



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

4380, n.

201331001491241

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201331001491241

Fecha: 31-10-2013

Página 1 de 1

Bogotá,

Doctores

JORGE IVAN PALACIO PALACIO
MAURICIO GONZALEZ CUERVO
GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Honorables Magistrados
CORTE CONSTITUCIONAL
Bogotá, D.C.



Asunto: Sentencia T-760 de 2008, cumplimiento orden 19.

Honorables Magistrados:

En cumplimiento a lo definido por la Honorable Corte Constitucional en la orden 19 contenida en la Sentencia T-760 de 2008, de manera atenta, remito el informe correspondiente al segundo trimestre de 2013, relacionado con los servicios negados por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Subsidiado y EOC reportados en virtud de la Resolución 744 de 2012.

Cordialmente,

LUIS GONZALO MORALES SANCHEZ
Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y Pensiones

JOSÉ OSWALDO BONILLA RINCÓN
Director Administración de Fondos de la Protección Social

Anexo: Informe cumplimiento orden 19 de la Sentencia 760 de 2008 en veintitrés (22) folios y un CD

Elaboró: L. Morales / J. Bonilla / Olga P.
Revisó / Aprobó: L. Morales / J. Bonilla

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

4281

INFORME NEGACIÓN DE SERVICIOS SEGUNDO TRIMESTRE 2013

SENTENCIA T-760 DE 2008

ORDEN 19

AUTO 043 DE 2012

**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**

**BOGOTÁ
OCTUBRE DE 2013**



TABLA DE CONTENIDO

Resumen Ejecutivo

1. Antecedentes

2. Comparativo segundo trimestre 2012-2013

2.1 Servicios negados según modalidad de atención

2.2 Negaciones según tipo de servicio solicitado

2.3 Negaciones por entidad en el Régimen Contributivo

2.4 Negaciones por entidad en el Régimen Subsidiado

2.5 Concepto de negación del servicio

2.6 Causal de negación del servicio

3. Análisis, conclusiones y acciones a seguir

3.1 Análisis de resultados

3.2 Conclusiones

3.3 Acciones a seguir



RESUMEN EJECUTIVO

Se realiza un análisis comparativo del registro de negación de servicios de los segundos trimestres de 2012 y 2013. Se observa que las negaciones totales disminuyen un -5%, -52% en el R. Subsidiado y +114% en el Contributivo. La reducción en el R. Subsidiado se da por la igualación de planes de beneficios realizada en julio de 2012.

Las mayores reducciones en el R. Subsidiado son en servicios "Ambulatorios" (-57.2%) y en servicios de "Urgencias" (-70.8%). El aumento en el R. Contributivo se da en servicios "Ambulatorios" (+97.5%) y en "Hospitalarios" (+264.4%). Los "Medicamentos" y los "Procedimientos" concentran más del 80% de las negaciones en ambos regímenes.

Las negaciones expresadas en tasas por 10 mil afiliados, aumentan en el R. Contributivo (11.34 a 23.90) y disminuyen en el R. Subsidiado (26.04 a 11.09). En el R. Contributivo las tres EPS con mayor tasa en 2013 son Coomeva (84.3), Aliansalud (81.1) y Comfenalco Antioquia (32.1). En el R. Subsidiado Caprecom (41.5), Comfamiliar Guajira (40.3) y Colsubsidio (38.7).

Las solicitudes de servicios devueltas sin trámite ante el Comité Técnico Científico -CTC-, caen -57.2% en el R. Subsidiado y aumentan +258% en el R. Contributivo. Las negadas por el CTC disminuyen -3.0% en el R. Subsidiado y aumentan +94.2% en el R. Contributivo. En ambos regímenes casi el 100% se niegan por "Otros Motivos" lo que señala problemas con el registro.

En el R. Subsidiado, el 75.1% de las negaciones no tramitadas ante el CTC son por la causa "Servicio No POS que debe ser tramitado, autorizado y pagado por el ente territorial con subsidios de oferta". De las negadas por el CTC un 33.7% son por las causas "No hay evidencia de riesgo para la vida del paciente" (17.1%) y la "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" (16.6%).

En el R. Contributivo, el 65.5% de las negaciones no tramitadas ante el CTC son por la causa "La solicitud es incompleta/mal diligenciada". De las negadas por el CTC un 68.5% se da por las causas "No hay pertinencia médica en lo ordenado" (34.8%), "El servicio es experimental o no cuenta con autorización para su uso en el país" (18.7%) y "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" (15.0%).

A manera de conclusión, podría decirse que la casi totalidad de los servicios negados cuentan con una justificación legal, administrativa o técnica, sin que sea posible concluir que ello sea producto de una actitud negligente o deliberada de quien le corresponde autorizarlos. Al ser negadas muy seguramente terminan convirtiéndose en tutelas aumentando el trámite para el paciente.



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.

El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha.”

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

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

Además, en cumplimiento de lo anterior la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, capacitó en el

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”



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

4233

diligenciamiento del reporte e información de negación de servicios, en marzo y abril de 2012 a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, a las Entidades Obligadas a Compensar y a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

Igualmente, dispuso el Auto 043 de 2012 *“que, en el término de noventa (90) días calendario contados a partir de la notificación de esta providencia, remita a esta Sala un informe consolidado en el que se analicen los resultados de los registros remitidos por las EPS, de conformidad con los requerimientos específicos de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008”*, por lo que el Ministerio envió el informe correspondiente y ha continuado con la consolidación de las estadísticas e información general sobre la negación de servicios, así como con la radicación de los informes trimestrales, por lo que a continuación se presenta el correspondiente análisis al segundo trimestre de 2013 el cual se presenta de manera comparativa con el mismo trimestre de 2012.



2. COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2012 vs. 2013

Se utiliza la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar para el segundo trimestre de 2012 y 2013. Se distribuyen por trimestre y para los Regimenes Contributivo y Subsidiado así:

Cuadro No. 1
**COMPARATIVO NEGACIÓN DE SERVICIOS
POR PERIODO**

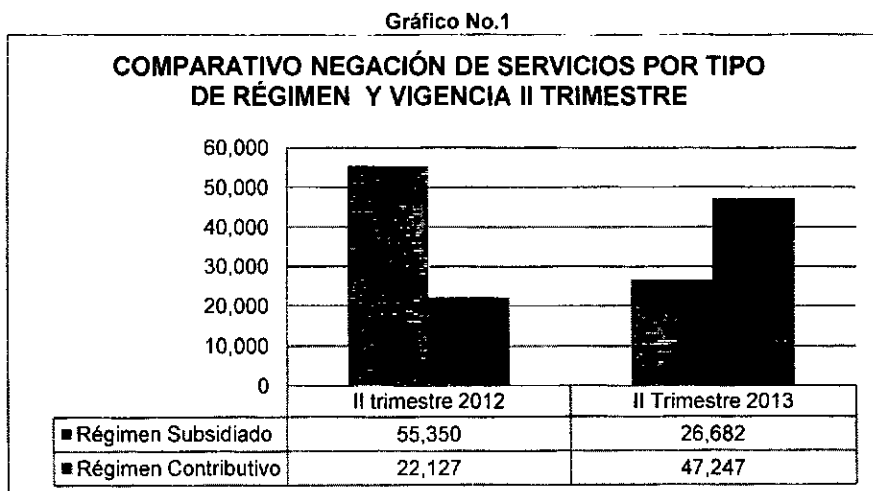
Periodo	Cantidad	Variación 2013 vs 2012
II trimestre 2012	77.477	
II Trimestre 2013	73.929	-5%
Total	151.406	

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS

Cuadro No. 2
Negación de Servicios por Tipo de Régimen

Régimen	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2013 vs 2012
Régimen Subsidiado	55.350	71%	26.682	36%	-52%
Régimen Contributivo	22.127	29%	47.247	64%	114%
Total	77.477	100%	73.929	100%	

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS - DAFPS



Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS

No obstante, al hacer analisis general eliminando en los motivos principales la fila "El servicio solicitado es cobertura del POS" que en realidad no es una negación del servicio se encuentra que la variacion entre 2012 y 2013, las negaciones totales pasan de 5 al 14.6%, en el Contributivo de 114 a 110% siendo mas pronunciada la caída en los servicios negados sin tramite ante el CTC, el cual pasa de +258 a +87%.



