

Sentencia T-760 de 2008

Orden 19

Informe servicios negados

I - Trimestre de 2024

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE LA OPERACIÓN DEL
ASEGURAMIENTO EN SALUD, RIESGOS LABORALES Y
PENSIONES.
2024.

Contenido

TABLAS DEL INFORME	4
1. Introducción	7
2. Reporte de negaciones PBS – UPC, discriminado por EPS y por régimen – primer trimestre de 2024	9
2.1 EPS que reportaron negaciones durante el primer trimestre de 2024.....	12
2.1.1 Régimen Contributivo.....	12
2.1.2 Régimen Subsidiado.....	13
2.2 Comparativo de negaciones primer trimestre de 2023 vs primer trimestre de 2024.	13
2.3 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.	15
2.4 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.	16
2.5 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.	17
2.6 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.	18
2.7 Negaciones por EPS y ámbito de atención en el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.	19
2.8 Negaciones por EPS y ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024	20
2.9 Negaciones por EPS y tipo de servicio para el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.	20
2.10 Negaciones por EPS y tipo de servicio para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.	21
2.11 Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.21	21
2.12 Negaciones por tipo de diagnóstico para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.....	22
2.13 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.....	23
2.14 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.....	24
2.15 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.	25
2.16 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Subsidiado - primer trimestre de 2024.	25
2.17 Comparativos servicios negados – cuarto trimestre de 2023 vs. primer trimestre de 2024.....	26
3. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD PBS NO UPC, FINANCIADOS CON PRESUPUESTOS MÁXIMOS, PRESCRITOS BAJO MIPRES, CON CAUSALES DE NO ENTREGA - PRIMER TRIMESTRE DE 2024	28
3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS 19 CAUSAS DE NO ENTREGA O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES Y SU JUSTIFICACIÓN	28
3.2 REGISTROS CON CAUSA DE NO ENTREGA EN MIPRES (PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS), PRIMER TRIMESTRE DE 2024.	30

3.3 REGISTROS CON CAUSA DE NO ENTREGA PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADOS POR EPS Y RÉGIMEN – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	31
3.4 REGISTROS DE PRESCRIPCIONES EN MIPRES (PBS NO UPC– PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADOS POR EPS EN FUNCIÓN DE LA CAUSAL DE NO ENTREGA – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	31
3.5 REGISTROS DE PRESCRIPCIONES EN MIPRES (PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADOS POR EPS EN FUNCIÓN DE LA CAUSAL DE NO ENTREGA – RÉGIMEN SUBSIDIADO – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	32
3.6 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA SERVICIOS PBS NO UPC - MIPRES – PRESUPUESTOS MÁXIMOS, POR RÉGIMEN.....	33
3.7 RANKING DE REGISTROS POR TIPO DE SERVICIOS CON CAUSA DE NO ENTREGA PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC- – PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADOS POR RÉGIMEN	34
3.8 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA, EN FUNCIÓN DEL ÁMBITO DE ATENCIÓN – PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADOS POR RÉGIMEN	35
3.9 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA, EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO – PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC — PRESUPUESTOS MÁXIMOS), POR RÉGIMEN	38
3.10 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA, EN FUNCIÓN DEL ÁMBITO DE ATENCIÓN – PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC - PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADOS POR EPS – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	42
3.11 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE SERVICIO – PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC - PRESUPUESTOS MÁXIMOS), DISCRIMINADO POR EPS – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	43
3.12 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA, EN FUNCIÓN DEL TIPO DE SERVICIO Y ÁMBITO DE ATENCIÓN – PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS), PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	44
3.13 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA, EN FUNCIÓN DE LA ZONA GEOGRÁFICA Y ÁMBITO DE ATENCIÓN – SERVICIOS PBS NO UPC – MIPRES – PRESUPUESTOS MÁXIMOS	44
3.14 RANKING DE CAUSAS DE NO ENTREGA EN FUNCIÓN DE LA ZONA GEOGRÁFICA Y TIPO DE SERVICIO – PRESCRITOS EN MIPRES (PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS) – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	45
3.15 SERVICIOS PBS NO UPC, PRESCRITOS MEDIANTE MIPRES, FINANCIADOS CON RECURSOS DISPUESTOS POR LA ADRES – NO SE GENERA NEGACIÓN EN CUANTO SU PAGO SE HACE MEDIANTE LA MODALIDAD DE RECOBRO, LO QUE EXIGE PREVIAMENTE LA ENTREGA EFECTIVA AL USUARIO.....	47
 4. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES - presupuestos máximos – primer trimestre de 2024.....	48
 4.1 SERVICIOS NEGADOS POR LAS JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD – MIPRES – PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS, Y SU DISCRIMINACIÓN POR EPS - PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	48
4.2 SERVICIOS NEGADOS POR LAS JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD – MIPRES – PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS, Y SU DISCRIMINACIÓN POR TIPO DE SERVICIO – PRIMER TRIMESTRE DE 2024.....	49

4.3 SERVICIOS NEGADOS POR LAS JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD - MIPRES – PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS, Y SU DISCRIMINACIÓN POR ÁMBITO DE ATENCIÓN - PRIMER TRIMESTRE 2024.....	50
4.4 SERVICIOS NEGADOS POR LAS JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD - MIPRES – PBS NO UPC – PRESUPUESTOS MÁXIMOS, Y SU DISCRIMINACIÓN POR ZONA GEOGRÁFICA - PRIMER TRIMESTRE 2024.....	50
5. Avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC – Auto 093A de 2020.....	52
	52

Tablas del informe

Tabla 1: Lista de entidades habilitadas y obligadas a presentar informe de servicios negados.....	9
Tabla 2: Informe de EPS que no reportaron información, o no surtieron la validación de estructura y calidad en uno o algunos meses del primer trimestre de 2024.....	10
Tabla 3: Causales de negación.....	11
Tabla 4: Servicios negados primer trimestre de 2024 por EPS y régimen.....	12
Tabla 5: Registros servicios negados régimen contributivo – primer trimestre de 2024.....	13
Tabla 6: Registros servicios negados régimen subsidiado - primer trimestre de 2024.....	13
Tabla 7: Comparativo negaciones primer trimestre 2023 vs. primer trimestre 2024.....	14
Tabla 8: Causas de negación Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.....	15
Tabla 9: Causas de negación Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.....	16
Tabla 10: Negaciones por EPS en el Régimen Contributivo - primer trimestre 2024.....	17
Tabla 11: Discriminación causal 40 "Otras Razones" – primer trimestre de 2024. Régimen Contributivo.....	17
Tabla 12: Negaciones por EPS en el Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.....	18
Tabla 13: Discriminación causal 40 "Otras Razones" – primer trimestre de 2024. Régimen Subsidiado.....	19
Tabla 14: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Contributivo – primer trimestre 2024.....	19
Tabla 15: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.....	20
Tabla 16: Negaciones por tipo de servicio Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.....	20
Tabla 17: Negaciones por tipo de servicio Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.....	21

<i>Tabla 18: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.....</i>	22
<i>Tabla 19: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.....</i>	22
<i>Tabla 20: Negaciones por zona geográfica Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.....</i>	23
<i>Tabla 21: Negaciones por zona geográfica Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.....</i>	24
<i>Tabla 22: Medicamentos reportados como negados Régimen Contributivo - primer trimestre de 2024.....</i>	25
<i>Tabla 23: Medicamentos reportados como negados Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.....</i>	25
<i>Tabla 24: Comparativo servicios negados cuarto trimestre de 2023 vs primer trimestre de 2024.....</i>	27
<i>Tabla 25: Causas de no entrega o no direccionamiento de prescripciones a través de MIPRES</i>	28
<i>Tabla 26: Prescripciones Mipres - primer trimestre de 2024.....</i>	30
<i>Tabla 27: Total servicios con causal de no entrega en MIPRES por EPS y régimen – primer trimestre de 2024.....</i>	31
<i>Tabla 28: Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) Régimen Contributivo – primer trimestre 2024.....</i>	32
<i>Tabla 29: Servicios con causa de no entrega en Mipres (PBS no UPC – presupuestos máximos) Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.....</i>	33
<i>Tabla 30: Ranking causas de no entrega prescripciones en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - primer trimestre de 2024, por régimen.</i>	34
<i>Tabla 31: Ranking de tipo de servicios con causa de no entrega PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, primer trimestre 2024, por régimen</i>	35
<i>Tabla 32: Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - primer trimestre de 2024.....</i>	35
<i>Tabla 33: Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen – primer trimestre de 2024.</i>	38
<i>Tabla 34: Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – primer trimestre 2024.....</i>	42
<i>Tabla 35: Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – primer trimestre 2024.....</i>	43
<i>Tabla 36: Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), - primer trimestre 2024.</i>	44

<i>Tabla 37: Ranking de causas de no entrega, en función de la zona geográfica y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos – primer trimestre 2024).....</i>	44
<i>Tabla 38: Ranking de causas de no entrega en función de la zona geográfica y tipo de servicio- prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) – primer trimestre 2024.</i>	46
<i>Tabla 39: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, discriminados por EPS – primer trimestre 2024.</i>	48
<i>Tabla 40: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por tipo de servicio - primer trimestre 2024.</i>	49
<i>Tabla 41: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos y su discriminación por ámbito de atención – primer trimestre 2024.</i>	50
<i>Tabla 42: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica – primer trimestre de 2024.</i>	51

1. Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la orden decimonovena de la Sentencia T – 760 de 2008, a través de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, presenta el informe de servicios negados que las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reportan, en el marco de la Resolución 3539 de 2019¹, para el periodo correspondiente al primer trimestre de 2024, periodo que comprende los meses de enero, febrero y marzo de 2024.

Igualmente, este informe se complementa con la información solicitada en el Auto 439 de 2021 de la Corte Constitucional, por medio del cual se valoró el nivel de cumplimiento de la orden decimonovena, en cuyos literales d), e) y f) del ordinal segundo de la parte resolutiva, ordenó:

“SEGUNDO. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que:

(...) (d) Se asegure que los informes de servicios negados elaborados registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo. En tales informes se deben especificar todas las tecnologías: (i) negadas por las EPS y no prescritas a través de Mipres; (ii) que pese a tramitarse a través de Mipres no pudieron prescribirse por medio de esta plataforma; (iii) prescritas a través de Mipres y no autorizadas o con respuesta de causa de no entrega y, (iv) negadas por la Junta de Profesionales de la Salud. Ese reporte debe hacerse sin importar que la no autorización o falta de entrega tenga una justificación normativa.

(e) Indique las tecnologías negadas que hacen parte del plan de beneficios, en el que se establezca las negaciones de servicios PBS UPC, PBS financiados con presupuestos máximos y PBS financiados con recursos dispuestos por la Adres.

(f) Reporte aquellos servicios PBS UPC tramitados por Mipres y no suministrados oportunamente a los usuarios. (...)"

En este sentido, dando cumplimiento a la orden decimonovena de la Sentencia T-760 de 2008 y los autos de valoración de su cumplimiento, el presente informe contiene:

- (i) La información reportada por las EPS, respecto de servicios de salud negados durante los meses de enero, febrero y marzo de 2024.
- (ii) Los servicios y tecnologías en salud prescritos en los meses de enero, febrero y marzo de 2024, a través de la plataforma MIPRES y con causa de no entrega o no direccionamiento,
- (iii) La información de las negaciones realizadas por las Juntas de Profesionales de la Salud durante los meses de enero, febrero y marzo de 2024.

¹ *“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”.*

Para la elaboración del presente informe, el Ministerio acudió a las siguientes fuentes de información:

1. Registro de servicios de salud negados, reportados por las EPS para el primer trimestre de 2024; en el marco de la resolución 3539 de 2019.
2. Registro de las prescripciones realizadas por los médicos tratantes a través de la plataforma MIPRES durante el periodo 01/01/2024 al 31/03/2024 y que presentan alguna causal de no direccionamiento o no entrega (Cubo de MIPRES);
3. Información generada por la plataforma MIPRES, sobre negaciones de las Juntas de Profesionales de la Salud, en el periodo 01/01/2024 al 31/03/2024.

