



La salud
es de todos

Minsalud

Orden 19 Sentencia T760 de 2008 Informe II trimestre de 2021

-
- Informe de negaciones en servicios y tecnologías en salud



Contenido

Tablas del informe	2
1. Introducción	3
2. Resumen ejecutivo	5
3. Análisis de las fuentes de información usadas en este informe	6
a. Base de datos PQRD de la SNS, como fuente adicional de información ...	10
b. Resolución 256 de 2016 – indicadores de calidad, como complemento de la fuente adicional	11
c. Insumo generado del reporte de negaciones	12
4. Tendencias según las fuentes de información utilizadas	14
a. Reporte de negación de servicios y tecnologías en salud, efectuado por las EPS – Resolución 3539 de 2019	14
b. Indicadores de oportunidad – Resolución 256 de 2016 – análisis 2018 al segundo trimestre del 2021	25
c. Base de datos de PQRD de la SNS	34
5. Tablero de control según las fuentes de información	42
6. Avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC – Auto 93 A de 2020	46
7. Conclusiones	46
Anexos	47
a. Anexo 1. Memoria 1 de Reunión MSPS y Asociaciones de Usuarios respecto a negaciones	47
b. Anexo 2. Memoria 2 Reunión MSPS y Asociaciones de usuarios respecto a negaciones.....	56
c. Anexo 3. Descripción Documental frente reintegro de la UPC	59
d. Anexo 4. Árbol de motivos de PQRS para el macromotivo “restricción en el acceso a los servicios de salud”.....	60

Tablas del informe

Tabla 1 - Consolidado de negaciones I y II trimestre del 2021	15
Tabla 2 - Causas de negación I y II trimestres del 2021	15
Tabla 3 - negaciones de servicios y tecnologías en salud por causas, según EPS y tipo de régimen, primer y segundo trimestre del 2021	17
Tabla 4 - comparativo de negaciones por ámbito de atención I y II trimestre del 2021	18
Tabla 5 - negaciones por zona geográfica I y II Trimestres del 2021	19
Tabla 6 - negaciones por tipo de servicio I y II trimestre del 2021.....	20
Tabla 7 - diagnósticos en las negaciones reportadas primer trimestre 2021 vs, segundo trimestre 2021, régimen contributivo.....	21



Tabla 8 - diagnósticos en las negaciones reportadas primer trimestre 2021 vs, segundo trimestre del 2021, régimen subsidiado	22
Tabla 9 - principales negaciones por tipo de diagnóstico/medicamentos para primer semestre 2021 en el Régimen Contributivo	23
Tabla 10 – principales negaciones por tipo de diagnóstico/ medicamentos para primer semestre 2021 en el Régimen Subsidiado.....	25
Tabla 11 - tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	26
Tabla 12 - tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas	28
Tabla 13 - tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	29
Tabla 14 – tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética.....	31
Tabla 15 - tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica	32
Tabla 16 - tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera.....	34
Tabla 17 - reporte de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones PBS UPC y PBS no UPC.....	36
Tabla 18 - tasa de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones PBS no UPC, por cada 1.000 afiliados	37
Tabla 19 - PQRD, consideradas negaciones PBS no UPC, en el Régimen Subsidiado, por EPS	38
Tabla 20 – PQRD, consideradas negaciones PBS no UPC en el Régimen Contributivo por EPS	39
Tabla 21- tasa de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones PBS - UPC, por cada 1000 afiliados	40
Tabla 22 PQRD, consideradas negaciones del PBS - UPC - Régimen Subsidiado	41
Tabla 23 - PQRD, consideradas negaciones PBS – UPC en el Régimen Contributivo, por EPS.....	42
Tabla 24 – Tablero de control de las distintas fuentes de información	43

1. Introducción

Este informe se presenta en cumplimiento de lo instruido en la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, a través de la cual, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar las medidas tendientes a garantizar que todas las EPS enviarán un informe trimestral, en el que señalaran los servicios ordenados por los médicos tratantes a sus pacientes, negados por las EPS y no tramitados ante el entonces Comité Técnico Científico – CTC. Asimismo, informaran los servicios ordenados por el médico tratante, no autorizados por el CTC, indicando, según el caso, las razones de la negativa o las que llevaron a que



no fueran objeto de decisión por el CTC, y consecuente con ello, a que desde esta Cartera se adelantaran las acciones para superar dicha problemática.

Bajo el anterior contexto, el presente informe contiene los datos sobre los servicios de salud que las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado reportaron como negados en el segundo trimestre de 2021, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3539 de 2019.

A pesar de que el auto reporte efectuado por las EPS se fundamenta en el principio constitucional de la buena fe, ante la caída en el reporte de servicios negados a lo largo del 2020 y lo corrido del 2021, este Ministerio buscó otras fuentes de información que permitan capturar datos no recibidos mediante dicho auto reporte. Particularmente, acudió a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias– PQRD, que recibe la Superintendencia Nacional de Salud - SNS.

Es así como se considera que este primer acercamiento a otras fuentes para efectos de cruces de datos, representa un avance encaminado a establecer el comportamiento de las EPS, y conocer de primera mano las quejas presentadas por los usuarios, en aras de continuar adoptando medidas para garantizar el acceso y oportunidad a la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, es cardinal señalar que, *prima facie*, la información emanada de fuentes como las PQRD de la SNS, no puede considerarse como negación de servicios de salud, pues según lo informado por la precitada entidad, cuando se radica allí una PQRD, la gestión del caso implica trasladarla a la respectiva EPS, en busca de una solución que posteriormente genere el cierre de dicho caso. Particularmente, la SNS efectúa seguimiento a aquellas PQRD, de cuyo contenido se establezca que por los hechos descritos, el usuario se encuentra en situación de riesgo vital, por lo que tal seguimiento apunta a determinar la solución efectiva y por tanto, que el cierre del caso por parte de la correspondiente EPS se haga de manera satisfactoria, en pro de la garantía del derecho fundamental a la salud del usuario. Por lo que en principio este tipo de problemas no constituyen negaciones en tanto se espera que el servicio haya sido prestado. No obstante, esta información sí puede indicar algunos de los principales problemas que se vienen presentando y que los mismos usuarios manifiestan.

Como parte de este replanteamiento para el cumplimiento de la orden judicial que nos ocupa, también se destaca la realización de mesas de trabajo con asociaciones de usuarios, y otras personas jurídicas relacionadas con el sector salud, cuya finalidad es conocer de primera mano las experiencias frente al acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud, de manera tal que a futuro se puedan continuar planteando alternativas de solución a la problemática, en el marco de la información y experiencias recogidas, y sobre la base de contar con información más robusta y confiable.

Acotado lo anterior, el presente informe se divide en siete (7) partes, a saber: la primera contiene la introducción; la segunda, un resumen ejecutivo; en la tercera,



se analizan las fuentes de información a utilizar; en la cuarta, se describen los resultados obtenidos de las fuentes de información; en la quinta parte, se resumen las distintas fuentes en un tablero de control; en la sexta, se describen los avances sobre la gestión realizada para el reintegro de la UPC (Auto 93 A de 2020) y finalmente, se extraen puntuales conclusiones.

2. Resumen ejecutivo

Este informe se presenta en cumplimiento de la orden decima novena de la sentencia T-760 de 2008, corresponde al segundo trimestre de 2021 y se fundamenta en la información entregada por las EPS mediante un auto reporte delimitado de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 3539 de 2019.

Después de las validaciones de estructura y calidad realizadas por este Ministerio a la información cargada en la plataforma PISIS, se identificó durante el segundo trimestre del 2021 que la totalidad de las EPS habilitadas (34), reportaron la información correspondiente a los meses de abril, mayo y junio, cuya validación a los registros sobre servicios y tecnologías en salud negados, fue exitosa en un 100%.

De los 87 registros reportados sobre servicios negados para el segundo trimestre de 2021, 5 (5.75%), corresponden al régimen subsidiado y 82 (94.25%), al régimen contributivo. De estos 87 registros, 68 (78%), corresponden a servicios PBS – UPC. Para el primer trimestre del 2021 fueron 190 registros, por lo que la sumatoria de los dos trimestres arroja un total de 277 registros.

De la información reportada se puede observar que para el segundo trimestre de 2021 la totalidad de negaciones se concentraron en tres (3) causas: i) causal 24 “usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”, con 41 registros (47.13%); ii) causal 39, “usuario no ha pagado”, con 29 registros (33.33%); y iii) causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”, con 17 registros (19.54%).

Durante el segundo trimestre de 2021 el ámbito de atención con mayor cantidad de servicios negados corresponde a: 1. El servicio ambulatorio no priorizado, con 86 registros (98.85%) y 2. El servicio de urgencias, con 1 registro (1.14%). Estos dos (2) ámbitos de atención concentran el total de registros de negaciones.

En cuanto al tipo de servicio frente al que más se reportaron negaciones durante el segundo trimestre de 2021, se tiene lo siguiente: la modalidad por procedimientos con 42 registros (48.28%); le siguen servicios no financiados con recursos de la salud con 19 registros (21.84%); los medicamentos con 18 registros (20.69%) y servicios específicos con 8 registros (9.20%).

Durante el segundo trimestre de 2021 los principales diagnósticos médicos relacionados con los reportes de negaciones corresponden a: 1. “Traumatismos,



envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas”, con 20 registros (22.99%); 2. “Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas” y “Enfermedades del sistema respiratorio”, con 9 registros cada una (10.34%), 3. “Tumores” y “Enfermedades del sistema circulatorio” con 7 registros cada uno (8.05%), 4. “Enfermedades del sistema nervioso” y “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” con 6 registros cada una (6.90%) y 5. “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” y “Códigos para propósitos especiales” con 5 registros (5.75%) cada una. Estos cinco (5) diagnósticos participan con el 85.06% (74), sobre el total de registros.

Al comparar la precitada información con la recolectada a partir de fuentes como las PQRD de la SNS, se observa a primera vista su diferencia, toda vez que la mayoría de EPS no reportaron negaciones, pues los registros los entregaron en cero (0), sin embargo, de las PQRD, se encuentra que varias de ellas tienen datos de sus indicadores por encima del promedio nacional. Es el caso de Medimas, S.O.S, Aliansalud, Nueva EPS, Capital Salud, Coomeva, Mallamas, Salud Mía, Salud Total, Compensar y Comfenalco Valle. Estas EPS con excepción de Aliansalud, no reportaron negaciones, pese a lo cual, sus tasas de PQRD por cada 1000 afiliados, relacionadas con los servicios PBS UPC y PBS no UPC, se encuentran por encima de las nacionales.

En lo relacionado con los tiempos promedio de los servicios trazadores, dispuestos en este informe como indicadores de oportunidad (Resolución 256 de 2016), varias de las EPS se encuentran por encima de los tiempos promedio nacionales. Específicamente, 17 EPS para la asignación de citas de medicina general, 10 EPS para la autorización de cirugía de cataratas, 17 EPS para la asignación de citas de odontología general, 8 para autorización de resonancia magnética, 7 EPS para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica y 8 para la autorización de reemplazo de cadera. Esta información no solo se analiza en este reporte, sino también se puede consultar directamente en la página web de este Ministerio, en la sección de los indicadores de calidad.

Finalmente, se realizaron reuniones con las Asociaciones de Usuarios de Medimás y de Salud Total, la Fundación Voces Diabetes de Colombia y la Fundación Retorno Vital, en pro de establecer que negaciones se vienen presentando, posibles causas de la problemática; acciones para mejorar la captura de información, y conforme con los resultados que arroje este ejercicio, continuar adoptando acciones de mejora, ejercicio este cuyos resultados se irán reportando a medida de su avance.

3. Análisis de las fuentes de información usadas en este informe

Reuniones con asociaciones de usuarios



Dentro de la estrategia de acudir a otras fuentes de información para complementar los pocos datos que se vienen recibiendo mediante el auto reporte que hacen las EPS, este Ministerio, por intermedio de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, convocó a asociaciones de usuarios de las EPS, y otras personas jurídicas relacionadas con el sector salud, lo que ha llevado a la realización de mesas de trabajo, donde se establecieron tres (3) objetivos principales, a saber: i) revisar qué negaciones se vienen presentando y posibles causas a asociar a esta problemática; ii) determinar mecanismos para mejorar la captura de información de las negaciones que pudieren estar presentándose, y iii) dilucidar desde la perspectiva de los usuarios, qué acciones podría adelantar este Ministerio para solucionar dicha problemática.

Como avances de esta gestión se destaca la realización de sesiones de trabajo con las Asociaciones de Usuarios de Medimás, y Salud Total EPS, la Fundación Voces diabetes de Colombia y la Fundación Retorno Vital, adelantadas durante la primera semana de agosto, cuyas memorias de dichas sesiones se adjuntan como anexos de este informe. Es cardinal señalar que, a medida que se vayan obteniendo resultados de esta gestión, se irán reportando en los informes trimestrales.

No obstante lo anterior, de este ejercicio preliminar, se encuentra que en cuanto a causas que afectan la prestación del servicio, las referidas asociaciones y fundaciones aludieron a las siguientes:

- El cobro de copagos y cuotas moderadoras para pacientes crónicos, pese a que no señalaron si estos exceden lo previsto en la normatividad vigente en cuanto a este tipo de cobros
- Dilación para las consultas con médicos especialistas
- Dilación, entrega parcial o no entrega de medicamentos del PBS
- Dilaciones relacionadas con medicamentos y procedimientos que se registran a través de la plataforma MIPRES.
- Dilación para las autorizaciones de procedimientos
- Desacatos a los fallos de tutela

Como posibles causas asociadas a tales problemáticas, aludieron a las siguientes:

- Desconocimiento de los derechos de los usuarios por parte de los trabajadores de las EPS, einclusive de los mismos usuarios.
- Falta de articulación entre los distintos sistemas de información, por ejemplo, entre la orden, autorización y entrega.
- No contratación suficiente de la red de prestadores que permita la consulta con médicos especialistas
- Alta rotación de personal de las EPS que no se capacita
- Falta de capacidad de la SNS para resolver las quejas que se presentan
- Desactualización de las guías de práctica clínica



- Elaboración de órdenes médicas a mano y por personal sin experiencia
- Reducción de canales físicos para la realización de trámites y consecuente dilatación de los mismos, ante las medidas asumidas para el control de la propagación del Covid-19
- Desabastecimiento de medicamentos por falta de planeación administrativa
- Falta de información por parte de las EPS en relación con el punto anterior, entidades que además, no permiten usar el formulario de negaciones de la SNS
- Falta de capacidad resolutiva por parte de las EPS para atender las inconformidades de los usuarios. Específicamente, solo hay una persona encargada de recibir quejas, dan tiempo limitado para recibirlas y no revisan los casos a profundidad.

Como parte de las medidas correctivas, las referidas asociaciones aludieron al seguimiento y evaluación de las PQRD, presentadas ante la SNS, con el objetivo de llegar a la “causa raíz” de la problemática, así como a la generación de indicadores que tengan en cuenta todo el ciclo, esto es, desde la orden hasta la dispensación.

Para finalizar con el presente ítem, es del caso señalar que este ejercicio se encuentra en construcción, y que las acciones para resolver la problemática emanan de diferentes agentes del SGSSS, por lo que a medida de los avances, en los informes trimestrales se irán reportando las correspondientes gestiones.

Necesidad de acudir a otras fuentes de información, ante la baja sensible en el reporte de servicios negados, producto del auto reporte efectuado por las EPS - Resolución 3539 de 2019

Como se puso de presente ante la Corte Constitucional en el informe del tercer trimestre de 2020, se evidenció que del total de registros reportados como negados por las EPS para el primer y segundo trimestre de 2020, eran pocos los que estaban superando las dos fases de validación exitosa. Por lo que la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones de este Ministerio, requirió a dichas entidades las explicaciones y ajuste de los correspondientes archivos, en pro de incorporar los datos en los siguientes informes, de lo cual, se remitió copia a la SNS para que adelantara las acciones de su competencia.

Como también se puso de presente en el referido informe, de las explicaciones y adiciones de información efectuados por las EPS, y de su posterior validación, se determinó que las EPS estaban reportando servicios y tecnologías en salud prescritos por intermedio de la herramienta tecnológica Mipres. Es decir, que estaban reportando aquellos servicios y tecnologías que no fueron suministrados a los usuarios en razón a unas “causas de no entrega”, enlistadas en los anexos técnicos de los actos administrativos regulatorios de dicha herramienta



(Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 – Regímenes Contributivo y Subsidiado, respectivamente). Estas causas, se justifican, pues tal actuación en manera alguna deviene en un servicio negado bajo la concepción de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

Fuentes de información adicional a utilizar

Teniendo en cuenta la situación expuesta en el numeral anterior, y entendiendo que las quejas presentadas ante la SNS constituyen un indicador respecto de la problemática que, pese a las diferentes medidas para mejorar el acceso y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, aún persiste, este ministerio acudió a otra fuente de información como instrumento para el cruce de datos con los generados en el marco del auto reporte que vienen efectuando las EPS, según la Resolución 3539 de 2019.

Igualmente se busca implementar un tablero de control que condense la información de las diferentes fuentes, instrumento que se presenta a título de ejercicio preliminar, y que se espera brinde información a diferentes actores del SGSSS para la toma de sus decisiones.

Como complemento de la precitada fuente, se tiene la Resolución 256 de 2016, en lo referente a los indicadores de tiempo, que constituye insumo para la medición del componente de oportunidad, acorde con lo previsto por la Resolución 3539 de 2019.

Con la consolidación de datos que se haga a través del referido tablero de control, y la información que allí se registre frente a las diferentes entidades aseguradoras, también se espera desestimular las negaciones, y la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud al informar a los usuarios acerca de indicadores de las EPS a las que se encuentran afiliados o se van a afiliar, y estimular la mejora de estos indicadores, por cuanto tales datos serán de acceso a todos los agentes del SGSSS.

La información emanada de la fuente adicional no puede entenderse *prima facie*, como negación de servicios

Frente al particular, es importante empezar por señalar que los resultados del análisis de la fuente adicional (PQRD – SNS), necesariamente van a ser distintos de los obtenidos hasta el momento, producto del reporte de servicios negados, por el solo hecho de provenir de fuentes diferentes, que como tal, tienen criterios de parametrización igualmente distintos.

Concordante con lo anterior, es fundamental resaltar que la información obtenida de las PQRD de la SNS, no se puede entender, *prima facie*, como equivalente a negación de servicios, pues la manera de capturar, categorizar y reportar la información no permite llegar a tal conclusión.



Con las salvedades anteriores, la información recogida de las PQRD de la SNS, se mostrará como adicional a la que se viene obteniendo del reporte efectuado por las EPS. Dentro de este ejercicio, se efectuará un análisis de los datos correspondientes a los años 2018 a 2021. Asimismo, como se anotó, se presentará un tablero de control para comparación y mejor utilidad de la información.

a. Base de datos PQRD de la SNS, como fuente adicional de información

La SNS recopila información de PQRD, por intermedio de canales telefónicos, web, chat, físicamente, escrito y redes sociales. Dicha entidad ha estandarizado la clasificación de las PQRD, de tal forma que se diferencian reclamos de peticiones de información. Asimismo, en relación con los reclamos, se identifica si la vida del usuario se encuentra o no en riesgo. Las PQRD se categorizan de acuerdo con un árbol de motivos que contiene 6 macromotivos, de los cuales, se derivan 27 motivos generales y 228 motivos específicos. Es así como a partir de la estructura de árbol de motivos, la SNS cuenta con una base de datos de información de PQRD, con aproximadamente 80 variables.

Se considera que la citada base de datos constituye una fuente de información de interés para el análisis de los servicios negados, por cuanto, particularmente, las quejas representan el recurso al que acuden los usuarios que han tenido problemas en el acceso a los servicios de salud. Para el análisis que efectuaremos mediante el presente documento, este Ministerio consideró específicamente el macromotivo *“Restricción en el acceso a los servicios de salud”*, por cuanto permite observar el comportamiento de los usuarios en relación con lo que la SNS cataloga como negación de servicios o falta de oportunidad en su prestación.

El mencionado macromotivo, de acuerdo con la clasificación de la SNS, lo componen 7 motivos generales que se describen a continuación:

- Restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención
- Negación de la prestación de servicios, insumos o medicamentos o entrega de medicamentos
- Restricción en el acceso por demoras en la autorización
- Restricción en el acceso por negación de la autorización
- Restricción por razones económicas o de capacidad de pago
- Restricción en el acceso por fallas en la afiliación
- Restricción en el acceso por localización física o geográfica

Es importante reiterar que cuando se radica una PQRD en la SNS, la gestión del caso implica trasladarla a la respectiva EPS, en busca de una solución que posteriormente genere el cierre del respectivo caso. La SNS efectúa particular supervisión a aquellas PQRD, de cuyo contenido se establezca que por la



situación descrita el usuario se encuentra en situación de riesgo vital, por lo que el seguimiento del ente de control apunta a determinar si el cierre del caso por parte de la correspondiente EPS se hizo de forma satisfactoria.

Ahora bien, en el análisis que se realiza mediante el presente documento, se toman en consideración la totalidad de PQRD, indistintamente de que correspondan a aquellas frente a las cuales la SNS efectúa seguimiento según lo precedentemente expuesto.

Es de aclarar que conforme con la parametrización que hace la SNS a las PQRD, un caso cerrado no elimina el registro de estas, por lo que queda la traza de su presentación.

Conforme con lo anterior, no podría considerarse que cada PQRD, constituya una negación en los términos como se concibió en la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, y que fueron recogidos en la Resolución 3539 de 2019, pues se insiste, de acuerdo con lo informado por la SNS, recepcionada la PQRD, se traslada a la correspondiente EPS, para su solución y posterior cierre del caso, con el seguimiento particular de la SNS frente a aquellas peticiones que por la situación expuesta, evidencien que el usuario se encuentra en una situación de riesgo vital, pese a todo lo cual, en manera alguna puede desestimarse esta fuente de información.

Frente al tema también debe señalarse que la contabilización de las PQRD, depende de la clasificación que efectúa la SNS y que pueden presentarse errores humanos en el proceso. Sin embargo, partimos del presupuesto que la base de datos analizada ha sido clasificada con criterios apropiados y estandarizados por parte de la SNS.

b. Resolución 256 de 2016 – indicadores de calidad, como complemento de la fuente adicional

La Resolución 256 de 2016, expedida por este Ministerio, desarrolló el Sistema de Información para la Calidad – SIC, en cuyo marco se dispone de insumos y herramientas para establecer el comportamiento de las entidades aseguradoras en cuanto a la prestación de los servicios de salud, pues el SIC evalúa dimensiones atadas a diferentes indicadores para medir aspectos como la oportunidad de la atención (tiempos de espera) y niveles de satisfacción de los usuarios que demandan servicios de salud.

