



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **201731002244591**

Fecha: **22-11-2017**

Página 1 de 1

Bogotá D.C,

Honorables Magistrados  
**JORGE IVÁN PALACIO PALACIO**  
**MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO**  
**GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO**  
Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008  
**CORTE CONSTITUCIONAL**  
Calle 12 N° 7-65 Piso 2 Palacio de Justicia  
Bogotá. D.C

2017 NOV 23 10 29 AM

ASUNTO: Sentencia T- 760 de 2008, Cumplimiento Orden 19 - Informe III Trimestre de 2017 *MUP*

Honorables Magistrados:

En cumplimiento de lo determinado por la Honorable Corte Constitucional en la Orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008, de manera atenta, remito el informe de Negación de Servicios Médicos, correspondiente al tercer trimestre del año 2017, el cual se elaboró a partir de la información remitida por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital, en el marco de la Resolución 2064 de 2017.

Cordialmente,

**JOSÉ LUIS ORTÍZ HOYOS**  
Director de la Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud,  
Riesgos Laborales y Pensiones

Anexo: 1 CD

Copias:

- Dr. EDGARDO MAYA VILLAZÓN, Contralor General de la República, CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA, Carrera 8 No. 15 – 46 Piso 1, Bogotá D.C
- Dr. FERNANDO CARRILLO FLOREZ, Procurador, PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, Carrera 5 No. 15 - 80, Bogotá D.C.
- Dr. LUIS FERNANDO CRUZ ARAÚJO, Superintendente Nacional de Salud ( E ), SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Av Ciudad de Cali 51 66 P-6 Ed World Bussines Center, Bogotá. D.C
- Dr. CARLOS ALFONSO NEGRET MOSQUERA, Defensor del Pueblo, DEFENSORIA DEL PUEBLO, Carrera 9 No.16-21 Piso 2 Bogotá D.C

Elaboró: Giovana R  
Revisó/Aprobó: JL Ortíz

**Orden 19  
Sentencia T-760 de 2008  
Auto 411 de 2015  
Informe III trimestre de 2017**

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

Bogotá D.C., Noviembre de 2017

## CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	5
2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760.....	7
3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD .....	10
<b>3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>13</b>
3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	16
3.2.2. SEXO DEL USUARIO .....	17
3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	18
3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO.....	20
3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	22
3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	32
3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS ENTIDADES .....	34
4. ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL 37	
<b>4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>39</b>
4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	40
4.1.2. SEXO DEL USUARIO .....	40
4.1.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	41
4.1.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO.....	41
4.1.5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – III TRIMESTRE DE 2017.....	42
5. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES) .....	43

## TABLAS

Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes III trimestre 2017 .....	11
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el.....	12
Tabla 3 Negación de Servicios por Modalidad de Atención III trimestre de 2017 ...	19
Tabla 4. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al III trimestre de 2017 .....	21
Tabla 5 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo .....	23
Tabla 6 . Comparativo entre periodos concepto de negación .....	24
Tabla 7. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) III trimestre de 2017 .....	25
Tabla 8. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto .....	26
Tabla 9. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – III Trimestre de 2017 .....	26
Tabla 10. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, en concepto NTR – III Trimestre de 2017 .....	27
Tabla 11. Motivos de negación por el CTC (NEG) III trimestre de 2017 .....	28
Tabla 12. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - III trimestre de 2017 .....	29
Tabla 13. Entidad que reporta bajo el concepto NEG “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”– III Trimestre de 2017 .....	31
Tabla 14. Entidad que reporta “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”, bajo el concepto NEG – III Trimestre de 2017 .....	32
Tabla 15. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) .....	32
Tabla 16. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG).....	33
Tabla 17. Total de registros remitidos por Entidad - periodo julio de 2017 .....	34
Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo agosto de 2017 .....	35
Tabla 19. Total de registros remitidos por Entidad - periodo septiembre de 2017 .....	36
Tabla 20. Consolidado Entidades reportantes III trimestre 2017 .....	37
Tabla 21. Entidades no reportantes en el III trimestre 2017 .....	38
Tabla 22. Número de Registros reportados por las ET en el .....	39
Tabla 23 Modalidad de Atención - III trimestre de 2017 .....	41
Tabla 24. Tipo de servicio solicitado correspondiente al III trimestre de 2017 .....	42
Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario – III trimestre de 2017 .....	42
Tabla 26. Percepción Usuarios MIPRES .....	47

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el III trimestre de 2017 .....	12
Gráfico 2. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 - NEG(Negado por el CTC).....	16
Gráfico 3 Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 - NTR .....	17
Gráfico 4 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NEG.....	17
Gráfico 5 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NTR .....	18
Gráfico 6. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR (No tramitado por el CTC) - III trimestre de 2017.....	19
Gráfico 7. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG (negado por el CTC) - III trimestre de 2017.....	20
Gráfico 8. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR - III trimestre de 2017.....	21
Gráfico 9. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG - III trimestre de 2017.....	22
Gráfico 10. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el .....	40
Gráfico 11 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NEG.....	41
Gráfico 12. Número de registros de Prescripción por Tecnología - III trimestre de 2017.....	44
Gráfico 13. Numero de prescripciones analizadas sobre usuarios contactados.....	45
Gráfico 14. Percepción de problemas relevantes.....	46
Gráfico 15. Percepción Usuarios MIPRES .....	46

## 1. ANTECEDENTES

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

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

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

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.

---

<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”

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

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.

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 él envió por medio de la plataforma PISIS. A continuación, se explican las fases de validación realizadas por medio de la plataforma PISIS:

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

PISIS informa a la entidad si el archivo remitido tiene algún error en las validaciones para su respectiva corrección y sea enviado nuevamente antes del cierre de la

plataforma, el proceso se realiza los primeros ocho días de cada mes las 24 horas al día.

Una vez realizadas las dos validaciones, se toman los archivos que pasaron el 100% las dos validaciones para crear la Base de Datos que alimentara el siguiente informe.

Adicionalmente, 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.

## **2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760**

La Sala especial de Seguimiento de la Corte Constitucional en evaluación al grado de cumplimiento de la orden décimo novena de la Sentencia T-760 de 2008, profiere el auto 411 de 2015 y ordena en el ordinal cuarto a este Ministerio adoptar las medidas en torno a la creación del nuevo registro de negaciones donde se rediseñen los lineamientos establecidos en la Resolución 1683 de 2015 y el control de las irregularidades tratadas en los numerales 10.2 a 10.9, 10.12 y 10.13 del auto.

Como se le ha informado a la Honorable Corte Constitucional este Ministerio ha venido trabajando en el acceso a las tecnologías de salud no cubiertas por el Plan de Beneficios. Por lo cual expidió la Resolución 1328 de 2016 (y sus modificatorias) para propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con cargo a la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información. Dicha Resolución estableció el procedimiento para reportar la prescripción de los mencionados servicios a través de una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y optimizar el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

Dicha herramienta fundamenta su desarrollo en el Artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, el cual establece la política para el manejo de la información en salud en los siguiente términos: “Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros”; en este sentido a través de ella se tendrá información en tiempo real y permite la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantice que los recursos en salud dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la

UPC, provengan de una orden de un profesional de la salud y por lo tanto que su suministro y facturación se han consistentes favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Como se ha mencionado a la Honorable Corte Constitucional, el régimen contributivo es responsabilidad del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y el régimen subsidiado se encuentra en cabeza de las entidades territoriales certificadas en salud, esto es, distritos y departamentos de conformidad con la Ley 715 de 2011. En este sentido, la regulación de los procedimientos para el acceso a servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (Resoluciones 1328 de 2016 y 1479 de 2015), obedece al estudio de cada uno de los regímenes y de sus correspondientes fuentes de financiación.

En este marco, la resolución 1328 de 2016 aplica para la prescripción de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, del régimen contributivo y para el régimen subsidiado aplica la Resolución 1479 de 2015, la cual basa la garantía del suministro de los servicios y tecnologías en la autorización emitida por el Comité Técnico Científico, remitiéndose al Título II de la mencionada Resolución 5395, tal y como lo establece el artículo 5 de la Resolución 1479 de 2015:

*“(...) Comités Técnico Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de la EPS, conformado de acuerdo a lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013, en el cual podrá participar un representante de la entidad territorial, con voz y sin voto en las decisiones. Esta participación se ejercerá sin perjuicio de la responsabilidad que tiene las entidades territoriales en los procesos de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro”.*

De acuerdo con lo anterior y en aras de garantizar la continuidad del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado no fue derogado el Título II de la Resolución 5395 de 2013. No obstante lo anterior, es pertinente aclarar que las Entidades Territoriales pueden adoptar el procedimiento contenido en la Resolución 1328, de conformidad con la autonomía consagrada en el artículo 287 de la Constitución Política. En este marco MIPRES se implementó en primera instancia para el régimen contributivo pero a su vez el Ministerio sigue trabajando para la implementación en el régimen subsidiado siguiendo los lineamientos de la Honorable Corte Constitucional al respecto.

Dado lo anterior, en el escenario actual coexisten los CTC del régimen subsidiado y la operación de MIPRES en el régimen contributivo. Esto plantea una situación distinta para el cumplimiento de la Orden 19 de la que se tenía antes de la puesta en marcha de MIPRES. Debido a esto el presente informe recoge la información habitual de las decisiones de los CTC, especialmente para el caso del subsidiado ya que en el caso del régimen contributivo no operan desde la implementación total

de MIPRES, y unos primeros resultados del comportamiento de las solicitudes de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios tramitadas a través de MIPRES.

Si bien estos cambios regulatorios tiene un efecto en el cumplimiento de la Orden 19, el Ministerio siguió trabajando en mejorar la calidad de la información que nutre el reporte de servicios negados y al mismo tiempo actualizó la regulación para el reporte de información del régimen subsidiado entre tanto se da una implementación del MIPRES en dicho régimen.

Sobre la calidad la información y en el marco de la resolución 1683 de 2015, el Ministerio realizó mesas de trabajo con las EPS y EOC sobre el reporte de información, particularmente la descripción de los campos, “Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)” y “Motivos de negación por el CTC (NEG)” y cuyo resultado permitió desagregar los campos “Otros Motivos” y “otros servicios”. La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones bajo comunicados 201631001853221 y 201631002184221 remitido a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), emite la modificatoria provisional del anexo técnico de la Resolución 1683 de 2015 la cual se encuentra publicada en [web.sispro.gov.co/anexos técnicos – normas/REC Servicios Negados](http://web.sispro.gov.co/anexos_técnicos_normas/REC_Servicios_Negados), y comenzó a operar el día 1 de diciembre del 2016.

