,06%
EPSI06	Pijaos Salud	5	78.316	0,64%
EPS002	Salud Total - Contributivo	745	2.248.637	3,31%
EPS033	Saludvida - Contributivo	6	79.103	0,76%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	46	1.354.576	0,34%
EPS005	Sanitas	2.129	1.469.237	14,49%
EPSS40	Savia	384	1.684.293	2,28%
EPS018	SOS	636	895.733	7,10%
EPS010	Sura EPS	5.326	2.238.214	23,80%

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

Tabla 26. Total de registros remitidos por Entidad en periodo marzo de 2016

MARZO DE 2016				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Marzo x10k
EPSI03	AIC	15	440.446	0,34%
EPS001	Aliansalud	709	201.749	35,14%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Marzo x10k
ESS076	Ambuq	30	975.230	0,31%
EPSI04	Anas Wayuu	10	130.396	0,77%
ESS062	Asmet Salud	61	1.973.049	0,31%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	532	5.064.712	1,05%
EPSS03	Cafesalud - Subsidiado	66	1.493.539	0,44%
CCF055	Cajacopi	67	678.775	0,99%
EPSS34	Capitalsalud	95	1.195.480	0,79%
EPS025	Capresoca	41	178.740	2,29%
CCF009	Comfaboy	1	103.007	0,10%
CCF102	Comfachoco	1	153.690	0,07%
CCF015	Comfacor	705	617.648	11,41%
CCF053	Comfacundi	68	109.591	6,20%
CCF023	Comfaguajira	14	145.008	0,97%
CCF024	Comfamiliar Huila	1.403	535.002	26,22%
CCF049	Comfaoriente	4	106.446	0,38%
CCF033	Comfasucre	3	103.720	0,29%
EPS012	Comfenalco Valle	250	251.594	9,94%
ESS133	Comparta	543	1.915.253	2,84%
EPS008	Compensar	352	1.140.345	3,09%
EPS022	Convida	106	576.634	1,84%
EPS016	Coomeva	1.537	2.899.723	5,30%
ESS024	Coosalud	212	1.938.369	1,09%
EPSI01	Dusakawi	3	200.230	0,15%
ESS091	Ecoopsos	60	319.003	1,88%
ESS002	Emdisalud	10	495.152	0,20%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	689	1.892.748	3,64%
EPS017	Famisanar-Contributivo	94	1.694.346	0,55%
EAS027	Fondo de Pasivo	3	43.090	0,70%
EPSI05	Mallamas	68	298.147	2,28%
EPSI02	Manexka	20	217.552	0,92%
ESS207	Mutual Ser	726	1.319.877	5,50%
EPS037	Nueva EPS	20.577	3.820.877	53,85%
EPSI06	Pijaos Salud	11	78.275	1,41%

CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO	AFILIADOS	Tasa Marzo x10k
EPS033	Saludvida - Contributivo	3	34.626	0,87%
EPSS33	Saludvida - Subsidiado	30	1.642.922	0,18%
EPS005	Sanitas	2.333	1.509.210	15,46%
EPSS40	Savia	320	1.677.548	1,91%
EPS018	SOS	562	904.330	6,21%
EPS010	Sura EPS	6.369	2.273.872	28,01%

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

4. CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

Un incremento del 25,26% de los registros validados exitosamente entre el IV trimestre de 2015 y el primer trimestres de 2016, también se observa un incremento significativo del 190,75% de los registros validados exitosamente entre el I trimestre de 2015 con el I trimestre de 2016

En la modalidad de atención se puede observar que el servicio de atención ambulatoria se produce un incremento del 27,08% entre el IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016, en cambio para el servicio de atención domiciliaria hay una reducción del 28,43% entre el IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016.

En el tipo de servicio se presenta un incremento en medicamentos del 36,60% entre el IV trimestre de 2015 y el I trimestre de 2016 y se produce una disminución en otros servicios del 11,49% en el mismo periodo.

Para el caso de servicios ordenados por el médico tratante y negado por el CTC se presenta una disminución del 11,68% entre los periodos IV trimestre de 2015 y I trimestre de 2016 y en el casos de servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC el incremento fue del 95,13%.

