

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

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

Bogotá D.C., Agosto de 2016

## CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	6
2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN .....	9
3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	17
3.1 TIPO DE RÉGIMEN .....	20
3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN.....	22
3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO .....	23
3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA .....	26
3.6 MOTIVO DE NEGACION POR EL CTC (NEG) .....	35
3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	40
4. CONCLUSIONES .....	47

## TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades habilitadas reportantes en el marco de la resolución 1683 de 2015, correspondiente al periodo abril a junio de 2016 .....	10
Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo abril a junio de 2016 .....	11
Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el .....	13
Tabla 4. Entidades que no remitieron las correcciones de los archivos que no pasaron las mallas de validación.....	13
Tabla 5. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el .....	14
Tabla 6. Disminución de registro entre el mes de abril y mayo de 2016 .....	15
Tabla 7. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen II Trimestre de 2016 .....	21
Tabla 9.Total de registros enviados y validados por régimen .....	22
Tabla 10 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo meses Abril a Mayo de 2016.....	22
Tabla 11. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo mes de Junio de 2016.....	23
Tabla 12. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado .....	23
Tabla 13. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente a los meses abril a mayo de 2016. ....	24
Tabla 14. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado en el Régimen Contributivo correspondiente al mes de Junio de 2016. ....	24
Tabla 15. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado.....	25
<b>Tabla 16 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo en el periodo abril a mayo de 2016.....</b>	28
Tabla 17. Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo en el periodo junio de 2016 .....	28
<b>Tabla 18. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado.....</b>	28
Tabla 19 Total de negaciones en el trimestre y por régimen.....	29
<b>Tabla 20. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo) correspondiente a los meses de abril y mayo de 2016 .....</b>	32
Tabla 21. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo) .....	32
Tabla 22. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos .....	33
<b>Tabla 23. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Subsidiado) .....</b>	33
Tabla 24. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos .....	34

Tabla 25. Entidades que reportan “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo abril a junio de 2016 .....	34
Tabla 26. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo .....	35
Tabla 27. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo – .....	36
Tabla 28. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo .....	37
Tabla 29. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado .....	38
Tabla 30. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo .....	39
Tabla 31 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo abril a junio de 2016 .....	39
<b>Tabla 32. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo .....</b>	<b>41</b>
Tabla 33. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado.....	41
Tabla 34. Total de registros remitidos por Entidad - periodo abril de 2016.....	42
Tabla 35. Total de registros remitidos por Entidad - periodo mayo de 2016 .....	44
Tabla 36. Total de registros remitidos por Entidad en periodo junio de 2016.....	45

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen subsidiado .....	12
Gráfico 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud- régimen contributivo .....	12
Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo abril a junio de 2016 .....	14
Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente .....	16
Gráfico 5: Número de registros por tipo de servicios .....	26
Gráfico 6. Vía de la Negación de Servicio Régimen Subsidiado .....	30
Gráfico 7. Vía de la Negación de Servicio Régimen Contributivo.....	31

## 1. ANTECEDENTES

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

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

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

Mediante Auto 043 de 2012, la Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 señala que el formulario para el Registro de Negación de Servicios adoptado a través de la Resolución 163 de 2011, presenta falencias, por lo que el Ministerio, mediante la Resolución 744 de 2012<sup>4</sup>, adoptó un nuevo formulario que registra la información conforme a los parámetros establecidos por la Alta Corporación y permite a las entidades encargadas de la realización del reporte efectuar el diligenciamiento de manera sencilla, además de garantizar un mayor grado de calidad y utilidad de la información.

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta los hallazgos del ente de control y analizando las vigencias 2012 y 2013, se pudo concluir que las aseguradoras presentaban los reportes de negaciones de manera extemporánea, algunas con información acumulada de varios períodos pendientes y otras no reportaban. Además, la mayoría de los reportes no pasaban la malla validadora por errores de estructura y/o contenido, lo que ocasionó nuevos requerimientos, deficiencias en la oportunidad de entrega e ineffectividad en el método de verificación de la información.

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

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

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

En el marco de la Resolución 1683 de 2015 este Ministerio pone a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo un acceso al FTP del Ministerio donde se colocan los archivos remitidos por las EPS y EOC, con el fin de que las tres entidades tengan el mismo archivo y la misma cantidad de registros.

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

Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.

Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

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

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

## 2. REMISIÓN DE INFORMACIÓN

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

Mediante Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.1.7.11 señala:

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

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

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

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

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

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

**Tabla 1. Consolidado Entidades habilitadas reportantes en el marco de la resolución 1683 de 2015, correspondiente al periodo abril a junio de 2016**

Régimen	Abril de 2016			Mayo de 2016			Junio de 2016		
	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. De entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
Subsidiado	31	28	90%	31	28	90%	31	28	90%
Contributivo	15	14	93%	15	14	93%	15	14	93%

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

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

ENTIDAD	MESES QUE NO REPORTO (II trimestre de 2016)	RADICADO ANTE LA SUPERSALUD
COMFAMILIAR CARTAGENA	Abril, mayo y junio	201631001365511
CRUZ BLANCA	Abril, mayo y junio	201631001365671
COMFABOY	Abril y mayo	201631001490201
COMFASUCRE	Abril	201631001490201
MANEXKA	Mayo	201631001490201
CAJACOPI	Junio	201631001490201
PIJAOS	Junio	201631001490201

En el marco de la resolución 1683 de 2015 se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa. El detalle del comportamiento de las entidades frente a la radicación de los archivos se relaciona en el Anexo A, en el cual se identifican seis estados:

- **Validación exitosa:** Entidades que presentaron los archivos y el proceso de la segunda validación se ajustó a la estructura y contenido en el marco de la Resolución 1683 de 2015 según el periodo informado.
- **No paso validación:** Entidades que presentaron los archivos y en el proceso de la segunda validación la información presentó errores de contenido, lo cual conllevó a la devolución y notificación mediante correo electrónico, sin que las entidades realizaran el respectivo ajuste de la información, razón por la cual no fueron incluidas en el informe.

- **No presentó casos:** Entidades que remiten el archivo bajo la estructura del anexo técnico correspondiente a la resolución 1683 de 2015 y el registro de control el número total de registros de detalle contenidos en el archivo se presenta en cero (0).
- **No reportan información:** Entidades que no reportan ningún tipo de información, por lo tanto se identifican bajo este concepto.

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

El porcentaje de participación de las entidades habilitadas que reportaron en el II trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012) y las que reportaron en el II trimestre de 2016 disminuyó en 1,11% puntos porcentuales en el régimen subsidiado, como se indicó anteriormente las EPS que no reportaron la información en el marco de la resolución 1683 de 2015 se notificaron a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo sus competencias (véase la tabla No.2).

En el régimen contributivo se puede observar un incremento del 5,83% en el II trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012) y las que reportaron en el II trimestre de 2016 (véase la tabla No.2)

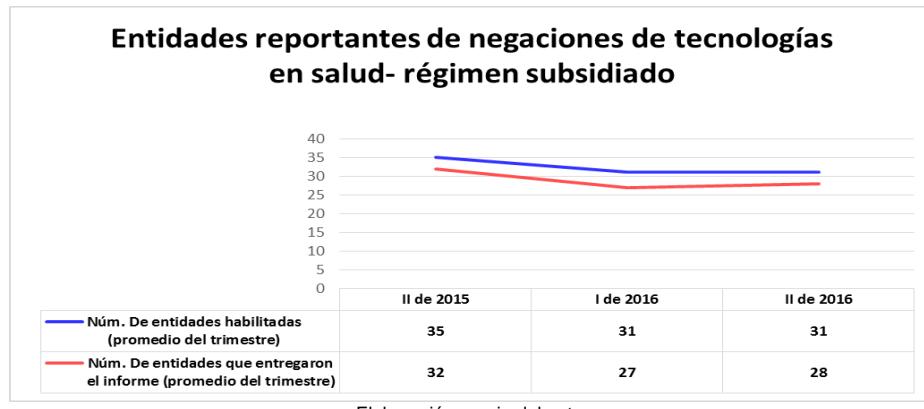
**Tabla 2. Entidades reportantes de negaciones de tecnologías en salud en el periodo abril a junio de 2016**

