

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 00001632 DE 2025****(11 AGO 2025)**

Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002 modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, el numeral 23 del artículo 2º del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008 y del Auto 005 de 2024, entre otros, de la Corte Constitucional y,

CONSIDERANDO

Que el Decreto Ley 1281 de 2002, mediante el cual se expidieron normas para regular los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 3, modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, normó lo correspondiente al reintegro de recursos del sistema, apropiados o reconocidos sin justa causa, disponiendo que cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o cualquier entidad o autoridad pública como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que en ejercicio de sus competencias, detecte que se presentó alguna de las precitadas conductas, solicitará la aclaración del hallazgo a quien resulte involucrado, y que si de la respuesta a dicha solicitud se establece que se configuró la apropiación o reconocimiento, ordenará su reintegro, actualizado con el Índice de Precios al Consumidor, según el procedimiento que para el efecto establezca este Ministerio.

Que la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias legales y reglamentarias, en especial la prevista en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por la Ley 1949 de 2019 y en ejercicio de su función constitucional de inspección, vigilancia y control, debe adelantar acciones orientadas a la identificación, verificación y seguimiento de los casos de negaciones de servicios y tecnologías en salud sin justa causa, como parte de las medidas preventivas, correctivas y de mejora continua que contribuyen a la protección efectiva de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y al avance en la garantía del derecho fundamental a la salud.

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Que a través de la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, la Superintendencia Nacional de Salud redefinió los términos para la resolución de reclamos en salud, estableciendo tipologías de riesgo —simple, priorizado y vital— e instrucciones específicas para la gestión eficiente de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), reconociendo su carácter de garantía del derecho fundamental a la salud. Estos lineamientos, al exigir una clasificación y respuesta diferenciada según la gravedad del riesgo, constituyen un insumo esencial para la configuración de mecanismos de alerta o alarma que permitan identificar y actuar ante situaciones críticas relacionadas con barreras en el acceso a servicios y tecnologías de salud, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en el Auto 005 de 2024 de seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008.

Que mediante la Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional impartió una serie de órdenes, tendientes a superar las fallas evidenciadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de las que hace parte la contenida en su numeral decimonoveno (19), a cuyo tenor, este Ministerio como cabeza del sector Salud y Protección Social, debe adoptar medidas para garantizar que todas las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, remitan informes trimestrales respecto de los servicios y tecnologías de salud ordenadas por el médico tratante a sus usuarios, negadas por la entidad, denominado "registro de negaciones".

Que, conforme a lo dispuesto en el literal d) del artículo 5° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*, el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio. Para los fines pertinentes esta disposición normativa implica la implementación de un marco regulatorio sólido que garantice la protección integral de este derecho.

Que el artículo 14 de la referida ley estatutaria, prohíbe expresamente la negación de prestación de servicios de salud, para lo cual el Gobierno Nacional deberá definir los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud. Seguidamente, el artículo 15 *ibidem* definió las exclusiones de servicios y tecnologías en salud a financiar con recursos públicos asignados a la salud.

Que, en aras de garantizar la efectiva protección del derecho fundamental a la salud y en concordancia con lo dispuesto en el Auto 411 de 2015 de la Corte Constitucional en seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, se hace necesario implementar un mecanismo de alertas tempranas que notifique a las autoridades competentes (Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación) sobre la negación de servicios y tecnologías en salud, facilitando así su oportuna intervención y la determinación de las responsabilidades a que hubiere lugar. Así mismo, de conformidad con lo ordenado por la Corte Constitucional en el Auto 122 de 2019, el valor a reconocer por concepto de reintegro corresponderá al monto de la Unidad de Pago por Capitación pagada por usuario dentro del mes en el cual se haya producido la negación del servicio.

Que, mediante el Auto 122 de 2019, también de seguimiento a la misma orden, la Corte Constitucional exhortó a este Ministerio a expedir una nueva normativa que regule el registro de negaciones en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, abarcando no

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

solamente los servicios negados, sino también aquellos autorizados, pero no suministrados oportunamente.