Sobre la actualización de la regulación, el Ministerio puso a disposición de la Corte Constitucional, los peritos voluntarios y el público en general la nueva propuesta del acto administrativo modificatorio de la resolución 1683 de 2015, el cual fue remitido bajo los siguientes radicados a las siguientes entidades y publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en proyectos actos administrativos:

ENTIDAD	RADICADO
CORTE CONSTITUCIONAL	201631002289221
ASOCAJAS	201631002088461
GESTARSALUD	201631002088451
ACEMI	201631002088441

El acto administrativo quedo en firme el día 12 de junio de 2017 bajo la Resolución 2064 de 2017, publica en el Diario Oficial 50.263. Esta Dirección convocó a las EPS y Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital (Anexo 1) a la videoconferencia con el fin de capacitarlas sobre la implementación de la Resolución 2064 de 2017, el día 20 de junio de 2017 (Anexo 2)

El siguiente reporte estará dividido en tres partes, una primera parte sobre la información presentada por las Entidades Promotoras de Salud que operen el Régimen Subsidiado bajo el Anexo Técnico No. 1, una segunda parte sobre la información presenta por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital bajo el Anexo Técnico No. 2 y la tercera y última parte los resultados obtenidos de MIPRES desde su implementación hasta septiembre de 2017.

### **3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

A continuación, se presentará el análisis de la información remitida por las Entidades de Promotoras de Salud, bajo el Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017 el cual señala: “Reporte de servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud – EPS y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico - CTC y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico – CTC”,

La información que se presentara a continuación, corresponden al III trimestre de 2017, de las entidades que pasaron satisfactoriamente el 100% de las dos validaciones indicadas en la Resolución 2064 de 2017 y anteriormente mencionadas en este informe.

#### **3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN**

La Resolución 2064 de 2017 señala: “El presente acto administrativo deberá reportarse por las Entidades Promotoras de Salud que operen el Régimen Subsidiado a través del Anexo Técnico 1, y las entidades territoriales a través del Anexo Técnicos 2, en la Plataforma de Intercambio de Información -PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, previa solicitud del usuario en los términos definidos en cada anexo”.

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”*

Una vez verificada la información remitida por las diferentes entidades, correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre de 2017, los resultados son los siguientes (ver tabla No.1):

**Tabla 1. Consolidado Entidades reportantes III trimestre 2017**

Julio de 2017			Agosto de 2017			Septiembre de 2017		
Núm. de entidades habilitadas (CM)	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de entidades habilitadas (CM)	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de entidades habilitadas	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
41	37	90%	41	36	88%	41	37	90%

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

En el siguiente cuadro se enuncian las EPS que no presentaron información correspondiente al III trimestre de 2017 en el marco de la Resolución 2064 de 2017.

Se informa a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye:

ENTIDAD	MESES QUE NO REPORTO	RADICADO
Cafesalud	Julio	201731002131071
Medimas	Agosto	
Comfaboy	Julio, Agosto y Septiembre	
Cruz Blanca	Julio, Agosto y Septiembre	
Comfamiliar Cartagena	Julio, Agosto y Septiembre	
Comfamiliar Nariño	Septiembre	
Ecoopsos	Agosto	

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

En la tabla No.2 se presenta el total de registros enviados y validados exitosamente en el III trimestre de 2017, donde se puede observar que el 78,72% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017 (ver tabla No. 2).

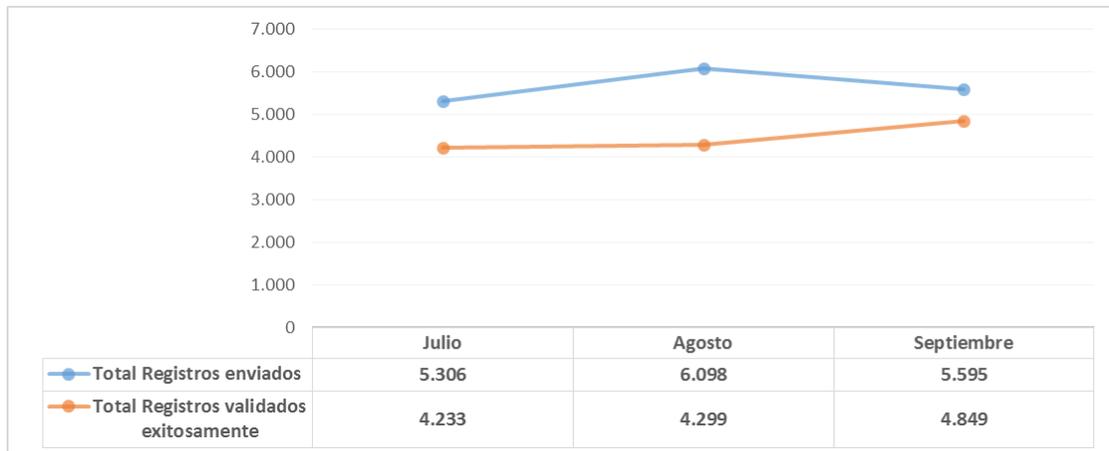
**Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el III trimestre de 2017**

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Julio	5.306	4.233	79,78%
Agosto	6.098	4.299	70,50%
Septiembre	5.595	4.849	86,67%
<b>TOTALES</b>	<b>16.999</b>	<b>13.381</b>	<b>78,72%</b>

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

En el gráfico 1, se puede observar un incremento del 14,93% entre el mes de Julio y Agosto de 2017 y una disminución del 8,25% entre el mes de Agosto y Septiembre de 2017 sobre los registros enviados.

**Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el III trimestre de 2017**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el Anexo No. 3 se remite el estado de cada uno de los archivos remitos por las EPS en el III trimestre de 2017 (ver Anexo No.3).

### 3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A continuación se identifican las negaciones de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en el marco del Anexo Técnico No.1 de la Resolución 2064 de 2017:

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

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

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

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

En el marco del Auto 411 de 2015 este Ministerio en la Resolución 2064 de 2017, solicita a las EPS indique la causal de negación reportada bajo el ítem “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios”, dicha información es remitida bajo el anexo técnico 1 con el tipo de registro 3, donde las

entidades deben informar el porqué de la negación o si se prestó o suministro el servicio incluido en el Plan de Beneficios

Este Ministerio pone a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud en el FTP los archivos planos remitidos por las EPS y EOC. Donde los archivos planos contienen la identificación de los afiliados y el motivo de la negación.

- Municipio donde se solicito el Servicio o tecnología: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les realizo la negación.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les realizo la negación.
- Ambito de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en [web.sispro.gov.co](http://web.sispro.gov.co)
- Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado: Medicamentos, Procedimientos, Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Productos Nutricionales, Servicios Específicos y Servicios no financiados con recursos de salud, los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECTipoServicio en [web.sispro.gov.co](http://web.sispro.gov.co)
- Causal de la negación del servicio: a continuación se presentan las cuales del anexo técnico de la resolución 2064 de 2017 las cuales son las razones de la negativas por parte de la EPS para no tramitar la solicitud ante el Comité Técnico Científico (**NTR**) o la causa de la negativa por parte del Comité técnico Científico del servicio solicitado (**NEG**):

<b>(NTR)</b>	<b>(NEG)</b>
<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>Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECMotivoNtrCTC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC</li> <li>✚ Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan )</li> <li>✚ Tiene tutela que cubre el servicio solicitado</li> <li>✚ Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio</li> <li>✚ Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)</li> <li>✚ Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 Resolución 5395 de 2013)</li> <li>✚ Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya</li> <li>✚ La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</li> </ul>	<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>Deberá utilizar los códigos dispuesto en la tabla de referencia RECMotivoNegCTC en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ El servicio solicitado es cobertura del POS</li> <li>✚ Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)</li> <li>✚ Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya</li> <li>✚ La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</li> <li>✚ Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)</li> <li>✚ 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</li> <li>✚ La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS</li> <li>✚ No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante</li> <li>✚ No existe riesgo inminente para la vida del paciente</li> <li>✚ 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.</li> <li>✚ Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior</li> <li>✚ Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013).</li> </ul>

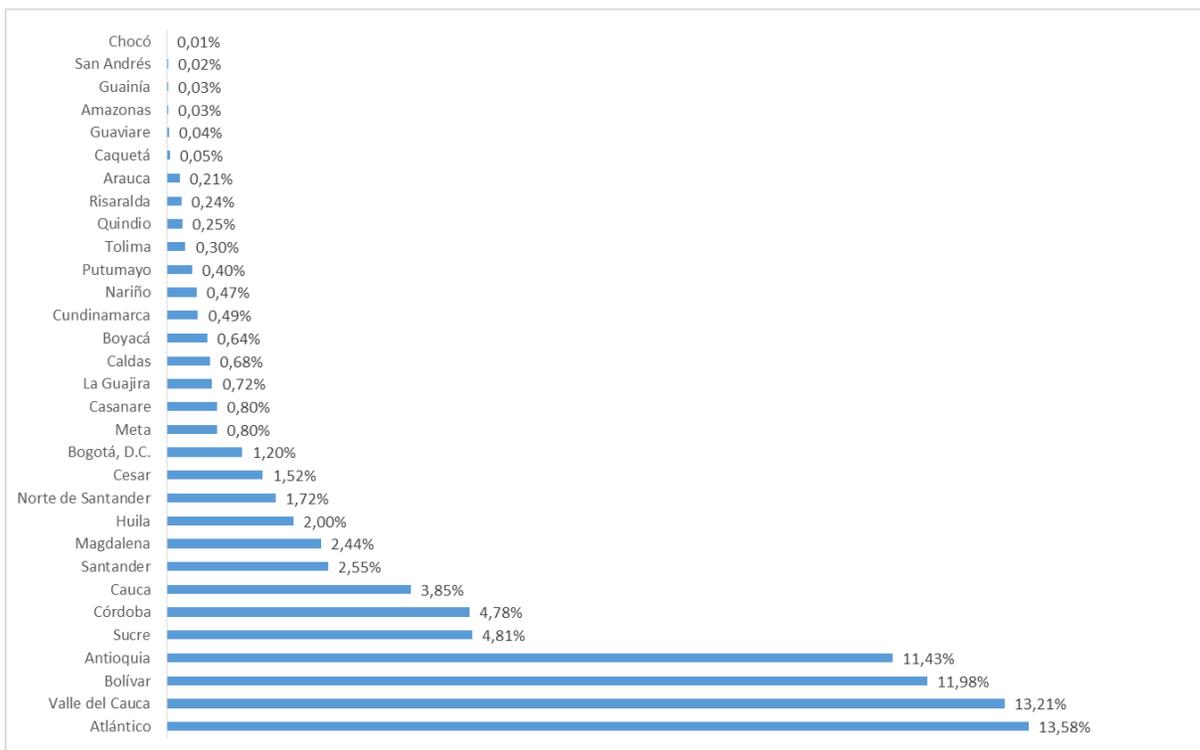
- Servicio según diagnóstico. Se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondiente al diagnóstico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

### 3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA

De los archivos validados exitosamente, se presentaron 13.381 registros de los cuales el 81,24% corresponde al Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG) y un 18,76% a los Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)

Como se puede observa en el grafico 2, el departamento mas significativo en el reporte de registros de Servicios ordenados por el Médico Tratante Negado por el CTC (NEG) es Atlántico con el 13,58%, en segundo lugar Valle del Cauca con el 13,21% y en tercer lugar Bolívar con 11,98%.

