



MINSALUD



ABECÉ

de la orden 19 de la Sentencia 760 de 2008

¿En qué consiste la Orden 19?

.....

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

¿Cuál es el objetivo de esta norma?

.....

El objetivo es garantizar que los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) sean prestados por las Entidades Promotoras de Salud y los servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS) sean tramitados ante el Comité Técnico Científico de cada entidad

¿Qué son los servicios negados?

.....

Un servicio negado 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.

Cuando el usuario solicita el servicio pero se demora en la prestación del servicio, no es un servicio negado sino un problema de oportunidad en el servicio

Cuando el usuario solicita el servicio pero no se encuentra incluido en el plan de beneficios se activa el proceso de CTC – Comité Técnico Científico y este es negado por el CTC es un servicio negado

Cuando el usuario solicita el servicio pero no se encuentra incluido en el plan de beneficios se activa el proceso de CTC – Comité Técnico Científico y este es aprobado pero se demora en la prestación del servicio, no es un servicio negado sino un problema de oportunidad en el servicio.

¿Cuál ha sido el instrumento de recolección de la información expedido por el Ministerio?

.....
El Ministerio de la Protección Social adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos, a través de la Resolución 3173 de 2009, modificada por la Resolución 3821 de 2009, las cuales fueron derogadas por la Resolución 163 de 2011, está a su vez fue derogada por la Resolución 744 de 2012 y la Resolución 1683 de 2015 deroga la Resolución 744 de 2012.

¿Periodicidad y plazo del reporte?

.....
Las EPS y EOC deben reportar la información del Registro de Negación de Servicios y Tecnologías sin Cobertura en el POS correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes

¿Qué pasa si una de las entidades obligadas no envía el reporte?

.....
Se le informa a la Superintendencia Nacional de Salud por considerar que este tema es de vital importancia y en cumplimiento del artículo 21 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, para que conozca y proceda de acuerdo a la competencia que la ley les atribuye.

¿Los negados corresponden a servicios médicos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)?

.....
Los servicios médicos que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) no se pueden negar por ningún motivo.

¿Concepto de negación del servicio o tecnología en el marco de la Resolución 1683 de 2015?

.....

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).

En las mesas de trabajo realizadas con las EPS y EOC sobre el diligenciamiento de la Resolución 1683 de 2015 se pudo observar que el ítem “El servicio solicitado es cobertura del POS” las entidades lo diligencian cuando la solicitud entra por CTC, lo que se puede concluir que no es claro este ítem y se debe verificar como se modifica para que realmente las Entidades presente los casos servicios del POS que se le niegan a los usuarios y se convierten en tutelas, donde se debe también verificar que sea negado y no que la oportunidad el servicio no es buena y se tome como negación.

¿Causal de la negación del servicio en el marco de la Resolución 1683 de 2015?

.....

A continuación se presentan las razones de las negativas por parte de la EPS para no tramitar la solicitud ante el Comité Tecnico Científico (NTR) o la causa de la negativa por parte del Comité tecnico Científico del servicio solicitado (NEG):

(NTR)	(NEG)
<p>Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud prescritos por el médico tratante, negados por las EPS o EOC y que no hayan sido tramitados ante el Comité Técnico-Científico – CTC, son:</p> <p>A: El servicio solicitado es cobertura del POS C: El usuario presenta período de mora D: El usuario se encuentra en período de urgencia E: Traslado entre EPS F: Cambio de Régimen de Seguridad Social en Salud G: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada H: La cobertura de la póliza de otros seguros no ha sido agotada</p>	<p>Las causales que corresponde a los servicios o tecnologías en salud formulados por el médico tratante y que hayan sido negados por el CTC de la entidad , son:</p> <p>M: El servicio solicitado es cobertura del POS O: 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 P: La información aportada por el profesional de salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción</p>

I: Otros motivos	de agotamiento de alternativas POS. Q: No existe pertinencia de la solicitud realizada por el profesional de la salud tratante. R: No existe riesgo inminente para la vida del paciente. 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 salud. También aquellos que se encuentren en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior. T: La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada U: La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada. V: Otros motivos
-------------------------	---

¿Qué tipo de exclusiones hay en el sistema?

- EXCLUSIONES DE LA LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

El artículo 15 de la Ley 1751 señala: "que no podrán destinarse o financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- "a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior."

- EXCLUSIONES DE COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD RESOLUCIÓN 5521 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2013.

EXCLUSIONES GENERALES

1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.

2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomiendan su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

- EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomiendan su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.

11. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad
12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
13. Tratamiento con psicoanálisis.
14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.
17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aun-que sean realizadas por personal del área de la salud.
18. Pañales para niños y adultos.
19. Toallas higiénicas.
20. Artículos cosméticos.
21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
22. Líquidos para lentes de contacto.
23. Tratamientos capilares.
24. Champús de cualquier tipo.
25. Jabones.
26. Cremas hidratantes o humectantes.
27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
28. Medicamentos para la memoria.
29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.
31. Enjuagues bucales y cremas dentales.
32. Cepillo y seda dental.
33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
35. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en

estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.

36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

37. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

40. Atenciones de balneoterapia.

41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).

42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.

43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.

44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

Fecha: Noviembre de 2015

Oficina que elabora: Dirección de regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones.

.....



MINSALUD