Subsidiado				Contributivo			
Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part	Trimestre	Núm. De entidades habilitadas (promedio del trimestre)	Núm. De entidades que entregaron el informe (promedio del trimestre)	% Part
II de 2015	35	32	91,43%	II de 2015	16	14	87,50%
I de 2016	31	27	87,10%	I de 2016	15	14	93,33%
II de 2016	31	28	90,32%	II de 2016	15	14	93,33%

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

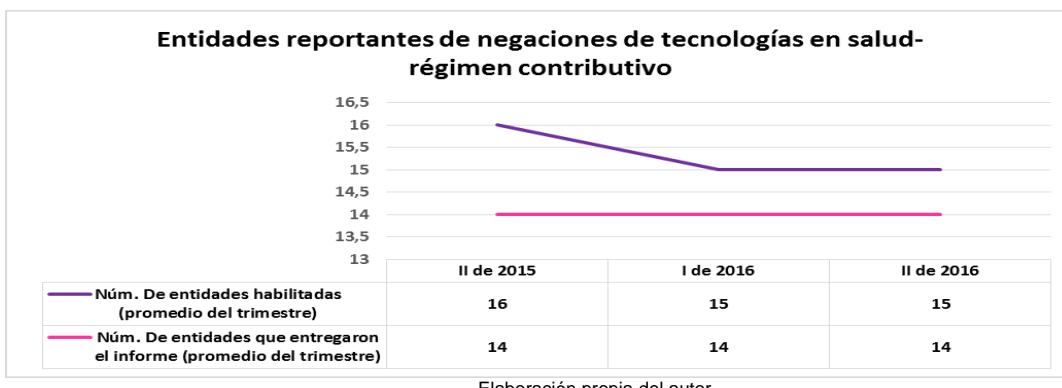
A continuación se presenta el grafico No.1 donde se puede observar una disminución del 13% de las entidades habilitadas en el régimen subsidiado entre el II trimestre de 2015 comparado con el II trimestre de 2016, para el caso del I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 fue constante.

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



En la gráfica No.2 se demuestra el caso del régimen contributivo donde podemos observar que se presenta una disminución del 6% de las entidades habilitadas en el II trimestre de 2015 comparado con el II trimestre de 2016.

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



A continuación se presenta el total de registros enviados por las EPS y el total registros validados exitosamente (véase tabla No. 3).

**Tabla 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo abril a junio de 2016**

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente
Abril	46.545	46.124
Mayo	42.531	42.415
Junio	45.024	18.386
<b>TOTALES</b>	<b>134.100</b>	<b>106.925</b>

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

En el mes de Junio se ve una disminución significativa entre los archivos enviados y los validados exitosamente; el motivo, las siguientes entidades no mandaron la corrección de los archivos que no pasaron las mallas de validación, este Ministerio oficio a las entidades recordándoles sus obligaciones y remitió copia para su conocimiento y fines pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud (ver tabla No.4)

**Tabla 4. Entidades que no remitieron las correcciones de los archivos que no pasaron las mallas de validación**

ENTIDAD	JUNIO	REGISTOS JUNIO	RADICADO
Comfacundi	No paso validación	180	201631001512581
Comfasucre	No paso validación	7	201631001512741
Famisanar-Contributivo	No paso validación	103	201631001512781
Nueva EPS	No paso validación	26.348	201631001511801

Fuente: Elaboración propia del autor

Teniendo en cuenta los hallazgo de la Contraloría General de la Nación en la auditoría realizada en el año 2014 sobre el cumplimiento de la Orden 19 en el marco de la Sentencia 760 de 2008, la información solo se debe recibir en los tiempo indicados en los actos administrativos impartidos para la orden 19; y en cumplimiento de lo ordenado en la resolución 1683 de 2015 en su artículo No. 3 el cual indica *“Periodicidad y plazo de reporte del registro. Las EPS y EOC deben reportar la información del Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes, a partir de junio de 2015”*, la información solamente

se recibirá por medio de la plataforma PISIS los primeros 8 días calendario de cada vez y no se podrán remitir después de la fecha señala.

Cabe anotar que la plataforma en el comunicado que envían informando a la entidad que se deben corregir los registros mal diligenciados y deberá remitirlos nuevamente, les recuerda el plazo para ellos, dicho comunicado señala “Por favor envíe las correcciones al archivo antes del 2016-07-08 a las 11:59pm”.

Por lo anterior este Ministerio creó oportuno presentar la información en este informe en dos períodos: un periodo que abarque los meses de abril y mayo de 2016 y otro periodo correspondiente al mes de junio de 2016.

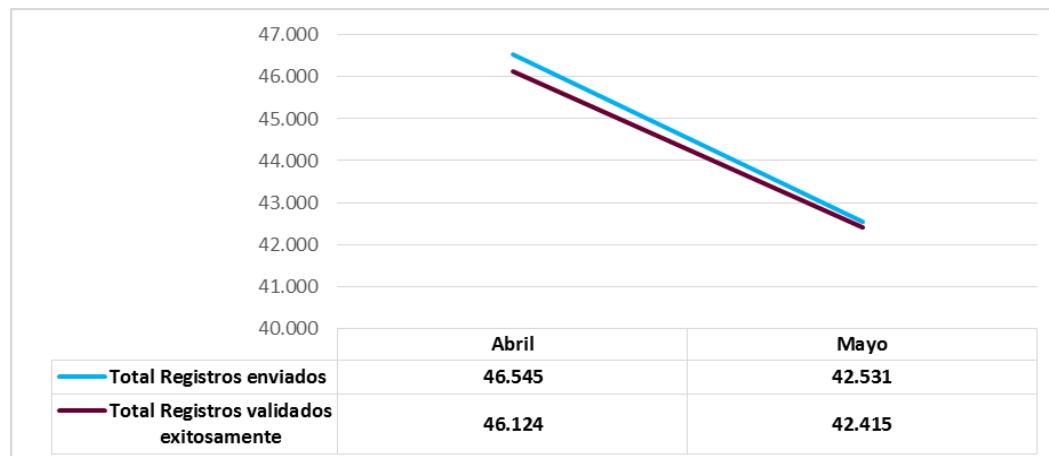
**Tabla 5. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el**

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Abril	46.545	46.124	52,09%
Mayo	42.531	42.415	47,91%
<b>TOTALES</b>	<b>89.076</b>	<b>88.539</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia del autor

En el gráfico 3 se puede observar una disminución del 8,62% sobre los registros enviados entre el mes de abril y mayo de 2016,

**Gráfico 3. Número de Registros reportados por las EPS y EOC en el periodo abril a mayo de 2016**



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

A continuación se presenta el total de registros remitidos por las EPS, donde en la casilla Disminución se puede observar el total de registros que presentan la variación (ver tabla No.6):

**Tabla 6. Disminución de registro entre el mes de abril y mayo de 2016**

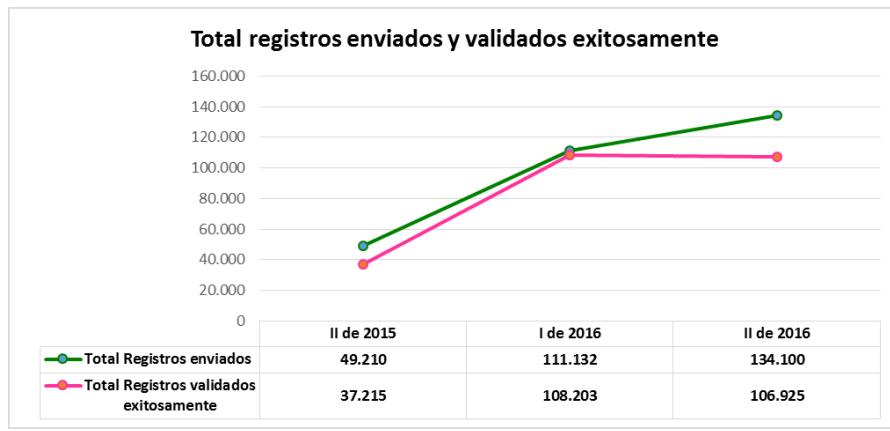
ENTIDAD	REGISTOS ABRIL	REGISTOS MAYO	DISMINUCION REGISTRO
Aliansalud	783	654	129
Ambuq	39	26	13
Anas Wayuu	8	1	7
Asmet Salud	76	53	23
Cajacopi	142	66	76
Capitalsalud	145	87	58
Capresoca	81	32	49
Comfaguajira	10	8	2
Comfaoriente	13	12	1
Comfenalco Valle	245	150	95
Convida	138	115	23
Coomeva	1.717	1308	409
Coosalud	310	226	84
Dusakawi	1	No se presentaron casos	1
Ecoopssos	83	60	23
Emdisalud	26	6	20
Emssanar-Subsidiado	798	621	177
Fondo de Pasivo	3	No se presentaron casos	3
Mallamas	78	69	9
Manexka	34	No reportan	34
Mutual Ser	713	710	3
Nueva EPS	26.276	24486	1.790
Pijaos Salud	7	No se presentaron casos	7
Salud Total – Contributivo	819	779	40
Salud Total – Subsidiado	13	12	1
Sanitas	2.502	2228	274