45034

2.1 SERVICIOS NEGADOS SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN

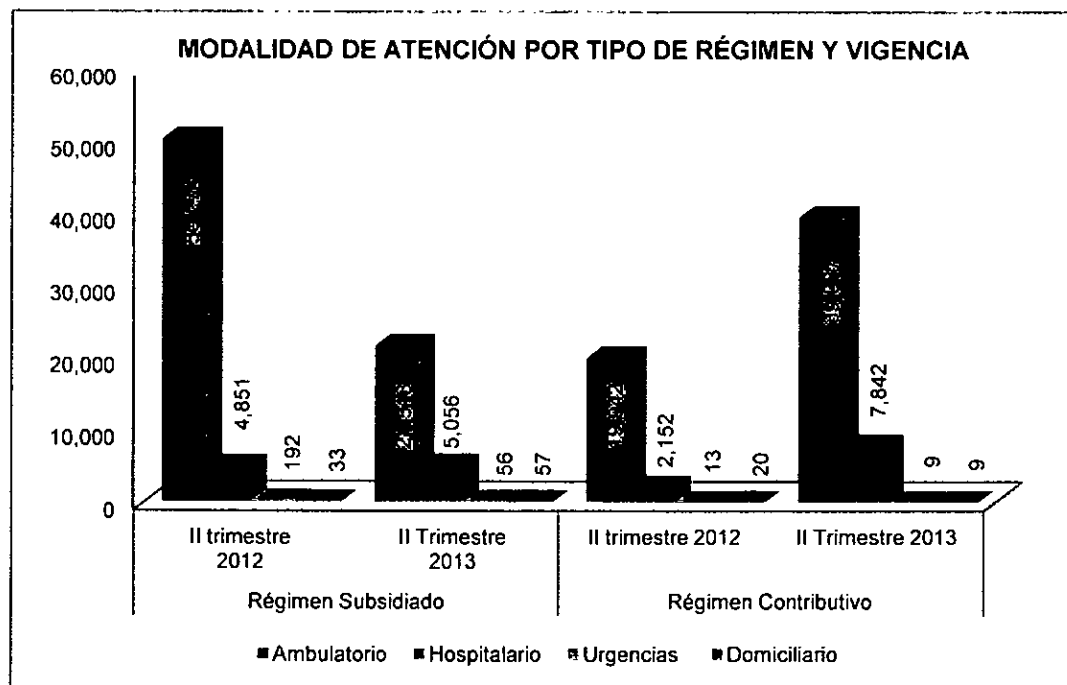
Se refiere al servicio negado según el tipo: Urgencias (UR), Ambulatoria (AM), Hospitalaria (HO) y Domiciliaria (DO), distribuidos así:

Cuadro No. 3

Modalidad de Atención Por Tipo de Régimen y Vigencia										
Modalidad de Atención	Régimen Subsidiado					Régimen Contributivo				
	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013
Ambulatorio	50.274	90,8%	21.513	80,6%	-57,2%	19.942	90,1%	39.387	83,4%	97,5%
Hospitalario	4.851	8,8%	5.056	18,9%	4,2%	2.152	9,7%	7.842	16,6%	264,4%
Urgencias	192	0,3%	56	0,2%	-70,8%	13	0,1%	9	0,0%	-30,8%
Domiciliario	33	0,1%	57	0,2%	72,7%	20	0,1%	9	0,0%	-55,0%
Total	55.350	100,0%	26.682	100,0%	-51,8%	22.127	100,0%	47.247	100,0%	113,5%

Fuente: Negaciones EPS-EOC - Cálculos: MSPS - DAFPS

Gráfico No. 2



Fuente: Negaciones EPS-EOC - Cálculos: MSPS - DAFPS



2.2 NEGACIONES SEGÚN TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

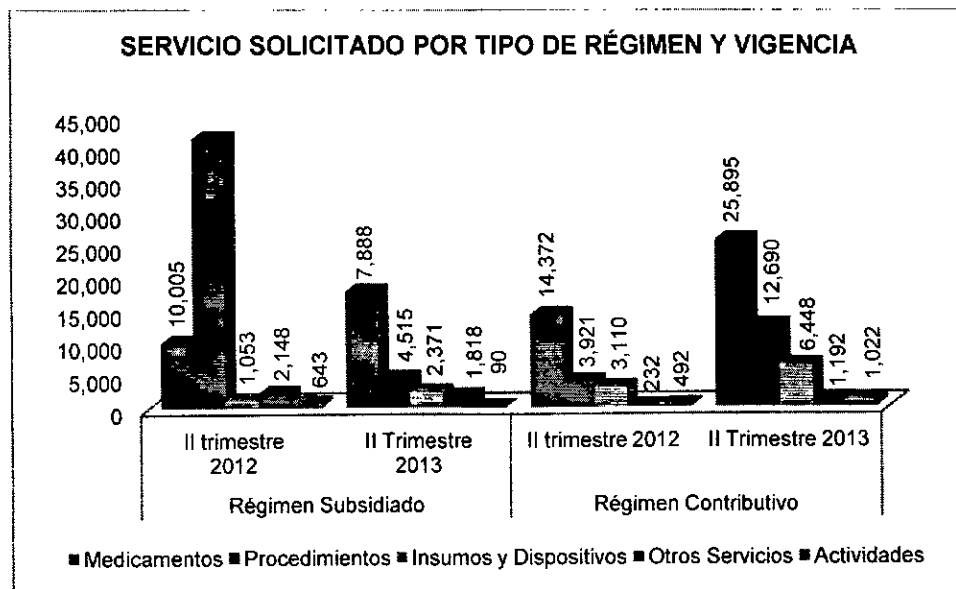
Los servicios negados según se trate de medicamentos, procedimientos, insumos y dispositivos médicos, otros servicios y actividades, se distribuyen en los segundos trimestres de 2012 y 2013 de la siguiente manera:

Cuadro No. 4

Servicio Solicitado Por Tipo de Régimen y vigencia										
Modalidad de Atención	Régimen Subsidiado					Régimen Contributivo				
	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013
Medicamentos	10.005	18,1%	17.888	67,0%	78,8%	14.372	65,0%	25.895	54,8%	80,2%
Procedimientos	41.501	75,0%	4.515	16,9%	-89,1%	3.921	17,7%	12.690	26,9%	223,6%
Insumos y Dispositivos	1.053	1,9%	2.371	8,9%	125,2%	3.110	14,1%	6.448	13,6%	107,3%
Otros Servicios	2.148	3,9%	1.818	6,8%	-15,4%	232	1,0%	1.192	2,5%	413,8%
Actividades	643	1,2%	90	0,3%	-86,0%	492	2,2%	1.022	2,2%	107,7%
Total	55.350	100,0%	26.682	100,0%	-51,8%	22.127	100,0%	47.247	100,0%	113,5%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS - DAFPS