Ahora bien, los indicadores de calidad se establecen con base en distintas fuentes de información que proveen, entre otros, las EPS, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estos indicadores son agrupados en diversos dominios como son los de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia en la atención.



Al punto, debe señalarse que los referidos indicadores son trazadores, por lo que no se dispone de información respecto de todos los servicios y tecnologías en salud. Es así como se cuenta con los siguientes indicadores de la dimensión relacionada con la experiencia de la atención:

- Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética nuclear
- Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas
- Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera
- Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica
- Tiempo promedio de espera de asignación de cita de medicina general
- Tiempo promedio de espera de asignación de cita de odontología general

Así las cosas, conforme con lo anotado anteriormente, como complemento de la fuente emanda de la SNS, se prevén los datos emanados de la Resolución 256 de 2016, en lo referente a los indicadores de tiempo, que constituyen insumo para la medición del componente de oportunidad, acorde con lo previsto por la Resolución 3539 de 2019.

c. Insumo generado del reporte de negaciones

En cumplimiento de la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, este Ministerio tiene habilitada la plataforma de Intercambio de Información – PISIS, del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, a través de la cual, las EPS reportan los servicios negados, según los lineamientos establecidos en la Resolución 3539 de 2019¹.

De acuerdo lo anterior, el cargue de la información es realizado mensualmente por las EPS durante los primeros veinte (20) días, siguientes al mes reportado². Al analizar la información cargada en la plataforma PISIS de los cuatro trimestres del año 2020 y del primer semestre del año 2021, se pudo establecer que, con la implementación de la resolución 3539 de 2019 y que empezó a regir desde el 1º. de enero de 2020, se presentó una disminución significativa³ en el registro de los servicios negados, los cuales, una vez validados para el año 2020, devinieron en que los registros reportados quedaron en su orden como se describen a continuación:

¹ Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016

² Resolución 3539 de 2019, artículo 4º.

³ La reducción puede establecerse antes puesto que la información de los dos primeros trimestres incluye la correspondiente a las causales de no entrega de MIPRES.



- En el primer trimestre de 2020 se reportaron 59.244 registros, los cuales, una vez validados se determinó que sólo 382 registros correspondían a servicios negados.
- En el segundo trimestre de 2020 se reportaron 62.193, e igualmente, después de las validaciones se determina que 265 registros corresponden a servicios negados.
- En el tercer trimestre de 2020 se reportaron 386 registros de servicios negados
- En el cuarto trimestre de 2020 se reportaron 336 registros de servicios negados
- En el primer trimestre de 2021 se reportaron 190 registros de servicios negados
- En el segundo trimestre de 2021 se reportaron 87 registros de servicios negados

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo con la información de las EPS, la disminución en los registros negados para el primer y segundo trimestre de 2020, se fundamentó en el reporte que las EPS venían haciendo de los servicios que no son entregados a los usuarios, por mediar alguna de las causas de no entrega, contempladas en la regulación de Mipres. Es decir, estaban reportando en dos lugares la misma información. Por ejemplo, las Resoluciones 1885⁴ de 2018 y 2438 de 2018⁵, establecen la no entrega del servicio o tecnología por corresponder a dobles prescripciones, nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico) o que sea un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica, entre otros.

Teniendo en cuenta lo anterior, se solicitó a las EPS hacer los respectivos ajustes, de forma tal que reportaran mediante el registro de negaciones únicamente los servicios cuyas causas correspondan con las negaciones relacionadas en la Resolución 3539 de 2019, situación que conllevó a que con el informe de servicios negados del tercer trimestre del 2020, se remitiera como anexo 1.4, la información enviada por las EPS, que sustentó la disminución en el total de registros negados, reportados inicialmente por dichas entidades para el primer y segundo trimestre del 2020.

En los trimestres subsiguientes se ha mantenido la disminución en el reporte de servicios negados, como se evidencia en los informes trimestrales enviados a esa Corporación.

⁴ Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones

⁵ Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.



Particularmente, frente al 2021, se pudo establecer que para el primer trimestre, de las 34 EPS habilitadas, sólo tres (3) reportaron servicios negados y las restantes lo hicieron en cero (0). Para el segundo trimestre de 2021, dos (2) EPS reportaron servicios negados, las demás lo hicieron en cero (0), situación que puede entenderse como un sub registro y sesgo de la información que vienen presentando.

4. Tendencias según las fuentes de información utilizadas

a. Reporte de negación de servicios y tecnologías en salud, efectuado por las EPS – Resolución 3539 de 2019

El presente capítulo contiene la información correspondiente al segundo trimestre del año 2021, relacionada con el reporte de los servicios y tecnologías en salud negados en dicho período. Los datos analizados fueron remitidos a este Ministerio por las EPS habilitadas en los regímenes contributivo y subsidiado, a través de la Plataforma de Intercambio de Información – PISIS, del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.

De la información remitida por las diferentes EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, correspondiente a los meses de abril, mayo y junio de 2021, se identificó que de las 34 EPS habilitadas, 2 EPS reportaron servicios negados, y las 32 restantes enviaron el reporte con detalle cero (0) de negaciones, es decir, más del 94% de las EPS habilitadas afirmaron no haber negado servicios y tecnologías en salud durante el trimestre en cuestión.

De dicha información también se sigue observando una tendencia a la baja en el reporte que tales entidades vienen haciendo frente a servicios negados, ya que para el presente trimestre se reportaron 87 negaciones, frente a 190 reportadas en el primer trimestre de 2021, por lo que hubo una disminución en 103 registros que representan una caída del 118% en el reporte.

Es de destacar que, de las 87 negaciones reportadas en el segundo trimestre de 2021, 68 (78%) corresponden a servicios cubiertos con recursos de la UPC.

Entidades que reportaron negaciones durante el segundo trimestre de 2021

Una vez verificada la información remitida por las diferentes EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, correspondiente a los meses de abril, mayo y junio de 2021, las 2 EPS que reportaron negaciones fueron Aliansalud y Nueva EPS. El resto de EPS (32), presentaron registros con detalle cero (0) de negaciones.



Durante el mes de abril de 2021, las mencionadas EPS reportaron 31 servicios negados en el régimen contributivo, correspondientes a (1) de Aliansalud y 30 para Nueva EPS. Para el régimen subsidiado no se reportaron negaciones durante ese mes. En mayo, solo reportó Nueva EPS 27 servicios negados, 25 en el régimen contributivo y 2 en el régimen subsidiado. Finalmente, en junio volvió a reportar Nueva EPS veintiséis (26) servicios negados en el régimen contributivo y tres (3) en el régimen subsidiado.

Tabla 1 - Consolidado de negaciones I y II trimestre del 2021

Administradora	Régimen	I Trimestre - 2021			II Trimestre - 2021			Total general
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
ALIANSALUD	Contributivo	0	0	1	1	0	0	2
NUEVA EPS	Subsidiado	0	0	1	0	2	3	6
	Contributivo	31	26	22	30	25	26	160
COMFAMILIAR HUILA	Subsidiado	76	33	0	0	0	0	109
Total general		107	59	24	31	27	29	277

Fuente: Información remitida por las EPS con base en la Res. 3539 de 2019

De la información registrada se puede observar en la tabla a continuación que, para el segundo trimestre de 2021, la causa “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”, fue la negación de servicios principal con el 47.12%, seguida de la causa “Usuario no ha pagado” (33.33%) y de la causa “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” (19.54%). Es de destacar que resulta extraño el reporte de negación de servicios de salud con la causal “el usuario no estaba afiliado al momento de la solicitud del servicio”, pues el Decreto 064 de 2020 y la Resolución 1128 de 2020, emanada de este Ministerio, definieron el mecanismo de afiliación de oficio de personas no afiliadas o que se encuentren retiradas al momento de solicitar los servicios de salud.

La mayoría de las negaciones se reportaron en el régimen contributivo, de la siguiente manera: i) causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”, con 14 registros (17.07%); ii) causal 24 “usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”, con 39 registros (47.56%); y iii) causal 39 “usuario no ha pagado”, con 29 registros (35.36%). Para el régimen subsidiado las 5 negaciones reportadas se dieron en dos causas: i) causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”, con 3 registros (60%); y ii) causal 24 “usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”, con 2 registros (40%).

Por otra parte, en cuanto a la causal 40 “Otras Razones”, no se presentaron negaciones para el segundo trimestre de 2021. Sin embargo, es de resaltar que si las EPS presentan negaciones y al momento del reporte no encuentran una posible causa dentro de las 39 restantes en el sistema, se esperaría que la precitada causal 40, fuera la que reportaran.

Tabla 2 - Causas de negación I y II trimestres del 2021

Causal	abril	mayo	junio	Total I	Total II
--------	-------	------	-------	---------	----------



	Causa de negación							trimestre		trimestre		
		Sub	Cont	Sub	Cont	Sub	Cont	Total	%	Total	%	Var %
Causal 8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	0	11	1	2	2	1	116	61%	17	20%	-85%
Causal 24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	0	11	1	20	1	8	49	26%	41	47%	-16%
Causal 39	Usuario no ha pagado	0	9	0	3	0	17	25	13%	29	33%	16%
Total general		0	31	2	25	3	26	190	100%	87	100%	-54%

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP

Lo anterior contrasta con lo reportado en el segundo trimestre de 2020, en el que se reportaron 265 registros de negaciones por las siguientes tres (3) causales: la primera, causal 39 “usuario no ha pagado” con 168 de los registros (63.4%); la segunda, causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 71 registros (26.7%) y la tercera, causal 24 “usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 26 registros (9.8%).

Al analizar de manera general las causas de negación por régimen, tanto en el contributivo, como en el subsidiado, ocurre algo parecido a lo descrito anteriormente, en cuanto a que las causales 8, 24 y 39, son las razones por las cuales se hacen los reportes en las negaciones de servicios de salud.

Durante el referido período (segundo trimestre del 2020), las EPS que reportaron negaciones fueron: 1. Nueva EPS con 191 registros (150 en el régimen contributivo y 41 registros en el régimen subsidiado), 2. Comfamiliar Huila con 71 registros (todos en el régimen subsidiado) y 3. Aliansalud con 3 registros en el régimen cvocontributivo.

Negación de servicios y tecnologías en salud por EPS y tipo de régimen primer y segundo trimestre del 2021

Al comparar el reporte del primer y segundo trimestre de 2021, en primera instancia se destaca que en el reporte total participaron 3 EPS, a saber: la Nueva EPS, Aliansalud y Comfamiliar Huila. Esta última solo reportó durante el primer trimestre y respecto del régimen subsidiado. La reducción en el total de negaciones reportadas pasó de 190 en el primer trimestre a 87 en el segundo, lo que representa una variación porcentual negativa del -118%.

Con relación al segundo trimestre de 2020, la disminución fue de 178 negaciones al pasar de 265 registros a 87.



En el agregado total, la Nueva EPS no es solo la que más reporta negaciones, sino también reporta un leve incremento, pasando de 80 negaciones en el primer trimestre a 86 en el segundo trimestre. La mayoría de estas negaciones se reportan en el régimen contributivo. Esta EPS en el primer trimestre reportó principalmente negaciones por la causal “usuario no ha pagado” y en el segundo trimestre por la causal “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio”. Por su parte, Aliansalud solo reportó una negación por la causal “Usuario no ha pagado” en los dos trimestres. Finalmente, Comfamiliar Huila, que solo reportó en el primer trimestre, lo hizo por la causal “la cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”.

Tabla 3 - negaciones de servicios y tecnologías en salud por causas, según EPS y tipo de régimen, primer y segundo trimestre del 2021

EPS	Causa de Neg	Régimen	I Trimestre					II Trimestre					Total gral	Total gral	Var %
			I	II	III	Total	Tot %	IV	V	VI	Total	Tot %			
Nueva EPS	Usuario no ha pagado	Cont	29	8	11	48	25%	8	3	17	28	32%	76	27%	-42%
	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	Sub	0	0	0	0	0%	0	1	1	2	2%	2	1%	N/D
		Cont	1	15	9	25	13%	11	20	8	39	45%	64	23%	56%
	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	Sub	1	3	2	6	3%	11	2	1	14	16%	20	7%	133%
		Cont	0	0	1	1	1%	0	1	2	3	3%	4	1%	200%
Total			31	26	23	80	42%	30	27	29	86	99%	166	60%	8%
Aliansalud	Usuario no ha pagado	Cont	0	0	1	1	1%	1	0	0	1	1%	2	1%	0%
Comfamiliar Huila	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	Sub	76	33	0	109	57%	0	0	0	0	0%	109	39%	-100%
Total			107	59	24	190	100%	31	27	29	87	100%	277	100%	-54%

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP.

Negaciones por ámbito de atención

En la tabla a continuación se evidencia que durante el primer y segundo trimestre de 2021, las EPS reportaron negaciones relacionadas con 3 tipos de ámbitos de atención: ambulatorio no priorizado (181), hospitalario de internación (60) y urgencias (36). Respecto de las negaciones según las causas señaladas se puede evidenciar que, tanto para la de “usuario no ha pagado”, como para la de “usuario no afiliado al momento de la solicitud del servicio”, la mayoría se relacionan con atenciones fuera del ámbito no ambulatorio. No obstante, entre el primero y el segundo trimestre de 2021, se disminuyeron las negaciones relacionadas con el ámbito de atención ambulatorio no priorizado, que pasaron de 95 a 86.

Para el régimen contributivo durante el segundo trimestre de 2021 el ámbito de atención con mayor cantidad de servicios negados corresponde a: 1. “Servicio ambulatorio no priorizado”, con 81 registros (98.78%) y 2. “Servicio de urgencias”, con 1 registro (1.22%). Estos dos (2) ámbitos de atención concentran el total de registros de negaciones para el segundo trimestre en ese régimen. Por su parte, en



el régimen subsidiado, durante el segundo trimestre de 2021 sólo se reportó el ámbito de atención “Servicio ambulatorio no priorizado”, con 5 registros.

Tabla 4 - comparativo de negaciones por ámbito de atención I y II trimestre del 2021

Régimen	Administradora	Causa	Ámbito de Atención	I Trimestre de 2021					II Trimestre de 2021					Total General	%
				enero	febrero	marzo	Total	%	Abri	Mayo	Junio	Total	%		
Régimen Subsidiado	COMFAMILIAR HUILA	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	HOSPITALARIO INTERNACIÓN	48	12	0	60	32%	0	0	0	0	0%	60	52%
			URGENCIAS	19	15	0	34	18%	0	0	0	0	0%	34	30%
			AMBULATORIO NO PRIORIZADO	9	6	0	15	8%	0	0	0	0	0%	15	13%
	NUEVA EPS SA	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	AMBULATORIO NO PRIORIZADO	0	0	1	1	1%	0	1	2	3	3%	4	3%
		Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	AMBULATORIO NO PRIORIZADO	0	0	0	0	0%	0	1	1	2	2%	2	2%
	NUEVA EPS	Usuario no ha pagado	AMBULATORIO NO PRIORIZADO	29	8	11	48	25%	8	3	17	28	32%	76	47%
		Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio		1	15	9	25	13%	11	20	8	39	45%	64	40%
		La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		1	3	2	6	3%	11	2	1	14	16%	20	12%
	ALIANSALUD	Usuario no ha pagado	URGENCIAS	0	0	1	1	1%	1	0	0	1	1%	2	1%
Total general				107	59	24	190		31	27	29	87		277	

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP.

En relación con el ámbito de atención, en el segundo trimestre de 2020 la mayor participación porcentual de negaciones correspondió a: 1. “servicio ambulatorio no priorizado” con 152 registros. 2. “servicio hospitalario internación”, con 41 registros de negación, 3. “Urgencias” con 38 registros y 4. Hospitalario domiciliario” con 34 registrors.

Para el régimen contributivo, la mayor cantidad de registros de negación de servicios fueron en la atención ambulatoria no priorizada, con 114 (74.5%) registros, seguido por la modalidad hospitalario domiciliario con 33 (21.5%) registros. Estas dos (2) modalidades de atención concentraron el 96% del total de negaciones; luego estuvo la modalidad de Hospitalario internación, con 3 (1.9%) registros y por último, la modalidad de urgencias también con 3 registros.

Para el régimen subsidiado se presentó la misma tendencia. La mayor cantidad de negaciones de servicios médicos fueron por atención ambulatoria no priorizada, con 38 (33.9%) registros, seguido por hospitalario internación también con 38 registros (33.9%), luego se ubicó la modalidad urgencias con 35 (31.2%) registros; Por último, se ubicó las modalidad “hospitalario domiciliario” con 1 (0.8%).

Negaciones por zona geográfica

Frente al análisis de negaciones que se puede hacer por zona geográfica es importante mencionar que lo más apropiado sería mostrar los resultados por tasa.



Sin embargo, debido a que el reporte es tan limitado y se presentan muy pocos datos en varios territorios, los datos que se exponen a continuación son absolutos.

En el agregado de los dos trimestres del 2021, es del caso anotar que el 80% de las negaciones se presentan en 8 departamentos o territorios: Huila, Antioquia, Bogotá, Norte de Santander, Valle del Cauca, Santander, Boyacá y Caldas. No obstante, Huila, que aglutina el 40% del total de negaciones, presentó la mayoría en el primer trimestre y en el segundo trimestre casi ninguna.

Tabla 5 - negaciones por zona geográfica I y II Trimestres del 2021

Departamento	I Trimestre de 2021					II Trimestre de 2021					Total acumulado	%	% acumulado
	Enero	Febrero	Marzo	Total	%	Abril	Mayo	Junio	Total	%			
Huila	74	32	1	107	56%	0	4	0	4	5%	111	40%	40%
Antioquia	9	1	3	13	7%	13	2	3	18	21%	31	11%	51%
Bogotá, D.C.	10	4	3	17	9%	2	3	1	6	7%	23	8%	60%
Norte de Santander	2	0	1	3	2%	4	7	1	12	14%	15	5%	65%
Valle del Cauca	3	5	3	11	6%	0	1	1	2	2%	13	5%	70%
Santander	2	0	1	3	2%	2	0	7	9	10%	12	4%	74%
Boyacá	1	3	2	6	3%	0	0	5	5	6%	11	4%	78%
Caldas	0	0	1	1	1%	4	0	4	8	9%	9	3%	81%
Córdoba	0	3	2	5	3%	0	2	1	3	3%	8	3%	84%
Cauca	0	2	1	3	2%	0	3	0	3	3%	6	2%	86%
Cundinamarca	1	2	2	5	3%	0	0	0	0	0%	5	2%	88%
Arauca	1	0	0	1	1%	0	3	1	4	5%	5	2%	90%
Bolívar	1	1	0	2	1%	2	0	0	2	2%	4	1%	91%
La Guajira	0	0	0	0	0%	2	1	1	4	5%	4	1%	93%
Atlántico	2	0	0	2	1%	0	0	2	2	2%	4	1%	94%
Tolima	0	2	1	3	2%	0	0	0	0	0%	3	1%	95%
Meta	0	0	2	2	1%	0	0	0	0	0%	2	1%	96%
Nariño	0	2	0	2	1%	0	0	0	0	0%	2	1%	97%
Casanare	0	0	0	0	0%	2	0	0	2	2%	2	1%	97%
Caquetá	0	0	0	0	0%	0	0	1	1	1%	1	0%	98%
Chocó	0	1	0	1	1%	0	0	0	0	0%	1	0%	98%
Risaralda	0	1	0	1	1%	0	0	0	0	0%	1	0%	99%
Amazonas	0	0	1	1	1%	0	0	0	0	0%	1	0%	99%
Guaviare	1	0	0	1	1%	0	0	0	0	0%	1	0%	99%
Vaupés	0	0	0	0	0%	0	0	1	1	1%	1	0%	100%
Magdalena	0	0	0	0	0%	0	1	0	1	1%	1	0%	100%
Total	107	59	24	190	100%	31	27	29	87	100%	277	100%	

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP.

Negaciones por tipo de servicio solicitado

Al estudiar las negaciones por tipo de servicio solicitado para el agregado de los dos trimestres de 2021, se observa la existencia de una concentración de registros en la modalidad de “procedimientos”, con el 61% (170 registros); le siguen los “medicamentos” con el 26% (72 registros) y “servicios no financiados con recursos de salud” con 9% (26 registros). Estas tres modalidades representan el 97% de la



información. El restante 3% corresponde a negaciones relacionadas con servicios específicos.

Entre el primer y segundo trimestre de 2021 aumentaron los registros de negaciones relacionadas con “servicios no financiados con recursos de salud”, que pasaron de 7 a 19 registros y los servicios específicos que pasaron de 1 a 8. De otro lado, las negaciones relacionadas con medicamentos y procedimientos disminuyeron en el mismo periodo, que pasaron de 54 a 18 y de 128 a 42, respectivamente.

Tabla 6 - negaciones por tipo de servicio I y II trimestre del 2021

Tipo Servicio Solicitado	Causa Negación	Régimen	I Trimestre de 2021					II Trimestre de 2021					Total I y II	%
			enero	febrero	marzo	Total	%	abril	mayo	junio	Total	%		
SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	RC	0	0	0	0	0%	0	0	1	1	5%	1	0%
	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	RS	0	0	0	0	0%	0	1	0	1	5%	1	0%
	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	RC	0	0	0	0	0%	4	5	1	10	53%	10	4%
	Usuario no ha pagado	RC	4	2	1	7	100%	4	0	3	7	37%	14	5%
MEDICAMENTOS	Total		4	2	1	7	4%	8	6	5	19	22%	26	9%
	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	RS	0	0	0	0	0%	0	0	1	1	6%	1	0%
	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	RC	1	12	3	16	30%	2	1	3	6	33%	22	8%
	Usuario no ha pagado	RC	22	6	10	38	70%	4	0	7	11	61%	49	18%
PROCEDIMIENTOS	Total		23	18	13	54	28%	6	1	11	18	21%	72	26%
	Usuario no ha pagado	RC	2	0	1	3	2%	1	3	3	7	17%	10	4%
	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	RS	76	33	1	110	86%	0	1	2	3	7%	113	41%
	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	RC	1	3	2	6	5%	11	2	0	13	31%	19	7%
SERVICIOS ESPECÍFICOS	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	RC	0	3	6	9	7%	1	14	4	19	45%	28	10%
	Total		79	39	10	128	67%	13	20	9	42	48%	170	61%
	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	RC	0	0	0	0	0%	4	0	0	4	50%	4	1%
	Usuario no ha pagado	RC	1	0	0	1	100%	0	0	4	4	50%	5	2%
	Total		1	0	0	1	1%	4	0	4	8	9%	9	3%
	Total general		107	59	24	190	100%	31	27	29	87	100%	277	100%

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP.