ENTIDAD	REGISTOS ABRIL	REGISTOS MAYO	DISMINUCION REGISTRO
Savia	272	261	11
SOS	502	441	61
Sura EPS	7.429	6.287	1.142

Fuente: Elaboración propia del autor

Como se puede observar en el gráfico No.4 la variación de registros enviados entre el periodo II trimestre de 2015 y II trimestre de 2016 hubo un incremento del 90,40%, y la variación entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 el incremento fue de 20,67%.

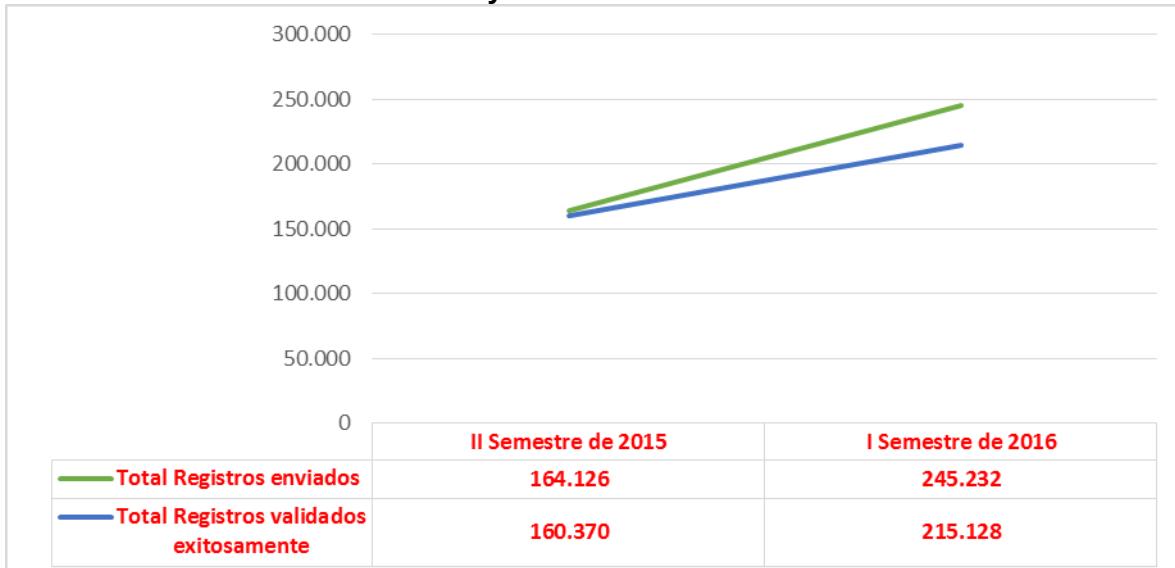
**Gráfico 4. Total registros enviados y validados exitosamente**



Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo II trimestre de 2015 y II trimestre de 2016 el incremento fue de 61,41% y la variación entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 se presenta una disminución del 1,18%

Como se puede observar en el gráfico No.5 la variación de registro enviados entre el II semestre de 2015 y el I semestre de 2016 hubo un incremento del 49,42%, y la variación de registros validados exitosamente entre el II semestre de 2015 y el I semestre de 2016 hubo un incremento del 34,14%

**Gráfico 5. Total registros enviados y validados exitosamente en el II Semestre de 2015 y I Semestre de 2016**



Fuente: Elaboración propia del autor

### 3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior. <b>T:</b> La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada <b>U:</b> La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada. <b>V:</b> Otros motivos
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

vi) Servicio según diagnóstico. Se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico principal del usuario en el segundo trimestre de 2016.

### 3.1 TIPO DE RÉGIMEN

De los archivos validados exitosamente se presentaron 106.925 registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS en el periodo abril a junio de 2016, de los cuales 16.108 corresponden al régimen subsidiado y 90.817 al régimen contributivo. Lo anterior indica que el 84,94% del total de los registros de negación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS presentadas en el período corresponden al régimen contributivo y el 15,06% al regimen subsidiado.

Es necesario recordar nuevamente que en el mes de Junio se ve una disminución significativa entre los archivos enviados y los validados exitosamente por la no corrección oportuna de EPS de los registros con errores de diligenciamiento en el marco de la Resolucion 1683 de 2015. (Ver tabla No.4).

**Tabla 7. Total de Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS por tipo de Régimen II Trimestre de 2016**

Tipo de Régimen	ABRIL			
	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
Subsidiado	5.691	14	5.814	102,16%
Contributivo	40.854	14	40.310	98,67%
MAYO				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	4.995	28	4.882	97,74%
Contributivo	37.536	14	37.533	99,99%
JUNIO				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Total EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part. Por régimen
	5.613	28	5.412	96,42%
Contributivo	39.411	14	12.974	32,92%
TOTAL DE REGISTROS POR RÉGIMEN				
Tipo de Régimen	Total Registros enviados	Promedio EPS y EOC que reportan	Total Registros validados exitosamente	% Part Registros
	16.299	23	16.108	98,83%
Contributivo	117.801	14	90.817	77,09%
<b>TOTAL</b>	<b>134.100</b>	<b>37</b>	<b>106.925</b>	<b>79,74%</b>

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

La variación de registros validados exitosamente en el régimen subsidiado entre los periodos II trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012) al II trimestre de 2016 el incrementó fue 16,31% y en los períodos I trimestre de 2016 y II trimestre de 2016 se presenta un incremento del 2,58% (ver tabla No.8).

Con relación al régimen contributivo variación de registros validados exitosamente entre los períodos II trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012) al II trimestre de 2016 el incrementó fue 112,31% y en los períodos I trimestre de 2016 y II trimestre de 2016 se presenta un incremento del 23,01% (ver tabla No.8).

**Tabla 8.Total de registros enviados y validados por régimen**

Período	RÉGIMEN SUBSIDIADO		RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente
II de 2015	14.946	13.849	55.485	52.395
I de 2016	15.363	15.703	95.769	92.500
II de 2016	16.299	16.108	117.801	90.817

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

### 3.2 MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

Como se ha visto en el mes de Junio de 2016 hay una disminucion por la no presentacion oportuna de las correcciones solicitadas a las EPS (ver tabla No.4), de los registros que no pasaron las mallas de validacion en el marco de la Resolucion 1683 de 2015.Por lo anterior se presentara el analisis entre los meses de abril y mayo de 2016 correspondiente al Régimen Contributivo.

La mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria, con una participación del 90,64% equivalente a 70.559 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria con un 9,16% equivalentes a 7.131 resgistros y el restante correspondiente al 0,20% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios, equivalente a 153 registros (Ver tabla No.9).

**Tabla 9 Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo meses Abril a Mayo de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO				
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	36.730	33.829	70.559	90,64%
DOMICILIARIO	18	23	41	0,05%
HOSPITALARIO	3.507	3.624	7.131	9,16%
URGENCIAS	55	57	112	0,14%
<b>Total General</b>	<b>40.310</b>	<b>37.533</b>	<b>77.843</b>	<b>100,00%</b>

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

En el mes de Junio de 2016 en el regimen contributivo se puede observar que el porcentaje mas significativo en la modalidad de atencion es el ambulatorio con un 92,92% correspondiente a 12.055 registros, seguido del Hospitalario con una participacion del 6,37% equivalente a 826 registros (ver tabla No.10).