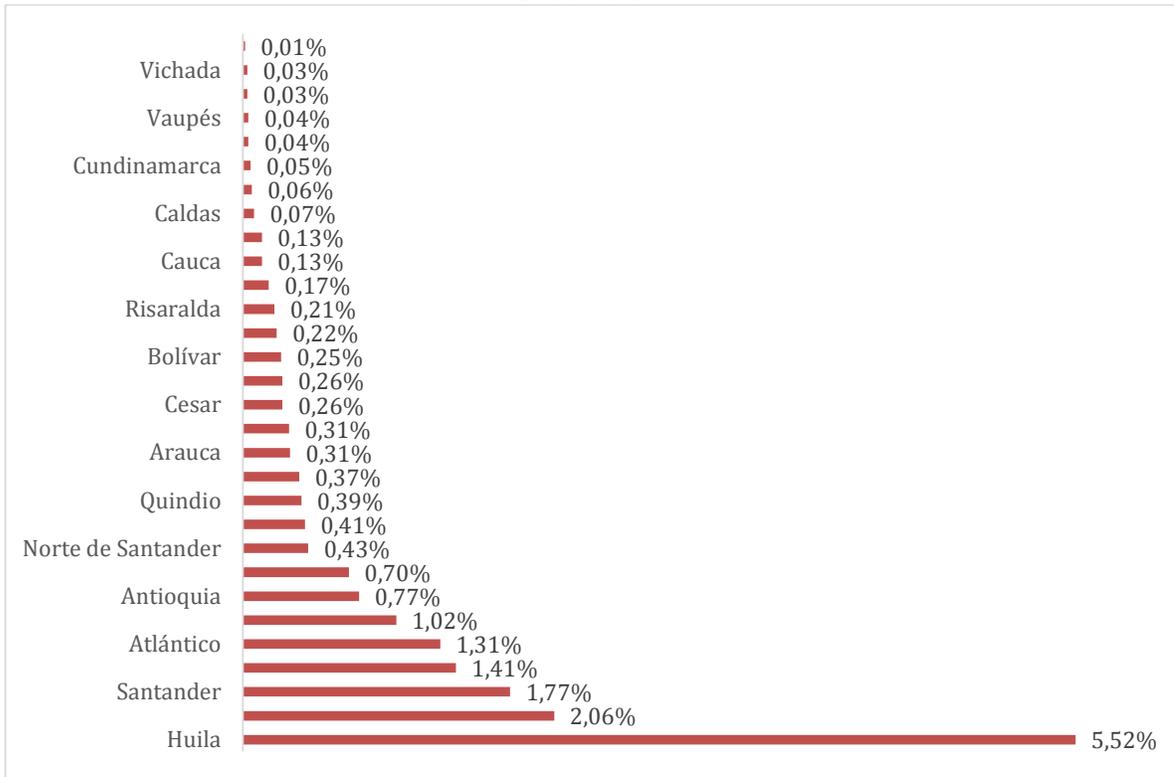
**Gráfico 2. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 – NEG (Negado por el CTC)**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el Grafico 3, el departamento mas significativo en los registros de Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) es Huila con un 5,52%, en segundo lugar Cordoba con un 2,06% y en tercer lugar Santander con un 1,77%.

**Gráfico 3 Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017 - NTR**

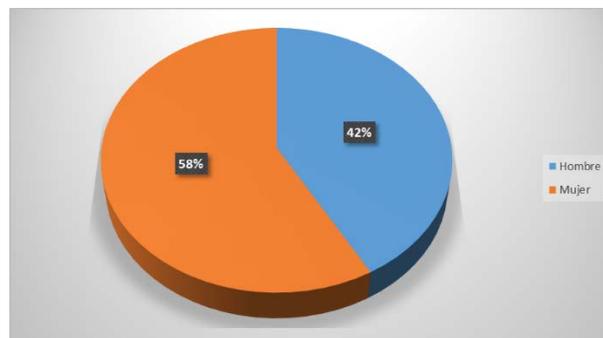


Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

### 3.2.2. SEXO DEL USUARIO

En el Grafico 4, se puede observar que la variables sexo mas significativa en los registros de Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) son las Mujeres con un 58% y los hombres con un 42%.

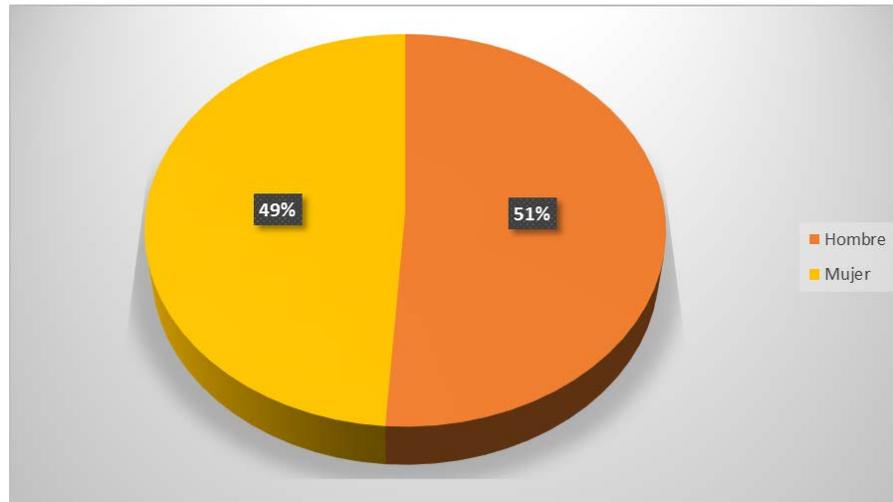
**Gráfico 4 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NEG**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Para el caso Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) es lo contrario, la variable mas significativa es Hombres con un 51% y Mujeres con un 49%.

**Gráfico 5 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NTR**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Donde se puede concluir en el III trimestre de de 2017 el total de Mujeres fue de 56,45% y el 43,55% de Hombres registrados en la variable Sexo.

### 3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN

Los registros en lo correspondiente a modalidad de atención son: Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECAmbitoAtencion en la web.sispro.gov.

A continuación se presentarán las negaciones según el concepto negación de servicios médicos definidos en el Anexo Técnico No.1:

- NTR: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC
- NEG: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC

Como se observa en la Tabla No. 3 la mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención Ambulatoria No priorizado, con una participación del 78,27% equivalente a 10.473 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria Internación con un 16,70% equivalentes a 2.235 registros y el restante correspondiente al 21,41% obedece a los demas ambitos de atencion con un total de 2.864 registros (ver tabla No.3).

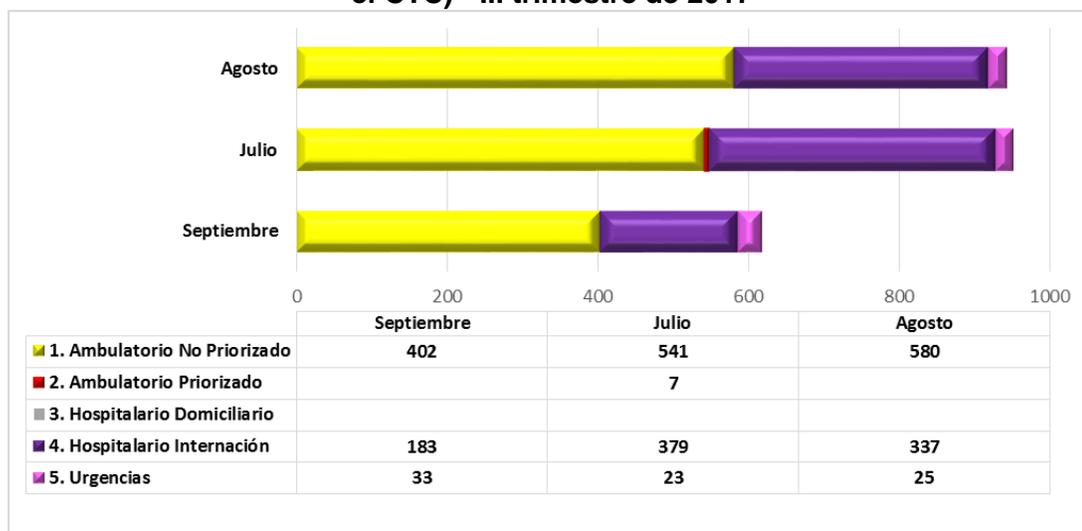
**Tabla 3 Negación de Servicios por Modalidad de Atención III trimestre de 2017**

AMBITO DE ATENCION	NEG	% PART	NTR	% PART	TOTAL GENERAL	% PART
1. Ambulatorio No Priorizado	8.950	82,33%	1.523	60,68%	10.473	78,27%
2. Ambulatorio Priorizado	531	4,88%	7	0,28%	538	4,02%
3. Hospitalario Domiciliario	44	0,40%		0,00%	44	0,33%
4. Hospitalario Internación	1.336	12,29%	899	35,82%	2.235	16,70%
5. Urgencias	10	0,09%	81	3,23%	91	0,68%
<b>Total General</b>	<b>10.871</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.510</b>	<b>100,00%</b>	<b>13.381</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el gráfico No. 6 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) en cada uno de los periodos:

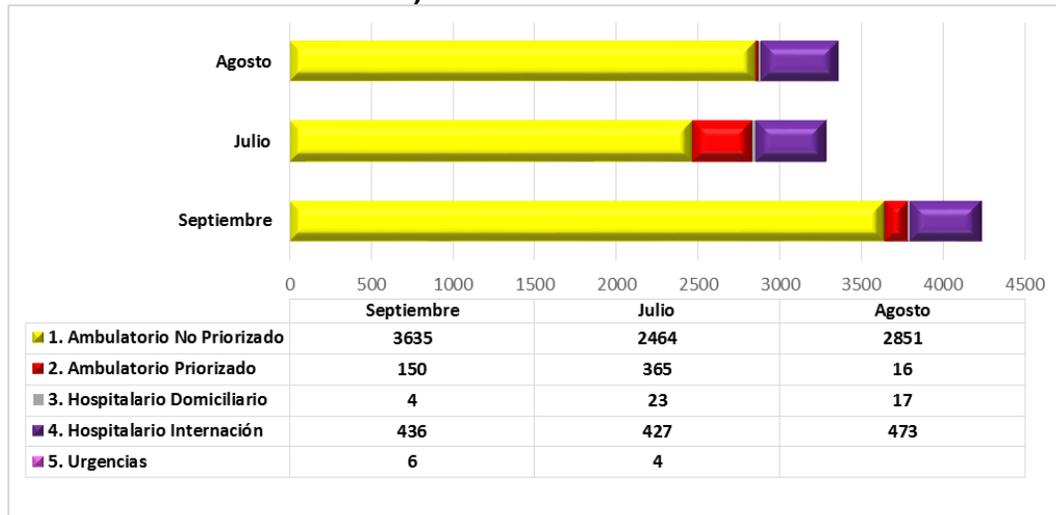
**Gráfico 6. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR (No tramitado por el CTC) - III trimestre de 2017**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En la grafica No. 7 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG):

**Gráfico 7. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG (negado por el CTC) - III trimestre de 2017**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

### 3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (D), Productos Nutricionales (N), Servicios Específicos (S) y Servicios no financiados con recursos de salud (C), los valores perimitos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECTipoServicio en la web.sispro.gov.co.

