

Sentencia T-760 de 2008 Orden 19

Informe servicios negados
II - 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	6
2. Reporte de negaciones PBS – UPC, discriminado por EPS y por régimen – segundo trimestre de 2024	8
2.1 Causales de negación	10
2.2 EPS que reportaron negaciones durante el segundo trimestre de 2024	11
2.2.1 Negaciones en Régimen Contributivo	12
2.2.2 Negaciones en Régimen Subsidiado	12
2.3 Comparativo de negaciones segundo trimestre de 2023 vs segundo trimestre de 2024.	13
2.4 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.	14
2.5 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.	14
2.6 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.	16
2.7 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.	17
2.8 Negaciones por EPS y ámbito de atención en el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.	18
2.9 Negaciones por EPS y ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.	19
2.10 Negaciones por EPS y tipo de servicio para el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.	20
2.11 Negaciones por EPS y tipo de servicio para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.	20
2.12 Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024. 21	
2.13 Negaciones por tipo de diagnóstico para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.	22
2.14 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.	23
2.15 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.	24
2.16 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.	25
2.17 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Subsidiado - segundo trimestre de 2024.	26
2.18 Comparativos servicios negados – primer trimestre de 2024 vs. segundo 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 - SEGUNDO 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), segundo 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 – segundo 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 – segundo trimestre de 2024.....	32
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 – segundo trimestre de 2024.....	33
3.6 Ranking de causas de no entrega servicios PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, por régimen.....	34
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.....	35
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	39
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 – segundo 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 – segundo 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), segundo 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.....	45
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) – segundo trimestre de 2024. 46	
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 – segundo 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 - segundo 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 – segundo 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 - segundo 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 - segundo trimestre 2024.	51
5. Avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC – Auto 093A de 2020.....	[Error! Marcador no definido.]
6. Indicadores de calidad en el marco de la Resolución 256 de 2016	54
7. Otras actuaciones realizadas durante el segundo trimestre de 2024	55

Tablas del informe

<i>Tabla 1: Lista de entidades habilitadas y obligadas a presentar informe de servicios negados.</i>	8
<i>Tabla 2: Informe de EPS que no reportaron información, o no surtieron la validación de estructura y calidad en uno o algunos meses del segundo trimestre de 2024.</i>	9
<i>Tabla 3: Causales de negación</i>	10
<i>Tabla 11: Discriminación causal 40 "Otras Razones" – segundo trimestre de 2024. Régimen Contributivo.</i>	16
<i>Tabla 12: Negaciones por EPS en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.</i>	17
<i>Tabla 13: Discriminación causal 40 "Otras Razones" – segundo trimestre de 2024. Régimen Subsidiado.</i>	18
<i>Tabla 14: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Contributivo – segundo trimestre 2024.</i>	19
<i>Tabla 15: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.</i>	19
<i>Tabla 16: Negaciones por tipo de servicio Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.</i>	20
<i>Tabla 17: Negaciones por tipo de servicio Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.</i>	20
<i>Tabla 18: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo –segundo trimestre de 2024.</i>	21
<i>Tabla 19: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.</i>	22
<i>Tabla 21: Negaciones por zona geográfica Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.</i>	24
<i>Tabla 22: Medicamentos reportados como negados Régimen Contributivo -segundo trimestre de 2024.</i>	25
<i>Tabla 23: Medicamentos reportados como negados Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.</i>	26
<i>Tabla 24: Comparativo servicios negados primer trimestre vs segundo 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 - segundo trimestre de 2024.</i>	31
<i>Tabla 27: Total servicios con causal de no entrega en MIPRES por EPS y régimen – segundo trimestre de 2024.</i>	31
<i>Tabla 28: Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) Régimen Contributivo – segundo trimestre 2024.</i>	32
<i>Tabla 29: Servicios con causa de no entrega en Mipres (PBS no UPC – presupuestos máximos) Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.</i>	33
<i>Tabla 31: Ranking de tipo de servicios con causa de no entrega PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, segundo 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) - segundo trimestre de 2024.</i>	36

<i>Tabla 33: Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen – segundo trimestre de 2024.</i>	39
<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 – segundo 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 – segundo 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), - segundo 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 – segundo trimestre 2024.</i>	45
<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) – segundo 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 – segundo 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 - segundo 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 – segundo 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 – segundo trimestre de 2024.</i>	51

1. Introducción

En el presente informe se compila la información correspondiente al reporte de servicios que las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reportan como negados, en el marco de la Resolución 3539 de 2019¹, durante el segundo trimestre de 2024, periodo que comprende los meses de abril, mayo y junio de 2024.

Por otra parte, 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 (19) de la Sentencia T – 760 de 2008, en cuyos literales d), e) y f) del ordinal segundo de la parte resolutive, ordena:

"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. (...)"

Por lo anterior, en cumplimiento de la orden decimonovena (19) 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 el segundo trimestre 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".



- (ii) Los servicios y tecnologías en salud prescritos a través de la plataforma MIPRES, y con causa de no entrega o no direccionamiento; y,
- (iii) Los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud durante el segundo trimestre de 2024.

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 segundo 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 01/04/2024 al 30/06/2024 y que presentan alguna causal de no direccionamiento o no entrega (Cubo de MIPRES); y,
3. Información generada por la plataforma MIPRES, sobre negaciones de las Juntas de Profesionales de la Salud, en el periodo 01/04/2024 al 30/06/2024.

El desarrollo del presente informe contiene la información sobre los servicios de salud negados PBS - UPC (auto - reporte de las EPS); así como las prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES, 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 – segundo trimestre de 2024

Durante el trimestre en análisis (abril, mayo y junio 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
ALIANSA SALUD EPS	CONTRIBUTIVO
ANAS WAYUU EPSI	SUBSIDIADO
ASMET SALUD EPS SAS	SUBSIDIADO
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS-S	AMBOS RÉGIMENES
CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	SUBSIDIADO
CAPRESOCA EPS	SUBSIDIADO
COMFACHOCÓ - 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 RÉGIMENES
DUSAKAWI EPSI	SUBSIDIADO
EMPRESAS PÚBLICAS 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 MÍA EPS	CONTRIBUTIVO
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDÍGENA	SUBSIDIADO
NUEVA EPS	AMBOS RÉGIMENES
PIJAOS SALUD EPS - I	SUBSIDIADO
SALUD BOLÍVAR EPS S.A.S.	CONTRIBUTIVO
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO
SAVIA SALUD -ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S	SUBSIDIADO
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS	CONTRIBUTIVO
SURA - COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.	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 segundo trimestre de 2024, las validaciones de estructura y calidad de la información reportada en la plataforma PISIS, se cumplieron en los siguientes porcentajes:

ABRIL:

- Porcentaje de cumplimiento del reporte: 100%; y,
- Porcentaje de validación de los reportes: 100%.

MAYO:

- Porcentaje de cumplimiento: 97% (1 EPS no envió reporte); y,
- Porcentaje de validación de los reportes: 100%

JUNIO:

- Porcentaje de cumplimiento del reporte: 93% (2 EPS no enviaron reporte); y,
- Porcentaje de validación de los reportes: 96% (1 EPS tuvo fallas de la calidad en 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 del 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 segundo trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	MES DE NO REPORTE	FALLAS DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN
CAPRESOCA EPS	Mayo - Junio	
ANAS WAYÚU EPSI	Junio	
SALUD BOLÍVAR EPS SAS		Junio

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

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.

plazo de veinte (20) días calendario para el reporte de la información al mes siguiente del reporte 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.

2.1 Causales de negación

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

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.

Código	Tipo de Negación
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
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”

2.2 EPS que reportaron negaciones durante el segundo trimestre de 2024

Durante el segundo trimestre de 2024, las EPS reportaron 13.605 registros de servicios negados; 2.513 (18%) en el Régimen Contributivo y 11.092 registros (82%), en el Régimen Subsidiado, como se presenta en la siguiente tabla:

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

NOMBRE EPS	2 Trimestre - 2024		
	RÉGIMEN		TOTAL GENERAL
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	
SAVIA SALUD	0	9.937	9.937
NUEVA EPS	2.263	913	3.176
ASMET SALUD	0	170	170
EPS S.O.S.	137	0	137
COMPENSAR	80	4	84
A.I.C. EPSI	0	59	59
SALUD MÍA	16	7	23
ALIANSA SALUD	12	0	12
A.I.C. EPSI	4	0	4
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	2	2
ASMET SALUD	1	0	1
Total general	2.513	11.092	13.605

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

2.2.1 Negaciones en Régimen Contributivo

En el régimen contributivo se reportaron 2.513 servicios negados, así: 868 en el mes de abril, 960 en el mes de mayo y 685 en el mes de junio, como se presenta a continuación:

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

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EPS	2 Trimestre - 2024			Total general
	Abril	Mayo	Junio	
NUEVA EPS	787	869	607	2.263
EPS S.O.S.	44	55	38	137
COMPENSAR	27	24	29	80
SALUD MIA	5	6	5	16
ALIANSA SALUD	3	5	4	12
A.I.C. EPSI	1	1	2	4
ASMET SALUD	1	0	0	1
Total general	868	960	685	2.513

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

2.2.2 Negaciones en Régimen Subsidiado

Para el régimen subsidiado se reportaron 11.092 servicios negados, así: 919 en el mes de abril, 5.374 en el mes de mayo y 4.799 en el mes de junio, como se muestra a continuación:

Tabla 6: Registros servicios negados régimen subsidiado - segundo trimestre de 2023.

RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS	2 Trimestre - 2024			Total general
	Abril	Mayo	Junio	
SAVIA SALUD	476	5.012	4.449	9.937
NUEVA EPS	350	294	269	913
ASMET SALUD	61	51	58	170
A.I.C. EPSI	29	14	16	59
SALUD MÍA	2	2	3	7
COMPENSAR	0	0	4	4
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	1	1	0	2
Total general	919	5.374	4.799	11.092

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

2.3 Comparativo de negaciones segundo trimestre de 2023 vs segundo trimestre de 2024

Al comparar los reportes del segundo trimestre de 2023 y los del segundo trimestre de 2024, se evidencia un incremento del 27% en los registros, al pasar de 10.737 registros en 2023, a 13.605 en el 2024, como se describe en la siguiente tabla:

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

NOMBRE EPS	2 Trimestre - 2023			2 Trimestre - 2024		
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
SAVIA SALUD	0	7.390	7.390		9.937	9.937
NUEVA EPS	1.897	926	2.823	2.263	913	3.176
ASMET SALUD	6	205	211	1	170	171
FERROCARRILES NACIONALES	31	0	31	0	0	0
A.I.C. EPSI	1	56	57	4	59	63
EPS S.O.S.	128	0	128	137		137
SALUD MÍA	0	0	0	16	7	23
COMPENSAR	57	6	63	80	4	84
ALIANSA SALUD	31	0	31	12		12
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	3	3		2	2
Total general	2.151	8.586	10.737	2.513	11.092	13.605

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

En el segundo trimestre de 2023, el mayor número de negaciones los reportó SAVIA SALUD (7.390), seguida de NUEVA EPS (2.823), ASMET SALUD con 211 registros, FERROCARRILES NACIONALES con 31 registros, A.I.C. EPS-I. con 57 registros, EPS SOS con 128, SALUD MIA no reportó negaciones, COMPENSAR reportó 63, ALIANSA SALUD reportó 31 registros y EPS FAMILIAR DE COLOMBIA 3 registros.

Para el año 2024 nuevamente el mayor número de negaciones los presentó SAVIA SALUD con 9.937 registros, seguido de NUEVA EPS con 3.176 registros, ASMET SALUD con 171 registros, FERROCARRILES NACIONALES no presentó negaciones, A.I.C. EPS-I reportó 63 registros, EPS SOS 137 registros, COMPENSAR con 84 registros, ALIANSA SALUD con 12 registros, SALUD MÍA 23 registros y finalmente EPS FAMILIAR DE COLOMBIA reportó 2 registros.

Puede observarse la tendencia de las misma EPS para los dos (2) años analizados.

2.4 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024

De la información reportada, para el Régimen Contributivo, se puede observar que se reportaron 2.513 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 2.349 registros, seguida de la causal 4: “Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” con 80 registros, le sigue la causal 24: “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 49 registros, sigue la causal 8: “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 16 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 7 registros, sigue la causal 39: “Usuario no ha pagado” con 7 registros, y finalmente la causal 40: “Otras razones”, con 5 registros. La descripción se realiza en la tabla a continuación:

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

Causal de Negación - Régimen Contributivo		2 Trimestre - 2024			Total
		Abril	Mayo	Junio	general
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	810	909	630	2.349
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	27	24	29	80
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	19	14	16	49
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	5	6	5	16
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	3	2	2	7
39	Usuario no ha pagado	2	3	2	7
40	Otras razones	2	2	1	5
Total general		868	960	685	2.513

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

2.5 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024

Para el Régimen Subsidiado, se reportaron 11.092 registros, 9.842 registros por la causal 9: “Servicio duplicado y/o ya tramitado”, sigue la causal 2: “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica”, con 907 registros, sigue la causal 40: “Otras razones”, con 161 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 66 registros, sigue la causal 8: “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 48 registros, sigue 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 36 registros, sigue la causal 24: “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 18 registros, la causal 4: “Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” con 13 registros, finalmente la causal 3: “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica con 1 registro. El detalla se presenta en la siguiente tabla:

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

Causal de Negación - Régimen Subsidiado		2 Trimestre - 2024			Total
		Abril	Mayo	Junio	general
9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	476	4.953	4.413	9.842
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	347	292	268	907
40	Otras razones	60	47	54	161
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	31	19	16	66
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	2	27	19	48
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		18	18	36
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	2	12	4	18
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	1	5	7	13
3	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica		1		1
Total general		919	5.374	4.799	11.092

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 Contributivo – segundo trimestre de 2024

Teniendo en cuenta los 2.513 registros de servicios negados para el Régimen Contributivo, en la tabla a continuación se discriminan, entre las EPS reportantes, las causales de los servicios negados:

Tabla 10: Negaciones por EPS en el Régimen Contributivo - segundo trimestre 2023.

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	2.212	2.263
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	48	
	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	3	
EPS S.O.S.	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	137	137
COMPENSAR	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	80	80
SALUD MIA	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	16	16
ALIANSA SALUD	39	Usuario no ha pagado	7	12
	40	Otras razones	4	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	1	
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	4	4
ASMET SALUD	40	Otras razones	1	1
Total general			2.513	

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 cinco (5) registros por la causal 40 “Otras Razones” a continuación se detalla la discriminación realizada por las EPS en su reporte:

Tabla 4: Discriminación causal 40 “Otras Razones” – segundo trimestre de 2024. Régimen Contributivo

Nombre EPS / Causa Motivos	Total
ALIANSA SALUD	4
NEGACIÓN ADMINISTRATIVA MANEJO EN IPS NO RED SE INICIA PROCESO DE REFERENCIA NIVEL DE COMPLEJIDAD REQUERIDO USUARIO NO ACEPTA REMISION Y ASUME PARTICULAR	1
NEGACIÓN ADMINISTRATIVA SOLICITUD DE SERVICIOS DERIVADO DE CONSULTA PARTICULAR DIRECCIONADA A IPS BASICA PARA ATENCIÓN PERO USUARIA INDICA NO ACEPTAR ATENCION EN IPS ASIGNADA OFTALMOHELP	1
SERVICIO NO FINANCIADO POR UPC ART 106 RES 2366 2023 TRASLADO EN AMBULANCIA SE CUBRE EN URGENCIAS ENTRE IPS Y PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA USUARIO CONTINUA ATENCIÓN EN ÁMBITO AMBULATORIO	1
SOLICITUD DE SERVICIOS DERIVADO DE CONSULTA POR MEDICINA PREPAGADA ALLIANZ SE DIRECCIONA A IPS BÁSICA PARA ATENCION Y ORDENAMIENTO	1

Nombre EPS / Causa Motivos	Total
ASMET SALUD	1
Solicitud transporte para acompañante	1
Total general	5

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 causal de negación para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024

Para el Régimen Subsidiado se discriminan los 11.092 registros de servicios negados entre las EPS reportantes, como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla 5: Negaciones por EPS en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.

Nombre EPS	Causa Negación	Descripción Causa Negación	Total	
SAVIA SALUD	9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	9.841	9.937
	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	41	
	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	35	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	15	
	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	3	
	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	1	
	3	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica	1	
NUEVA EPS	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	907	913
	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	3	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	3	
ASMET SALUD	40	Otras razones	161	170
	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	8	
	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	
A.I.C. EPSI	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos	59	59

Nombre EPS	Causa Negación	Descripción Causa Negación	Total	
		médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales		
SALUD MÍA	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	7	7
COMPENSAR	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	4	4
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	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	2
	9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	1	
Total general			11.092	

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 sesenta y un (161) registros por la causal 40 "Otras Razones" a continuación se detalla la discriminación realizada por la EPS ASMET SALUD en su reporte:

Tabla 6: Discriminación causal 40 "Otras Razones" – segundo trimestre de 2024. Régimen Subsidiado.

EPS / Causa otras razones	Total
ASMET SALUD	161
Solicitud transporte para acompañante	41
Negado por la junta de profesionales de la salud	99
Exclusión del plan de beneficios en salud. Resolución 2273 de 2021	21
Total general	161

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 Contributivo – segundo trimestre de 2024

En relación con los ámbitos de atención, de los 2.513 registros de servicios negados en el Régimen Contributivo para el segundo trimestre de 2024, se tiene que el ámbito "ambulatorio no priorizado" fue el de mayor registro con 2.359, seguido de "ambulatorio priorizado", con 137 registros, Urgencias con 16 registros y el ámbito "hospitalario internación", con 1 registro, como se detalla a continuación:

Tabla 7: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Contributivo – segundo trimestre 2024.