**Tabla 10. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Contributivo mes de Junio de 2016.**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
MODALIDAD	JUNIO	% PART
AMBULATORIO	12.055	92,92%
DOMICILIARIO	29	0,22%
HOSPITALARIO	826	6,37%
URGENCIAS	64	0,49%
<b>Total General</b>	<b>12.974</b>	<b>100,00%</b>

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

Para el caso del regimen subsidiado la mayor cantidad de registros de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención ambulatoria con una participación del 79,31% equivalentes a 12.775 negaciones, seguido por la modalidad hospitalaria con el 19,49% equivalente a 3.140 registros y el restante correspondiente a 1,20% obedece a servicios de urgencias y servicios domiciliarios para un total del 193 registros (ver tabla No.11).

**Tabla 11. Negación de Servicios por Modalidad de Atención Régimen Subsidiado**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
AMBULATORIO	4.684	3.888	4.203	12.775	79,31%
DOMICILIARIO		1	1	2	0,01%
HOSPITALARIO	1.051	923	1.166	3.140	19,49%
URGENCIAS	79	70	42	191	1,19%
<b>Total General</b>	<b>5.814</b>	<b>4.882</b>	<b>5.412</b>	<b>16.108</b>	<b>100,00%</b>

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

### 3.3 TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Insumos y dispositivos médicos (I), Actividades (A) y Otros Servicios (O). Debido que en el mes de Junio de 2016 hay una disminucion por la no presentacion oportuna de las correcciones solicitadas a las EPS (Ver tabla

No.4), se hace necesario presentar el análisis entre los meses de abril y mayo de 2016 correspondiente al Régimen Contributivo.

De los 77.843 registros de negación de servicios médicos correspondientes al régimen contributivo presentados en el período de abril a mayo de 2016, el 76,89% de las negaciones correspondieron a medicamentos lo cual equivale a 59.856 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría insumos con una participación del 9,16% correspondiente a 7.129 registros. El 7,70% corresponde a la negación de servicios correspondiente a procedimientos equivalente a 5.991 registros, y el restante 6,25% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y otros servicios, equivalente a 4.867 regitros de negaciones (ver tabla 12)

**Tabla 12. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente a los meses abril a mayo de 2016.**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO				
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	652	503	1.155	1,48%
INSUMOS	3.616	3.513	7.129	9,16%
MEDICAMENTOS	30.997	28.859	59.856	76,89%
OTROS SERVICIOS	1.968	1.744	3.712	4,77%
PROCEDIMIENTOS	3.077	2.914	5.991	7,70%
<b>Total general</b>	<b>40.310</b>	<b>37.533</b>	<b>77.843</b>	<b>100,00%</b>

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

En el mes de Junio se puede observar que el 75,47% de las negaciones por el tipo de servicio solicitado en el regimen contributivo es medicamentos; equivalente a 9.792 registros, seguido de otros servicios conun porcentaje de participacion del 9,08%; equivalente a 1.178 registros (ver tabla No.13)

**Tabla 13. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado en el Régimen Contributivo correspondiente al mes de Junio de 2016.**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
MODALIDAD	JUNIO	% PART
ACTIVIDADES	236	1,82%
INSUMOS	1.027	7,92%
MEDICAMENTOS	9.792	75,47%
OTROS SERVICIOS	1.178	9,08%
PROCEDIMIENTOS	741	5,71%
<b>Total general</b>	<b>12.974</b>	<b>100,00%</b>

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

De los 16.108 registros correspondientes al período de abril a junio de 2016, el 60,46% de las negaciones correspondieron a Medicamentos equivalentes a 9.739 registros. Segundo se encuentra la negación por tipo de servicios correspondiente a procedimientos con una participación del 16,68% equivalente a 2.687 registros. El 15,84% corresponde a insumos equivale a 2.551 registros y el 7,02% restante corresponde a la suma de los ítems de Actividades y Otros Servicios, equivalente a 1.131 registros (ver tabla No.14).

**Tabla 14. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Subsidiado**

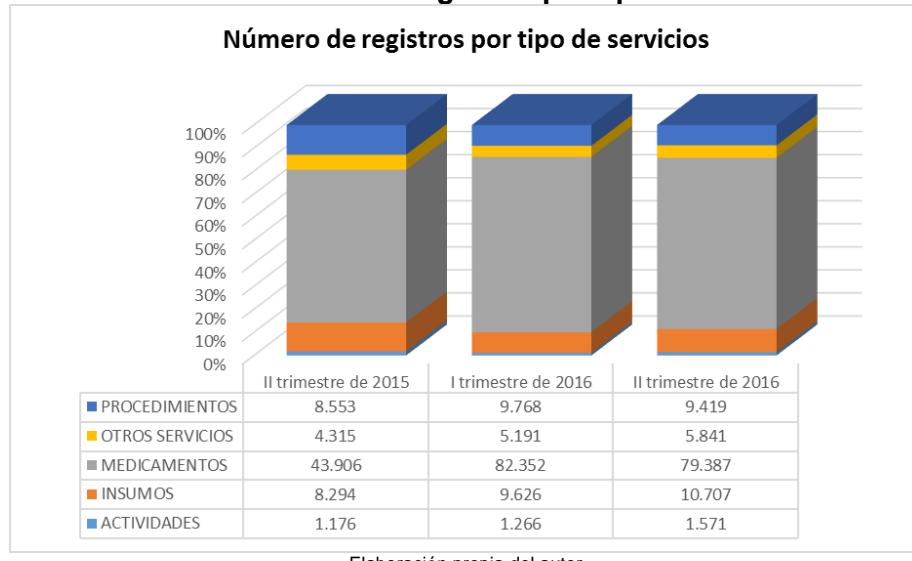
RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
ACTIVIDADES	59	35	86	180	1,12%
INSUMOS	817	822	912	2.551	15,84%
MEDICAMENTOS	3.518	2.924	3.297	9.739	60,46%
OTROS SERVICIOS	403	291	257	951	5,90%
PROCEDIMIENTOS	1.017	810	860	2.687	16,68%
<b>Total general</b>	<b>5.814</b>	<b>4.882</b>	<b>5.412</b>	<b>16.108</b>	<b>100,00%</b>

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

En el grafico No.6 se presenta el total de registros correspondientes a la negación de servicios por tipo de servicio solicitado en los periodos: I trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012), I trimestre de 2016 y II trimestre de 2016 el tipo de servicio o tecnologia en salud negado con mayor frecuencia corresponde a los medicamentos con un 73,09%, en segundo lugar los insumos con el 10,17% equivalente a 28.627 registros.

La variaciones mas significativas entre el I trimestre de 2015 (bajo el marco de la resolución 744 de 2012) y I trimestre de 2016 fueron medicamentos con un incremento del 80,81% seguido de insumos con el incremto del 29,09%.

La variaciones mas significativa entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 fueron actividades con un incremento del 24,09% y para el caso de medicamentos se presento fue una disminucion del 3,60%.

**Gráfico 6: Número de registros por tipo de servicios**


### 3.4 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA

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

- Un servicio negado corresponde a cualquier tecnología en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud, que se encuentre cubierta por el Plan de Beneficios, pero cuyo servicio no fue efectivamente prestado (problemas administrativos, oportunidad, acceso, etc.).
- Un servicio es negado al considerar el servicio no estaba incluido dentro del plan de. En tal caso se activa el proceso de trámite ante el CTC – Comité Técnico Científico, si el servicio no es autorizado por el CTC es un servicio negado.

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

- Negación legítima. Cuando el usuario solicita el servicio pero no se encuentra incluido en el plan de beneficios. En tal caso se activa el proceso de trámite ante el CTC – Comité Técnico Científico, si el servicio no es autorizado, es un servicio negado. El servicio es negado legítimamente por el CTC cuando: De un lado, la decisión se sustenta en la regulación vigente. De otro lado, la decisión se fundamenta en un concepto sólido apoyado en la Historia Clínica del paciente, científicamente sustentado con las opiniones de expertos en la respectiva especialidad del médico tratante que ordenó el servicio de salud, explicando claramente las razones por las cuales ese determinado servicio de salud ordenado no es científicamente pertinente (T-873 de 2011). Existen una variedad de causas justificadas para que el CTC se abstenga de autorizar el servicio: garantizar la seguridad de paciente (pertinencia médica); prevalencia del interés general (medicamento genérico produce el mismo efecto que el medicamento de marca y no se ha demostrado por el médico tratante ningún efecto adverso en el paciente); sostenibilidad de recursos (cirugías estéticas sin estar conexas a la afectación de ningún órgano funcional), entre otros
- Negación ilegítima. Un servicio es negado de manera ilegítima, cuando la negación corresponde a cualquier tecnología en salud, es decir cualquier actividad, intervención, insumo, medicamento, dispositivo, servicio y procedimiento usado en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud, que se encuentre cubierta por el Plan de Beneficios, pero cuyo servicio no fue efectivamente prestado (problemas administrativos, oportunidad, acceso, la tecnología en salud cubierta por el plan de beneficios fue sujeta a decisión del CTC etc).

