

Sentencia T-760 de 2008 Orden 19

Informe servicios negados en salud
III - trimestre de 2024

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



Contenido

1. Introducción	6
2. Reporte de negaciones PBS – UPC, discriminado por entidad y por régimen – tercer trimestre de 2024	8
2.1 Causales de negación	10
2.2 Entidades que reportaron cero (0) negaciones durante el tercer trimestre de 2024	11
2.3 Entidades que reportaron negaciones durante el tercer trimestre de 2024	12
2.3.1 Negaciones en el Régimen Contributivo	13
2.3.2 Negaciones en el Régimen Subsidiado	13
2.4 Comparativo de negaciones tercer trimestre de 2023 vs tercer trimestre de 2024	14
2.5 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	15
2.6 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	16
2.7 Negaciones por entidades y causal de negación para el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	17
2.8 Negaciones por EPS y causal de negación para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	19
2.9 Negaciones por entidad y ámbito de atención en el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	24
2.10 Negaciones por entidad y ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	25
2.11 Negaciones por entidad y tipo de servicio para el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	26
2.12 Negaciones por entidades y tipo de servicio para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	26
2.13 Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	27
2.14 Negaciones por tipo de diagnóstico para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	28
2.15 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	29
2.16 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	31
2.17 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024	32
2.18 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	32
2.19 Comparativos servicios negados – segundo trimestre de 2024 vs tercer trimestre de 2024	33
3. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD PBS NO UPC, FINANCIADOS CON PRESUPUESTOS MÁXIMOS, PRESCRITOS BAJO MIPRES, CON CAUSALES DE NO ENTREGA – TERCER TRIMESTRE DE 2024	35

3.1 Descripción de las 19 causas de no entrega o no direccionamiento en MIPRES y su justificación	35
3.2 Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), tercer trimestre de 2024	37
3.3 Registros con causa de no entrega prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por entidad y régimen – tercer trimestre de 2024	37
3.4 Registros de prescripciones en MIPRES (PBS no UPC– presupuestos máximos), discriminados por entidad en función de la causal de no entrega – Régimen Contributivo - tercer trimestre de 2024	38
3.5 Registros de prescripciones en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por entidad en función de la causal de no entrega – Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024	39
3.6 Ranking de causas de no entrega servicios PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, por régimen	40
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	41
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	42
3.9 Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen	46
3.10 Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por entidad – tercer trimestre de 2024	50
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 – tercer trimestre de 2024	51
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), tercer trimestre de 2024	52
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	52
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) – tercer trimestre de 2024	54
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	55
4. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – presupuestos máximos – tercer trimestre de 2024	56
4.1 Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por entidad – tercer trimestre de 2024	56

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 – tercer trimestre de 2024	58
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 – tercer trimestre 2024.....	58
4.4 Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud - MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica – tercer trimestre 2024	59
5. Avances para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC.....	60
6. Indicadores de calidad en el marco de la Resolución 256 de 2016	62
7. Otras actuaciones realizadas durante el tercer trimestre de 2024	63

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Lista de entidades habilitadas y obligadas a presentar informe de servicios negados.</i>
<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 tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 3. Causales de negación</i>
<i>Tabla 4. Entidades que reportaron cero (0) servicios negados durante el tercer trimestre de 2024</i>
<i>Tabla 5. Servicios negados tercer trimestre de 2024 por EPS y régimen.</i>
<i>Tabla 6. Registros servicios negados régimen contributivo – tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 7. Registros servicios negados régimen subsidiado - tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 8. Comparativo negaciones tercer trimestre 2023 vs. tercer trimestre 2024.</i>
<i>Tabla 9. Causas de negación Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 10. Causas de negación Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 11. Negaciones por entidades en el Régimen Contributivo - tercer trimestre 2024.</i>
<i>Tabla 12. Discriminación causal 40 "Otras Razones" – tercer trimestre de 2024. Régimen Contributivo</i>
<i>Tabla 13. Negaciones por EPS en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024.</i>
<i>Tabla 14. Discriminación causal 40 "Otras Razones" – tercer trimestre de 2024. Régimen Subsidiado</i>
<i>Tabla 15. Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Contributivo – tercer trimestre 2024.</i>
<i>Tabla 16. Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 17. Negaciones por tipo de servicio Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 18. Negaciones por tipo de servicio Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024</i>
<i>Tabla 19. Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024</i>
<i>Tabla 20. Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024</i>
<i>Tabla 21. Negaciones por zona geográfica Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024</i>
<i>Tabla 22. Negaciones por zona geográfica Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024.</i>
<i>Tabla 23. Medicamentos reportados como negados Régimen Contributivo - tercer trimestre de 2024</i>
<i>Tabla 24. Medicamentos reportados como negados Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024</i>
<i>Tabla 25. Comparativo servicios negados segundo trimestre vs tercer trimestre de 2024.</i>
<i>Tabla 26. Causas de no entrega o no direccionamiento de prescripciones a través de MIPRES</i>
<i>Tabla 27. Prescripciones MIPRES - tercer trimestre de 2024.</i>

- Tabla 28. Total servicios con causal de no entrega en MIPRES por EPS y régimen – tercer trimestre de 2024
- Tabla 29: Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) Régimen Contributivo – tercer trimestre 2024.
- Tabla 30. Servicios con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos) Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024
- Tabla 31: Ranking causas de no entrega prescripciones en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - tercer trimestre de 2024, por régimen
- Tabla 32: Ranking de tipo de servicios con causa de no entrega PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, tercer trimestre 2024, por régimen
- Tabla 33. Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - tercer trimestre de 2024
- Tabla 34: Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Ambulatorio - no priorizado
- Tabla 35: Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Ambulatorio - priorizado
- Tabla 36: Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Hospitalario - domiciliario
- Tabla 37: Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Hospitalario - internación
- Tabla 38. Descripción de las causas de no entrega para los 497 registros del ámbito: Urgencias
- Tabla 39. Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen – tercer trimestre de 2024
- Tabla 40. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Incontinencia urinaria, no especificada
- Tabla 4121. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Obesidad, no especificada
- Tabla 4222. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Desnutrición proteico-calórica moderada
- Tabla 43. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Obesidad debida a exceso de calorías
- Tabla 44. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Incontinencia fecal
- Tabla 45: Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por entidad – tercer trimestre 2024
- Tabla 46. Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – tercer trimestre 2024
- Tabla 47: Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), - tercer trimestre 2024
- Tabla 48: Ranking de causas de no entrega, en función de la zona geográfica y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos – tercer trimestre 2024
- Tabla 49. Ranking de causas de no entrega en función de la zona geográfica y tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) – tercer trimestre 2024
- Tabla 2350: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, discriminados por EPS – tercer trimestre 2024
- Tabla 51: Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por tipo de servicio - tercer trimestre 2024
- Tabla 52. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos y su discriminación por ámbito de atención – tercer trimestre 2024
- Tabla 53. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica – tercer trimestre de 2024

1.Introducción

El presente documento compila la información de servicios negados en salud que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado reportan, en el marco de la Resolución 3539 de 2019¹, para el tercer trimestre de 2024, periodo que comprende los meses de julio, agosto y septiembre de 2024.

Igualmente, este informe se complementa con la información solicitada en los Autos 439 de 2021 y 005 de 2024 de la Corte Constitucional, por medio de los cuales se valoró el nivel de cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T – 760 de 2008.

En los literales d), e) y f) del ordinal segundo de la parte resolutive del Auto 439 de 2021, la Corte Constitucional ordenó:

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

(...)

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

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

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

(...)"

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".

Aunado a lo anterior, en los literales b), c) y d) del ordinal segundo de la parte resolutive del Auto 005 de 2024, la Corte Constitucional ordenó:

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

(...)

b) Mantenga el porcentaje de los registros validados frente al universo de las negaciones al interior del SGSSS en un 100% conforme se ordenó en el Auto 439 de 2021.

c) Reiterar lo ordenado en el ordinal segundo, literal d) del Auto 439 de 2021 y se asegure que en los informes elaborados de servicios negados se registren la totalidad de las negaciones independientemente de si se cuenta o no con fundamento normativo.

d) Indique a la Sala el contenido de la causal "Tecnología[s] incluida[s] en el Plan de Beneficios en Salud".

