



5904

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201831000549951**

Fecha: **15-05-2018**

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

RECIBIDO 18 P 2:21

MP

ASUNTO: Sentencia T- 760 de 2008, Cumplimiento Orden 19 - Informe I Trimestre de 2018

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 primer trimestre del año 2018, 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,

Jackeline Becerra Castro
JACKELINE BECERRA CASTRO

Directora (E)

Dirección de Regulación de la Operación del aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

Anexo: *42* Folios

Copias:

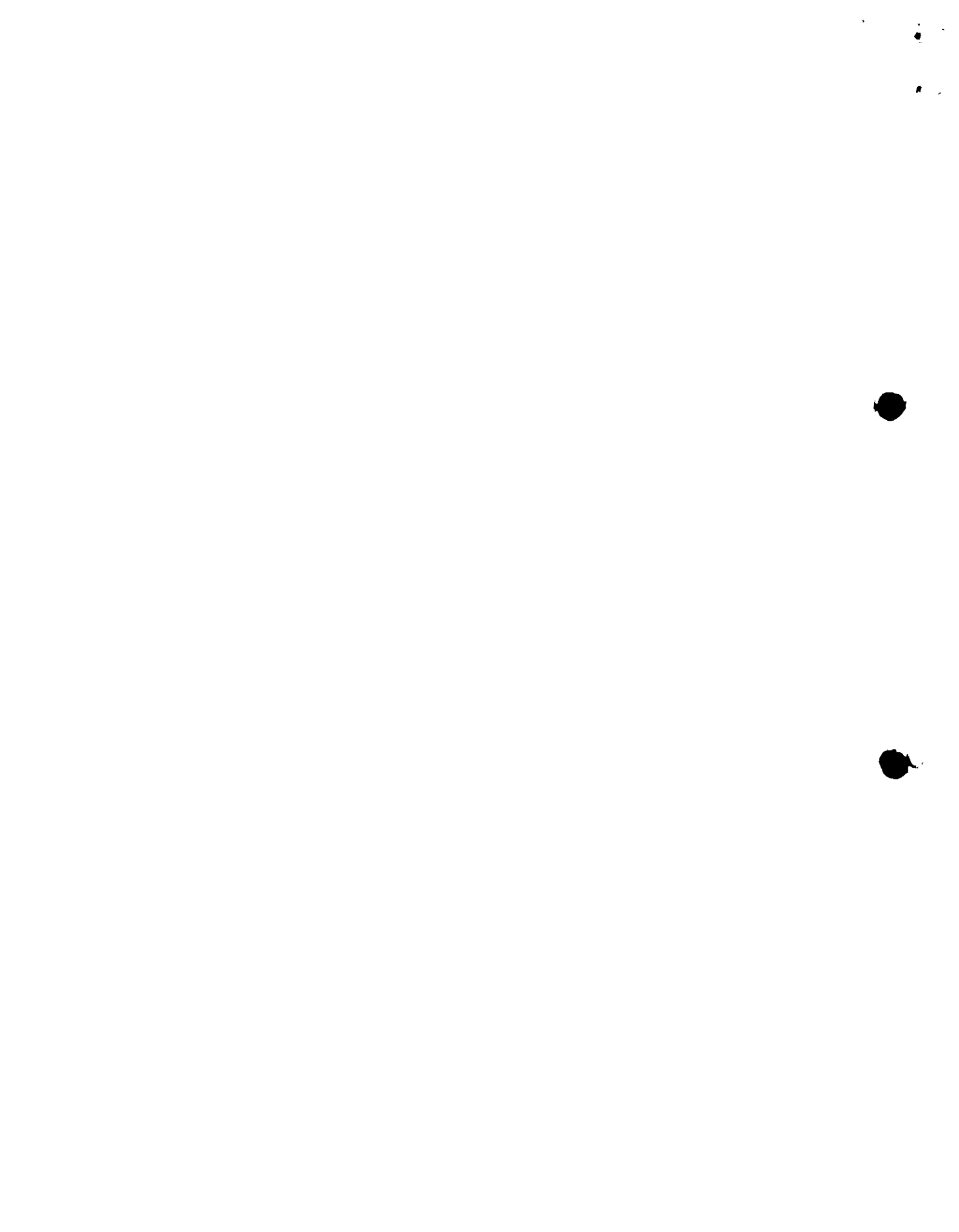
Dr. EDGARDO MAYA VILLAZÓN, Contralor General de la República, CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA, Carrera 8 No. 15 - 46 Piso 1, Bogotá D.C

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, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, AV CIUDAD DE CALI 51 66 PISO 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: Jackeline B.



**Orden 19
Sentencia T-760 de 2008
Auto 411 de 2015
Informe I trimestre de 2018**

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

Bogotá D.C., Mayo de 2018

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	6
2. CAMBIOS REGULATORIOS QUE TIENEN INCIDENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA 760.....	7
3. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD	10
3.1 REMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	10
3.2 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	12
3.2.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	15
3.2.2. SEXO DEL USUARIO	17
3.2.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	17
3.2.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	18
3.2.5. CONCEPTO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO O TECNOLOGÍA	19
3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO.....	26
3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS EPS	27
3. ENTIDADES TERRITORIALES DE ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL.....	30
4.1 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	32
4.1.1. ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE SOLICITO EL SERVICIO O TECNOLOGÍA.....	33
4.1.2. SEXO DEL USUARIO	34
4.1.3. ÁMBITO DE ATENCIÓN.....	34
4.1.4. TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	35
4.1.5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – I TRIMESTRE DE 2018	36
4. PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR TIPO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD (MIPRES).....	36

TABLAS

Tabla 1. Consolidado EPS reportantes I trimestre 2018.....	11
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el.....	12
Tabla 3. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el I trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NEG (Negado por el CTC)	15
Tabla 4. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el I trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NTR (no tramitado ante el CTC)	16
Tabla 5. Número de personas por Sexo en el I trimestre de 2018, bajo los concepto de Negación - NEG y NTR	17
Tabla 6 Negación de Servicios por Modalidad de Atención I trimestre de 2018.....	18
Tabla 7. Negación de Servicios por Tipo de servicio correspondiente al I trimestre de 2018	18
Tabla 8 . Vía de la Negación de Servicios I trimestre de 2018	19
Tabla 9 . Comparativo entre periodos concepto de negación	20
Tabla 10. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) I trimestre de 2018.....	20
Tabla 11. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto	21
Tabla 12. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – I Trimestre de 2018	22
Tabla 13. Motivos de negación por el CTC (NEG) I trimestre de 2018	22
Tabla 14. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - I trimestre de 2018	23
Tabla 15. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NEG – I Trimestre de 2018	25
Tabla 16. Entidad que reporta “Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC”, bajo el concepto NEG – I Trimestre de 2018.....	26
Tabla 17. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico, por los conceptos NEG y NTR	26
Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo enero de 2018.....	27
Tabla 19. Total de registros remitidos por Entidad - periodo Febrero de 2018.....	28
Tabla 20. Total de registros remitidos por Entidad - periodo Marzo de 2018	29
Tabla 21. Consolidado Entidades reportantes I trimestre 2018.....	30
Tabla 22. Entidades no reportantes en el I trimestre 2018	30
Tabla 23. Número de Registros reportados por las ET en el	32
Tabla 24. Total de registros remitidos por las ET	32
Tabla 25. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el I trimestre de 2018	33
Tabla 26 Modalidad de Atención - I trimestre de 2018	35
Tabla 27. Tipo de servicio solicitado correspondiente al I trimestre de 2018	35
Tabla 28. Diagnóstico principal del usuario – I trimestre de 2018.....	36
Tabla 29. Número de registros por tecnologías o servicios de salud no suministrados con causales de no entrega No. 7, 9 y 10 – I trimestre de 2018.....	39
Tabla 30. Total de prescripciones por tecnología o servicio de salud prescrita pero no suministrada en el I trimestre de 2018	40

GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el I trimestre de 2018	12
Gráfico 2 Número de Registros reportados por Sexo en el I trimestre de 2018	34
Gráfico 3. Número de registros de Prescripción por Tecnología - I trimestre de 2018	39

GLOSARIO

- EPS:** Entidad Promotora de Salud
- ET:** Entidad Territorial de orden departamental y distrital
- 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

1. ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

² “Por la cual se modifica la Resolución 3821 de 2009”

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

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

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 ochos 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 recobrantas 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/lanexos_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 acto administrativo quedó en firme el día 12 de junio de 2017 bajo la Resolución 2064 de 2017, publicada en el Diario Oficial 50.263. Esta Dirección convocó a las EPS y Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital a la videoconferencia con el fin de capacitarlas sobre la implementación de la Resolución 2064 de 2017, el día 20 de junio de 2017.

Que con ocasión de la implementación de la Resolución 2064 de 2017, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Territoriales de orden departamental y distrital detectaron dificultades de carácter técnico para el reporte de la información, así como, manifestar que el plazo de ocho (8) días calendario para el reporte es insuficiente, determinando demoras en el flujo adecuado de la información al Ministerio de Salud y Protección Social y de este a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo.

Que conforme con lo anterior se hace necesario modificar los plazos para el reporte de la información de los servicios y tecnologías en salud de las entidades territoriales de orden departamental y distrital y de las entidades promotoras de salud que operen el Régimen Subsidiado a este Ministerio, y de este a las Entidades del orden Nacional destinatarias del reporte de estos servicios, en cumplimiento de la Orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008, de la Honorable Corte Constitucional, así como permitir a las entidades responsables del reporte actualizar la información a la fecha y a partir del mes de julio de 2017.

Dicho acto administrativo quedó publicado en el diario oficial el día 23 de abril del año en curso bajo la Resolución 1486 de 2018. Teniendo en cuenta que la fecha de su publicación fue a finales del mes, se expidió el Comunicado 201831000495121 informándoles a las entidades que dicha resolución se aplicara a partir del mes de junio de 2018, el mencionado comunicado se puede consultar en el siguiente link

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/asuntos-juridicos.aspx>. A partir del mes de junio de 2018 las Entidades Promotoras de Salud que operen en el Régimen Subsidiado remitirán la información correspondiente al anexo técnico No. 1 los primeros quince (15) días calendario de cada mes y las Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital remitirán el anexo técnico No. 2 los primeros veinticinco (25) días calendario de cada mes.

Adicionalmente este Ministerio en el marco del Auto 411 de 2015, implemento el Cubo de Servicios Negados con el fin que los Organismos de Control puedan consultar la información remitida por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Territoriales de orden Departamental y Distrital en el marco de la Resolución 2064 de 2017, el día 23 de Mayo del año en curso se realizara la respectiva inducción al manejo del cubo a las entidades de control, también se realizó unas consultas para los ciudadanos con el fin que ellos puedan ver el estado actual de la Resolución 2064 de 2017.

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 en el I trimestre de 2018.

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 I trimestre de 2018, 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 enero, febrero y marzo de 2018, los resultados son los siguientes (ver tabla No.1):

Tabla 1. Consolidado EPS reportantes I trimestre 2018

Enero de 2018			Febrero de 2018			Marzo de 2018		
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	39	95%	41	39	95%	41	37	90%

Fuente: Información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

En el siguiente cuadro se enuncian las EPS que no presentaron información correspondiente al I trimestre de 2018 en el marco de la Resolución 2064 de 2017. Se informó a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye:

EPS	MESES QUE NO REPORTO	RADICADO SUPERSALUD
COMFABOY	Enero, Febrero y Marzo de 2018	201831000489931
COMFAMILIAR CARTAGENA	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
ENTIDADES TERRITORIALES	MESES QUE NO REPORTO	
AMAZONAS	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
BARRANQUILLA	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
BOYACA	Marzo de 2018	
BUENAVENTURA	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
CARTAGENA	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
CESAR	Enero de 2018	
CORDOBA	Enero y Febrero de 2018	
GUAVIARE	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
HUILA	Marzo de 2018	
LA GUAJIRA	Enero de 2018	
META	Enero de 2018	
NARIÑO	Enero de 2018	
SANTA MARTA	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
SANTANDER	Enero, Febrero y Marzo de 2018	
VALLE DEL CAUCA	Febrero de 2018	
VAUPES	Enero, Febrero y Marzo de 2018	

Fuente: Información remitida por EPS- Cálculos: DROASRLP

En la tabla No.2 se presenta el total de registros tipo 2 “Registro de detalle de 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 y los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico” enviados y validados exitosamente en el I trimestre de 2018, donde se puede observar que el 86,69% 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).

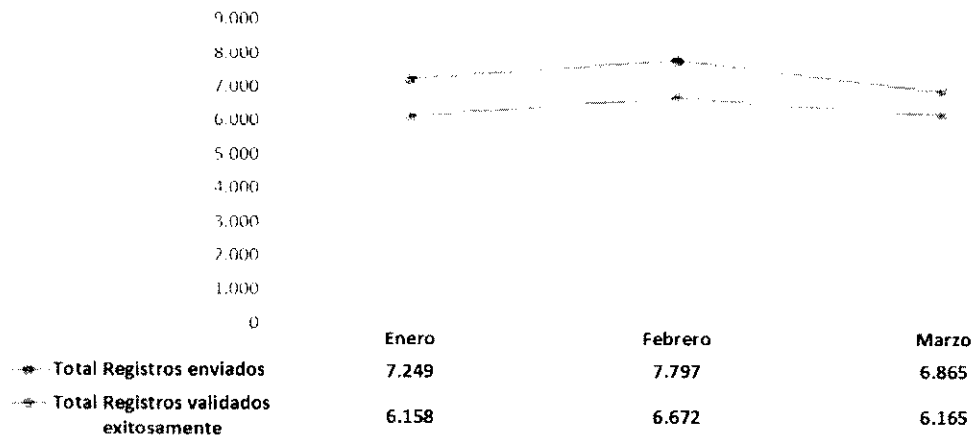
Tabla 2. Número de Registros reportados por las EPS en el I trimestre de 2018

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Enero	7.249	6.158	84,95%
Febrero	7.797	6.672	85,57%
Marzo	6.865	6.165	89,80%
TOTALES	21.911	18.995	86,69%

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

En el gráfico 1, se puede observar un incremento del 7,56% entre el mes de enero y febrero de 2018 y una disminución del 11,95% entre el mes de febrero y marzo de 2018 sobre los registros enviados.

Gráfico 1. Número de Registros reportados por las EPS en el I trimestre de 2018



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

En el Anexo No.1 se remite el estado de cada uno de los archivos remitos por las EPS en el I trimestre de 2018 (ver Anexo No.1).

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 "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 modalidad "1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC" en los conceptos de negación NTR Y NEG", 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 ET. Donde los archivos planos contienen la identificación de los afiliados y el motivo de la negación.