Como se ha indicado anteriormente el análisis correspondiente al régimen contributivo en este informe se realizará por dos períodos: Un primer periodo que corresponde a los meses de abril y mayo de 2016 y un segundo periodo correspondiente al mes de junio de 2016 por la falta de información comparativa entre los tres meses.

La vía de negación de servicios correspondiente al período de abril a mayo de 2016 para el régimen contributivo más significativa con un 58,69% equivalente a 45.685 registros corresponde al concepto de negación **NTR: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** y un 41,31% equivalente a 32.158 registros, fueron negados con el concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** (Ver tabla No.15)

**Tabla 15 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo en el periodo abril a mayo de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO				
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	% PART
NEG	17.227	14.931	32.158	41,31%
NTR	23.083	22.602	45.685	58,69%
<b>Total general</b>	<b>40.310</b>	<b>37.533</b>	<b>77.843</b>	<b>100,00%</b>

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

Para el mes de Junio el 95,24% de las negaciones correspondieron al concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y un 4,76% equivalente a 617 registros corresponde al concepto de negación **NTR**: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** (ver tabla No.16).

**Tabla 16. Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo en el periodo junio de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
MODALIDAD	JUNIO	% PART
NEG	12.357	95,24%
NTR	617	4,76%
<b>Total general</b>	<b>12.974</b>	<b>100,00%</b>

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

En el régimen subsidiado de las 16.108 negaciones de servicios médicos, el 70,21% equivalente a 11.309 registros fueron negados con el concepto **NEG** que corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y el 29,79% equivalente a 4.799 registros, fueron negados con el concepto **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** (ver tabla No.17).

**Tabla 17. Vía de la Negación de Servicios Régimen Subsidiado**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
NEG	3.717	3.429	4.163	11.309	70,21%
NTR	2.097	1.453	1.249	4.799	29,79%
<b>Total general</b>	<b>5.814</b>	<b>4.882</b>	<b>5.412</b>	<b>16.108</b>	<b>100,00%</b>

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

A continuación se presenta un comparativo entre periodos donde se debe tener presente que el I trimestre de 2015 se reportaba bajo el marco de la resolución 744 de 2012 la que señalaba que las entidades solo tenían derecho hacer una corrección si los registros no pasaban la malla de validación, en cambio la resolución 1683 de 2015 da la oportunidad de hacer las correcciones los 8 primeros días de cada vez las 24 horas al día, dando más oportunidad que pasen las mallas de validación. Adicionalmente como se ha expuesto a lo largo de este documento en junio de 2016 (II trimestre de 2016) hay una disminución significativa en los registros para el análisis, debido que una entidad no remitió las correcciones pertinentes en los tiempos señalados en el marco de la resolución 1683 de 2015.

Tomando los datos que se tiene de cada periodo el análisis quedaría un incremento del 29,81% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el II trimestre de 2015 y el II trimestre de 2016 y una disminución del 6,58% entre el periodo I trimestre de 2016 y II trimestre de 2016 (ver tabla No.18).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo un incremento del 30,82% entre el II trimestre de 2015 y el II trimestre de 2016 y para el periodo I trimestre de 2016 y II trimestre del 2016 la disminución fue del 30,01% (ver tabla No.18).

**Tabla 18 Total de negaciones en el trimestre y por régimen**

II Trimestre de 2015				
PERIODO	<b>Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR</b>		<b>Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG</b>	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	19.849	79,44%	32.546	78,88%
Subsidiado	5.137	20,56%	8.712	21,12%
<b>Total</b>	<b>24.986</b>	<b>100,00%</b>	<b>41.258</b>	<b>100,00%</b>
I Trimestre de 2016				
PERIODO	<b>Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR</b>		<b>Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG</b>	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Contributivo	54.099	105,87%	38.401	68,79%
Subsidiado	7.058	13,81%	8.645	15,49%
<b>Total</b>	<b>40.792</b>	<b>100,00%</b>	<b>45.590</b>	<b>100,00%</b>

II Trimestre de 2016					
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG		
	Cantidad	%	Cantidad	%	
Contributivo	46.302	90,61%	44.515	79,74%	
Subsidiado	4.799	9,39%	11.309	20,26%	
<b>Total</b>	<b>51.101</b>	<b>100,00%</b>	<b>55.824</b>	<b>100,00%</b>	

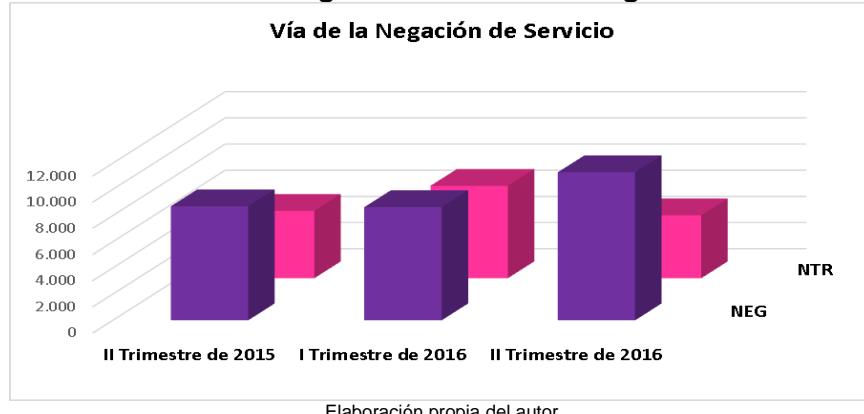
Fuente: Información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En la gráfica No. 7 se observa es predominante el concepto de Negación **NTR** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** con el 51,02% y el 48,98% corresponde al concepto **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**.

También se puede observar un incremento del 36,78% entre el II trimestre de 2015 al II trimestre de 2016, para el caso del I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 se observa un incremento del 15,92% en el concepto de negación NEG.

En el concepto de negación NTR se observa un incremento muy significativo del 133,27% entre el II trimestre de 2015 al II trimestre de 2016 y entre los períodos I trimestre de 2016 al II trimestre de 2016 se presenta una disminución del 14,41%.

**Gráfico 7. Vía de la Negación de Servicio Régimen Subsidiado**



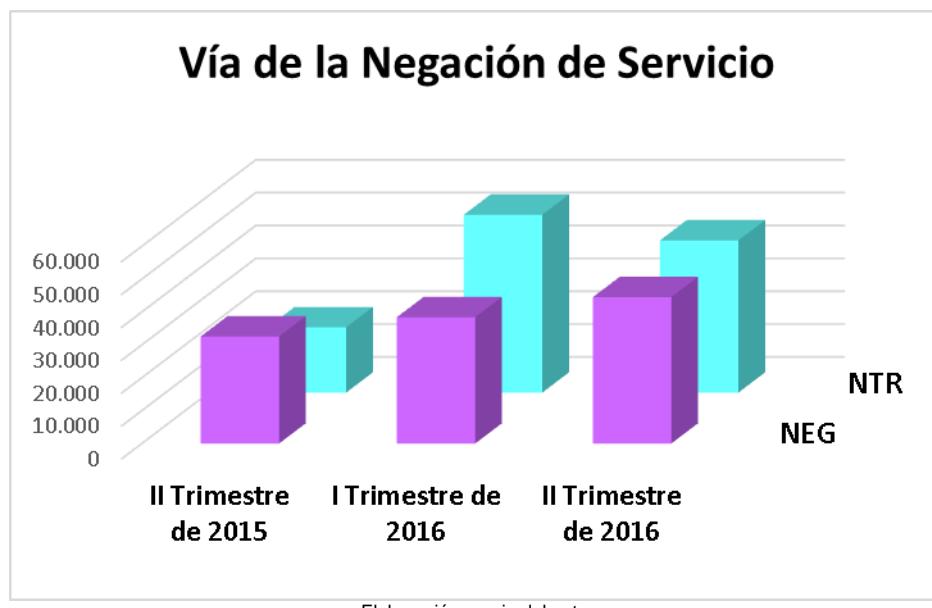
En la gráfica No.8 se observa que es predominante el concepto de negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** con el 51,22% y el restante 48,78% con el concepto **NTR** que

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

También se puede observar un incremento del 35,30% entre el II trimestre de 2015 al II trimestre de 2016, también se evidencia un incremento del 18,66% entre el I trimestre de 2016 al II trimestre de 2016 en el concepto de negación NEG que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**

En el concepto de negación NTR que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC** se observa un incremento significativo del 104,52% entre el II trimestre de 2015 al II trimestre de 2016 y entre los periodos I trimestre de 2016 al II trimestre de 2016 se presenta una disminución del 16,44%.