(...)"

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, entre otros:

- (i) La información reportada por las EPS, respecto de servicios de salud negados durante el tercer trimestre de 2024;
- (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 tercer trimestre de 2024.

Para la elaboración del presente informe, esta Cartera Ministerial acudió a las siguientes fuentes de información:

1. Registro de servicios de salud negados, reportados por las entidades responsables del aseguramiento en salud para el tercer 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 01/07/2024 al 30/09/2024 y que presentan alguna causal de no direccionamiento o no entrega (Cubo de MIPRES); e,

3. Información generada por la plataforma MIPRES, sobre negaciones de las Juntas de Profesionales de la Salud, en el periodo 01/07/2024 al 30/09/2024.

El desarrollo del presente documento contiene la información sobre los servicios de salud negados PBS – UPC (auto – reporte de las entidades); 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 entidad y por régimen – tercer trimestre de 2024

Durante el trimestre en análisis (julio, agosto y septiembre 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 en ambos regímenes, como se detalla a continuación:

Tabla 24. 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

EPS	RÉGIMEN
MALLAMÁS - 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 tercer trimestre de 2024, las validaciones de estructura y calidad de la información reportada en la plataforma PISIS, se cumplieron en los siguientes porcentajes:

JULIO:

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

AGOSTO:

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

SEPTIEMBRE:

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

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 25. Informe de EPS que no reportaron información, o no surtieron la validación de estructura y calidad en uno o algunos meses del tercer trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	MES DE NO REPORTE	FALLAS DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN
PIJAOS SALUD EPS - I	Julio	
SALUD BOLÍVAR EPS SAS		Julio

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

Es importante mencionar que la plataforma de Intercambio de Información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), en cumplimiento del artículo 4 de la Resolución 3539 de 2019², contempla el plazo de veinte (20) días calendario para el reporte de la información al mes siguiente del reporte y durante este tiempo cada EPS debe surtir las dos (2) fases de validación realizando las correcciones a que haya lugar para que el informe se dé por cumplido. (parágrafo 2 artículo 5º de la 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 26. 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. Ejemplo: Servicios asistenciales o sociales

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

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

Código	Tipo de Negación
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada
9	Servicio duplicado y/o ya tramitado
10	La prescripción del medicamento no tenía el nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica
11	La prescripción del medicamento no tenía lugar y fecha de la prescripción
12	La prescripción del medicamento no tenía nombre del paciente y documento de identificación
13	La prescripción del medicamento no tenía número de la historia clínica
14	La prescripción del medicamento no tenía el tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro)
15	Nombre del medicamento estaba expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico)
16	La prescripción del medicamento no tenía concentración y forma farmacéutica
17	La prescripción del medicamento no tenía la vía de administración
18	La prescripción del medicamento no tenía la dosis y frecuencia de administración
19	La prescripción del medicamento no tenía periodo de duración del tratamiento
20	La prescripción del medicamento no tenía la cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras
21	La prescripción del medicamento no tenía las indicaciones que a su juicio consideró el prescriptor
22	La prescripción del medicamento no tenía vigencia
23	La prescripción del medicamento no tenía nombre del prescriptor con su respectivo número de registro profesional
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio
25	El servicio de salud no está contratado en el lugar de la demanda porque no hay disponibilidad de personal de salud de la especialidad clínica y/o sus subespecialidades
26	Está contratado el servicio, pero está saturado por la demanda (insuficiencia)
27	Existencia de problemas para contratar servicios por posición dominante del prestador
28	Existencia de problemas para contratar servicios por otros motivos a posición dominante del prestador
29	Problemas para realizar contrarreferencia
30	Información insuficiente o precaria del prestador de servicios de salud en la contrarreferencia
31	No tengo contratado el servicio de suministro de tecnología
32	Problemas de pertinencia en el suministro de las tecnologías que están prescribiendo
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 Entidades que reportaron cero (0) negaciones durante el tercer trimestre de 2024

En la tabla a continuación, se presentan las entidades que durante el tercer trimestre de 2024 reportaron cero (0) servicios negados en salud:

Tabla 27. Entidades que reportaron cero (0) servicios negados durante el tercer trimestre de 2024

ENTIDAD	REPORTE DE SERVICIOS NEGADOS TERCER TRIMESTRE 2024			
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
ANAS WAYUU EPSI	0	0	0	0
ASOCIACION MUTUAL SER EPS-S	0	0	0	0
CAJACOPI EPS S.A.S	0	0	0	0
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	0	0	0	0
CAPRESOCA EPS	0	0	0	0
COMFACHOCO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO	0	0	0	0
COMFAORIENTE - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	0	0	0	0
COMFENALCO VALLE EPS	0	0	0	0
COOSALUD EPS S.A	0	0	0	0
DUSAKAWI EPSI	0	0		0
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN ESP	0	0	0	0
EMSSANAR SAS	0	0	0	0
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.S.	0	0	0	0
EPS FAMISANAR LTDA	0	0	0	0
EPS SANITAS	0	0	0	0
Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	0	0	0	0
MALLAMAS - Empresa Promotora de Salud MALLAMAS EPS Indigena	0	0	0	0
PIJAOS SALUD EPS -I	NR	0	0	0
SALUD BOLIVAR EPS SAS	ERR	0	0	0
SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	0	0	0	0
SURA - Compania Suramericana de Servicios de Salud SA	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

*NR - NO REPORTE

**ERR - ERROR DE CARGUE

2.3 Entidades que reportaron negaciones durante el tercer trimestre de 2024

Durante el tercer trimestre de 2024, las entidades reportaron 4.368 registros de servicios negados; 1.894 (43%) en el Régimen Contributivo y 2.474 registros (56%), en el Régimen Subsidiado, como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 28. Servicios negados tercer trimestre de 2024 por EPS y régimen.

NOMBRE EPS	3 trimestre - 2024		
	RÉGIMEN		TOTAL
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	GENERAL
NUEVA EPS	1.674	662	2.336
SAVIA SALUD	0	1.577	1.577
ASMET SALUD	0	159	159
EPS S.O.S.	95	0	95
COMPENSAR	62	1	63
A.I.C. EPS-I	0	63	63
ALIANSA SALUD	38	0	38
SALUD MÍA	16	13	29
DUSAKAWI EPS-I	0	8	8
TOTAL	1.894	2.474	4.368

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

2.3.1 Negaciones en el Régimen Contributivo

En el régimen contributivo se reportaron 1.894 servicios negados, así: 857 en el mes de julio, 600 en el mes de agosto y 437 en el mes de septiembre, como se presenta a continuación:

Tabla 29. Registros servicios negados régimen contributivo – tercer trimestre de 2024.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EPS	3 trimestre - 2024			Total general
	Julio	Agosto	Septiembre	
NUEVA EPS	788	531	355	1.674
EPS S.O.S.	40	31	24	95
COMPENSAR	16	16	30	62
ALIANSA SALUD	5	11	22	38
SALUD MÍA	7	7	2	16
A.I.C. EPSI		3	2	5
ASMET SALUD	1	1	2	4
TOTAL	857	600	437	1.894

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

2.3.2 Negaciones en el Régimen Subsidiado

Para el Régimen Subsidiado se reportaron 2.474 servicios negados, así: 961 en el mes de julio, 772 en el mes de agosto y 741 en el mes de septiembre, como se muestra a continuación:

Tabla 30. Registros servicios negados régimen subsidiado - tercer trimestre de 2024.

RÉGIMEN SUBSIDIADO EPS	3 Trimestre - 2024			Total general
	Julio	Agosto	Septiembre	
SAVIA SALUD	525	525	527	1.577
NUEVA EPS	342	173	147	662
ASMET SALUD	70	51	34	155
A.I.C. EPS-I	20	17	21	58
SALUD MÍA	4	6	3	13
DUSAKAWI EPS-I			8	8
COMPENSAR			1	1
TOTAL	961	772	741	2.474

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

2.4 Comparativo de negaciones tercer trimestre de 2023 vs tercer trimestre de 2024

Al comparar los reportes del tercer trimestre de 2023 y los del tercer trimestre de 2024, se evidencia una reducción del 72% en los registros, al pasar de 15.828 registros en 2023, a 4.368 en el 2024, como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 31. Comparativo negaciones tercer trimestre 2023 vs. tercer trimestre 2024.