A continuación se presentarán las negaciones según el concepto negación de servicios médicos definidos en el Anexo Técnico No.1:

- NTR: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC
- NEG: Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC

De los 13.381 registros de negación de servicios médicos correspondientes al III trimestre de 2017, el 55,18% de las negaciones correspondieron a Medicamentos (M) lo cual equivale a 7.384 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría Productos Nutricionales (N) con una participación del 12,11% correspondiente a 1.620 registros. El 11,35% corresponde a la negación de servicios por Procedimientos (P) equivalente a 1.519 registros, y el 21,36% restante corresponde a la suma de los ítems de Dispositivos (D), Servicios Específicos (S) y Servicios No Financiados con Recursos de Salud (C) equivalente a 2.848 registros de negaciones (ver tabla 4)

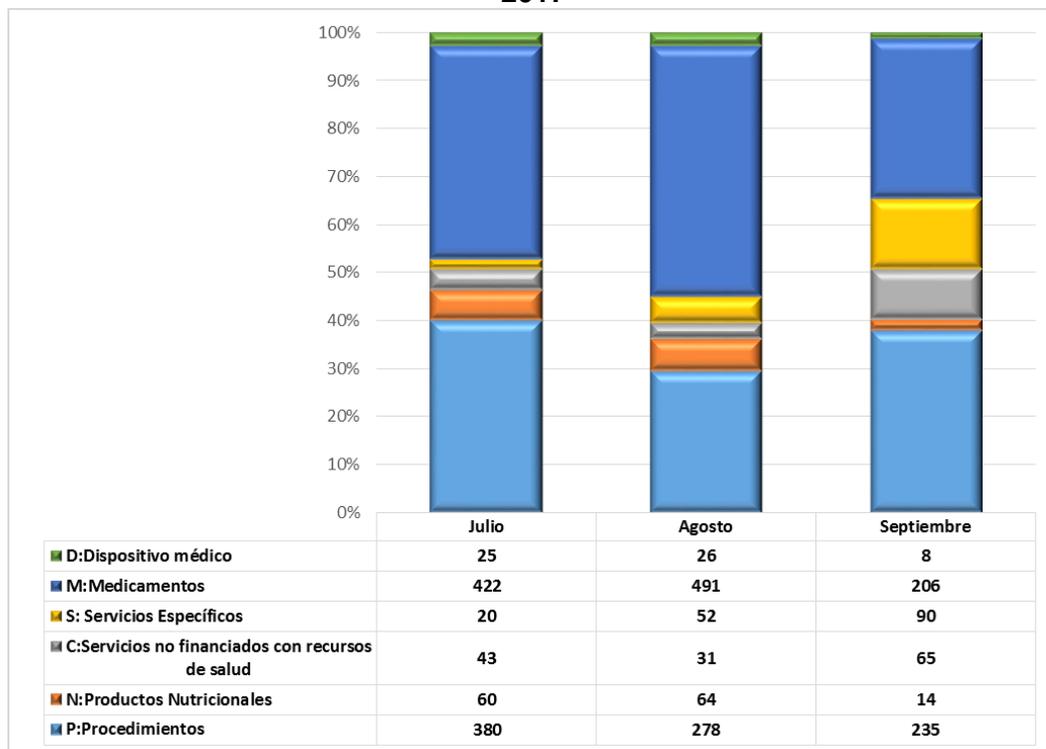
**Tabla 4. Negación de Servicios por Tipo de servicio solicitado Régimen Contributivo correspondiente al III trimestre de 2017**

TIPO DE SERVICIO	NEG	% PART	NTR	% PART	TOTAL GENERAL	% PART
P:Procedimientos	626	5,76%	893	35,58%	1.519	11,35%
N:Productos Nutricionales	1.482	13,63%	138	5,50%	1.620	12,11%
C:Servicios no financiados con recursos de salud	1.187	10,92%	139	5,54%	1.326	9,91%
S: Servicios Específicos	1.243	11,43%	162	6,45%	1.405	10,50%
M:Medicamentos	6.265	57,63%	1.119	44,58%	7.384	55,18%
D:Dispositivo médico	68	0,63%	59	2,35%	127	0,95%
<b>Total general</b>	<b>10.871</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.510</b>	<b>100,00%</b>	<b>13.381</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el gráfico No. 8 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) en cada uno de los periodos:

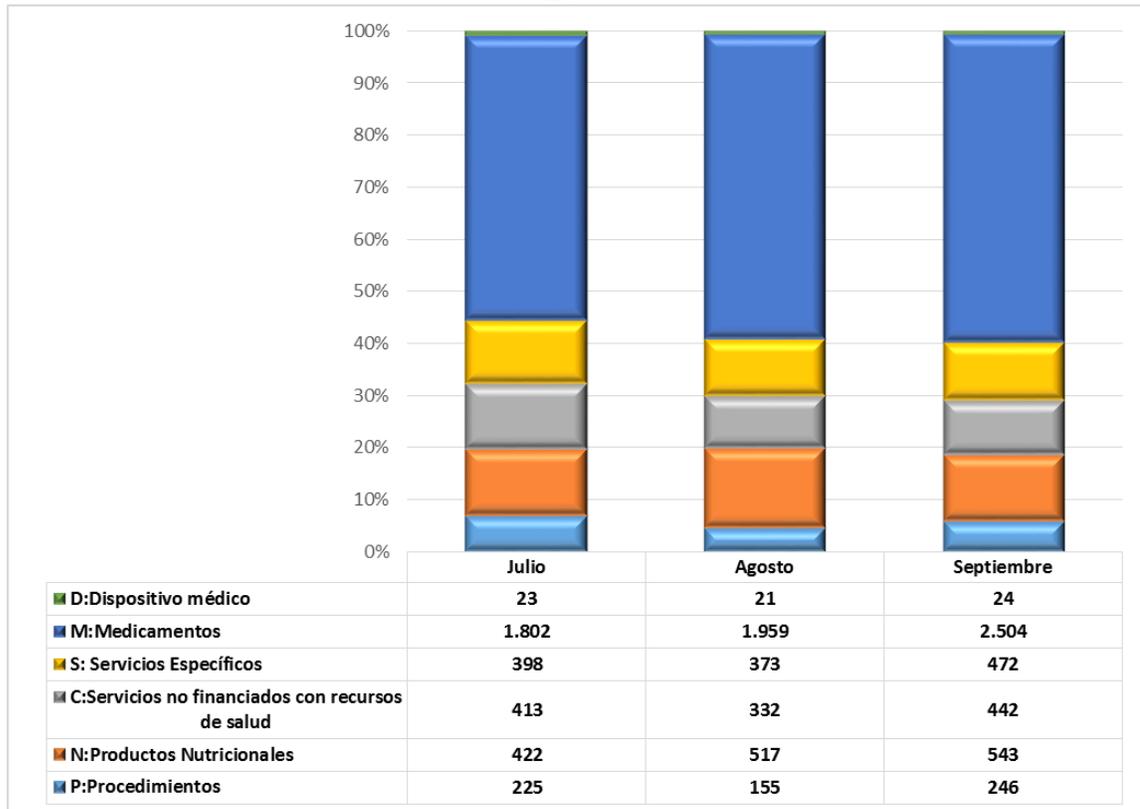
**Gráfico 8. Número de registros bajo el concepto de Negación NTR - III trimestre de 2017**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En la grafica No. 9 se presenta el total de registros validados exitosamente bajo el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG):

**Gráfico 9. Número de registros bajo el concepto de Negación NEG - III trimestre de 2017**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

### 3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA

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

- 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

- 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.

La vía de negación de servicios correspondiente al III trimestre de 2017 más significativa con un 81,24% equivalente a 10.871 registros corresponde al concepto de negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y un 18,76%% equivalente a 2.510 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.5)

**Tabla 5 . Vía de la Negación de Servicios Régimen Contributivo  
III trimestre de 2017**

Concepto Negación	Julio	Agosto	Septiembre	Total	% Part
NEG	3.283	3.357	4.231	10.871	81,24%
NTR	950	942	618	2.510	18,76%
<b>Total general</b>	<b>4.233</b>	<b>4.299</b>	<b>4.849</b>	<b>13.381</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presenta un comparativo entre periodos, tomando los datos que se tiene de cada periodo, el análisis quedaría un incremento del 0,91% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el III trimestre de 2016 y el III trimestre de 2017 con relación al II trimestre de 2017 y III trimestre de 2017 el incremento fue del 5,22% (ver tabla No.6).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo una disminución del 68,58% entre el III trimestre de 2016 y el III trimestre de 2017 y para el periodo II trimestre de 2017 y III trimestre del 2017 una disminución del 57,74% (ver tabla No.6).

**Tabla 6 . Comparativo entre periodos concepto de negación**

III TRIMESTRE DE 2016				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	7.989	42,58%	10.773	57,42%
<b>Total</b>	<b>7.989</b>	<b>42,58%</b>	<b>10.773</b>	<b>57,42%</b>

II TRIMESTRE DE 2017				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	5.940	36,50%	10.332	63,50%
<b>Total</b>	<b>5.940</b>	<b>36,50%</b>	<b>10.332</b>	<b>63,50%</b>

III TRIMESTRE DE 2017				
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC - NEG	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Subsidiado	2.510	18,76%	10.871	81,24%
<b>Total</b>	<b>2.510</b>	<b>18,76%</b>	<b>10.871</b>	<b>81,24%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

### 3.2.5.1.1. *Motivo para no haber tramitado la solicitud ante el CTC (NTR)*

A continuación, se presentan los conceptos que dan origen a la negación de los servicios médicos por las EPS, **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC (NTR)**:

La más significativa es esta "5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)" correspondiente al 31,35% equivalente a 787 registros en un segundo lugar encontramos "8.La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada" con un 27,93% equivalente a 701 registros y en tercer lugar "7.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780

de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya” correspondiente al 13,31% equivalente a 334 registros (ver tabla 7).