Gráfico No. 3



Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS - DAFPS



2.3 NEGACIONES POR ENTIDAD EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Los servicios negados por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar en el Régimen Contributivo, para los períodos correspondientes al segundo trimestre de 2012 y 2013, se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro No. 5

COMPARATIVO NEGACIONES POR ENTIDAD REGIMEN CONTRIBUTIVO

Código	Entidad	Negados 2012	Negados 2013	Total negados	% negados	Afiliados 2012	Afiliados 2013	% afiliados	Tasa 2012 x 10K	Tasa 2013 x 10K	Variación 2012/2013
EPS016	Cooameva EPS	6.747	24.130	30.877	45%	3.027.395	2.861.433	15%	22,3	84,3	278%
EPS001	Aliansalud EPS	2.260	2.749	5.009	7%	335.932	338.793	2%	67,3	81,1	21%
EPS009	Comfenalco Antioquia	1.163	1.109	2.272	3%	367.947	345.173	2%	31,6	32,1	2%
EPS039	Golden Group EPS	131	177	308	0%	70.785	64.782	0%	18,5	27,3	48%
EPS037	Nueva EPS	2.939	5.188	8.127	12%	2.419.780	2.511.831	13%	12,1	20,7	70%
EPS010	EPS Sura	935	3.268	4.203	6%	1.493.685	1.612.779	8%	6,3	20,3	224%
EPS005	E.P.S Sanitas	1.078	1.909	2.987	4%	1.013.741	1.094.083	5%	10,6	17,4	64%
EPS002	Salud Total EPS	2.954	3.075	6.029	9%	1.801.569	1.875.601	9%	16,4	16,4	0%
EPS018	SOS	823	1.272	2.095	3%	820.210	813.965	4%	10,0	15,6	56%
EPS012	Comfenalco Valle	473	462	935	1%	308.235	306.993	2%	15,3	15,0	-2%
EPS017	EPS Famisanar	778	1.307	2.085	3%	1.456.788	1.508.480	8%	5,3	8,7	62%
EPS008	Compensar EPS	870	663	1.533	2%	829.784	890.689	4%	10,5	7,4	-29%
EPS003	Cafesalud EPS - Contr.	141	276	417	1%	752.197	724.422	4%	1,9	3,8	103%
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A	107	164	271	0%	587.169	559.418	3%	1,8	2,9	61%
EPS013	SaludCoop EPS	570	1.097	1.667	2%	3.971.877	3.970.103	20%	1,4	2,8	93%
EAS016	EPM Depto. Medico		3	3	0%	12.416	12.075	0%	0,0	2,5	
EAS027	Fondo Ferrocarriles	1	4	5	0%	49.519	47.726	0%	0,2	0,8	315%
EPS033	Saludvida EPS	24	4	28	0%	68.812	69.326	0%	3,5	0,6	-83%
		21.994	46.857	68.851	100%	19.387.841	19.607.672	100%			

Fuente: Negaciones EPS-EOC - Cálculos: MSPS - DAFPS

2.4 NEGACIONES POR ENTIDAD REGIMEN SUBSIDIADO



Los servicios negados por las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar en el Régimen Subsidiado, para los períodos correspondientes al II Trimestre de 2012 vs. 2013, se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro No. 6

COMPARATIVO NEGACIONES POR ENTIDAD REGIMEN SUBSIDIADO

Código	Entidad	Negados 2012	Negados 2013	Total negados	% negados	Afiliados 2012	Afiliados 2013	% afiliados	Tasa 2012 x 10K	Tasa 2013 x 10K	Variación 2012/2013
EPS020	Caprecom	33.273	13.908	47.181	61%	3.053.477	3.353.979	15%	109,0	41,5	-62%
CCF023	Comfamiliar Guajira	2.921	496	3.417	4%	111.610	123.063	1%	261,7	40,3	-85%
CCF101	Colsubsidio	529	314	843	1%	265.336	81.237	1%	19,9	38,7	94%
EPSI02	Manexka E.P.S.I 02		681	681	1%	214.944	227.393	1%	0,0	29,9	
CCF024	Comfamiliar Huila	534	1.372	1.906	2%	463.025	504.867	2%	11,5	27,2	136%
CCF053	Comfacundi	928	225	1.153	2%	84.802	97.300	0%	109,4	23,1	-79%
EPSI06	Pijaos Salud EPSI	493	129	622	1%	71.714	75.765	0%	68,7	17,0	-75%
CCF018	CAFAM	1.346	243	1.589	2%	169.286	173.286	1%	79,5	14,0	-82%
ESS133	Comparta EPS - S		1.949	1.949	3%	1.471.398	1.526.319	7%	0,0	12,8	
ESS024	Coosalud EPS-S	5.950	1.779	7.729	10%	1.338.332	1.507.307	7%	44,5	11,8	-73%
CCF002	Comfama	876	1.617	2.493	3%	1.626.930	1.697.999	8%	5,4	9,5	77%
EPSI01	Dusakawi EPSI	42	142	184	0%	226.885	239.501	1%	1,9	5,9	220%
EPSI04	Anas Wayuu E.P.S.I		57	57	0%	111.134	116.482	1%	0,0	4,9	
ESS076	Ambuq ESS	2.931	355	3.286	4%	744.017	815.953	4%	39,4	4,4	-89%
CCF049	Comfaoriente	167	32	199	0%	122.563	117.820	1%	13,6	2,7	-80%
ESS091	Ecoopos ESS - EPSS	104	85	189	0%	458.986	315.303	2%	2,3	2,7	19%
EPSI03	AIC - EPS I		90	90	0%	368.017	374.341	2%	0,0	2,4	
ESS207	Mutual Ser		251	251	0%	997.616	1.101.832	5%	0,0	2,3	
ESS118	Emsanar E.S.S	161	317	478	1%	1.378.400	1.570.172	7%	1,2	2,0	73%
CCF033	Comfasucre EPS-S		20	20	0%	97.266	99.655	0%	0,0	2,0	
CCF015	Comfacor		53	53	0%	414.295	516.995	2%	0,0	1,0	
CCF027	Comfamiliar Nariño	2	16	18	0%	133.096	172.052	1%	0,2	0,9	519%
ESS062	Asmet Salud EPS - S	157	144	301	0%	1.413.440	1.548.588	7%	1,1	0,9	-16%
CCF007	Comfamiliar Cartagena		21	21	0%	220.902	237.364	1%	0,0	0,9	
EPSS03	Cafesalud Subs.	54	79	133	0%	927.765	959.392	4%	0,6	0,8	41%
CCF009	Comfaboy EPS - S	44	9	53	0%	112.530	109.360	1%	3,9	0,8	-79%
CCF055	Cajacopi EPS		33	33	0%	446.891	474.240	2%	0,0	0,7	
EPS022	Convida EPSS	25	18	43	0%	363.004	353.326	2%	0,7	0,5	-26%
EPSI05	Mallamas		12	12	0%	232.821	265.708	1%	0,0	0,5	
EPS025	Capresoca	32	6	38	0%	127.504	141.980	1%	2,5	0,4	-83%
EPSS34	Salud Capital	1.321	29	1.350	2%	511.787	997.284	4%	25,8	0,3	-99%
EPSS33	Saludvida EPS		29	29	0%	858.461	1.054.601	5%	0,0	0,3	
CCF102	Comfachoco	137		137	0%	75.774	87.458	0%	18,1	0,0	-100%
EPS033	Saludvida EPS	244		244	0%	858.461	1.054.601	5%	2,8	0,0	-100%
		52.271	24.511	76.782		20.072.469	22.092.523	100%			