NOMBRE EPS	3 trimestre - 2023			3 trimestre - 2024		
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
NUEVA EPS	3.571	1.879	5.450	1.674	662	2.336
SAVIA SALUD	-	9.772	9.772		1.577	1.577
ASMET SALUD	5	204	209	4	155	159
EPS S.O.S.	169	-	169	95		95
COMPENSAR	75	5	80	62	1	63
A.I.C. EPS-I	2	96	98	5	58	63
ALIANSA SALUD	42	-	42	38		38
SALUD MÍA	2	5	7	16	13	29
DUSAKAWI EPS-I					8	8
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	-	1	1	-	-	-
TOTAL	3.866	11.962	15.828	1.894	2.474	4.368

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

En el tercer trimestre de 2023, el mayor número de negaciones los reportó SAVIA SALUD (9.772), seguida de NUEVA EPS (5.450), ASMET SALUD con 209 registros, EPS S.O.S con 169 registros, A.I.C. EPSI con 98 registros, COMPENSAR con 80 registros, ALIANSALUD con 42 registros, SALUD MIA con 7 registros, EPS FAMILIAR DE COLOMBIA con 1 registro y DUSAKAWI EPSI que no registra negaciones para el trimestre.

Para el año 2024 el mayor número de negaciones los reportó NUEVA EPS (2.336), seguida de SAVIA SALUD (1.577), ASMET SALUD con 159 registros, EPS S.O.S con 95 registros, COMPENSAR y A.I.C. EPSI con 63 registros, ALIANSALUD con 38 registros, SALUD MIA con 29 registros, DUSAKAWI EPS-I con 8 registros y EPS FAMILIAR DE COLOMBIA que no registra negaciones para el trimestre.

Puede observarse que se mantienen las mismas entidades en los tres (3) primeros lugares, para los dos (2) años analizados, a saber: SAVIA SALUD, NUEVA EPS y ASMET SALUD.

2.5 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

De la información reportada, para el Régimen Contributivo, se puede observar que se reportaron 1.894 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 1.667 registros, seguida de la causal 24 “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 79 registros, la causal 4 “Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” con 72 registros, la causal 39 “Usuario no ha pagado” con 33 registros, la causal 8 “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 15 registros; le siguen la causa 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. Ejemplo: “Servicios asistenciales o sociales” con 13 registros, la causal 40 “Otras razones” con 10 registros, 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 4 registros, y la causal 6 “Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior” con un registro. La desagregación por mes se realiza en la tabla a continuación:

Tabla 32. Causas de negación Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024.

Causal de Negación - Régimen Contributivo		3 trimestre - 2024			Total
		Julio	Agosto	Septiembre	
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	777	533	357	1.667
24	Usuario no afiliado a la entidad al momento de la solicitud del servicio	42	15	22	79
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	20	22	30	72
39	Usuario no ha pagado	2	10	21	33
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	6	7	2	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	4	7	2	13
40	Otras razones	5	2	3	10
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		4		4
6	Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior	1			1
TOTAL		857	600	437	1.894

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

2.6 Servicios y tecnologías en salud por causal de negación en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

Para el Régimen Subsidiado, se reportaron 2.474 registros, de los cuales 1.344 registros correspondieron a 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 637 registros, sigue la causal 40: “Otras razones”, con 354 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. Ejemplo: Servicios asistenciales o sociales” con 64 registros, sigue la causal 24: “Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio” con 21 registros, la causal 8: “La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada” con 21 registros, sigue la causal 4: “Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente” con 20 registros, y 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 13 registros. La información desagregada por mes se presenta en la siguiente tabla

Tabla 33. Causas de negación Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024.

Causal de Negación - Régimen Subsidiado		3 trimestre - 2024			TOTAL
		Julio	Agosto	Septiembre	
9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	434	447	463	1.344
2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	328	165	144	637
40	Otras razones	144	121	89	354
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	24	18	22	64
24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	14	5	2	21
8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	7	10	4	21
4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	6	6	8	20
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	4		9	13
TOTAL		961	772	741	2.474

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 entidades y causal de negación para el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

En relación a los 1.894 registros de servicios negados para el Régimen Contributivo, en la tabla a continuación se desagrega la información por entidades reportantes y las causales de los servicios negados:

Tabla 34. Negaciones por entidades en el Régimen Contributivo - tercer trimestre 2024.

Nombre EPS	Causa	Descripción	Total	
NUEVA EPS	1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	4	1.674
	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	1.572	

Nombre EPS	Causa	Descripción	Total	
	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	10	
	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	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	79	
	6	Es un servicio o tecnología que tiene que ser prestado en el exterior	1	
EPS S.O.S.	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	95	95
COMPENSAR	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	62	62
ALIANSA SALUD	40	Otras razones	5	38
	39	Usuario no ha pagado	33	
SALUD MIA	40	Otras razones	1	16
	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	15	
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	5	5
ASMET SALUD	40	Otras razones	4	4
TOTAL			1.894	

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

Respecto a la causal 40 "Otras Razones", a continuación, se detalla la información de los 10 registros reportados por las EPS:

Tabla 35. Discriminación causal 40 "Otras Razones" – tercer trimestre de 2024. Régimen Contributivo

Nombre Entidades / Causa Motivos	Cuenta de Causa Negación
ALIANSA SALUD	5
MANEJO EN IPS NO RED SE INICIA PROCESO DE REFERENCIA PARA DAR CONTINUIDAD DE ATENCION EN LA RED ADSCRITA EN NIVEL DE COMPLEJIDAD REQUERIDO FAMILIAR DE USUARIO NO ACEPTA REMISION Y ASUME PARTICULAR	2
NEGACIÓN ADMINISTRATIVA SOLICITUD DE SERVICIOS DERIVADO DE CONSULTA POR MPP AXA COLPATRIA SE DIRECCIONA A IPS BÁSICA PARA ATENCION Y ORDENAMIENTO	1
NEGACIÓN ADMINISTRATIVA SOLICITUD DE SERVICIOS DERIVADO DE CONSULTA POR MPP MEDPLUS SE DIRECCIONA A IPS BASICA PARA ATENCION Y ORDENAMIENTO	1
SE INICIA PROCESO DE REFERENCIA PARA DAR CONTINUIDAD DE ATENCION EN LA RED NIVEL DE COMPLEJIDAD REQUERIDO FAMILIAR DE USUARIO NO ACEPTA REMISIÓN E INICIA TRÁMITE DE ATENCIÓN CON SU MEDICINA PREPAGADA	1
ASMET SALUD	4

NEGADO JUNTAS PROFESIONALES DE LA SALUD	2
SOLICITUD TRANSPORTE PARA ACOMPAÑANTE	2
SALUD MÍA	1
LA SILLA DE RUEDAS NO HACE PARTE DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PBS NO SE ENCUENTRA FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN UPC	1
TOTAL	10

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

De los 2.474 registros de servicios negados del Régimen Subsidiado, a continuación, se detalla la información por cada EPS reportante:

Tabla 36. Negaciones por EPS en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024.