Por lo anterior, en el desarrollo del presente informe se registra la información sobre los servicios de salud negados PBS - UPC (auto - reporte de las EPS); así como las prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES financiadas a través de presupuestos máximos, discriminadas por causales de no entrega o no direccionamiento; igualmente se integra con las negaciones de las Juntas de Profesionales de la Salud; y finalmente se describen los avances sobre la gestión realizada para el reintegro de la UPC por parte de las EPS que reportaron negaciones por servicios PBS - UPC.

2. Reporte de negaciones PBS – UPC, discriminado por EPS y por régimen – primer trimestre de 2024

Durante el trimestre en análisis (enero, febrero y marzo de 2024), existen 27 EPS y 2 entidades adaptadas para un total de 29 entidades obligadas a presentar el reporte de servicios negados en el marco de la resolución 3539 de 2019, de las 29 entidades obligadas, 12 están habilitadas en el régimen contributivo, 14 en el régimen subsidiado y 3 operan ambos regímenes, como se detalla a continuación:

Tabla 1: Lista de entidades habilitadas y obligadas a presentar informe de servicios negados.

EPS	RÉGIMEN
A.I.C EPSI -ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	SUBSIDIADO
ALIANSALUD EPS	CONTRIBUTIVO
ANAS WAYUU EPSI	SUBSIDIADO
ASMET SALUD EPS SAS	SUBSIDIADO
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS-S	AMBOS REGÍMENES
CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	SUBSIDIADO
CAPRESOCA EPS	SUBSIDIADO
COMFACHOCO - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ	SUBSIDIADO
COMFAORIENTE - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	SUBSIDIADO
COMFENALCO VALLE EPS	CONTRIBUTIVO
COMPENSAR	CONTRIBUTIVO
COOSALUD EPS S.A.	AMBOS REGÍMENES
DUSAKAWI EPSI	SUBSIDIADO
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLÍN ESP (ENT. ADAPTADA)	CONTRIBUTIVO
EMSSANAR SAS	SUBSIDIADO
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	SUBSIDIADO
EPS FAMISANAR LTDA.	CONTRIBUTIVO
EPS SANITAS	CONTRIBUTIVO
FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA (ENT. ADAPTADA)	CONTRIBUTIVO
FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	CONTRIBUTIVO
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDÍGENA	SUBSIDIADO
NUEVA EPS	AMBOS REGÍMENES
PIJAOS SALUD EPS -I	SUBSIDIADO
SALUD BOLÍVAR EPS SAS	CONTRIBUTIVO
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO
SAVIA SALUD -ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS	SUBSIDIADO
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	CONTRIBUTIVO
SURA - COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	CONTRIBUTIVO

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones- DROASRLP.

De los reportes procesados en cada mes correspondientes al primer trimestre de 2024, las validaciones de estructura y calidad de la información reportada en la plataforma PISIS, se cumplieron en los siguientes porcentajes:

ENERO:

- Porcentaje de cumplimiento del envío del reporte: 89.65%
- Porcentaje de validación de los reportes enviados: 100%

FEBRERO:

- Porcentaje de cumplimiento del envío del reporte: 100%
- Porcentaje de validación de los reportes enviados: 100%

MARZO:

- Porcentaje de cumplimiento del envío del reporte: 100%
- Porcentaje de validación de los reportes enviados: 96.55% (Una EPS no cumplió las especificaciones del anexo técnico y no se cargó la información)

A continuación, en la siguiente tabla se presenta el resumen de las EPS que no reportaron información, o no surtieron la validación de estructura, o el control de calidad al contenido de la información reportada:

Tabla 2: Informe de EPS que no reportaron información, o no surtieron la validación de estructura y calidad en uno o algunos meses del primer trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	MES DE NO REPORTE	FALLAS DE ESTRUCTURA	FALLAS DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN
CAPRESOCA EPS	ENERO		
ASMET SALUD EPS SAS	ENERO		
EPS SANITAS	ENERO		
SALUD BOLIVAR EPS SAS			MARZO

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones- DROASRLP.

Es importante mencionar que la plataforma de Intercambio de Información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), en cumplimiento del artículo 4 de la resolución 3539 de 2019², contempla el plazo de veinte (20) días calendario

² Artículo 4º. Periodicidad y plazo para el reporte de la información. La información a que refiere el artículo 1 de esta resolución, debe ser enviada por las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado de forma mensual. La información correspondiente al mes inmediatamente anterior, se reportará dentro de los veinte (20) días calendario del siguiente mes. En este lapso se surtirán las fases de validación y deberán efectuarse las respectivas correcciones, cuando a ello haya lugar.

Vencido el plazo anterior sin que se reporte la información o se efectúen las correcciones, se informará lo pertinente a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

del mes siguiente para el reporte de la información y durante este tiempo cada EPS debe surtir las dos fases de validación, realizando las correcciones a que haya lugar para que el informe se dé por cumplido. (parágrafo 2 artículo 5º. Resolución 3539 de 2019).

Por lo anterior, copia de este informe será remitido a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, ejerza las acciones de su competencia, acorde con lo señalado, por el mencionado artículo 4º. de la Resolución 3539 de 2019.

A continuación, se presenta la tabla de causales de negación establecidas mediante el anexo técnico de la Resolución 3539 de 2019:

Tabla 3: Causales de negación

Código	Tipo de Negación
1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica
3	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente
5	Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación
6	Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior
7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej: Servicios asistenciales o sociales
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada
9	Servicio duplicado y/o ya tramitado
10	La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica
11	La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción
12	La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación
13	La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica
14	La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)
15	Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)
16	La prescripción del medicamento no tenía concentración y forma farmacéutica
17	La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración
18	La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración
19	La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento
20	La prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras
21	La prescripción del medicamento no tenía las indicaciones que a su juicio consideró el prescriptor
22	La prescripción del medicamento no tenía vigencia
23	La prescripción del medicamento no tenía nombre del prescriptor con su respectivo número de registro profesional
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio
25	El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades
26	Está contratado el servicio pero está saturado por la demanda (insuficiencia)
27	Existencia de problemas para contratar servicios por posición dominante del prestador
28	Existencia de problemas para contratar servicios por otros motivos a posición dominante del prestador
29	Problemas para realizar contrarreferencia
30	Información insuficiente o precaria del prestador de servicios de salud en la contrarreferencia
31	No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología
32	Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo

Código	Tipo de Negación
33	Falta de suficiencia técnica para la regulación de la demanda y la oferta
34	La orden médica está vencida y no refrendada
35	Dificultades en el control debido a tercerización del suministro de medicamentos e insumos
36	Traslado no deja en claro estado de usuario
37	No cumple las condiciones para incapacidades
38	No cumple las condiciones para licencia de incapacidad
39	Usuario no ha pagado
40	Otras razones

Fuente: web.sispro.gov.co – tablas de referencia: "causa de negación"

2.1 EPS que reportaron negaciones durante el primer trimestre de 2024

Durante el primer trimestre de 2024, las EPS reportaron 6.241 registros de servicios negados; 3.252 (52%) en el Régimen Contributivo y 2.989 registros (48%), en el Régimen Subsidiado, como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 4: Servicios negados primer trimestre de 2024 por EPS y régimen.

NOMBRE EPS	1 Trimestre - 2024		
	RÉGIMEN		TOTAL GENERAL
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	
NUEVA EPS	3.037	1.209	4.246
SAVIA SALUD		1.570	1.570
ASMET SALUD	1	137	138
EPS S.O.S.	128		128
COMPENSAR	58	12	70
A.I.C. EPSI	1	53	54
ALIANSALUD	16		16
SALUD MIA	11	4	15
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA		4	4
Total general	3.252	2.989	6.241

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.1.1 Régimen Contributivo

En el régimen contributivo se reportaron 3.252 servicios negados, así: 1.379 en el mes de enero, 1.239 en el mes de febrero y 634 en el mes de marzo, como se presenta a continuación:

Tabla 5: Registros servicios negados régimen contributivo – primer trimestre de 2024.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EPS	1 Trimestre - 2024			Total general
	Enero	Febrero	Marzo	
NUEVA EPS	1.290	1.153	594	3.037
EPS S.O.S.	62	41	25	128
COMPENSAR	18	28	12	58
ALIANSALUD	5	9	2	16
SALUD MIA	4	6	1	11
ASMET SALUD		1		1
A.I.C. EPSI		1		1
Total general	1.379	1.239	634	3.252

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.1.2 Régimen Subsidiado

Para el régimen subsidiado se reportaron 2.989 servicios negados, así: 1.130 en el mes de enero, 1.077 en el mes de febrero y 782 en el mes de marzo, como se muestra a continuación:

Tabla 6: Registros servicios negados régimen subsidiado - primer trimestre de 2024.

RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS	1 Trimestre - 2024			Total general
	Enero	Febrero	Marzo	
SAVIA SALUD	518	569	483	1.570
NUEVA EPS	593	410	206	1.209
ASMET SALUD		72	65	137
A.I.C. EPSI	13	16	24	53
COMPENSAR	4	5	3	12
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	2	2		4
SALUD MIA		3	1	4
Total general	1.130	1.077	782	2.989

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.2 Comparativo de negaciones primer trimestre de 2023 vs primer trimestre de 2024.

Al comparar los reportes del primer trimestre de 2023 y los del primer trimestre de 2024, se evidencia una disminución del 56.25% en los registros, al pasar de 14.267 registros en 2023, a 6.241 en el 2024, como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 7: Comparativo negaciones primer trimestre 2023 vs. primer trimestre 2024.

NOMBRE EPS	1 Trimestre - 2023			1 Trimestre - 2024		
	RÉGIMEN		TOTAL	RÉGIMEN		TOTAL
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	
SAVIA SALUD	663	10.257	10.920	0	1.570	1.570
NUEVA EPS	2.014	923	2.937	3.037	1.209	4.246
ASMET SALUD	9	286	295	1	137	138
EPS S.O.S.	44	0	44	128	0	128
FERROCARRILES NACIONALES	24	0	24	0	0	0
A.I.C. EPSI	1	22	23	1	53	54
ALIANSALUD	18	0	18	16	0	16
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	6	6	0	4	4
SALUD MIA	0	0	0	11	4	15
COMPENSAR	0	0	0	58	12	70
Total general	2.773	11.494	14.267	3.252	2.989	6.241

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

Durante el primer trimestre de 2023, el mayor número de negaciones los reportó Savia Salud (10.920), para el primer trimestre de 2024 reportó 1.570 registros, presentando una disminución del 85.62%.

La Nueva EPS, para el primer trimestre de 2023 reportó 2.937 registros, y para el primer trimestre de 2024 reportó 4.246, presentando un incremento del 44.56%.

La EPS Asmet Salud en el primer trimestre del año 2023 reportó un total de 295 negaciones, para el mismo periodo del año 2024 reportó 138, disminuyendo en un 53.22%.

EPS SOS tuvo un incremento del 190% al pasar de 44 registros en el 2023 a 128 registros en el 2024.

Ferrocarriles Nacionales pasó de 24 registros en el 2023 a cero (0) registros en el 2024 disminuyendo un 100%.

A.I.C. EPSI. pasó de 23 registros en el 2023 a 54 registros en el 2024, aumentando en un 134%.

Aliansalud EPS disminuyó en un 11.11% al pasar de 18 a 16 registros.

EPS Familiar de Colombia registró 6 negaciones en el 2023 y para el 2024 reportó 4, disminuyendo 33.33%

Salud Mía EPS pasó de 0 registros en el 2023 a 15 registros en el 2024.

Finalmente, la EPS Compensar no reportó negaciones en el 2023 y para el 2024 reportó 70 registros.

Como observación final de este cuadro comparativo, se puede concluir que se mantiene la tendencia del reporte de servicios negados por las mismas EPS de un año al otro.