En este trimestre solo dos entidades Nueva EPS y Anas Wayuu reportan negaciones en el servicio solicitado es cobertura del POS, por lo que este ministerio oficializa a esta entidades solicitando la justificación del por qué la negación de la cobertura POS o la prestación del mismo.

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

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

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

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

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

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.

El Ministerio de Salud y Protección Social el día 15 de abril del año en curso este Ministerio puso a disposición la resolución 1328 de 2016 “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.

De igual manera este Ministerio sigue realizando los ajustes pertinentes al registro en cumplimiento a lo ordenado en el Auto 411 de 2015, una vez elaborado el primer borrador este Ministerio convocará a las EPS, EOC, Superintendencia Nacional de Salud, Defensoría del Pueblo y al grupo de peritos constitucionales voluntarios de la Sala de Seguimiento, con el fin de realizar mesas de trabajo para la revisión del mismo.



ANEXOS

ANEXO A. Relación de EPS y EOC que reportan en el I Trimestre de 2016

Entidad	ENERO PRIMER ENVIO	ENERO SEGUNDO ENVIO	FEBRERO PRIMER ENVIO	FEBRERO SEGUNDO ENVIO	MARZO PRIMER ENVIO	MARZO SEGUNDO ENVIO
AIC	Validación exitosa		No reportan información		Validación exitosa	
Aliansalud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Ambuq	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Anas Wayuu	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Asmet Salud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Cafesalud - Contributivo	Validación exitosa		Extemporáneo		Validación exitosa	
Cafesalud - Subsidiado	Validación exitosa		Extemporáneo		Validación exitosa	
Cajacopi	No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa		Validación exitosa	
Capitalsalud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Capresoca	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Comfaboy	Validación exitosa		Validación exitosa		Extemporáneo	
Comfachoco	No paso validación		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
Comfacor	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Comfacundi	Validación exitosa		No paso validación		No paso validación	No reportan corrección
Comfaguajira	No reportan información		Validación exitosa		No paso validación	No paso validación
Comfamiliar Cartagena	No reportan información		No reportan información		No reportan información	
Comfamiliar de Nariño	No reportan información		No reportan información		No se presentaron casos	
Comfamiliar Huila	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	

Entidad	ENERO PRIMER ENVIO	ENERO SEGUNDO ENVIO	FEBRERO PRIMER ENVIO	FEBRERO SEGUNDO ENVIO	MARZO PRIMER ENVIO	MARZO SEGUNDO ENVIO
Comfaorient	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Comfasucre	No paso validación		No paso validación		No paso validación	No reportan corrección
Comfenalco Valle	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Comparta	Extemporáneo		Validación exitosa		Validación exitosa	
Compensar	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Convida	No paso validación		No paso validación		No paso validación	No reportan corrección
Coomeva	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Coosalud	No reportan información		Validación exitosa		Validación exitosa	
Cruz Blanca	Validación exitosa		No reportan información		No reportan información	
Dusakawi	No se presentaron casos		No se presentaron casos		Validación exitosa	
Ecoopsos	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Emdisalud	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Emssanar-Subsidiado	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
EPM Departamento Medico	No se presentaron casos		No se presentaron casos		No se presentaron casos	
Famisanar-Contributivo	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Fondo de Pasivo	Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
Mallamas	No paso validación		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
Manexka	No reportan información		No paso validación		Validación exitosa	
Mutual Ser	No paso validación	Validación exitosa	No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
Nueva EPS	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	

Entidad	ENERO PRIMER ENVIO	ENERO SEGUNDO ENVIO	FEBRERO PRIMER ENVIO	FEBRERO SEGUNDO ENVIO	MARZO PRIMER ENVIO	MARZO SEGUNDO ENVIO
Pijaos Salud	Extemporáneo		Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa
Salud Total - Contributivo	Validación exitosa		Validación exitosa		No reportan información	
Saludvida - Contributivo	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Saludvida - Subsidiado	Validación exitosa		No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa	
Sanitas	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Savia	No paso validación		No paso validación		Validación exitosa	
SOS	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	
Sura EPS	Validación exitosa		Validación exitosa		Validación exitosa	