Nombre EPS	Causa	Descripción	Total	
SAVIA SALUD	1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.	4	1.577
	7	El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos o actividades y las cuales no corresponden al ámbito de la salud. Ej. Servicios asistenciales o sociales.	2	
	9	Servicio duplicado y/o ya tramitado	1.344	
	40	Otras razones	212	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	7	
	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	8	
NUEVA EPS	2	Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica	637	662
	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	7	
	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	
	24	Usuario no afiliado a la EPS al momento de la solicitud del servicio	14	
ASMET SALUD	1	Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas	1	155
	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	12	
	40	Otras razones	142	
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. Ejemplo: Servicios asistenciales o sociales	58	58
SALUD MIA	8	La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada	13	13

DUSAKAWI EPSI	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	8	8
COMPENSAR	4	Es un servicio o tecnología que su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente	1	1
TOTAL			2.474	2.474

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

A continuación, se desagrega la información de la causal 40 "Otras Razones" con relación a los trescientos cincuenta y cuatro (354) registros reportados:

Tabla 37. Discriminación causal 40 "Otras Razones" – tercer trimestre de 2024. Régimen Subsidiado

Nombre entidades / Causa Motivos	Cuenta de Causa Negación
ASMET SALUD	142
Negado juntas profesionales de la salud	66
Solicitud transporte para acompañante	76
SAVIA SALUD	212
Alteración en columna se direcciona a ncx nua 26787763	1
Ampliar justificación con relación a tratamiento instaurado y evolución y respuesta a tto	1
Ampliar justificación frente a tratamiento médico y su evolución y respuesta	1
Ampliar justificación ya que el resultado de la rmn es normal y no se encuentra criterios para dar la orden para la especialidad	1
Autorizada en julio 2024 para panamericana autorización 26089509	1
Cargar en una sola solicitud para gestión de equipo 1	1
Cirugía general define conducta a seguir ya autorizado	1
Cx ya autorizada se debe verificar si ya se la realizo	4
Debe ser revaluado oncioante por cx general que ya fue autorizada la consulta y este define conducta a seguir	1
Debe ser evaluado inicialmente por cx general y este define conducta a seguir	1
Debe ser evaluado inicialmente por cx general y este define conducta a seguir	1
Debe ser evaluado por medicina interna y este define conducta	1
Deben dar claridad a la necesidad y tener en cuenta que esta solicitud debe de remitirse según el caso si es usuario del rc al correo incapacidadesymlaboral@saviasaludepscom	1
El caso debe ser evaluado directamente por la empresa donde labora	1
En seguimiento por neurocirugía por la misma patología se sugiere esperar nueva valoración para definir pertinencia del estudio ultima autorización de la consulta 24152159	1
Espera concepto de especialista	1
Espera concepto de especialista	2
Esperar evaluación médica posterior a tratamiento médico instaurado y definir conducta posteriormente	1
Esperar evaluación por otorrino y este define conducta	1
Esperar respuesta a tratamiento médico instaurado y definir conducta de manera posterior	1
Esta solicitud debe de remitirse según el caso si es usuario del rc al correo	2

Nombre entidades / Causa Motivos	Cuenta de Causa Negación
Esta solicitud debe de remitirse según el caso si es usuario del rc al correo incapacidades	1
Esta solicitud debe de remitirse según el caso si es usuario del rc al correo incapacidadesymlaboralsaviasaludepscom	1
Esta solicitud debe de remitirse según el caso si es usuario del régimen contributivo al correo incapacidadesymlaboralsaviasaludepscom	5
Evaluar inicialmente por medicina interna y este defina conducta	1
Exclusión por derivarse de un procedimiento estético	1
Incluido dentro de 26649575	1
Incluido en 26280700	1
Justificación incompleta se solicitan soportes para validar pertinencia	3
Justificación incompleta se solicitan soportes para validar pertinencia	1
Médico internista define conducta a seguir esperar evaluación	2
Motivo de la remisión derivado de actividad económica a la que se dedica el afiliado en Régimen Contributivo	2
No detallan mecanismo del trauma se sugiere indicar	1
No detallan manejo médico se sugiere iniciar y evaluar respuesta a tratamiento	2
No hay manejo inicial completo que permita dar pertinencia a solicitud se sugiere inicio urología con resultado eco renal y definir conducta	1
No hay reporte de perfil tiroideo se sugiere esperar valoración y concepto de medicina interna	1
No hay soportes que justifiquen la realización de ecocardiograma no hay reporte del control de la madre durante la gestación	1
No pertinente	1
No pertinente aportar historia clínica de consulta con neurología	1
No pertinente direccionar a especialista	1
No pertinente especificar que tratamientos ha recibido y la adherencia	1
No pertinente espera concepto de internista y nutrición	1
No pertinente espera concepto de mi	1
No pertinente hacer seguimiento al tratamiento inicialmente	1
No pertinente indican en justificación médica tratamiento ocasional con omeprazol por síntomas referidos	1
No pertinente la realización de ecocardiograma estrés se sugiere realizar pruebas de función pulmonar ya que no hay reporte de antecedentes cardiovasculares	1
No pertinente no aporta laboratorios ni clínica que demuestre la necesidad del servicio espera concepto de internista	1
No pertinente no reportan en historia clínica signos o síntomas que hagan sospechar una patología pulmonar crónica	1
No pertinente no se evidencian tratamientos previos hacer seguimiento	3
No pertinente no se evidencian estudios básicos	1
No pertinente por imc reportado se sugiere iniciar manejo integral por nutrición psicología y medicina del deporte	1
No pertinente por signos y síntomas reportados se sugiere valoración por otorrinolaringología	1

Nombre entidades / Causa Motivos	Cuenta de Causa Negación
No pertinente reportan resonancia realizada hace menos de 6 meses se sugiere esperar valoración por ortopedia para definir pertinencia de otros estudios o iniciar manejo según hallazgos	1
No pertinente se sugiere esperar resultado de ecocardio tt y valoración por medicina interna para definir necesidad de estratificación no invasiva	1
No pertinente se sugiere realizar inicialmente ecocardio transtorácico CUPS 881202 según hallazgos valoración por medicina interna	1
No pertinente servicio sin justificación médica no hay reporte de signos o síntomas cardiovasculares que indiquen la realización del estudio	1
No pertinente sin alteración funcional que indique la valoración por endocrinología	1
No pertinente validar ordenamientos de neurología en consulta el 16 de agosto	1
No pertinente no se evidencian tratamientos previos ni seguimiento al mismo	1
Origen de la atención accidente de trabajo	1
Origen de la atención accidente de tránsito	1
Paciente con servicio ya autorizado presentar resultados por consulta externa	1
Paciente se beneficia de valoración previa por especialidad en nua 25905815	1
Para recomendaciones o reintegros laborales le corresponde al empleador con el medico laboral de la empresa	1
Para recomendaciones o reintegros laborales le corresponde al empleador con el médico laboral de la empresa usuario de régimen contributivo con incapacidades prolongadas más de 120 días	1
Por diagnóstico se sugiere valoración por especialidad básica ginecología	1
Por diagnostico se sugiere valoración y manejo por ginecología	1
Por el origen de la enfermedad el cubrimiento de los servicios solicitados está a cargo de otras fuentes de financiación	2
Por estar relacionado a la actividad laboral se sugiere concepto de medicina laboral de la empresa donde labora	2
Se debe ordenar estudios básicos iniciales como eco de vías urinarias y con ello definir conducta	1
Se solicita especificar cantidades requeridas	1
Se solicita hacer la aclaración si el estudio es requerido simple o contrastado	1
Se solicita valoración inicial por psicología para definir manejo	1
Se solicitan soportes para validar dx	1
Se solicitan soportes para validar pertinencia	43
Se solicita ampliar justificación con relación a tratamiento médico instaurado y su evolución y respuesta	1
Se sugiere además concepto de pediatría ya que como indicó nutrición el antecedente de obesidad empeora el cuadro	3
Se sugiere adjuntar concepto de nutrición donde especifiquen seguimiento realizado mínimo por 6 meses además concepto de medicina interna o endocrino	1
Se sugiere adjuntar concepto favorable de nutrición psicología medicina del deporte donde especifiquen el manejo realizado y si es candidata para el proceso de cirugía bariátrica	1
Se sugiere al profesional tratante cambiar CUPS por el 881202 sin indicación actual para realizar estudio transesofágico	1
Se sugiere esperar concepto de dermatología	1