Que en lo referente a la medición del componente ordenado por la Corte Constitucional, a saber, servicios y tecnologías que pese a autorizarse, no se entregan oportunamente, este Ministerio, de acuerdo con lo previsto por el artículo 227 de la Ley 100 de 1993, en consonancia con los artículos 107 y 108 de la Ley 1438 de 2011, desarrolló mediante la Resolución 256 de 2016, el Sistema de Información para la Calidad, en cuyo marco normativo estableció indicadores que dan cuenta del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Igualmente, el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 alude a la obligación que tienen los participantes del SGSSS de proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara.

Que, con el fin de garantizar la efectiva protección del derecho fundamental a la salud, y en concordancia con lo dispuesto en el Auto 093A de 2020 de la Corte Constitucional, de seguimiento a la referida orden decimonovena (19), se hace necesario iniciar el trámite respectivo para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación pagada por usuario durante el mes en que haya sufrido la barrera en la prestación de servicios.

Que en cumplimiento de los autos de seguimiento anteriormente mencionados, esta cartera ministerial expidió la Resolución 3539 de 2019 *"Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016"* y la Resolución 1716 de 2019 *"Por la cual se establece el procedimiento de reintegro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa"*.

Que el Auto 439 de 2021, también de seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, reiteró la necesidad de dar cumplimiento a lo requerido previamente por la Corte Constitucional, incluyendo la adopción de medidas para disminuir las negaciones y dilaciones injustificadas, la generación de información sobre servicios autorizados no suministrados oportunamente y la implementación de un mecanismo de alarmas ante la negación de servicios cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación.

Que, en el marco de una política pública orientada a la prevención de enfermedades y la protección de los derechos de los usuarios, y en consonancia con los objetivos de la Ley 2294 de 2023 *"Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida"*», resulta indispensable fortalecer los mecanismos de supervisión y control que permitan identificar y detectar las negaciones injustificadas de servicios, promoviendo así una cultura de calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Que mediante el Auto 005 de 2024 de calificación de cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional requirió a este Ministerio para que emita una normativa que regule el registro de negaciones en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, de forma que permita generar información precisa y oportuna acerca de la negación de los servicios cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación, así como de aquellos que, a pesar de haber sido autorizados, no son

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

suministrados en forma oportuna; disponiendo que esta herramienta deberá observar los parámetros allí fijados, y arrojar datos precisos, claros, confiables y actualizados determinando su fuente de financiación.

Que es fundamental asegurar que la implementación de estos cambios estructurales responda a las necesidades reales de la población, promoviendo el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud. En este sentido, se busca fortalecer las disposiciones existentes incorporando mecanismos claros para la evaluación y aprobación de servicios y tecnologías, con el fin de reducir la incidencia de negaciones injustificadas y garantizar el derecho de los usuarios a recibir atención de calidad.

Que con el objetivo de garantizar la protección de los derechos de los usuarios y asegurar el acceso oportuno y efectivo a servicios de salud de calidad, de acuerdo con lo requerido por la Corte Constitucional y lo señalado en algunas de las normas mencionadas, es necesario establecer fuentes de información que permitan identificar de manera precisa y oportuna las negaciones injustificadas de servicios y tecnologías en salud en los regímenes contributivo y subsidiado, analizar sus causas, diseñar estrategias para prevenirlas y facilitar la adopción de medidas correctivas y la mejora continua en la prestación de servicios de salud, al igual que se hace necesario establecer las fuentes de información para el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o la entidad que haga sus veces.

Que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 establece la obligación de unificar la gestión de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual se creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha entidad tiene como propósito optimizar la asignación y el uso de los recursos, promover la transparencia y la rendición de cuentas en su manejo, y asegurar que los recursos se destinen de manera eficiente y efectiva a las necesidades prioritarias del sistema de salud.

Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 35 y subsiguientes de la Ley 1122 de 2007, 118 y subsiguientes de la Ley 1438 de 2011, artículo 17 de la Ley 1966 de 2019 y artículo 4 del Decreto 1080 de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud tiene la competencia para ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales principalmente se dirigen a garantizar el derecho fundamental a la salud, la debida atención y protección al usuario a través de un sistema de priorización y alertas permanentes para el monitoreo integral de riesgos, entre otros aspectos que propenden por la observancia de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, teniendo en cuenta las competencias de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y considerando las órdenes impartidas por la Corte Constitucional, deben revisarse y tenerse en cuenta como fuentes las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias y tutelas interpuestas por negación de servicios y tecnologías en salud, entre otras, lo cual resulta imprescindible para la generación de política pública y la identificación con mayor objetividad de los servicios negados sin justa causa por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Que conforme a lo dispuesto en los artículos 35 y subsiguientes de la Ley 1122 de 2007 y los artículos 118 y siguientes de la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud tiene la función de ejercer inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En ese contexto, le corresponde identificar, analizar y determinar, mediante acto administrativo, los casos en que se configuran servicios y tecnologías en salud negados con y sin justa causa, a partir del uso de fuentes objetivas de información y conforme a los criterios técnicos y jurídicos establecidos en la presente resolución. Esta determinación constituye la base para el procedimiento posterior de reintegro a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al principio de legalidad y debido proceso.

Que de conformidad con el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, que modificó el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o quien haga sus veces, está facultada para ordenar el reintegro de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa en el marco del flujo financiero del sistema. Por tanto, en ejercicio de dicha competencia legal, corresponde a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud emitir el acto administrativo de reintegro cuando, con fundamento en los hallazgos consolidados y comunicados por la Superintendencia Nacional de Salud, se determine que existieron negaciones injustificadas de servicios o tecnologías en salud financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación.

Que, si bien la Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022, establece el procedimiento general para el reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el Auto 005 de 2024 de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, se hace necesario implementar un procedimiento específico para el reintegro de los recursos por servicios y tecnologías negados sin justa causa con cargo a la Unidad de Pago por Capitación; en lo que respecta a las opciones para el reintegro de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, se hará remisión a lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 de la Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022.

Que, por lo tanto, es preciso derogar la Resolución 3539 de 2019, para adoptar las disposiciones contenidas en los referidos autos de seguimiento de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, modificando las fuentes de información para la identificación de las negaciones sin justa causa de servicios y tecnologías en salud, y la definición de un mecanismo de alarmas, que permita el ejercicio oportuno de acciones de inspección, vigilancia y control dirigidas a amparar los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que mediante la Resolución 740 de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, integrando en dicho procedimiento el uso de la herramienta tecnológica MIPRES como instrumento obligatorio para registrar, direccionar, suministrar y reportar estas tecnologías.

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Que en virtud de la Resolución 2622 de 2024, se modificó el artículo 37 de la Resolución 740 del mismo año, permitiendo la ampliación del uso de la herramienta MIPRES para el monitoreo de servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en procura de la protección del derecho fundamental a la salud, el acceso oportuno y efectivo, y la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

Artículo 1º. Objeto. Por medio del presente acto administrativo se reglamenta el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, con el fin de garantizar la generación de información confiable y oportuna sobre la negación de servicios.

Artículo 2º. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución se aplican a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, o quien haga sus veces, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3º. Servicios o tecnologías de salud negados. Para efectos del presente acto administrativo se entiende por servicios o tecnologías de salud negados, aquellos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, prescritos por el profesional de salud tratante adscrito a la red de prestadores de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud, que no fue prestado o suministrado de manera oportuna o completa, salvo que la entidad responsable acredite la existencia de uno de los criterios que impida la prestación de servicios o tecnología en salud de acuerdo con las establecidas en el artículo 4º de la presente resolución.

Parágrafo. Inicialmente, el registro de servicios y tecnologías en salud negados operará con los estándares de oportunidad vigentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; para ello, el Comité del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, adoptará progresivamente los estándares de oportunidad para la prestación de servicios y la entrega de tecnologías en salud.