Régimen Contributivo		
Ámbito de Atención	EPS	Total
Ambulatorio No Priorizado	NUEVA EPS	2.262
	COMPENSAR	80
	ALIANSALUD	12
	A.I.C. EPSI	4
	ASMET SALUD	1
Ambulatorio Priorizado	EPS S.O.S.	137
Urgencias	SALUD MÍA	16
Hospitalario Internación	ALIANSALUD	1
Total general		2.513

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 ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024

De la información reportada, se observa que, para el segundo trimestre de 2024, los 11.092 registros de servicios negados en el Régimen Subsidiado corresponden a los ámbitos: “Ambulatorio Priorizado”, con 5.833 registros, sigue “Ambulatorio No Priorizado”, con 5.249 registros reportados, Urgencias con 9 registros y finalmente, “Hospitalario Domiciliario”, con 1 registro, como se detalla a continuación.

Tabla 8: Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.

Régimen Contributivo		
Ámbito de Atención	EPS	Total
Ambulatorio Priorizado	SAVIA SALUD	5.773
	ASMET SALUD	60
Ambulatorio No Priorizado	SAVIA SALUD	4.164
	NUEVA EPS	913
	ASMET SALUD	109
	A.I.C. EPSI	59
	COMPENSAR	4
Urgencias	SALUD MÍA	7
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	2
Hospitalario Domiciliario	ASMET SALUD	1
Total general		11.092

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 Contributivo – segundo trimestre de 2024

Para el segundo 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 2.462 registros, seguido de “procedimientos” con 43 registros y “Servicios no financiados con recursos de salud”, con 8 registros, como se detalla a continuación:

Tabla 9: Negaciones por tipo de servicio Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024.

Régimen Contributivo			
Tipo de servicio	EPS	Total	
Medicamentos	EPS S.O.S.	137	2.462
	ALIANSAUD	4	
	NUEVA EPS	2.241	
	COMPENSAR	80	
Procedimientos	ALIANSAUD	8	43
	NUEVA EPS	19	
	SALUD MÍA	16	
Servicios no financiados con recursos de salud	NUEVA EPS	3	8
	A.I.C. EPSI	4	
	ASMET	1	
	SALUD		
Total general		2.513	

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 EPS y tipo de servicio para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024

Para los 11.092 registros de servicios negados en el Régimen Subsidiado, se tiene la siguiente información: El tipo de servicios “Procedimientos” con 9.947 registros ocupa el primer lugar, seguido de “medicamentos” con 922 registros, sigue “servicios no financiados con recursos de salud”, con 124 registros, “servicios específicos” con 65 registros y finalmente “productos nutricionales” con 34 registros, como se detalla en el siguiente cuadro:

Tabla 10: Negaciones por tipo de servicio Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.

Régimen Subsidiado			
Tipo de servicio	EPS	Total	
Procedimientos	SAVIA SALUD	9.937	9.947
	SALUD MÍA	7	
	NUEVA EPS	2	
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	1	

Régimen Subsidiado			
Medicamentos	NUEVA EPS	909	922
	ASMET SALUD	9	
	COMPENSAR	4	
Servicios no financiados con recursos de salud	ASMET SALUD	62	124
	A.I.C. EPSI	59	
	NUEVA EPS	2	
	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	1	
Servicios Específicos	ASMET SALUD	65	65
Productos Nutricionales	ASMET SALUD	34	34
Total general		11.092	

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

2.12 Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024

Se presentan los 30 principales diagnósticos para los 2.513 registros de servicios negados en el Régimen Contributivo para el segundo trimestre del 2024, los cuales se describen a continuación:

Tabla 11: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo –segundo trimestre de 2024.

DIAGNÓSTICO	Total
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	398
AGENTE BACTERIANO RESISTENTE A METICILINA	82
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	36
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	34
SÍNDROME SECO [Sjgren]	33
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ÓRGANOS O SISTEMAS	33
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	32
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	31
CARDIOMIOPATIA ISQUÉMICA	29
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	29
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	26
ESCLEROSIS SISTÉMICA, NO ESPECIFICADA	21
OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOBLACIONES DEFINIDAS	21
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	21
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	19
OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, SIN FRACTURA PATOLÓGICA	19
DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	18
ENFERMEDAD DE PARKINSON	17
FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR, NO ESPECIFICADO	17
EXAMEN MÉDICO GENERAL	16
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	15
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS	14
OTRO DOLOR CRÓNICO	13
VITILIGO	13
INSUFICIENCIA CARDÍACA, NO ESPECIFICADA	13

DIAGNÓSTICO	Total
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	13
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	13
MUERTE POR SECUELAS DE CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	12
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	11
INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFERICA)	11
Otros diagnósticos	1.453
Total	2.513

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

La lista completa se presenta en archivo adjunto

2.13 Negaciones por tipo de diagnóstico para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024

Se presentan los 30 principales diagnósticos para los 11.092 registros de negaciones en el Régimen Subsidiado para el segundo trimestre del 2024, los cuales se describen a continuación:

Tabla 12: Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.

DIAGNÓSTICO	Total
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1.608
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	396
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	314
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	198
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	195
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	180
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	139
CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	123
ENFERMEDAD CARDÍACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (CONGESTIVA)	89
INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFERICA)	84
INSUFICIENCIA CARDÍACA, NO ESPECIFICADA	83
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	80
AGENTE BACTERIANO RESISTENTE A METICILINA	76
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	74
CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA	73
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN AGUDA, NO ESPECIFICADA	72
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	69
SÍNDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	60
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	59
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	58
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	57
SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO	55
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	54
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	52
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	51
TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	51
ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ZIKA, SIN ESPECIFICACIÓN	50
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	50
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	48

DIAGNÓSTICO	Total
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	47
Otros diagnósticos	6.547
Total	11.092

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

La lista completa se presenta en archivo adjunto

2.14 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Contributivo – segundo trimestre de 2024

Por distribución de la zona geográfica donde se presentaron negaciones de servicios en el Régimen Contributivo, encontramos en su orden: El departamento del Valle del Cauca con 383 registros, seguido de la ciudad de Bogotá D.C. con 376 registros, sigue Antioquia con 373 registros, Santander con 244 registros, Caldas con 127 registros, Atlántico con 124 registros, Norte de Santander con 94 registros, Risaralda con 92 registros, Cundinamarca con 88 registros y Tolima con 80 registros, entre otras. La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

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

DEPARTAMENTO / CIUDAD	Total
VALLE DEL CAUCA	383
BOGOTÁ, D.C.	376
ANTIOQUIA	373
SANTANDER	244
CALDAS	127
ATLÁNTICO	124
NORTE DE SANTANDER	94
RISARALDA	92
CUNDINAMARCA	88
TOLIMA	80
NARIÑO	67
CAUCA	62
BOLÍVAR	60
BOYACÁ	59
QUINDÍO	57
HUILA	50
META	43
CÓRDOBA	37
MAGDALENA	16
LA GUAJIRA	16
CASANARE	14
CESAR	12
SUCRE	7
ARAUCA	7
CAQUETA	6
GUAVIARE	6

DEPARTAMENTO / CIUDAD	Total
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	4
CHOCÓ	4
PUTUMAYO	2
VAUPÉS	1
GUAINÍA	1
AMAZONAS	1
Total general	2.513

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

2.15 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024

Para el Régimen Subsidiado, las zonas geográficas que presentaron negaciones, en su orden, corresponden, a las siguientes: Antioquia con 9.980 registros, sigue Valle del Cauca con 122 registros, seguido de Boyacá con 89 registro, Caldas con 88 registros, Cauca con 87 registros, Santander con 81 registros, la ciudad de Bogotá D.C. con 79 registros, Tolima con 60 registros, y Córdoba con 60 registros, entre otros. La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 13: Negaciones por zona geográfica Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.

DEPARTAMENTO / CIUDAD	Total
ANTIOQUIA	9.980
VALLE DEL CAUCA	122
BOYACÁ	89
CALDAS	88
CAUCA	87
SANTANDER	81
BOGOTÁ, D.C.	79
TOLIMA	60
CÓRDOBA	60
CAQUETÁ	55
CUNDINAMARCA	52
RISARALDA	51
NORTE DE SANTANDER	44
HUILA	36
ATLÁNTICO	36
CESAR	34
QUINDÍO	23
META	18
NARIÑO	17
MAGDALENA	14
CASANARE	13
BOLÍVAR	11
CHOCÓ	9
LA GUAJIRA	8
ARAUCA	6

DEPARTAMENTO / CIUDAD	Total
GUAVIARE	5
SUCRE	5
PUTUMAYO	5
VICHADA	2
VAUPÉS	1
AMAZONAS	1
Total general	11.092

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 Contributivo – segundo trimestre de 2024

A continuación, se presentan los 30 principales medicamentos de los 2.462 registros reportados como negados para el segundo trimestre de 2024 en el Régimen Contributivo:

Tabla 14: Medicamentos reportados como negados Régimen Contributivo -segundo trimestre de 2024.