2.3 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

De la información reportada, para el Régimen Contributivo, se puede observar que se reportaron 3.252 registros de negaciones, y en su orden corresponden a: causal 2: “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica” con 3.082 registros, seguida de la causal 24: “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 81 registros, sigue la causal 4: “Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” con 58 registros, le sigue la causal 39: “Usuario no ha pagado” con 12 registros, sigue la causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 10 registros, sigue la causal 40: “Otras razones”, con 6 registros, posteriormente sigue la causal 7: “El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales, no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales” con 3 registros. La descripción se realiza en la tabla a continuación:

Tabla 8: Causas de negación Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

Descripción Causal de Negación - Régimen Contributivo		1 Trimestre - 2024			Total general
		Enero	Febrero	Marzo	
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	1.310	1.181	591	3.082
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	41	13	27	81
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	18	28	12	58
39	Usuario no ha pagado	3	8	1	12
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	4	5	1	10
40	Otras razones	2	3	1	6
7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	1	1	1	3
Total general		1.379	1.239	634	3.252

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.4 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Para el Régimen Subsidiado, se reportaron 2.989 registros, 1.561 registros por la causal 9: “Servicio duplicado y/o ya tramitado”; con 1.195 registros sigue la causal 2: “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”; sigue la causal 40: “Otras razones” con 131 registros; sigue la causal 7: “El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales” con 59 registros; sigue la causal 4: “Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” con 18 registros; sigue la causal 24: “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 11 registros, posteriormente la causal 1: “Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas” con 10 registros, finalmente la causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 4 registros. Estas 8 causales representan el 100% del total de registros como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 9: Causas de negación Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Descripción Causal de Negación - Régimen Subsidiado		1 trimestre - 2024			Total general
		Enero	Febrero	Marzo	
9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	516	568	477	1.561
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	586	406	203	1.195
40	Otras razones	0	70	61	131
7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	15	20	24	59
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	4	7	7	18
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	6	2	3	11
1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	3	1	6	10
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	0	3	1	4
Total general		1.130	1.077	782	2.989

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.5 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

Teniendo en cuenta los 3.252 registros de servicios negados para el Régimen Contributivo, en la tabla a continuación se discrimina, entre las EPS reportantes, las causales de los servicios negados:

Tabla 10: Negaciones por EPS en el Régimen Contributivo - primer trimestre 2024.

Nombre EPS	Causa Negación	Descripción Causa Negación	Total	
NUEVA EPS	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	2.954	3037
	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	2	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	81	
EPS S.O.S.	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	128	128
COMPENSAR	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	58	58
ALIANSALUD	40	Otras razones	4	16
	39	Usuario no ha pagado	12	
SALUD MIA	40	Otras razones	1	11
	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	10	
A.I.C. EPSI	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	1	1
	40	Otras razones	1	
Total general			3.252	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

Con relación a los seis (6) registros por la causal 40 "Otras Razones" a continuación se detalla la discriminación realizada por las EPS en su reporte:

Tabla 11: Discriminación causal 40 "Otras Razones" – primer trimestre de 2024. Régimen Contributivo

Nombre EPS / Causa Motivos	Total
ALIANSALUD	4
EN PROCESO DE REFERENCIA SE OFRECE CONTINUIDAD DE ATENCION EN LA RED ADSCRITA EN NIVEL DE COMPLEJIDAD REQUERIDO FAMILIAR NO ACEPTA REMISION Y ASUME PARTICULAR	1
MANEJO EN IPS NO RED FSB EN PROCESO DE REFERENCIA SE OFRECE CONTINUIDAD EN ATENCION NIVEL DE COMPLEJIDAD REQUERIDO EN LA RED CLINICA NUEVA USUARIA NO ACEPTA TRASLADO	1
MANEJO EN IPS NO RED FSB SE OFRECE CONTINUIDAD DE ATENCION EN NIVEL DE COMPLEJIDAD REQUERIDO EN LA RED ADSCRITA FAMILIAR NO ACEPTA REMISION	1

NEGACION ADMINISTRATIVA SOLICITUD DE SERVICIOS DERIVADO DE CONSULTA PARTICULAR SE DIRECCIONA A IPS BASICA PARA ATENCION Y ORDENAMIENTO	1
ASMET SALUD	1
Negado junta profesionales de la salud	1
SALUD MIA	1
no se genera código inicial de urgencias dado que sale categorizado como accidente de trabajo servicio solicitado se asume por ARL.	1
Total general	6

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.6 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Para el Régimen Subsidiado se discriminan los 11.962 registros de servicios negados entre las EPS reportantes, como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla 12: Negaciones por EPS en el Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.

Nombre EPS	Causa Negación	Descripción Causa Negación	Total	
SAVIA SALUD	1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	9	1570
	9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	1.561	
NUEVA EPS	1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	1	1209
	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	1.195	
	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	2	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	11	
ASMET SALUD	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	6	137
	40	Otras razones	131	
A.I.C. EPSI	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales	53	53
COMPENSAR	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	12	12
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o	4	4

		actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales		
SALUD MIA	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	4	4
Total general			2.989	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

Con relación a los ciento treinta y un (131) registros por la causal 40 “Otras Razones” a continuación se detalla la discriminación realizada por las EPS en su reporte:

Tabla 13: Discriminación causal 40 “Otras Razones” – primer trimestre de 2024. Régimen Subsidiado.

EPS / Causa otras razones	Total
ASMET SALUD	131
Solicitud transporte para acompañante	62
Negado junta profesionales de la salud	59
Exclusión del plan de beneficios en salud. resolucion2273de2021	6
exclusiondelplandebeneficiosensalud.resolucion2173de2021	4
Total general	131

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.7 Negaciones por EPS y ámbito de atención en el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

En relación con los ámbitos de atención, de los 3.252 registros de servicios negados en el Régimen Contributivo para el primer trimestre de 2024, se tiene que el ámbito “ambulatorio no priorizado” fue el de mayor registro con 3.112, seguido de “ambulatorio priorizado”, con 129 registros, sigue “urgencias”, con 9 registro y finalmente “Hospitalario internación” con 2 registros, como se detalla a continuación:

Tabla 14: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Contributivo – primer trimestre 2024.

Régimen Contributivo			
Ámbito de Atención	EPS	Total	
Ambulatorio No Priorizado	NUEVA EPS	3.037	3.112
	COMPENSAR	58	
	ALIANSALUD	16	
	A.I.C. EPSI	1	
Ambulatorio Priorizado	EPS S.O.S.	128	129
	ASMET SALUD	1	
Urgencias	SALUD MIA	9	9
Hospitalario Internación	SALUD MIA	2	2
Total general		3.252	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.8 Negaciones por EPS y ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024

De la información reportada, se observa que, para el primer trimestre de 2024, los 2.989 registros de servicios negados en el Régimen Subsidiado corresponden a los ámbitos: “ambulatorio no priorizado” con 2.027 registros, sigue “ambulatorio priorizado” con 955 registros reportados y finalmente “urgencias” con 7 registros, como se detalla a continuación.

Tabla 15: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Régimen Subsidiado		
Ámbito de Atención	EPS	Total
Ambulatorio No Priorizado	NUEVA EPS	1.209
	SAVIA SALUD	698
	ASMET SALUD	54
	A.I.C. EPSI	53
	COMPENSAR	12
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	1
Ambulatorio Priorizado	SAVIA SALUD	872
	ASMET SALUD	83
Urgencias	SALUD MIA	4
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	3
Total general		2.989

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.9 Negaciones por EPS y tipo de servicio para el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

Para el primer trimestre de 2024, en lo que respecta al tipo de servicio para el Régimen Contributivo, se tiene: El tipo “medicamentos”, ocupa el primer lugar con 3.190 registros, seguido de “procedimientos” con 58 registros; sigue “Servicios no financiados con recursos de salud”, con 3 registros, y “servicios específicos” con 1 registro, como se detalla a continuación:

Tabla 16: Negaciones por tipo de servicio Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

Régimen Contributivo		
Servicio	EPS	Total
Medicamentos	NUEVA EPS	2.994
	EPS S.O.S.	128
	COMPENSAR	58
	ALIANSALUD	10

Procedimientos	NUEVA EPS	41	58
	SALUD MIA	11	
	ALIANSALUD	6	
Servicios no financiados con recursos de salud	NUEVA EPS	2	3
	A.I.C. EPSI	1	
Servicios Específicos	ASMET SALUD	1	1
Total general		3.252	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.10 Negaciones por EPS y tipo de servicio para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Para los 2.989 registros de servicios negados en el Régimen Subsidiado, se tiene la siguiente información: El tipo de servicios “medicamentos” con 1.222 registros ocupa el primer lugar, seguido de “procedimientos” con 1.581 registros, sigue “servicios no financiados con recursos de salud”, con 99 registros, siguen “servicios específicos” con 52 registros y finalmente “productos nutricionales” con 35 registros, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 17: Negaciones por tipo de servicio Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Régimen Subsidiado			
Servicio	EPS	Total	
Medicamentos	ASMET SALUD	9	1.222
	NUEVA EPS	1.201	
	COMPENSAR	12	
Procedimientos	NUEVA EPS	7	1.581
	SAVIA SALUD	1.570	
	SALUD MIA	4	
Servicios no financiados con recursos de salud	A.I.C. EPSI	53	99
	ASMET SALUD	41	
	NUEVA EPS	1	
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	4	
Servicios Específicos	ASMET SALUD	52	52
Productos Nutricionales	ASMET SALUD	35	35
Total general		2.989	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

2.11 Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

Los 3.252 registros de servicios negados en el Régimen Contributivo para el primer trimestre del 2024, están representados en los diagnósticos médicos que se describen a continuación:

Tabla 18: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CODIGO CIE 10	TOTAL
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	824
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (M00-M99)	362
Trastornos mentales y del comportamiento. (F00-F99)	348
Neoplasias (C00-D48)	281
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. (E00-E90)	263
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (L00-L99)	248
Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)	187
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	147
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud. (Z00-Z99)	144
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. (R00-R99)	116
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	80
Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)	60
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. (S00-T98)	47
Enfermedades de la sangre y los Órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. (D50-D89)	45
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	38
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. (A00-B99)	30
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. (Q00-Q99)	15
Enfermedades del Oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	13
COVID-19, Virus identificado	1
Cuerpo extraño que penetra a través de la piel, otro lugar especificado.	1
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	1
COVID-19, Virus no identificado	1
Total general	3.252

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones- Lista de Códigos CIE 10.

2.12 Negaciones por tipo de diagnóstico para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Para los 2.989 registros de negaciones en el Régimen Subsidiado en el primer trimestre del 2024, a continuación, se presentan los diagnósticos médicos reportados:

Tabla 19: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.

DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CODIGO CIE 10	TOTAL
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	575
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. (E00-E90)	340

DIAGNÓSTICO DE ACUERDO AL CODIGO CIE 10	TOTAL
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (M00-M99)	304
Trastornos mentales y del comportamiento. (F00-F99)	216
Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)	212
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. (R00-R99)	193
Neoplasias (C00-D48)	186
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (L00-L99)	183
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud. (Z00-Z99)	162
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	148
Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)	139
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. (S00-T98)	98
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	62
Enfermedades de la sangre y los Órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad. (D50-D89)	44
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. (A00-B99)	33
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. (Q00-Q99)	24
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	23
Enfermedades del Oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	21
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	20
Cuerpo extraño que penetra a través de la piel, otro lugar especificado.	6
Total general	2.989

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.13 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

Por distribución de la zona geográfica donde se presentaron negaciones de servicios en el Régimen Contributivo, encontramos en su orden: la ciudad de Bogotá D.C. con 562 registros, seguida del departamento de Antioquia con 542 registros, sigue el departamento del Valle del Cauca con 532 registros, posteriormente Santander con 237 registros, Caldas con 156 registros, Atlántico con 154 registros, Risaralda 119 registros, Norte de Santander con 112 registros, Cundinamarca con 88 registros, Boyacá con 87 registros y Tolima con 78 registros, entre otras. La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 20: Negaciones por zona geográfica Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

DEPARTAMENTO / CIUDAD	TOTAL	DEPARTAMENTO / CIUDAD	TOTAL
BOGOTA, D.C.	562	META	48
ANTIOQUIA	542	MAGDALENA	34

DEPARTAMENTO / CIUDAD	TOTAL	DEPARTAMENTO / CIUDAD	TOTAL
VALLE DEL CAUCA	532	CESAR	27
SANTANDER	237	SUCRE	20
CALDAS	156	LA GUAJIRA	16
ATLANTICO	154	CASANARE	14
RISARALDA	119	PUTUMAYO	9
NORTE DE SANTANDER	112	ARAUCA	9
CUNDINAMARCA	88	CHOCO	7
BOYACA	87	ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	7
TOLIMA	78	GUAVIARE	6
NARIÑO	77	CAQUETA	4
HUILA	76	AMAZONAS	2
QUINDIO	62	VAUPES	1
BOLIVAR	58	VICHADA	1
CAUCA	55	TOTAL, GENERAL	
CORDOBA	52	3.252	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.14 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Para el Régimen Subsidiado, las zonas geográficas que presentaron negaciones, en su orden, corresponden, a las siguientes: Antioquia con 1.657 registros, sigue Santander con 141 registros, Valle del Cauca con 122 registros, Tolima con 108 registros, la ciudad de Bogotá con 105 registros, seguido de Boyacá con 99 registros, Cauca con 98 registro, Caldas con 74 registros, Norte de Santander con 69 registros y Córdoba con 57 registros, entre otros. La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 21: Negaciones por zona geográfica Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.