Artículo 4º. Causales que impiden la prestación del servicio o entrega de la tecnología en salud. Solamente se aceptarán como justa causa de negación de servicios o tecnologías de salud los siguientes eventos:

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

1. Cuando se trate de procedimientos, intervenciones, tecnologías o medicamentos excluidos expresamente de conformidad con lo señalado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y,
2. Cuando el paciente se niega a recibir el tratamiento o el procedimiento prescrito por el profesional de la salud tratante, situación que deberá evidenciarse en el proceso de consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal.

Parágrafo. Las causales previstas en el presente artículo tienen efectos exclusivamente para la identificación de negaciones con o sin justa causa en el marco del procedimiento administrativo de verificación y eventual devolución de recursos públicos. En ningún caso se interpretarán como limitaciones o restricciones al derecho fundamental a la salud ni afectarán el acceso a tratamientos, especialmente en el caso de personas con enfermedades raras o huérfanas, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 3° del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Artículo 5°. Fuentes de información. Para la identificación de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, las fuentes de información son las siguientes:

1. Datos provenientes del aplicativo MIPRES conforme lo dispuesto en la Resolución 740 de 2024 modificada por la Resolución 2622 de 2024 o la norma que la modifique, adicione o sustituya;
2. Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias interpuestas ante la Superintendencia Nacional de Salud;
3. Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias de las entidades territoriales reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud en la estructura que para tal fin determine dicha superintendencia;
4. Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias presentadas ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios;
5. Información de acciones de tutela interpuestas para la protección del derecho fundamental a la salud de acuerdo con la Circular Externa 001 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
6. Negaciones de servicios a personas en uso del derecho a la portabilidad; y,
7. Datos generados a partir del Modelo de Gestión de Tiempos de Espera.

Parágrafo primero. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará e integrará de manera progresiva las tecnologías y servicios de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, objeto de monitoreo en MIPRES, conforme lo dispuesto en la Resolución 2622 de 2024 o la norma que la modifique, adicione o sustituya en procura de la protección del derecho fundamental a la salud, el acceso oportuno y efectivo, y la continuidad de la prestación de los servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los accesos a MIPRES para que la Superintendencia Nacional de Salud identifique los servicios negados según las disposiciones de la presente resolución.

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Parágrafo segundo. En el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control, y según los desarrollos técnicos y tecnológicos del Sistema de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá usar una o varias de las fuentes señaladas en el presente artículo, o incorporar otras fuentes de información integrados a SISPRO que considere pertinentes para la adecuada identificación de servicios y tecnologías en salud presuntamente negados sin justa causa, siempre que se garantice la trazabilidad, calidad y confiabilidad de los datos.

Artículo 6°. Mecanismo de alarma para la identificación de servicios y tecnologías en salud negados. El mecanismo de alarma es una herramienta tecnológica que se activará cuando se identifique la negación de servicios o tecnologías en salud que constituyan una urgencia clínica, revistan gravedad, generen un impacto negativo en la calidad de vida o puedan generar secuelas evitables a los usuarios.

Los criterios para activar este mecanismo serán armónicos con los definidos para la priorización de pacientes en el Modelo de Gestión de Tiempos de Espera, incluyendo la protección reforzada contemplada en la normatividad vigente para condiciones como cáncer, salud mental, enfermedades huérfanas —que incluyen enfermedades raras, ultra huérfanas y de baja prevalencia—, entre otras. Esta alineación permitirá una activación más eficiente y focalizada del mecanismo en contextos de mayor vulnerabilidad.

La Superintendencia Nacional de Salud ajustará sus procesos de priorización y alerta, desarrollará e implementará de manera progresiva el mecanismo de alarma definido en el presente artículo. Para ello, deberá articular las fuentes de información previstas en esta resolución, así como con aquellas definidas en sus propias circulares y resoluciones, incluyendo lo dispuesto en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, o la norma que la modifique o sustituya, garantizando la interoperabilidad, trazabilidad y análisis oportuno de la información, y observando en todo caso los principios de igualdad, no discriminación y acceso universal.