Fuente: Negaciones EPS-EOC - Cálculos: MSPS - DAFPS

2.5 CONCEPTO DE NEGACION DEL SERVICIO



En el Anexo Técnico de la Resolución 744 de 2012, en virtud del Auto 43 de la orden décima novena en la cual se pide identificar el origen y concepto de la negación, el cual puede presentarse por dos vías:

- (NTR) que obedece a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC**
- (NEG) el cual corresponde a la descripción: **Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC**

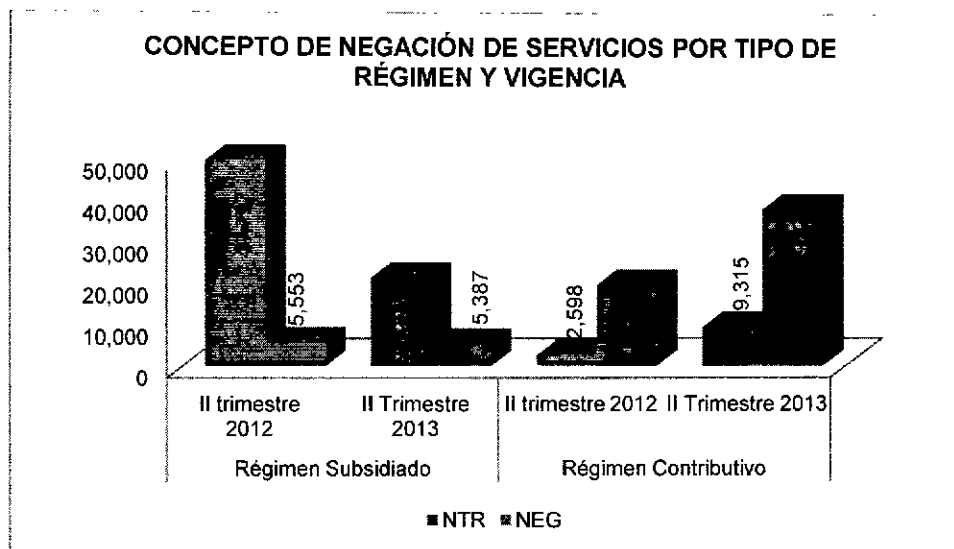
Cuadro No. 7

Concepto de Negación de Servicio Por Tipo de Régimen y vigencia										
Concepto de Negación del Servicio	Régimen Subsidiado					Régimen Contributivo				
	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013
NTR	49.797	90,0%	21.295	79,8%	-57,2%	2.598	11,7%	9.315	19,7%	258,5%
NEG	5.553	10,0%	5.387	20,2%	-3,0%	19.529	88,3%	37.932	80,3%	94,2%
Total	55.350	100,0%	26.682	100,0%	-51,8%	22.127	100,0%	47.247	100,0%	113,5%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS

No obstante, al hacer analisis eliminando en los motivos principales la fila "El servicio solicitado es cobertura del POS" que en realidad no es una negación del servicio se encuentra que la variación entre 2012 y 2013 en el Contributivo baja de 113.5 a 110%, siendo mas pronunciada la caída en los servicios negados sin tramite ante el CTC, el cual pasa de +258 a +87%.

Gráfico No. 4



Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS



2.6 CAUSAL DE NEGACIÓN DEL SERVICIO

A continuación se presentan los conceptos que dan origen a la negación del servicio tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

Con respecto a **servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante CTC**. (Cuadro No. 8).

Cuadro No. 8

NEGACIÓN DE SERVICIOS II TRIMESTRE DE 2012 Vs. 2013 POR TIPO DE RÉGIMEN Y MOTIVO (NTR)										
Motivo Para No Haber Tramitado la Solicitud Ante el CTC (NTR)	Régimen Subsidiado					Régimen Contributivo				
	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013
I- Otros motivos	49.784	100,0%	20.703	97,2%	-58,4%	1.779	68,5%	2.442	26,2%	37,3%
A- Servicio solicitado es cobertura del POS	1	0,0%	251	1,2%	25000,0%	777	29,9%	5.988	64,3%	670,7%
C- El usuario presenta periodo de mora		0,0%	42	0,2%		30	1,2%	426	4,6%	1320,0%
G- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	12	0,0%	264	1,2%	2100,0%		0,0%	12	0,1%	
D- El usuario se encuentra en periodo de urgencia		0,0%	1	0,0%			0,0%	272	2,9%	
H- Cobertura póliza de otros seguros no ha sido agotada		0,0%		0,0%			0,0%	114	1,2%	
B- Médico solicitante servicio no pertenece a red EPS		0,0%	32	0,2%		7	0,3%	11	0,1%	57,1%
E- Traslado entre EPS		0,0%	2	0,0%		2	0,1%	27	0,3%	1250,0%
F- Cambio de régimen de seguridad social en salud		0,0%		0,0%		3	0,1%	23	0,2%	666,7%
Total	49.797	100,0%	21.295	100,0%	-57,2%	2.698	100,0%	9.315	100,0%	258,5%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS - DAFPS

Cabe recordar que la causal “El servicio solicitado es cobertura del POS” no es en realidad una negación del servicio. Al desagregar la negación por no haber sido tramitada ante el CTC, para el régimen subsidiado y contributivo del tipo “I- Otros Motivos”, son descritos en los cuadros 9 y 10:

Cuadro No. 9



4387

NEGACIÓN DE SERVICIOS II TRIMESTRE DE 2012 Vs. 2013 POR TIPO DE REGIMEN Y MOTIVO (NTR) - OTROS MOTIVOS REGIMEN SUBSIDIADO								
	Descripción Otros Motivos Para No Haber Tramitado la Solicitud ante el CTC (NTR)	Régimen Subsidiado				Total	%	Variación 2012-2013
		II Trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%			
1	SERVICIO NO POS-5 SE DEBE TRAMITAR POR SUBSIDIO A LA OFERTA	33.243	66,8%		0,0%	33.244	47,2%	
2	SERVICIO NO POS-5 SE DEBE TRAMITAR POR SUBSIDIO A LA OFERTA		0,0%	13.728	66,3%	13.728	19,5%	
3	NO FUE DILIGENCIADO FORMATO DE SOLICITUD DE CTC POR MEDICO	5.911	11,9%		0,0%	5.911	8,4%	
4	ASUMIO ENTE TERRITORIAL	2.931	5,9%	125	0,6%	3.056	4,3%	-95,7%
5	EVENTOS ACUERDO 029 NO SON POS-5 DEBEN SER TRAMITADOS CON SUBSIDIO OFERTA ART. 31 DECRETO 806/1998	2.891	5,8%		0,0%	2.891	4,1%	
6	ASUME EL ENTE TERRITORIAL		0,0%	1.634	7,9%	1.634	2,3%	
7	CORRESPONDE ASUMIRLOS A GOBERNACION DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD	1.247	2,5%	167	0,8%	1.414	2,0%	-86,6%
8	NO FUE DILIGENCIADO FORMATO DE SOLICITUD DE CTC POR MEDICO		0,0%	916	4,4%	916	1,3%	
9	NO SE REALIZA CTC SERVICIO POS-5 POBLACION NO UNIFICADA ACUERDO 029	858	1,7%		0,0%	858	1,2%	
10	SERVICIOS A CARGO DEL ENTE TERRITORIAL	825	1,7%		0,0%	825	1,2%	
11	SERVICIO EXCLUIDO DE POS-5 COMPETENCIA DEL ENTE TERRITORIAL		0,0%	725	3,5%	725	1,0%	
12	SE ENTREGA NEGACION DE SERVICIOS PARA QUE SEA TRAMITADO POR SUBSIDIO A LA OFERTA	492	1,0%	129	0,6%	621	0,9%	-73,8%
13	EVENTOS ACUERDO 029 NO SON POS-5 DEBEN SER TRAMITADOS CON SUBSIDIO OFERTA ART. 31 DECRETO 806/1998		0,0%	463	2,2%	463	0,7%	
14	FUE ASUMIDO POR LA SSD	343	0,7%		0,0%	343	0,5%	
15	EVENTO NO POS-5	244	0,5%		0,0%	244	0,3%	
	DEMÁS CAUSAS	799	1,6%	2.816	13,6%	3.615	5,1%	252,4%
	TOTAL	49.784	100,0%	20.703	100,0%	70.488	100,0%	-58,4%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS - DAFPS