Medicamento	Total	Medicamento	Total
DAPAGLIFLOZINA	271	LEFLUNOMIDA	35
APIXABAN	185	DENOSUMAB	35
RIVAROXABAN	141	TOXINA BOTULINICA	32
QUETIAPINA	135	LIDOCAINA	28
ACIDO MICOFENOLICO	99	ARIPIRAZOL	26
TACROLIMUS	78	ACIDO URSODEOXICOLICO	25
AZATIOPRINA	77	FLUDROCORTISONA	23
CODEÍNA	72	HIDROCODONA	23
SEMAGLUTIDA	60	EMPAGLIFLOZINA	23
MIRTAZAPINA	54	RITUXIMAB	23
METOTREXATO	53	BUDESONIDA	21
RISPERIDONA	45	TOLTERODINA	21
CICLOSPORINA	45	LEVETIRACETAM	19
VENLAFAXINA	44	LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS LB	18
ÁCIDO ZOLEDRONICO	41	Otros medicamentos	675
ÁCIDO HIALURÓNICO	35	Total	2.462

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

La lista completa se presenta en archivo adjunto

2.17 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Subsidiado - segundo trimestre de 2024

Igualmente se describen a continuación los 30 principales medicamentos de los 922 registros de medicamentos negados, reportados para el segundo trimestre de 2024 en el Régimen Subsidiado, así:

Tabla 15: Medicamentos reportados como negados Régimen Subsidiado – segundo trimestre de 2024.

Medicamento	Total	Medicamento	Total
APIXABAN	123	TOXINA BOTULINICA	13
RIVAROXABAN	104	GLUCOSAMINA	11
CODEINA	49	DENOSUMAB	10
TACROLIMUS	47	RITUXIMAB	9
AZATIOPRINA	45	HIDROCODONA	8
ACIDO MICOFENOLICO	45	QUETIAPINA	8
RISPERIDONA	45	CICLOFOSFAMIDA	8
SEMAGLUTIDA	33	ACIDO ZOLEDRONICO	8
METOTREXATO	29	VENLAFAXINA	7
ARIPRAZOL	26	ERITROPOYETINA	7
MIRTAZAPINA	24	(en blanco)	6
LEFLUNOMIDA	20	PALIPERIDONA	6
DAPAGLIFLOZINA	17	FLUDROCORTISONA	6
CICLOSPORINA	15	SILDENAFILO	5
ÁCIDO HIALURÓNICO	15	Otros medicamentos	158
DABIGATRAN	15	Total	922

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

La lista completa se presenta en archivo adjunto

2.18 Comparativos servicios negados – primer trimestre de 2024 vs. segundo trimestre de 2024

Al comparar el reporte de servicios negados del trimestre anterior (primer trimestre de 2024 vs. el reporte del segundo trimestre de 2024, se observa un incremento de los registros en un 118%, al pasar de 6.241 registros en el primer trimestre, a 13.605 en el segundo trimestre de 2024, así:

- NUEVA EPS disminuyó de 4.246 registros (3.037 en el régimen contributivo y 1.209 en el subsidiado), a 3.176 (2.263 en el régimen contributivo y 913 en el subsidiado), disminuyendo sus negaciones en un 25%.

- SAVIA SALUD pasó de 1.570 registros (todos en el régimen subsidiado), a 9.937 registros (todos en el régimen subsidiado), incrementando los registros en un 532%.
- ASMET SALUD aumentó un 24% los registros al pasar de 138 registros en el primer trimestre (1 en el régimen contributivo y 137 en el subsidiado) a 171 en el segundo trimestre, (1 en el régimen contributivo y 170 en el subsidiado).
- EPS S.O.S. incremento los registros en un 7% al pasar de 128 a 137 registros (todos en el régimen contributivo).
- A.I.C. EPSI. pasó de 54 registros (1 en el régimen contributivo y 53 en el régimen subsidiado), a 63 registros (4 en el régimen contributivo y 59 en el régimen subsidiado), incrementando un 17%.
- COMPENSAR. reportó 70 registros en el primer trimestre (58 en el régimen contributivo y 12 en el subsidiado) y pasó a 84 registros en el segundo trimestre (80 en el régimen contributivo y 4 en el régimen subsidiado), con un incremento del 20%.
- ALIANSALUD. pasó de 16 negaciones a 12 todas en el régimen contributivo, disminuyendo 25%.
- SALUD MÍA registró 15 negaciones en el primer trimestre (11 en el contributivo y 4 en el subsidiado) y pasó a 23 registros para el segundo trimestre (16 en el contributivo y 7 en el subsidiado) lo que representa un incremento del 53%.
- EPS FAMILIAR DE COLOMBIA pasó de 4 registros en el primer trimestre a 2 registros en el segundo trimestre de 2024 en el régimen subsidiado, disminuyó 50%. La descripción se realiza en la tabla a continuación:

Tabla 16: Comparativo servicios negados primer trimestre vs segundo trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	1er. Trimestre - 2024			2o. Trimestre - 2024		
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
NUEVA EPS	3.037	1.209	4.246	2.263	913	3.176
SAVIA SALUD	0	1.570	1.570	0	9.937	9.937
ASMET SALUD	1	137	138	1	170	171
EPS S.O.S.	128	0	128	137	0	137
A.I.C. EPSI	1	53	54	4	59	63
COMPENSAR	58	12	70	80	4	84
ALIANSALUD	16	0	16	12	0	12
SALUD MÍA	11	4	15	16	7	23
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	4	4	0	2	2
Total general	3.252	2.989	6.241	2.513	11.092	13.605

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 - segundo trimestre de 2024³

Este Ministerio 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 17: 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 CONSAGRACIÓN 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

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

CAUSAS DE NO ENTREGA-O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES	JUSTIFICACIÓN DE LA CONSAGRACIÓN DE LA CAUSAL
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 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.

CAUSAS DE NO ENTREGA-O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES	JUSTIFICACIÓN DE LA CONSAGRACIÓN DE LA CAUSAL
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.
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 Estatutaria 1751 de 2015.
19. Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	El paciente tiene otro Plan de Beneficios (régimenes 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, (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 segundo trimestre de 2024.

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

Con base en los 164.430 registros de las prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES para el segundo trimestre de 2024, como se describe en la tabla siguiente (tabla 25), se toma la Información correspondientes a las prescripciones con causales de “no entrega / no direccionamiento” durante este periodo, las cuales representan el 16.71% del total de prescripciones (27.485):

Tabla 18: Prescripciones Mipres - segundo trimestre de 2024.

Tipo de Servicio o Tecnología	PRESCRIPCIONES MIPRES 2do Trim. 2024			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Servicios específicos	35.144	32.425	29.168	96.737
Producto de soporte nutricional	14.000	10.532	10.200	34.732
Medicamento	8.982	7.986	7.052	24.020
Procedimiento	2.882	3.157	2807	8.846
Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC	29	38	28	95
TOTAL GENERAL	61.037	54.138	49.255	164.430

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

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

Para el segundo trimestre del 2024, en el aplicativo Mipres se registraron 27.485 prescripciones con causal de no direccionamiento / no entrega, distribuidas así: 14.274 en el Régimen Contributivo, que corresponden al 52% y 13.211 en el Régimen Subsidiado, que corresponden al 48%.

Las EPS con mayor reporte fueron SANITAS con 8.684 registros, seguida de NUEVA EPS con 7.245 registros, sigue EMSSANAR con 2.717 registros, EPS SURA con 1.674 registros, COOSALUD con 1.283, COMPENSAR con 1.080 registros, SAVIA SALUD con 1.025 y SALUD TOTAL con 957 registros, entre otras, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 19: Total servicios con causal de no entrega en MIPRES por EPS y régimen – segundo trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
E.P.S. SANITAS	6.474	2.210	8.684
NUEVA EPS	3.967	3.278	7.245
EMSSANAR E.S.S.	80	2.637	2.717
EPS SURA	1.428	246	1.674
COOSALUD	104	1.179	1.283
COMPENSAR	914	166	1.080
SAVIA SALUD	38	987	1.025
SALUD TOTAL	642	315	957
MUTUAL SER	109	766	875
ALIANSA EPS	477	29	506
MALLAMAS EPS-I	4	422	426
CAPITAL SALUD	16	383	399
CAJACOPI	11	255	266

NOMBRE EPS	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
A.I.C. EPSI	6	191	197
DUSAKAWI EPSI		60	60
ANAS WAYUU EPSI	3	41	44
PIJAOS SALUD EPSI	1	30	31
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA		16	16
TOTAL GENERAL	14.274	13.211	27.485

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 - segundo trimestre de 2024

A continuación, se describen las causas de no entrega para los 14.274 registros en el Régimen Contributivo, discriminados por EPS, así: SANITAS con 6.474 registros, NUEVA EPS con 3.967, EPS SURA con 1.428, COMPENSAR con 914, SALUD TOTAL con 642, ALIANSALUD EPS con 477 y MUTUAL SER con 109 registro, entre otras. Estas siete (7) EPS representan el 98% del total reportado. La discriminación específica es la siguiente:

Tabla 20: Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) Régimen Contributivo – segundo trimestre 2024.