DEPARTAMENTO / CIUDAD	TOTAL	DEPARTAMENTO / CIUDAD	TOTAL
ANTIOQUIA	1.657	CAQUETA	27
SANTANDER	141	META	24
VALLE DEL CAUCA	122	BOLIVAR	18
TOLIMA	108	SUCRE	16
BOGOTA, D.C.	105	MAGDALENA	15
BOYACA	99	LA GUAJIRA	13
CAUCA	98	PUTUMAYO	10
CALDAS	74	CHOCO	9
NORTE DE SANTANDER	69	GUAVIARE	9
CORDOBA	57	CASANARE	5
RISARALDA	53	ARAUCA	3
CESAR	53	ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	3
HUILA	50	AMAZONAS	2
ATLANTICO	40	VAUPES	2
CUNDINAMARCA	38	VICHADA	1
NARIÑO	35	TOTAL GENERAL	
QUINDIO	33	2.989	

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.15 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Contributivo – primer trimestre de 2024.

A continuación, se describen los 3.190 registros de medicamentos negados, reportados para el primer trimestre de 2024 en el Régimen Contributivo, así:

Tabla 22: Medicamentos reportados como negados Régimen Contributivo - primer trimestre de 2024.

Medicamento	Total	Medicamento	Total	Medicamento	Total
DAPAGLIFLOZINA	297	SILDENAFILO	31	CARBOPLATINO	10
APIXABAN	294	ERITROPOYETINA	29	CITICOLINA	9
TACROLIMUS	258	TOLTERODINA	27	BEVACIZUMAB	9
RIVAROXABAN	244	TICAGRELOR	23	CISPLATINO	9
QUETIAPINA	225	PACLTAXEL	21	MECLOZINA	9
MIRTAZAPINA	170	CICLOFOSFAMIDA	19	OXAPROZINA	8
RISPERIDONA	141	DABIGATRAN	18	MEFESERPINA	8
DENOSUMAB	100	RITUXIMAB	16	LEVETIRACETAM	8
SEMAGLUTIDA	94	BENCIDAMINA	16	BUPRENORFINA	7
ACIDO MICOFENOLICO	91	MOMETASONA	16	ETORICOXIB	7
LIDOCAINA	76	TIOCOLCHICOSIDO	15	VINCRISTINA	7
METOTREXATO	64	ACIDO URSODEOXICOLICO	15	AMLODIPINO	6
ARIPIPRAZOL	56	FLUOROURACILO	14	TICARCILINA	6
AZATIOPRINA	53	HIDROXICLOROQUINA	13	SUCRALFATO	6
ACIDO ZOLEDRONICO	53	TERIPARATIDA	13	MELOXICAM	6
CICLOSPORINA	51	HIERRO	13	PEGFILGRASTIM	6
LEFLUNOMIDA	42	EMPAGLIFLOZINA	12	PREDNICARBATO	6
CEFALEXINA	39	CAPECITABINA	10	HIDROXICARBAMIDA	6
TOXINA BOTULINICA	36	LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS LB	10	ICOSAPENTO	6
VENLAFAXINA	35	FLUDROCORTISONA	10	OTROS	291
TOTAL GENERAL 3.190					

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.16 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Subsidiado - primer trimestre de 2024.

Igualmente se describen a continuación los 1.222 registros de medicamentos negados, reportados para el primer trimestre de 2024 en el Régimen Subsidiado, así:

Tabla 23: Medicamentos reportados como negados Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

Medicamento	Total	Medicamento	Total	Medicamento	Total
TACROLIMUS	153	OXAPROZINA	11	CARBOPLATINO	3
APIXABAN	150	HIERRO	10	OXALIPLATINO	3
RIVAROXABAN	123	LIDOCAINA	9	CEFALEXINA	3
RISPERIDONA	104	DABIGATRAN	8	AFLIBERCEPT	3
MIRTAZAPINA	72	CICLOFOSFAMIDA	7	ETOPOSIDO	3
SEMAGLUTIDA	46	TICAGRELOR	6	TERIPARATIDA	3
ACIDO MICOFENOLICO	43	FLUDROCORTISONA	5	CAPECITABINA	3
ARIPIPRAZOL	41	PEGFILGRASTIM	5	VENLAFAXINA	3
LEFLUNOMIDA	37	RITUXIMAB	4	BOSENTAN	2
DENOSUMAB	33	BENCIDAMINA	4	TALIDOMIDA	2

Medicamento	Total	Medicamento	Total	Medicamento	Total
METOTREXATO	27	LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS LB	4	NIMESULIDA	2
AZATIOPRINA	25	FLUOROURACILO	4	LETROZOL	2
ACIDO ZOLEDRONICO	22	TIOCOLCHICOSIDO	4	METILTOURACILO	2
CICLOSPORINA	20	POLIETILENGLICOL	4	ACIDO FOLINICO	2
ERITROPOYETINA	17	EMPAGLIFLOZINA	3	BETAMETASONA	2
ACIDO URSODEOXICOLICO	16	ICOSAPENTO	3	BARICITINIB	2
SILDENAFILO	15	PARACETAMOL	3	BUDESONIDA	2
DAPAGLIFLOZINA	15	LURASIDONA	3	DIPROLEANDOMICINA	2
TOXINA BOTULINICA	14	TICARCILINA	3	MEFESERPINA	2
QUETIAPINA	11	MITOMICINA	3	OTROS	89
TOTAL GENERAL 1.222					

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

2.17 Comparativos servicios negados – cuarto trimestre de 2023 vs. primer trimestre de 2024.

Al comparar el reporte de servicios negados del trimestre anterior (cuarto trimestre de 2023 vs. el reporte del primer trimestre de 2024, se observa una disminución de los registros en un 27.79%, al pasar de 8.644 registros a 6.241 registros así:

- **NUEVA EPS** aumentó de 6.535 registros (4.387 en el régimen contributivo y 2.148 en el subsidiado), a 4.246 (3.037 en el régimen contributivo y 1.209 en el subsidiado), disminuyendo un 35%.
- **SAVIA SALUD** pasó de 1.646 a 1.570 registros (todos en el régimen subsidiado), disminuyendo en un 4.06%.
- **ASMET SALUD** redujo los registros de 197 (3 en el contributivo y 194 en el subsidiado) a 138 (1 en el contributivo y 137 en el subsidiado) presentando una disminución del 29.94%.
- **EPS S.O.S.** aumentó los registros en un 10.34% al pasar de 116 a 128 registros (todos en el régimen contributivo).
- **A.I.C. EPSI.** pasó de 74 registros (2 en el régimen contributivo y 72 en el régimen subsidiado), a 54 registros (1 en el régimen contributivo y 53 en el régimen subsidiado), disminuyendo un 25%.
- **EPS COMPENSAR** pasó de 44 registros (40 en el régimen contributivo y 4 en el régimen subsidiado) a 70 registros (58 en el contributivo y 12 en el subsidiado), aumentando un 59%.
- **ALIANSALUD** pasó de 22 negaciones a 16 todas en el régimen contributivo, disminuyendo un 27.27%.
- **SALUD MIA** registró 10 negaciones en el cuarto trimestre (todos en el régimen contributivo) y pasó a 15 registros para el primer trimestre (11 en el contributivo y 4 en el subsidiado) lo que representa un incremento del 50%.

- **EPS FAMILIAR DE COLOMBIA** pasó de cero (0) registros en el 2023 a 4 en el 2024. La descripción anterior se presenta en la siguiente tabla

Tabla 24: Comparativo servicios negados cuarto trimestre de 2023 vs primer trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	4o. Trimestre – 2023			1er. Trimestre - 2024		
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
NUEVA EPS	4.387	2.148	6.535	3.037	1.209	4.246
SAVIA SALUD	0	1.646	1.646	0	1.570	1.570
ASMET SALUD	3	194	197	1	137	138
EPS S.O.S.	116	0	116	128	0	128
A.I.C. EPSI	2	72	74	1	53	54
COMPENSAR	40	4	44	58	12	70
ALIANSALUD	22	0	22	16	0	16
SALUD MIA	10	0	10	11	4	15
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	0	0	0	4	4
Total general	4.580	4.064	8.644	3.252	2.989	6.241

Fuente: Cubo de servicios negados - PISIS: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

3. Servicios y tecnologías en salud PBS no UPC, financiados con presupuestos máximos, prescritos bajo MIPRES, con causales de no entrega - primer trimestre de 2024³

En el marco de los presupuestos máximos que corresponden a los recursos para la financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, el Ministerio de Salud y Protección Social considera importante reiterar lo señalado en los reportes de servicios negados anteriores, en el sentido de enfatizar que los servicios y tecnologías en salud, prescritos bajo la herramienta MIPRES, sólo se reconocen y pagan a las EPS y Entidades Adaptadas, una vez se genera el cierre de suministro en dicha herramienta, lo que exige, la evidencia de entrega efectiva al usuario.

Igualmente, cuando se presenta alguna de las causas descritas a continuación, procede la gestión de no entrega o no direccionamiento de la prescripción:

3.1 Descripción de las 19 causas de no entrega o no direccionamiento en MIPRES y su justificación

Tabla 25: Causas de no entrega o no direccionamiento de prescripciones a través de MIPRES

CAUSAS DE NO ENTREGA-O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES	JUSTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA CAUSAL
1. Misma solicitud en otra prescripción	Con miras a evitar la sobredosificación y garantizar la seguridad del paciente, se previó esta causa de no entrega, a cuyo tenor, no es permitido prescribir y dispensar más de una vez el mismo medicamento en el mismo periodo de tiempo. En todo caso, en la herramienta MIPRES debe quedar consignada la información de la entrega de la otra prescripción que genera la duplicidad
2. Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	Esta causal tiene como finalidad proteger la seguridad del paciente, al no permitir la prescripción y/o dispensación de medicamentos que tengan evidencia de interacción o reacciones medicamentosas, y que, por tanto, puedan poner en peligro la integridad del paciente.
3. La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	Esta causal también tiene como finalidad proteger la seguridad del paciente, al no permitir que se le administren medicamentos o productos para soporte nutricional que no estén aprobados por el INVIMA. Esta causa de no entrega o direccionamiento, no aplica para los Alimentos con Propósito Médico Especial - APME
4. Presentación no fraccionable	Las tecnologías en salud deben entregarse en forma completa y acorde con la prescripción del profesional de la salud. (La cantidad de medicamento dispensado, deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, con el fin de asegurar el cumplimiento de la terapia farmacológica instaurada por el médico prescriptor, por lo

³ – El pago de estos servicios con recursos de la salud, exige el cierre del suministro en MIPRES, y por tanto, se garantiza la entrega efectiva al usuario