- Municipio donde se solicitó el Servicio o tecnología: se presenta el total de registros por municipio de los usuarios a los cuales se les realizó la negación.
- Sexo del usuario: se presenta el total de registros por sexo de los usuarios a los cuales se les realizó 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
- 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

- 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 Cientico del servicio solicitado (NEG):

<p style="text-align: center;">(NTR)</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">(NEG)</p> <p style="text-align: center;">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 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"> ✚ El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC ✚ 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) ✚ Tiene tutela que cubre el servicio solicitado ✚ Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio ✚ 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) ✚ Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 Resolución 5395 de 2013) ✚ Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya ✚ La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada 	<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"> ✚ El servicio solicitado es cobertura del POS ✚ Servicio duplicado y/o ya tramitado (Artículo 9 Parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013) ✚ Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya ✚ La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada ✚ 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) ✚ 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 ✚ La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS ✚ No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante ✚ No existe riesgo inminente para la vida del paciente ✚ 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. ✚ Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior ✚ Inconsistencia de soportes, información insuficiente (salvo fórmula medica no cumple con los requisitos legales), adjuntar soportes adicionales (art. 10 Título II Resolución 5395 de 2013).

- 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 18.995 registros, donde el 78,06% corresponde al Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC (NEG) y un 21,94% a los Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR).

En la tabla No. 3 se presenta el numero de personas relacionas con el numero de registro validados exitosamente en cada departamento, bajo el concepto de Negacion Servicios ordenados por el Médico Tratante Negado por el CTC (NEG).

El departamento donde mas concentracion de usuarios con el concepto de negacion NEG es Bolivar con el 16,14%, el segundo lugar Atlántico con el 15,61% y en tercer lugar Antioquia con el 14,83% (ver tabla No.3).

Tabla 3. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el I trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NEG (Negado por el CTC)

Zona Geográfica	Número de Personas	Número de Registros
Amazonas	1	1
Antioquia	1.574	1.962
Arauca	73	81
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	2	2
Atlántico	1.657	2.515
Bogotá, D.C.	424	525
Bolívar	1.713	2.697
Boyacá	234	272
Caldas	142	162
Caquetá	41	43
Casanare	84	116
Cauca	651	752
Cesar	215	304
Chocó	1	1
Córdoba	618	1.087
Cundinamarca	65	71
Guaviare	7	7
Huila	297	334
La Guajira	102	122
Magdalena	266	400
Meta	100	106
Nariño	104	117

Norte de Santander	172	218
Putumayo	5	10
Quindío	65	70
Risaralda	81	98
Santander	359	457
Sucre	579	998
Tolima	22	28
Valle del Cauca	957	1.270
Vichada	1	1

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

En la tabla No.4 se presenta el número de personas relacionadas con el número de registros validados exitosamente en cada departamento, bajo el concepto de Negación Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) donde el departamento más significativo es Boyacá con un 13,90%, en segundo lugar Atlántico con un 9,19% y en tercer lugar Bogotá con un 9,13% (ver tabla No.4).

Tabla 4. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el I trimestre de 2018 – Bajo el concepto de negación NTR (no tramitado ante el CTC)

Antioquia	139	183
Atlántico	283	334
Bogotá, D.C.	281	394
Bolívar	90	123
Boyacá	428	543
Caldas	30	42
Caquetá	8	8
Cauca	13	17
Cesar	91	121
Córdoba	245	302
Cundinamarca	18	25
Huila	244	550
La Guajira	6	7
Magdalena	95	114
Meta	87	103
Nariño	14	17
Norte de Santander	190	263
Quindío	96	117
Risaralda	17	18
Santander	268	357

Sucre	59	64
Tolima	45	52
Valle del Cauca	64	84
Arauca	58	79
Casanare	51	68
Putumayo	4	6
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	31	42
Amazonas	5	5
Guainía	1	1
Guaviare	109	119
Vichada	9	10

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

3.2.2. SEXO DEL USUARIO

En la tabla No.5 se presenta el número de personas por sexo en cada uno de los conceptos de negación, como se puede observar en el concepto negación Servicios ordenados por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR) el sexo femenino predomina con el 53,64%, igual pasa en el concepto de negación Servicios ordenados por el Médico Tratante Negado por el CTC (NEG) donde las Mujeres corresponden al 60,58% (ver tabla No.5).

Tabla 5. Número de personas por Sexo en el I trimestre de 2018, bajo los concepto de Negación - NEG y NTR

NEG	6.419	4.177	10.596
NTR	1.763	1.524	3.287

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

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.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

Como se observa en la Tabla No. 6 la mayor cantidad de negación de servicios médicos corresponde a la modalidad en atención Ambulatoria No priorizado, con una participación del 77,58% equivalente a 14.736 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria Internación con un 13,25% equivalentes a 2.516 registros y el restante correspondiente al 9,18% obedece a los demás ámbitos de atención con un total de 1.743 registros (ver tabla No.6).

Tabla 6 Negación de Servicios por Modalidad de Atención I trimestre de 2018

ÁMBITO DE ATENCIÓN	NEG	% PART	NTR	% PART	TOTAL	% PART
1 - AMBULATORIO NO PRIORIZADO	11.796	79,56%	2.940	70,54%	14.736	77,58%
2 - AMBULATORIO PRIORIZADO	835	5,63%	320	7,68%	1.155	6,08%
3 - HOSPITALARIO DOMICILIARIO	504	3,40%		0,00%	504	2,65%
4 - HOSPITALARIO INTERNACIÓN	1.663	11,22%	853	20,47%	2.516	13,25%
5 - URGENCIAS	29	0,20%	55	1,32%	84	0,44%
TOTAL GENERAL						

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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 permitidos 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 18.995 registros de negación de servicios médicos correspondientes al I trimestre de 2018, el 64,19% de las negaciones correspondieron a Medicamentos (M) lo cual equivale a 12.192 registros, seguido se encuentra como registro de negación de servicios la categoría Productos Nutricionales (N) con una participación del 10,16% correspondiente a 1.930 registros. El 9,67% corresponde a la negación de servicios Procedimientos (P) con un total de 1.836 registros, y el 15,99% 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 3.037 registros de negaciones (ver tabla 7).

Tabla 7. Negación de Servicios por Tipo de servicio correspondiente al I trimestre de 2018

TIPO DE SERVICIO	NEG	% PART	NTR	% PART	Total General	% PART
C - SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	1.177	7,94%	155	3,72%	1.332	7,01%
D - DISPOSITIVO MÉDICO NO CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	72	0,49%	35	0,84%	107	0,56%
M - MEDICAMENTOS	9.720	65,56%	2.472	59,31%	12.192	64,19%
N - PRODUCTOS NUTRICIONALES	1.662	11,21%	268	6,43%	1.930	10,16%
P - PROCEDIMIENTOS	909	6,13%	927	22,24%	1.836	9,67%
S - SERVICIOS ESPECÍFICOS	1.287	8,68%	311	7,46%	1.598	8,41%
TOTAL GENERAL						

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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 I trimestre de 2018 más significativa con un 78,06% equivalente a 14.827 registros corresponde al concepto de negación **NEG** que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC** y un 21,94% equivalente a 4.168 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.8)

Tabla 8 . Vía de la Negación de Servicios I trimestre de 2018

NEG	4.881	5.172	4.774	14.827	78,06%
NTR	1.277	1.500	1.391	4.168	21,94%

Fuente: Con base en información remitida por EPS – 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 1,25% por **Solicitudes no autorizadas y negadas por el CTC – NEG** entre el I trimestre de 2017 y el I trimestre de 2018 con relación al IV trimestre de 2017 y I trimestre de 2018 el incremento fue del 17,71% (ver tabla No.9).