Cuadro No. 10

NEGACIÓN DE SERVICIOS II TRIMESTRE DE 2012 Vs. 2013 POR TIPO DE REGIMEN Y MOTIVO (NTR) - OTROS MOTIVOS REGIMEN CONTRIBUTIVO								
	Descripción Otros Motivos Para No Haber Tramitado la Solicitud ante el CTC (NTR)	Régimen Contributivo				Total	%	Variación 2012-2013
		II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%			
1	INCONSISTENCIA EN SOPORTES	983	55,3%	859	35,2%	1.842	43,6%	-12,6%
2	INFORMACION INSUFICIENTE ADIUNTAR SOPORTES ADICIONALES	198	11,1%	365	14,9%	563	13,3%	84,3%
3	SERVICIO TRAMITADO ANTERIORMENTE	293	16,5%	163	6,7%	456	10,8%	-44,4%
4	DOCUMENTOS PENDIENTES DECRETO 1703	20	1,1%	345	14,1%	365	8,6%	1625,0%
5	EXCLUSION ACUERDO 029	2	0,1%	200	8,2%	202	4,8%	9900,0%
6	INCLUIDO EN PROCEDIMIENTO U HOSPITALIZACION	78	4,4%	73	3,0%	151	3,6%	-6,4%
7	REMITIDO A VALORACION	60	3,4%	13	0,5%	73	1,7%	-78,3%
8	NO COBERTURA POR POS O PAC	25	1,4%	36	1,5%	61	1,4%	44,0%
9	SERVICIO YA TRAMITADO CON LOS MISMOS SOPORTES		0,0%	56	2,3%	56	1,3%	
10	REDIRECCIONAMIENTO	23	1,3%	17	0,7%	40	0,9%	-26,1%
11	EVENTO NO POS-5	24	1,3%		0,0%	24	0,6%	
12	LO SOLICITADO YA FUE AUTORIZADO CON LOS MISMOS SOPORTES	24	1,3%		0,0%	24	0,6%	
13	PROTECCION LABORAL		0,0%	23	0,9%	23	0,5%	
14	SOLICITUD NO PERTINENTE	7	0,4%	15	0,6%	22	0,5%	114,3%
15	TRAMITE POR CTC	4	0,2%	10	0,4%	14	0,3%	150,0%
	DEMÁS CAUSAS	38	2,1%	267	10,9%	305	7,2%	602,6%
	Total	1.779	100,0%	2.442	100,0%	4.221	100,0%	37,3%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS - DAFPS



Con respecto a **Servicio ordenado por el médico tratante y negado por el CTC**,
(Cuadro No.11)

Cuadro No. 11

NEGACIÓN DE SERVICIOS II TRIMESTRE DE 2012 Vs. 2013 POR TIPO DE REGIMEN Y MOTIVO (NEG)										
Motivos de Negación por el CTC (NEG)	Régimen Contributivo					Régimen Subsidiado				
	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013	II trimestre 2012	%	II Trimestre 2013	%	Variación 2012-2013
V- Otros Motivos	5.578	28,6%	8.591	22,6%	54,0%	3.259	58,7%	1.537	28,5%	-62,8%
Q- No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante	4.588	23,5%	13.201	34,8%	187,7%	52	0,9%	177	3,3%	240,4%
O- No cumple con las normas vigentes del INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de servicios de Salud	3.380	17,3%	7.106	18,7%	110,2%	335	6,0%	577	10,7%	72,2%
P- La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS	3.508	18,0%	5.696	15,0%	62,4%	482	8,7%	894	16,6%	85,5%
R- No existe riesgo inminente para la vida del paciente	1.378	7,1%	2.280	6,0%	65,5%	300	5,4%	923	17,1%	207,7%
M- El servicio solicitado es cobertura del POS	331	1,7%	268	0,7%	-19,0%	1.048	18,9%	549	10,2%	-47,6%
S- El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la	660	3,4%	634	1,7%	-3,9%	36	0,6%	697	12,9%	1836,1%
N- El médico solicitante del servicio no pertenece a la red de la EPS	101	0,5%	156	0,4%	54,5%	38	0,7%	25	0,5%	-34,2%
T- La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	4	0,0%		0,0%		3	0,1%	1	0,0%	-66,7%
U- La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido	1	0,0%		0,0%			0,0%	7	0,1%	
Total	19.529	100,0%	37.932	100,0%	94,2%	5.553	100,0%	5.387	100,0%	-3,0%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS

Al desagregar los motivos de negación por CTC, para el régimen subsidiado y contributivo en el tipo “V- *Otros Motivos*”, son los descritos en los cuadros 12 y 13, recordando que la causa “El servicio solicitado es cobertura del POS” no es en realidad una negación del servicio:

Cuadro No. 12



4808

NEGACIÓN DE SERVICIOS II TRIMESTRE DE 2012 Vs. 2013 POR TIPO DE REGIMEN Y MOTIVO (NEG) - OTROS MOTIVOS REGIMEN SUBSIDIADO							
Descripción Otros Motivos de Negación por el CTC (NEG)	Régimen Subsidiado				Total	%	Variación 2012-2013
	# trimestre 2012	%	# Trimestre 2013	%			
1 COMPETE ENTE TERRITORIAL	983	30,2%		0,0%	983	20,5%	
2 COMPETENCIA ENTE TERRITORIAL	648	19,9%		0,0%	648	13,5%	
3 El comité confirma la efectividad y necesidad del medicamento solicitado en la patología del paciente el cual debe ser asumido y autorizado por el Ente Territorial según la Resolución 5334 de 2008	307	9,4%		0,0%	307	6,4%	
4 NEGADO TIENE TUTELA QUE CUBRE EL SERVICIO SOLICITADO	24	0,7%	237	15,4%	261	5,4%	887,5%
5 NEGADO PATOLOGIA NO POS	201	6,2%		0,0%	201	4,2%	
6 NEGADO PATOLOGIA NO POS EN LA HISTORIA CLINICA ANEXA NO SE EVIDENCIA ESTANCIA EN UCI NI PATOLOGIA INCLUIDAS EN EL ACUERDO 029 DE 2011 DE LA CRES NI RESPUESTA NEGATIVA DE LA SSSA SOBRE SU COMPETENCIA 5334 2008	187	5,7%		0,0%	187	3,9%	
7 El comité confirma la efectividad y necesidad del servicio solicitado en la patología del paciente el cual debe ser asumido y autorizado por el Ente Territorial según la Resolución 5334 de 2008	77	2,4%		0,0%	77	1,6%	
8 NEGADO MEDICAMENTO / SERVICIO YA EVALUADO EN ACTA DE COMITÉ ANTERIOR		0,0%	72	4,7%	72	1,5%	
9 LOS PAÑALES DESECHABLES ESTAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD		0,0%	40	2,6%	40	0,8%	
10 CTC EXTEMPORANEO ART. 8 RESOLUCION 3099/2008 MEDICO TRATANTE DEBERA PRESENTAR CASO ANTE CTC EN CUALQUIERA DE LAS DOS 2 SESIONES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL HECHO QUIEN MEDIANTE ANALISIS DEL CASO CONFIRMARA O NO LA DECISION ADOPTADA Y AUTORIZARA LA CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DEL MEDICAMENTO SERVICIO MEDICO O PRESTACION DE SALUD SI ES DEL CASO		0,0%	34	2,2%	34	0,7%	
11 SUPLEMENTOS/COMPLEMENTOS VITAMINICOS Y NUTRICIONALES EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	22	0,7%	10	0,7%	32	0,7%	-54,5%
12 NEGADO MEDICAMENTO / SERVICIO YA EVALUADO EN ACTA DE COMITL ANTERIOR		0,0%	28	1,8%	28	0,6%	
13 INFORMACION INCOMPLETA		0,0%	23	1,5%	23	0,5%	
14 Producto excluido del POS artículo 49 Acuerdo 029 de 2011 Clasificado en Infrima PRODUCTO ASEO no como MEDICAMENTO Decreto 677 de 1995 La Entidad no puede asumir su cobertura con cargo a SSSS		0,0%	22	1,4%	22	0,5%	
15 NEGADO TIENE TUTELA	22	0,7%		0,0%	22	0,5%	
DEMÁS CAUSAS	788	24,2%	1.071	69,7%	1.859	38,8%	35,9%
Total	3.259	100,0%	1.537	100,0%	4.797	100,0%	-52,8%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS

Cuadro No. 13

NEGACIÓN DE SERVICIOS II TRIMESTRE DE 2012 Vs. 2013 POR TIPO DE REGIMEN Y MOTIVO (NEG) - OTROS MOTIVOS REGIMEN CONTRIBUTIVO							
Descripción Otros Motivos de Negación por el CTC (NEG)	Régimen Contributivo				Total	%	Variación 2012-2013
	# trimestre 2012	%	# Trimestre 2013	%			
1 LA NEGACION PUEDE DEBERSE A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS TRATAMIENTO EXPERIMENTAL EXTEMPORANEIDAD DE LA SOLICITUD (NO PORTUNIDAD DE LA RESPUESTA DE AMPLIACION DEL MEDICO TRATANTE O USO OFF LABEL	492	8,8%	1.931	22,5%	2.423	17,1%	292,5%
2 LOS SOPORTES ESTAN INCOMPLETOS O INCONSISTENTES Y O EL MEDICO NO APORTO LA INFORMACION SUFICIENTE	822	14,7%	1.015	11,8%	1.837	13,0%	23,5%
3 NO HAY INFORMACION SUFICIENTE PARA LA TOMA DE DECISION POR PARTE DEL COMITE YA QUE LA PRESCRIPCION REALIZADA NO CUMPLE CON LAS EXIGENCIAS DEL DEC 2200 DE 2005		0,0%	825	9,6%	825	5,8%	
4 CORRESPONDE A TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES O AQUELLOS QUE SE PRESCRIBEN PARA LA ATENCION DE LAS ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS		0,0%	443	5,2%	443	3,1%	
5 SOLICITUD EXTEMPORANEA	176	3,2%	181	2,1%	357	2,5%	2,8%
6 EXCLUIDO EXPRESAMENTE DEL POS		0,0%	334	3,9%	334	2,4%	
7 CORRESPONDE A TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES O AQUELLOS QUE SE PRESCRIBEN PARA LA ATENCION DE LAS ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS	304	5,4%		0,0%	304	2,1%	
8 LOS SOPORTES ESTAN INCONSISTENTES YO EL MEDICO NO APORTO LA INFORMACION SUFICIENTE	173	3,1%	83	1,0%	256	1,8%	-52,0%
9 NO HAY INFORMACION SUFICIENTE PARA TOMA DECISION POR CTC NO SE EVIDENCIA EVOLUCION DEL PACIENTE ANTE EL TRATAMIENTO	12	0,2%	138	1,6%	150	1,1%	1050,0%
10 ES NECESARIO CONSULTAR PREVIAMENTE CON EL MEDICO TRATANTE PARA REALIZAR LA VALUACION DEL MEDICAMENTO SOLICITADO Y SI ES DEL CASO BUSCAR UNA ALTERNATIVA FARMACOLOGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.		0,0%	142	1,7%	142	1,0%	
11 EL MEDICAMENTO YO SERVICIO ORDENADO ATIENDE LOS CRITERIOS DE EXCLUSIONES CONTENIDOS EN EL ARTICULO 6 DEL ACUERDO 029 DE 2011 Y NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE LOS ARTICULOS 6 Y 7 DE LA RESOLUCION 3099 DE 2008 POR LO TANTO SE NIEGA.	128	2,3%		0,0%	128	0,9%	
12 LA SOLICITUD DEL MEDICO EXTEMPORANEA	39	0,7%	71	0,8%	110	0,8%	82,1%
13 EL MEDICAMENTO YO SERVICIO ORDENADO ATIENDE LOS CRITERIOS DE EXCLUSIONES CONTENIDOS EN EL ART 6 DEL ACUERDO 029 11 Y EL ART154 DE LA LEY 145011 Y NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE LOS ART 6 Y 7 DE LA RESOLUCION 3099 DE 2008 POR LO TANTO SE NIEG		0,0%	107	1,2%	107	0,8%	
14 EL MEDICAMENTO YO SERVICIO ORDENADO ATIENDE LOS CRITERIOS DE EXCLUSIONES CONTENIDOS EN EL ART 6 DEL ACUERDO 029 11 Y EL ART154 DE LA LEY 1450 11 Y NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE LOS ART 6 Y 7 DE LA RESOLUCION 3099 DE 2008 POR LO TANTO SE NIEG		0,0%	104	1,2%	104	0,7%	
15 EL MEDICAMENTO YO SERVICIO YA FUE AUTORIZADO PREVIAMENTE EN SESION DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO	49	0,9%	52	0,6%	101	0,7%	6,1%
DEMÁS CAUSAS	3.383	60,6%	3.165	36,8%	6.549	46,2%	-6,4%
Total	5.578	100,0%	8.591	100,0%	14.170	100,0%	54,0%

Fuente: Negaciones EPS-EOC – Cálculos: MSPS – DAFPS



3. ANALISIS, CONCLUSIONES Y ACCIONES A SEGUIR.

3.1 ANALISIS DE RESULTADOS

La información recolectada corresponde a los segundos trimestres de 2012 y 2013, la cual se analiza de manera comparativa con la finalidad de observar cambios durante el año transcurrido, en especial aquellos generados por la igualación de los planes de beneficios entre los regímenes Subsidiado y Contributivo realizada en julio de 2012.