**Tabla 7. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) III trimestre de 2017**

Motivo de Negación	Julio	Agosto	Septiembre	Total general	% Part.
1.El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC	88	119	14	221	8,80%
2.Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definidas en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan )	12	26	156	194	7,73%
3.Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	19	1		20	0,80%
4.Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	2			2	0,08%
5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)	258	369	160	787	31,35%
6.Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 Resolución 5395 de 2013)	102	116	33	251	10,00%
7.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya	144	126	64	334	13,31%
8.La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	325	185	191	701	27,93%
<b>Total general</b>	<b>950</b>	<b>942</b>	<b>618</b>	<b>2.510</b>	<b>100%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presentarán las entidades que registraron negaciones de servicios por NTR (**servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**), más significativas (ver tabla No.8).

**Tabla 8. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto NTR más significativas - III trimestre de 2017**

<b>5.Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula médica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013)</b>				
<b>ENTIDAD</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Total general</b>
COMFAMILIAR HUILA	4	7	12	23
COMPARTA EPS			1	1
COMFANARIÑO	7	7		14
NUEVA EPS	247	355	147	749
<b>8.La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</b>				
COMFAMILIAR HUILA	325	185	191	701
<b>7.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya</b>				
NUEVA EPS	144	126	64	334

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

A continuación se presentan la EPS que reportaron el registro “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” (ver tabla No.9).

**Tabla 9. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – III Trimestre de 2017**

<b>ENTIDAD</b>	<b>JULIO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>TOTAL</b>
NUEVA EPS	88	119	14	221
<b>Total general</b>	<b>249</b>	<b>138</b>	<b>136</b>	

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el nuevo acto administrado Resolución 2064 de 2017 las entidades que reportan negaciones “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, deben diligenciar el tipo registro 3 del Anexo Técnico No. 1 el cual señala: “REGISTRO TIPO 3 – REGISTRO DE DETALLE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL PLAN DE BENEFICIO ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE A SUS USUARIOS Y NEGADOS POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O POR EL CTC BAJO LA CAUSA “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” EN LOS CONCEPTOS DE NEGACIÓN NTR (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC) Y NEG (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC)”.

Como se informó anteriormente este Ministerio comparte por medio del sftp a la Superintendencia Nacional de Salud y Defensoría del Pueblo esos tipos de registros para su conocimiento y fines pertinentes según sus competencias.

En la siguiente tabla se podrá evidenciar el resultado de los registros tipo 3 de las negaciones registradas como “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, cuantas fueron prestadas al usuario, cuantas no se prestaron y la causa de la no prestación; los valores perimitos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co (ver tabla No.10).

**Tabla 10. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, en concepto NTR – III Trimestre de 2017**

ENTIDAD	PRESTO SERVICIO	NO PRESTO SERVICIO	CAUSA DE NO PRESTACIÓN	PENDIENTES POR REGISTRAR POR PARTE DE LA EPS
NUEVA EPS	110	9	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	2

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

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 presto

### **3.2.5.1.2. MOTIVO DE NEGACIÓN POR EL CTC (NEG)**

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

En el III trimestre de 2017 de las 10.871 negaciones de servicios médicos NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC**), más significativa es “9. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II Resolución 5395 de 2013)” con el 17,28% equivalente a 1.879 registros, en segundo lugar está el motivo “4.La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS” con el 16,05% equivalente a 1.745 registros y en el tercer lugar con el 11,43% está el motivo “6.No existe riesgo inminente para la vida del paciente” con 1.243 registros (ver tabla No.11).

**Tabla 11. Motivos de negación por el CTC (NEG) III trimestre de 2017**

Motivo de Negación	Julio	Agosto	Septiembre	Total general	% Part.
1.El servicio solicitado es cobertura del POS	74	134	84	292	2,69%
2.Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC por ser causal de exclusión (art. 15 Ley 1751 de 2015, nota externa, acuerdos, las definida en la Resolución 5592 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)	348	424	369	1.141	10,50%
3. 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	324	255	336	915	8,42%
4.La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS	348	660	737	1.745	16,05%
5.No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	347	238	528	1.113	10,24%
6.No existe riesgo inminente para la vida del paciente	424	303	516	1.243	11,43%
7. 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.	158	45	126	329	3,03%
8.Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	27	40	47	114	1,05%

9. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II Resolución 5395 de 2013).	610	500	769	1.879	17,28%
10.Servicio duplicado y/o ya tramitado (Articulo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	272	233	342	847	7,79%
11.Formula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicione o sustituya	308	504	363	1.175	10,81%
12.La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	5			5	0,05%
Sin registro	38	21	14	73	0,67%
<b>Total general</b>	<b>3.283</b>	<b>3.357</b>	<b>4.231</b>	<b>10.871</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

A continuación, se presentarán las entidades que registraron negaciones de servicios por NEG (**Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC**) más significativas (ver tabla No.12).

**Tabla 12. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - III trimestre de 2017**

<b>9. Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo formula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Titulo II Resolución 5395 de 2013)</b>				
<b>ENTIDAD</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Total general</b>
AIC	1			1
ASMETSALUD	11			11
MUTUAL SER	344	354	379	1.077
COMFASUCRE	2	2	37	41
CAJACOPI		13	22	35
CAPITAL SALUD		6		6
COMFAMILIAR HUILA	21		34	55
COMPARTA			88	88
COOMEVA	1			1
COOSALUD			11	11
ECOOPSOS			5	5
EMSSANAR			4	4

ENTIDAD	Julio	Agosto	Septiembre	Total general
EPS SANITAS	8	6	8	22
MALLAMAS	1	5	1	7
NUEVA EPS	1		1	2
SALUD VIDA EPS	117	9		126
SAVIA SALUD	29	70	101	200
SURA	74	35	78	187
<b>4.La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS</b>				
AIC	9	3	10	22
ANAS WAYUU EPSI	5			5
ASMETSALUD	6		33	39
MUTUAL SER	31	289	64	384
COMFAGUAJIRA	20		18	38
COMFASUCRE		6		6
CAJACOPI	120	103	103	326
CAPITAL SALUD		8		8
CAPRESOCA	3	1	3	7
COMFAMILIAR HUILA	14		46	60
COMFENALCO VALLE		2		2
COMPARTA			186	186
COOSALUD	61		50	111
ECOOPSOS	4		1	5
EMDISALUD			5	5
EMSSANAR	46	51	45	142
MALLAMAS	14	14	17	45
NUEVA EPS		41		41
SALUD VIDA EPS		116	119	235
SAVIA SALUD	12	24	37	73
SURA	3	2		5
<b>6.No existe riesgo inminente para la vida del paciente</b>				
AIC		10		10
AMBUQ	1			1
ASMETSALUD	23		9	32
COMFAMILIAR HUILA			1	1
COMFAORIENTE	6	17	9	32
COMPARTA			33	33
COOSALUD	118		95	213
EMDISALUD			4	4
EMSSANAR	267	258	326	851

ENTIDAD	Julio	Agosto	Septiembre	Total general
SALUD VIDA EPS		1	2	3
SAVIA SALUD	9	17	37	63

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

A continuación se presentan la EPS que reportaron el registro “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” (ver tabla No.13).

**Tabla 13. Entidad que reporta bajo el concepto NEG “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”– III Trimestre de 2017**

ENTIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
MUTUAL SER		28		28
COMFASUCRE	2			2
CAJACOPI	10	4	1	15
CAPITAL SALUD		5		5
CAPRESOCA EPS	10	5	12	27
COMFAMILIAR HUILA		5		5
COOMEVA	3		3	6
ECOOPSOS	9			9
EMSSANAR			7	7
MALLAMAS	2	4		6
SAVIA SALUD	38	83	61	182
<b>Total general</b>	<b>74</b>	<b>134</b>	<b>84</b>	<b>292</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

En el nuevo acto administrado Resolución 2064 de 2017 las entidades que reportan negaciones “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, deben diligenciar el tipo registro 3 del Anexo Técnico No. 1 el cual señala: “REGISTRO TIPO 3 – REGISTRO DE DETALLE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL PLAN DE BENEFICIO ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE A SUS USUARIOS Y NEGADOS POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O POR EL CTC BAJO LA CAUSA “1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC” EN LOS CONCEPTOS DE NEGACIÓN NTR (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC) Y NEG (Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC)”.

Como se informó anteriormente este Ministerio comparte por medio del sftp a la Superintendencia Nacional de Salud y Defensoría del Pueblo esos tipos de registros para su conocimiento y fines pertinentes según sus competencias.

En la siguiente tabla se podrá evidenciar el resultado de los registros tipo 3 de las negaciones registradas como “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, cuantas fueron prestadas al usuario, cuantas no se

prestaron y la causa de la no prestación; los valores perimitos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co (ver tabla No.14).

**Tabla 14. Entidad que reporta “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”, bajo el concepto NEG – III Trimestre de 2017**

ENTIDAD	PRESTO SERVICIO	NO PRESTO SERVICIO	CAUSA DE NO PRESTACIÓN	PENDIENTES POR REGISTRAR POR PARTE DE LA EPS
CAJACOPI	15			0
CAPITAL SALUD	5			0
MALLAMAS	2	3	No fue posible contactar al paciente (2 CASOS) Paciente se niega a recibir el suministro (1 CASO)	1
SAVIA SALUD	81	101	No fue posible contactar al paciente	0
MUTUAL SER				28
COMFASUCRE				2
CAPRESOCA EPS				27
COMFAMILIAR HUILA				5
COOMEVA				6
ECOOPSOS				9
EMSSANAR				7

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

### 3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación, se presentan los primeros veinte (20) diagnósticos más significativos correspondientes a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por la Entidades Promotoras de Salud, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el III trimestre del año 2017 (ver tabla No.15).