Para el caso de **Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC – NTR** tuvo una disminución del 33,29% entre el I trimestre de 2017 y el I trimestre de 2018 y para el periodo IV trimestre de 2017 y I trimestre del 2018, se presentó un incremento del 8,80% (ver tabla No.9).

Tabla 9 . Comparativo entre periodos concepto de negación

I TRIMESTRE DE 2017					
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		
	Cantidad	%	Cantidad	%	%
Subsidiado	6.248	29,91%	14.644	70,09%	
Total	6.248	29,91%	14.644	70,09%	
IV TRIMESTRE DE 2017					
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		
	Cantidad	%	Cantidad	%	%
Subsidiado	3.831	23,32%	12.596	76,68%	
Total	3.831	23,32%	12.596	76,68%	
I TRIMESTRE DE 2018					
PERIODO	Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		Solicitudes no autorizadas y no tramitadas ante el CTC - NTR		
	Cantidad	%	Cantidad	%	%
Subsidiado	4.168	21,94%	14.827	78,06%	
Total	4.168	21,94%	14.827	78,06%	

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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 significativas 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 35,34% equivalente a 1.473 registros en un segundo lugar encontramos "7.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" con un 17,71% equivalente a 738 registros y en tercer lugar "1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC" correspondiente al 13,24% equivalente a 552 registros (ver tabla 10).

Tabla 10. Conceptos de negación de servicios por NTR (Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC) I trimestre de 2018

1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC	224	171	157	552	13,24%
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, adicione o sustituyan)	67	41	118	226	5,42%

3. Tiene tutela que cubre el servicio solicitado	94	59	59	212	5,09%
4. Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	1		1	2	0,05%
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)	378	588	507	1.473	35,34%
6. Servicio duplicado y/o ya tramitado (artículo 9 parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	168	217	159	544	13,05%
7. Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya	183	317	238	738	17,71%
8. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	162	107	152	421	10,10%
Total General	1.397	1.300	1.391	4.168	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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.11).

Tabla 11. Entidades que registraron negaciones de servicios por concepto NTR más significativas - I trimestre de 2018

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)				
ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	10			10
CCF027 - COMFAMILIAR NARIÑO	3	5		8
EPSS02 - SALUD TOTAL	10	17	24	51
EPSS41 - NUEVA EPS SA	348	566	483	1.397
ESS133 - COMPARTA	7			7
7. Fórmula médica no cumple con artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituya				
EPSI06 - PIJAOSALUD EPSI			4	4
EPSS41 - NUEVA EPS SA	183	317	232	732
ESS133 - COMPARTA			2	2

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

A continuación se presenta la EPS que reportó el registro "El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC" (ver tabla No.12).

Tabla 12. Entidad que reporta “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”, bajo el concepto NTR – I Trimestre de 2018

1. El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC				
ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
EPSS41 - NUEVA EPS SA	224	171	157	552

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

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.

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 preste

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 I trimestre de 2018 de las 14.827 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 19,43% equivalente a 2.881 registros, en segundo lugar está el motivo “5.No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante” con 1.789 registros” con el 15,28% equivalente a 2.265 registros y en el tercer lugar con el 13,82% está el motivo “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)” con 2.049 registros (ver tabla No.13).

Tabla 13. Motivos de negación por el CTC (NEG) I trimestre de 2018

MOTIVO DE NEGACIÓN - NEG	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL GENERAL	% PART
1.El servicio solicitado es cobertura del POS	195	124	114	433	2,92%
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)	840	770	439	2.049	13,82%
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	411	357	368	1.136	7,66%
4. La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de	700	656	591	1.947	13,13%

agotamiento de alternativas pos					
5. No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	482	615	1.168	2.265	15,28%
6. No existe riesgo inminente para la vida del paciente	329	328	320	977	6,59%
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.	75	112	83	270	1,82%
8. Se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior	43	23	27	93	0,63%
9. 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).	886	1.115	880	2.881	19,43%
10. Servicio duplicado y/o ya tramitado (artículo 9 parágrafo 1 y 2 resolución 5395 de 2013)	336	249	290	875	5,90%
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	584	819	493	1.896	12,79%
12. La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada		4	1	5	0,03%
TOTAL GENERAL	4.581	5.172	4.774	14.827	100,00%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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.14).

Tabla 14. Entidades que registraron negaciones por el médico tratante y negado por el CTC (NEG) más significativas - I trimestre de 2018

ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
CCF023 - COMFAGUAJIRA	1			1
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	18	40	29	87
CCF053 - COMFACUNDI		36	81	117
CCF055 - CAJACOPI	4	11	11	26
EPSS02 - SALUD TOTAL		2		2
EPSS05 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA	6	13	17	36
EPSS10 - SURA EPS	108	84	85	277

EPSS16 - COOMEVA EPS SA		4		4
EPSS34 - CAPITAL SALUD	5	3	2	10
EPSS40 - SAVIA SALUD	100	102	67	269
ESS062 - ASMET SALUD	15	21	6	42
ESS091 - ECOOPSOS			9	9
ESS118 - EMSSANAR E.S.S.	1			1
ESS133 - COMPARTA	163		134	297
ESS207 - MUTUAL SER	465	799	439	1.703
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	14	23	24	61
CCF053 - COMFACUNDI		6	11	17
CCF055 - CAJACOPI	13	2		15
EPS018 - SOS		2		2
EPS025 - CAPRESOCA	1	1	1	3
EPSI03 - AIC-EPSI-I		4	5	9
EPSI05 - MALLAMAS	2			2
EPSS10 - SURA EPS		2		2
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	46	76	76	198
EPSS33 - SALUDVIDA	18	18		36
EPSS34 - CAPITAL SALUD	5	9	9	23
EPSS40 - SAVIA SALUD	63	83	64	210
EPSS41 - NUEVA EPS SA	8	3		11
ESS002 - EMDISALUD	40	57		97
ESS062 - ASMET SALUD	1	18	33	52
ESS118 - EMSSANAR E.S.S.	77	60	65	202
ESS133 - COMPARTA	1		31	32
ESS207 - MUTUAL SER	193	251	849	1.293
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	5	20	19	44
CCF053 - COMFACUNDI		9	7	16
CCF055 - CAJACOPI	17	13	14	44
EPS018 - SOS			1	1
EPS025 - CAPRESOCA	8			8
EPSI03 - AIC-EPSI-I	14	5	7	26
EPSI04 - ANASWAYUU	2	3		5
EPSI06 - PIJAOSALUD EPSI			1	1
EPSS02 - SALUD TOTAL	6	10	7	23
EPSS33 - SALUDVIDA	152	154		306
EPSS34 - CAPITAL SALUD	7	16	11	34
EPSS40 - SAVIA SALUD	7	2	1	10
EPSS41 - NUEVA EPS SA	43	70	26	139
ESS002 - EMDISALUD	2	1		3
ESS062 - ASMET SALUD	172	100	124	396

ESS118 - EMSSANAR E.S.S.	141	175	155	471
ESS207 - MUTUAL SER	264	192	66	522

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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.15).