Nombre entidades / Causa Motivos	Cuenta de Causa Negación
Se sugiere esperar concepto de urología	1
Se sugiere esperar ecocardio tt y valoración por medicina interna	1
Se sugiere esperar manejo por clínica de heridas	1
Se sugiere esperar respuesta al manejo con trazodona y concepto de psicología	1
Se sugiere esperar valoración en IPS que preste el servicio se autoriza consulta por ortopedia nua 26547620	2
Se sugiere esperar valoración por medicina interna para definir la pertinencia del estudio	1
Se sugiere esperar valoración por ortopedia para actualizar condición clínica y definir si requiere otros estudios	2
Se sugiere esperar el concepto de cirugía pediátrica la cual ya está autorizada	1
Se sugiere evaluación previa por el especialista con ecocardiograma tt	1
Se sugiere evaluación previa por ortopedia	1
Se sugiere evaluar por tratante con reporte de ecografía	1
Se sugiere evaluar respuesta a manejo médico indicado	1
Se sugiere evaluar respuesta a tratamiento ordenado	1
Se sugiere iniciar manejo médico y evaluar respuesta a tratamiento	2
Se sugiere iniciar manejo según sintomatología referida evaluar respuesta y adherencia y resultado de tomografía	1
Se sugiere iniciar manejo sintomático y ampliar justificación ya que solo reportan dolor en epigastrio	1
Se sugiere instaurar manejo y evaluar respuesta a tratamiento	1
Se sugiere manejo inicial por nutrición medicina del deporte psicología y endocrinología	1
Se sugiere muy amablemente al profesional tratante remitir a otorrino y/o fonoaudiología para evaluar pertinencia de la prótesis	1
Se sugiere revalorar por tratante con reporte de imagen e iniciar manejo médico	1
Se sugiere valoración previa por el especialista	1
Se sugiere valoración previa por el especialista con reportes	1
Se sugiere valoración previa por ortopedia con imagen	1
Se sugiere valoración previa por otorrino	2
Se sugiere ampliar justificación y especificar tiempo de evolución hallazgos relevantes en examen físico y valoración por neurología	1
Según adjunto lesión de origen laboral usuaria en Régimen Contributivo	1
Según lo reportado en la historia clínica los síntomas están relacionados con la actividad laboral se sugiere valoración y concepto por parte de medicina laboral de la empresa o ARL	1
Servicio sin justificación médica cuadro de pocos días de evolución se sugiere iniciar manejo sintomático y evaluar evolución	1
Servicio sin justificación médica cuadro de pocos días de evolución sin signos de alarma que indiquen el estudio se sugiere iniciar manejo sintomático y evaluar respuesta	1
Servicio sin justificación médica no hay claridad el por qué solicitan el estudio la extremidad y si requiere o no medio de contraste se sugiere adjuntar soporte completo	1
Servicio sin justificación médica se sugiere descartar causas comunes de dolor esperar resultado de ekg y según hallazgos concepto de pediatría	1

Nombre entidades / Causa Motivos	Cuenta de Causa Negación
Servicio sin justificación médica se sugiere realizar ekg y otros estudios básicos según hallazgos definir conducta	1
Servicio sin justificación médica se sugiere reportar signos y síntomas hallazgos en examen físico estudios realizados previamente como ekg	1
Servicio solicitado se encuentra ya tramitado en número de autorización vigente 26660229	1
Sin alteraciones gastrointestinales descritas	1
Sin confirmación histopatológica se sugiere valoración por cirugía de cabeza y cuello	1
Sin justificación médica para la especialidad solicitada	1
Sin manejo médico se sugiere iniciar y evaluar respuesta a tratamiento	1
Sin reporte de imágenes previamente ordenadas se sugiere evaluar con reporte de rx por tratante	2
Sin reportes actualizados se sugiere evaluar con resultados en su IPS primaria	1
Sintomatología referida en relación a actividad laboral, se sugiere valoración por médico laboral de la empresa donde trabaja	1
Solicitar evaluación inicialmente por neurología y este define conducta a seguir	1
Solicitar renovación de herniorrafia	1
Soportes incompletos se solicitan soportes para validar pertinencia	1
Soportes vencidos	2
Soportes vencidos se sugiere consulta médico general para actualización estado físico-clínico paciente y renovación de soportes	1
Se anexo lo adjunto es la hc	4
Usuario que acumula 80 terapias autorizadas	1
Valoración previa por medicina interna y nutrición	1
Ya autorizado	6
Ya autorizado 26260734	1
Ya autorizado 26663484	1
Ya autorizado 26686542	1
Ya autorizado 26707243	1
Ya autorizado 26777997	1
TOTAL	354

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 entidad y ámbito de atención en el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

Teniendo en cuenta los ámbitos de atención, de los 1.894 registros de servicios negados en el Régimen Contributivo para el tercer trimestre de 2024, se tiene que el ámbito “ambulatorio no priorizado” fue el de mayor frecuencia con 1.777 registros, seguido del ámbito “ambulatorio priorizado” con 96 registros,

Urgencias con 16 registros y el ámbito “hospitalario internación” con 5 registros. A continuación, se detalla la información por entidad:

Tabla 38. Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Contributivo – tercer trimestre 2024.

Ámbito de Atención	EPS	Total	
Ambulatorio No Priorizado	ALIANSAUD	37	1.777
	NUEVA EPS	1.669	
	COMPENSAR	62	
	A.I.C. EPSI	5	
	SALUD MÍA	1	
	ASMET SALUD	3	
Ambulatorio Priorizado	EPS S.O.S.	95	96
	ASMET SALUD	1	
Urgencias	ALIANSAUD	1	16
	SALUD MÍA	15	
Hospitalario Internación	NUEVA EPS	5	5
TOTAL		1.894	

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 entidad y ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

En relación al reporte de negaciones de servicios para el tercer trimestre de 2024 en el Régimen Subsidiado, de los 2.474 registros, 1.412 corresponden al ámbito “Ambulatorio Priorizado”, 1.048 al ámbito “Ambulatorio No Priorizado”, 13 a Urgencias y 1 al ámbito “Hospitalario Domiciliario”. A continuación, se desagrega la información por entidad:

Tabla 39. Negaciones por ámbito de atención en el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024.

Ámbito de Atención	EPS	Total	
Ambulatorio No Priorizado	A.I.C. EPS-I	58	1.412
	ASMET SALUD	111	
	NUEVA EPS	662	
	SAVIA SALUD	572	
	COMPENSAR	1	
	DUSAKAWI EPS-I	8	
Ambulatorio Priorizado	ASMET SALUD	43	1.048
	SAVIA SALUD	1.005	
Urgencias	SALUD MÍA	13	13

Ámbito de Atención	EPS	Total	
Hospitalario Domiciliario	ASMET SALUD	1	1
TOTAL		2.474	

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 entidad y tipo de servicio para el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

En lo que respecta al tipo de servicio negado, en el Régimen Contributivo, el tipo más frecuente es “Medicamentos” con 1.816 registros, seguido de “Procedimientos” con 65 registros, “Productos nutricionales” con 2 registros, “Servicios específicos” con 3 registros y “Servicios no financiados con recursos de salud” con 8 registros. A continuación, se detalla la información por EPS reportante:

Tabla 40. Negaciones por tipo de servicio Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

Régimen Contributivo			
Servicio	NombreEPS	Total	
Medicamentos	EPS S.O.S.	95	1816
	ALIANSA LUD	27	
	NUEVA EPS	1632	
	COMPENSAR	62	
Procedimientos	ALIANSA LUD	11	65
	NUEVA EPS	39	
	SALUD MIA	15	
Productos Nutricionales	NUEVA EPS	2	2
Servicios Específicos	NUEVA EPS	1	3
	ASMET SALUD	2	
Servicios no financiados con recursos de salud	A.I.C. EPSI	5	8
	SALUD MIA	1	
	ASMET SALUD	2	
TOTAL		1.894	

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 entidades y tipo de servicio para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

Para el total de servicios negados en el Régimen Subsidiado, el tipo de servicio más negado corresponde a "Procedimientos" con 1.606 registros, seguido de "Medicamentos" con 670 registros, "Servicios no financiados con recursos de salud", con 135 registros, "Servicios específicos" con 35 registros y "Productos nutricionales" con 28 registros. A continuación, se detalla la información por entidad reportante:

Tabla 41. Negaciones por tipo de servicio Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

RÉGIMEN SUBSIDIADO			
Servicio	EPS	Total	
Medicamentos	ASMET SALUD	15	670
	NUEVA EPS	654	
	COMPENSAR	1	
Procedimientos	NUEVA EPS	8	1.606
	SAVIA SALUD	1.577	
	SALUD MÍA	13	
	DUSAKAWI EPS-I	8	
Servicios no financiados con recursos de salud	A.I.C. EPS-I	58	135
	ASMET SALUD	77	
Servicios específicos	ASMET SALUD	35	35
Productos nutricionales	ASMET SALUD	28	28
TOTAL			2.474

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

2.13 Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

Los servicios negados en el Régimen Contributivo para el tercer trimestre del 2024, con frecuencia de 10 o más registros se agregan en 24 diagnósticos principales, los cuales se describen en tabla subsiguiente.