**Tabla 15. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)**

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
E440	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA MODERADA

E43X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA , NO ESPECIFICADA
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA
E441	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA LEVE
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
I694	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRÁGICA U OCLUSIVA
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
G20X	ENFERMEDAD DE PARKINSON
I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
G800	PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA
R15X	INCONTINENCIA FECAL
I48X	FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR
T913	SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

**Tabla 16. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico en el Servicio o tecnología ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG)**

<b>CIE-10</b>	<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>
S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
S822	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DE LA TIBIA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
S420	FRACTURA DE LA CLAVÍCULA
M350	SÍNDROME SECO [SJÖGREN]
E43X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
S065	HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMÁTICA
S723	FRACTURA DE LA DIÁFISIS DEL FÉMUR
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
E46X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALORICA , NO ESPECIFICADA

C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA
S630	LUXACIÓN DE LA MUÑECA
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

### 3.2.7. 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 el III trimestre de 2017, se distribuyen de la siguiente manera:

**Tabla 17. Total de registros remitidos por Entidad - periodo julio de 2017**

ENTIDAD	REGISTROS JULIO	AFILIADOS	TASA JULIO x10k
AIC	19	463.296	0,41%
AMBUQ	7	838.168	0,08%
ANASWAYUU	10	178.368	0,56%
ASMET SALUD	65	1.892.561	0,34%
CAJACOPI	175	760.704	2,30%
CAPRESOCA	39	165.682	2,35%
COMFACOR	9	550.432	0,16%
COMFAGUAJIRA	25	215.525	1,16%
COMFAMILIAR HUILA	400	501.150	7,98%
COMFAMILIAR NARIÑO	7	178.717	0,39%
COMFAORIENTE	6	112.376	0,53%
COMFASUCRE	5	115.938	0,43%
COMFENALCO VALLE	2	7.856	2,55%
COOMEVA	48	168.747	2,84%
COOSALUD	256	1.884.193	1,36%
ECOOPSOS	36	293.316	1,23%
EMSSANAR	576	1.837.358	3,13%
FAMISANAR	3	85.872	0,35%
MALLAMAS	31	299.750	1,03%
MUTUAL SER	1.139	1.423.135	8,00%
NUEVA EPS	690	1.080.324	6,39%
PIJAOS SALUD	13	79.457	1,64%

ENTIDAD	REGISTROS JULIO	AFILIADOS	TASA JULIO x10k
S.O.S.	8	32.568	2,46%
SALUDVIDA	276	1.188.175	2,32%
SANITAS	10	19.949	5,01%
SAVIA SALUD	318	1.587.624	2,00%
SURA	110	76.979	14,29%

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

**Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo agosto de 2017**

ENTIDAD	REGISTROS AGOSTO	AFILIADOS	TASA AGOSTO x10k
AIC	34	465.561	0,73%
AMBUQ	3	834.624	0,04%
ANASWAYUU	3	178.170	0,17%
CAJACOPI	183	759.099	2,41%
CAPITAL SALUD	38	1.125.229	0,34%
CAPRESOCA	47	165.251	2,84%
COMFACOR	11	559.108	0,20%
COMFAMILIAR NARIÑO	7	178.346	0,39%
COMFAMILIAR HUILA	311	502.031	6,19%
COMFAORIENTE	17	112.851	1,51%
COMFASUCRE	8	116.258	0,69%
COMFENALCO VALLE	2	7.941	2,52%
COOMEVA	17	151.143	1,12%
EMSSANAR	531	1.834.824	2,89%
FAMISANAR	1	90.401	0,11%
MALLAMAS	40	300.927	1,33%
MUTUAL SER	1.410	1.455.471	9,69%
NUEVA EPS	830	1.099.157	7,55%
PIJAOS SALUD	4	79.553	0,50%
S.O.S.	1	34.493	0,29%
SALUDVIDA	297	1.183.820	2,51%
SANITAS	6	20.371	2,95%
SAVIA SALUD	502	1.590.129	3,16%
SURA	91	80.565	11,30%

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

**Tabla 19. Total de registros remitidos por Entidad - periodo septiembre de 2017**

ENTIDAD	REGISTROS AGOSTO	AFILIADOS	TASA SEPTIEMBRE x10k
AIC	38	465.916	0,82%
AMBUQ	10	831.577	0,12%
ASMET SALUD	85	1.887.448	0,45%
CAJACOPI	176	768.475	2,29%
CAPRESOCA	41	168.311	2,44%
COMFA GUAJIRA	21	217.055	0,97%
COMFACOR	10	559.467	0,18%
COMFAMILIAR HUILA	316	503.835	6,27%
COMFAORIENTE	9	113.449	0,79%
COMFASUCRE	39	116.157	3,36%
COMFENALCO VALLE	3	8.058	3,72%
COMPARTA	571	1.716.860	3,33%
COOMEVA	13	150.484	0,86%
COOSALUD	263	1.910.403	1,38%
ECOOPSOS	31	293.962	1,05%
EMDISALUD	10	452.716	0,22%
EMSSANAR	670	1.835.531	3,65%
FAMISANAR	3	92.233	0,33%
MALLAMAS	37	301.238	1,23%
MUTUAL SER	1.261	1.460.034	8,64%
NUEVA EPS	413	1.160.988	3,56%
PIJAOS SALUD	4	79.502	0,50%
SALUDVIDA	316	1.180.445	2,68%
SANITAS	15	20.999	7,14%
SAVIA SALUD	576	1.592.374	3,62%
SURA	99	82.365	12,02%

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

#### 4. ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL

Tomando en cuenta, de un lado, las dificultades detectadas por la Corte Constitucional, los órganos de control, los peritos voluntarios, los afiliados, y, de otro lado, las reformas técnicas y jurídicas que viene implementando el Ministerio de Salud y Protección Social con el ánimo de superar los retos del Sistema de Salud a la luz de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se pretende mejorar la operación en el cumplimiento material del contenido de la Orden décimo novena mediante un sistema de monitoreo en la garantía en el acceso oportuno y eficiente a las tecnologías en salud.

Por lo anterior este Ministerio en su Resolución 2064 de 2017, incluye a las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital con la finalidad de ser responsables del reporte del Anexo Técnico No.2 el cual señala “Reporte de información y detalle de los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios y aprobados por el Comité Técnico Científico – CTC”.

Teniendo en cuenta las dificultades manifestadas por las EPS y ET para el cumplimiento de la Resolución 2064 de 2017 y el bajo cumplimiento del reporte por parte de la Entidades Territoriales (ver anexo No.5), este Ministerio habilito la plataforma PISIS para él envió nuevamente de la información correspondiente al III trimestre de 2017 (ver Anexo No.6).

A continuación se presentara los resultados obtenidos de la información suministrada por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital.

Una vez verificada la información remitida por las Entidades Territoriales, correspondientes a los meses de julio, agosto y septiembre de 2017, los resultados son los siguientes (ver tabla No.20):

**Tabla 20. Consolidado Entidades reportantes III trimestre 2017**

Julio de 2017			Agosto de 2017			Septiembre de 2017		
Núm. de ET	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de ET	Núm. de entidades que entregaron el informe	% Part	Núm. de ET	Núm. De entidades que entregaron el informe	% Part
37	15	41%	37	15	41%	37	18	49%

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Teniendo en cuenta el bajo cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, este Ministerio notifico a cada una de ellas informando el estado actual de cumplimiento de la Resolución 2064 de 2017 (ver anexo 5) y se abrió nuevamente la plataforma para el envió de la información de III trimestre de 2017. A continuación

se presentan las Entidades que no presentaron información correspondiente al III trimestre de 2017 en el marco de la Resolución 2064 de 2017

**Tabla 21. Entidades no reportantes en el III trimestre 2017**

ENTIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
AMAZONAS	X	X	X
ANTIOQUIA	X	X	X
ATLANTICO	X	X	X
BARRANQUILLA	X	X	X
BOLIVAR	X	X	X
BOYACA	X	X	X
BUENAVENTURA	X	X	X
CALDAS		X	
CARTAGENA	X	X	X
CESAR	X	X	
CHOCO	X	X	X
CORDOBA	X	X	X
CUNDINAMARCA	X	X	X
GUAINIA	X	X	X
GUAVIARE	X	X	X
HUILA	X	X	X
LA GUAJIRA	X	X	
META	X	X	X
NORTE DE SANTANDER	X	X	X
SANTA MARTA	X	X	X
SANTANDER	X	X	X
TOLIMA	X		
VAUPES	X	X	X

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Actualmente se está realizando un proyecto de modificatoria a la Resolución 2064 de 2017 con el fin de ampliar los plazos de entrega por parte de las Entidades Territoriales, teniendo en cuenta las dificultades manifestadas por ella para el cargue de la información.

En la siguiente tabla se presenta el total de registros enviados y validados exitosamente en el III trimestre de 2017, donde se puede observar que el 20,25% de los registros enviados pasaron exitosamente las dos validaciones que se realizan en el marco del Anexo Técnico No.2 de la Resolución 2064 de 2017 (ver tabla No. 22).

**Tabla 22. Número de Registros reportados por las ET en el III trimestre de 2017**

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Julio	15.520	13.174	84,88%
Agosto	17.083	1.919	11,23%
Septiembre	50.187	1.675	3,34%
<b>TOTALES</b>	<b>82.790</b>	<b>16.768</b>	<b>20,25%</b>

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

En el Anexo No. 4 se remite el estado de cada uno de los archivos remitidos por las Entidades Territoriales en el III trimestre de 2017.

#### 4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A continuación se identifican los Servicios Médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean aprobados por el Comité Técnico Científico y suministrados en el marco del Anexo Técnico No.2 de la Resolución 2064 de 2017:

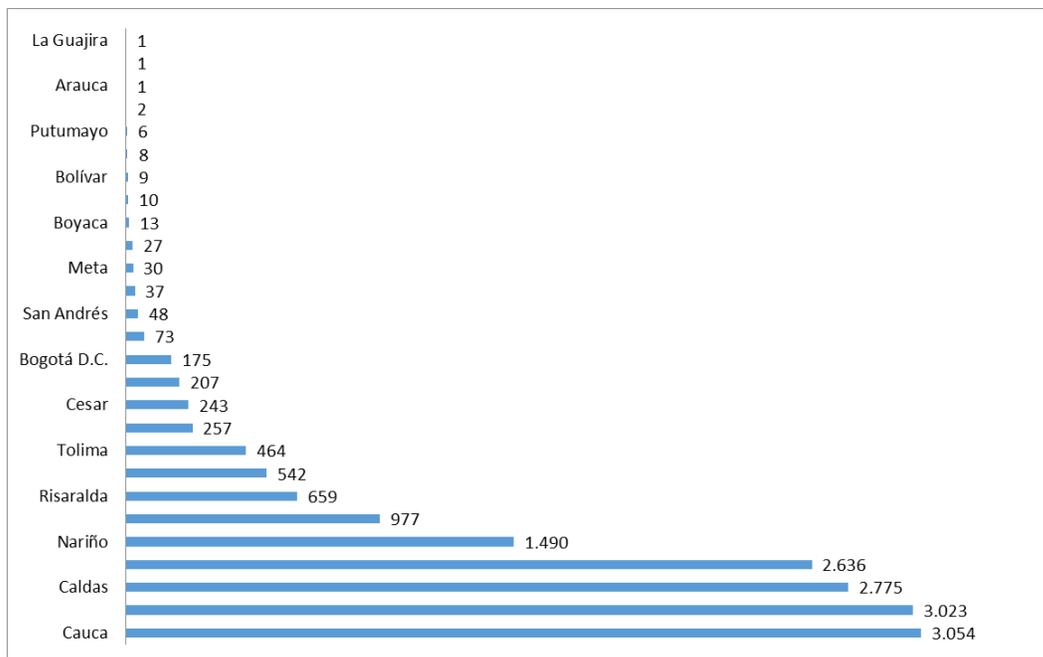
- Municipio donde se suministró o garantizó el servicio: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les suministro o garantizó el servicio.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les suministro o garantizó el servicio.
- Ámbito de atención: se presenta el total de registros por el cual el usuario fue atendido en la modalidad de Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECAmbitoAtencion en [web.sispro.gov.co](http://web.sispro.gov.co)
- Tipo de servicio solicitado: se presenta el total de registros según el servicio solicitado: Medicamentos, Procedimientos, Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Productos Nutricionales, Servicios Específicos y Servicios no financiados con recursos de salud, los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECTipoServicio en [web.sispro.gov.co](http://web.sispro.gov.co)

- Causa de no entrega: se presenta las causas de no entrega del servicio o garantía del suministro. Los valores permitidos se encuentran publicados en la tabla de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co
- 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.