Tabla 15. Entidad que reporta "El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC", bajo el concepto NEG - I Trimestre de 2018

ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL GENERAL
CCF015 - COMFACOR	6	7	9	22
CCF024 - COMFAMILIAR HUILA	10	10	8	28
CCF053 - COMFACUNDI			3	3
CCF055 - CAJACOPI	1	1	10	12
EPS018 - SOS		1		1
EPS025 - CAPRESOCA	22	20	19	61
EPSI05 - MALLAMAS	6	5	2	13
EPSS16 - COOMEVA	6	9	4	19
EPSS34 - CAPITAL SALUD	5		1	6
EPSS40 - SAVIA SALUD	139	71	58	268

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

En el marco de la 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 por las EPS con la causal "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 permitidos se encuentran publicados en las tablas de referencia RECCausaNoEntrega en la web.sispro.gov.co (ver tabla No.16).

Tabla 16. Entidad que reporta "Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC", bajo el concepto NEG - I Trimestre de 2018

ENTIDAD	PRESTO SERVICIO	NO PRESTO SERVICIO	CAUSA DE NO PRESTACIÓN
CCF055 - CAJACOPI	12		
EPSI01 - DUSAKAWI E.P.S.I.		16	4. Presentación no fraccionable (2 casos), 6. Paciente corresponde a otra EPS (8 casos) y 10. No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS (6 casos)
EPSS34 - CAPITAL SALUD	5		
EPSS40 - SAVIA SALUD	175	93	7. No fue posible contactar al paciente (93 casos)
EPSS41 - NUEVA EPS	466		
TOTAL GENERAL	658	109	

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

3.2.6. NEGACIÓN DEL SERVICIO SEGÚN DIAGNÓSTICO

A continuación, se presentan el total de personas únicas por las causales de negación NEG y NTR bajo 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 I trimestre del año 2018 (ver tabla No.17).

Tabla 17. Diagnóstico principal del usuario que motivó la negación del servicio médico, por los conceptos NEG y NTR

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	TOTAL NEG	TOTAL PERSONAS - NTR
C01 - Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	205	49
C02 - Tumores	468	199
C03 - Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	69	21
C04 - Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.564	310
C05 - Trastornos mentales y del comportamiento	710	191
C06 - Enfermedades del sistema nervioso	629	195
C07 - Enfermedades del ojo y sus anexos	1.213	306
C08 - Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	43	41
C09 - Enfermedades del sistema circulatorio	1.117	317
C10 - Enfermedades del sistema respiratorio	625	234
C11 - Enfermedades del sistema digestivo	356	114

C12 - Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	396	83
C13 - Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.306	225
C14 - Enfermedades del sistema genitourinario	601	191
C15 - Embarazo, parto y puerperio	65	81
C16 - Ciertas afecciones originales en el periodo perinatal	81	60
C17 - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	116	20
C18 - Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	867	229
C19 - Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas	244	171
C20 - Causas externas de morbilidad y de mortalidad	26	22
C21 - Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	271	156

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

3.2.7. TOTAL DE REGISTROS REMITIDOS POR LAS EPS

A continuación, se presenta el total de registros validados exitosamente por cada una de las Entidades Promotoras de Salud, para el I trimestre de 2018, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 18. Total de registros remitidos por Entidad - periodo enero de 2018

Entidad	Registros	Valor	Porcentaje
AIC	51	468.279	1,09%
Anas Wayuu	2	178.881	0,11%
Asmet Salud	283	1.881.378	1,50%
Cajacopi	139	801.158	1,73%
Capitalsalud	37	1.119.347	0,33%
Capresoca	41	167.094	2,45%
Comfacor	6	558.551	0,11%
Comfaguajira	83	218.867	3,79%
Comfamiliar de Nariño	3	177.968	0,17%
Comfamiliar Huila	310	561.287	5,52%
Comfaoriente	7	116.980	0,60%
Comfenalco Valle	3	8.311	3,61%
Comparta	378	1.706.543	2,22%
Coomeva	58	160.279	3,62%
Dusakawi	20	197.539	1,01%
Emdisalud	50	454.274	1,10%

Emssanar-Subsidiado	431	1.840.500	2,34%
Famisanar	2	98.230	0,20%
Mallamas	18	303.877	0,59%
Medimas	57	1.014.362	0,56%
Mutual Ser	1.885	1.480.380	12,73%
Nueva EPS	1.202	1.203.833	9,98%
Pijaos Salud	1	80.383	0,12%
Salud Total - Subsidiado	147	126.766	11,60%
Saludvida - Subsidiado	306	1.159.077	2,64%
Sanitas	14	23.706	5,91%
Savia	707	1.620.093	4,36%
Sura EPS	160	89.518	17,87%

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

Tabla 19. Total de registros remitidos por Entidad - periodo Febrero de 2018

AIC	37	469.530	0,79%
Anas Wayuu	3	179.674	0,17%
Asmet Salud	201	1.880.930	1,07%
Cajacopi	97	805.514	1,20%
Capitalsalud	47	1.119.441	0,42%
Capresoca	44	169.368	2,60%
Comfacor	7	555.345	0,13%
Comfacundi	117	122.985	9,51%
Comfaguajira	1	218.437	0,05%
Comfamiliar de Nariño	5	177.327	0,28%
Comfamiliar Huila	349	562.611	6,20%
Comfaoriente	3	117.342	0,26%
Comfenalco Valle	3	8.460	3,55%
Coomeva	89	161.877	5,50%
Dusakawi	10	198.677	0,50%
Emdisalud	69	453.850	1,52%
Emssanar-Subsidiado	463	1.845.828	2,51%
Famisanar	2	104.346	0,19%
Mallamas	5	303.742	0,16%
Medimas	44	1.030.033	0,43%
Mutual Ser	2376	1.504.431	15,79%

Nueva EPS	1.676	986.866	16,98%
Pijaos Salud	1	80.638	0,12%
S.O.S	4	44.654	0,90%
Salud Total - Subsidiado	220	128.739	17,09%
Saludvida - Subsidiado	365	1.139.753	3,20%
Sanitas	16	24.632	6,50%
Savia	586	1.616.901	3,62%
Sura EPS	133	92.917	14,31%

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

Tabla 20. Total de registros remitidos por Entidad - periodo Marzo de 2018

AIC	42	469.749	0,89%
Asmet Salud	220	1.873.753	1,17%
Cajacopi	138	811.947	1,70%
Capitalsalud	41	1.119.819	0,37%
Capresoca	39	168.245	2,32%
Comfacor	9	547.212	0,16%
Comfacundi	181	121.192	14,93%
Comfaguajira	16	218.271	0,73%
Comfamiliar Huila	319	560.424	5,69%
Comfaorient	5	118.367	0,42%
Comfenalco Valle	1	8.438	1,19%
Comparta	512	1.699.310	3,01%
Coomeva	83	164.238	5,05%
Dusakawi	2	200.548	0,10%
Ecoopsos	35	294.882	1,19%
Emssanar-Subsidiado	396	1.841.075	2,15%
Famisanar	3	105.461	0,28%
Mallamas	2	306.017	0,07%
Medimas	81	1.031.110	0,79%
Mutual Ser	2.217	1.498.732	14,79%
Nueva EPS	1.321	999.269	13,22%
Pijaos Salud	5	81.275	0,62%
S.O.S	5	47.153	1,06%
Salud Total - Subsidiado	71	129.686	5,47%

Sanitas	19	24.922	7,62%
Savia	500	1.611.602	3,10%
Sura EPS	125	92.218	13,55%

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

3. 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".