Los demás diagnósticos (1.136 registros), se pueden detallar en archivo adjunto.

Tabla 42. Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

DIAGNÓSTICO	TOTAL
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	287
AGENTE BACTERIANO RESISTENTE A METICILINA	66
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	39
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	30

HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	28
CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA	24
EXAMEN MEDICO GENERAL	23
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	23
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	21
OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOBLACIONES DEFINIDAS	21
DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	19
MUERTE POR SECUELAS DE CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	19
OTRO DOLOR CRÓNICO	17
ESCLEROSIS SISTÉMICA, NO ESPECIFICADA	15
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	14
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	13
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ÓRGANOS O SISTEMAS	13
SÍNDROME SECO [SJGREN]	13
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	13
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LÓBULOS Y VENTRÍCULOS	13
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	12
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	12
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	12
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	11
OTROS DIAGNÓSTICOS	1.136
TOTAL	1.894

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

2.14 Negaciones por tipo de diagnóstico para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

En relación a las negaciones de servicios en el Régimen Subsidiado para el tercer trimestre del 2024, con frecuencia de 10 o más registros se agregan en 49 diagnósticos principales, los cuales se describen en tabla subsiguiente.

Los demás diagnósticos (1.450 registros), se pueden detallar en archivo adjunto.

Tabla 43. Negaciones por tipo de diagnóstico Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024

DIAGNÓSTICO	TOTAL
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	219
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	58
AGENTE BACTERIANO RESISTENTE A METICILINA	47
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	45
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	41
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	32
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	31
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS	26
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	25
CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	25
HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	22
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	21

DIAGNÓSTICO	TOTAL
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	21
SÍNDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	19
CEFALEA	19
SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO	18
DOLOR EN ARTICULACIÓN	17
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	17
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	17
OTROS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO	16
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	15
ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL ZIKA, SIN ESPECIFICACIÓN	15
HIPERTROFIA DE LA MAMA	15
CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA	14
DOLOR EN MIEMBRO	14
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ÓRGANOS O SISTEMAS	13
OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	13
EXAMEN MÉDICO GENERAL	13
TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES	12
INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)	12
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	12
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	12
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	12
DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE	12
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	12
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	12
TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES	12
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	12
INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)	12
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	11
TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	11
INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	11
INSUFICIENCIA CARDÍACA, NO ESPECIFICADA	11
DESNUTRICIÓN PROTEICOCALÓRICA MODERADA	10
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	10
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	10
ENFERMEDAD CARDÍACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (CONGESTIVA)	10
OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOBLACIONES DEFINIDAS	10
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	10
OTROS DIAGNÓSTICOS	1.450
TOTAL	2.474

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 Contributivo – tercer trimestre de 2024

Del total de registros de servicios negados en el Régimen Contributivo, el departamento del Valle del Cauca y la ciudad de Bogotá D.C. presentan el mayor número de registros, con 319 y 256 respectivamente, les sigue Antioquia con 222 registros, Santander con 213 registros, Caldas con 84 registros, Norte de Santander con 78 registros, Atlántico con 77 registros, Cundinamarca con 76

registros, Risaralda con 72 registros, Nariño con 59 registros, Boyacá con 55 registros, Huila con 53 registros y otros departamentos con menos de 50 registros. La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 21. Negaciones por zona geográfica Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

DEPARTAMENTO/ CIUDAD	TOTAL
VALLE DEL CAUCA	319
BOGOTÁ, D.C.	256
ANTIOQUIA	222
SANTANDER	213
CALDAS	84
NORTE DE SANTANDER	78
ATLÁNTICO	77
CUNDINAMARCA	76
RISARALDA	72
NARIÑO	59
BOYACÁ	55
HUILA	53
TOLIMA	47
QUINDÍO	38
CAUCA	38
BOLÍVAR	38
CÓRDOBA	34
META	22
CESAR	17
LA GUAJIRA	16
MAGDALENA	14
CASANARE	13
ARAUCA	10
CAQUETÁ	9
SUCRE	8
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	7
CHOCÓ	7
GUAVIARE	6
PUTUMAYO	6
TOTAL	1.894

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

2.16 Negaciones por zona geográfica para el Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

En relación a la distribución geográfica de los registros de negaciones de servicios en el Régimen Subsidiado se encuentra que Antioquia es el departamento que registra el mayor número de negaciones con 1.607 registros, y en menor frecuencia los departamentos de Valle del Cauca con 123 registros, Santander con 83 registros, Cauca con 68 registros, Tolima con 67 registros, Boyacá con 56 registros, Risaralda con 53 registros y otros departamentos con menos de 50 registros. La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 22. Negaciones por zona geográfica Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024.

DEPARTAMENTO/ CIUDAD	TOTAL
ANTIOQUIA	1.607
VALLE DEL CAUCA	123
SANTANDER	83
CAUCA	68
TOLIMA	67
BOYACÁ	56
RISARALDA	53
CUNDINAMARCA	48
CALDAS	41
CÓRDOBA	41
HUILA	39
CESAR	38
NORTE DE SANTANDER	31
BOGOTÁ, D.C.	19
CAQUETÁ	18
ATLÁNTICO	18
QUINDÍO	18
NARIÑO	13
META	12
ARAUCA	11
BOLÍVAR	11
MAGDALENA	10
CHOCÓ	9
LA GUAJIRA	9
SUCRE	8
GUAVIARE	6
PUTUMAYO	6
CASANARE	5

DEPARTAMENTO/ CIUDAD	TOTAL
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	3
AMAZONAS	2
VICHADA	1
TOTAL	2.474

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

2.17 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Contributivo – tercer trimestre de 2024

Del total de registros reportados como negados para el tercer trimestre de 2024 en el Régimen Contributivo, se encuentra que 1.816 corresponde a medicamentos, de los cuales los primeros 29 se describen a continuación. La lista completa se presenta en archivo adjunto.

Tabla 23. Medicamentos reportados como negados Régimen Contributivo - tercer trimestre de 2024

Medicamento	Total	Medicamento	Total
DAPAGLIFLOZINA	164	LEFLUNOMIDA	29
CODEINA	85	AZATIOPRINA	28
APIXABÁN	83	MIRTAZAPINA	27
SEMAGLUTIDA	72	VENLAFAXINA	25
ÁCIDO HIALURÓNICO	69	CICLOSPORINA	22
RIVAROXABÁN	67	TOXINA BOTULINICA	22
QUETIAPINA	65	ACIDO ZOLEDRONICO	22
ÁCIDO MICOFENÓLICO	62	TIOCOLCHICOSIDO	21
HIDROCODONA	46	(en blanco)	19
TACROLIMUS	43	EMPAGLIFLOZINA	19
LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS	42	RITUXIMAB	18
PARACETAMOL	37	FLUDROCORTISONA	17
MELATONINA	36	LIDOCAINA	17
METOTREXATO	33	TICAGRELOR	16
RISPERIDONA	31	OTROS MEDICAMENTOS	579
TOTAL			1.816

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

2.18 Medicamentos reportados como negados en el Régimen Subsidiado - tercer trimestre de 2024

Del total de registros reportados como negados para el tercer trimestre de 2024 en el Régimen Subsidiado, se encuentra que 670 corresponde a medicamentos,

de los cuales los primeros 29 se describen a continuación. La lista completa se presenta en archivo adjunto.