Por otra parte, en el segundo trimestre de 2020 los registros de negaciones en la modalidad de procedimientos representaron el 46.8% con 124 registros seguido de medicamentos que representaron el 40.8% con 108 registros, le siguió la modalidad de “servicios no financiados con recursos de salud” con 19 registros (7,2%) y finalmente servicios específicos con 14 registros (5,3%).

Con respecto a las negaciones por tipo de servicio en el segundo trimestre de 2020, en el régimen contributivo, los medicamentos fueron los más registrados, con 84 registros de negaciones, siguió la modalidad de procedimientos, con 54 registros; luego la modalidad de servicios no financiados con recursos de salud con 10 registros y finalmente servicios específicos con 5 registros.

En el régimen subsidiado, en el segundo trimestre de 2020 la mayor cantidad de registros se presentó en procedimientos con 70 registros de negaciones, siguió la modalidad de medicamentos con 24 registros de negaciones, luego servicios específicos y servicios no financiados con recursos de salud con 9 registros cada uno.



Negaciones por diagnóstico realizado

A continuación se presenta la tabla con los diagnósticos expresados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), correspondientes al diagnóstico principal del usuario, frente al que se reportó la negación del servicio en el régimen contributivo.

Para el precitado régimen, el acumulado de los dos trimestres de 2021, da cuenta que del total de registros negados por diagnóstico realizado (162), según la siguiente tabla, los cinco (5) principales diagnósticos correspondieron a: 1. “Enfermedades del sistema circulatorio”, con 24 registros (14.81%); 2. “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas” con 22 registros (13.58%); 3. “Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas”, con 19 registros (11.73%), 4. “enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” con 15 registros (9.26%) y 5 “factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” con 14 registros (8.64%). Estos cinco (5) diagnósticos participan con el 58.02% (94), sobre el total de registros de 162.

Tabla 7 - diagnósticos en las negaciones reportadas primer trimestre 2021 vs, segundo trimestre 2021, régimen contributivo

Diagnóstico	I Trimestre de 2021					II Trimestre de 2021					Total General	%
	Enero	Febrero	Marzo	Total	%	Abril	Mayo	Junio	Total	%		
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	8	4	5	17	21,25%	3	3	1	7	8,54%	24	14,81%
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	0	2	2	4	5,00%	12	4	2	18	21,95%	22	13,58%
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	7	2	2	11	13,75%	4	0	4	8	9,76%	19	11,73%
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	4	4	2	10	12,50%	0	2	3	5	6,10%	15	9,26%
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	5	1	3	9	11,25%	0	2	3	5	6,10%	14	8,64%
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1	4	0	5	6,25%	0	3	3	6	7,32%	11	6,79%
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0	0	1	1	1,25%	0	5	4	9	10,98%	10	6,17%
C02 - TUMORES	1	1	0	2	2,50%	4	3	0	7	8,54%	9	5,56%
C22 - CODIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	1	1	1	3	3,75%	4	0	1	5	6,10%	8	4,94%
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0	2	3	5	6,25%	0	1	1	2	2,44%	7	4,32%
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2	0	2	4	5,00%	2	1		3	3,66%	7	4,32%
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0	2	1	3	3,75%	0	0	1	1	1,22%	4	2,47%
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0	2	1	3	3,75%	0	0	1	1	1,22%	4	2,47%
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1	1	0	2	2,50%	0	0	1	1	1,22%	3	1,85%
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0	0	0	0	0,00%	2	0	0	2	2,44%	2	1,23%
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	1	0	0	1	1,25%	0	1	0	1	1,22%	2	1,23%



Diagnóstico	I Trimestre de 2021					II Trimestre de 2021					Total General	%
	Enero	Febrero	Marzo	Total	%	Abril	Mayo	Junio	Total	%		
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERÍODO PERINATAL	0	0	0	0	0,00%	0	0	1	1	1,22%	1	0,62%
Total general	31	26	23	80	100%	31	25	26	82	100%	162	100%

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP.

En el régimen subsidiado, el acumulado de los dos trimestres de 2021, da cuenta que del total de los 115 registros por concepto de diagnósticos, el que ocupa el primer lugar con 100 registros (86.96%), es el diagnóstico “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas”; le sigue el diagnóstico “enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo”, con 6 registros (5.22%); en tercer lugar el diagnóstico “causas externas de morbilidad y de mortalidad” también con 6 registros (5.22%), en cuarto lugar el diagnóstico “enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas”, con 1 registro, al igual que enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y el referido como “códigos para propósitos especiales” con 1 registro también.

Tabla 8 - diagnósticos en las negaciones reportadas primer trimestre 2021 vs, segundo trimestre del 2021, régimen subsidiado

Régimen Subsidiado	I Trimestre de 2021					II Trimestre de 2021					Total General	%
	Enero	Febrero	Marzo	Total	%	Abril	Mayo	Junio	Total	%		
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	71	26	1	98	89,09%	0	1	1	2	40%	100	86,96%
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1	4	0	5	4,55%	0	1	0	1	20%	6	5,22%
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	3	2	0	5	4,55%	0	0	1	1	20%	6	5,22%
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0	0	0	0	0,00%	0	0	1	1	20%	1	0,87%
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	1	0	0	1	0,91%	0	0	0	0	0%	1	0,87%
C22 - CÓDIGOS PARA PROPOSITOS ESPECIALES	0	1	0	1	0,91%	0	0	0	0	0%	1	0,87%
Total general	76	33	1	110	100%	2	3	5	100%	115	100%	

Fuente: Información remitida por las EPS - Cálculos: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones DROASRLP.

Finalmente, con relación al segundo trimestre de 2020, el diagnóstico con mayor número de registros fu “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas” con 62 registros, seguido de los diagnósticos “enfermedades del sistema circulatorio” con 34 registros y “enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 32 registros, seguido de “factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” con 28 registros; estos cuatro diagnósticos representaron el 58.8% del total de las 265 negaciones registradas.

Diagnósticos y medicamentos negados



En la tabla a continuación se ilustra acerca de los diagnósticos y los medicamentos relacionados en esos diagnósticos dentro de los reportes de negaciones realizados por las EPS. Es de resaltar que, en general, durante los dos trimestres de 2021, los 5 medicamentos más negados fueron: 1. Metformina clorhidrato 850mg/1U, con 5 negaciones; 2. Metotrexato 20mg/0.4ml, con 4 negaciones; 3. Acetaminofen 350mg/1U; Metocarbamol 750mg/1U, con 3 negaciones; 4. Linagliptina] 5mg/1U; con 3 negaciones, y por último, Aluminio Hidroxido] 327mg/5ml; [Calcio Carbonato] 410mg/5ml; [Magnesio Hidroxido] 341mg/5ml; [Simeticona] 25mg/5m, con 2 negaciones.

Ahora bien, si se estudian los medicamentos asociados a los 3 diagnósticos más concurrentes dentro de los registros de negaciones mencionados anteriormente para el régimen contributivo, resulta que para las enfermedades del sistema circulatorio los medicamentos más negados fueron [Irbesartan] 150mg/1U, [Metformina Clorhidrato] 850mg/1U ; [Sitagliptina] 50mg/1U y [Rosuvastatina] 40mg/1U. En segundo lugar, para la categoría de “traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas”, no hubo registros de medicamentos negados asociados y finalmente, para los diagnósticos relacionados con la categoría “enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas”, se encontró que los medicamentos más negados fueron: aluminio hidroxido] 327mg/5ml ; [calcio carbonato] 410mg/5ml ; [magnesio hidroxido] 341mg/5ml ; [simeticona] 25mg/5ml; [insulina glargina] 100ui/1ml; [linagliptina] 5mg/1u y [liraglutida] 6mg/1ml.

Por su parte, para el régimen subsidiado resultó que para las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, el medicamento más negado fue la [insulina degludec] 100u/1ml ; [liraglutida] 3,6mg/1ml. Esta fue la única categoría de diagnóstico para la que se tiene registro de medicamentos negados.

Tabla 9 - principales negaciones por tipo de diagnóstico/medicamentos para primer semestre 2021 en el Régimen Contributivo

Diagnóstico	Medicamento	I	II	III	IV	V	VI	Total General
C02 – Tumores	[DEGARELIX] 80mg/1U	1						1
	[LEUPROLIDA ACETATO] 45mg/1U				2			2
C04 – Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	[ACETAMINOFEN] 350mg/1U ; [METOCARBAMOL] 750mg/1U						1	1
	[ALUMINIO HIDROXIDO] 327mg/5ml ; [CALCIO CARBONATO] 410mg/5ml ; [MAGNESIO HIDROXIDO] 341mg/5ml ; [SIMETICONA] 25mg/5ml				2			2
	[DAPAGLIFLOZINA] 10mg/1U	1						1
	[EMPAGLIFLOZINA] 10mg/1U	1						1
	[INSULINA GLARGINA] 100UI/1ml	1	1					2
	[LINAGLIFTINA] 5mg/1U	1					1	2
	[LIRAGLUTIDA] 6mg/1ml				2			2
	[METFORMINA CLORHIDRATO] 1000mg/1U	1						1
	[METFORMINA CLORHIDRATO] 1000mg/1U ; [SITAGLIPTINA] 50mg/1U		1					1
	[METFORMINA CLORHIDRATO] 1000mg/1U ; [VILDAGLIPTINA] 50mg/1U			1				1
	[SIMETICONA] 125mg/1U						1	1
	[DULOXETINA] 30mg/1U			1				1
								5



Diagnóstico	Medicamento	I	II	III	IV	V	VI	Total General
C05 – Trastornos Mentales Y Del Comportamiento	[IBUPROFENO] 400mg/1U ; [METOCARBAMOL] 500mg/1U		1					1
	[OLANZAPINA] 10mg/1U			1			1	2
	[PREGABALINA] 75mg/1U		1					1
C06 – Enfermedades Del Sistema Nervioso	[FLUNARIZINA] 10mg/1U		1					1
	[LACOSAMIDA] 100mg/1U		2					2
	[LAMOTRIGINA] 200mg/1U		1					1
	[LEVETIRACETAM] 1000mg/1U	1						1
	[INARATRIPTAN CLORHIDRATO] 2,5mg/1U					1	1	
C09 – Enfermedades Del Sistema Circulatorio	[AMLODIPINO] 10mg/1U	1						1
	[AMLODIPINO] 5mg/1U ; [LOSARTAN POTASICO] 50mg/1U			1				1
	[IRBESARTAN] 150mg/1U	2						2
	[LEVOTIROXINA SODICA] 125µg/1U	1						1
	[LINAGLIPTINA] 5mg/1U		1					1
	[MACITENTAN] 10mg/1U				1			1
	[METFORMINA CLORHIDRATO] 850mg/1U ; [SITAGLIPTINA] 50mg/1U		1				1	2
	[METOPROLOL SUCCINATO 47,5mg] 50mg/1U			1				1
	[PANTOPRAZOL] 40mg/1U	1						1
	[ROSVASTATINA] 40mg/1U	1		1				2
	[SUCRALFATO] 1g/1U	1						1
	[TRICALCIO CITRATO] 98,68g/100g ; [VITAMINA D3] 220mg/100g		1					1
C10 – Enfermedades Del Sistema Respiratorio	[ACIDO ASCORBICO] 500mg/1U			1				1
	[CLARITROMICINA] 500mg/1U					1	1	
C11 – Enfermedades Del Sistema Digestivo	[AMOXICILINA] 875mg/1U		1					1
	[DEXLANSOPRAZOL] 60mg/1U		1					1
	[METOCLOPRAMIDA] 1mg/1ml ; [SIMETICONA] 5mg/1ml			1				1
C12 – Enfermedades De La Piel Y Del Tejido Subcutaneo	[AZATIOPRINA] 50mg/1U		1					1
	[METOTREXATO] 25mg/1ml						1	1
C13 – Enfermedades Del Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	[ACETAMINOFEN] 350mg/1U ; [METOCARBAMOL] 750mg/1U		1					1
	[ADALIMUMAB] 100mg/1ml			1				1
	[CERTOLIZUMAB PEGOL] 200mg/1ml	1						1
	[CIANOCOBALAMINA] 10mg/2ml ; [LIDOCAINA CLORHIDRATO] 30mg/2ml ; [PIRIDOXINA CLORHIDRATO] 100mg/2ml ; [TIAMINA CLORHIDRATO] 100mg/2ml			1				1
	[METOTREXATO] 20mg/0,4ml			1			1	2
	[METOTREXATO] 7,5mg/0,15ml	1						1
	[MICOFENOLATO DE MOFETILO] 500mg/1U	1						1
	[NAPROXENO] 500mg/100ml		1					1
	[TERIPARATIDA] 0,25mg/1ml	1						1
C14 – Enfermedades Del Sistema Genitourinario	[DUTASTERIDA] 0,5mg/1U ; [TAMSULOSINA CLORHIDRATO] 0,4mg/1U			1				1
	[EMPAGLIFLOZINA] 25mg/1U		1					1
C18 – Sintomas, Signos Y Hallazgos Anormales Clinicos Y De Laboratorio, No Clasificados En Otra Parte	[ACETAMINOFEN] 350mg/1U ; [METOCARBAMOL] 750mg/1U	1						1
C21 – Factores Que Influyen En El Estado De Salud Y Contacto Con Los Servicios De Salud	[CACLIO CITRATO TETRAHIDRATADO] 1,75mg/5ml ; [OXIDO DE ZINC] 9,336mg/5ml ; [VITAMINA D3] 1,75mg/5ml	1						1
	[DEXIBUPROFENO] 400mg/1U						1	1
	[LAMOTRIGINA] 200mg/1U			1				1
	[MICOFENOLATO DE MOFETILO] 500mg/1U	1						1
	[MONTELUKAST] 10mg/1U	1						1
	[TACROLIMUS] 1mg/1U	1						1
C22 – Códigos Para Propósitos Especiales	[ESOMEPRAZOL] 20mg/1U ; [NAPROXENO] 500mg/1U			1				1
Total General		23	18	13	6	1	10	71



En el régimen subsidiado, durante los dos trimestres de 2021, sólo se reportó una negación por medicamentos y corresponde a “Insulina Degludec 100U/1ml; Liraglutida 3,6mg/1ml”, para el diagnóstico enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Tabla 10 – principales negaciones por tipo de diagnóstico/ medicamentos para primer semestre 2021 en el Régimen Subsidiado

Diagnóstico	Medicamento	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
C04 – Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	[INSULINA DEGLUDEC] 100U/1ml ; [LIRAGLUTIDA] 3,6mg/1ml	0	0	0	0	0	1	1
Total general		0	0	0	0	0	1	1

b. Indicadores de oportunidad – Resolución 256 de 2016 – análisis 2018 al segundo trimestre del 2021

Frente a los mencionados indicadores, es importante empezar por señalar que la información que se presenta a continuación, únicamente cobija a las EPS que para el período en cuestión, no se encontraban bajo medida de intervención por parte de la SNS. También debe anotarse que se presenta un promedio general de los tiempos de cada una de tales entidades. Todos los indicadores son calculados por este Ministerio con base en la información reportada en el marco de la precitada resolución.

El análisis se efectúa señalando principalmente aquellas EPS que se encuentran por encima del promedio de días para el total de país, todo ello bajo el supuesto de que el criterio de medida de la oportunidad es la del promedio nacional. Este tipo de enfoque resulta principalmente importante dada la regulación que se tiene en materia de oportunidad. En otras palabras, debido a que el análisis se hace sobre un promedio nacional, no se está comparando la prestación de servicios en ciudades con prestación de servicios en las zonas apartadas, sino que se comparan los tiempos agregados de todo el país y cómo se desempeña cada EPS, comparada con este tiempo o promedio nacional.

Por otro lado, es de aclarar que para la interpretación de las tablas que se presentan a continuación, cada EPS tiene un código distinto por cada uno de los regímenes para los que está autorizada y si opera la movilidad del otro régimen. Es así que se presentan cuatro tipos de códigos: “EPS”, que representa Empresa Promotora de Salud; “CCF”, que representa Caja de Compensación Familiar; “ESS”, que representa Empresa Solidaria y “EPSI”, que representa Empresa Promotora de Salud Indígena. La sigla después de las abreviaciones mencionadas



indicará el régimen al que hace mención, por ejemplo, “EPSS” que opera movilidad del subsidiado.

1. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita para medicina general

El indicador “tiempo promedio de espera para la asignación de cita para medicina general”, es un cociente, resulta de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general por primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó (numerador), dividido por el número total de citas de medicina general por primera vez, asignadas en un periodo determinado.

Frente al periodo en estudio, el promedio nacional de tiempo para la asignación de citas de medicina general, oscila entre 2,4 y 3,1 días. El promedio nacional se redujo entre 2018 y 2020, aumentando en el primer trimestre de 2021 y volvió a reducirse en el segundo trimestre de la precitada anualidad. Particularmente, las EPS Salud Total y Famisanar encabezan la lista con demoras en este indicador y aumentaron sus tiempos entre los dos primeros trimestres de 2021.

Es importante resaltar que 17 EPS en el segundo trimestre de 2021 se ubicaron por encima del promedio nacional (2,4 días), a saber: Famisanar (10,6 días en el contributivo y 2,7 en movilidad del subsidiado), Salud Total (movilidad del subsidiado 8,4 días y 7,4 contributivo), Comfenalco Valle (7,4 días en el contributivo y 3,7 en movilidad del subsidiado), Aliansalud (4,7 días para la movilidad del subsidiado y 2,9 días para el contributivo), Sanitas (4,3 días), Mutual Ser (4,2 días), Comfasucre (4,1 días), Coosalud (4,1 días en el contributivo y 2,7 en el subsidiado), Coomeva (4,1 días), SOS (3,8 días), Pijaos Salud (3,4 días en movilidad del contributivo y 3,0 en el subsidiado), Compensar (3,4 días en el contributivo y 3,3 días en movilidad del subsidiado), EPS Sura (2,9 días), Cajacopi (2,9 días), Mutual Ser (2,9 días en el contributivo y 2,8 en el subsidiado), Nueva Eps (2,7 días) y Convida (2,5 días).

Tabla 11 - tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

EPS	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Eps017 – Famisanar	8,9	9,6	9,4	8,6	10,6
Epss02 – Salud Total	4,1	2,8	5,3	6,4	8,4
Eps002 – Salud Total	5,7	5,0	4,7	5,9	7,4
Eps012 – Comfenalco Valle	4,2	6,5	7,2	9,8	7,4
Epss01 – Aliansalud	3,6	3,9	2,1	5,0	4,7
Eps005 – Sanitas	5,6	6,0	7,6	5,0	4,3
Essc07 – Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria	1,8	3,3	2,8	3,6	4,2
Cfcf33 – Comfasucre Eps – Ccf De Sucre	0,8	0,4	0,2	0,5	4,1
Essc24 – Coosalud Ess	4,1	5,9	1,6	1,7	4,1
Eps016 – Coomeva	3,6	3,6	3,4	5,1	4,1
Eps018 – Sos	3,7	4,0	4,0	5,3	3,8
Epss12 – Comfenalco Valle Eps	5,0	0,0	0,0	0,0	3,7
Epsic6 – Pijaos Salud	3,2	5,8	5,0	2,2	3,4
Eps008 – Compensar	4,0	3,1	3,5	37,8	3,4
Epss08 – Compensar	3,1	2,9	3,7	3,0	3,3



EPS	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Epsi06 – Pijaosalud Salud	1,4	4,4	4,4	3,5	3,0
Eps010 – Eps Sura	4,3	3,7	2,5	3,0	2,9
Ccf055 – Cajacopi	3,5	2,9	3,3	3,5	2,9
Eps001 – Aliansalud	4,1	3,7	2,0	4,7	2,9
Eps048 – Mutual Ser			2,0	6,0	2,9
Ess207 – Mutual Ser	2,9	2,8	2,4	3,5	2,8
Epss17 – Eps Famisanar Ltda	1,5	2,3	2,0	2,1	2,7
Eps037 – Nueva Eps	3,1	3,0	2,9	3,5	2,7
Ess024 – Coosalud E.S.S.	3,0	2,6	2,6	2,8	2,7
Eps022 – Convida	2,4	2,3	1,8	2,2	2,5
Promedio General Total	2,7	2,6	2,4	3,1	2,4
Eps041 – Nueva Eps Sa	2,6	2,3	1,9	1,9	2,4
Epss34 – Capital Salud	3,9	3,4	2,5	1,8	2,3
Epss41 – Nueva Eps Sa	2,6	2,8	3,1	1,7	1,9
Eps040 – Savia Salud Eps	2,1	3,2	1,7	1,8	1,9
EPSS40 – Alianza Medellin -Savia Salud	2,7	2,4	1,6	2,0	1,8
Ccf023 – Comfaguajira	1,9	1,3	1,5	1,3	1,8
Cfc23 – Comfamiliar De La Guajira Eps-Ccf	1,0	2,1	1,6	1,6	1,8
Epss45 – Medimas Subsidiado	2,4	2,2	1,9	2,0	1,8
Ess091 - Ecoopsos	2,4	2,2	1,6	1,9	1,8
Epps37 – Nueva Eps Sa - Cm	2,0	2,2	1,7	1,5	1,8
Essc18 – Asociacion Mutual Empresa Solidaria De S	3,8	1,8	1,5	2,0	1,7
Ess118 – Emssanar E.S.S.	1,9	1,7	1,7	1,8	1,6
Cfc24 – Comfamiliar Huila Eps -Ccf	1,3	1,7	1,3	1,5	1,6
Eps025 – Capresoca	1,2	1,7	1,3	1,9	1,6
Eps044 – Medimas Contributivo	2,9	1,8	1,4	1,6	1,5
Eps045 – Medimas Movilidad	2,0	2,0	1,4	1,3	1,4
Cfc55 – Cajacopi Atlantico – Ccf	4,2	1,4	1,4	1,3	1,3
Epps44 – Medimas Movilidad	1,8	2,1	1,2	1,9	1,3
Ess062 – Asmet Salud	1,4	1,4	2,4	1,3	1,3
Epss16 – Coomeva Eps Sa	3,1	3,2	2,0	2,1	1,2
Ccf024 – Comfamiliar Huila	1,6	2,3	1,5	1,6	1,2
Epsic5 – Entidad Promotora De Salud Mallamas Ep	1,1	1,0	0,8	0,9	1,1
Ccf033 – Comfasucre	1,6	1,4	1,1	1,1	1,1
Epsi05 – Mallamas	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1
Epsi01 – Dusakawi E.P.S.I.	0,9	0,9	0,7	0,9	0,8
Epsi04 – Anaswayuu	0,6	0,9	1,4	1,0	0,7
Ccf102 – Comfachoco	0,5	0,7	0,7	0,3	0,6
Epsic3 – Asociacion De Indigenas Del Cauca A I C	1,3	3,6	1,5	0,5	0,5
Epss05 – Entidad Promotora De Salud Sanitas Sa	2,7	0,1	0,9	1,6	0,5
Epss10 – Sura Eps	1,8	2,7	6,0	3,6	0,5
Eps046 – Fundación Salud Mia_Contributivo	0,8	1,5	0,9	1,1	0,4
Cfc20 – Comfachoco – Ccf Del Choco	0,8	1,0	0,4	0,0	0,3
Epsc34 – Capital Salud Epss S A S	1,9	1,4	0,7	0,5	0,2
Epss46 – Fundación Salud Mia_Subsidiado	1,6	1,4	1,1	1,0	0,0
Epsc25 – Capresoca Eps	4,7	2,0	2,1	0,0	0,0
Ccf049 – Comfaoriente	2,2	3,8			0,0

2. Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas

Este indicador es un cociente, resulta de la suma total de los días hábiles transcurridos entre la fecha de radicación de la orden de la cirugía oftalmológica de cataratas y el momento en el que esta es autorizada (numerador), dividido por el número total de cirugías oftalmológicas de cataratas autorizadas en el periodo (denominador).