CAUSAS DE NO ENTREGA-O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES	JUSTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA CAUSAL
	que, si no se cumple con tal requisito, se prevé su causal de no entrega)
5. Suministro por tutela	Se genera doble prescripción, esto es, tanto por el profesional de la salud, como vía acción de tutela, por lo que en la entrega prevalece esta última, lo cual, además de evitar la sobredosificación y buscar la seguridad del paciente, protege los recursos de la salud, en cuanto a que únicamente se reconoce y paga con presupuesto máximo lo que es objeto de suministro efectivo.
6. Paciente corresponde a otra EPS	Esta causa de no entrega es de exclusiva responsabilidad de la EPS, y se genera esencialmente por temas de traslado, en cuanto al momento de la entrega del servicio se debe verificar que coincida EPS de entrega, con EPS de afiliación del usuario
7. No fue posible contactar al paciente	Esta causa al igual que la anterior, es de exclusiva responsabilidad de la EPS, quien se asume, no logra contactar al usuario, pese a las gestiones realizadas.
8. Paciente fallecido	Esta causa se genera, cuando a pesar de venir entregándose periódicamente el servicio, el usuario fallece.
9. Paciente se niega a recibir el suministro	Como su nombre lo indica, el usuario se niega a recibir el correspondiente servicio
10. No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura	Esta causa se presenta cuando una prescripción está vigente y no se ha agotado la entrega de la misma.
11. La prescripción excede la dosis máxima recomendada	Esta causa también se fundamenta en la seguridad del paciente, y busca evitar posibles desvíos y sobredosificaciones, pues no es recomendable prescribir por encima de las dosis máximas recomendadas, ni tiempos superiores de tratamiento a los recomendados por el titular del registro sanitario
12. La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	En aras de proteger la seguridad del paciente, técnicamente primero debe hacerse seguimiento, máximo al tercer mes para ver la adaptación del medicamento y de esta manera, prescribir por más tiempo. Criterio médico, y dado por la normativa vigente
13. La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	Por seguridad del paciente, el profesional de la salud tratante primero debe hacer un seguimiento para determinar la adherencia y comportamiento del medicamento en el usuario. Criterio médico
14. El INVIMA no aprobó el MVND	Tiene como fundamento la seguridad del paciente. El Invima dentro de su estudio considera que el MVND presenta riesgos para las personas y, por lo tanto, no aprueba su uso en Colombia. Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015
15. El paciente tiene suministro de otra prescripción	Esta causa tiene como sustento evitar el desvío, la sobredosificación y garantizar la seguridad del paciente, por lo que busca que no se permita la prescripción y dispensación más de una vez del mismo medicamento en el mismo periodo de tiempo
16. El prescriptor y el paciente son el mismo	Por normas de ética médica el prescriptor y el paciente no pueden ser el mismo

CAUSAS DE NO ENTREGA-O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES	JUSTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA CAUSAL
17. Tecnología incluida en el Plan de Beneficios en Salud	La tecnología en salud es financiada con los recursos de UPC, dado lo anterior no se debe prescribir en MIPRES
18. Exclusión del SGSSS	Su fundamento está dado por el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015
19. Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	El paciente tiene otro Plan de Beneficios (regímenes de excepción, especiales o planes voluntarios de salud - medicina prepagada, pólizas de salud), por el cual, se le está haciendo la entrega de la tecnología

En este escenario, a continuación, se presenta la información de los registros tomados del aplicativo MIPRES, con causales de no entrega o no direccionamiento, (según descripción en el punto 3.1), y cuya información consolida este Ministerio a través de la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación – OTIC, correspondientes a las prescripciones realizadas durante el primer trimestre de 2024.

3.2 Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), primer trimestre de 2024.

Para el primer trimestre de 2024 se registraron 206.057 prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES, como se describe en la tabla siguiente:

Tabla 26: Prescripciones Mipres - primer trimestre de 2024.

Tipo de Servicio o Tecnología	PRESCRIPCIONES MIPRES 1er. Trim. 2024			
	enero	febrero	marzo	TOTAL
Servicios específicos	28.436	32.105	30.777	91.318
Producto de soporte nutricional	20.803	14.751	15.034	50.588
Medicamento	7.647	8.234	8.120	24.001
Procedimiento	230	979	1.729	2.938
Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC	35	45	39	119
TOTAL GENERAL	57.151	56.114	55.699	168.964

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Del total de prescripciones tramitadas para el primer trimestre de 2024 (168.964), se registraron 20.722 prescripciones con causales de “no entrega / no direccionamiento”, las cuales representan el 12.26% del total de prescripciones, las cuales se registran a continuación:

3.3 Registros con causa de no entrega prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por EPS y régimen – primer trimestre de 2024.

Como se menciona anteriormente, para el primer trimestre del 2024, en el aplicativo MIPRES se registraron 20.722 prescripciones con causal de no entrega, distribuidas así: 10.225 en el Régimen Contributivo, que corresponden al 49.34% y 10.497 en el Régimen Subsidiado, que corresponden al 50.53%.

Las EPS con mayor reporte fueron SANITAS con 8.644 registros, seguida de EMSSANAR con 2.472 registros, COOSALUD con 1.615 registros, EPS SURA con 1.575 registros, MUTUAL SER con 1.326, SALUD TOTAL con 1.290 registros, SAVIA SALUD con 916 Y COMPENSAR con 863 registros, entre otras, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 27: Total servicios con causal de no entrega en MIPRES por EPS y régimen – primer trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
E.P.S. SANITAS	6.394	2.250	8.644
EMSSANAR E.P.S	77	2.395	2.472
COOSALUD	153	1.462	1.615
EPS SURA	1.381	194	1.575
MUTUAL SER	138	1.188	1.326
SALUD TOTAL	860	430	1.290
SAVIA SALUD	20	896	916
COMPENSAR	735	128	863
CAJACOPI	26	516	542
ALIANSALUD EPS	411	17	428
CAPITAL SALUD	12	403	415
A.I.C. EPSI	6	234	240
MALLAMAS EPSI	4	148	152
ANAS WAYUU EPSI	4	113	117
DUSAKAWI EPSI	3	60	63
PIJAOS SALUD EPSI	0	44	44
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	19	19
NUEVA EPS	1	0	1
TOTAL GENERAL	10.225	10.497	20.722

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

3.4 Registros de prescripciones en MIPRES (PBS no UPC– presupuestos máximos), discriminados por EPS en función de la causal de no entrega – Régimen Contributivo - primer trimestre de 2024.

A continuación, se describen las causas de no entrega para los 10.225 registros en el régimen Contributivo, discriminados por EPS, así: SANITAS con 6.394 registros, EPS SURA con 1.381, SALUD TOTAL con 860, COMPENSAR con 735, ALIANSALUD EPS con 411 y COOSALUD con 153 registros, entre otras. Estas seis (6) EPS representan el 97.15 del total reportado. La discriminación específica es la siguiente:

Tabla 28: Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) Régimen Contributivo – primer trimestre 2024.

NOMBRE EPS	CAUSA DE NO ENTREGA DE MIPRES - REGIMEN CONTRIBUTIVO																Total	
	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15	17	18	19	16	General
E.P.S. SANITAS	2.760		118	113	79	173	5		653	290	490	1	283	57	12	1.358	2	6.394
EPS SURA		467	396		243		26	6	10				49	176	8			1.381
SALUD TOTAL			91	39		2	3		1	1	6	4	374	49	130	160		860
COMPENSAR	154	152	120		55	18							52	24	21	139		735
ALIANSALUD EPS		234	14		122								3	28	3	7		411
COOSALUD	66				3				1	18		17	7	13	1	27		153
MUTUAL SER													9			129		138
EMSSANAR E.S.S	10				61	2							3	1				77
CAJACOPI		10		4	11								1					26
SAVIA SALUD	11				5	4												20
CAPITAL SALUD	9								1				1		1			12
A.I.C. EPSI	5												1					6
ANAS WAYUU EPSI	1				2								1					4
MALLAMAS EPSI					4													4
DUSAKAWI EPSI					2				1									3
NUEVA EPS													1					1
Total general	3.016	863	739	156	587	199	34	6	665	311	496	22	768	364	176	1.821	2	10.225

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

3.5 Registros de prescripciones en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por EPS en función de la causal de no entrega – Régimen Subsidiado – primer trimestre de 2024.

En referencia con el Régimen Subsidiado, a continuación, se describen las causas de no entrega para los 10.497 registros, discriminados por EPS, así: EMSSANAR encabeza la lista con 2.395 registros, seguida de EPS SANITAS con 2.250 registros, en tercer lugar, se encuentra COOSALUD con 1.462, MUTUAL SER con 1.188, quinto lugar SAVIA SALUD con 896, en sexto lugar CAJACOPI con 516 y SALUD TOTAL con 430 registros. Estas siete (7) EPS suman 9.137 registros, que corresponden al 87.04% del total de los registros. La discriminación específica es la siguiente:

Tabla 29: Servicios con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos) Régimen Subsidiado – primer trimestre 2024.

NOMBRE EPS	CAUSA DE NO ENTREGA DE MIPRES - REGIMEN SUBSIDIADO																Total General	
	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15	17	18	19	16	
EMSSANAR E.P.S	192				2.040	12	4		3	2		15		110	16	1		2.395
E.P.S. SANITAS	941		17	43	13	54	1		264	104	173		72	26	15	527		2.250
COOSALUD	560				47		1		1	196	2	204	58	231	14	147	1	1.462
MUTUAL SER														54	1	1.133		1.188
SAVIA SALUD	727	2	24		108		12	4						9	4	6		896
CAJACOPI		127		157	211									19	2			516
SALUD TOTAL			37	15		5				1		144	25	73	130			430
CAPITAL SALUD	355				4	5			18	1	1		4	5	10			403
A.I.C. EPSI	99		7										6	2	120			234
EPS SURA		83	30		36		2						4	38	1			194
MALLAMAS EPSI					118					1			1	28				148
COMPENSAR	23	50	17		14								11		2	11		128
ANAS WAYUU EPSI	28				10		1			3			1	69	1			113
DUSAKAWI EPSI	6			1	16				11	4	1		5	5	4	7		60
PIJAOS SALUD EPSI	8				13								1			22		44
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	19																	19
ALIANSA SALUD EPS		6			10									1				17
Total general	2.958	268	132	216	2.640	66	31	4	279	328	178	220	297	625	140	2.114	1	10.497

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.6 Ranking de causas de no entrega servicios PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, por régimen

Al ordenar de mayor a menor las causas de no entrega o no direccionamiento de los registros en MIPRES (presupuestos máximos), correspondientes al primer trimestre del 2024, se tiene el siguiente ranking:

1. Causal 1: “Misma solicitud en otra prescripción” en primer lugar, con 5.974 registros
2. Causal 19: “Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud” con 3.935 registros
3. Causal 5: “Suministro por tutela” con 3.227 registros
4. Causal 2: “Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa” con 1.131 registros
5. Causal 15: “El paciente tiene suministro de otra prescripción” con 1.065 registros
6. Causal 17: “Tecnología incluida en el Plan de Beneficios” con 989 registros
7. Causal 11: “La prescripción excede la dosis máxima recomendada” con 944 registros.

8. Causal 3: "La indicación del uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA" con 871 registros.
9. Causal 13: "La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva" con 674 registros.
10. Causal 12: "La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez" con 639 registros.

La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 30: *Ranking causas de no entrega prescripciones en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - primer trimestre de 2024, por régimen.*

Cod.	Nombre Causa de No Entrega	Contributivo	Subsidiado	Total
1	Misma solicitud en otra prescripción	3.016	2.958	5.974
19	Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	1.821	2.114	3.935
5	Suministro por tutela	587	2.640	3.227
2	Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	863	268	1.131
15	El paciente tiene suministro de otra prescripción	768	297	1.065
17	Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	364	625	989
11	La prescripción excede la dosis máxima recomendada	665	279	944
3	La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	739	132	871
13	La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	496	178	674
12	La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	311	328	639
4	Presentación no fraccionable	156	216	372
18	Exclusión	176	140	316
6	Paciente corresponde a otra EPS	199	66	265
14	El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	22	220	242
8	Paciente fallecido	34	31	65
10	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	6	4	10
16	El prescriptor y el paciente son el mismo	2	1	3
Total General		10.225	10.497	20.722

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

Con relación a la causa 1: "Misma solicitud en otra prescripción", que reporta 5.974 registros, a la fecha de elaboración de este informe, se pudo verificar que 5.961 ya se habían entregado en otra prescripción, quedando 13 prescripciones pendientes de confirmar.