Nombre EPS	CAUSA DE NO ENTREGA DE MIPRES ⁴ - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO																
	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15	17	18	19	Total
E.P.S. SANITAS	2.584	2	175	123	58	289	2		836	242	237	7	238	76	27	1.578	6.474
NUEVA EPS	2.514	190	708		121	10	34		2	1			4	314	66	3	3.967
EPS SURA		550	428		333	1	32	5	7			1	22	37	8	4	1.428
COMPENSAR	367	170	74		89	22	1						21	12	76	82	914
SALUD TOTAL			84	60		4	7		1				334	18	14	120	642
ALIANSALUD EPS		284	24		160		1						2	3	1	2	477
MUTUAL SER					1											108	109
COOSALUD	57				3					20		8				16	104
EMSSANAR E.S.S.	1				76	1	1							1			80
SAVIA SALUD	18		2		7	3								4	1	3	38
CAPITAL SALUD	9									4	1					2	16
CAJACOPI		6		1	4												11
A.I.C. EPSI	2												1		1	2	6
MALLAMAS EPSI					4												4
ANAS WAYUU EPSI	3																3
PIJAOS SALUD EPSI					1												1
Total general	5.555	1.202	1.495	184	857	330	78	5	846	267	238	16	622	465	194	1.920	14.274

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

⁴ La descripción de las causas de no entrega se encuentran en el punto 3.1 tabla 25 de este informe.

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 – segundo trimestre de 2024

En referencia con el Régimen Subsidiado, a continuación, se describen las causas de no entrega para los 13.211 registros, discriminados por EPS, así: NUEVA EPS encabeza la lista con 3.278 registros, seguida de EMSSANAR con 2.637, en tercer lugar se encuentra EPS SANITAS con 2.210 registros, COOSALUD con 1.179, quinto lugar SAVIA SALUD con 987, en sexto lugar MUTUAL SER con 766 y seguida de MALLAMAS EPSI con 422. Estas siete (7) EPS suman 11.479 registros, que corresponden al 87% del total de los registros. La discriminación específica es la siguiente:

Tabla 21: Servicios con causa de no entrega en Mipres (PBS no UPC – presupuestos máximos) Régimen Subsidiado – segundo trimestre 2024.

NOMBRE EPS	CAUSA DE NO ENTREGA DE MIPRES - RÉGIMEN SUBSIDIADO																		Total General
	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
NUEVA EPS	1.760	111	246	1	112	8	33	1	1				2		931	68	4	3.278	
EMSSANAR E.S.S	175				2.368	16	12						2		56	7	1	2.637	
E.P.S. SANITAS	909		27	35	17	54	1		284	101	60		84		25	4	609	2.210	
COOSALUD	659				43				6	211	5	102	10	1	22	25	95	1.179	
SAVIA SALUD	661	3	65		102	1	25	7							6	27	90	987	
MUTUAL SER					2										4		760	766	
MALLAMAS EPSI					393	6				1			6		12	3	1	422	
CAPITAL SALUD	244				3	6	7			87	1				10	4	21	383	
SALUD TOTAL			24	20		2	3						156		17	9	84	315	
CAJACOPI		163		4	88													255	
EPS SURA		131	43		58		1		1				2		9	1		246	
A.I.C. EPSI	119														3	5	64	191	
COMPENSAR	59	33	16		23	5							2			19	9	166	
DUSAKAWI EPSI	2			1	16				7	16	3		1		4	3	7	60	
ANAS WAYUU EPSI	32				6								1		1	1		41	
PIJAOS SALUD EPSI	3			1	18								3				5	30	
ALIANSA SALUD EPS		6			23													29	
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	15		1															16	
Total general	4.638	447	422	62	3.272	98	82	8	299	416	69	102	269	1	1.100	176	1.750	13.211	

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 de los registros en MIPRES (presupuestos máximos), correspondientes al segundo trimestre del 2024, se tiene el siguiente ranking:

1. Causal 1: "Misma solicitud en otra prescripción" en primer lugar, con 10.193 registros;
2. Causal 5: "Suministro por tutela" con 4.129 registros;
3. Causal 19: Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud con 3.670 registros;
4. Causal 3: "La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA" con 1.917 registros; y,
5. Causal 2: "Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa" con 1.649 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) - segundo trimestre de 2024, por régimen.

Cod.	Nombre Causa de No Entrega	Contributivo	Subsidiado	Total
1	Misma solicitud en otra prescripción	5.555	4.638	10.193
5	Suministro por tutela	857	3.272	4.129
19	Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	1.920	1.750	3.670
3	La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	1.495	422	1.917
2	Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1.202	447	1.649
17	Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	465	1.100	1.565
11	La prescripción excede la dosis máxima recomendada	846	299	1.145
15	El paciente tiene suministro de otra prescripción	622	269	891
12	La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	267	416	683
6	Paciente corresponde a otra EPS	330	98	428
18	Exclusión	194	176	370
13	La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	238	69	307
4	Presentación no fraccionable	184	62	246
8	Paciente fallecido	78	82	160
14	El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	16	102	118
10	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	5	8	13
16	El prescriptor y el paciente son el mismo		1	1
Total General		14.274	13.211	27.485

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 10.193 registros, a la fecha de elaboración de este informe, se pudo verificar

que 10.176 ya se habían entregado en otra prescripción, quedando 17 prescripciones pendientes de validar.

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: “servicios específicos” con 12.858 registros, le siguen “producto de soporte nutricional”, con 6.673 registros, en tercer lugar está “medicamentos”, con 6.604 registros, en cuarto lugar: “procedimientos”, con 1.329 registros y finalmente: “dispositivo médico”, con 21 registros. A continuación, se presenta la tabla correspondiente:

Tabla 22: Ranking de tipo de servicios con causa de no entrega PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, segundo trimestre 2024, por régimen

Tipo de Servicio o Tecnología	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
Servicios específicos	5.454	7.404	12.858
Producto de soporte nutricional	3.162	3.511	6.673
Medicamentos	5.021	1.583	6.604
Procedimientos	624	705	1.329
Dispositivo médico	13	8	21
TOTAL GENERAL	14.274	13.211	27.485

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 16.555, seguido de “ambulatorio priorizado”, con 9.047 registros, “hospitalario domiciliario”, con 680 registros, “hospitalario internación” con 634 registros y “urgencias”, con 569 registros, tal y como se detalla en la tabla a continuación:

Tabla 23: Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - segundo trimestre de 2024.

Ámbito de Atención	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
Ambulatorio - no priorizado	9.243	7.312	16.555
Ambulatorio - priorizado	4.324	4.723	9.047
Hospitalario - domiciliario	179	501	680
Hospitalario - internación	347	287	634
Urgencias	181	388	569
TOTAL GENERAL	14.274	13.211	27.485

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 16.555 registros del ámbito: Ambulatorio - no priorizado:](#)

Ambulatorio - no priorizado	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	3.967	2.812	6.779
Suministro por tutela	538	1.775	2.313
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	1.204	1.020	2.224
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	1.012	237	1.249
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	703	247	950
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	500	163	663
El paciente tiene suministro de otra prescripción	366	154	520
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	149	280	429
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	160	265	425
Exclusión	134	124	258
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	170	44	214
Paciente corresponde a otra EPS	173	35	208
Presentación no fraccionable	113	43	156
Paciente fallecido	43	42	85
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	9	68	77
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	2	3	5
TOTAL GENERAL	9.243	7.312	16.555

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 9.047 registros del ámbito:
Ambulatorio - priorizado:

Ambulatorio - priorizado	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	1.483	1.669	3.152
Suministro por tutela	301	1.286	1.587
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	527	537	1.064
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	473	198	671
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	441	154	595
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	132	340	472
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	329	124	453
El paciente tiene suministro de otra prescripción	235	111	346
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	86	127	213
Paciente corresponde a otra EPS	92	22	114
Exclusión	50	41	91
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	67	23	90
Presentación no fraccionable	70	19	89
Paciente fallecido	30	36	66
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	6	31	37
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	2	5	7
TOTAL GENERAL	4.324	4.723	9.047

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 680 registros del ámbito:
Hospitalario - domiciliario:

Hospitalario - domiciliario	Contributivo	Subsidiado	Total
Suministro por tutela	17	211	228
Misma solicitud en otra prescripción	64	143	207
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	27	83	110
Paciente corresponde a otra EPS	41	19	60
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	7	17	24
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	7	15	22
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	3	3	6
Paciente fallecido	3	2	5
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	1	3	4
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	3	1	4
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	1	2	3
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	1	2	3
El paciente tiene suministro de otra prescripción	2		2
Exclusión	2		2
TOTAL GENERAL	179	501	680