Gráfico 8. Vía de la Negación de Servicio Régimen Contributivo



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

A continuación se presentan los conceptos que dan origen a la negación del servicio por las EPS y EOC.

Como se observa en el Régimen Contributivo en el periodo abril y mayo de 2016, de las 45.685 negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico**

**tratante y no tramitado ante CTC), el 82,21% equivalente a 37.557 registros corresponde al concepto “Otras Servicios”, un 16,53% con 7.554 registros por concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS”, y el 1,26 % restante por los demás conceptos (ver tabla 19).**

**Tabla 19. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo) correspondiente a los meses de abril y mayo de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO				
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	3.931	3.623	7.554	16,53%
C: El usuario presenta período de mora	289	281	570	1,25%
MODALIDAD				
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	% PART
D: El usuario se encuentra en período de urgencia		3	3	0,01%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	1		1	0,00%
I: Otros motivos	18.862	18.695	37.557	82,21%
<b>Total general</b>	<b>23.083</b>	<b>22.602</b>	<b>45.685</b>	<b>100,00%</b>

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

En el periodo de junio de 2016 en el régimen contributivo de las 617 negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 97,57% equivalente a 602 registros corresponden al concepto “Otras Servicios”, y el 2,43 % restante por los demás conceptos (ver tabla No.20).

**Tabla 20. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Contributivo) mes de junio de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
MODALIDAD	JUNIO	% PART
C: El usuario presenta período de mora	12	1,94%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	3	0,49%
I: Otros motivos	602	97,57%
<b>Total general</b>	<b>617</b>	<b>100,00%</b>

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

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

**Tabla 21. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
YA TRAMITADA	11.929
FORMULA MEDICA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DECRETO 2200	7.951
FALTA JUSTIFICACION DE PERTINENCIA	6.931
SOPORTE ADICIONAL PARA VALIDACIÓN DE PERTINENCIA	6.756
SOPORTES CON ERROR, INCONSISTENCIA	2.677

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

Como se observa en el Régimen Subsidiado de las 4.799 negaciones de servicios médicos por NTR (**Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), el 86,16% equivalente a 4.799 registros por el concepto “Otros Motivos”, un 8,13% con 390 registros por concepto “G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada”, el 5,48% corresponden al concepto “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” equivalente a 263 registros (ver tabla No.22)

**Tabla 22. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC Régimen Subsidiado)**

RÉGIMEN SUBSIDIADO					
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	% PART
A: El servicio solicitado es cobertura del POS	262	1		263	5,48%
C: El usuario presenta período de mora	11			11	0,23%
G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	135	149	106	390	8,13%
I: Otros motivos	1.689	1.303	1.143	4.135	86,16%
<b>Total general</b>	<b>2.097</b>	<b>1.453</b>	<b>1.249</b>	<b>4.799</b>	<b>100,00%</b>

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

Debido que el grupo predominante es “I: Otros motivos” en la siguiente tabla se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 100, donde el concepto con más frecuencia es no cubierto por el POS, donde no se puede evidenciar por lo remitido por las EPS si es un servicio que no se encuentra en el plan de beneficio y se debería tramitar ante el CTC o una exclusión del POS, por lo que no está cubierto por el POS (ver tabla No. 23).

**Tabla 23. Conceptos de negación de servicios por NTR – Otros motivos**

<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO</b>	<b>CANTIDAD</b>
NO CUBIERTO POR EL PLAN POS-S	2.106
SERVICIO NO PERTINENTE AL DX	644
LA COBERTURA NO ES POS	432
FORMULA MEDICA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DECRETO 2200	250
FALTA JUSTIFICACION DE PERTINENCIA	219
EXCLUSION DEL POS	187
SOLICITUD YA TRAMITADA EN OTRO RADICADO	136

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

A continuación se presentan las EPS que reportan el registro “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” (ver tabla No.24):

**Tabla 24. Entidades que reportan “A: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo abril a junio de 2016**

<b>ENTIDAD</b>	<b>MAYO</b>	<b>JUNIO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>RADICADOS</b>
Anas Wayuu	6		6	201631001328981
Comparta		1	1	201631001329291
Nueva EPS	4.187	3.623	7.810	201631001329621
<b>Total general</b>	<b>4.193</b>	<b>3.624</b>	<b>7.817</b>	

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

Este Ministerio solicitó a las anteriores entidades informar el motivo por haber negado servicios cubiertos por el plan de beneficios bajo los siguientes radicados, como se informó anteriormente este Ministerio comparte por medio del sftp a la Superintendencia Nacional de Salud las respuestas emitidas por las entidades,

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

Una vez verificada la información remitida por las EPS sobre las negaciones de los servicios cubiertos por el plan de beneficios y que realmente fueron negados, esta dirección informara a la corte el resultado.

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

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

En el Régimen Contributivo en el periodo abril y mayo de 2016 de las 32.158 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 34,08% equivalente a 10.958 registros corresponden al concepto “V: Otros motivos”, un 29,60% con 9.519registros por concepto “P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.”, y el 36,32% restante por los demás conceptos con un total de 11.681 registros (ver tabla No.25).

**Tabla 25. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo  
Periodo abril a mayo de 2016**

MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	%PART
<b>M:</b> El servicio solicitado es cobertura del POS	3	10	13	0,04%
<b>O:</b> No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país	3.051	2.300	5.351	16,64%
<b>P:</b> La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	5.692	3.827	9.519	29,60%
<b>Q:</b> No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	1.612	1.224	2.836	8,82%
<b>R:</b> No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	598	537	1.135	3,53%
<b>S:</b> El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	1.587	754	2.341	7,28%

MODALIDAD	ABRIL	MAYO	TOTAL	%PART
<b>T:</b> La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		2	2	0,01%
<b>U:</b> La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.		3	3	0,01%
<b>V:</b> Otros motivos	4.684	6.274	10.958	34,08%
<b>TOTAL</b>	<b>17.227</b>	<b>14.931</b>	<b>32.158</b>	<b>100,00%</b>

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

En el periodo de junio de 2016 en el régimen contributivo de las 12.357 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 33,41% equivalente a 4.129 registros corresponden al concepto “V: Otros motivos”, un 31,10% con 3.843 registros por concepto “P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.”, y el 36,32% restante por los demás conceptos con un total de 11.681 registros (ver tabla No. 26).

**Tabla 26. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Contributivo – junio de 2016**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
MODALIDAD	JUNIO	%PART
<b>M:</b> El servicio solicitado es cobertura del POS	2	0,02%
<b>O:</b> No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país	2.306	18,66%
<b>P:</b> La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	3.843	31,10%
<b>Q:</b> No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	982	7,95%
<b>R:</b> No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	655	5,30%
<b>S:</b> El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	437	3,54%
<b>U:</b> La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	3	0,02%

MODALIDAD	JUNIO	%PART
V: Otros motivos	4.129	33,41%
<b>TOTAL</b>	<b>12.357</b>	<b>100,00%</b>

Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la tabla No.27 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 1.000

**Tabla 27. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo**

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO	CANTIDAD
LA PRESTACION HA SIDO APROBADA PREVIAMENTE POR EL COMITE	5.055
NO CUMPLE CRITERIOS EN PRESCRIPCIÓN LA FORMULA NO ACATA EL RES 5395 DE 2013	3.338
NO HAY INFORMACION SUFFICIENTE PARA LA TOMA DE DECISION POR PARTE DEL COMITE	1.960
EXCLUSION DE NORMATIVIDAD	1.262
SOPORTE ADICIONAL PARA VALIDACIÓN DE PERTINENCIA	1.252

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

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

En el Régimen Subsidiado, de las 11.309 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), el 42,65% equivalente a 4.823 registros corresponden al concepto “V:Otros Motivos”, un 22,77% con 2.575 registros por concepto de “P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS”, el 6,58% equivalente a 744 registros correspondiente al concepto M: El servicio solicitado es cobertura del POS y el 28% restante por los demás conceptos con un total de 3.167 registros (ver tabla No.28).