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 enero, febrero y marzo de 2018, los resultados son los siguientes (ver tabla No.22):

Tabla 21. Consolidado Entidades reportantes I trimestre 2018

Enero de 2018			Febrero de 2018			Marzo de 2018		
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	24	65%	37	27	73%	37	27	73%

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

En la siguiente tabla se presentara las Entidades que no presentaron información correspondiente al I trimestre de 2018 en el marco de la Resolución 2064 de 2017. Se informó a la Superintendencia Nacional de Salud para que procediera de acuerdo a la competencia que la ley le atribuye

Tabla 22. Entidades no reportantes en el I trimestre 2018

ENTIDAD	PERÍODO DE INFORMACIÓN
AMAZONAS	Enero, Febrero y Marzo de 2018
BARRANQUILLA	Enero, Febrero y Marzo de 2018
BOYACA	Marzo de 2018
BUENAVENTURA	Enero, Febrero y Marzo de 2018
CARTAGENA	Enero, Febrero y Marzo de 2018
CESAR	Enero de 2018

CORDOBA	Enero y Febrero de 2018
GUAVIARE	Enero, Febrero y Marzo de 2018
HUILA	Marzo de 2018
LA GUAJIRA	Enero de 2018
META	Enero de 2018
NARIÑO	Enero de 2018
SANTA MARTA	Enero, Febrero y Marzo de 2018
SANTANDER	Enero, Febrero y Marzo de 2018
VALLE DEL CAUCA	Febrero de 2018
VAUPES	Enero, Febrero y Marzo de 2018

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

En aras de realizar un seguimiento oportuno y veraz a la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y asegurar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información, se estableció mediante Resolución 2064 de 2017 el 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., consagro en su artículo 1 Parágrafo. "Las entidades territoriales que estén implementando el aplicativo MIPRES No PBS, deberán en todo caso dar cumplimiento a las disposiciones de que trata el presente acto administrativo".

Que conforme a lo dispuesto en su artículo 4 de la misma resolución, "Las Entidades Promotoras de Salud – EPS que operen el Régimen Subsidiado y las entidades territoriales, deberán reportar la información correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes, conforme lo dispone cada anexo. Cumplido el citado plazo sin que se allegue la información, se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud la novedad, para lo de su competencia".

Algunas Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital manifestaron que los tiempos previstos en dicho acto resultan insuficientes para la recolección y verificación de la información remitida por las EPS o IPS al igual que los ajustes de la información después de las validaciones realizadas por PISIS.

Que se expidieron los comunicados 201731001888791 y 201731001648621 realizando ajustes en las validaciones de los anexos técnicos, por lo que se hace necesario ajustar los anexos técnicos con las especificaciones dadas en cada uno de los comunicados

Teniendo en cuenta la inoportunidad por parte de las entidades territoriales para el cumplimiento de la Resolución 2064 de 2017, se expide la Resolución 1486 de 2018, la cual modifica los artículos 4° y 5° de la resolución 2064 de 2017, donde se amplían los tiempo de entrega, quedando los primeros quince (15) calendarios para las EPS y los primeros veinticinco (25) días calendarios para las Entidades Territoriales de orden departamental y distrital (ver Anexo No.2).

Bajo comunicado 201831000495121 se le informa a las EPS y ET como deberán de remitir la información correspondiente al Parágrafo transitorio del Artículo 1 de la Resolución 1486 de 2018, dicho comunicado se remite por correo electrónico a las entidades y publicado en la [web.sispro.gov.co/anexo técnicos/REC Servicios Negados/20180430-COMUNICADO ET_EPS.pdf](http://web.sispro.gov.co/anexo_técnicos/REC_Servicios_Negados/20180430-COMUNICADO_ET_EPS.pdf), también se publicó en el siguiente link <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/sentencia-760-.aspx>.

En la siguiente tabla se presenta el total de registros enviados y validados exitosamente en el I trimestre de 2018, donde se puede observar que el 63,70% 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. 24).

Tabla 23. Número de Registros reportados por las ET en el I trimestre de 2018

Mes	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
Enero	31.628	18.931	59,86%
Febrero	34.387	26.708	77,67%
Marzo	29.851	15.426	51,68%
TOTALES	95.866	61.065	63,70%

Fuente: Información remitida por las ET – Cálculos: DROASRLP

La variación en los registros enviados entre el III trimestre de 2017 y el I trimestre de 2018 es de un incremento del 15,79% y la variación en los registrados validados exitosamente aumenta en un 264,18% (ver tabla No.25).

Tabla 24. Total de registros remitidos por las ET

PERIODO	Total Registros enviados	Total Registros validados exitosamente	% Participación
III trimestre de 2017	82.790	16.768	20,25%
IV trimestre de 2017	78.515	54.143	68,96%
I trimestre de 2018	95.866	61.065	63,70%

Fuente: Información remitida por las ET – Cálculos: DROASRLP

En el Anexo No.1 se remite el estado de cada uno de los archivos remitos por las Entidades Territoriales en el I trimestre de 2018.

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

- 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
- 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

En la tabla No. 25 se presenta el numero de personas relacionas con el numero de registro validados exitosamente en cada departamento, donde mas concentracion de usuarios es Bogota con 43,74%, el segundo lugar Cauca con el 12,66% y en tercer lugar Antioquia con el 9,45% (ver tabla No.3).

Tabla 25. Número de Personas y Registros reportados por Zona Geográfica en el I trimestre de 2018

05 - Antioquia	5.448	3.282
08 - Atlántico	162	95
11 - Bogotá, D.C.	26.607	15.198
13 - Bolívar	32	20
15 - Boyacá	371	201
17 - Caldas	3.438	1.937
18 - Caquetá	2.490	1.116
19 - Cauca	8.998	4.399
20 - Cesar	175	134
23 - Córdoba	195	154
25 - Cundinamarca	521	263
27 - Chocó	4	3
41 - Huila	312	190
44 - La Guajira	2	2
47 - Magdalena	1.320	958
50 - Meta	39	30
52 - Nariño	999	502

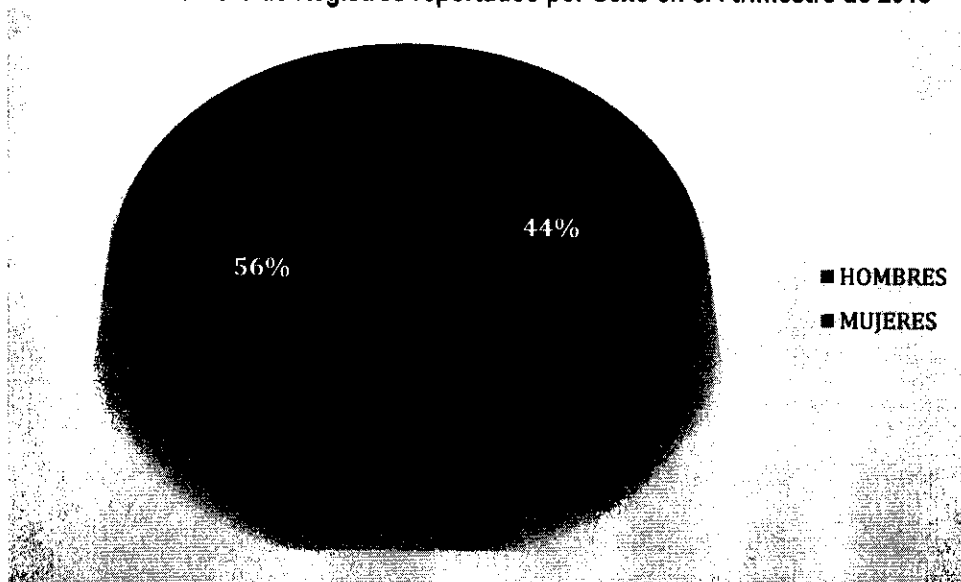
54 - Norte de Santander	2.139	1.570
63 - Quindío	1.532	897
66 - Risaralda	2.151	1.097
68 - Santander	728	507
70 - Sucre	1.136	911
73 - Tolima	520	292
76 - Valle del Cauca	1.023	611
81 - Arauca	1	1
85 - Casanare	439	381
86 - Putumayo	63	42
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	82	71
94 - Guainía	133	108
95 - Guaviare	5	4

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

4.1.2. SEXO DEL USUARIO

En el Gráfico 2, se puede observar que la variables sexo mas significativa es Mujeres con un 56% y los hombres con un 44%.