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 634 registros del ámbito: Hospitalario - internación:

Hospitalario - internación	Contributivo	Subsidiado	Total
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	104	162	266
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	110	55	165
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	35	27	62
Misma solicitud en otra prescripción	25	12	37
El paciente tiene suministro de otra prescripción	19	4	23
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	19	1	20
Paciente corresponde a otra EPS	11	6	17
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	6	7	13
Exclusión	5	7	12
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	9	3	12
Paciente fallecido	1	2	3
El prescriptor y el paciente son el mismo		1	1
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	1		1
Presentación no fraccionable	1		1
Suministro por tutela	1		1
TOTAL GENERAL	347	287	634

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 569 registros del ámbito: Urgencias:

Urgencias	Contributivo	Subsidiado	Total
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	73	301	374
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	52	55	107
Paciente corresponde a otra EPS	13	16	29
Misma solicitud en otra prescripción	16	2	18
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	10	3	13
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	5	6	11
Exclusión	3	4	7
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	4	1	5
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	4		4
Paciente fallecido	1		1
TOTAL GENERAL	181	388	569

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 diagnósticos de los registros con causa de no entrega en Mipres – presupuestos máximos, se obtiene lo siguiente: “incontinencia urinaria, no especificada” con 6.663 registros, “Desnutrición proteicocalórica moderada” con 1.567 registros, “Obesidad, no especifica”, con 1.212 registros, “Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada” con 822 registros, “incontinencia fecal” 733 registros, “Obesidad debida a exceso de calorías” con 657 registros y “Desnutrición proteicocalórica leve” con 441. A continuación, se muestra el detalle de los 30 principales diagnósticos reportados:

Tabla 24: Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen – segundo trimestre de 2024.

Nombre Diagnóstico Principal	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total
Incontinencia urinaria, no especificada	3.098	3.565	6.663
Desnutrición proteicocalórica moderada	566	1.001	1.567
Obesidad, no especificada	988	224	1.212
Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada	313	509	822
Incontinencia fecal	323	410	733
Obesidad debida a exceso de calorías	524	133	657
Desnutrición proteicocalórica leve	173	268	441
Desnutrición proteicocalórica, no especificada	178	246	424
Enfermedad renal crónica, etapa 5	135	236	371
Parálisis cerebral espástica cuadripléjica	116	254	370
Otras incontinencias urinarias especificadas	117	136	253
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	131	109	240
Parálisis cerebral, sin otra especificación	58	181	239
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	116	101	217
Alergia no especificada	176	27	203
Otro dolor crónico	168	17	185
Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	114	69	183
Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico	54	120	174
COVID-19, virus no identificado	60	111	171
Epilepsia, tipo no especificado	73	96	169
Contractura muscular	152	16	168
Incontinencia urinaria por tensión	84	80	164
Enfermedad renal crónica, no especificada	71	88	159
Perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	65	89	154
Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas	43	111	154
Enfermedad de Alzheimer, no especificada	80	60	140
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	72	58	130
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	77	51	128

Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino unilateral	98	23	121
Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	108	13	121
Otros diagnósticos	5.943	4.809	10.752
Total	14.274	13.211	27.485

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 6.663 registros del diagnóstico: Incontinencia urinaria, no especificada:

Incontinencia urinaria, no especificada	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	Total
Misma solicitud en otra prescripción	2.368	1.951	4.319
Suministro por tutela	172	1.155	1.327
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	358	273	631
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	31	104	135
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	63	24	87
Paciente corresponde a otra EPS	62	13	75
Exclusión	26	17	43
Paciente fallecido	15	7	22
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		9	9
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	1	6	7
El paciente tiene suministro de otra prescripción		3	3
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1	1	2
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	1		1
La prescripción excede la dosis máxima recomendada		1	1
Presentación no fraccionable		1	1
Total general	3.098	3.565	6.663

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 1.567 registros del diagnóstico: Desnutrición proteicocalórica moderada:

Desnutricion proteicocalorica moderada	Contributivo	Subsidiado	Total
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	91	208	299
Misma solicitud en otra prescripción	117	166	283
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	41	228	269
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	147	84	231
Suministro por tutela	30	132	162
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	67	41	108
El paciente tiene suministro de otra prescripción	46	39	85

Desnutricion proteicocalorica moderada	Contributivo	Subsidiado	Total
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	4	52	56
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	1	24	25
Paciente corresponde a otra EPS	12	4	16
Paciente fallecido	5	9	14
Presentación no fraccionable	5	8	13
Exclusión		5	5
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA		1	1
Total general	566	1.001	1.567

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 1.212 registros del diagnóstico: Obesidad, no especificada:

Obesidad, no especificada	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	262	54	316
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	181	39	220
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	191	23	214
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	185	21	206
El paciente tiene suministro de otra prescripción	65	24	89
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	36	30	66
Suministro por tutela	17	6	23
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	16	5	21
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	3	15	18
Paciente corresponde a otra EPS	16		16
Presentación no fraccionable	13	2	15
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	2	4	6
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS		1	1
Exclusión	1		1
Total general	988	224	1.212

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 822 registros del diagnóstico: Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada:

Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	67	102	169
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	73	66	139
Suministro por tutela	15	123	138
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	43	83	126
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	38	35	73
El paciente tiene suministro de otra prescripción	41	27	68
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	10	39	49

La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	6	14	20
Paciente corresponde a otra EPS	13	1	14
Paciente fallecido	5	9	14
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		5	5
Presentación no fraccionable	2	3	5
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA		1	1
Exclusión		1	1
Total general	313	509	822

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 733 registros del diagnóstico: Incontinencia fecal:

Incontinencia fecal	Contributivo	Subsidiado	Total
Misma solicitud en otra prescripción	208	250	458
Suministro por tutela	28	89	117
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	54	34	88
La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	5	19	24
La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	9	6	15
Paciente corresponde a otra EPS	9	4	13
Exclusión	6	1	7
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		5	5
Paciente fallecido	3	1	4
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	1		1
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa		1	1
Total general	323	410	733

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 – segundo trimestre de 2024

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

Tabla 25: Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – segundo trimestre 2024.

Nombre EPS	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total general
E.P.S. SANITAS	5.434	2.777	109	203	161	8.684
NUEVA EPS	4.424	2.084	128	267	342	7.245
EMSSANAR E.S.S	1.293	1.190	232	2		2.717
EPS SURA	999	625	5	29	16	1.674
COOSALUD	791	394	97	1		1.283
COMPENSAR	701	310	9	45	15	1.080
SAVIA SALUD	553	464	7	1		1.025
SALUD TOTAL	498	346	7	74	32	957
MUTUAL SER	603	248	24			875
ALIANSA EPS	322	173		8	3	506
MALLAMAS EPSI	349	77				426
CAPITAL SALUD	263	129	6	1		399
CAJACOPI	164	102				266
A.I.C. EPSI	82	69	46			197
DUSAKAWI EPSI	44	15	1			60
ANAS WAYUU EPSI	14	24	6			44
PIJAOS SALUD EPSI	15	12	1	3		31
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	6	8	2			16
Total general	16.555	9.047	680	634	569	27.485

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 – segundo 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 26: Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – segundo trimestre 2024.

Nombre EPS / Tipo de servicio	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio específico	Total
E.P.S. SANITAS	5	2.358	2.127	361	3.833	8.684
NUEVA EPS	6	1.854	1.153	610	3.622	7.245
EMSSANAR E.S.S	1	122	675	5	1.914	2.717
EPS SURA		715	717	6	236	1.674

Nombre EPS / Tipo de servicio	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio específico	Total
COOSALUD		80	355	29	819	1.283
COMPENSAR	1	399	160	146	374	1.080
SAVIA SALUD		156	108	105	656	1.025
SALUD TOTAL	1	426	314	45	171	957
MUTUAL SER	2	183	389	10	291	875
ALIANSA SALUD EPS	1	207	192	2	104	506
MALLAMAS EPSI	2	10	79		335	426
CAPITAL SALUD	2	41	127	4	225	399
CAJACOPI		10	168		88	266
A.I.C. EPSI		22	66	5	104	197
DUSAKAWI EPSI		10	15	1	34	60
ANAS WAYUU EPSI		6	18		20	44
PIJAOS SALUD EPSI		4	10		17	31
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA		1			15	16
Total general	21	6.604	6.673	1.329	12.858	27.485

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), segundo 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 27: Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), - segundo trimestre 2024.

Ámbito de Atención	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio específico	Total
--------------------	--------------------	-------------	---------------------------------	---------------	---------------------	-------

Ambulatorio - no priorizado	11	3.969	3.483	680	8.412	16.555
Ambulatorio - priorizado	10	2.331	2.625	116	3.965	9.047
Hospitalario - domiciliario		42	215	10	413	680
Hospitalario - internación		208	309	71	46	634
Urgencias		54	41	452	22	569
Total general	21	6.604	6.673	1.329	12.858	27.485

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 5.993 registros, seguida del Departamento de Valle del Cauca con 3.016 registros, Antioquia con 2.886 registros, Nariño con 1.666, Santander con 1.566 registros, Atlántico con 1.231 registros y Cauca con 963 registros, tal y como se detalla a continuación:

Tabla 28: Ranking de causas de no entrega, en función de la zona geográfica y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos – segundo trimestre 2024.