**Tabla 28. Motivos de negación por el CTC (NEG) Régimen Subsidiado**

RÉGIMEN SUBSIDIADO						
MODALIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	%PART	
<b>M:</b> El servicio solicitado es cobertura del POS	276	207	261	744	6,58%	
<b>O:</b> No está autorizado el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología sin cobertura en el POS por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país	307	266	430	1.003	8,87%	
<b>P:</b> La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS.	879	765	931	2.575	22,77%	
<b>Q:</b> No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante.	139	163	315	617	5,46%	
<b>R:</b> No existe riesgo inminente para la vida del paciente.	387	283	236	906	8,01%	
<b>S:</b> El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	148	249	232	629	5,56%	
<b>T:</b> La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	2	2	4	8	0,07%	
<b>U:</b> La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada.	2	1	1	4	0,04%	
<b>V: Otros motivos</b>	1.577	1.493	1.753	4.823	42,65%	
<b>TOTAL</b>	<b>3.717</b>	<b>3.429</b>	<b>4.163</b>	<b>11.309</b>	<b>100,00%</b>	

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

Debido que el grupo predominante es “V: Otros motivos” en la tabla No.29 se muestra la descripción de otros motivos con una frecuencia superior a 100

**Tabla 29. Motivos de negación por el CTC (NEG) – Otros Motivo**

RÉGIMEN SUBSIDIADO		
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO		CANTIDAD
NO CUMPLE REQUISITOS DE RESOLUCION 5395 DE 2013		716
SOLICITUD EXTEMPORANEA		480
SERVICIO APROBADO POR EL CTC PREVIAMENTE CON/SIN ENTREGAS PENDIENTES		352
LA TECNOLOGIA EN SALUD SOLICITADA SE NIEGA MEDIANTE RESOLUCION 5592 DEL 2015		330
PRESCRIPCION MEDICA INCOMPLETA O NO CUMPLE CON EL ESTANDAR DEL DECRETO 2200 DE 2005		229
EXCLUSIONES DEL POS		220
LOS SOPORTES ADJUNTADOS A LA SOLICITUD NO CORRESPONDEN ENTRE SI		141
EL FORMATO DE SOLICITUD INCOMPLETOS O NO CUMPLEN CON EL ESTANDAR DE NORMA		138

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

A continuación se presentan las EPS que reportan el registro “M: El servicio solicitado es cobertura del POS” (ver tabla No.30):

**Tabla 30 . Entidades que reportan “M: El servicio solicitado es cobertura del POS” periodo abril a junio de 2016**

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Cafesalud - Contributivo	2		1	3
Cajacopi	10	2		12
Capitalsalud			1	1
Capresoca	19	14	23	56
Comfacor		2	2	4
Comfaguajira	1	2		3
Comfenalco Valle		2		2
Comparta	96	43	95	234
Compensar	1			1
Convida		3	3	6
Dusakawi	1		1	2
Emssanar-Subsidiado	19		3	22
Mallamas	7	13	11	31

ENTIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Manexka	2		1	3
Mutual Ser	31	43	40	114
Nueva EPS		6		6
Savia	90	86	82	258
Sura EPS		1		1
<b>Total general</b>	<b>279</b>	<b>217</b>	<b>263</b>	<b>759</b>

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

Este Ministerio solicitó a las anteriores entidades informara el motivo por haber negado servicios cubiertos por el plan de beneficios bajo los siguientes radicados:

ENTIDAD	RADICADOS
Cafesalud - Contributivo	201631001314681
Cajacopi	201631001314731
Capitalsalud	201631001327521
Capresoca	201631001314811
Comfacor	201631001314871
Comfaguajira	201631001317921
Comfenalco Valle	201631001321141
omparta	201631001329291
Compensar	201631001322091
Convida	201631001322191
Dusakawi	201631001325471
Emssanar-Subsidiado	201631001325581
Mallamas	201631001325741
Manexka	201631001325801
Mutual Ser	201631001326161
Nueva EPS	201631001329621
Savia	201631001326281
Sura EPS	201631001326501

### 3.7 NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de

Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el segundo trimestre del año 2016 (ver tabla No.31).

**Tabla 31. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Contributivo**

<b>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	
<b>CIE-10</b>	<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
R522	OTRO DOLOR CRONICO
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

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

**Tabla 32. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Régimen Subsidiado**

<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>	
<b>CIE-10</b>	<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA



CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
E43X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
E441	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA
M350	SINDROME SECO [SJÖGREN]
H101	CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA
F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

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

### 3.8 TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES

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

**Tabla 33. Total de registros remitidos por Entidad - periodo abril de 2016**

ABRIL DE 2016				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO ENVIADOS	AFILIADOS	Tasa Abril x10k
EPSI03	AIC	13	441.125	0,29%
EPS001	Aliansalud	783	202.819	38,61%
ESS076	Ambuq	39	978.266	0,40%



CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO ENVIADOS	AFILIADOS	Tasa Abril x10k
EPSI04	Anas Wayuu	8	131.087	0,61%
ESS062	Asmet Salud	76	1.975.035	0,38%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	784	6.181.142	1,27%
CCF055	Cajacopi	142	683.398	2,08%
EPSS34	Capitalsalud	145	1.200.376	1,21%
EPS025	Capresoca	81	179.527	4,51%
CCF015	Comfacor	684	619.222	11,05%
CCF053	Comfacundi	101	109.946	9,19%
CCF023	Comfaguajira	10	144.998	0,69%
CCF024	Comfamiliar Huila	627	538.862	11,64%
CCF049	Comfaoriente	13	106.062	1,23%
EPS012	Comfenalco Valle	245	252.984	9,68%
ESS133	Comparta	669	1.915.897	3,49%
EPS008	Compensar	276	1.160.436	2,38%
EPS022	Convida	138	575.584	2,40%
EPS016	Coomeva	1.717	2.889.505	5,94%
ESS024	Coosalud	310	1.982.271	1,56%
EPSI01	Dusakawi	1	200.261	0,05%
ESS091	Ecoopsos	83	317.624	2,61%
ESS002	Emdisalud	26	495.360	0,52%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	798	1.880.065	4,24%
EPS017	Famisanar-Contributivo	98	1.696.929	0,58%
EAS027	Fondo de Pasivo	3	42.964	0,70%
EPSI05	Mallamas	78	273.321	2,85%
EPSI02	Manexka	34	216.393	1,57%
ESS207	Mutual Ser	716	1.329.231	5,39%
EPS037	Nueva EPS	26.276	3.821.189	68,76%
EPSI06	Pijaos Salud	7	78.306	0,89%
EPS002	Salud Total - Contributivo	832	2.247.993	3,70%
EPS033	Saludvida - Contributivo	27	1.420.080	0,19%
EPS005	Sanitas	2.502	1.551.611	16,13%
EPSS40	Savia	272	1.664.917	1,63%



CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO ENVIADOS	AFILIADOS	Tasa Abril x10k
EPS018	SOS	502	908.932	5,52%
EPS010	Sura EPS	7.429	2.379.972	31,21%