En términos generales, se destaca que el promedio de tiempo que registra el indicador para el país en todos los años es cercano a 2,5 días, excluyendo el año 2018, año en el que se registró un promedio nacional de 4,2 días. Es de resaltar que, para el segundo trimestre del año 2021, 10 EPS registraron tiempos en promedio superiores al del total del país (2,4 días), estas son: Savia Salud (15,9 días en movilidad del contributivo y 15,3 del subsidiado), Capital Salud (15,9 días), Emssanar (10,9 días), S.O.S (7,1 días), Coomeva (6,7 días en el régimen contributivo y 5,5 días en movilidad del subsidiado), Mutual Ser (3,3 días), Asmet Salud (3,3 días), Comfenalco Valle (3,2 días), Medimás (3,2 días del contributivo y 2,5 días del subsidiado) y Sura (2,8 días del contributivo y 2,5 días en movilidad).

Tabla 12 - tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas

Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Eps040 – Savia Salud Eps			4,5		15,9
Epss34 – Capital Salud	0,0	0,7	1,5	1,3	15,9
EPSS40 – Savia Salud Eps	2,6	1,5	4,3		15,3
Ess118 – Emssanar E.S.S.		11,4	4,8	2,0	10,9
Eps018 – Sos	12,6	7,6	2,8		7,1
Eps016 – Coomeva	0,0	5,3	14,6	10,8	6,7
Epss16 – Coomeva	0,0	4,9	19,4	18,9	5,5
Ess207 – Mutual Ser	17,5	3,4	16,5	3,9	3,3
Ess062 – Asmet Salud	5,0	3,8	1,6	1,3	3,3
Epss12 – Comfenalco Valle Eps	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2
Eps044 – Medimás Contributivo	0,1	0,8	6,8	3,2	3,2
Eps010 – Eps Sura	0,1	2,6	2,1	1,7	2,8
Epss45 – Medimás Subsidiado	0,1	4,0	4,7	8,7	2,5
Epss10 – Sura Eps	0,0	1,1	1,5	0,8	2,5
Eps041 – Nueva Eps			1,0		2,4
Promedio Total País	4,2	2,4	2,5	2,4	2,4
Eps012 – Comfenalco Valle	28,7	3,0	0,6	0,1	2,4
Eps037 – Nueva Eps		0,5	1,1	1,8	2,4
Eps001 – Aliansalud		1,6	1,7	2,3	2,1
Epsi01 – Dusakawi E.P.S.I.		0,1	0,0		0,7
Eps002 – Salud Total	4,4	1,0	0,3	0,5	0,6
Eps017 – Famisanar	2,2	4,3	1,5	4,6	0,5
Epsi06 – Pijaosalud Epsi	0,7	1,1	0,7	0,3	0,5
Epsi05 – Mallamas	6,3	1,6	0,3		0,5
Epss02 – Salud Total	2,2	0,9	0,4	0,2	0,4
Ess091 – Ecoopsos	1,3	0,7	0,4	0,1	0,4
Epsi04 – Anaswayuu	2,8	3,1	1,7	1,4	0,3
Ccf024 – Comfamiliar Huila	19,3	15,0	0,5	1,1	0,3
Ccf055 – Cajacopi		2,4	3,1	0,5	0,2
Epsic5 – Entidad Promotora De Salud Mallamas			0,5		0,1
Eps005 – Sanitas	0,7	2,6	0,1	0,0	0,1
Epss05 – Entidad Promotora De Salud Sanitas			0,3	0,1	0,0
Ccf033 – Comfasucre		2,7	1,7	0,3	0,0
Epss41 – Nueva Eps		0,5		1,6	0,0
Eps008 – Compensar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Epsic6 – Entidad Promotora De Salud Pijaos Salud	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0
Epss08 – Compensar Entidad Promotora De Salud	0,0		0,0	0,0	0,0
Essc24 – Coosalud Ess	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Ess024 – Coosalud E.S.S.	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0
Eps025 – Capresoca		0,0		0,0	0,0
Eps022 – Convida	0,3	2,1	3,1		0,0
Eps046 – Fundación Salud Mia_Contributivo		0,0	0,0		0,0
Cfc33 – Comfasucre Eps – Ccf De Sucre		0,0			0,0



Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Epss37 – Nueva Eps Sa		0,9	1,4		0,0
Cfc55 – Cajacopi Atlántico		1,4			0,0
Ccf102 – Comfachoco			0,0		0,0
Ccf023 – Comfaguajira					0,0

3. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general

El indicador de tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general es un cociente, resulta de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de odontología general por primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó (numerador), dividido por el número total de citas de odontología general de primera vez, asignadas en un periodo determinado por la EPS (denominador).

Para el periodo de estudio se tiene que el promedio nacional de tiempo para la asignación de citas de odontología general oscila entre 2 y 3,5 días. El promedio nacional se redujo entre 2018 y 2020 y pareciera estar nuevamente aumentando en el 2021.

Es importante resaltar que 17 EPS en el segundo trimestre de 2021 se ubicaron por encima del promedio (2,4 días): Famisanar (19,2 días), Sanitas (8,1 días), Comfamiliar de la Guajira (8 días), Fundación Salud Mía (8,0 días), Salud total (6,6 días en el contributivo y 6 días en movilidad del subsidiado), Aliansalud (4,3 días), Medimás (4,1 días en el subsidiado y en el contributivo 2,5 días), Comfenalco Valle (4 días), SOS (3,8 días), Sura (3,5 días en movilidad del subsidiado y 3,3 días en el contributivo), Capital Salud (3,2 días), Convida (2,9 días), Compensar (2,9 días), Nueva EPS (2,7 días), Emssanar (2,6 días) y Savia Salud (2,5 días).

Tabla 13 - tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general

Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Eps017 – Famisanar	10,3	8,0	5,4	15,6	19,2
Eps005 – Sanitas	9,0	3,0	2,5	17,2	8,1
Cfc23 – Comfamiliar De La Guajira	1,5	1,3	1,2	0,9	8,0
Eps046 – Fundación Salud Mía_Contributivo	1,1	2,4	5,2	5,5	8,0
Eps002 – Salud Total	6,8	5,5	4,5	8,0	6,6
Eps002 – Salud Total	2,0	2,8	5,2	9,0	6,0
Eps001 – Aliansalud	5,5	5,7	2,8	5,3	4,3
Epss45 – Medimas Subsidiado	2,4	2,2	1,9	4,1	4,1
Eps012 – Comfenalco Valle	4,3	4,9	2,4	1,7	4,0
Eps018 – Sos	5,7	3,9	2,0	3,5	3,8
Eps10 – Sura Eps	2,3	0,4	2,2	3,5	3,5
Eps010 – Eps Sura	6,2	5,6	2,5	2,9	3,3
Epss34 – Capital Salud	7,1	4,2	2,8	3,0	3,2
Eps022 – Convida	3,0	3,3	3,0	2,7	2,9
Eps008 – Compensar	9,5	5,8	2,3	46,7	2,9
Eps037 – Nueva Eps	3,0	2,9	1,8	2,6	2,7
Ess118 – Emssanar E.S.S.	2,1	1,8	2,1	2,4	2,6
Eps044 – Medimas Contributivo	2,5	1,8	1,4	2,1	2,5



Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
EPSS40 – Savia Salud	3,6	3,9	2,3	3,4	2,5
Promedio General Total	3,2	2,8	2,0	3,5	2,4
Ess091 - Ecoopsos	2,5	2,5	1,7	2,0	2,2
Essc18 – Asociacion Mutual Empresa Solidaria De S	4,6	3,2	2,1	4,4	2,2
Essc24 – Coosalud Ess Cooperativa De Salud Y De	2,1	3,7	1,9	0,6	2,2
Eps016 – Coomeva	2,5	2,6	1,8	2,5	2,1
Ccf055 – Cajacopi	2,8	2,1	2,0	2,0	2,1
Epss41 – Nueva Eps Sa	2,6	2,3	1,9	1,5	2,0
Epss44 – Medimas Movilidad	2,1	2,7	1,5	1,2	1,8
Ess024 – Coosalud E.S.S.	2,2	1,9	1,7	1,7	1,8
Epss37 – Nueva Eps Sa – Cm	1,7	2,3	1,5	1,5	1,8
Epss05 – Entidad Promotora De Salud Sanitas Sa	0,8	2,2	0,9	1,4	1,7
Eps040 – Savia Salud Eps	3,2	5,5	3,1	3,3	1,7
Epss08 – Compensar Entidad Promotora De Salud	12,1	6,8	1,0	1,6	1,7
Ess207 – Mutual Ser	2,9	2,5	1,5	2,0	1,6
Essc07 – Asociacion Mutual Ser Empresa Solidaria	1,8	3,6	1,9	2,1	1,5
Eps041 – Nueva Eps Sa	2,5	2,1	1,4	1,7	1,5
Epss17 – Eps Famisanar Ltda	2,1	4,3	1,8	3,4	1,4
Ccf023 – Comfaguijira	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Eps045 – Medimas Movilidad	1,2	2,2	2,2	1,3	1,4
Eps025 – Capresoca	1,2	1,8	1,2	1,0	1,3
Cfc33 – Comfasucre Eps – Ccf De Sucre	0,6	1,5	0,6	0,3	1,3
Ccf024 – Comfamiliar Huila	1,4	1,8	1,0	1,4	1,2
Epsic6 – Entidad Promotora De Salud Pijao Salud	1,9	0,5	0,3	1,3	1,2
Epsc34 – Capital Salud Epss S A S	5,3	2,5	1,5	2,9	1,1
Epsi06 – Pijao Salud Epsi	0,8	1,1	1,3	0,9	1,0
Ess062 – Asmet Salud	1,6	1,6	8,2	0,9	1,0
Epss46 – Fundación Salud Mia_Subsidiado	1,6	0,9	1,0		1,0
Eps048 – Mutual Ser			3,2	2,3	1,0
Epss16 – Coomeva Eps Sa	2,4	8,3	6,3	2,9	0,9
Cfc24 – Comfamiliar Huila Eps -Ccf	1,5	2,1	1,4	1,3	0,9
Epsi05 – Mallamas	1,4	1,5	1,1	0,8	0,9
Cfc55 – Cajacopi Atlantico – Ccf	4,5	2,0	0,9	0,8	0,9
Epsic5 – Entidad Promotora De Salud Mallamas Ep	3,8	0,8	1,1	1,1	0,9
Ccf033 – Comfasucre	1,2	1,2	0,8	0,8	0,7
Ccf102 – Comfachoco	0,7	0,6	0,9	0,1	0,6
Epsi04 – Anaswayuu	3,9	4,1	0,6	0,8	0,5
Epss01 – Aliansalud Entidad Promotora De Salud Sa	2,3	3,8	0,5	5,7	0,5
Epsi01 – Dusakawi E.P.S.I.	1,0	1,2	0,6	0,6	0,4
Cfc20 – Comfachoco – Ccf Del Choco	1,0	1,3	0,8	0,0	0,4
Epsic3 – Asociacion De Indigenas Del Cauca A I C	3,1	3,2	0,4	0,2	0,2
Epsc25 – Capresoca Eps	3,4	0,0	0,0		0,0
Ccf049 – Comfaoriente	1,2	1,5			0,0
Epss12 – Comfenalco Valle Eps					0,0

4. Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética

El indicador del tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética es un cociente, resulta de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se autoriza la resonancia magnética nuclear y la fecha en la que se radica la orden (numerador), dividido por el número total de resonancias magnéticas nucleares autorizadas en un periodo determinado por la EPS (denominador).



Para el periodo de estudio, el promedio nacional para la autorización de resonancia magnética oscila entre 1,40 y 12,89 días. El promedio nacional se redujo entre 2018 y primer trimestre de 2020 y se aumentó en el segundo trimestre de 2021.

Es importante resaltar que 8 EPS en el primer trimestre de 2021 se ubicaron por encima del promedio: Capital Salud (14,7 días), Mutual Ser (13,9 días en movilidad del contributivo y 2,62 días en el subsidiado), Savia Salud (12,8 días en movilidad del contributivo y 11,69 días en el subsidiado), Emssanar (11,22 días), SOS (10,38 días), Medimás (9,60 días en el subsidiado y 6,37 en el contributivo), Sura (4,34 en movilidad del subsidiado) y Coomeva (4 días en movilidad del subsidiado y 2,62 días en el contributivo).

Tabla 14 – tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética

Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Epss34 – Capital Salud	0,00	2,05	1,06	1,32	14,76
Essc18 – Asociación Mutual	9,87	10,34	9,10	10,85	13,90
Eps040 – Savia Salud			5,38	0,00	12,80
EPSS40 – Savia Salud	3,77	3,11	5,59	0,00	11,69
Ess118 – Emssanar E.S.S.	7,87	10,23	7,21	4,50	11,22
Eps018 – Sos	7,73	7,30	2,65	0,00	10,38
Epss45 – Medimas Subsidiado	0,24	1,41	5,58	16,23	9,60
Eps044 – Medimas Contributivo	0,07	0,96	6,10	8,92	6,37
Epss10 – Sura Eps	2,41	2,17	4,31	3,45	4,34
Epss16 – Coomeva Eps Sa	1,63	2,83	1,54	1,90	4,00
Ess207 – Mutual Ser	11,22	3,02	9,28	3,22	3,72
Eps016 – Coomeva	2,96	2,58	1,81	2,70	2,62
Promedio General Total	12,89	2,12	1,85	1,40	2,50
Eps010 – Eps Sura	1,99	1,88	4,37	4,54	2,38
Ess062 – Asmet Salud	4,20	3,61	1,29	0,97	2,13
Epsi04 – Anaswayuu	2,86	3,12	1,27	1,18	1,92
Epss12 – Comfenalco Valle Eps	6,03	0,00	1,13	0,26	0,95
Ess091 - Ecoopsos	0,78	0,39	0,43	0,09	0,72
Eps002 – Salud Total	10,54	5,14	1,31	1,01	0,68
Epsi05 – Mallamas	9,74	1,19	0,42	0,00	0,67
Ccf023 – Comfaguajira	3,97	2,75	1,66	1,29	0,65
Epsic6 – Entidad Promotora De Salud Pijaos Salud	0,33	0,67	0,30	0,04	0,61
Eps012 – Comfenalco Valle	1,29	0,00	0,47	0,50	0,51
Epsic5 – Entidad Promotora De Salud Mallamas Ep			0,18	0,00	0,47
Epss02 – Salud Total	9,40	5,36	1,16	0,81	0,46
Eps025 – Capresoca	2,50	0,66	0,10	0,02	0,39
Epsi01 – Dusakawi E.P.S.I.	0,45	0,62	0,55	0,00	0,33
Epsi06 – Pijaosalud Epsi	0,66	0,74	0,35	0,24	0,31
Ccf024 – Comfamiliar Huila	10,87	7,01	0,42	0,31	0,28
Eps001 – Aliansalud	0,43	0,44	0,33	0,34	0,25
Ccf055 – Cajacopi		1,47	1,73	0,50	0,23
Ccf102 – Comfachoco	5,28	4,44	2,17	0,35	0,23
Eps017 – Famisanar	0,27	0,35	0,31	0,81	0,20
Ccf033 – Comfasucre	5,21	3,95	1,40	0,36	0,20
Eps005 – Sanitas	0,18	0,08	0,06	0,08	0,08
Epss05 – Entidad Promotora De Salud Sanitas SA			0,14	0,06	0,06
Eps041 – Nueva Eps Sa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Eps037 – Nueva Eps	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00
Cfcf33 – Comfasucre Eps – Ccf De Sucre		0,00		0,40	0,00



Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Epss41 – Nueva Eps Sa	0,00	0,00		0,00	0,00
Eps008 – Compensar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Epss08 – Compensar Entidad Promotora De Salud	0,00		0,00	0,00	0,00
Ess024 – Coosalud E.S.S.	0,29	0,12	0,00	0,00	0,00
Essc24 – Coosalud Ess	0,38	0,13	0,00	0,00	0,00
Eps046 – Fundación Salud Mia_Contributivo			0,00	0,00	0,00
Epss37 – Nueva Eps Sa – Cm	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
Cfc55 – Cajacopi Atlantico – Ccf		0,71		0,00	0,00
Eps022 – Convida	0,26	1,82	2,55	0,00	0,00
Epss17 – Eps Famisanar Ltda				0,00	0,00

5. Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica

El indicador del tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica es un cociente, resulta de la diferencia de los días hábiles transcurridos entre la fecha de radicación de la orden y la fecha en la que se autoriza la cirugía (numerador), dividido por el número total de cirugías para revascularización miocárdica autorizadas en un periodo determinado por la EPS (denominador).

Para el periodo de estudio, el promedio nacional de tiempo para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica osciló entre 0,6 y 0,9 días. Es importante resaltar que 7 EPS en el segundo trimestre de 2021 se ubicaron por encima del promedio: Capital Salud (10,4 días), S.O.S (7 días), Savia Salud (5,8 días), Sura (3,6 días), Coomeva (3,2 días), Medimás (1,4 días en el subsidiado y 1,1 días en el contributivo) y Comfamiliar Huila (0,9 días).

Tabla 15 - tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica

Eps	2018	2019	2020	2020-1	2021-2
Epss34 – Capital Salud	0,0	0,4	0,0	0,1	10,4
Eps018 – Sos	0,0	0,1	0,0		7,0
EPSS40 – Savia Salud			4,5		5,8
Epss10 – Sura Eps	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
Eps016 – Coomeva		0,0	0,0		3,2
Epss45 – Medimás Subsidiado	0,5	1,4	1,8	2,0	1,4
Eps044 – Medimás Contributivo	0,5	0,3	0,6	0,0	1,1
Ccf024 – Comfamiliar Huila	1,3	0,4	0,5	1,0	0,9
Promedio General Total	0,6	0,6	0,9	0,6	0,8
Eps010 – Eps Sura	0,2	0,6	2,2	1,6	0,8
Ccf055 – Cajacopi		2,1	9,7	3,1	0,6
Ess062 – Asmet Salud	0,5	0,5	0,4	0,8	0,3
Eps002 – Salud Total	0,0	0,6	0,0	0,5	0,3
Eps041 – Nueva Eps Sa			0,1		0,2
Eps017 – Famisanar	3,0	3,1	2,0	3,0	0,1
Eps037 – Nueva Eps	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1
Epss41 – Nueva Eps Sa	0,1	0,4		0,2	0,0
Eps005 – Sanitas	8,3	1,0	0,0	0,0	0,0



Eps	2018	2019	2020	2020-1	2021-2
Eps008 – Compensar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eps012 – Comfenalco Valle			0,0	0,0	0,0
Epss02 – Salud Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Epss05 – Entidad Promotora De Salud Sanitas Sa				0,0	0,0
Epss08 – Compensar Entidad Promotora De Salud	0,0		0,0	0,0	0,0
Ess024 – Coosalud E.S.S.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eps001 – Aliansalud	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Epsi06 – Pijaosalud Epsi	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Cfcf55 – Cajacopi Atlantico – Ccf		0,0			0,0
Eps046 – Fundación Salud Mia_Contributivo		0,0			0,0
Epsi01 – Dusakawi E.P.S.I.	0,0	0,0	0,0		0,0
Epsi05 – Mallamas	0,0	0,0	0,0		0,0
Epsic6 – Entidad Promotora De Salud Pijaos Salud		0,0	0,0		0,0
Essc24 – Coosalud Ess Cooperativa De Salud Y De	0,0		0,0		0,0
Eps022 – Convida	0,0	0,0	0,0		0,0
Eps025 – Capresoca	0,0	0,0	0,5		0,0
Ccf033 – Comfasucre	0,0	2,0			0,0
Epss37 – Nueva Eps Sa – Cm	0,5	1,8	0,5		0,0
Epsi04 – Anaswayuu	1,8	0,0			0,0
Ccf023 – Comfagualajira					0,0
Epss12 – Comfenalco Valle Eps					0,0
Epss16 – Coomeva Eps Sa					0,0
Ess091 - Ecoopsos					0,0
Ess118 – Emssanar E.S.S.					0,0
Ess207 – Mutual Ser					0,0
Essc18 – Asociacion Mutual Empresa Solidaria De S					0,0

6. Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera

El indicador del tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera es un cociente, resulta de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se autoriza la cirugía de reemplazo de cadera y la fecha en la que se radica la orden (numerador), dividido en el número total de resonancias magnéticas nucleares autorizadas en un periodo determinado (denominador).