3.7 Ranking de registros por tipo de servicios con causa de no entrega prescritos en MIPRES (PBS no UPC- – presupuestos máximos), discriminados por régimen

En cuanto a los registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), y su discriminación por tipo de servicios y régimen, de mayor a menor, se obtiene lo siguiente: En primer lugar se encuentran los “servicio complementario”, con 8.578 registros, le sigue en segundo lugar “producto de soporte nutricional”, con 7.450 registros, le sigue en tercer lugar “medicamentos”, con 4.480 registros, en cuarto lugar “procedimientos”, con 202 registros y finalmente: “dispositivo médico”, con 12 registros. A continuación, se presenta la tabla correspondiente:

Tabla 31: *Ranking de tipo de servicios con causa de no entrega PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, primer trimestre 2024, por régimen*

Tipo de Servicio o Tecnología	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
Servicio complementario	3.297	5.281	8.578
Producto de soporte nutricional	3.313	4.137	7.450
Medicamento	3.480	1.000	4.480
Procedimiento	128	74	202
Dispositivo médico	7	5	12
TOTAL GENERAL	10.225	10.497	20.722

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.8 Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por régimen

En cuanto a los ámbitos de atención de los servicios con causa de no entrega en Mipres, se tiene lo siguiente: “ambulatorio no priorizado”, fue en el que se reportó el mayor número de registros con 11.106, seguido de “ambulatorio priorizado”, con 6.831 registros, “hospitalario internación” con 1.452 registros, “hospitalario domiciliario”, con 1.110 registros y “urgencias”, con 223 registros, tal y como se detalla en la tabla a continuación:

Tabla 32: *Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos) - primer trimestre de 2024.*

Ámbito de Atención	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
Ambulatorio - no priorizado	5.666	5.440	11.106
Ambulatorio - priorizado	3.174	3.657	6.831
Hospitalario - internación	985	467	1.452
Hospitalario - domiciliario	267	843	1.110
Urgencias	133	90	223
TOTAL GENERAL	10.225	10.497	20.722

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

A continuación, se describen cada ámbito de atención por cada una de las causales de no entrega:

[Descripción de las causas de no entrega para los 11.106 registros del ámbito: Ambulatorio - no priorizado:](#)

Ambulatorio - no priorizado	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	2.036	1.745	3.781
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	869	1.108	1.977
Suministro por tutela	330	1329	1.659
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	508	155	663
El paciente tiene suministro de otra prescripción	426	186	612
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	395	159	554
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	450	67	517
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	159	166	325
Presentación no fraccionable	104	147	251
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	183	50	233
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	76	133	209
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	18	131	149
Paciente corresponde a otra EPS	69	11	80
Exclusión	28	40	68
Paciente fallecido	13	11	24
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	2	2	4
Total general	5.666	5.440	11.106

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

[Descripción de las causas de no entrega para los 6.831 registros del ámbito: Ambulatorio - priorizado:](#)

Ambulatorio - priorizado	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	958	1.100	2.058
Suministro por tutela	236	1044	1.280
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	393	579	972
El paciente tiene suministro de otra prescripción	311	99	410
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	312	98	410
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	255	103	358
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	82	246	328
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	257	58	315
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	121	108	229
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	98	40	138
Presentación no fraccionable	50	61	111
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	3	62	65
Exclusión	29	31	60

Ambulatorio - priorizado	Contributivo	Subsidiado	Total
Paciente corresponde a otra EPS	46	7	53
Paciente fallecido	17	18	35
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	4	2	6
El prescriptor y el paciente son el mismo	2	1	3
Total general	3.174	3.657	6.831

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 1.452 registros del ámbito: Hospitalario - internación:

Hospitalario - internación	Contributivo	Subsidiado	Total
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	444	228	672
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	211	85	296
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	141	66	207
Exclusión	69	45	114
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	30	7	37
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	31	2	33
El paciente tiene suministro de otra prescripción	18	4	22
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	8	14	22
Misma solicitud en otra prescripción	13	5	18
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	9	5	14
Paciente corresponde a otra EPS	8	4	12
Suministro por tutela	2	1	3
Paciente fallecido		1	1
Presentación no fraccionable	1		1
Total general	985	467	1.452

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 1.110 registros del ámbito: Hospitalario - domiciliario:

Hospitalario - domiciliario	Contributivo	Subsidiado	Total
Suministro por tutela	18	265	283
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	61	141	202
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	37	164	201
Misma solicitud en otra prescripción	7	107	114
Paciente corresponde a otra EPS	71	43	114
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	12	45	57
Exclusión	31	21	52
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	1	27	28
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	11	11	22
El paciente tiene suministro de otra prescripción	13	8	21
Presentación no fraccionable	1	7	8

Hospitalario - domiciliario	Contributivo	Subsidiado	Total
Paciente fallecido	3	1	4
La prescripción excede la dosis máxima recomendada		3	3
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	1		1
Total general	267	843	1.110

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 223 registros del ámbito: Urgencias:

Urgencias	Contributivo	Subsidiado	Total
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	54	58	112
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	28	16	44
Exclusión	19	3	22
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	10	4	14
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	7		7
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	3	3	6
Paciente corresponde a otra EPS	5	1	6
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1	2	3
Misma solicitud en otra prescripción	2	1	3
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	2		2
Suministro por tutela	1	1	2
Paciente fallecido	1		1
Presentación no fraccionable		1	1
TOTAL GENERAL	133	90	223

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.9 Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen

En cuanto a los principales diagnósticos de los registros con causa de no entrega en Mipres – presupuestos máximos, se obtiene lo siguiente: “Incontinencia urinaria, no especificada” con 4.302 registros, “Desnutrición proteico calórica moderada” con 2.115 registros, “Desnutrición proteico calórica severa, no especificada” con 923 registros, “Obesidad, no específica” con 896 registros, “Incontinencia fecal” con 646 registros, “Obesidad debido a exceso de calorías” con 555 registros y “Desnutrición proteico calórica leve” con 542 registros, A continuación, se muestra el detalle de los 28 principales diagnósticos reportados:

Tabla 33: Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen – primer trimestre de 2024.

Nombre Diagnóstico Principal	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total
Incontinencia urinaria, no especificada	1.701	2.601	4.302
Desnutrición proteico calórica moderada	610	1.505	2.115

Nombre Diagnóstico Principal	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total
Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	355	568	923
Obesidad, no especificada	738	158	896
Incontinencia fecal	305	341	646
Obesidad debida a exceso de calorías	446	109	555
Desnutrición proteico calórica leve	189	353	542
Desnutrición proteico calórica, no especificada	165	284	449
Parálisis cerebral espástica cuadripléjica	81	189	270
Parálisis cerebral, sin otra especificación	56	153	209
Otras incontinencias urinarias especificadas	78	109	187
Alergia no especificada	162	19	181
Enfermedad renal crónica, etapa 5	65	113	178
Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	93	58	151
Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico	47	101	148
Epilepsia, tipo no especificado	71	75	146
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	79	61	140
Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	114	18	132
Otro dolor crónico	98	29	127
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	85	41	126
Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin mención de complicación	77	42	119
Gastrostomía	55	59	114
Enfermedad renal crónica, no especificada	40	65	105
Incontinencia urinaria por tensión	44	57	101
Hepatitis viral tipo C crónica	85	13	98
Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas	26	71	97
Enfermedad de Alzheimer, no especificada	46	42	88
Enfermedad cerebrovascular, no especificada	26	57	83
Otros diagnósticos	4.288	3.206	7.494
Total	10.225	10.497	20.722

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

A continuación, se discrimina la causal de no entrega de los cinco (5) principales diagnósticos relacionados.

Descripción de las causas de no entrega para los 4.302 registros del diagnóstico: Incontinencia urinaria, no especificada:

Incontinencia urinaria, no especificada	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total
Misma solicitud en otra prescripción	1.163	1.344	2.507
Suministro por tutela	95	951	1.046
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	250	158	408
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	41	70	111

Incontinencia urinaria, no especificada	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	73	26	99
Paciente corresponde a otra EPS	43	16	59
Exclusión	19	10	29
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	2	12	14
Paciente fallecido	11	3	14
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	1	7	8
El paciente tiene suministro de otra prescripción	1	2	3
Presentación no fraccionable	1	2	3
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1		1
Total general	1.701	2.601	4.302

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 2.115 registros del diagnóstico: Desnutrición proteico calórica moderada:

Desnutrición proteico calórica moderada	Contributivo	Subsidiad o	Total
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	152	567	719
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	51	345	396
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	130	70	200
Misma solicitud en otra prescripción	55	123	178
El paciente tiene suministro de otra prescripción	68	69	137
Suministro por tutela	24	103	127
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	61	48	109
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	3	57	60
Presentación no fraccionable	7	49	56
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	30	19	49
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	7	37	44
Exclusión	13	14	27
Paciente corresponde a otra EPS	8	4	12
Paciente fallecido	1		1
Total general	610	1.505	2.115

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 923 registros del diagnóstico: Desnutrición proteico calórica severa, no especificada:

Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	Contributivo	Subsidiado	Total
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	79	184	263
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	62	39	101
Misma solicitud en otra prescripción	39	54	93

Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	Contributivo	Subsidiado	Total
Suministro por tutela	5	83	88
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	51	27	78
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	23	52	75
El paciente tiene suministro de otra prescripción	26	38	64
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	32	17	49
Presentación no fraccionable	5	35	40
Exclusión	15	7	22
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	8	12	20
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		13	13
Paciente corresponde a otra EPS	10	2	12
Paciente fallecido		5	5
Total general	355	568	923

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 896 registros del diagnóstico: Obesidad no especificada:

Obesidad no especificada	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	158	40	198
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	157	11	168
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	133	11	144
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	118	7	125
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	46	47	93
El paciente tiene suministro de otra prescripción	58	14	72
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	22	1	23
Suministro por tutela	16	6	22
Paciente corresponde a otra EPS	13		13
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	10	3	13
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		11	11
Presentación no fraccionable	6	4	10
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	1	3	4
Total general	738	158	896

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Descripción de las causas de no entrega para los 646 registros del diagnóstico: Incontinencia fecal:

Incontinencia fecal	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	224	184	408
Suministro por tutela	13	101	114
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	28	17	45
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	9	19	28

Incontinencia fecal	Contributivo	Subsidiado	Total
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	16	7	23
Paciente corresponde a otra EPS	11	1	12
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		4	4
Paciente fallecido	3	1	4
La prescripción excede la dosis máxima recomendada		3	3
Exclusión		3	3
El paciente tiene suministro de otra prescripción	1	1	2
Total general	305	341	646

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.10 Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminados por EPS – primer trimestre de 2024.

A continuación, se presenta las causas de no entrega por ámbito de atención de las EPS, correspondientes al primer trimestre de 2024:

Tabla 34: Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – primer trimestre 2024.

Nombre EPS / Ámbito de Atención	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total general
E.P.S. SANITAS	4.733	2.687	174	922	128	8.644
EMSSANAR E.P.S	1.086	1.086	298	2		2.472
COOSALUD	812	494	307	2		1.615
EPS SURA	874	543	22	131	5	1.575
MUTUAL SER	944	332	47	3		1.326
SALUD TOTAL	546	355	93	236	60	1.290
SAVIA SALUD	513	395	8			916
COMPENSAR	480	273	10	78	22	863
CAJACOPI	339	163	38		2	542
ALIANSALUD EPS	229	149	8	39	3	428
CAPITAL SALUD	273	139	2	1		415
A.I.C. EPSI	80	83	76	1		240
MALLAMAS EPSI	106	41	3	2		152
ANAS WAYUU EPSI	30	43	9	33	2	117
DUSAKAWI EPSI	38	17	8			63
PIJAOS SALUD EPSI	13	26	3	1	1	44

Nombre EPS / Ámbito de Atención	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total general
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	10	5	4			19
NUEVA EPS				1		1
Total general	11.106	6.831	1.110	1.452	223	20.722

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.11 Ranking de causas de no entrega en función del tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – primer trimestre de 2024.

Con respecto a los tipos de servicios de los registros con causa de no entrega de los servicios y tecnologías prescritos en Mipres – presupuestos máximos, se observa la siguiente información:

Tabla 35: Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – primer trimestre 2024.