#### 4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA

De los archivos validados exitosamente, se presentaron 16.768 registros de los cuales el 18,21% corresponde al departamento de Cauca, en segundo lugar con el 18,03% el departamento del Valle del Cauca y en tercer lugar con el 16,55% el departamento del Cauca (ver Grafico 10).

**Gráfico 10. Número de Registros reportados por Zona Geográfica en el III trimestre de 2017**

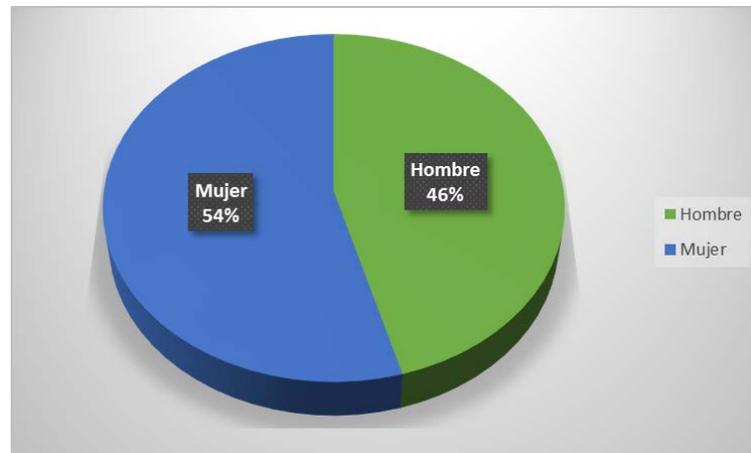


Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

#### 4.1.2. SEXO DEL USUARIO

En el Grafico 11, se puede observar que la variables sexo mas significativa es Mujeres con un 54% y los hombres con un 46%.

**Gráfico 11 Número de Registros reportados por Sexo en el III trimestre de 2017 - NEG**



Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

#### 4.1.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN

Los registros en lo correspondiente a modalidad de atención son: Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Hospitalario Internación y Urgencias. Los valores permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECAmbitoAtención en la web.sispro.gov.

Como se observa en la siguiente tabla la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio corresponde a la modalidad en atención Hospitalario Internación con el 54,42%, en segundo lugar la modalidad ambulatorio Priorizado con el 34,06% y de tercer lugar Ambulatorio No Priorizado con el 9,51% (ver tabla No.23).

**Tabla 23 Modalidad de Atención - III trimestre de 2017**

ÁMBITO DE ATENCIÓN	TOTAL GENERAL	% PART
Ambulatorio No Priorizado	1.594	9,51%
Ambulatorio Priorizado	5.712	34,06%
Hospitalario Internación	9.125	54,42%
Urgencias	337	2,01%
<b>Total general</b>	<b>16.768</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

#### 4.1.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

Los registros en lo correspondiente a tipo de servicio son: Medicamentos (M), Procedimientos (P), Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con

cargo a la UPC (D), Productos Nutricionales (N), Servicios Específicos (S) y Servicios no financiados con recursos de salud (C), los valores perimitos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECTipoServicio en la web.sispro.gov.co.

Como se observa en la siguiente tabla la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio corresponde al tipo de servicio solicitado es Medicamento con el 76,54%, le sigue Procedimientos con el 9,15% y en tercer lugar con el 8,74 Productos Nutricionales (ver tabla No.24).

**Tabla 24. Tipo de servicio solicitado correspondiente al III trimestre de 2017**

TIPO DE SERVICIO	TOTAL GENERAL	% PART
C:Servicios no financiados con recursos de salud	398	2,37%
D:Dispositivo médico	293	1,75%
M:Medicamentos	12.834	76,54%
N:Productos Nutricionales	1.465	8,74%
P:Procedimientos	1.534	9,15%
S: Servicios Específicos	244	1,46%
<b>Total General</b>	<b>16.768</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

#### 4.1.5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – III TRIMESTRE DE 2017

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 Territoriales de Orden Departamental y Distrital, correspondientes al diagnóstico principal del usuario en el III trimestre del año 2017 (ver tabla No.25).

**Tabla 25. Diagnóstico principal del usuario – III trimestre de 2017**

CIE-10	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
I48X	FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
E46X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA , NO ESPECIFICADA
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
P073	OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO
K590	CONSTIPACIÓN
R521	DOLOR CRÓNICO INTRATABLE

A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
E43X	DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA SEVERA, NO ESPECIFICADA
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
Z933	COLOSTOMÍA
N189	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA
J159	NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

## 5. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES)

En esta sección se presenta los resultados sobre las prescripciones y el suministro de tecnologías en salud, correspondiente al III Trimestre de 2017.

Para efectos de comprender el impacto de las prescripciones realizadas en MIPRES, se debe considerar que este nuevo modelo involucra un conjunto de reglas que resultan del necesario direccionamiento y organización que el Ministerio debe dar a la administración de los servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y que corresponden a la protección individual, es decir, a aquellas prestaciones que se materializan, cuando surge una necesidad individual y excepcional, sobre la cual no aplica la protección colectiva, pero que se financian de forma colectiva y se pagan de forma posterior. Para este conjunto de prestaciones, el profesional de la salud, en ejercicio de su autonomía médica es quien determina esta necesidad, teniendo en cuenta la previa utilización del conjunto de tecnologías de salud garantizadas por el mecanismo de protección colectiva, financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

MIPRES está concebido para registrar y reportar dichas prescripciones, las cuales se clasifican así:

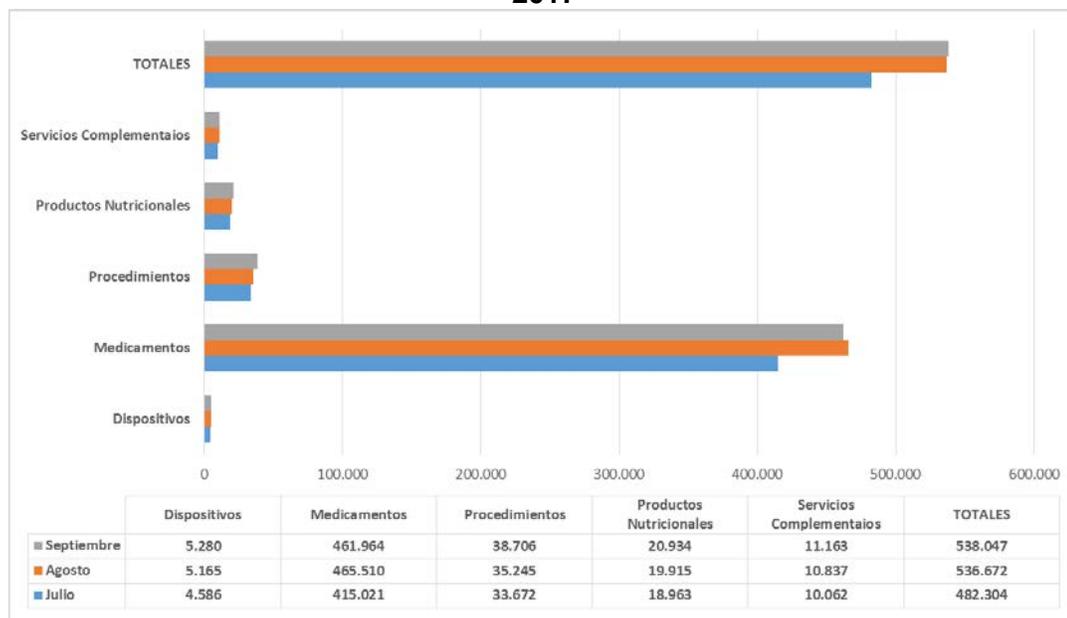
1. Medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que se encuentran debidamente registrados ante el INVIMA, que se encuentran en el listado de medicamentos vitales no disponibles o aquellos que deben ser suministrados en preparación magistral.
2. Procedimientos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que cuentan con Codificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS. En este caso, se precisa que se entienden incluidos en los procedimientos los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su

realización, por lo que no se requiere la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

3. Insumos y dispositivos que exceden la cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
4. Servicios complementarios, es decir aquellos que si bien no pertenecen al ámbito de la salud, ya que no son elementos diagnósticos ni terapéuticos, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.
5. Soporte nutricional, correspondiente a los alimentos con propósito médico especiales registrados de esa manera ante el INVIMA.
6. Medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o que hacen parte del listado de Usos no indicados en el Registro Sanitario – UNIRS, que requieren ser utilizados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 532 de 2017.