Una vez generada la alarma, el sistema remitirá de manera automática notificación por correo electrónico a la dirección institucional que para tal fin designe la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, con la finalidad de que estudien y determinen los presuntos responsables en la práctica de negaciones, de conformidad con lo ordenado en la Orden décimo novena (19) de la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 005 de 2024 de la Corte Constitucional.

TÍTULO II

PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD NEGADOS SIN JUSTA CAUSA Y REINTEGRO DE RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD.

Artículo 7°. Fases del procedimiento. El procedimiento para la determinación de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, constará de las siguientes fases y pasos, a saber:

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Fase I: Identificación y consolidación del registro definitivo de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa.

Esta fase se realiza por la Superintendencia Nacional de Salud y tiene por lo menos los siguientes pasos:

1. Identificación y construcción del registro de presuntas negaciones de servicios y tecnologías de salud negados con base en las fuentes de información establecidas en el artículo 5º de la presente resolución;
2. Solicitud de valores a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre la Unidad de Pago por Capitación del mes en que presuntamente se negaron servicios y tecnologías de salud;
3. Solicitud de aclaración a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud sobre los presuntos servicios y tecnologías de salud negados;
4. Respuesta de la Entidad Administradoras de Planes de Beneficios de Salud a la solicitud de aclaración, entidad que tendrá la carga de la prueba en demostrar cuáles servicios prestó o negó con justa o sin justa causa;
5. Expedición del acto administrativo de definición de servicios negados sin justa causa por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud, que contiene el registro definitivo de servicios y tecnologías de salud negados, distinguiendo entre los negados con justa y sin justa causa.

Fase II. Determinación y reintegro de recursos de la Unidad de Pago por Capitación por las Entidades Administradora de Planes de Beneficios de Salud por negaciones sin justa causa.

Esta fase se realiza por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y tiene por lo menos los siguientes pasos:

1. Determinación de los valores de la Unidad de Pago por Capitación a reintegrar por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud por negaciones sin justa causa;
2. Expedición y ejecución del acto administrativo para el reintegro de la Unidad de Pago por Capitación por negaciones sin justa causa.

Artículo 8º. Identificación y construcción del registro de presuntas negaciones de servicios y tecnologías de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, con base en las fuentes de información establecidas en el artículo 5º de la presente resolución, realizará la identificación de los servicios y tecnologías presuntamente negados, y elaborará el registro de negaciones que contemple entre otros aspectos, los siguientes:

1. Número de identificación del documento del usuario;
2. Nombre del usuario;

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

3. Sexo;
4. Edad;
5. Lugar de residencia (identificando si es urbana o rural);
6. EAPB a la que se encuentra afiliado el usuario;
7. Régimen de afiliación;
8. Servicio o tecnología de salud presuntamente negado;
9. Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), Código Único de Medicamentos (CUM), e Identificador Único del Medicamento (IUM) correspondiente y los códigos que apliquen para otro tipo de tecnologías;
10. Fecha de solicitud del servicio o tecnología; y,
11. Causales, macromotivos o problemas jurídicos en los que se enmarca la presunta negación.

La identificación y la construcción del registro de negaciones se realizará de manera continua; no obstante, la Superintendencia Nacional de Salud entregará trimestralmente al Ministerio de Salud y Protección Social un informe con el análisis técnico basado en el registro de los servicios y tecnologías de salud negados, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento del trimestre. Este informe será insumo para la elaboración del informe trimestral de servicios negados, en el marco de lo dispuesto en la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008. En caso de que el vencimiento del término sea un día no hábil, este se extenderá al día hábil siguiente.