Nombre EPS / Tipo de servicio	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio complementario	Total
E.P.S. SANITAS		2.134	2.711	98	3.701	8.644
EMSSANAR E.P.S.		113	622	1	1.736	2.472
COOSALUD		105	803	2	705	1.615
EPS SURA		736	699	3	137	1.575
MUTUAL SER	1	244	860	1	220	1.326
SALUD TOTAL	5	370	628	56	231	1.290
SAVIA SALUD		84	49	12	771	916
COMPENSAR	3	390	245	24	201	863
CAJACOPI		31	327		184	542
ALIANSALUD EPS		183	162	3	80	428
CAPITAL SALUD	3	45	51		316	415
A.I.C. EPSI		25	103	2	110	240
MALLAMAS EPSI		4	46		102	152
ANAS WAYUU EPSI		8	90		19	117
DUSAKAWI EPSI		6	32		25	63
PIJAOS SALUD EPSI			20		24	44
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA		2	1		16	19
NUEVA EPS			1			1
Total general	12	4.480	7.450	202	8.578	20.722

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.12 Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), primer trimestre de 2024.

Al realizar el cruce de los registros prescritos en MIPRES – presupuestos máximos, con causales de no entrega entre los ámbitos de atención y los tipos de servicios, se obtiene la información de la siguiente tabla:

Tabla 36: *Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), - primer trimestre 2024.*

Ámbito de Atención	Tipo de Servicio					
	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio complementario	Total
Ambulatorio - no priorizado	7	2.690	3.075	54	5.280	11.106
Ambulatorio - priorizado	5	1.610	2.336	29	2.851	6.831
Hospitalario - domiciliario		20	694	2	394	1.110
Hospitalario - internación		140	1.243	33	36	1.452
Urgencias		20	102	84	17	223
Total general	12	4.480	7.450	202	8.578	20.722

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.13 Ranking de causas de no entrega, en función de la zona geográfica y ámbito de atención – servicios PBS no UPC – MIPRES – presupuestos máximos

Frente al particular, se tiene que Bogotá D.C, es la ciudad con mayor número de prescripciones a través de MIPRES con causal de no entrega, con 4.038 registros, seguida del Departamento de Valle del Cauca con 2.353 registros, Antioquia con 2.110 registros, Santander con 1.347 registros, Nariño con 1.331, Atlántico con 1.148 registros y Bolívar con 1.137 registros, entre otros, tal y como se detalla a continuación:

Tabla 37: *Ranking de causas de no entrega, en función de la zona geográfica y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos – primer trimestre 2024.*

Ciudad / Departamento	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total general
BOGOTA, D.C.	2.231	1.172	48	522	65	4.038
VALLE DEL CAUCA	1.090	925	177	146	15	2.353
ANTIOQUIA	1.143	858	29	75	5	2.110
SANTANDER	662	356	270	54	5	1.347

Ciudad / Departamento	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total general
NARIÑO	685	557	35	49	5	1.331
ATLANTICO	863	206	29	47	3	1.148
BOLIVAR	720	324	22	70	1	1.137
NORTE DE SANTANDER	343	288	30	42	2	705
HUILA	368	232	2	42	31	675
CAUCA	188	212	214	12	5	631
CUNDINAMARCA	370	192	13	50	6	631
MAGDALENA	334	89	38	17	3	481
CORDOBA	256	120	15	26	28	445
RISARALDA	184	179	23	49		435
BOYACA	245	133	4	47	6	435
TOLIMA	206	96	35	46	5	388
META	216	82	20	30	20	368
SUCRE	187	130	21	11		349
CESAR	164	109	34	24		331
LA GUAJIRA	165	95	23	42	3	328
CALDAS	118	113	10	21	9	271
PUTUMAYO	70	123	6			199
QUINDIO	127	42	3	8		180
CASANARE	50	104	3	10	1	168
ARAUCA	56	41	3	2		102
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	31	13	1	7	2	54
CAQUETA	13	16		3	3	35
CHOCO	18	14	2			34
AMAZONAS	3	7				10
VAUPES		2				2
VICHADA		1				1
Total general	11.106	6.831	1110	1452	223	20.722

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.14 Ranking de causas de no entrega en función de la zona geográfica y tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos) – primer trimestre de 2024.

A continuación, se presenta la distribución por zona geográfica de los registros de prescripciones en MIPRES – presupuestos máximos con causas de no entrega, respecto al tipo de servicio:

Tabla 38: Ranking de causas de no entrega en función de la zona geográfica y tipo de servicio- prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) – primer trimestre 2024.

Ciudad / Departamento	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio complementario	Total general
BOGOTA, D.C.	7	1.368	1.255	56	1.352	4.038
VALLE DEL CAUCA		451	729	21	1.152	2.353
ANTIOQUIA		622	436	22	1.030	2.110
SANTANDER		404	526	10	407	1.347
NARIÑO		107	292		932	1.331
ATLANTICO		273	560	2	313	1.148
BOLIVAR	5	156	694	1	281	1.137
NORTE DE SANTANDER		109	203	2	391	705
HUILA		58	260	18	339	675
CAUCA		61	251	13	306	631
CUNDINAMARCA		58	238		335	631
MAGDALENA		81	222	4	174	481
CORDOBA		85	209	27	124	445
RISARALDA		121	213	1	100	435
BOYACA		81	129	8	217	435
TOLIMA		57	139	11	181	388
META		28	174		166	368
SUCRE		43	201	3	102	349
CESAR		54	141	2	134	331
LA GUAJIRA		35	196	1	96	328
CALDAS		104	113		54	271
PUTUMAYO		4	53		142	199
QUINDIO		44	56		80	180
CASANARE		41	65		62	168
ARAUCA		13	37		52	102
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES		11	22		21	54
CAQUETA		3	17		15	35
CHOCO		6	10		18	34
AMAZONAS		2	6		2	10
VAUPES			2			2
VICHADA			1			1
Total general	12	4.480	7.450	202	8.578	20.722

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

3.15 Servicios PBS no UPC, prescritos mediante MIPRES, financiados con recursos dispuestos por la ADRES – no se genera negación en cuanto su pago se hace mediante la modalidad de recobro, lo que exige previamente la entrega efectiva al usuario.

El artículo 9 de la Resolución 1139 de 2022⁴, regula lo correspondiente a los servicios y tecnologías PBS no UPC, NO cubiertos con presupuestos máximos, disponiendo en su párrafo, lo siguiente:

“Parágrafo. Los servicios y tecnologías en salud relacionados en los numerales 9.2, 9.4, y 9.6. podrán ser financiados con recursos diferentes a la UPC y presupuesto máximo, continuarán siendo garantizados por las EPS o entidades adaptadas a los afiliados, bajo el principio de integralidad de la atención, y su liquidación, reconocimiento y pago, cuando proceda, se efectuará conforme al proceso de verificación y seguimiento que adopte la ADRES”

Esta clase de servicios se financian con recursos dispuestos por la ADRES, cuyo reconocimiento se hace mediante la modalidad de recobro, sin embargo, para que el recobro sea procedente, se requiere que el servicio haya sido suministrado previamente al usuario, por lo que no hay lugar a su negación, como tampoco a que el servicio se afecte con causal de no entrega.

⁴ Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS

4. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES - presupuestos máximos – primer trimestre de 2024.

A continuación, se presenta la información relacionada con los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, correspondiente al primer trimestre de 2024, cuyos datos se extrajeron del cubo de información de MIPRES, consolidada por este Ministerio, a través de la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación – OTIC, con el fin de atender lo ordenado en el Auto 439 de 2021, en cuanto a incluir “(...) las negaciones de las Juntas de Profesionales (...)”.

4.1 Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por EPS - primer trimestre de 2024.

Durante el primer trimestre de 2024 se presentaron 13.985 registros de negación de servicios o tecnologías en salud, por parte de las juntas de profesionales, en un total de 13.725 personas, es decir, se presenta, en una misma persona dos o más negaciones, siendo la NUEVA EPS la que encabeza la lista con 4.811 personas (35.1%), seguida de EPS SANITAS con 2.218 personas (16.2%), EPS SURA con 1.485 personas (10.8%), SALUD TOTAL con 1.278 personas (9.3%) y Famisanar con 874 personas (6.4%), entre otras. Estas cinco (5) EPS representan el 77.7% del total de registros, como se detalla a continuación:

Tabla 39: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, discriminados por EPS – primer trimestre 2024.

EPS	Primer Trimestre 2024	
	Total	Part. %
NUEVA EPS	4.811	35,1%
E.P.S. SANITAS	2.218	16,2%
EPS SURA	1.485	10,8%
SALUD TOTAL	1.278	9,3%
FAMISANAR	874	6,4%
COMPENSAR	683	5,0%
MUTUAL SER	501	3,7%
EPS S.O.S.	425	3,1%
CAPITAL SALUD	368	2,7%
COOSALUD	266	1,9%
SAVIA SALUD	157	1,1%
EMSSANAR E.P.S	124	0,9%
ASMET SALUD	118	0,9%
CAJACOPI ATLÁNTICO	98	0,7%
ALIANSALUD EPS	85	0,6%

EPS	Primer Trimestre 2024	
	Total	Part. %
A.I.C. EPSI	79	0,6%
COMFENALCO VALLE	71	0,5%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	28	0,2%
MALLAMAS EPSI	19	0,1%
SALUD MIA	9	0,1%
PIJAOS SALUD EPSI	9	0,1%
CAPRESOCA E.P.S.	8	0,1%
COMFAORIENTE	7	0,1%
EPM	3	0,0%
ANAS WAYUU EPSI	1	0,0%
Total general	13.725	100%

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

4.2 Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por tipo de servicio – primer trimestre de 2024.

Respecto de los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud por tipo de servicio, se tiene que, en primer lugar, se encuentran los productos de soporte nutricional con un total de 9.018 registros, (65.70%), seguido de los servicios complementarios con 4.266 registros (31.08%), y medicamentos con 441 registros (3.21%). A continuación, se presenta la correspondiente información:

Tabla 40: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por tipo de servicio - primer trimestre 2024.

Tipo Servicio	Primer Trimestre 2024			
	Contributivo	Subsidiado	Total	Part. %
Productos de soporte nutricional	6.107	2.911	9.018	65,70%
Servicios complementarios	2.719	1547	4.266	31,08%
Medicamentos	315	126	441	3,21%
Total general	9.141	4.584	13.725	100%

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

4.3 Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud - MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por ámbito de atención - primer trimestre 2024.

En lo que respecta al ámbito de atención de los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, se evidencia que el “Ambulatorio - No Priorizado”, fue el de mayor número de registros con 10.342 (73.95%) (6.978 en el Régimen Contributivo y 3.364 en el Régimen Subsidiado), seguido de “Ambulatorio - Priorizado”, con 3.374 registros (24.13%), de los cuales, 2.212 corresponden al Régimen Contributivo y 1.162 al Régimen Subsidiado; en tercer lugar se encuentra el ámbito “Hospitalario - Internación”, con 163 registros (1.17%), de los cuales, 92 corresponden al Régimen Contributivo y 71 al Régimen Subsidiado, en cuarto lugar está el “Hospitalario - Domiciliario”, con 84 registros (0.60%), de los cuales, 52 corresponden al Régimen Contributivo y 32 al Régimen Subsidiado, y en quinto lugar, “Urgencias”, con 22 registros (0.16%), 10 en el Régimen Contributivo y 12 en el Régimen Subsidiado, como se detalla en la tabla a continuación:

Tabla 41: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos y su discriminación por ámbito de atención – primer trimestre 2024.

Ámbito de Atención	Primer Trimestre 2024			
	Contributivo	Subsidiado	Total	Part. %
Ambulatorio - No Priorizado	6.978	3.364	10.342	73,95%
Ambulatorio - Priorizado	2.212	1.162	3.374	24,13%
Hospitalario - Internación	92	71	163	1,17%
Hospitalario - Domiciliario	52	32	84	0,60%
Urgencias	10	12	22	0,16%
Total general	9.344	4.641	13.985	100%

Fuente: Cubo de Mipres: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

4.4 Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud - MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica - primer trimestre 2024.

Para el primer trimestre de 2024 la distribución por zona geográfica de los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, corresponde a la siguiente: en primer lugar, la ciudad de Bogotá D.C. con 3.362 registros (24.5%), seguida del departamento del Valle del

Cauca con 2.231 registros (16.3%), en tercer lugar, el departamento de Antioquia con 1.715 registros (12.5%), en cuarto lugar el departamento de Santander con 956 registros (7.0%), en quinto lugar Atlántico con 801 (5.8%) registros y en sexto lugar el departamento de Cundinamarca con 718 registros (5.2%). Estas seis zonas representan el 71.3% del total de registros, tal como se detalla a continuación:

Tabla 42: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica – primer trimestre de 2024.