Ciudad / Departamento	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total general
BOGOTÁ D.C.	3.170	1.353	56	190	46	4.815
VALLE DEL CAUCA	1.858	1.309	177	138	21	3.503
ANTIOQUIA	1.659	1.209	28	26	5	2.927
NARIÑO	1.099	665	44	32	10	1.850
SANTANDER	1.164	453	79	18	7	1.721
ATLÁNTICO	1.143	288	16	9	4	1.460
CÓRDOBA	513	169	15	23	248	968
HUILA	503	286	3	18	153	963
CUNDINAMARCA	651	263	4	9	5	932
BOLÍVAR	596	278	26	14	4	918
NORTE DE SANTANDER	514	339	26	6	3	888
BOYACÁ	464	256	9	41	33	803
CAUCA	267	349	94	1	8	719
TOLIMA	431	241	23	15	8	718
RISARALDA	333	245	4	11	3	596
CALDAS	320	199	5	5	1	530
META	291	139	5	16	1	452
MAGDALENA	261	114	16	13	1	405
CESAR	237	127	4	3	1	372
SUCRE	239	100	3	12	1	355
ARAUCA	179	106	11	2	1	299
QUINDÍO	217	71	2	5		295
LA GUAJIRA	132	96	22	3		253
PUTUMAYO	87	136	6	2		231
CASANARE	97	107		2	3	209
CAQUETÁ	39	55		1	2	97
CHOCÓ	32	43				75

ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	42	14				56
GUAVIARE	6	14	2	1		23
AMAZONAS	7	14				21
GUAINÍA	3	1		12		16
VAUPÉS		6		6		12
VICHADA	1	2				3
Total general	16.555	9.047	680	634	569	27.485

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) – segundo 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 29: Ranking de causas de no entrega en función de la zona geográfica y tipo de servicio-prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) – segundo trimestre 2024.

Nombre EPS	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio complementario	Total
BOGOTÁ, D.C.	5	1.668	1066	264	1812	4.815
VALLE DEL CAUCA		570	916	132	1.885	3.503
ANTIOQUIA	1	1.024	462	171	1269	2.927
NARIÑO	4	190	349	34	1273	1.850
SANTANDER		689	339	41	652	1721
ATLÁNTICO		389	497	19	555	1460
CÓRDOBA		177	145	287	359	968
HUILA		115	240	171	437	963
CUNDINAMARCA		78	232	6	616	932
BOLÍVAR	7	198	333	13	367	918
NORTE DE SANTANDER		229	181	7	471	888
BOYACÁ		116	181	78	428	803
CAUCA	2	122	200	15	380	719
TOLIMA		176	147	14	381	718
RISARALDA	1	194	230	10	161	596
CALDAS	1	195	132	14	188	530
META		51	153	7	241	452
MAGDALENA		62	163	3	177	405
CESAR		94	92	20	166	372
SUCRE		46	138	4	167	355
ARAUCA		11	63	11	214	299
QUINDÍO		82	62	4	147	295
LA GUAJIRA		30	112		111	253

Nombre EPS	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio complementario	Total
PUTUMAYO		7	55	1	168	231
CASANARE		39	83		87	209
CAQUETÁ		16	25		56	97
CHOCÓ		10	23		42	75
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS		17	14		25	56
GUAVIARE		2	8	3	10	23
AMAZONAS		4	9		8	21
GUAINÍA		2	13		1	16
VAUPÉS			10		2	12
VICHADA		1			2	3
Total general	21	6.604	6.673	1.329	12.858	27.485

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 20225, 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

⁵ 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

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

A continuación, se presenta la información relacionada con los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, correspondiente al segundo trimestre de 2024, cuyos datos se extrajeron de la plataforma tecnológica 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 – segundo trimestre de 2024

Durante el segundo trimestre de 2024 se presentaron 14.794 registros de negación de servicios o tecnologías en salud, por parte de las juntas de profesionales, en un total de 14.597 personas, es decir, se presenta, en una misma persona dos o más negaciones, siendo la Nueva EPS la que encabeza la lista con 5.401 personas, seguida de EPS Sanitas con 2.252 personas, EPS SURA con 1.411 personas, Salud Total con 1.222 personas, Famisanar con 804 personas, Compensar con 772 personas y Mutual Ser con 648 personas entre otras. Estas siete (7) EPS representan el 85.7% del total de registros, como se detalla a continuación:

Tabla 30: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, discriminados por EPS – segundo trimestre 2024.

EPS	Segundo Trimestre 2024	
	Total	Part. %
NUEVA EPS	5.401	37,00%
E.P.S. SANITAS	2.252	15,43%
EPS SURA	1.411	9,67%
SALUD TOTAL	1.222	8,37%
FAMISANAR	804	5,51%
COMPENSAR	772	5,29%
MUTUAL SER	648	4,44%
CAPITAL SALUD	495	3,39%

EPS	Segundo Trimestre 2024	
	Total	Part. %
EPS S.O.S.	450	3,08%
COOSALUD	274	1,88%
SAVIA SALUD	165	1,13%
ASMET SALUD	133	0,91%
ALIANSA SALUD EPS	102	0,70%
EMSSANAR E.S.S	102	0,70%
A.I.C. EPSI	99	0,68%
CAJACOPI ATLÁNTICO	88	0,60%
COMFENALCO VALLE	86	0,59%
MALLAMAS EPSI	27	0,18%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	16	0,11%
CAPRESOCA E.P.S.	16	0,11%
SALUD MIA	16	0,11%
PIJAOS SALUD EPSI	6	0,04%
COMFAORIENTE	5	0,03%
DUSAKAWI EPSI	3	0,02%
EPM	2	0,01%
ANAS WAYUU EPSI	2	0,01%
Total	14.597	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 – segundo trimestre de 2024

Respecto de los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud por tipo de servicio, en primer lugar, se encuentran los productos de soporte nutricional con un total de 9.925 registros, seguido de servicios específicos con 4.164 registros y medicamentos con 508 registros. A continuación, se presenta la correspondiente información:

Tabla 31: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por tipo de servicio - segundo trimestre 2024.

Tipo Servicio Solicitado	Segundo Trimestre 2024			
	Contributivo	Subsidiado	Total	Part. %
Productos de soporte nutricional	6.556	3.369	9.925	67,97%
Servicios específicos	2.719	1.445	4.164	28,52%
Medicamentos	356	152	508	3,48%

Total general	9.631	4.966	14.597	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 - segundo 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 11.257 (76.09%), 7.552 en el Régimen Contributivo y 3.705 en el Régimen Subsidiado, seguido de “ambulatorio priorizado” con 3.248 registros (21.95%), de los cuales 2.046 corresponden al Régimen Contributivo y 1.202 al Régimen Subsidiado; en tercer lugar se encuentra el ámbito “hospitalario internación”, con 195 registros (1.32%), de los cuales 113 corresponden al Régimen Contributivo y 82 al Régimen Subsidiado, en cuarto lugar está el “hospitalario domiciliario”, con 68 registros (0.46%), de los cuales 41 corresponden al Régimen Contributivo y 27 al Régimen Subsidiado y en quinto lugar, “urgencias”, con 26 registros (0.18%), 12 en el Régimen Contributivo y 14 en el Régimen Subsidiado, como se detalla en la tabla a continuación:

Tabla 32: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos y su discriminación por ámbito de atención – segundo trimestre 2024.

Ámbito de Atención	Segundo Trimestre 2024			
	Contributivo	Subsidiado	Total	Part. %
Ambulatorio - No Priorizado	7.552	3.705	11.257	76,09%
Ambulatorio - Priorizado	2.046	1.202	3.248	21,95%
Hospitalario - Internación	113	82	195	1,32%
Hospitalario - Domiciliario	41	27	68	0,46%
Urgencias	12	14	26	0,18%
Total general	9.764	5.030	14.794	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 - segundo trimestre 2024

Para el segundo trimestre de 2024 la distribución por zona geográfica de las personas con servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, corresponde a la siguiente: en primer lugar, la ciudad de Bogotá D.C. con 3.830 personas, seguida del departamento del Valle del Cauca con 2.070 personas, en tercer lugar el departamento de Antioquia con 1.822 personas, en cuarto lugar, el departamento de Santander con 997 personas, en quinto lugar el departamento del Atlántico con 895 personas, sigue el departamento de Cundinamarca con 624 personas, Tolima con 622 personas, Bolívar con 425 personas y Magdalena con 390 personas. Estas nueve zonas representan el 80% del total de registros, tal como se detalla a continuación:

Tabla 33: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica – segundo trimestre de 2024.