Tabla 24. Medicamentos reportados como negados Régimen Subsidiado – tercer trimestre de 2024

Medicamento	Total	Medicamento	Total
CODEÍNA	79	ÁCIDO URSODEOXICÓLICO	10
RIVAROXABÁN	52	ERITROPOYETINA	9
APIXABÁN	50	LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS	8
SEMAGLUTIDA	38	TICAGRELOR	8
ÁCIDO MICOFENÓLICO	35	TOXINA BOTULÍNICA	8
ÁCIDO HIALURÓNICO	34	(en blanco)	8
AZATIOPRINA	23	RITUXIMAB	8
TACROLIMUS	18	HIDROXICARBAMIDA	8
RISPERIDONA	18	FLUDROCORTISONA	7
HIDROCODONA	17	QUETIAPINA	5
METOTREXATO	16	SILDENAFILO	5
LEFLUNOMIDA	15	DENOSUMAB	5
MIRTAZAPINA	13	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	5
DAPAGLIFLOZINA	12	CICLOFOSFAMIDA	5
CICLOSPORINA	11	OTROS MEDICAMENTOS	140
TOTAL			670

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

2.19 Comparativos servicios negados – segundo trimestre de 2024 vs tercer trimestre de 2024

Al comparar el reporte de servicios negados del trimestre anterior (segundo trimestre de 2024 vs. el reporte del tercer trimestre de 2024, se observa una disminución de los registros en un 32%, al pasar de 13.605 registros en el segundo trimestre, a 4.368 en el tercer trimestre de 2024, así:

- NUEVA EPS disminuyó de 3.176 registros (2.263 en el régimen contributivo y 913 en el subsidiado), a 2.336 (1.674 en el régimen contributivo y 662 en el subsidiado), disminuyendo sus negaciones en un 25%.
- SAVIA SALUD pasó de 9.937 registros (todos en el régimen subsidiado), a 1.577 registros (todos en el régimen subsidiado), disminuyendo los registros en un 8.360.
- ASMET SALUD disminuyó un 12% los registros al pasar de 171 registros en el segundo trimestre (1 en el régimen contributivo y 170 el subsidiado) a 159 en el tercer trimestre, (4 en el régimen contributivo y 155 en el subsidiado).

- EPS S.O.S. disminuyó los registros en un 42% al pasar de 137 a 95 registros (todos en el régimen contributivo).
- A.I.C. EPSI. Se mantuvo en el número de registros de 63 registros (4 en el régimen contributivo y 59 en el régimen subsidiado) durante el 2 trimestre 2024, a 63 registros (5 en el régimen contributivo y 58 en el régimen subsidiado) correspondiente al 3 trimestre 2024.
- COMPENSAR. Reportó 84 registros en el segundo trimestre (80 en el régimen contributivo y 4 en el subsidiado) y pasó a 63 registros en el tercer trimestre (62 en el régimen contributivo y 1 en el régimen subsidiado), con una disminución del 21%.
- ALIANSALUD. Pasó de 12 negaciones a 38 todas en el régimen contributivo, disminuyendo 26%.
- SALUD MÍA. Registró 23 negaciones en el segundo trimestre (16 en el contributivo y 7 en el subsidiado) y pasó a 29 registros para el tercer trimestre (16 en el contributivo y 7 en el subsidiado) lo que representa un incremento del 6%.
- DUSAKAWI EPS-I. Pasó de (0) registros durante el segundo trimestre a 8 registros (régimen subsidiado) aumentando en un 8%.
- EPS FAMILIAR DE COLOMBIA. Pasó de 2 registros en el segundo trimestre a 0 registros en el tercer trimestre de 2024 en el régimen subsidiado, disminuyendo el registro de sus negaciones.

La descripción se realiza en la tabla a continuación:

Tabla 25. Comparativo servicios negados segundo trimestre vs tercer trimestre de 2024.

NOMBRE EPS	2o. trimestre - 2024			3 trimestre - 2024		
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
NUEVA EPS	2.263	913	3.176	1.674	662	2.336
SAVIA SALUD	0	9.937	9.937		1.577	1.577
ASMET SALUD	1	170	171	4	155	159
EPS S.O.S.	137	0	137	95	0	95
A.I.C. EPS-I	4	59	63	5	58	63
COMPENSAR	80	4	84	62	1	63
ALIANSALUD	12	0	12	38	0	38
SALUD MÍA	16	7	23	16	13	29
DUSAKAWI EPSI	0	0	0	0	8	8
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	2	2	0	0	0
TOTAL	2.513	11.092	13.605	1.894	2.474	4.368

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 – tercer 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, solamente 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 26. 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
4. Presentación fraccionable no	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,

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
	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 entidad, y se genera esencialmente por temas de traslado, en cuanto al momento de la entrega del servicio se debe verificar que coincida entidad de entrega, con entidad de afiliación del usuario.
7. No fue posible contactar al paciente	Esta causa al igual que la anterior, es de exclusiva responsabilidad de la entidad, quien se asume, no logra contactar al usuario, pese a las gestiones realizadas.
8. Paciente fallecido	Esta causa se genera, cuando a pesar de venir entregándose periódicamente el servicio, el usuario fallece.
9. Paciente se niega a recibir el suministro	Como su nombre lo indica, el usuario se niega a recibir el correspondiente servicio.
10. No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura	Esta causa se presenta cuando una prescripción está vigente y no se ha agotado la entrega de la misma.
11. La prescripción excede la dosis máxima recomendada	Esta causa también se fundamenta en la seguridad del paciente, y busca evitar posibles desvíos y sobredosificaciones, pues no es recomendable prescribir por encima de las dosis máximas recomendadas, ni tiempos superiores de tratamiento a los recomendados por el titular del registro sanitario.
12. La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez	En aras de proteger la seguridad del paciente, técnicamente primero debe hacerse seguimiento, máximo al tercer mes para ver la adaptación del medicamento y de esta manera, prescribir por más tiempo. Criterio médico, y dado por la normativa vigente.
13. La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva	Por seguridad del paciente, el profesional de la salud tratante primero debe hacer un seguimiento para determinar la adherencia y comportamiento del medicamento en el usuario. Criterio médico.
14. El INVIMA no aprobó el MVND	Tiene como fundamento la seguridad del paciente. El Invima dentro de su estudio considera que el MVND presenta riesgos para las personas y, por lo tanto, no aprueba su uso en Colombia. Artículo 15 de la Ley Estatutaria 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.

CAUSAS DE NO ENTREGA O NO DIRECCIONAMIENTO EN MIPRES	JUSTIFICACIÓN DE LA CONSAGRACIÓN DE LA CAUSAL
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 esta Cartera Ministerial, a través de la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación – OTIC, correspondientes a las prescripciones realizadas durante el tercer trimestre de 2024.

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

Con base en los 172.738 registros de las prescripciones realizadas en el aplicativo MIPRES para el tercer trimestre de 2024, como se describe en la tabla siguiente (tabla 27), se toma la información correspondiente a las prescripciones con causales de “no entrega / no direccionamiento” durante este periodo, las cuales representan el 22% del total de prescripciones (37.275):

Tabla 27. Prescripciones MIPRES - tercer trimestre de 2024.

Tipo de Servicio o Tecnología	PRESCRIPCIONES MIPRES 2do Trimestre 2024			
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Servicios Específicos	36.623	32.193	34.245	103.061
Productos Nutricionales	12.742	11.479	11.965	36.186
Medicamentos	9.113	8.810	9.122	27.045
Procedimientos	2.213	1.888	2.262	6.363
Dispositivo médico no cubierto en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC	38	22	23	83
TOTAL GENERAL	60.729	54.392	57.617	172.738

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 entidad y régimen – tercer trimestre de 2024

Para el tercer trimestre del 2024, en el aplicativo MIPRES se registraron 37.275 prescripciones con causal de no direccionamiento / no entrega, distribuidas así: 19.775 en el Régimen Contributivo, que corresponden al 53% y 17.500 en el Régimen Subsidiado, que corresponden al 47%.