Artículo 9°. Solicitud de valores a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre la Unidad de Pago por Capitación del mes en que presuntamente se negaron servicios y tecnologías de salud. La Superintendencia Nacional de Salud deberá solicitar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una estimación preliminar de los valores de la Unidad de Pago por Capitación que podrían estar comprometidos en los casos de presuntas negaciones de servicios o tecnologías de salud financiados con dichos recursos, identificados conforme al artículo 8° de la presente resolución.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud dispondrá de un término máximo de veinte (20) días hábiles, contados a partir de la recepción de la solicitud, para calcular y remitir a la Superintendencia Nacional de Salud los valores estimados correspondientes al mes en que se habría producido la presunta negación.

Artículo 10. Solicitud de aclaración a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud sobre los presuntos servicios y tecnologías de salud negados. Cuando se identifiquen servicios y tecnologías de salud presuntamente negados sin justa causa, la Superintendencia Nacional de Salud deberá solicitar la aclaración a la Entidades

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Administradoras de Planes de Beneficios de Salud que presuntamente negó servicios o tecnologías de salud, dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la detección de la presunta apropiación o reconocimiento sin justa causa, ya sea en medio físico o electrónico, a la persona natural o jurídica que presuntamente negó la prestación del servicio o el suministro de la tecnología de salud, y que esté financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación.

La solicitud de aclaración constituye el traslado del hallazgo a la entidad presuntamente responsable y habilita su derecho de contradicción, en el marco del debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política. La Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud requerida tendrá la carga de la prueba para demostrar que la negación del servicio o tecnología en salud se ajustó a una causal de justificación conforme a lo establecido en la presente resolución.

La solicitud de aclaración deberá contener como mínimo:

1. La descripción de los registros o ítems en donde se incluya el nombre, tipo y número de identificación del usuario a quien presuntamente le negaron el servicio o tecnología de salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.
2. La identificación del servicio o tecnología de salud con cargo a la Unidad de Pago de Capitación presuntamente negado, con su respectivo Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS), el Código Único de Medicamento (CUMS) o el Código Identificador Único de Medicamento (IUM) y descripción del código, incluyendo la fecha de la prescripción del servicio o tecnología de salud y el valor correspondiente de la Unidad de Pago por Capitación del mes en que ocurre la presunta negación aportado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud .
3. La identificación de la persona natural o jurídica que presuntamente negó la prestación de un servicio o tecnología de salud, incluyendo su nombre, tipo y número de identificación; y,
4. La fuente de información en la cual se basa la identificación de la presunta negación.

Artículo 11. Respuesta de la Entidad Administradora del Planes de Beneficios en Salud a la solicitud de aclaración. La Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud contará con un término máximo de cuarenta (40) días hábiles, contados a partir del recibo de la solicitud de aclaración, para presentar su respuesta en medio físico o electrónico, en el formato, estructura y conforme a las especificaciones técnicas y operativas que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

En caso de que la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud no remita respuesta dentro del término establecido, o que la información aportada no permita demostrar que el servicio o tecnología fue prestado o negado con justa causa, la Superintendencia Nacional de Salud continuará el procedimiento con base en la información recaudada a través de las fuentes previstas.

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

La carga de la prueba para acreditar la justificación o la prestación efectiva del servicio recaerá en la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud. En todo caso, el análisis se adelantará garantizando el derecho al debido proceso, conforme a lo dispuesto en el artículo 29 de la Constitución Política.

Artículo 12. Expedición del acto administrativo de definición de servicios y tecnologías en salud negados con y sin justa causa. En un término máximo de cuarenta (40) días hábiles contados a partir de la recepción de la respuesta a la solicitud de aclaración a la Entidad Administradora de Planes Beneficios o del vencimiento del término para la respuesta, la Superintendencia Nacional de Salud determinará y elaborará, conforme a criterios técnicos y jurídicos, el registro definitivo de servicios y tecnologías de salud negados con y sin justa causa, con las razones que sustenten el resultado del análisis.

A partir de lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud expedirá un acto administrativo por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud, en el cual se dejará constancia de las negaciones identificadas, con sustento en el análisis técnico y jurídico realizado, así como de los fundamentos que descartan la existencia de causal de justificación para la negación conforme el artículo 4º del presente acto administrativo, que establece las causales que impiden la prestación del servicio o entrega de la tecnología en salud.