Durante el III trimestre de 2017, se han prescrito 1.557.023 servicios o tecnologías en salud, de las cuales el 86,22% corresponden a medicamentos, el 6,91% a procedimientos, el 3,84% a productos nutricionales, el 2,06% a servicios complementarios y el 0,97% a dispositivos médicos (ver grafica No.12)

**Gráfico 12. Número de registros de Prescripción por Tecnología - III trimestre de 2017**



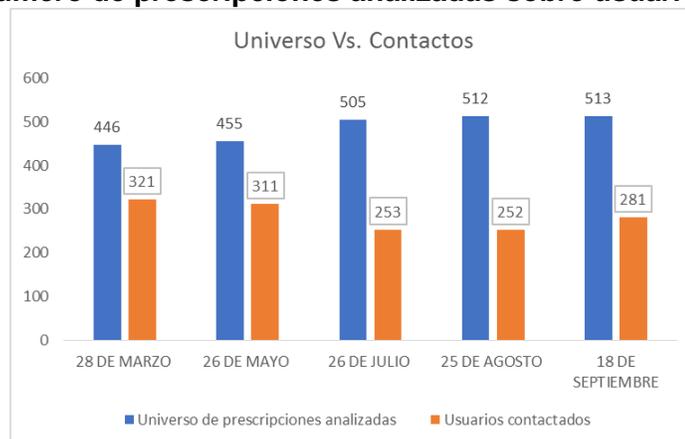
Fuente: Con base en información remitida por EPS-EOC – Cálculos: DROASRLP

Además de esta información y otra que se puede generar es importante señalar que se han definido indicadores para hacer seguimiento a la oportunidad de entrega de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios y esta información está en proceso de consolidación. Sin embargo, dada la importancia que tiene conocer el estado del acceso a estas tecnologías, este Ministerio y ADRES han realizado la encuesta denominada “Como va Mi prescripción – MIPRES”, con el objeto de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que han tenido prescripciones de medicamentos en el ámbito ambulatorio (prioritario y no Prioritario) no incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC, midiendo la contactabilidad, oportunidad, tiempo y completitud en la entrega de los medicamentos prescritos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) que los suministran, así como algunos problemas manifestados por los usuarios relacionados con el aplicativo y con la prescripción en general.

A la fecha se han realizado cinco (5) encuestas, donde la primera se realizó el 28 de marzo de 2017, momento en el cual se culminaba la fase de adaptación de uso opcional del aplicativo MIPRES, por lo que las cifras de dicha encuesta únicamente se tomaron como parte de un ejercicio de retroalimentación con las EPS en las socializaciones realizadas por el Ministerio, para mostrarles los problemas que señalaron los usuarios y las incidencias que se registraron con ejemplos de prescripciones, la segunda se realizó el 26 de mayo, la tercera el 26 de julio, la cuarta el 25 de agosto y la última el 18 de Septiembre del año en curso.

Para la quinta encuesta la muestra fue de 513 prescripciones correspondientes al mismo número de usuarios únicos. A estas personas se les contactó telefónicamente en todo el país el día 18 de septiembre de 2017 para aplicarles un cuestionario estructurado en entrevista telefónica. Dicho cuestionario incluía seis (6) preguntas cerradas y un campo de observaciones abierto, en el que los agentes telefónicos registraron las incidencias señaladas por los usuarios contactados, el total de usuarios contactados fue de 281 (ver Grafica No.13).

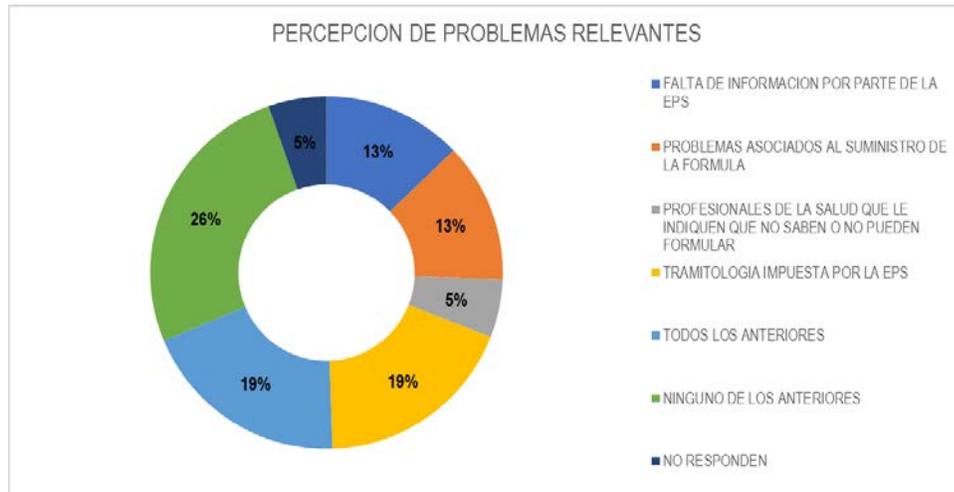
**Gráfico 13. Numero de prescripciones analizadas sobre usuarios contactados**



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

En la siguiente grafica se presenta el resultado de la quinta (5) encuesta sobre la percepción de problemas relevantes (ver Gráfico No. 14)

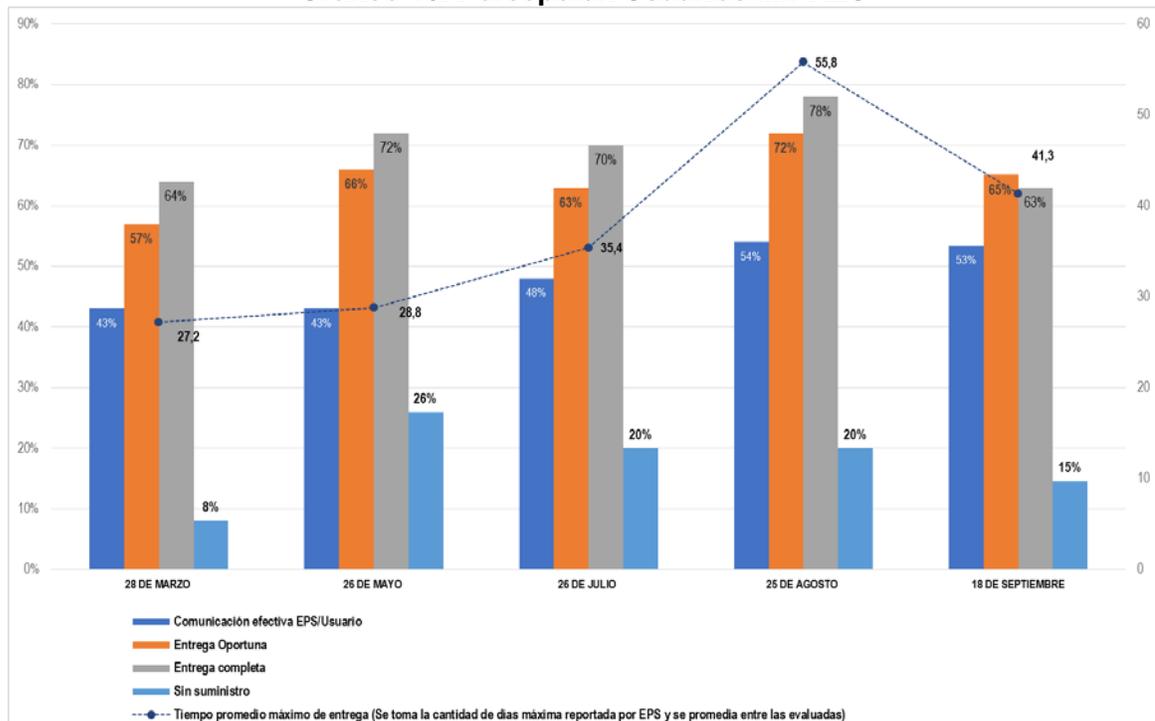
**Gráfico 14. Percepción de problemas relevantes**



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

En la siguiente grafica se presenta la percepción de los usuarios de MIPRES (ver Gráfico No.15)

**Gráfico 15. Percepción Usuarios MIPRES**



Fuente: Con base en información remitida por ADRES

Como se observa en la gráfica anterior en la contactabilidad EPS/Usuario se presenta un incremento de 10 puntos entre la primera encuesta realizada el 28 de marzo de 2017 con la quinta encuestas realizada el 18 de septiembre de 2017, con relación a la entrega oportuna se presenta un incremento de 8 puntos, en el caso de entrega incompleta hay una disminución de 20 puntos entre la primera y quinta encuesta.

**Tabla 26. Percepción Usuarios MIPRES**

	ENCUESTAS MIPRES/ PERCEPCION DE SUMINISTRO EFECTIVO	28 DE MARZO	26 DE MAYO	26 DE JULIO	25 DE AGOSTO	18 DE SEPTIEMBRE
CONTACTABILIDAD EPS/USUARIO	Comunicación efectiva EPS/Usuario	43%	43%	48%	54%	53%
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA	Entrega Oportuna	57%	66%	63%	72%	65%
COMPLETITUD DE LA ENTREGA	Entrega completa	64%	72%	70%	78%	63%
	Entrega incompleta	28%	28%	30%	22%	8%
	Sin suministro	8%	26%	20%	20%	15%
	Usuario no contesta la pregunta, no reclamó la prescripción	0%	0%	0%	0%	15%
TIEMPO PROMEDIO MAX. DE ENTREGA	Tiempo promedio máximo de entrega (Se toma la cantidad de días máxima reportada por EPS y se promedia entre las evaluadas)	27,2	28,8	35,4	55,8	41,3
PERCEPCION DE PROBLEMAS RELEVANTES	FALTA DE INFORMACION POR PARTE DE LA EPS					13%
	PROBLEMAS ASOCIADOS AL SUMINISTRO DE LA FORMULA					13%
	PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LE INDIQUEN QUE NO SABEN O NO PUEDEN FORMULAR					5%
	TRAMITOLOGIA IMPUESTA POR LA EPS					19%
	TODOS LOS ANTERIORES					19%
	NINGUNO DE LOS ANTERIORES					26%
	NO RESPONDEN					5%

Fuente: Con base en información remitida por ADRES

## CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

- La implementación de MIPRES elimina el trámite de autorización ante el Comité Técnico Científico, previendo unas mejores condiciones para el acceso a los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC en primera instancia para el régimen contributivo. Dado lo anterior, en este informe se presentó los resultados de la plataforma en el régimen contributivo correspondiente al III trimestre de 2017.
- Con relación al régimen subsidiado este Ministerio está adelantado las pruebas pilotos de MIPRES, el proyecto de Resolución se dispuso para comentarios y sugerencias en el portal de este Ministerio en el siguiente link [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm\\_ProyectosRes.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_ProyectosRes.aspx)
- Se implementó la resolución 2064 de 2017 la cual adopta el instrumento para el reporte de información de los servicios y tecnologías en salud negados y aprobados por el CTC, y suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.
- El reporte por parte de las EPS es de un 90%, mientras el reporte por parte de la Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital es de un 43%.
- La modalidad de atención más significativas con el 78,27% reportada por las EPS en el marco de la Resolución 1683 de 2018 es la modalidad Ambulatoria No priorizado. Con relación a lo servicios solicitados el 55,18% de las negaciones registradas por las EPS corresponden a medicamentos. Finalmente, la vía de negación con mayor porcentaje fue el Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) con el 81,24%.