En términos generales los reportes por negaciones de servicios disminuyen en un -5% entre los trimestres comparados de 2012 y 2013. No obstante, esto se explica en gran medida por la reducción en el Régimen Subsidiado (-52%), habida cuenta que en el Régimen Contributivo se presentó un aumento (+114%). **IMPACTO DE LA IGUALACION DEL POS**

No obstante, al hacer analisis eliminando de los motivos principales de negación la fila "El servicio solicitado es cobertura del POS" que en realidad no es una negación del servicio, se encuentra que la variación entre 2012 y 2013 de las negaciones totales pasan del -5 al -14.6%, y en el Contributivo de +114 a +110% observándose en este Régimen una caída mas pronunciada en los servicios negados que no son tramitados ante el CTC, los cuales que pasan de +258 a +87%.

Cuando se analizan los registros por negaciones de acuerdo al régimen donde se encuentra afiliado el usuario, presentados como una Tasa por cada 10 mil afiliados para no hacerlo con valores absolutos que darían lugar a interpretaciones equivocadas, en especial cuando se quieren comparar unas entidades con otras o períodos de tiempo diferentes, se observa que la tasa de negaciones por cada 10 mil afiliados presenta un aumento en el Régimen Contributivo al pasar de 11.34 en 2012 a 23.90 en 2013; lo contrario sucede en el Régimen Subsidiado donde se registra una disminución de 26.04 en 2012 hasta 11.09 en 2013. Las causas de estas tendencias se analizan más adelante.

En cuanto a los registros de negaciones de servicios por las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, se encuentra que en el Régimen Contributivo en orden de mayor a menor tasa de negaciones, están en los cinco primeros lugares para 2013 COOMEVA (84.3), ALIANSALUD (81.1), COMFENALCO ANTIOQUIA (32.1), GOLDEN GROUP (27.3) y NUEVA EPS (20.7). Se destaca de este grupo que todas aumentaron la tasa de negaciones, siendo la de mayor aumento COOMEVA (+278.0), y la de menor crecimiento COMFENALCO ANTIOQUIA con +2.0.



En cuanto a las negaciones de servicios registradas en las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar del Régimen Subsidiado, en orden de mayor a menor tasa de negaciones, están en los cinco primeros lugares para 2013 CAPRECOM (41.5) con una disminución del -62% con respecto a 2012, COMFAMILIAR GUAJIRA (40.3) con una disminución del -85% con respecto a 2012, COLSUBSIDIO (38.7) con un aumento del +94.0% con respecto a 2012, MANEXCA EPSI (29.9) quien no presentó datos en 2012 y por ello no es posible observar la tendencia, y COMFAMILIAR HUILA (27.2) con un aumento del +136.0% con respecto a 2012.

La reducción en las negaciones en el Régimen Subsidiado entre 2012 y 2013 es una clara indicación del resultado de la igualación de planes de beneficios, que tuvo lugar en julio de 2012 y cuyo efecto se refleja en el trimestre analizado de 2013. Las mayores reducciones en este régimen se presentaron en los servicios "Ambulatorios" (-57.2%) y en los servicios de "Urgencias" (-70.8%), observándose un aumento en los servicios "Domiciliarios" (+72.7%).

En cambio, el aumento en las negaciones en el Régimen Contributivo (+114%) se explican por aumentos en los servicios "Ambulatorios" (+97.5%) y en los "Hospitalarios" (+264.4%). Esto contrasta con disminuciones en los servicios de "Urgencias" y en los "Domiciliarios" (-30.8% y -55.0% respectivamente). Este aumento se debe principalmente a causas como son las solicitudes incompletas o mal diligenciadas por parte de profesional tratante, a la solicitud de servicios experimentales o que no tienen autorización para su uso en el país dado por la entidad competente, o a solicitudes donde no existe evidencia acerca de la pertinencia médica del servicio solicitado en el tratamiento del paciente.

Al analizar las negaciones según el tipo de servicios, se observa que los "Medicamentos" y los "Procedimientos" concentran más del 80% de las negaciones en ambos regímenes (para 2013 en el Subsidiado 84% y en el Contributivo 81.7%). Hay un aumento en las negaciones por "Medicamentos" en ambos regímenes, en el Subsidiado de +78.8% y en el Contributivo de +80.2%. En los "Procedimientos" se observa una disminución en el Subsidiado (-89.1%) que es quizás donde más impacta la igualación de los planes de beneficios realizada en julio de 2012, y un aumento en el Contributivo (+223.6%).

En cuanto a las solicitudes presentadas que no pasan a trámite ante el Comité Técnico Científico, estas caen en el Subsidiado en un -57.2% al comparar 2012 y 2013, producto de la menor demanda generada al igualar los planes de beneficios. En el Contributivo en cambio estas negaciones se aumentan en +258%, cifra que en realidad debería ser +87% habida cuenta que acá se están contabilizando negaciones por servicios incluidos en el POS, que en realidad no son una negación del servicio sino un mero registro de la solicitud presentada.



En cuanto a las solicitudes presentadas que sí pasaron a trámite ante el Comité Técnico Científico, las negaciones por este ente disminuyeron en el Régimen Subsidiado un -3.0% entre 2012 y 2013, y aumentaron en el Régimen Contributivo un +94.2%.

En cuanto a las causas principales de negación en el Régimen Subsidiado en 2013, que no son tramitadas ante el Comité Técnico Científico, en el 97.2% del total de los casos obedecen a "Otros Motivos" con una caída de -58.4% entre 2012 y 2013 producto de la igualación de planes de beneficios. En el Régimen Contributivo también en 2013, en este mismo caso se observa que del total de negaciones hay dos causas principales, el 26.2% se explica por "Otros Motivos", y 64.3% por la causa "El servicio solicitado es cobertura del POS". No obstante como ya se dijo, esta última causal no es en realidad una negación del servicio por lo que debería eliminarse del registro. Considerado lo anterior se observaría que en ambos regímenes casi el 100% de las causas principales las explican "Otros Motivos" lo que es una clara señal de la necesidad de modificar esta parte del registro debido a que las causas principales anotadas no captan lo sucedido.

En cuanto a las causas principales contenidas en el registro de negación de servicios, que sí son tramitadas ante el Comité Técnico Científico, en el Régimen Subsidiado se observa que en 2013 hay seis (6) causas que agrupan el 86.0% de todas ellas. "Otros Motivos" representaron el 28.5% con una caída al comparar 2012 y 2013 de -52.8%; "No hay evidencia de riesgo para la vida del paciente" con un 17.1% y un aumento con relación a 2012 del +207.7%; "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" con un 16.6% y un aumento del 85.5% con relación a 2012; "El servicio no es considerado del ámbito de la salud" con un 12.9% y un aumento del 1,836.1% con relación al 2012; "El servicio es experimental o no cuenta con autorización para su uso en el país" con un 10.7% y un aumento del 72.2% con relación a 2012; y finalmente "El servicio solicitado es cobertura del POS" con un 10.2% y una disminución del 47.6% con relación al 2012, no siendo esta última causa una negación del servicio, como ya se ha dicho.

En cuanto a las causas principales contenidas en el registro de negación de servicios, que sí son tramitadas ante el Comité Técnico Científico, en el Régimen Contributivo se observa que en 2013 hay cuatro (4) causas que agrupan el 91.1% de todas ellas. "Otros Motivos" representaron el 22.6% con un aumento al comparar 2012 y 2013 de +54.0%; "No hay pertinencia médica en lo ordenado" con un 34.8% y un aumento del 187.7% con relación a 2012; "El servicio es experimental o no cuenta con autorización para su uso en el país" con un 18.7% y un aumento del 110.2% con relación a 2012; y "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" con un 15.0% y un aumento del 62.4% con relación a 2012.