Para el periodo de estudio, el promedio nacional de tiempo para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera osciló entre 0,7 y 3,8 días. Estos promedios nacionales se redujeron sostenidamente entre 2018 y el primer trimestre de 2021 y volvió a subir un poco en el segundo trimestre de 2021. Es importante resaltar que 8 EPS en el segundo trimestre de 2021 se ubicaron por encima del promedio: Mutual Ser (24,9 días en el contributivo y 3 en el subsidiado), Savia Salud (11,8 días en el subsidiado y 7,6 días en movilidad del contributivo), Sura (5,7 días), Medimás (5 días en el contributivo y 3,1 en el subsidiado), Coomeva (4,8 días en movilidad del subsidiado y 2,9 días en el contributivo), Capital salud (4,4 días), Cajacopi (4,0 días) y Emssanar (2,5 días).

**Tabla 16 - tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera**

Eps	2018	2019	2020	2021-1	2021-2
Essc18 – Mutual Ser	1,3		6,6	0,8	24,9
EPSS40 – Savia Salud	3,3	8,1	8,4	0,0	11,8
Eps040 – Savia Salud			7,1	0,0	7,6
Epss10 – Sura Eps	0,0	2,3	1,9	0,2	5,7
Epss45 – Medimás Subsidiado	0,3	2,8	2,1	8,5	5,0
Eps16 – Coomeva Eps Sa	0,0	1,8	6,8	0,0	4,8
Eps34 – Capital Salud	0,0	2,3	0,0	1,7	4,4
Ccf055 – Cajacopi		3,2	7,3	1,2	4,0
Eps044 – Medimás Contributivo	0,1	1,2	8,0	5,8	3,1
Ess207 – Mutual Ser	21,6	3,6	22,9	3,5	3,0
Eps016 – Coomeva	0,1	2,2	6,5	3,1	2,9
Ess118 – Emssanar E.S.S.	0,3	1,2	2,6	0,0	2,5
Promedio General Total	3,8	2,3	2,2	0,7	1,8
Eps025 – Capresoca	0,2	1,1	0,2	0,0	1,0
Eps010 – Eps Sura	1,8	1,3	3,1	1,3	1,0
Eps037 – Nueva Eps	0,4	2,0	0,6	0,7	0,6
Eps041 – Nueva Eps Sa			0,9	0,0	0,6
Eps001 – Aliansalud	0,0	2,7	1,2	2,0	0,5
Ess062 – Asmet Salud	2,4	2,3	1,5	1,3	0,5
Epsi06 – Pijaosalud Epsi	1,1	1,3	0,2	0,1	0,4
Ccf024 – Comfamiliar Huila	6,2	3,8	0,5	0,7	0,3
Epsi05 – Mallamas	9,9	0,8	0,5	0,0	0,3
Eps002 – Salud Total	1,6	3,3	0,5	0,1	0,1
Eps005 – Sanitas	3,7	7,0	0,1	0,0	0,0
Eps017 – Famisanar	0,0	0,1	0,3	1,0	0,0
Epss41 – Nueva Eps Sa	0,3	1,3		0,7	0,0
Ess091 - Ecoopsos	0,0	0,7	1,1	0,2	0,0
Ccf102 – Comfachoco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eps008 – Compensar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Epsic6 – Pijaos Salud				0,0	0,0
Epss05 – Sanitas Sa			0,0	0,0	0,0
Epss08 – Compensar	0,0		0,0	0,0	0,0
Ess024 – Coosalud E.S.S.	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0
Eps002 – Salud Total	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0
Eps012 – Comfenalco Valle	40,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Cfc55 – Cajacopi Atlantico – Ccf		0,0		0,0	0,0
Eps046 – Fundación Salud Mia_Contributivo			0,0	0,0	0,0
Epsic5 – Mallamas Ep			0,0	0,0	0,0
Essc24 – Coosalud Ess	0,0		0,0	0,0	0,0
Epss12 – Comfenalco Valle Eps	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Epss37 – Nueva Eps Sa – Cm	0,1	0,5	0,6	0,0	0,0
Epsi04 – Anaswayuu	1,2	0,2	0,3	0,0	0,0
Eps022 – Convida	0,8	0,8	1,0	0,0	0,0
Ccf023 – Comfaguajira		12,0	1,0	0,0	0,0
Ccf033 – Comfasucré	6,0	8,5	1,0	0,0	0,0
Eps018 – Sos	34,8	4,3	1,0	0,0	0,0
Epsi01 – Dusakawi E.P.S.I.				0,0	0,0
Epss17 – Eps Famisanar Ltda				0,0	0,0

c. Base de datos de PQRD de la SNS

Como se anotó líneas atrás, la SNS recopila información de PQRD por intermedio de canales telefónicos, web, chat, en físico, por escrito y en redes sociales. Dicha entidad ha estandarizado la clasificación de las PQRD, de tal forma que se



diferencian reclamos de peticiones de información. Asimismo, en cuanto a reclamos, se determina si por el contenido de estos, la vida del usuario está en riesgo. Toda esta información se categoriza de acuerdo con un árbol de motivos que contiene 6 macromotivos, de los cuales, se derivan 27 motivos generales y 228 motivos específicos.

Al respecto, debe anotarse que dicha base de datos se considera fuente de información de interés, pues particularmente, las quejas representan el recurso al que acuden los usuarios que han tenido problemas en el acceso a los servicios de salud.

Para el análisis de la información contenida en la referida fuente, de los seis (6) macromotivos incluidos allí, este Ministerio consideró el macromotivo *“Restricción en el acceso a los servicios de salud”*, por cuanto permite observar el comportamiento de las PQRD, presentadas por los usuarios frente al particular.

Ahora bien, es importante aclarar que lo considerado como negación según la fuente de información emanada de la SNS, no es correlativo con lo que frente al mismo aspecto se concibió en la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008, pues respecto de lo primero, la negación corresponde con la percepción del usuario frente a un servicio que el mismo usuario estima como negado, y que en todo caso, puede llegar a serlo. No obstante, en la medida que la SNS traslada las PQRD a las EPS, estas van solucionando la problemática y cerrando los casos, sin que se disponga de información que de cuenta si dichos casos fueron bien cerrados por haberse atendido el requerimiento del usuario, salvedades estas con las que se efectúa el análisis de la referida fuente de información.

Así las cosas, se tiene que el análisis de la base de datos de PQRD de la SNS, evidencia que los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado, han presentado quejas relacionadas con el macro motivo *“restricción⁶ en el acceso a los servicios de salud”*. En mayor medida lo han hecho por lo que consideran negación en la entrega de medicamentos, motivo que en el 2020 representó el 31% de las PQRD, relacionadas con los servicios PBS UPC y el 42% de las PQRD de lo PBS no UPC, con una participación similar para el primer semestre de 2021.

El segundo motivo más reportado en cuanto a servicios PBS UPC, para el período en cuestión (año 2020 y primer semestre de 2021), fue la negación en la autorización de medicamentos con el 23%, y respecto de servicios PBS no UPC, lo constituyó la autorización de insumos con el 21% en el 2020, y el 23% para el primer semestre de 2021.

En general, en lo relacionado con los servicios PBS UPC, el 100% de las PQRD, se concentran en seis motivos que se presentan en la tabla a continuación, a

⁶ La negación a la que se refiere la recolección de información de PQRS de la SNS, corresponde a un servicio percibido por el usuario como negado, pero que en razón al seguimiento de la queja realizado por la SNS, puede llegar a ser un servicio prestado o con negación justificada, lo cual no es posible definir con el presente análisis de esta base de datos.



saber: i) negación en la entrega de medicamentos; ii) autorización de medicamentos; iii) autorización de cirugía; iv) autorización de insumos; v) autorización de insumos médicos hospitalarios, y vi) autorización de procedimientos.

Respecto de los servicios PBS no UPC, las PQRD se concentran en 11 motivos de reporte, de los cuales, el 95%, corresponden a entrega de medicamentos, autorización de insumos, autorización de medicamentos, negación de insumos médico hospitalarios y autorización de cirugías. (Ver tabla No. 19).

Tabla 17 - reporte de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones PBS UPC y PBS no UPC

PQRS PBS - UPC		2018 Sem II	2019	2020	2021 Sem I	% 2018 Sem II	2019 %	2020 %	2021 %	% acumulado Sem I-2021
1	Negación para la entrega de medicamentos	234	450	533	264	25%	23%	31%	29%	29,3%
2	Negación de la autorización de medicamentos	167	369	397	206	18%	19%	23%	23%	52,2%
3	Negación de la autorización de cirugía	199	460	271	157	22%	23%	16%	17%	69,7%
4	Negación de la autorización de insumos	93	276	195	127	10%	14%	11%	14%	83,8%
5	Negación de insumos médicos hospitalarios	117	231	199	74	13%	12%	12%	8%	92,0%
6	Negación de la autorización de procedimientos	113	192	103	72	12%	10%	6%	8%	100%
Total PQRS PBS - UPC		923	1978	1698	900					
PQRS PBS no UPC		2018 Sem II	2019	2020	2021 Sem-I	% 2018 Sem II	2019 %	% 2020	2021%	% acumulado Sem I-2021
1	Negación para la entrega de medicamentos	705	1423	1365	622	34%	35%	42%	41%	40,6%
2	Negación de la autorización de insumos	391	796	672	347	19%	20%	21%	23%	63,2%
3	Negación de la autorización de medicamentos	464	698	505	217	23%	17%	16%	14%	77,4%
4	Negación de insumos médicos hospitalarios	282	716	455	206	14%	18%	14%	13%	90,8%
5	Negación de la autorización de cirugía	110	235	134	71	5%	6%	4%	5%	95,4%
Total PQRS PBS no UPC		2052	4012	3228	1533					
Total general		2975	5990	4926	2433					

NOTAS: La base de datos PQRD de la SNS, denomina las causales de negación como POS o no POS, las cuales, se modificaron en la tabla por PBS UPC y PBS no UPC. Asimismo, los datos presentados en esta tabla agregan el número de PQRD de régimen subsidiado y contributivo. La fila de Total general hace referencia al total de PQRD percibidas como negación de servicio por el usuario, la tabla solo incluye las causas que agregan más del 90% para PQRD PBS no UPC. El reporte de PQRS de SNS 2018, corresponde al segundo semestre.

Tasa de PQRD, percibidas como negación por cada 1.000 afiliados para servicios PBS no UPC, en los regímenes subsidiado y contributivo

Con el fin de contrastar la información de servicios negados, reportados por las EPS a este Ministerio, se analiza la base de datos PQRD de la SNS, utilizando como estándar de medición el indicador que permite comparar las PQRD por cada EPS. El indicador medido es:



Tasa de PQRS
identificadas como negación
en base PQRS de SNS
por 1000 afiliados

$$= \frac{\text{No. de PQRS clasificados como negación en el periodo}}{\text{No. afiliados de la EPS en el periodo de reporte}} \times 1000$$

En cuanto a la información del periodo (segundo semestre 2018), al primer semestre de 2021, se evidencia que, comparado con el régimen subsidiado, en el régimen contributivo existe una mayor tasa de negaciones por cada mil afiliados. No obstante, es de resaltar que hubo una reducción de la tasa entre 2019 y 2021 para ambos regímenes.

De otra parte, en el régimen contributivo entre 2019 y 2020 se mantuvo una tasa de 0,038 PQRD por 1000 afiliados, relacionada con la negación de entrega de medicamentos, mientras que se evidencian reducciones en el mismo periodo respecto de la negación para la autorización de insumos, negaciones de autorización de medicamentos y cirugía. En el régimen subsidiado la tendencia de variación entre 2019 a 2020 a la baja es similar a la del régimen contributivo (Ver tabla No. 20).

Tabla 18 - tasa de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones PBS no UPC, por cada 1.000 afiliados

Motivo específico	PQR – Sns -Régimen Contributivo				PQR – Sns -Régimen Subsidiado				Tasa Régimen Contributivo				Tasa Régimen Subsidiado			
	2018 Sem II	2019	2020	2021 Sem I	2018 Sem II	2019	2020	2021 Sem I	2018 Sem- II	2019	2020	2021 Sem I	2018 Sem- II	2019	2020	Sem I- 2021
Negación para la entrega de medicamentos	416	866	880	402	289	557	485	220	0,019	0,038	0,038	0,017	0,013	0,024	0,020	0,009
Negación de la autorización de insumos	226	442	395	216	165	354	277	131	0,010	0,019	0,017	0,009	0,007	0,016	0,012	0,005
Negación de insumos medicos hospitalarios	183	366	266	128	99	350	189	78	0,008	0,016	0,011	0,005	0,004	0,015	0,008	0,003
Negación de la autorización de medicamentos	287	446	362	162	177	252	143	55	0,013	0,019	0,015	0,007	0,008	0,011	0,006	0,002
Negación de la autorización de cirugía	78	151	95	49	32	84	39	22	0,003	0,007	0,004	0,002	0,001	0,004	0,002	0,001
Negación de la autorización de procedimientos	41	61	39	36	16	30	17	12	0,002	0,003	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Negación de la autorización de procedimientos para enfermedades raras o huérfanas	2	0	2	2	2	2	1	0	0,000	-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-
Negación de la autorización de medicamentos para enfermedades raras o huérfanas	4	7	7	3	1	4	2	0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-
Negación en la respuesta del Comité Técnico Científico para medicamentos (1)	3	2	6	6	12	7	0	0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-	-
Negación en la respuesta del Comité Técnico Científico para procedimientos	3	1	1	3	1	2	2	0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-
Negación para la entrega de medicamentos para enfermedades raras o huérfanas	8	20	11	8	7	8	9	0	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-
Total	1251	2362	2064	1015	801	1650	1164	518	0,056	0,103	0,088	0,042	0,035	0,072	0,048	0,022

(1) La base de datos de PQRD de la SNS contiene este motivo específico, a la fecha la normatividad no considera CTC, se incluyen porque operaron para régimen contributivo y subsidiado para parte de los años analizados



El cálculo de tasa se realizó con número de afiliados para EPS de cada régimen, vigentes en 2021 y con reportes de PQRD en la base de la SNS. La fuente de información sobre número de afiliados es Cubo BDUA Minsalud consultada en agosto 2 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>, para los años 2018, 2019, 2020 con datos a diciembre, y 2021 a junio.

Fuente de PQRD en SNS, corte a junio 30 de 2021, calculado a partir del agregado de 97% en 2020 por los motivos negaciones : i) la entrega de medicamentos POS ii) la autorización de medicamentos POS, iii) la autorización de cirugía POS, iv) la autorización de insumos POS, v) de insumos médicos hospitalarios POS, vi) la autorización de procedimientos POS.

En la tabla a continuación, para facilitar la presentación de la información se calcularon las tasas con los cinco motivos de negación que agregan el 97% de registros relacionados con los servicios PBS no UPC, por EPS. Al respecto, se evidencia que entre el primer semestre de 2019 y el primer semestre de 2020, la tasa de negaciones de las EPS habilitadas de régimen subsidiado tuvo una variación porcentual positiva de 18%, alcanzando en el primer semestre de 2020 una tasa de 0,038 por cada 1000 afiliados. No obstante, entre el primer semestre de 2020 y el primero de 2021, se evidencia una variación negativa de 39% en la tasa, llegando en junio de 2021 a 0,023 negaciones por cada 1000 afiliados (Ver tabla No. 21).

Tabla 19 - PQRD, consideradas negaciones PBS no UPC, en el Régimen Subsidiado, por EPS

EPS	Régimen subsidiado Tasa de negaciones reportadas por cada 1000 afiliados								% Variación tasa de negaciones reportadas PQR-SNS							
	Sem II-2018	Sem I-2019	Sem II-2019	2019	Sem I-2020	Sem II-2020	2020	Sem I-2021	2018-2019	Sem II-2018-2019	2019-2020	Sem I-2019-2020	Sem II-2019-2020	Sem I-2020-2021	Sem I-2019-2021	
MEDIMAS	6,503	3,762	4,778	8,540	3,321	2,125	5,446	0,103	31%	-27%	-36%	-12%	-56%	-97%	-97%	
Promedio	0,324	0,190	0,245	0,435	0,174	0,111	0,285	0,017	34%	-24%	-34%	-8%	-55%	-90%	-91%	
CAPITAL SALUD	0,071	0,053	0,135	0,188	0,168	0,084	0,252	0,034	164%	90%	34%	21,9%	-38%	-80%	-36%	
ASMET SALUD	0,028	0,048	0,056	0,103	0,051	0,019	0,070	0,029	272%	100%	-32%	7%	-66%	-44%	-40%	
SAVIA SALUD EPS	0,031	0,019	0,029	0,047	0,033	0,036	0,069	0,028	54%	-7%	46%	76%	25%	-16%	48%	
CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	0,020	0,029	0,054	0,083	0,047	0,019	0,067	0,034	308%	166%	-19%	65%	-64%	-28%	18%	
ECOOPROSOS	0,023	0,026	0,016	0,041	0,041	0,019	0,060	0,019	84%	-29%	44%	61%	19%	-54%	-25%	
EMSSANAR	0,070	0,025	0,047	0,071	0,028	0,027	0,055	0,041	2%	-33%	-23%	13%	-42%	47%	66%	
NUEVA EPS	0,054	0,029	0,041	0,070	0,027	0,016	0,044	0,014	29%	-24%	-38%	-5%	-60%	-50%	-53%	
CONVIDA	0,010	0,024	0,028	0,053	0,036	0,004	0,040	0,002	452%	197%	-24%	47%	-85%	-94%	-91%	
COMPARTA	0,030	0,039	0,036	0,075	0,026	0,012	0,038	0,017	148%	21%	-49%	-33%	-66%	-34%	-55%	
CCF DE SUCRE	0,018	0,037	0,027	0,064	0,009	0,017	0,026	-	266%	57%	-59%	-76%	-36%	-100%	-100%	
CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"	0,047	0,035	0,020	0,055	0,013	0,010	0,023	0,010	18%	-57%	-59%	-62%	-53%	-28%	-73%	
COOSALUD	0,018	0,020	0,024	0,044	0,013	0,008	0,021	0,011	142%	34%	-53%	-36%	-67%	-16%	-46%	
CCF DE NARIÑO	0,132	0,006	0,023	0,029	0,006	0,012	0,018	0,007	-78%	-83%	-37%	6%	-47%	12%	18%	
PIJAOS SALUD (EPS-I)	0,012	-	0,046	0,046	-	0,011	0,011	-	280%	280%	-76%	-76%	-	-	-	
MUTUAL SER	0,007	0,007	0,008	0,015	0,006	0,005	0,011	0,008	130%	19%	-30%	-17%	-42%	25%	4%	
MALLAMAS (EPS-I)	0,033	0,009	0,003	0,013	0,003	0,003	0,006	-	-62%	-91%	-50%	-67%	0%	-100%	-100%	
CAPRESOCA	0,006	0,006	-	0,006	-	0,006	0,006	0,012	4%	100%	-1%	-	100%	-	100%	
ANAS WAYUU (EPS-I)	0,005	-	0,005	0,005	-	0,005	0,005	-	-6%	-6%	-4%	-	-4%	-	-	
CCF DE LA GUAJIRA	0,014	-	0,004	0,004	0,004	-	0,004	-	-68%	-68%	-4%	-	100%	-100%	-	
CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"	-	0,006	-	0,006	-	-	-	-	-	-	100%	100%	-	-	100%	
AIC – ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	0,006	0,004	0,010	0,014	-	-	-	0,004	114%	53%	-	100%	100%	-	-2%	
TOTAL	0,041	0,032	0,045	0,077	0,03z8	0,022	0,060	0,023	88,7%	10,7%	-	22,7%	17,9%	-	-39,4%	-28,6%

El cálculo de tasa se realizó con número de afiliados para EPS de cada régimen, vigentes en 2021 y con reportes de PQRD en la base de la SNS. La fuente de información sobre número de afiliados es Cubo BDUA Minsalud consultada en agosto 2 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>, para los años 2018, 2019, 2020 con datos a diciembre, y 2021 a junio.

Fuente de PQRD en SNS, corte a junio 30 de 2021, calculado a partir del agregado de 97% en 2020 por los motivos negaciones : i) la entrega de medicamentos POS ii) la autorización de medicamentos POS, iii) la autorización de cirugía POS, iv) la autorización de insumos POS, v) de insumos médicos hospitalarios POS, vi) la autorización de procedimientos POS.



De otro lado, es de destacar que durante 2020, en el régimen subsidiado, las EPS que presentaron mayor tasa de negaciones relacionadas con los servicios PBS no UPC por cada 1000 afiliados, fueron Medimás, Capital Salud, Asmet Salud, Savia Salud y CCF Atlántico “CAJACOPI”. Por su parte, en el primer semestre de 2021 las EPS con mayores tasas de negación fueron: Medimás, Capital Salud y EMSSANAR. Se destaca la tasa de negaciones de Medimás, que en los periodos analizados supera ampliamente el promedio. No obstante, esta EPS evidencia una reducción en la tasa del primer semestre de 2021, comparado con el mismo semestre de 2020 y 2019.

Ahora bien, como lo muestra la tabla a continuación, frente a las EPS del régimen contributivo, al comparar las tasas del primer semestre de 2019 y 2020, se observa una variación porcentual positiva del 7%, que llegó en el 2020 a 0,090 negaciones por cada 1000 afiliados. No obstante, al comparar el primer semestre de 2020 con el 2021, se evidencia una variación porcentual negativa del 22%, llegando a una tasa de 0,041 negaciones por cada 100 afiliados en 2021 (Ver tabla No. 22).