Gráfico 2 Número de Registros reportados por Sexo en el I trimestre de 2018



Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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 RECAmbitoAtencion en la web.sispro.gov.

Como se observa en la siguiente tabla la mayor cantidad de suministro o garantía del servicio corresponde al I trimestre de 2018 fue la modalidad Ambulatorio No Priorizado con el 51,56%, en segundo lugar la modalidad Ambuatorio Priorizado con el 20% y de tercer lugar Hospitalario Internación con el 6,23% (ver tabla No.26).

Tabla 26 Modalidad de Atención - I trimestre de 2018

MODALIDAD DE ATENCIÓN	TOTAL	% PART
1 - AMBULATORIO NO PRIORIZADO	31.483	51,56%
2 - AMBULATORIO PRIORIZADO	12.213	20,00%
3 - HOSPITALARIO DOMICILIARIO	3.804	6,23%
4 - HOSPITALARIO INTERNACIÓN	13.130	21,50%

Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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 permitidos 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 81,22% equivalente a 49.594 registros, le sigue Productos Nutricionales con el 9,23% equivalente a 5.634 registros y en tercer lugar Procedimientos con el 7,03% equivalente a 4.292 registros (ver tabla No.27).

Tabla 27. Tipo de servicio solicitado correspondiente al I trimestre de 2018

TIPO DE SERVICIO	TOTAL GENERAL	% PART
C - SERVICIOS NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE SALUD	283	0,46%
D - DISPOSITIVO MÉDICO NO CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	129	0,21%
M - MEDICAMENTOS	49.594	81,22%
N - PRODUCTOS NUTRICIONALES	5.634	9,23%
P - PROCEDIMIENTOS	4.292	7,03%
S - SERVICIOS ESPECÍFICOS	1.133	1,86%
Total General	61.065	100,00%

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

4.1.5. DIAGNOSTICO PRINCIPAL – I TRIMESTRE DE 2018

A continuación se presenta el total de personas relacionadas con el diagnóstico principal mediante la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) reportados por las Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital, correspondientes al I trimestre del año 2018 (ver tabla No.28).

Tabla 28. Diagnóstico principal del usuario – I trimestre de 2018

C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.331
C02 - TUMORES	2.356
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	328
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	6.429
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	1.519
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1.986
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	2.659
C08 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	132
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	3.940
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4.764
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1.820
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	633
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2.982
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	3.847
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	362
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	542
C17 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	226
C18 - SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2.654
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNAS	753
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	137
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	741

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

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

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, Defensoría del Pueblo, y Superintendencia Nacional de Salud, el nuevo proceso de acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC para los afiliados al Régimen Contributivo, es un avance en la garantía de acceso de la población, este incluye el desarrollo de un aplicativo en línea dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de reportar todos los servicios que los profesionales de salud tratantes requieran para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de acuerdo con su autonomía, de tal manera que se disponga de información oportuna, dicho acto administrativo salió en firme con la Resolución 1328 de 2016, la cual ha tenido modificatorias bajo las resoluciones 2158, 3951, 5884 de 2016 y la resolución 532 de 2017.

La herramienta tecnológica descrita fundamenta su desarrollo en el Artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, ya que a través de ésta se tendrá información en tiempo real y permitirá 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 el direccionamiento por parte de la EPS para garantizar su acceso, su suministro y facturación serán coincidentes favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Por otra parte, como parte del avance en desarrollo de la Ley 1751 de 2015, el acto administrativo en mención, garantiza la autonomía profesional establecida en el Artículo 17, ya que en el modelo propuesto desaparecen las autorizaciones de terceros, lo cual significa que siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, solo es necesaria la orden médica para que la EPS garantice el goce efectivo de la prescripción efectuada. No obstante lo anterior, es necesario mencionar que para aquellos servicios cuya finalidad principal sea cosmética o suntuaria y no esté relacionada con la recuperación o mantenimiento de la salud, sin evidencia científica ni uso autorizado en Colombia, así como aquellos que correspondan a tecnologías experimentales o que sean prestadas en el exterior, no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud. (art. 15 de la Ley 1751 de 2015).

Con lo mencionado, se pretende reducir las barreras de acceso y analizar de manera excepcional aquellos servicios que la misma Ley Estatutaria ha indicado tienen una vía de financiación distinta a los recursos de salud, sin desconocer tal y como la Honorable Corte Constitucional lo ha expuesto en la Sentencia T-160 de 2014, que en el tema de servicios excluidos o excepcionales debe analizarse cada caso en particular.

Por último, la Resolución 3951 de 2016 tiene como objetivo el procurar una mejor utilización social de los recursos para así garantizar el derecho a la salud, toda vez que pone en manos de todos los actores del Sistema el compromiso de la utilización de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC, de conformidad con lo dispuesto en el literal k del Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. El nuevo sistema de información en línea es implementado por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), que le suministran a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

Por lo anterior se puede concluir que el Régimen Contributivo no existen negaciones, pero si podemos encontrar inoportunidad en la prestación del servicio en aquellos casos que se realiza la prescripción y no se entrega el suministro en los tiempos señalados en la Resolución 3951 de 2016-

En esta sección se presenta los resultados sobre las prescripciones realizadas por las EPS y/o EOC y no suministradas a la fecha de corte correspondiente al I Trimestre de 2018.

Adicionalmente se presentara los casos registrados con las Causas de No Entrega 7, 9 y 10, la cuales se encuentran publicadas en la página de MIPRES <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx> en el "Anexo Técnico causas de no entrega total, parcial o diferida V1.2 ":

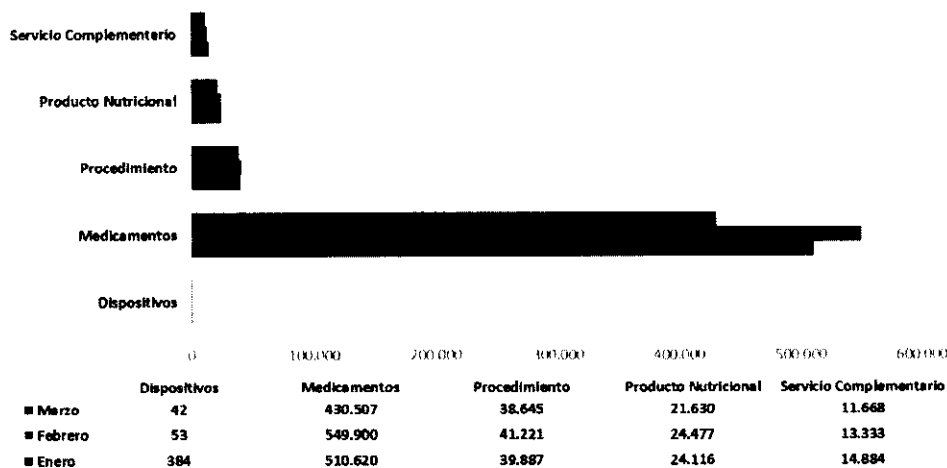
- Causal 7. No fue posible contactar al paciente
- Causal 9. Paciente se niega a recibir el suministro
- Causal 10. No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS

MIPRES está concebido para registrar y reportar 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 especial 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 I trimestre de 2018, se han prescrito 1.721.367 servicios o tecnologías en salud, de las cuales el 86,62% corresponden a medicamentos, el 6,96% a procedimientos, el 4,08% a productos nutricionales, el 2,32% a servicios complementarios y el 0,03% a dispositivos médicos (ver grafica No.3)

Gráfico 3. Número de registros de Prescripción por Tecnología - I trimestre de 2018



Fuente: Con base en información remitida por EPS- 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 seis (6) encuestas, las cuales se han presentado a la Honorable Corte Constitucional en los informes trimestrales en el marco de la Orden 19, donde la primera encuesta 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 de 2017, la tercera el 26 de julio de 2017, la cuarta el 25 de agosto de 2017, la quinta el 18 de Septiembre de 2017 y la última el 15 de diciembre de 2017.

En la siguiente tabla se presenta el total de tecnologías o servicios de salud no suministrados por las causales de no entrega mencionadas anteriormente en este informe (ver tabla No.29):

- Causal 7. No fue posible contactar al paciente
- Causal 9. Paciente se niega a recibir el suministro
- Causal 10. No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS

Tabla 29. Número de registros por tecnologías o servicios de salud no suministrados con causales de no entrega No. 7, 9 y 10 – I trimestre de 2018

[Redacted Content]

1
2



5925



DISPOSITIVO	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS		9			9
MEDICAMENTO	No fue posible contactar al paciente	3	1	6	3	13
	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	563	3.126	2.473		6.162
	Paciente se niega a recibir el suministro	12	7	16		35
PRODUCTO NUTRICIONAL	Paciente se niega a recibir el suministro	1				1
PROCEDIMIENTO	No fue posible contactar al paciente		1			1
	Paciente se niega a recibir el suministro	2		1		3
SERVICIO COMPLEMENTARIO	Paciente se niega a recibir el suministro	4				4
TOTAL GENERAL		585	3.144	2.496	3	6.228

Fuente: Información entregada por la OTIC MINSALUD - Cálculos: DROASRLP

En la tabla No. 30 se presenta el total de prescripciones por tecnología o servicio de salud prescrita pero no suministrada en el I trimestre de 2018 (ver tabla No. 30)

Tabla 30. Total de prescripciones por tecnología o servicio de salud prescrita pero no suministrada en el I trimestre de 2018

NUEVA EPS	233.578	COMPARTA	269
SURA	130.389	CAJACOPI	156
SALUD TOTAL	116.999	AMBUQ	143
MEDIMAS	106.082	CAPITAL SALUD	135
E.P.S. SANITAS	68.324	FONDO PASIVO	84
COOMEVA	49.059	COMFAMILIAR HUILA	77
FAMISANAR	47.555	PIJAOS SALUD	71
COMPENSAR E.P.S.	32.050	CONVIDA	57
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	23.749	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	56
CRUZ BLANCA	13.997	COMFAMILIAR NARIÑO	54
COMFENALCO VALLE	10.371	EMDISALUD	44
ALIANSA SALUD E.P.S.	4.237	MALLAMAS	38
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN	1.951	COOSALUD	17
SALUDVIDA	1.633	ANASWAYUU	9

EMSSANAR	921	CAPRESOCA	9
SAVIA SALUD	783	COMFACUNDI	9
COOSALUD	613	ECOOPSOS	6
ASMET SALUD	518	COMFACOR	2
MUTUAL SER	320		

Fuente: Información entregada por la OTIC MINSALUD - Cálculos: DROASRLP

El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con ADRES vienen realizando reuniones con las EPS con el fin de realizar el seguimiento al reporte de suministro de MIPRES, adicionalmente cada una de las entidades se les solicita que envíen con anticipación el cuestionario de inquietudes o dificultades para el diligenciamiento del suministro de Tecnologías no Cubiertas por el Plan de Beneficios relacionado con la herramienta MIPRES, en las reuniones se ha podido evidenciar:

- Existe inoportunidad o no entrega del reporte por parte de las IPS, motivo por el cual EPS no puede cargar en un 100% el registro de Suministro.
- Las EPS disponen para el reporte de la información del suministro de los Servicios y/o Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que se obtengan del registro en el Aplicativo para el Reporte de Prescripción/Orden de Servicios y Tecnologías en Salud sin Cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – MIPRES, a través del estándar JSON. Lo cual no todas las EPS han ajustado su Sistema de Información para cumplir con ese requerimiento
- Se realiza actualización de las tablas aplicadas a la Plataforma MIPRES, para casos en los cuales se detecta necesidad, tales como la no entrega de tecnologías en salud por la no aprobación de la junta de profesionales, cuando esta aplica.
- Problemas de estabilidad en la conexión por parte del asegurador.
- Se evidencian errores en la creación de los medios magnéticos por parte del asegurador, los cuales se han generado problemas en el reporte, toda vez que se han implementado validaciones de calidad del dato para ser incluido en las bases de datos, con lo cual se asegura la calidad del dato.
- En la mayoría de reuniones adelantadas, los aseguradores indican datos de suministro superiores a los registrados en la plataforma MIPRES, los cuales señalan se encuentran en este momento en proceso de cargue para cumplir con la obligación de suministro.
- Con base en lo anterior, se vienen adelantando análisis de la información y reuniones periódicas con los diferentes aseguradores, a fin de poder recibir las dificultades y hacer un seguimiento a las dificultades que presentan los diferentes actores del sistema.
- De otra parte, se genera en la actualidad un análisis para ser socializado con los aseguradores en el que se les informa de la cantidad de registros de tecnologías prescritas pendientes por diligenciar en la plataforma, así como de las juntas medicas pendientes por cerrar en el sistema, en el cual se exige un plan de trabajo que indique la fecha de compromiso de diligenciamiento de los datos pendientes por diligenciar; dicha comunicación será copiada a la Superintendencia de Salud para que como ente de inspección vigilancia y control acompañe la gestión.

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 I trimestre de 2018.
- El reporte por parte de las EPS es de un 87%, mientras el reporte por parte de la Entidades Territoriales de Orden Departamental y Distrital es de un 64%.
- La vía de negación de servicios correspondiente al I trimestre de 2018 más significativa con un 78,06% equivalente a 14.827 registros corresponde al concepto de negación NEG que obedece a la descripción: Servicio ordenado por el médico tratante negado por el CTC y un 21,94% equivalente a 4.168 registros fueron negados con el concepto NTR que obedece a la descripción: Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC
- La modalidad de atención más significativa en la Negación de los servicios es la atención Ambulatoria No priorizado, con una participación del 77,58% equivalente a 14.736 registros, le sigue la modalidad Hospitalaria Internación con un 13,25% equivalentes a 2.516 registros y el restante correspondiente al 9,18% obedece a los demás ámbitos de atención con un total de 1.743 registros