Dada la importancia de la causal "Otros Motivos" por su alto volumen y por su tendencia creciente, se hace un análisis separado en ambos casos de negación del servicio, bien sea cuando no es tramitada ante el CTC o cuando si se tramita pero se niega por esta entidad. En cuanto a los "Otros Motivos" como causa de negación de los servicios, consolidadas para 2012 y 2013, que no son tramitados ante el Comité Técnico Científico, en el Régimen Subsidiado se observan dos (2) causas que representan el 83.5% de las negaciones, siendo la primera de ellas "Servicio No POS que debe ser tramitado, autorizado y pagado por el ente territorial con subsidios de oferta" que representa 75.1% de todas las negaciones y la causa "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" que representan el 8.4% del total de las negaciones. Hay que resaltar que existen en este Régimen cerca de 1,200 registros adicionales de motivos individuales, lo que denota las dificultades para el diligenciamiento y manejo del registro actual.

En cuanto a los "Otros Motivos" como causa de negación de los servicios, consolidadas para 2012 y 2013 en el Régimen Contributivo, que no son tramitados ante el Comité Técnico Científico, se observan dos (2) causas que representan el 79.9% de todas las negaciones, siendo la primera de ellas "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" que representa el 65.5% del total, "El servicio ya había sido tramitado anteriormente" que representa el 10.8% y "El servicio se encuentra incluido en el POS" que representa 3.6%.

En cuanto a los "Otros Motivos" como causa de negación de los servicios consolidadas para 2012 y 2013 en el Régimen Subsidiado, que sí son tramitados ante el Comité Técnico Científico, se observan dos (2) causas que representan el 57.0% de todas las negaciones, siendo la primera de ellas "Servicio No POS que debe ser tramitado, autorizado y pagado por el ente territorial con subsidios de oferta" que representa el 55.5% del total, y "El servicio había sido evaluado anteriormente por el CTC" que representa el 1.5%. Hay que resaltar que existen en este Régimen cerca de 1,200 registros adicionales de motivos individuales que representan el 38.8% del total, lo que denota las dificultades para el diligenciamiento y manejo del registro actual.

En cuanto a los "Otros Motivos" como causa de negación de los servicios consolidadas para 2012 y 2013 en el Régimen Contributivo, que sí son tramitados ante el Comité Técnico Científico, se observan tres (3) causas que representan el 43.9% de todas las negaciones, siendo la primera de ellas "La solicitud es incompleta o mal diligenciada" que representa el 38.4% del total, "El servicio es experimental o no cuenta con autorización para su uso en el país" que representa el 3.1% y "Servicio explícitamente excluido del POS" que representa el 2.4%. Hay que resaltar que existen en este régimen cerca de 3,800 registros adicionales de motivos individuales que representan el 46.2% del total, lo que denota las dificultades para el diligenciamiento y manejo del registro actual.



3.2 CONCLUSIONES

Del análisis anterior se concluye lo siguiente:

- Hay una disminución notoria del registro de servicios negados en 2013 en el Régimen Subsidiado producto de la igualación del POS realizada en julio de 2012.
- El registro de servicios negados presenta falencias, como por ejemplo que las causas principales de la negación sean superadas por las causas "Otros motivos". Además, no es posible saber cuál fue el total de solicitudes realizadas y cuantas de ellas fueron resueltas sin necesidad de ser sometidas al CTC.
- Existencia una cifra importante de registros (6,239 en 2013) donde la negación se origina en la causa "El servicio está contenido en el POS", que ponen en evidencia que el médico tratante no conoce la diferencia entre POS y No POS, lo que termina dando lugar a un trámite innecesario para el paciente.
- Hay dificultades en el reconocimiento y pago de los servicios No POS en el Régimen Subsidiado, labor que le corresponde a las entidades territoriales y que por este motivo se constituyen en la primera causa de servicios negados en este Régimen.
- Hay errores y omisiones en el diligenciamiento de la solicitud de servicios por parte del médico tratante, las cuales terminan siendo rechazadas por la EPS o por el CTC ante la dificultad para analizarla y tomar una determinación.
- Todavía persiste un sub registro importante de servicios negados, en especial en el Régimen Subsidiado, lo que se deduce del hecho de que su tasa de negaciones sea la mitad de la del Régimen Contributivo.
- Al clasificar las causas generales por las cuales se niegan servicios estas son de dos tipos: la primera por razones científicas asociadas a la pertinencia médica del servicio ordenado; y la segunda por diversos tipos de problemas de orden administrativo y financiero, como son por ejemplo la capacidad de pago, el diligenciamiento de la solicitud, o la no autorización de uso en el país del servicio solicitado.
- Por la razón anterior muchos de los servicios negados son simplemente o no tramitados o devueltos porque no es competencia del CTC conocerlos y menos resolverlos. Lo anterior deja una importante cantidad de servicios sin solución al no ser competencia del CTC su solución.

A manera de conclusión general, podría decirse que la casi totalidad de los servicios negados, cuentan con una justificación legal, administrativa o técnica, sin



que por ello sea posible concluir que el volumen de negaciones sea consecuencia de una actitud negligente o deliberada de quien le corresponde autorizarlos. Esto hace que muchas de estas negaciones terminen convirtiéndose en tutelas agregando más trámites para el usuario. Lo anterior señala la necesidad de revisar y adecuar los instrumentos actuales de que se dispone para el manejo de los servicios No POS que ordena el médico tratante, así como la necesidad de adelantar algún tipo de acciones de información o capacitación al médico tratante en quien se origina la causa de muchas de las negaciones.

De otro lado, el volumen anual de servicios negados, calculado sobre la base de los dos trimestres comparados, sugiere que su volumen anual podría estar cercano a los 300 mil casos, cifra bastante alta que indica la necesidad de actuar de manera inmediata sobre este tema, en razón a que esto se ha convertido en un trámite adicional a la acción de tutela, habida cuenta que es muy posible que a quien se le niegue un servicio recurra a la tutela como segunda instancia para conseguirlo.

3.3 ACCIONES A SEGUIR.

Basados en análisis de resultados y en las principales conclusiones que se obtienen de este estudio, el Ministerio de Salud considera que es necesario adelantar las siguientes acciones tendientes a mejorar y en lo posible a reducir el volumen de servicios negados:

- Modificar el registro de servicios negados de forma tal que incluya la totalidad de las solicitudes realizadas, las resueltas de manera inmediata, las devueltas por razones administrativas y las que surten el trámite ante el CTC.
- Modificar en el registro actual las causas principales de negación de forma tal que éstas reflejen de manera más precisa los otros motivos que hoy predominan como la causa principal.
- Diseñar y poner en marcha un sistema más ágil y automático para la recolección y envío de estos registros al Ministerio de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo.
- Revisar la composición, funciones y ubicación de los actuales Comité Técnico Científicos, de forma tal que sus decisiones sean más independientes y de carácter estrictamente científico para que puedan contar con la credibilidad y legitimidad que requieren.



- Diseñar y poner en marcha nuevos mecanismos para la recepción y manejo de solicitudes originadas en causas administrativas y/o financieras que no pueden ser objeto del CTC.

Las acciones propuestas serán llevadas a cabo con la participación de todos los actores del sistema de salud, algunas de las cuales ya comenzaron a realizarse, como lo es por ejemplo la normativa para definir el procedimiento de recobros por servicios No POS en el Régimen Subsidiado, que es la principal causa de servicios negados en este Régimen.