Zona Geográfica	Primer Trimestre 2024	
	Total	Part. %
11 - Bogotá, D.C.	3.362	24,5%
76 - Valle del Cauca	2.231	16,3%
05 - Antioquia	1.715	12,5%
68 - Santander	956	7,0%
08 - Atlántico	801	5,8%
25 - Cundinamarca	718	5,2%
73 - Tolima	520	3,8%
13 - Bolívar	454	3,3%
66 - Risaralda	356	2,6%
54 - Norte de Santander	290	2,1%
47 - Magdalena	261	1,9%
41 - Huila	257	1,9%
15 - Boyacá	238	1,7%
17 - Caldas	234	1,7%
19 - Cauca	227	1,7%
23 - Córdoba	221	1,6%
50 - Meta	155	1,1%
63 - Quindío	150	1,1%
20 - Cesar	117	0,9%
52 - Nariño	96	0,7%
70 - Sucre	85	0,6%
44 - La Guajira	77	0,6%
85 - Casanare	71	0,5%
18 - Caquetá	51	0,4%
81 - Arauca	24	0,2%
88 - San Andrés, Providencia	20	0,1%
86 - Putumayo	15	0,11%
27 - Chocó	12	0,1%
95 - Guaviare	6	0,04%
91 - Amazonas	5	0,03%
Total general	13.725	100%

Fuente: Cubo de MIPRES: Cálculos Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

5. Avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC – Auto 093A de 2020

Atendiendo a las directrices establecidas por la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional y de conformidad con los autos de seguimiento a dicha orden de número 122 de 2019, 093A de 2020 y 439 de 2021, expedidos por la Sala Especial de Seguimiento del mencionado tribunal, es necesario señalar que este Ministerio continúa adelantando las acciones para obtener la devolución del valor correspondiente al reconocimiento de la prima Unidad de Pago por Capitación – UPC, por parte de las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado, que en el marco de los auto – reportes de servicios negados hayan negado servicios de salud sin justa causa, con el ánimo de reducir los servicios de salud que se niegan sin justa causa, por parte de tales entidades.

Debido a las razones expuestas, es preciso señalar que el trámite para la recuperación de la prima UPC, se viene realizando de acuerdo con el procedimiento de reintegro de recursos de salud previsto tanto en la Resolución 1716 de 2019⁵, como en la Resolución 995 de 2022, modificatoria de algunos de los artículos del referido acto administrativo.

Para los fines pertinentes, teniendo en consideración los reportes de servicios negados proferidas por las entidades responsables del aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y de acuerdo con el período de reintegro ordenado por la Corte Constitucional, en acatamiento de las citadas resoluciones y providencias, se han venido efectuando las actuaciones administrativas requeridas, para lo cual, se ha solicitado inicialmente a tales entidades, aclarar si los servicios y tecnologías reportados como negaciones de acuerdo con la causal: *“El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”*; fueron o no prestados y en caso tal, exigiendo la remisión de la prueba correspondiente en el marco de lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Como consecuencia de las razones expuestas se han venido adelantando, entre otras, las siguientes actuaciones, teniendo en consideración que actualmente el derecho a la salud es un derecho constitucional, fundamental y autónomo, razón por la que debe ser amparado de manera preferente, a saber:

- Realización del oficio Rad. con el número: 202431200158331 del 29 de diciembre de 2023, dirigido al Dr. Omar Hernán Guaje Miranda, Director de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, sobre medicamentos negados durante el segundo semestre de 2023 por parte de Asmet Salud EPS S.A.S, el cual responde a los radicados: 202442300145412 y 202442300145512 de este Ministerio, así como al radicado

⁵ “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”.

relacionado con el número 20243100400094431 de la Superintendencia Nacional de Salud (Referencia radicados relacionados: 20249300400015922, 20233100402364961 y 20235500004472672).

- Elaboración de oficio remitido al Magistrado José Fernando Reyes Cuartas, Magistrado Ponente de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008 de la Corte Constitucional, en el marco del Expediente No. T-1.281.247 – acción de tutela instaurada por Luz Mary Osorio Palacio contra Salud Colpatria y otros, mediante el cual se remite el informe de servicios negados correspondiente al cuarto trimestre de 2023 en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008. Rad. Orfeo: 202431200403721 del 28 de febrero de 2024.
- Revisión del oficio dirigido al Dr. Ulahi Dan Beltrán López, Superintendente Nacional de Salud, que da respuesta al Rad. MSPS 202442300274232, que corresponde al traslado de hallazgos de la Contraloría General de la República en el marco de la Auditoría de Cumplimiento Sanitas EPS-S relacionada con el Informe Final N. 079 AC Sanitas EPS-S VIG 2021-2022. Rad. Orfeo: 202431200229771 del 7 de febrero de 2024.
- Revisión del oficio dirigido a la Dirección de Vigilancia Fiscal de la Contraloría Delegada para el Sector Salud, que da respuesta al radicado 202442300274232, que corresponde al traslado de hallazgos por parte del referido organismo de control en el marco de la Auditoría de Cumplimiento del caso Sanitas EPS-S. Informe Final N. 079 AC SANITAS EPS-S VIG 2021-2022. Rad. Orfeo: 202431200229801 del 7 de febrero de 2024.
- Realización de la respuesta dirigida al Dr. Juan Camilo Zuluaga Morillo, Director de Información, Análisis y Reacción inmediata de la Contraloría General de la República, que da respuesta al radicado de la CGR: 2024EE0021760 – sobre solicitud de reunión técnica y de entendimiento virtual en el marco de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008. Fecha: 14 de febrero de 2024.
- Respuesta a la solicitud de la Contraloría General de la República 2024EE0021760, relacionada con la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento. Radicados relacionados: 202442300372562, 202442300383062 y 202411200067433. Radicados adicionales: 202442300386912, 202442300386882 y 202442300386692. Rad. Orfeo: 202431200069453 del 14 de febrero de 2024.
- Elaboración del oficio remitido al Dr. Juan Camilo Zuluaga Morillo, Director de Información, Análisis y Reacción Inmediata de la Contraloría General de la República, que responde a solicitud del ente de control sobre reunión técnica y de entendimiento virtual en el marco de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008. Rads. 202442300386692, 202442300386882 y 202442300386912. Rad. Orfeo: 202430000308801 del 16 de febrero de 2024.
- Elaboración de presentación dirigida a la Contraloría General de la República, citada por el funcionario Julián Rodolfo Rodríguez Martínez de dicho ente de control, para

dar respuesta a la solicitud realizada en el marco de la reunión técnica y de entendimiento virtual relacionada con la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Fecha: 19 de febrero de 2024.

- Elaboración del oficio dirigido a la Dra. Sorany Yiseth Tejada Flórez, Gerente Departamental de Antioquia de la Contraloría General de la República, a través del cual se da respuesta a radicado de la CGR 2024EE0022614, que corresponde a traslado de dos (2) hallazgos generados dentro de la Auditoría de Cumplimiento (AC) realizada por el ente de control a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), recibidos y ejecutados por Savia Salud EPS. Rad. relacionado: 202442300372562. Rad. Orfeo: 202431200363881 del 22 de febrero de 2024.
- Realización del oficio de respuesta dirigido al Dr. Juan Camilo Zuluaga Morillo, Director de Información, Análisis y Reacción de la Contraloría General de la República, que da respuesta a los radicados: 2024EE0032033 y 2024IE0019836, sobre solicitud de informes de análisis de casos de servicios de salud negados, en el marco de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008. Rad. Ref. 2024EE0021760 Rads. Relacionados: 202442300513422 y 202442300513432. Rad. Orfeo: 202431200385761 del 26 de febrero de 2024.
- Realización de oficio dirigido a la Dra. Sandra Monroy de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionado con medicamentos reportados como negados y cubiertos mediante prima UPC, en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008, el cual da respuesta al radicado: 202442300237442, radicado de la Supersalud relacionado: 20243100400143881, radicado relacionado: 202331202561691. Rad. Orfeo: 202431200434071 del 1o de marzo de 2024.
- Elaboración del oficio dirigido a la Dra. Sandra Esther Monroy Barrios, Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud (E) de la Superintendencia Nacional de Salud, que se pronuncia frente a medicamentos reportados como negados y cubiertos mediante la UPC frente al caso Aliansalud EPS en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008. Responde a radicado: 202442300287782. Radicado de la Supersalud relacionado: 20243100300181001. Referencia: 20235500004472672, 20233100402364931 y 20249300400015092. Rad. Orfeo: 202431200536491 del 8 de marzo de 2024.
- Realización de oficio dirigido a la Dra. Claudia Lamprea Triana, Coordinadora Nacional de Información a Usuarios y Participación Social de Cajacopi EPS S.A.S., que responde a comunicación trasladada por la Superintendencia Nacional de Salud, en la que alude a errores en el cargue de reportes, frente a negación de servicios de salud en el marco de la Resolución 3539 de 2019, la cual da respuesta a los radicados: 202442300069752 y 202331202686921, rad. asociado: 202342302796842. Rad. Orfeo: 202431200635811 del 18 de marzo de 2024.

De igual forma, en cumplimiento de los Autos 411 de 2015, 122 de 2019, 093A de 2020 y 439 de 2021 de seguimiento a la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008 y en el marco del art 4 del procedimiento establecido la Resolución 1716 de 2019: *“Por la cual se establece el procedimiento de reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa”*, entre otras disposiciones normativas aplicables, se realizaron las siguientes solicitudes de aclaración de la vigencia 2022 a saber:

- Oficio N° 202431200570671 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad Aliansalud EPS.
- Oficio N° 202431200575831 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad S.O.S Servicios Occidental de Salud EPS.
- Oficio N° 202431200572451 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad SALUD MIA EPS.
- Oficio N° 202431200609251 del 27 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad NUEVA EPS.
- Oficio N° 202431200617341 del 26 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad EPS familiar de Colombia.
- Oficio N° 202431200621201 del 26 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a

la entidad FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.

- Oficio N° 202431200654611 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad SAVIA SALUD.
- Oficio N° 202431200570351 del 18 de marzo 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad Asociación Indígena del Cauca AIC – EPSI.
- Oficio N° 202431200570821 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad ASMET SALUD EPS.
- Oficio N° 202431200571241 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad Dusakawi EPSI.
- Oficio N° 202431200571291 del 19 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad Empresas Públicas de Medellín EPM
- Oficio N° 202431200573751 del 13 de marzo de 2024, SOLICITUD DE ACLARACIÓN POR EL PRESUNTO RECONOCIMIENTO SIN JUSTA CAUSA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RESOLUCIÓN 1716 DE 2019 – EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 – SERVICIOS NEGADOS. VIGENCIA 2022 dirigido a la entidad Medimas EPS.

Finalmente, con relación a los indicadores de calidad que reporta la Oficina de Calidad de este Ministerio en el marco de la Resolución 256 de 2016⁶, correspondientes al primer trimestre de 2024, nos permitimos informar que, en la actualidad, el resultado de los indicadores de experiencia de la atención del Sistema de Información para la Calidad se reporta de forma trimestral por los aseguradores y prestadores.

En consecuencia y una vez finaliza el periodo de objeto de reporte se abre la ventana para el cargue de la información durante un mes calendario. Posteriormente, y tras el cierre de la ventana de cargue de la información, la Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC procede a realizar consolidación, depuración, cálculo y disposición de los resultados de los indicadores trazadores del dominio experiencia de la atención en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud – ONCAS, proceso que tarda aproximadamente sesenta (60) días.

Teniendo en cuenta este proceso de cargue, reporte y consolidación, es preciso indicar que la información del primer (I) trimestre del 2024 está siendo procesada y será remitida a la Corte Constitucional una vez se cuente con la información completa por parte de la Oficina de Calidad, en cuyo caso se dará alcance a este informe requerido, para los fines pertinentes.

En estos términos se rinde el informe de servicios negados correspondiente al primer (I) trimestre del año 2024.

⁶ “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”.