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

**Tabla 34. Total de registros remitidos por Entidad - periodo mayo de 2016**

MAYO DE 2016				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO ENVIADOS	AFILIADOS	Tasa Mayo x10k
EPSI03	AIC	17	441.343	0,39%
EPS001	Aliansalud	654	202.075	32,36%
ESS076	Ambuq	26	980.514	0,27%
EPSI04	Anas Wayuu	1	132.038	0,08%
ESS062	Asmet Salud	53	1.982.053	0,27%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	858	6.125.072	1,40%
CCF055	Cajacopi	66	685.925	0,96%
EPSS34	Capitalsalud	87	1.199.169	0,73%
EPS025	Capresoca	32	180.762	1,77%
CCF015	Comfacor	724	618.881	11,70%
CCF053	Comfacundi	116	110.257	10,52%
CCF023	Comfaguajira	8	146.033	0,55%
CCF024	Comfamiliar Huila	879	538.349	16,33%
CCF049	Comfaoriente	12	105.780	1,13%
EPS012	Comfenalco Valle	150	252.223	5,95%
ESS133	Comparta	733	1.918.460	3,82%
EPS008	Compensar	330	1.171.896	2,82%
EPS022	Convida	115	576.234	2,00%
EPS016	Coomeva	1308	2.886.961	4,53%
ESS024	Coosalud	226	1.983.877	1,14%
ESS091	Ecoopsos	60	315.010	1,90%
ESS002	Emdisalud	6	496.845	0,12%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	621	1.860.461	3,34%
EPS017	Famisanar-Contributivo	108	1.734.426	0,62%
EPSI05	Mallamas	69	273.519	2,52%

ESS207	Mutual Ser	726	1.338.645	5,42%
EPS037	Nueva EPS	24486	3.823.710	64,04%
EPS002	Salud Total - Contributivo	791	2.270.496	3,48%
EPS033	Saludvida - Contributivo	52	1.419.938	0,37%
EPS005	Sanitas	2228	1.589.800	14,01%
EPSS40	Savia	261	1.678.398	1,56%
EPS018	SOS	441	915.915	4,81%
EPS010	Sura EPS	6.287	2.408.711	26,10%

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

**Tabla 35. Total de registros remitidos por Entidad en periodo junio de 2016**

JUNIO DE 2016				
CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO ENVIADOS	AFILIADOS	Tasa Junio x10k
EPSI03	AIC	24	441.815	0,54%
EPS001	Aliansalud	891	201.895	44,13%
ESS076	Ambuq	16	957.946	0,17%
EPSI04	Anas Wayuu	2	133.758	0,15%
ESS062	Asmet Salud	58	1.955.130	0,30%
EPS003	Cafesalud - Contributivo	854	6.186.915	1,38%
EPSS34	Capitalsalud	70	1.194.533	0,59%
EPS025	Capresoca	68	177.169	3,84%
CCF009	Comfaboy	1	102.231	0,10%
CCF102	Comfachoco	3	151.133	0,20%
CCF015	Comfacor	740	620.700	11,92%
CCF053	Comfacundi	180	108.525	16,59%
CCF023	Comfaguajira	9	145.304	0,62%
CCF024	Comfamiliar Huila	602	528.456	11,39%
CCF049	Comfaoriente	14	105.441	1,33%
CCF033	Comfasucre	7	101.182	0,69%
EPS012	Comfenalco Valle	194	250.690	7,74%
ESS133	Comparta	1.037	1.873.382	5,54%
EPS008	Compensar	271	1.190.662	2,28%



MINSALUD



CODIGO	ENTIDAD	REGISTRO ENVIADOS	AFILIADOS	Tasa Junio x10k
EPS022	Convida	92	565.444	1,63%
EPS016	Coomeva	993	2.911.196	3,41%
ESS024	Coosalud	252	1.957.541	1,29%
EPSI01	Dusakawi	1	199.797	0,05%
ESS091	Ecoopsos	61	307.479	1,98%
ESS002	Emdisalud	29	489.901	0,59%
ESS118	Emssanar-Subsidiado	562	1.866.390	3,01%
EPS017	Famisanar-Contributivo	103	1.767.660	0,58%
EAS027	Fondo de Pasivo	4	42.744	0,94%
EPSI05	Mallamas	53	273.166	1,94%
EPSI02	Manexka	30	213.536	1,40%
ESS207	Mutual Ser	1.165	1.312.607	8,88%
EPS037	Nueva EPS	26.348	3.892.055	67,70%
EPS002	Salud Total - Contributivo	911	2.318.901	3,93%
EPS033	Saludvida - Contributivo	25	1.382.814	0,18%
EPS005	Sanitas	2.294	1.634.910	14,03%
EPSS40	Savia	396	1.667.248	2,38%
EPS018	SOS	411	928.508	4,43%
EPS010	Sura EPS	6.253	2.442.228	25,60%

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

#### 4. CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

La variación de registros enviados entre el periodo II trimestre de 2015 y II trimestre de 2016 hubo un incremento del 90,40%, y la variación entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 el incremento fue de 20,67%.

Con relación a la variación de registros validados exitosamente entre el periodo II trimestre de 2015 y II trimestre de 2016 el incremento fue de 61,41% y la variación entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 se presenta una disminución del 1,18%

En la modalidad de atención se observó que el servicio de atención ambulatoria se produce un disminución del 0,74% entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016, para el caso de domiciliario la disminución fue del 1,37%, la disminución en la modalidad hospitalaria fue del 5,36 siendo la más significativa entre todas las modalidades y en urgencias la disminución fue del 3,26%.

En el tipo de servicio se presenta un aumento significativo del 24,09% en las actividades entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016 y en el caso de medicamentos se presentó una disminución del 3,60% y para el caso de procedimientos la disminución fue del 3,57% entre el I trimestre de 2016 y el II trimestre de 2016.

Para el caso de servicios ordenados por el médico tratante y negado por el CTC se presenta un incremento del 30,82% entre los periodos I trimestre de 2016 y II trimestre de 2016 y en el caso de servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC se presentó una disminución del 32,01%.

Del resultado de los registros podemos observar que se presenta un mayor reporte de negación de tecnologías incluidas dentro del plan de beneficios en el régimen contributivo (16.31% NTR y 0.03% NEG) que en el régimen subsidiado (6.58%NEG y 5.48 NTR).

La negación de tecnologías en salud incluidas en la causal NTR como NEG son negaciones que podrían llegar a ser ilegítimas cuando se trata de tecnologías incluidas dentro del plan de beneficios. No obstante, es importante analizar cada causal con precaución. Como se mencionó anteriormente la negación es ilegítima cuando es atribuible a problemas administrativos o de coordinación de los entes responsables en la prestación del servicio. Por el contrario es legítima cuando el motivo de la negación es la pertinencia médica o la seguridad del paciente. Este

Ministerio ha venido trabajando en incorporar mecanismos de seguimiento para determinar si efectivamente la tecnología cubierta en el plan de beneficios fue suministrada al paciente. De no ser así, se procede a reportar la situación ante la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

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

Con el objetivo de avanzar en el cumplimiento de la orden, este Ministerio viene trabajando en una serie de reformas a la estructura del registro de negación de servicios, de tal manera que se tenga una información más completa desde la orden del médico tratante de la solicitud de la tecnología no incluida dentro del plan de beneficios, la razón de la negación de la tecnología en salud y/o el suministro efectivo.

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

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

# ANEXOS

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

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

Entidad	ABRIL PRIMER ENVIO	MAYO PRIMER ENVIO	JUNIO PRIMER ENVIO
Comfaoriente	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Comfasucre	No reportan información	No se presentarón casos	No paso validación
Comfenalco Valle	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Comparta	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Compensar	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Convida	No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa
Coomeva	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Coosalud	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Cruz Blanca	No reportan información	No reportan información	No reportan información
Dusakawi	Validación exitosa	No se presentarón casos	Validación exitosa
Ecoopsos	No paso validación	Validación exitosa	Validación exitosa
Emdisalud	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Emssanar-Subsidiado	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
EPM Departamento Medico	No se presentarón casos	No se presentarón casos	No se presentarón casos
Famisanar-Contributivo	Validación exitosa	Validación exitosa	No paso validación
Fondo de Pasivo	Validación exitosa	No se presentarón casos	Validación exitosa
Mallamas	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Manexka	Validación exitosa	No reportan información	Validación exitosa
Mutual Ser	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Mutual Ser	Validación exitosa	Validación exitosa	

Entidad	ABRIL PRIMER ENVIO	MAYO PRIMER ENVIO	JUNIO PRIMER ENVIO
Nueva EPS	Validación exitosa	Validación exitosa	No paso validación
Pijao Salud	Validación exitosa	No se presentarón casos	No reportan información
Salud Total - Contributivo	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Salud Total - Subsidiado	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Saludvida - Contributivo	Validación exitosa	Validación exitosa	No se presentarón casos
Saludvida - Subsidiado	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Sanitas	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Savia	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
SOS	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa
Sura EPS	Validación exitosa	Validación exitosa	Validación exitosa