Zona Geográfica	Segundo Trimestre 2024	
	Total	Part. %
11 - Bogotá D.C.	3.830	26,24%
76 - Valle del Cauca	2.070	14,18%
05 - Antioquia	1.822	12,48%
68 - Santander	997	6,83%
08 - Atlántico	895	6,13%
25 - Cundinamarca	624	4,27%
73 - Tolima	622	4,26%
13 - Bolívar	425	2,91%
47 - Magdalena	390	2,67%
66 - Risaralda	345	2,36%
17 - Caldas	297	2,03%
54 - Norte de Santander	293	2,01%
15 - Boyacá	290	1,99%
19 - Cauca	266	1,82%
23 - Córdoba	205	1,40%
41 - Huila	186	1,27%
50 - Meta	163	1,12%
70 - Sucre	153	1,05%
52 - Nariño	138	0,95%
20 - Cesar	137	0,94%
63 – Quindío	136	0,93%
85 – Casanare	97	0,66%
18 – Caquetá	71	0,49%
44 - La Guajira	68	0,47%

Zona Geográfica	Segundo Trimestre 2024	
	Total	Part. %
81 – Arauca	35	0,24%
88 - San Andrés, Providencia	14	0,10%
86 – Putumayo	12	0,08%
27 – Chocó	9	0,06%
95 – Guaviare	7	0,05%
Total	14.597	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

En cuanto a lo requerido por la Corte Constitucional en el marco de lo señalado en los autos de seguimiento 122 de 2019, 093A de 2020 y 439 de 2021 proferidos por la Sala Especial de Seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, este Ministerio continúa adelantando el trámite para obtener la devolución del valor correspondiente al reconocimiento de la prima denominada Unidad de Pago por Capitación – UPC por parte de las EPS que en el marco del auto – reporte de la referida orden, registraron servicios negados, los cuales se constituyeron en barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud; lo anterior, entre otras razones, para evitar que dichas entidades continúen negando servicios de salud sin justa causa.

Debido a las razones expuestas y para los fines pertinentes, es preciso señalar que el trámite correspondiente se viene adelantando, con base en el procedimiento de reintegro de recursos de salud, previsto en la Resolución 1716 de 2019, expedida por esta Cartera Ministerial, así como en la Resolución 995 de 2022, que corresponde al acto administrativo que modificó algunos de los artículos de la resolución proferida en el año 2019.

Debido a las razones expuestas y teniendo en consideración los reportes de servicios negados que han venido generando las EPS, y atendiendo el período de reintegro ordenado por la Corte Constitucional, en acatamiento de las citadas resoluciones y autos, se han adelantado las actuaciones administrativas necesarias, para lo cual, se ha solicitado inicialmente a las EPS, 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 la Ley 1437 de 2011.

Debido a las razones expuestas se han venido adelantando, entre otras, las siguientes actuaciones, a saber:

El día jueves 18 de abril de 2024, se adelantó reunión en la Superintendencia Nacional de Salud, en donde se hizo mención a las fuentes de información para el cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008, con el ánimo de revisar el procedimiento relacionado con la devolución de la prima UPC por parte de las EPS y demás entidades encargadas del aseguramiento, en el marco de lo establecido en las Resoluciones 1716 de 2019 y 995 de 2022 entre otras.

En esa misma reunión realizada entre el Ministerio de Salud y Protección Social (DROASRLP) y la Superintendencia Nacional de Salud, se aludió a las Fuentes de información para el cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008, para revisar el procedimiento relacionado con la devolución de la prima UPC por parte de las EPS y demás entidades encargadas del aseguramiento.

El día miércoles 8 de mayo de 2024 a través de comunicación radicada con el número 202431201070391, se ofició a la Dra. Claudia Pulido Buitrago, Subdirectora de Liquidaciones del Aseguramiento Encargada de las funciones de la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la ADRES que responde a solicitud relacionada con la determinación del valor de los recursos a reintegrar y del valor adeudado junto con la actualización de acuerdo con la variación del IPC, en el marco de lo señalado en la orden 19 de la sentencia T – 760 de 2008, el cual se encuentra relacionado con los radicados 202442300782912 (Rad. ADRES 20233222540391).

Por su parte, el día martes 25 de junio de 2024, se elaboró comunicación radicada con el número 202431201345431 dirigida a la Dra. Claudia Pulido Buitrago, Subdirectora de Liquidaciones del Aseguramiento Encargada de las funciones de la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la ADRES que responde a solicitud relacionada con la determinación del valor de los recursos a reintegrar y del valor adeudado junto con la actualización de acuerdo con la variación del IPC, en el marco de lo señalado en la orden 19 de la sentencia T – 760 de 2008, el cual da respuesta a los radicados 202442301456312 (Rad. ADRES 20243220464631).

Finalmente, en cuanto a los dineros recuperados en materia de servicios negados en salud sin justa causa, de acuerdo con lo exigido por la Corte Constitucional en el literal e) del ordinal segundo del Auto 005 de 2024 de valoración de la

orden decimonovena (19) de la sentencia T – 760 de 2008, cabe anotar que esta Cartera Ministerial ofició de manera urgente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, para que remitiera la información relacionada con las sumas recaudadas por dicha entidad a título de servicios negados, a través de escrito radicado con el número 2024310000303091 del 26 de julio de 2024 (radicado en esa entidad con el número 20246307084372) del cual se remite copia.

En atención a la referida comunicación de este Ministerio, mediante escrito remitido por la ADRES, radicado en esa entidad con el número 20243224646611 del 31 de julio de 2024 y en esta Cartera Ministerial con el número 2024423000721672 del 2 de agosto de 2024, se remitió la información solicitada, la cual también se adjunta a esta comunicación para conocimiento de la Corte Constitucional.

6. Indicadores de calidad en el marco de la Resolución 256 de 2016

De otra parte, frente a los indicadores de calidad en el marco de la Resolución 256 de 2016, correspondientes al segundo 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 termina 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 pertinente indicar que la información del II trimestre del 2024 está siendo procesada y será remitida a la Corte Constitucional una vez se cuente con la información completa, en cuyo caso se dará alcance a este informe requerido, para los fines pertinentes.

En todo caso y frente a este apartado, cabe anotar que el día viernes 31 de mayo de 2024, se elaboró el oficio dirigido a los Magistrados de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008 de la Corte Constitucional que da alcance al informe de servicios negados en salud remitido a través de los radicados 202331202412041 y 202431200403721, correspondientes al tercer

(III) y cuarto (IV) trimestre de 2023, en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008, teniendo en consideración la información relacionada con la Resolución 256 de 2016 de esta Cartera Ministerial.

7. Otras actuaciones realizadas durante el segundo trimestre de 2024

El día jueves 4 de abril de 2024 a través de documento radicado con el número 202431200136743, se atendió a la solicitud de insumos relacionados con el radicado 2024EE0054935 de la Contraloría General de la República, donde el organismo de control solicita información frente a la Auditoría Financiera Vigencia 2023 en la que alude al radicado 2023ER0235960, en el marco de lo señalado en el numeral 4 del apartado 4.1. de la Circular Interna 43 de 2020 de este Ministerio, de acuerdo con lo establecido en la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008.

El día miércoles 10 de abril de 2024 se realizó comunicación remitida a la Dra. Vivian Karina Bayuelo Vergara, Contralora Provincial Gerencia Colegiada de Bolívar de la Contraloría General de la República, que atiente el traslado realizado por la ADRES, sobre reintegro de recursos por servicios negados, en cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008 relacionado con el caso de la entidad Mutual Ser EPS, el cual responde al radicado de este Ministerio de número: 202442300971332, que corresponde a los radicados de la ADRES de número 20246305362372 y 20241109537021, y al radicado de la Contraloría número CGR 2024EE0059752.

El viernes 24 de mayo de 2024 a través de oficio radicado con el número 202431201207141, se elaboró oficio dirigido a la Dra. Diana Margarita Ojeda Visbal, Procuradora Delegada para la Salud, la Protección Social y el Trabajo Decente de la Procuraduría General de la Nación que remite el Informe de servicios negados del primer trimestre del 2024 en el marco de la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008 remitido a la Corte Constitucional.

De igual manera se realizó el correspondiente oficio dirigido al Dr. Carlos Mario Zuluaga Pardo, Contralor General de la Contraloría General de la República mediante comunicación radicada con el número: 202431201207311.

A su vez, se elaboró oficio dirigido al Dr. Carlos Camargo Assís, Defensor de la Defensoría del Pueblo de Colombia a través de escrito radicado con el número 202431201207511.

Aunado a lo anterior, se realizó oficio dirigido al Dr. Luis Carlos Leal Angarita, Superintendente Nacional de Salud que remite el referido informe de servicios



negados mediante comunicación radicada con el número: 202431201207721, para su conocimiento.

En estos términos se rinde el informe de servicios negados correspondiente al segundo trimestre del año 2024.