Tabla 20 – PQRD, consideradas negaciones PBS no UPC en el Régimen Contributivo por EPS

EPS	Régimen contributivo Tasa de negaciones reportadas por cada 1000 afiliados								% Variación tasa de negaciones reportadas PQR-SNS							
	Sem II- 2018	Sem I- 2019	Sem II- 2019	2019	Sem I- 2020	Sem II- 2020	2020	Sem- I- 2021	2018- 2019	Sem- II- 2018- 2019	2019- 2020	Sem- I- 2019- 2020	Sem- II- 2019- 2020	Sem- I- 2020- 2021	Sem I 2019- 2021	
MEDIMAS	0,107	0,135	0,168	0,302	0,346	0,111	0,457	0,171	182%	57%	51%	157%	-34%	-50%	27%	
COOMEVA	0,099	0,125	0,088	0,213	0,113	0,060	0,174	0,061	115%	-11%	-19%	-10%	-31%	-46%	-51%	
NUEVA EPS	0,065	0,060	0,072	0,133	0,077	0,061	0,138	0,061	103%	11%	4%	28%	-16%	-20%	2%	
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	0,050	0,074	0,043	0,117	0,052	0,084	0,135	0,067	135%	-13%	16%	-30%	95%	29%	-10%	
COMFENALCO VALLE	0,067	0,065	0,039	0,105	0,074	0,052	0,126	0,030	57%	-41%	20%	13%	33%	-59%	-54%	
Promedio	0,044	0,046	0,040	0,086	0,061	0,040	0,101	0,044	98%	-8%	17%	31%	0%	-27%	-4%	
ALIANSAULUD	0,014	0,013	0,017	0,029	0,025	0,034	0,059	0,047	115%	23%	101%	101%	101%	84%	269%	
SALUD TOTAL	0,047	0,033	0,030	0,062	0,033	0,026	0,058	0,031	32%	-37%	-6%	0%	-12%	-6%	-6%	
COMPENSAR	0,020	0,023	0,030	0,053	0,029	0,025	0,054	0,019	164%	48%	1%	24%	-17%	-35%	-19%	
EPS SURA	0,024	0,024	0,025	0,049	0,026	0,024	0,050	0,030	101%	4%	2%	8%	-3%	17%	27%	
FAMISANAR	0,040	0,031	0,031	0,061	0,033	0,016	0,049	0,028	52%	-24%	-20%	7%	-47%	-15%	-9%	
COOSALUD	-	-	-	-	0,021	0,021	0,041	0,008						-62%		
SANITAS	0,034	0,023	0,021	0,045	0,019	0,021	0,040	0,027	30%	-38%	-11%	-17%	-3%	39%	15%	
FUNDACION SALUD MIA	-	0,040	-	0,040	-	0,029	0,029	0,028			-28%	-	100%		-31%	
Total	0,055	0,050	0,050	0,100	0,053	0,037	0,090	0,041	82,3 %	-8,1%	-9,5%	7,0%	-	25,9%	22,5%	-17,1%

El cálculo de tasa se realizó con número de afiliados para EPS de cada régimen, vigentes en 2021 y con reportes de PQRD en la base de la SNS. La fuente de información sobre número de afiliados es Cubo BDUA Minsalud consultada en agosto 2 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>, para los años 2018, 2019, 2020 con datos a diciembre, y 2021 a junio.

Fuente: PQRD en SNS corte a junio 30 de 2021, calculado a partir del agregado de 97% en 2020 por los motivos negaciones : i) la entrega de medicamentos POS ii) la autorización de medicamentos POS, iii) la autorización de cirugía POS, iv) la autorización de insumos POS, v) de insumos médicos hospitalarios POS, vi) la autorización de procedimientos POS.

Es de destacar que en el año 2020 las EPS que presentaron tasas superiores al promedio fueron: EPS Medimás, Coomeva, Nueva EPS, Servicio Occidental de Salud (SOS) y Comfenalco Valle. Estas EPS fueron las mismas que presentaron tasas por encima del promedio en el primer trimestre de 2021. Se destacan Medimás por mantener las tasas más altas en el periodo de análisis 2018 a 2021.



Tasa por cada 1000 afiliados de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones para servicios PBS - UPC en los Regímenes Subsidiado y Contributivo

Respecto de los motivos de negación de servicios PBS - UPC, la información del periodo 2018 a segundo trimestre del 2021, presenta tasas de negaciones por cada 1000 afiliados, superiores en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado. Para el contributivo en el 2020 se presentó una tasa de 0,053, frente a una tasa de 0,019 del régimen subsidiado, y para el primer semestre de 2021 esta fue de 0,025 para el contributivo, mientras que de solo 0,013 en el subsidiado.

Es evidente que la tasa de negaciones para servicios PBS – UPC es menor que la de PBS no UPC. En el primer semestre de 2021 para los servicios PBS – UPC del régimen contributivo se generó una tasa de 0,025 negaciones por cada 1000 afiliados, frente a una tasa de 0,042 para los servicios PBS no UPC (Ver tablas Nos. 20 y 23).

Tabla 21- tasa de PQRD de la SNS, clasificadas como negaciones PBS - UPC, por cada 1000 afiliados

Motivo específico	Regimen Contributivo				Regimen Subsidiado				Tasa Regimen Contributivo				Tasa Regimen Subsidiado			
	2018 Sem II	2019	2020	2021 Sem I	2018	2019	2020	2021 Sem I	2018	2019	2020	2021 Sem I	2018 Sem II	2019	2020	2021 Sem I
Negación para la entrega de medicamentos	169	301	419	153	65	149	114	111	0,008	0,013	0,018	0,006	0,003	0,007	0,005	0,005
Negación de la autorización de medicamentos	103	216	301	153	64	153	96	53	0,005	0,009	0,013	0,006	0,003	0,007	0,004	0,002
Negación de la autorización de cirugía	148	306	181	107	51	154	90	50	0,007	0,013	0,008	0,004	0,002	0,007	0,004	0,002
Negación de la autorización de insumos	59	153	146	79	34	123	49	48	0,003	0,007	0,006	0,003	0,002	0,005	0,002	0,002
Negación de insumos médico hospitalarios	73	141	120	54	44	90	79	20	0,003	0,006	0,005	0,002	0,002	0,004	0,003	0,001
Negación de la autorización de procedimientos	80	128	82	50	33	64	21	22	0,004	0,006	0,004	0,002	0,001	0,003	0,001	0,001
Total	632	1245	1249	596	291	733	449	304	0,028	0,054	0,053	0,025	0,013	0,032	0,019	0,013

El cálculo de tasa se realizó con número de afiliados para EPS de cada régimen, vigentes en 2021 y con reportes de PQRD en la base de la SNS. La fuente de información sobre número de afiliados es Cubo BDUA Minsalud consultada en agosto 2 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>, para los años 2018, 2019, 2020 con datos a diciembre, y 2021 a junio.

La información de PQRD corresponde a la base de datos suministrada por SNS con corte a junio 30 de 2021 y consolidada a partir de información de usuarios, clasificada como negación en dicha base de datos.

Como lo muestra la tabla a continuación, las PQRD relacionadas con las negaciones PBS – UPC en el régimen subsidiado por EPS, evidencian al igual que en lo relacionado con las negaciones PBS no UPC, a Medimás con la mayor tasa de negación en el periodo 2018 a 2021, con tasas muy alejadas del promedio. Medimás es seguida por Capital Salud, Cajacopi y Savia Salud, no obstante, estas últimas tienen tasas por debajo del promedio nacional. En términos generales, se puede destacar que las tasas de negación de las EPS del régimen subsidiado por



servicios PBS – UPC en el primer semestre de 2021, tuvieron una variación porcentual negativa del 6%, respecto a 2020 y del 1%, respecto a 2019. Se resalta que Medimás a pesar de estar por encima del promedio, obtuvo en el primer semestre de 2021 una reducción de -97%, respecto al primer semestre de 2020.

Tabla 22 PQRD, consideradas negaciones del PBS - UPC - Régimen Subsidiado

EPS	Régimen subsidiado Tasa de negaciones reportadas por cada 1000 afiliados							% Variación tasa de negaciones reportadas PQR-SNS							
	Sem II- 2018	Sem I- 2019	Sem II-2019	2019	Sem I- 2020	Sem II- 2020	2020	Sem- I- 2021	2018- 2019	Sem- II- 2018- 2019	2019- 2020	Sem- I- 2019- 2020	Sem- II- 2019- 2020	Sem- I- 2020- 2021	Sem I- 2019- 2021
MEDIMAS	2,228	1,392	2,182	3,574	1,550	0,797	2,347	0,052	60%	-2%	-34%	11%	-63%	-97%	-96%
Promedio Tasa de negaciones	0,113	0,073	0,111	0,184	0,080	0,042	0,122	0,011	63%	-2%	-34%	9%	-62%	-86%	-85%
CAPITAL SALUD	0,034	0,022	0,042	0,064	0,025	0,032	0,057	0,035	88%	23%	-11%	15%	-25%	36%	57%
CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	0,006	0,012	0,016	0,028	0,023	0,010	0,033	0,019	368%	165%	18%	89%	-36%	-18%	55%
SAVIA SALUD EPS	0,011	0,010	0,014	0,024	0,019	0,014	0,033	0,012	112%	26%	36%	90%	-2%	-34%	26%
CONVIDA	0,027	0,016	0,018	0,034	0,023	0,006	0,029	0,009	29%	-32%	-14%	43%	-65%	-62%	-46%
NUEVA EPS	0,025	0,013	0,023	0,036	0,017	0,008	0,026	0,007	43%	-8%	-28%	37%	-64%	-59%	-44%
CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"	0,013	0,018	0,017	0,035	0,017	0,008	0,025	0,006	178%	32%	-29%	-7%	-54%	-66%	-69%
EMSSANAR	0,021	0,010	0,016	0,026	0,009	0,011	0,019	0,018	22%	-26%	-25%	-12%	-33%	99%	76%
CAPRESOCA	-	-	-	-	0,012	0,006	0,019	-						-100%	
CCF DE SUCRE	0,018	0,009	-	0,009	0,009	0,009	0,017	0,009	-48%	-100%	91%	-4%		0%	-5%
ASMET SALUD	0,011	0,016	0,016	0,033	0,010	0,006	0,016	0,020	188%	44%	-52%	-41%	-64%	108%	24%
COMPARTA	0,005	0,013	0,018	0,030	0,012	0,002	0,014	0,005	459%	223%	-55%	-10%	-88%	-58%	-63%
COOSALUD	0,007	0,007	0,009	0,016	0,008	0,005	0,013	0,008	136%	34%	-18%	12%	-42%	6%	18%
CCF DE NARIÑO	0,011	0,011	0,029	0,040	0,012	-	0,012	0,020	249%	149%	-70%	6%	-100%	68%	77%
ECOOPSO	0,026	0,022	0,013	0,035	0,006	0,003	0,009	0,010	36%	-50%	-73%	-72%	-75%	51%	-57%
AIC – ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	0,002	0,004	0,002	0,006	0,004	0,004	0,008	0,002	175%	-8%	32%	-1%	98%	-50%	-51%
MUTUAL SER	0,003	0,004	0,001	0,005	0,003	0,002	0,005	0,004	43%	-68%	-3%	-31%	94%	69%	17%
CCF DE LA GUAJIRA	0,009	-	-	-	-	0,004	0,004	-	-100%	-100%					
MALLAMAS (EPS-I)	0,007	0,003	0,016	0,019	0,003	-	0,003	0,003	185%	137%	-83%	0%	-100%	-2%	-2%
CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"	0,006	0,017	0,006	0,023	-	-	-	-	296%	-1%	-100%	-100%	-100%		-100%
ANAS WAYUU (EPS-I)	-	0,005	-	0,005	-	-	-	-			-100%	-100%			-100%
PIJAOS SALUD (EPS-I)	0,012	0,011	-	0,011	-	-	-	0,011	-5%	-100%	-100%	-100%			-8%
TOTAL	0,015	0,013	0,018	0,031	0,014	0,009	0,023	0,013	105%	19%	-27%	6%	-50%	-6%	-1%

(1) Fuente: Afiliados Cubo BDUA Minsalud. Los años 2018, 2019, 2020 son a diciembre, 2021 a junio de 2021, en agosto 2 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

(2) Fuente: PQRD en SNS, corte a junio 30 de 2021. PQRD reportadas por usuarios en SNS como negación para i) la entrega de medicamentos POS ii) la autorización de medicamentos POS, iii) la autorización de cirugía POS, iv) la autorización de insumos POS, v) de insumos médicos hospitalarios POS, vi) la autorización de procedimientos POS.

Por su parte, para los servicios PBS – UPC en 2020, las negaciones reportadas por usuarios en las PQRD, reflejan que por cada 1000 afiliados del régimen contributivo se generaron 0,06 negaciones. Para dicho año, la tasa de las negaciones para el mencionado régimen, en relación con lo PBS no UPC, fue de 0,090, por lo que resultó mayor para este tipo de servicios.

Los servicios PBS no UPC, la EPS con mayor tasa de negación en el régimen contributivo de lo PBS - UPC es Medimás con 0,86 en el primer semestre de 2021 , es seguida de Servicio Occidental de Salud (0,042), Nueva EPS (0,37) y Coomeva (0,031). Medimás en el primer semestre de 2021 evidencia respecto a 2019 incremento en la tasa de 60% y frente a 2020 una reducción de -57% en la



tasa de negaciones par cada 1000 afiliados, lo que hace evidente el mayor numero de PQRS en primer semestre de 2021 frente a la anualidad 2019.

Tabla 23 - PQRD, consideradas negaciones PBS – UPC en el Régimen Contributivo, por EPS

EPS	Régimen contributivo Tasa de negaciones reportadas por cada 1000 afiliados								% Variación tasa de negaciones reportadas PQR-SNS						
	Sem II- 2018	Sem I- 2019	Sem II- 2019	2019	Sem I- 2020	Sem II- 2020	2020	Sem-I- 2021	2018- 2019	Sem- II 2018- 2019	2019- 2020	Sem-I 2019- 2020	Sem-II 2019- 2020	Sem-I 2020- 2021	Sem I 2019- 2021
MEDIMAS	0,061	0,054	0,106	0,160	0,200	0,066	0,266	0,086	162%	73%	67%	270%	-37%	-57%	60%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	0,045	0,050	0,028	0,078	0,050	0,050	0,100	0,042	73%	-37%	29%	1%	78%	-17%	-16%
NUEVA EPS	0,034	0,028	0,045	0,073	0,056	0,031	0,087	0,037	115%	32%	19%	101%	-32%	-34%	33%
COOMEVA	0,043	0,073	0,044	0,117	0,057	0,026	0,083	0,031	170%	2%	-29%	-22%	-41%	-45%	-57%
Promedio tasa de negaciones	0,024	0,024	0,028	0,052	0,041	0,028	0,069	0,030	117%	16%	35%	73%	2%	-29%	23%
ALIANSALUD	0,005	0,029	0,034	0,063	0,030	0,038	0,068	0,038	1284%	638%	7%	1%	13%	29%	30%
COMFENALCO VALLE	0,031	0,017	0,026	0,044	0,030	0,026	0,056	0,022	40%	-16%	29%	74%	-1%	-29%	24%
COOSALUD	-	-	-	-	0,021	0,021	0,041	0,004							-81%
FAMISANAR	0,020	0,016	0,015	0,031	0,027	0,014	0,041	0,018	58%	-24%	29%	64%	-10%	-34%	8%
SALUD TOTAL	0,021	0,016	0,019	0,035	0,019	0,017	0,036	0,024	65%	-9%	2%	20%	-12%	29%	55%
COMPENSAR	0,026	0,013	0,014	0,028	0,019	0,017	0,035	0,022	8%	-44%	28%	42%	15%	19%	69%
SANITAS	0,014	0,009	0,012	0,020	0,017	0,015	0,031	0,016	48%	-16%	55%	91%	28%	-6%	79%
FUNDACION SALUD MIA	-	-	-	-	-	0,029	0,029	0,028							
EPS SURA	0,009	0,007	0,015	0,021	0,013	0,014	0,027	0,016	131%	58%	28%	95%	-3%	25%	143%
Total	0,03	0,02	0,03	0,05	0,03	0,02	0,06	0,03	87%	5%	6%	48%	-27%	-26%	9%

(1) Fuente: Afiliados Cubo BDUA Minsalud. Los años 2018, 2019, 2020 son a diciembre, 2021 a junio de 2021, en agosto 2 en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

(2) Fuente: PQRD en SNS corte a junio 30 de 2021. Incluye los motivos de negaciones que conforman el 100% de negaciones PBS

5. Tablero de control según las fuentes de información

Como parte de este ejercicio orientado a la búsqueda de fuentes adicionales de información, también se plantea la estructuración de un tablero de control donde se condense la información de las diferentes fuentes, instrumento este que se presenta a título de ejercicio preliminar. Es de anotar que la información relacionada con los indicadores de tiempo a que alude la Resolución 256 de 2016, como insumo para la medición del componente de oportunidad según lo estatuido por la Resolución 3539 de 2019, se toma con corte al segundo trimestre de 2021 para guardar coherencia entre fuentes, mientras que para las PQRD, se reportan las tasas correspondientes al primer semestre de la precitada anualidad.

Acotado lo anterior, a primera vista se observa la diferencia entre la información enviada por las EPS a este Ministerio en el marco del auto reporte respecto de servicios negados, versus la resultante de las otras fuentes.

Lo anterior, pues si bien la mayoría de EPS no reportaron negaciones, con excepción de Aliansalud, varias tienen datos de sus indicadores por encima del promedio nacional, siendo este el caso de Medimas, S.O.S, Aliansalud, Nueva EPS, Capital Salud, Coomeva, Mallamas, Salud Mía, Salud Total, Compensar y Comfenalco Valle. Sin embargo, las tasas de PQRD de dichas entidades por cada 1000 afiliados, relacionadas con los servicios PBS- UPC, y PBS no UPC, se encuentran considerablemente por encima de las nacionales.



En cuanto a los tiempos promedio de los servicios trazadores, varias de estas EPS se encuentran muy por encima de los tiempos nacionales. Dentro de estas EPS se resaltan los casos de Medimas, Aliansalud y Coomeva, como las EPS con mayor cantidad de indicadores por encima del promedio nacional.

El tablero en cuestión, se ilustra, así:

Tabla 24 – Tablero de control de las distintas fuentes de información

Tablero de control - Distintas fuentes de información - 2021										
EPS	Negaciones Rsl. 3539 ⁷	PQR No UPC ⁸	PQR UPC	Días cita Odontología	Días cirugía Cataratas	Días cita Medicina general	Días cita Resonancia Magnética	Días cirugía Rev. Miocárdica	Días cirugía reemplazo cadera	Promedio indicadores Rsl. 256 ⁹
Epss34 - Capital Salud	N/D ¹⁰	0,034	0,035	3,2	15,9	2,3	14,8	10,4	1,7	8,1
EPSS40 - Alianza Medellin -Savia Salud	N/D	N/D	N/D	2,5	15,3	1,8	11,7	5,8	0,0	6,2
Eps018 - Sos	N/D	0,067	0,042	3,8	7,1	3,8	10,4	7,0	0,0	5,3
Eps017 - Famisanar	N/D	0,028	0,018	19,2	0,5	10,6	0,2	0,1	1,0	5,3
Epss45 - Medimas Subsidiado	N/D	0,103	0,052	4,1	2,5	1,8	9,6	1,4	8,5	4,6
Ess118 - Emssanar E.S.S.	N/D	0,041	0,018	2,6	10,9	1,6	11,2	0,0	0,0	4,4
Essc18 - Asociacion Mutual Empresa Solidaria De S	N/D	0,008	N/D	2,2	7,1	1,7	13,9	0,0	0,8	4,3
Eps016 - Coomeva	N/D	0,061	0,031	2,1	6,7	4,1	2,6	3,2	3,1	3,6
Eps044 - Medimas Contributivo	N/D	0,171	0,086	2,5	3,2	1,5	6,4	1,1	5,8	3,4
Eps002 - Salud Total	N/D	0,031	0,024	6,6	0,6	7,4	0,7	0,3	0,1	2,6
Eps002 - Salud Total	N/D	N/D	N/D	6,0	0,4	8,4	0,5	0,0	0,0	2,6
Ess207 - Mutual Ser	N/D	N/D	0,004	1,6	3,3	2,8	3,7	0,0	3,5	2,5
Epss10 - Sura Eps	N/D	N/D	N/D	3,5	2,5	0,5	4,3	3,6	0,2	2,5
Eps012 - Comfenalco Valle	N/D	N/D	0,022	4,0	2,4	7,4	0,5	0,0	0,0	2,4
Eps010 - Eps Sura	N/D	0,03	0,016	3,3	2,8	2,9	2,4	0,8	1,3	2,3
Eps005 - Sanitas	N/D	0,027	0,016	8,1	0,1	4,3	0,1	0,0	0,0	2,1
Total Nacional	87	0,031¹¹	0,021	2,4	2,4	2,4	2,5	0,8	1,8	2,1
Epss16 - Coomeva Eps Sa	N/D	N/D	N/D	0,9	5,5	1,2	4,0	0,0	0,0	1,9
Eps001 - Aliansalud	1	0,047	0,038	4,3	2,1	2,9	0,3	0,0	2,0	1,9

⁷ Información correspondiente al segundo trimestre de 2021

⁸ La información de PQR corresponde a la tasa del primer semestre de 2021

⁹ Este promedio corresponde al de los 6 indicadores de oportunidad reportados con base en la Resolución 256 de 2016. La información reportada corresponde a la del segundo trimestre de 2021.

¹⁰ N/D es el estándar para referenciar la ausencia de datos para este periodo de estudio.