El acto administrativo deberá contener como mínimo:

1. Identificación de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud frente a la cual se profiere el acto;
2. Relación detallada de los servicios y tecnologías en salud determinados como negados sin justa causa, con su respectivo código CUPS, CUMS o IUM, según corresponda;
3. Identificación de los usuarios afectados, indicando tipo y número de documento, régimen, edad, sexo, y lugar de residencia;
4. Análisis sintético de las razones técnicas y jurídicas que sustentan la clasificación como negación sin justa causa;
5. Remisión al procedimiento adelantado, y evaluación de la respuesta o inactividad de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud; y,
6. Comunicación del acto administrativo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para efectos de la determinación de los valores a reintegrar, conforme al procedimiento establecido en la presente resolución.

Contra el acto administrativo proferido por la Superintendencia Nacional de Salud procederá el recurso de reposición, conforme a lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley 1437 de 2011. La decisión que resuelva el recurso agotará la sede administrativa.

Parágrafo. Una vez el acto administrativo quede en firme, la Superintendencia Nacional de Salud lo comunicará de manera oficial a la Administradora de los Recursos del Sistema

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

General de Seguridad Social en Salud, quien dará inicio a la fase de determinación del valor a reintegrar y expedirá el acto administrativo correspondiente, en los términos establecidos en esta resolución.

Artículo 13. Determinación de los valores de la Unidad de Pago por Capitación a devolver por parte de las Entidad Administradora de Planes Beneficios de Salud por negaciones sin justa causa. En un término máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción de la información enviada por la Superintendencia Nacional de Salud, corresponderá a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud determinar la siguiente información:

1. El valor de los recursos a reintegrar junto con la actualización de acuerdo con la variación del Índice de Precios al Consumidor, calculada desde la fecha en la cual se produjo la apropiación o el reconocimiento sin justa causa de los recursos hasta la fecha de solicitud del reintegro de estos. En este último caso, deberá efectuarse el recálculo de los valores a la fecha del reintegro efectivo.
2. La especificación del proceso de liquidación y reconocimiento presuntamente afectado por la apropiación o el reconocimiento sin justa causa de los recursos, cuando aplique.
3. La identificación de la destinación de los recursos transferidos, su fuente, la destinación para la que fue girada, la fecha del giro y las vigencias fiscales en las que debió haberse ejecutado el recurso, cuando aplique.

Artículo 14. Expedición y ejecución del acto administrativo que ordena el reintegro de la Unidad de Pago por Capitación por negaciones sin justa causa. Establecido los valores a reintegrar por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios frente a los servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud expedirá el acto administrativo que ordene el reintegro del valor adeudado junto con la actualización del Índice del Precio al Consumidor.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la entidad responsable de ejecutar la resolución que ordene la devolución de la Unidad de Pago por Capitación, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º del Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 7º de la Ley 1949 de 2019, que alude a las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

Para los fines pertinentes, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud realizará todas las gestiones necesarias para el efectivo recaudo de los valores adeudados y para hacer un seguimiento de los pagos que realicen las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, para ello, presentará a esta cartera ministerial y a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los quince días (15) días hábiles siguientes al vencimiento del trimestre, un informe donde se especifiquen los valores efectivamente recaudados, las entidades que realizaron los reintegros y los montos correspondientes en cada caso. Este informe será insumo para la elaboración del informe trimestral de servicios negados, en el marco de lo dispuesto en la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008.

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

Artículo 15. Opciones para la devolución de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación. El reintegro de los recursos se realizará de conformidad con lo estipulado en los artículos 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 de la Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022 y las demás normas que la modifiquen o sustituyan.

TÍTULO III

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 16. Desarrollo progresivo de herramientas tecnológicas para la interoperabilidad y el control del registro de negaciones. Las entidades intervinientes en la presente resolución deberán garantizar la trazabilidad, interoperabilidad y análisis sistemático de la información relacionada con servicios y tecnologías en salud negados, para lo cual desarrollarán de manera progresiva herramientas tecnológicas que permitan gestionar, consolidar y visualizar la información proveniente de las distintas fuentes.