¹¹ Corresponde al promedio entre el total del régimen contributivo y régimen subsidiado para el segundo trimestre



Tablero de control - Distintas fuentes de información - 2021

EPS	Negaciones Rsl. 3539 ⁷	PQR No UPC ⁸	PQR UPC	Días cita Odontología	Días cirugía Cataratas	Días cita Medicina general	Días cita Resonancia Magnética	Días cirugía Rev. Miocárdica	Días cirugía reemplazo cadera	Promedio indicadores Rsl. 256 ⁹
Ess062 - Asmet Salud	N/D	0,029	0,02	1,0	3,3	1,3	2,1	0,3	1,3	1,6
Eps037 - Nueva Eps	N/D	0,061	0,037	2,7	2,4	2,7	0,0	0,1	0,7	1,4
Eps046 - Fundación Salud Mia_Contributivo	N/D	0,028	0,028	8,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	1,4
Epss12 - Comfenalco Valle Eps	N/D	0,03	N/D	0,0	3,2	3,7	1,0	0,0	0,0	1,3
Ccf055 - Cajacopi	N/D	0,034	0,019	2,1	0,2	2,9	0,2	0,6	1,2	1,2
Eps041 - Nueva Eps Sa	N/D	0,061	0,037	1,5	2,4	2,4	0,0	0,2	0,0	1,1
Essc24 - Coosalud Ess Cooperativa De Salud Y De	N/D	0,011	0,004	2,2	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	1,0
Eps008 - Compensar	N/D	0,019	0,022	2,9	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	1,0
Eps022 - Convida	N/D	0,002	0,009	2,9	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,9
Ess091 - Ecoopsos	N/D	0,019	0,01	2,2	0,4	1,8	0,7	0,0	0,2	0,9
Epsic6 - Entidad Promotora De Salud Pijao Salud	N/D	N/D	N/D	1,2	0,0	3,4	0,6	0,0	0,0	0,9
Epss08 - Compensar Entidad Promotora De Salud	N/D	N/D	N/D	1,7	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,8
Epsi06 - Pijaoosalud Epsi	N/D	N/D	0,011	1,0	0,5	3,0	0,3	0,0	0,1	0,8
Epss41 - Nueva Eps Sa	5	0,014	0,007	2,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,7	0,8
Ccf024 - Comfamiliar Huila	109	0,01	0,006	1,2	0,3	1,2	0,3	0,9	0,7	0,8
Ess024 - Coosalud E.S.S.	N/D	0,008	0,008	1,8	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,7
Ccf023 - Comfaguajira	N/D	N/D	N/D	1,4	0,0	1,8	0,6	0,0	0,0	0,6
Epss37 - Nueva Eps Sa - Cm	81	0,014	0,007	1,8	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,6
Epsi04 - Anaswayuu	N/D	N/D	N/D	0,5	0,3	0,7	1,9	0,0	0,0	0,6
Eps025 - Capresoca	N/D	0,012	N/D	1,3	0,0	1,6	0,4	0,0	0,0	0,5
Epsi05 - Mallamas	N/D	N/D	0,03	0,9	0,5	1,1	0,7	0,0	0,0	0,5
Epss05 - Entidad Promotora De Salud Sanitas Sa	N/D	N/D	N/D	1,7	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,4
Epsi01 - Dusakawi E.P.S.I.	N/D	N/D	N/D	0,4	0,7	0,8	0,3	0,0	0,0	0,4
Cfc55 - Cajacopi Atlantico - Ccf	N/D	N/D	N/D	0,9	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,4



Tablero de control - Distintas fuentes de información - 2021

EPS	Negaciones Rsl. 3539 ⁷	PQR No UPC ⁸	PQR UPC	Días cita Odontología	Días cirugía Cataratas	Días cita Medicina general	Días cita Resonancia Magnética	Días cirugía Rev. Miocárdica	Días cirugía reemplazo cadera	Promedio indicadores Rsl. 256 ⁹
Ccf033 - Comfasucre	N/D	N/D	0,009	0,7	0,0	1,1	0,2	0,0	0,0	0,3
Essc07 - Asociacion Mutual Ser Empresa Solidaria	N/D	N/D	N/D	1,5	#N/D	4,2	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Epps46 - Fundación Salud Mia_Subsidiado	N/D	N/D	N/D	1,0	#N/D	0,0	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Epps44 - Medimas Movilidad	N/D	N/D	N/D	1,8	#N/D	1,3	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Epps17 - Eps Famisanar Ltda	N/D	N/D	N/D	1,4	#N/D	2,7	0,0	#N/D	0,0	#N/D
Epps01 - Aliansalud Entidad Promotora De Salud Sa	N/D	N/D	N/D	0,5	#N/D	4,7	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Epsic5 - Entidad Promotora De Salud Mallamas Ep	N/D	N/D	N/D	0,9	0,1	1,1	0,5	#N/D	0,0	#N/D
Epsic3 - Asociacion De Indigenas Del Cauca A I C	N/D	0,004	0,002	0,2	#N/D	0,5	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Epsc34 - Capital Salud Epps S A S	N/D	N/D	N/D	1,1	#N/D	0,2	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Epsc25 - Capresoca Eps	N/D	N/D	N/D	0,0	#N/D	0,0	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Eps048 - Mutual Ser	N/D	0,008	0,004	1,0	#N/D	2,9	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Eps045 - Medimas Movilidad	N/D	N/D	N/D	1,4	#N/D	1,4	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Eps040 - Savia Salud Eps	N/D	0,028	0,012	1,7	15,9	1,9	12,8	#N/D	0,0	#N/D
Cfc33 - Comfasucre Eps - Ccf De Sucre	N/D	N/D	N/D	1,3	0,0	4,1	0,0	#N/D	#N/D	#N/D
Cfc24 - Comfamiliar Huila Eps -Ccf	N/D	N/D	N/D	0,9	#N/D	1,6	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Cfc23 - Comfamiliar De La Guajira Eps- Ccf	N/D	N/D	N/D	8,0	#N/D	1,8	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Cfc20 - Comfachoco - Ccf Del Choco	N/D	N/D	N/D	0,4	#N/D	0,3	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D
Ccf102 - Comfachoco	N/D	N/D	N/D	0,6	0,0	0,6	0,2	#N/D	0,0	#N/D
Ccf049 - Comfaoriente	N/D	N/D	N/D	0,0	#N/D	0,0	#N/D	#N/D	#N/D	#N/D

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social con base en información de Res. 3539 de 2019, Res. 256 de 2016 y PQRS de la Superintendencia Nacional de Salud.



6. Avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC – Auto 93 A de 2020

En el marco del trámite que se viene adelantando para la obtención de la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC, durante el mes en que este haya sufrido la barrera en la prestación de servicios y tecnologías en salud PBS UPC, y tomando en consideración el período a partir del cual, ese Alto Tribunal ordenó adelantar las gestiones para dicha devolución, se ha venido requiriendo a las diferentes EPS, que conforme con el registro de negaciones, reportan servicios y tecnologías en salud PBS – UPC, como negados, cuyas gestiones han sido incluidas en los reportes trimestrales.

Ahora bien, frente a las vigencias 2018 y 2019, se avocó conocimiento de las explicaciones suministradas por las EPS, y como parte de la garantía del debido proceso, se requirió a la ADRES, para que emita certificación relacionada con aspectos bancarios, inherentes y necesarios en el reintegro de los recursos del SGSSS, para el evento en que la culminación del procedimiento contemplado en la Resolución 1716 de 2019, así lo determine.

Igualmente se solicitó a dicha entidad, certifique para cada período el valor de la “*UPC promedio mensual pagada por usuario*”, según el grupo de edad, correspondiente a las vigencias 2018, 2019 y 2020.

Como sustento de lo precedente, se adjuntan en formato pdf, las comunicaciones por medio de las cuales, este Ministerio, a través de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, requirió los citados datos a la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la ADRES.

7. Conclusiones

- De la información reportada por las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, se mantiene la tendencia a la disminución en el número de registros de servicios y tecnologías de salud negados, ya que para el presente trimestre se reportaron 87 negaciones, frente a las 190 del primer trimestre de la anualidad que nos ocupa (2021), es decir, hubo una disminución en 103 registros.
- Teniendo en cuenta las tasas de PQRD que se elaboraron con los registros de la SNS y los indicadores de algunas EPS relacionados con el tiempo de espera para el acceso a servicios trazadores, es viable colegir que los registros que las EPS remiten a este Ministerio frente a servicios negados, producto del auto reporte, en el marco de la Resolución 3539 de 2019, resultan incompletos.



- Se considera que fuentes adicionales de información como la proveniente de las PQRD de la SNS constituye un insumo de interés para el análisis de los servicios negados, por cuanto, las quejas representan el recurso al que por excelencia acuden los usuarios en busca de la solución a los problemas que se les presenten en la prestación de los servicios de salud.
- Es cardinal señalar que, *prima facie*, la información emanada de las PQRD de la SNS, no puede considerarse como negación de servicios de salud, pues según lo informado por la precitada entidad, cuando se radica allí una PQRD, la gestión del caso implica trasladarla a la respectiva EPS, en busca de una solución que posteriormente genere el cierre de dicho caso, el cual, sea oportuno señalar, no elimina el registro de la PQRD.
- Particularmente, la SNS efectúa seguimiento a aquellas PQRD, de cuyo contenido se establezca que por los hechos descritos, el usuario se encuentra en situación de riesgo vital. En el análisis realizado mediante el presente documento, se toman en consideración la totalidad de PQRD, indistintamente de que correspondan a aquellas frente a las cuales la SNS efectúa seguimiento según lo ya expuesto.
- Se realizaron reuniones con las Asociaciones de Usuarios de Medimás y de Salud Total, la Fundación Voces Diabetes de Colombia y la Fundación Retorno Vital, en pro de establecer que negaciones se vienen presentando, posibles causas de la problemática; acciones para mejorar la captura de información, y conforme con los resultados que arroje este ejercicio, continuar adoptando acciones de mejora, ejercicio este cuyos resultados se irán reportando a medida de su avance.

8. Anexos

- a. Anexo 1. Memoria 1 de Reunión MSPS y Asociaciones de Usuarios respecto a negaciones

FECHA : AGOSTO 4 DE 2021,

HORA 2 A 4 PM

LUGAR: Microsoft Teams - Virtual

Asistentes Usuarios:

Erika Montaño Fundación Voces Diabetes Colombia (Invitado)

Carlos Márquez

JORGE ERNESTO GARCIA, FUNDACION RETORNO VITAL,

María del Pilar Suarez Ramírez-

Gemma Lara- Usuario

Alexandra Gómez – Fundación ASUBIM

Asistentes por MSPS:

Jonathan Melo Sarta



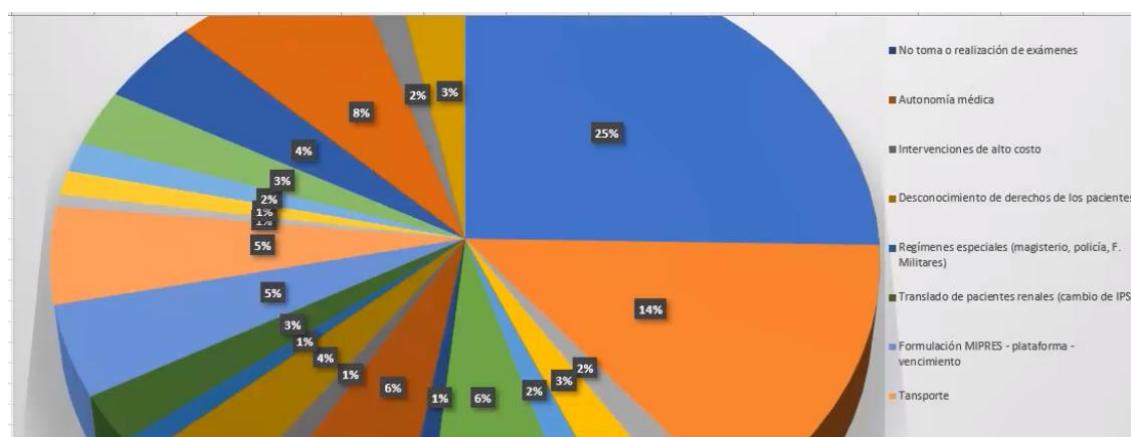
Gabriel Arévalo Pulido
Oscar Rincón U.
David F. Pinzón
Claudia Pulido M.

Se realiza presentación sobre el tema de Servicios Negados Orden 19 T760, por parte de Jonathan Melo Sarta. Se plantean las siguientes preguntas para ser discutidas por los participantes:

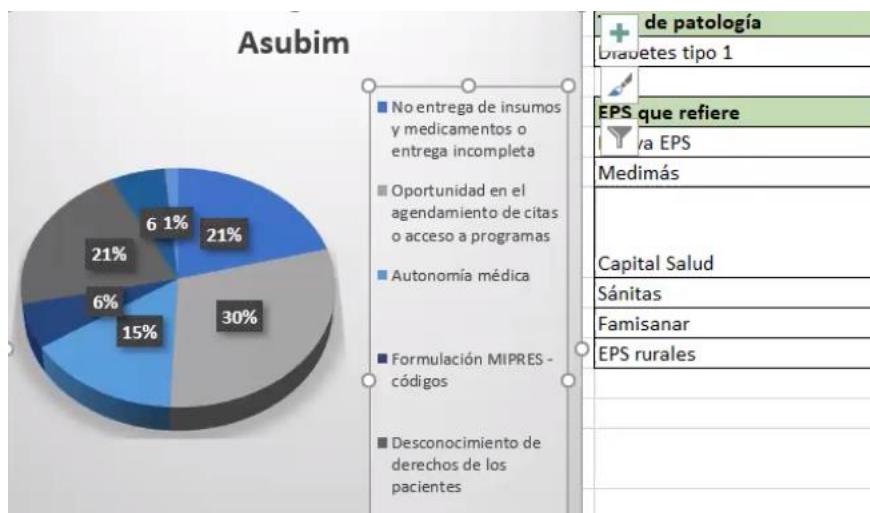
- 1- ¿Qué información manejan como usuarios de las negaciones?**
 - **¿Cuáles son las principales negaciones que se vienen presentando y cuáles son sus causas?**
- 2- ¿Cómo capturar mejor las negaciones de servicios y tecnologías de salud que puedan estar presentando las EPS?**
- 3- ¿Qué estrategia implementar para que las negaciones no se vuelvan a presentar?**

Las asociaciones realizan presentación sobre los hallazgos identificados a partir de la información de sus usuarios.

Se indica que existen barreras de acceso de las cuales han identificado que 25% se encuentran relacionadas con la no entrega, 14% con traslado, 6% en temas de entrega de dispositivos médicos. Presentan la siguiente información recolectada en sus propias bases de datos.



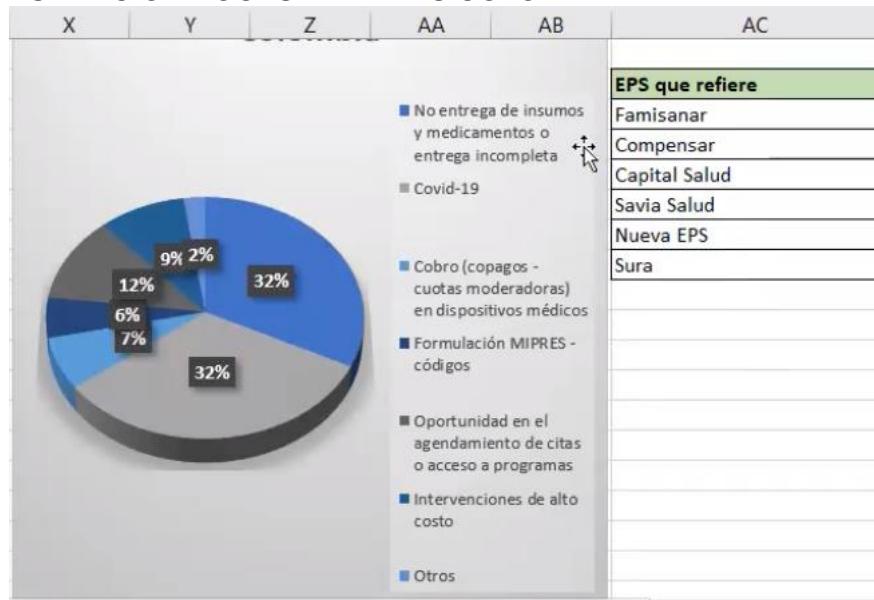
Las asociaciones de usuarios presentan los datos que tienen por cada una de las asociaciones así: AUSBIN que agrupa pacientes con diabetes tipo 1 , presenta sus datos



Se indican los siguientes problemas

- Los códigos de MIPRES en ocasiones presentan problemas al reclamar los medicamentos.
- Desconocimiento por parte de los usuarios de los derechos de los pacientes

FUNDACION VOCES DIABETES COLOMBIA



FUNDACION RETORNO VITAL



Carlos Marquez, precisa que la información presentada fue obtenida por cada organización mediante la recepción de casos de pacientes con barreras de acceso en salud, dependiendo del número de casos o tipo de solicitud se va realizando una ponderación. Es así como se ha llegado a observar que, de 100 casos, 40 tienen que ver con entrega de insumos otros los agrupan como dispositivos.

Carlos Márquez indica que los dispositivos e insumos que frecuentemente requieren los diabéticos son el glucómetro, freestyle libre para monitoreo continuo, bomba de infusión continua de insulina y tensiómetro para manejar y hacer seguimiento a las comorbilidades de la diabetes.

Glucómetro: se indica que es un elemento que deberían tener todos los diabéticos con medicamentos orales, pero los médicos solo lo formulán a pacientes que tienen insulina prescrita. Basados en que el paciente no usa insulina, no se entrega glucómetro. Siendo esta una de las barreras para la prescripción.

Monitoreo continuo de glucosa: el equipo con el cual se realiza se llama “Freestyle”, Este dispositivo se genera en MIPRES, pero algunas EPS envían a paciente con segundo y tercer médico endocrinólogo, y argumenta la EPS que solo existe un médico autorizado para prescribir el dispositivo, a veces anulan los MIPRES, la EPS busca forzar una segunda cita médica, o presionan para que la prescripción sea de un glucómetro y no de un Freestyle.

Dentro de las limitantes de la EPS, dicen que debe ser educado el paciente para administrar el dispositivo, en donde dilatan las citas con nutrición o para entrega del dispositivo, alegando que no hay agenda. Se ha recibido casos en últimos días en los cuales las EPS generan convenios con IPS para dilatar, demorar o no prescripción de este dispositivo. Otra barrera es que la farmacia no los tiene disponibles.

Otro caso, la EPS desconociendo el criterio médico no entregan el dispositivo por ahorro y por qué en las guías de práctica clínica no están actualizadas y estas tecnologías la mayoría son nuevas. Ponen a pasear al paciente de un médico a otro, o barreras de edad, o barreras de adherencia a tratamientos.



El elemento Bomba de insulina, se caracteriza por que su funcionamiento se asemeja a un páncreas sano, dosificando la insulina a necesidad. El tensiómetro es importante para controlar las comorbilidades relacionadas con la diabetes.

Alexandra Gómez indica que las tecnologías ayudan a ahorrar por que previenen complicaciones. Se presentan problemas en entrega de freestyle y bomba de insulina, una bomba de insulina requiere 4 insumos, si la farmacia solo entrega dos o 3 no va a funcionar, muchas veces las farmacias no los tiene disponibles, se crean barreras de acceso por que en farmacias no los entregan.

En Tolima y Huila, usuarios de bomba de insulina, a usuarios Medimás no les han entregado insumos en 3 o 4 meses. La bomba de insulina si está incluida pero las EPS no la entregan completa ni a tiempo. Otra barrera es que tengan un médico específico para autorizar, pero está contratado con la función de generar barrera de acceso.

Los glucómetros suministrados actualmente por las EPS no son confiables, se debe buscar que tengan estándares internacionales de confiabilidad.

Cuando no hacen la entrega, la opción que le dan a los pacientes es que los en las EPS por canales PQR u otro.

Erika Montañez:

En una sola EPS hay pacientes con varios equipos glucómetros de diferente marca, pero las EPS no suministran tiras, y en otras EPS, los pacientes solo tienen tirillas y no les suministran equipos, no hay manejo adecuado de los recursos. Se debería dejar claro que en este caso que las EPS NO pueden ser entregas parciales.

CARLOS MARQUEZ: El marco normativo, y a partir de capacitaciones que se han realizado con MSPS, se ha explicado que los dispositivos están cobijados por médico especialista bajo criterios de autonomía médica, pero este profesional es quien crea barreras, la norma menciona que anualmente se podría entregar un glucómetro, pero es algo que no se realiza.

JORGE ERNESTO GARCIA-

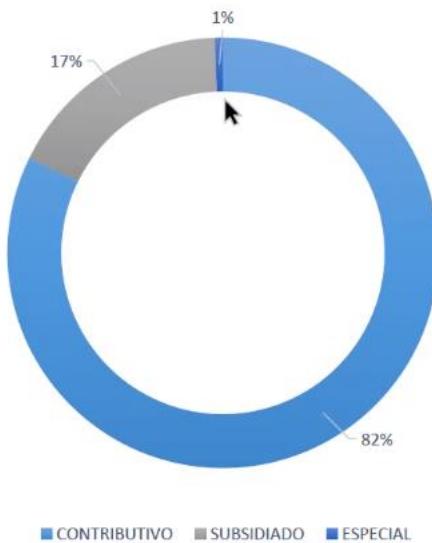
Hace una presentación de casos registrados por su asociación:

CASOS POR REGIMEN DE SALUD: 82% POR CONTRIBUTIVO 17% POR SUBSIDIADO.



CASOS POR REGIMEN DE AFILIACION

• • • • •



■ CONTRIBUTIVO ■ SUBSIDIADO ■ ESPECIAL

te: Plataforma SUAP – Propiedad de Fundación Retorno Vital en cumplimiento de la Ley de Habeas Data

4

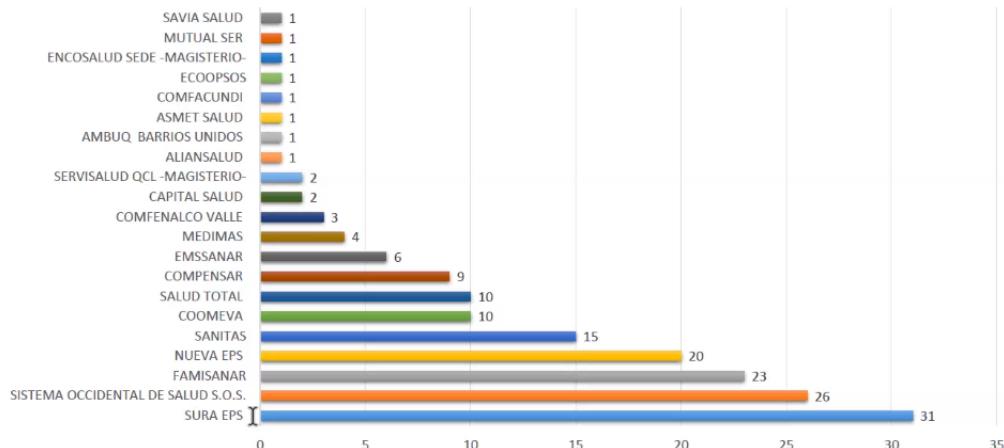
La metodología de trabajo esta hecha con habeas data con una plataforma SUAF que recopila información de pacientes en tiempo real y desde el paciente, en donde usuario expresa barrera de acceso y el riesgo para salud, la información debe estar totalmente certificada por el paciente.

Esta asociación comenta que tienen el call center de pacientes, en el cual pacientes expertos hacen entrevista puntual con cada usuario de diferentes patologías, pero la presentación es básicamente para diabetes.

La principal barrea es la demora con autorizaciones, demora en insumos médicos, Y en algunas EPS se realiza el cobro de cuotas moderadoras y copagos, para recibir este tipo de insumos. En reunión con dra. Olynda, ella dijo que los pacientes crónicos no debían pagar por este tipo de tecnologías y menos si están en el tema el autocontrol.



CASOS POR EPS

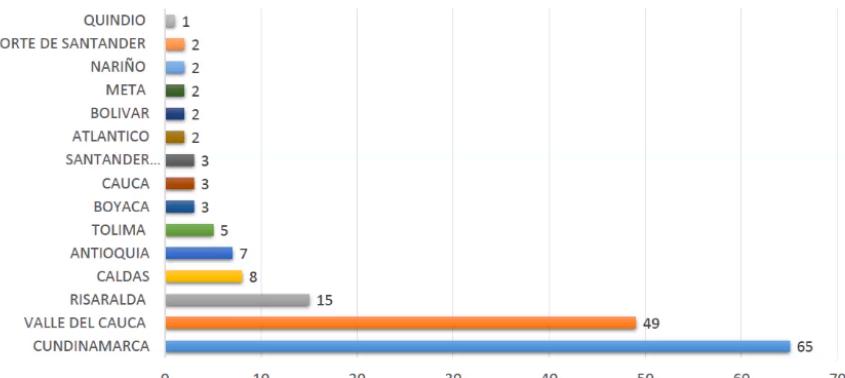


Fuente: Plataforma SUAP – Propiedad de Fundación Retorno Vital en cumplimiento de la Ley de Habeas Data

6

Una EPS como sura que tiene programas muy bien estructurados suele presentas barrera en los suministros.

ANALISIS REGIONAL



Fuente: Plataforma SUAP – Propiedad de Fundación Retorno Vital en cumplimiento de la Ley de Habeas Data

7

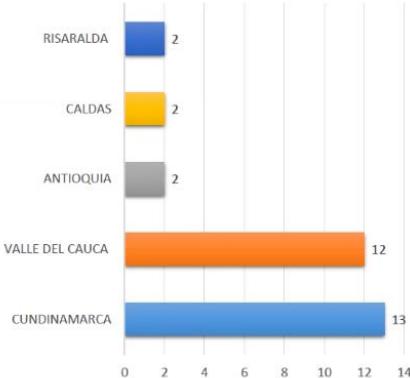
Otra barrera frecuente se refiere a Citas de control, se vencen las fórmulas y cuando le van a entregar el dispositivo, le dicen que tiene que volver con el tratante para que le reformule, las citas las dan con endocrinología para mes y medio, luego de que el paciente lleva dos meses esperando que le entreguen insumos médicos.



CASOS POR SITUACION DE RIESGO



CASOS POR DEPARTAMENTO



Fuente: Plataforma SUAP – Propiedad de Fundación Retorno Vital en cumplimiento de la Ley de Habilidades Data

10

Con la entrada de presupuestos máximos se ha aumentado el cobro de cuotas moderadoras, en donde el medico tratante no lo denuncia, en régimen especiales el médico es reiterativo con la tecnología y le pasan un comunicado cuando reitera el uso de la tecnología. Los endocrinólogos están preocupados. Famisanar era No1 en 2021, cobrando cuotas moderadoras para todo. Las demoras en autorizaciones, donde tiene que volver a solicitar la cita con el médico tratante, así un paciente en el año puede llegar a recibir solo tres meses de tratamiento.

HALLAZGOS

Cobro de cuotas moderadoras

Incremento en el cobro de copagos y cuotas moderadoras para los pacientes con diabetes frente a años anteriores.

Acceso a tecnologías

Incremento en la demora de dispensación de insumos y dispositivos médicos para el manejo de la diabetes.

Riesgo en jóvenes e infantiles

La población entre 1 y 20 años presentó mayores situaciones de riesgo para el manejo de su enfermedad.

15

Es muy difícil que lo autoricen en niños y jóvenes infantes,



GRACIAS

Jorge Ernesto García Rojas

Odontólogo

Director General

Fundación Retorno Vital

fundareturnovital@Hotmail.com

313 3878539

16

Ernesto García

Carlos Márquez, si los pacientes no están incluidos en un programa, es responsabilidad de la misma EPS, realizar los suministros que requieren, pero se suelen presentar barreras.

Otra barrera es que dependiendo del régimen la cuota moderadora va de 80 a 450 mil pesos

ERIKA. –Las EPS no respetan la autonomía médica.

Sobre las causas los participantes refieren lo siguiente:

Después de presupuestos máximos, la EPS tienen dudas sobre como le van a cobrar el dispositivo, y es por ello que piden al médico tratante que no lo formule más. Los sistemas de información afectan la atención, la falta de red suficiente o estable para prestación de servicios con endocrinología y medicina interna retrasando tiempos de atención.

Erika M- La alta rotación de personal y además que no se le capacita a personal nuevo, la falta de contratación de proveedores, por negligencia, y tema importante sobre las auditorias y ruptura y fractura con el ente de control, por que no sirve de nada reportar los casos cuando nos dicen que ministerio no lo tiene claro y que la normativa no está clara, y los tienen paseando de lado a lado y no resuelven.

Repensar como hacen la auditorias y un control efectivo para no sufrir la negligencia de la EPS.

Alexandra García, Existe la necesidad de actualizar las guías de práctica clínica, puesto que estas no tienen las nuevas tecnologías, las guías tienen 6 años sin actualizarse. utilizando muchos estudiantes que no saben de procesos de atención, educación, hacen fórmulas a mano por estudiantes y no son válidas.

David: Usuarios no tienen conocimiento del sistema de como poner queja en SNS,



Carlos Marques- Aunque existen la SNS. Personería del pueblo, procuraduría delegada para la salud cuando se presentan en vulneración a derecho a la vida, el usuario normalmente se entiende directamente con la EPS en atención al usuario.

Nora Suarez – La Asociación de usuarios de salud total, ha educado los afiliados en diferentes formas, una es que cuando las quejas son vitales... el mayor numero de quejas es de medicamentos que no entregan. Es recurrente el problema de no entrega de medicamentos o entregas parciales, que no coinciden con el de la asociación de usuarios, la asociación busca que se exijan sus derechos que no terminen dirigiéndose a su casa a esperar.

Las asociaciones tratan de responder en la mayoría de los casos las negaciones, pero en muchos casos las EPS solo les facilitan la encuesta de las EPS a usuarios, y no resuelven.

Se da por terminada la reunión.

- b. Anexo 2. Memoria 2 Reunión MSPS y Asociaciones de usuarios respecto a negaciones

FECHA: jueves cinco (05) de agosto de 2021

HORA: 2:00 p m

LUGAR: Microsoft Teams - Virtual

ASISTENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dr. Jonathan Melo Sarta – Asesor Viceministerio de Protección Social.

Dra. María Jadille Orozco - Asesor Viceministerio de Protección Social.

Dr. David Felipe Pinzón Fonseca – Asesor Viceministerio de Protección Social.

Dra. Claudia Patricia Pulido - Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud.

Dr. Oscar Rincón U. - Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud.

Dr. Gabriel Simón Arévalo Pulido - Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud.

ASOCIACIONES PRESENTES. -

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SALUD TOTAL

ASOCIACIÓN DE USUARIOS NUEVA EPS

ASOCIACIONES AUSENTES. -

ASOCIACIÓN DE USUARIOS MEDIMÁS

VEEDURÍA RENAL NACIONAL

FUNDACIÓN RETORNO VITAL

OBJETIVO. -

En el marco de la Orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra analizando alternativas para evitar la negación de



servicios y tecnologías en salud. Por este motivo, se invita a una sesión de trabajo virtual, para identificar la perspectiva de las Asociaciones de Usuarios del Sistema de Salud frente a este tema, explorando alternativas que lleven a superar las barreras asociadas a la negación de servicios.

En virtud de lo anterior, se plantearon interrogantes (descritos a continuación), a efectos de ser discutidos por parte de los participantes.

1- ¿Qué información manejan como usuarios de las negaciones?

- **¿Cuáles son las principales negaciones que se vienen presentando y cuáles son sus causas?**

2- ¿Cómo capturar mejor las negaciones de servicios y tecnologías de salud que puedan estar presentando las EPS?

3- ¿Qué estrategia implementar para que las negaciones no se vuelvan a presentar?

DESARROLLO DE LA REUNIÓN. -

Inicia la presentación el doctor Jonathan Melo Sarta – Asesor Viceministerio de Protección Social, quien, frente al contenido de la sesión de trabajo, hace referencia a: i) Exposición de la Orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008, ii) Resolución 3539 de 2019, que reglamenta el reporte de negaciones en salud de las EPS, iii) EPS que están reportando negaciones de servicios y tecnologías en salud -Trimestres correspondientes a los años 2020 y 2021-y, iv) Descripción de las preguntas guías para la discusión.

Interviene la doctora Nohora Suárez de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SALUD TOTAL, comentando la importancia de la reunión y, realizando pronunciamiento punto a punto frente a los cada uno de los interrogantes planteados; manifestando al respecto, frente a cada uno de ellos lo siguiente.

1- ¿Qué información manejan como usuarios de las negaciones?

- **¿Cuáles son las principales negaciones que se vienen presentando y cuáles son sus causas?**

Frente a qué información manejan como usuarios de las negaciones refiere “*manejamos un comité que se llama comité de acompañamiento y PQRS al usuario*” donde se recibe las solicitudes de los usuarios que se quejan.

En cuanto a las principales negaciones que se vienen presentando y cuáles son sus causas, señala:

- “*Una reiterativa y recurrente, diario vivir, frente a la entrega de medicamentos en el PBS y medicamentos, o procedimientos, o tratamientos en el MIPRES*”

“*El usuario encuentra como primera barrera el poder comunicarse con la EPS, misma estructura administrativa de la EPS, para poder acceder a una comunicación directa; No se pueden cerrar la presencialidad.*”



En la reclamación de medicamentos, existen aglomeraciones, con una espera de más de una hora de espera para ingresar al punto, cuando se ingresa al punto se presenta lo siguiente:

- Si es un MIPRES, no aparece en el sistema (primera barrera), no está autorizado, diríjase a la EPS.
 - Aparece en el sistema, está autorizado, pero está desabastecido; no se cumple con la norma en los puntos donde se entregan los medicamentos, No existe la publicación del formato.
 - El paciente tiene un tratamiento y debe tomar, por sus patologías y otras afecciones, varios medicamentos; no se entregan los medicamentos completos para los tratamientos requeridos; no se registra el control frente a las entregas, no se entrega la tirilla de pendientes, no se remite los faltantes dentro del término establecido al domicilio del paciente. Se interrumpe el tratamiento del paciente; se entregan tratamientos (medicamentos) incompletos.
- *“Demora en la autorización de exámenes, procedimientos y demás que se encuentran en el Plan de Beneficios en Salud.”* – uno de los argumentos expuestos por la EPS es “que la autorización debe ser estudiada por el comité de la sucursal. ¿por qué lo tienen que revisar, si se encuentra en el Plan de Beneficios en Salud?”

Interviene la doctora Gema Lara Páez, de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE NUEVA EPS; estando de acuerdo con lo manifestado por la doctora Nohora Suárez, adicionado frente al interrogante lo siguiente:

- *“No se está respetando las tutelas como tal”. “A los pacientes de alto costo en la autorización de transportes, lo que genera que el paciente pierda sus citas”. “se vulnera mucho a la gente de tutelas”*

Manifiestan las funcionarias de las asociaciones participantes que, la principal causa de negaciones de servicios, se evidencia en barreras administrativas que da como resultado la negación de servicios *“anulan y rechazan las fórmulas médicas, no realizan la entrega total y oportuna de medicamentos, no se autorizan servicios”*.

2- ¿Cómo capturar mejor las negaciones de servicios y tecnologías de salud que puedan estar presentando las EPS?

Interviene la doctora Gema Lara Páez, de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE NUEVA EPS; refiriendo *“un mayor seguimiento, como usuario y como asociación, reporta a la Superintendencia a los Entes de Control, pero a pesar de dar el radicado o PQRS, no hay una solución rápida, no existe un seguimiento, como el asociado lo necesita”*

Interviene la doctora Nohora Suárez de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SALUD TOTAL, considerando que *“desde el Ministerio debe estructurarse un proceso de seguimiento frente a esas PQRS”* no existe un análisis de la data de esas PQRS, que tipo de PQRS son, a que EPS corresponden, revisar la recurrencia de las PQRS.”



Hace hincapié en que “debe implementarse un seguimiento un análisis a todas las PQRS que existen en la Super Salud, clasificarlos y analizarlos; en ese análisis identificar, cual es la causa raíz, cuáles son los elementos que permiten que se dé continuamente y a que conlleva como resultado.... cumplimos con el servicio, con la calidad del servicio.”

“El proceso significa analizar la causa raíz de los problemas y generar acciones correctivas que den una mejora continua a la calidad del servicio.... ninguno puede hablar que tiene una mejora continua en la calidad del servicio, porque ninguna hace ese análisis.... El proceso debe tener esos indicadores, ese control donde se mida la efectividad de una EPS por pacientes atendidos, estables y sin eventos adversos”

3- ¿Qué estrategia implementar para que las negaciones no se vuelvan a presentar?

Interviene la doctora Nohora Suárez de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SALUD TOTAL; relatando “retomando el número de quejas que tiene la Super Salud... a las EPS se les debe hacer un ranking a nivel nacional de cuáles son las negaciones más frecuentes por su condición de servicios... que es lo que más se niegan, versus las EPS que más lo aplican... las EPS deberías entonces por ese incumplimiento que tiene de negación por las circunstancias administrativas que manejan, deberían tener firmado unos seguros que, por pasar un margen de acuerdo con el número de afiliados, pasar un margen, se haga efectiva ese seguro, para que el sistema tenga recursos y no se acaben.... se soluciona el tema de negaciones a través de un seguro.”

Interviene la doctora Gema Lara Páez, de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE NUEVA EPS; mencionando “hacer un seguimiento total, cogiendo desde la raíz, haciendo un seguimiento hasta el final, cerciorándose de que se arregló el problema, de que se dio solución”; le parece excelente el relato de la doctora Nohora Suárez

Se da por terminada la reunión, con una duración de una hora, cuatro minutos y treinta cinco segundos (1:04:35)

c. Anexo 3. Descripción Documental frente reintegro de la UPC

Comunicaciones (formato pdf) por medio de las cuales la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, del Ministerio de Salud y Protección Social, requirió al Director de Liquidaciones y Garantías de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la emisión de las certificaciones que evidencie el detalle de la cuenta bancaria dispuesta por la ADRES para el reintegro de los recursos del sistema que se llegaren a establecer bajo el procedimiento descrito en la normatividad que regula la materia¹²; al igual que, la descripción para cada periodo el valor de la “UPC promedio mensual pagada por usuario”, según el grupo de edad, correspondiente a las vigencias 2018, 2019 y 2020. Se adjuntan a este documento en formato PDF.

1. RADICADO No. 202131001128871, DE FECHA DIECISÉIS (16) DE JULIO DE 2021
2. RADICADO No. 202131001181291, DE FECHA VEINTIOCHO (28) DE JULIO DE 2021.
3. RADICADO No. 202131001181301, DE FECHA VEINTIOCHO (28) DE JULIO DE 2021.
4. RADICADO No. 202131001181241, DE FECHA VEINTIOCHO (28) DE JULIO DE 2021.

¹² Resolución 1716 de 2019. Por la cual se establece el procedimiento de reintegro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa.



- d. Anexo 4. Árbol de motivos de PQRS para el macromotivo “restricción en el acceso a los servicios de salud”.

MOTIVO GENERAL	MOTIVO_ESPECIFICO
RESTRICCION EN EL ACCESO POR FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION	DEMORA DE LA TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO - COVID 19
	FALTA DE OPORTUNIDAD DE LOS FALLOS DE LAS JUNTAS CALIFICADORAS PARA INVALIDEZ-RIESGOS PROFESIONALES
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN CUIDADO INTERMEDIO
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN EL AGENDAMIENTO Y/O APLICACIÓN DE VACUNA COVID19
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE CARDIOLOGIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA OBSTETRICIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA PEDIATRIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA GENERAL
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA ODONTOLOGICA BASICA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE UCI
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACION DE LA ATENCION EN SALUD DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACION DE LA ATENCION EN SALUD DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO-POS POR LA DELEGACION AL USUARIO DEL TRAMITE DE PRESENTACION ANTE EL CTC
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO - COVID 19



MOTIVO GENERAL	MOTIVO_ESPECIFICO
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA EVALUACION DE MEDICINA LABORAL DE LAS EPS, PARA DEFINIR ORIGEN DE LA ENFERMEDAD
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA HOSPITALIZACION
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACION DE CIRUGIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO PARA MEDICAMENTOS NO-POS
	FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION DE SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO (TERAPIAS FISICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DEL LENGUAJE ETC.)
	FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL
	FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA DE PRIMER NIVEL
	FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO Y ANATOMO-PATOLOGIA
	FALTA DE OPORTUNIDAD POR FRACCIONAMIENTO O ENTREGA INCOMPLETA DE LOS MEDICAMENTOS
	OTROS VACUNA COVID19
RESTRICCION EN EL ACCESO POR DEMORAS EN LA AUTORIZACION	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE ATENCIONES DOMICILIARIAS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CIRUGIA NO POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CIRUGIA POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CONSULTA MEDICA GENERAL
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIZADA
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CONSULTAS MEDICAS SUB-ESPECIALIZADAS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE ELEMENTOS DE AYUDAS AUDITIVAS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE ELEMENTOS PARA TERAPIAS FISICAS, OCUPACIONALES, RESPIRATORIAS Y DEL LENGUAJE
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO O DIAGNOSTICOS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE HOSPITALIZACIONES
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE INSUMOS NO-POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE INSUMOS POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS NO-POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS NO-POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS NO-POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS POS
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA: CANCER



MOTIVO GENERAL	MOTIVO_ESPECIFICO
	DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA: ENFERMEDAD RENAL DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA: ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA: VIH DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DEMORA DE LA PROGRAMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO O DIAGNOSTICOS DEMORA DE LA REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA
	NEGACION DE AUTORIZACION DE SERVICIOS MEDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD POR EXCLUSIONES EN PLANES DE MEDICINA PREPAGADA Y/ O PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD NEGACION DE LA AUTORIZACION DE ATENCIONES DOMICILIARIAS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE CIRUGIA NO POS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE CIRUGIA POS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE CONSULTA MEDICA GENERAL NEGACION DE LA AUTORIZACION DE CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIZADA
RESTRICCION EN EL ACCESO POR NEGACION DE LA AUTORIZACION	NEGACION DE LA AUTORIZACION DE ELEMENTOS PARA TERAPIAS FISICAS, OCUPACIONALES, RESPIRATORIAS Y DEL LENGUAJE NEGACION DE LA AUTORIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO O DIAGNOSTICOS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE HOSPITALIZACIONES NEGACION DE LA AUTORIZACION DE INSUMOS NO POS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE INSUMOS POS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE LA ATENCION EN SALUD DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL NEGACION DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS NO-POS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS POS NEGACION DE LA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS NO-POS NEGACION DE LA AUTORIZACION PARA TRASPORTE DE AMBULANCIA AMBULATORIA NEGACION DE LA AUTORIZACION PARA TRESPORTE DE AMBULANCIA MEDICALIZADA NEGACION DE LA REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA
RESTRICCION EN EL ACCESO POR NEGACION DE LA AUTORIZACION	NEGACION DE INSUMOS MEDICOS HOSPITALARIOS NEGACION DE INSUMOS MEDICOS HOSPITALARIOS NO-POS NEGACION DE INSUMOS MEDICOS HOSPITALARIOS POS NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE GINECOLOGIA NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA DE OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA



MOTIVO GENERAL	MOTIVO_ESPECIFICO
	NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA GENERAL NEGACION DE LA HOSPITALIZACION NEGACION DE LA PRESTACION DE LABORATORIO CLINICO Y ANATOMO-PATOLOGICO NEGACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA NEGACION DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS NEGACION PARA LA PROGRAMACION Y/O REALIZACION DE CIRUGIA NEGACION PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS NEGACION PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS NEGACION PARA LA PROGRAMACION Y/O REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
RESTRICCION EN EL ACCESO POR FALLAS EN LA AFILIACION	BARRERAS DE ACCESO EN LA AFILIACION (TRAMITES NO CONTEMPLADOS POR LA LEY) BENEFICIARIOS QUE NO CORRESPONDEN COBRO DE UPC ADICIONAL DESAFILIACION EXIGENCIA DE FOTOCOPIAS O AUTENTICACIONES DE ALGUN DOCUMENTO PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD INCONSISTENCIA EN LA BASE DE DATOS: FALLECIDO INCONSISTENCIAS EN EL REPORTE DE NOVEDADES NEGACION AFILIACION NEGACION DEL SERVICIO CUANDO NO SE HA HECHO EFECTIVO EL TRASLADO A OTRA EPS NO ACTIVO EN BASE DE DATOS DE LA EPS NO ACTIVO EN BASE DE DATOS DEL FOSYGA (BDUA) SOLICITUD DEL USUARIO DE TRASLADO DE EPS POR FALLAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO SUSPENSION DE LA AFILIACION TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA LA AFILIACION QUE SON RESPONSABILIDAD DE LA EPS, TRASLADADOS AL USUARIO TRASLADO DE MUNICIPIO
RESTRICCION EN EL ACCESO POR LOCALIZACION FISICA O GEOGRAFICA	AMBULANCIA INNADECUADA PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE SEGUN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD (REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA) FALLAS EN LA DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES FALLAS EN LA OPORTUNIDAD PARA LA UBICACION DEL USUARIO (REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA) FALTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMAS DEL SERVICIO SOLICITADO EN LA RED DE LA EAPB O DEL ENTE TERRITORIAL (REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA) FALTA DE PUNTOS DE ATENCION CERCANOS FALTA DE RED DE FARMACIAS INSUFICIENCIA DE RED PRESTADORA



MOTIVO GENERAL	MOTIVO_ESPECIFICO
	INSUFICIENCIA DE RED PRESTADORA PARA LA REALIZACION DE LAS ACCIONES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA EN EL MUNICIPIO
	NO CUBRIMIENTO DE PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE REFERENCIA
RESTRICCION POR RAZONES ECONOMICA O DE CAPACIDAD DE PAGO	CONTRATOS VENCIDOS CON IPS QUE AFECTAN LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO
	ELUCION Y/O EVASION DE APORTES
	FRACCIONAMIENTO EN EL COBRO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS
	INCONSISTENCIA EN EL COBRO DE COPAGO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO SEGUN NIVEL
	INCONSISTENCIA EN EL COBRO DE LA CUOTA MODERADORA
	INCONSISTENCIA EN EL COBRO DEL COPAGO
	INCONSISTENCIAS EN LOS APORTES DE LOS USUARIOS
	INCONSISTENCIAS EN REPORTES DE APORTES
	INCONSISTENCIAS POR DEVOLUCIONES DE APORTES