En particular, la interoperabilidad entre los sistemas de información del Ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás entidades pertinentes, deberá permitir la disposición de un tablero de control dinámico, de acceso restringido a las autoridades competentes, que permita el seguimiento en tiempo real de alertas, alarmas, respuestas institucionales y acciones de mejora.

Artículo 17. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el reporte, flujo y consolidación de la información, en el marco de sus respectivas competencias, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las normas que los modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual, se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y de los datos a los cuales tienen acceso, garantizando en todo momento los principios de finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

Cuando el tratamiento de información involucre datos personales sensibles, las entidades deberán observar estrictamente las disposiciones adicionales establecidas en el marco de la Ley 1581 de 2012 y su reglamentación; así mismo, deberán implementar las medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para prevenir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado, o para fines distintos a los contemplados en esta resolución.

Artículo 18. Régimen de transición. Durante un periodo de transición de doce (12) meses contados a partir de la expedición de la presente resolución, se mantendrá vigente, de manera complementaria, el esquema de autorreporte por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, previsto en la Resolución 3539 de 2019, con el fin de garantizar la continuidad en el flujo de información mientras se implementan los nuevos

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

mecanismos de identificación y de registro de servicios y tecnologías en salud negados, conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

En el mismo término, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas técnicas y operativas necesarias para la puesta en marcha del sistema de registro, identificación y calificación de servicios y tecnologías negados sin causa, de conformidad con las disposiciones contenidas en este acto administrativo.

Por su parte, la ADRES adecuará sus procesos operativos, módulos de liquidación y sistemas de información para emitir, notificar y ejecutar los actos administrativos de reintegro derivados de las decisiones que le sean comunicadas por la Superintendencia Nacional de Salud, así como para garantizar los reportes trimestrales de información.

Parágrafo. Cuando existan razones técnicas que impidan la entrada en operación del nuevo sistema de registro al término del periodo de transición, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá prorrogar, mediante resolución motivada, la vigencia del esquema de autorreporte regulado en la Resolución 3539 de 2019 hasta por seis (6) meses adicionales. Vencido dicho plazo, el esquema de autorreporte quedará sin efectos en todos los casos.

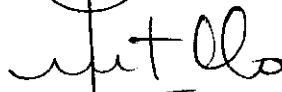
Artículo 19. Vigencia y derogatorias. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición, deroga la Resolución 3539 de 2019 excepto lo dispuesto en el artículo 9 que adiciona un parágrafo al artículo 6 de la Resolución 256 de 2016 y todas aquellas disposiciones que le sean contrarias, una vez se supere el régimen de transición al que se alude en el artículo anterior. El citado artículo 9 de la Resolución 3539 de 2019 se mantendrá vigente para efectos de conservar el reporte trimestral de información por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

La Resolución 1716 de 2019, o la norma que la modifique o sustituya, continuará aplicándose para los procedimientos de reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo cuando se trate de servicios y tecnologías de salud negados que se encuentren financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, en cuyo caso se aplicará el presente acto administrativo.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los

11 AGO 2025



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó: Luis Alberto Martínez Saldarriaga – Viceministro de Protección Social
Daniel Felipe Soto Mejía – Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Luz Adriana Zuluaga – Jefe Oficina de Calidad
Didier Aníbal Beltrán Cadena – Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - TIC

"Por medio de la cual se establece el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y el procedimiento para el reintegro de recursos por servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, financiados con cargo a la prima UPC, se establecen fuentes de información, y se deroga la Resolución 3539 de 2019, entre otras disposiciones"

David Scott Jervis Jalabe – Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Sofía Isabel Laverde Manotas – Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud (E) *slp.*

John Edisón Betancur Romero – Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en salud, *J-E*

Rodolfo Enrique Salas Figueroa – Director Jurídico (E) *RS*