Las EPS con mayor reporte fueron SANITAS con 10.616 registros, seguida de NUEVA EPS con 10.152 registros, sigue SALUD TOTAL con 3.340 registros, EMSSANAR con 3.289 registros, MUTUAL SER con 1.802 registros, SAVIA SALUD con 1.746, EPS SURA con 1.421 registros, COMPENSAR con 1.272 y COOSALUD con 1.105 registros, entre otras, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 28. Total servicios con causal de no entrega en MIPRES por EPS y régimen – tercer trimestre de 2024

NOMBRE EPS	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
E.P.S. SANITAS	7.984	2.632	10.616
NUEVA EPS	6.115	4.037	10.152
SALUD TOTAL	2.232	1.108	3.340
EMSSANAR E.S.S	113	3.176	3.289
MUTUAL SER	202	1.600	1.802
SAVIA SALUD	70	1.676	1.746
EPS SURA	1.241	180	1.421
COMPENSAR	1.085	187	1.272
COOSALUD	104	1.001	1.105
CAPITAL SALUD	24	849	873
ALIANSA SALUD EPS	587	24	611
MALLAMÁS EPS-I	4	489	493
A.I.C. EPS-I	3	183	186
PIJAOS SALUD EPS-I	1	113	114
CAJACOPI	3	77	80
ANAS WAYÚU EPS-I	4	73	77
DUSAKAWI EPS-I	3	48	51
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA		47	47
TOTAL GENERAL	19.775	17.500	37.275

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 entidad en función de la causal de no entrega – Régimen Contributivo - tercer trimestre de 2024

A continuación, se describen las causas de no entrega para los 19.775 registros en el Régimen Contributivo, discriminados por entidad, así: SANITAS con 7.984 registros, NUEVA EPS con 6.115, SALUD TOTAL con 2.232 registros, EPS SURA con 1.241, COMPENSAR con 1.085, entre otras. Estas cinco (5) entidades

representan el 94% del total reportado y cada una reporta más de mil registros. La discriminación específica es la siguiente:

Tabla 29. Registros con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) Régimen Contributivo – tercer trimestre 2024.

NOMBRE EPS	CAUSA DE NO ENTREGA DE MIPRES ⁴ - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO																	Total General
	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15	17	18	19		
E.P.S. SANITAS	3.107	2	478	115	43	295			981	165	283	4	317	50	15	2.129	7.984	
NUEVA EPS	2.840	127	2.207		131	17	108	2		2			1	435	241	4	6.115	
SALUD TOTAL		21	84	11		3	17						60	1	14	2.021	2.232	
EPS SURA		359	441		365	1	20	4	8				9	15	18	1	1.241	
COMPENSAR	244	208	100		57	17		2					8	72	287	90	1.085	
ALIANSAUD EPS		335	47		190	1	2						5	1		6	587	
MUTUAL SER																202	202	
EMSSANAR E.S.S.	5				80	1				1				26			113	
COOSALUD	60				2					16	1	8		6	1	10	104	
SAVIA SALUD	26		6		3	1									9	25	70	
CAPITAL SALUD	23									1							24	
MALLAMÁS EPS-I					4												4	
ANAS WAYÚU EPS-I	4																4	
DUSAKAWI EPS-I					2											1	3	
A.I.C. EPS-I	2													1			3	
CAJACOPI		3															3	
PIJAOS SALUD EPS-I																1	1	
Total general	6.311	1.055	3.363	126	877	336	147	8	989	185	284	12	400	607	585	4.490	19.775	

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

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

En el Régimen Subsidiado, las causas de no entrega para los 17.500 registros, discriminados por entidad, tuvo el siguiente comportamiento: NUEVA EPS en primer lugar con 4.037 registros, seguida de EMSSANAR con 3.176, en tercer lugar, se encuentra EPS SANITAS con 2.632 registros, SAVIA SALUD con 1.676, quinto lugar MUTUAL SER con 1.600, en sexto lugar SALUD TOTAL con 1.108 y en séptimo lugar COOSALUD con 1.001. Estas siete (7) entidades suman 11.479 registros, que corresponden al 87% del total de los registros. La discriminación específica es la siguiente:

Tabla 30. Servicios con causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos) Régimen Subsidiado – tercer trimestre 2024

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

NOMBRE EPS	CAUSA DE NO ENTREGA DE MIPRES ⁵ - REGIMEN SUBSIDIADO																	TOTAL GENERAL
	1	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	14	15	17	18	19		
NUEVA EPS	2.328	144	468		113	10	63	3		4			1	682	220	1	4.037	
EMSSANAR E.S.S.	246			5	2.309	5	5		1	1			1	570	24	9	3.176	
E.P.S. SANITAS	1.049		84	28	11	76	1		377	47	76		107	21	10	745	2.632	
SAVIA SALUD	601	19	61		36	1	30	14				5		11	77	821	1.676	
MUTUAL SER					1									1	2	1.596	1.600	
SALUD TOTAL		3	17	1		2	10					2	31	5	3	1.034	1.108	
COOSALUD	506	1		3	53					166	51	79	10	63	15	54	1.001	
CAPITAL SALUD	715				2	3	28			63	1			26	1	10	849	
MALLAMÁS EPS-I				1	483					1			3		1		489	
COMPENSAR	41	39	15		9	9							2	5	67		187	
A.I.C. EPS-I	162													3	4	14	183	
EPS SURA		64	52		50		1		1				2	4	6		180	
PIJAOS SALUD EPS-I	21	1		1	34		4		1	2			2	1	6	40	113	
CAJACOPI		54		1	22												77	
ANAS WAYÚU EPS-I	60				4	1				1				1	6		73	
DUSAKAWI EPS-I					23				2	1				5	6	11	48	
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	47																47	
ALIANSA SALUD EPS		7			16								1				24	
Total general	5.776	332	697	40	3.166	107	142	17	382	286	128	86	160	1.398	448	4.335	17.500	

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 tercer trimestre del 2024, se tiene el siguiente ranking:

1. Causal 1: "Misma solicitud en otra prescripción" en primer lugar, con 12.087 registros;
2. Causal 19: Tecnología cubierta por otro plan adicional en salud con 8.825 registros;
3. Causal 3: "La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA" con 4.060 registros;
4. Causal 5: "Suministro por tutela" con 4.043 registros; y,
5. Causal 7: "Tecnología incluida en el Plan de Beneficios" con 2.005 registros.

⁵ La descripción de las causas de no entrega se encuentran en el punto 3.1 tabla 25 de este informe.

La descripción completa se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 31. Ranking causas de no entrega prescripciones en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) - tercer trimestre de 2024, por régimen

COD.	NOMBRE CAUSA DE NO ENTREGA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
1	Misma solicitud en otra prescripción	6.311	5.776	12.087
19	Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	4.490	4.335	8.825
3	La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	3.363	697	4.060
5	Suministro por tutela	877	3.166	4.043
17	Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	607	1.398	2.005
2	Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1.055	332	1.387
11	La prescripción excede la dosis máxima recomendada	989	382	1.371
18	Exclusión	585	448	1.033
15	El paciente tiene suministro de otra prescripción	400	160	560
12	La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	185	286	471
6	Paciente corresponde a otra EPS	336	107	443
13	La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	284	128	412
8	Paciente fallecido	147	142	289
4	Presentación no fraccionable	126	40	166
14	El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	12	86	98
10	No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	8	17	25
TOTAL GENERAL		19.775	17.500	37.275

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 12.087 registros, a la fecha de elaboración de este informe, se pudo verificar que 12.065 ya se habían entregado en otra prescripción, quedando 22 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

Al revisar el tipo de causa de no entrega en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminada por tipo de servicios y régimen, de mayor a menor, se obtiene lo siguiente: En primer lugar, se encuentran: "servicios específicos" con 17.362 registros, le siguen "medicamentos" con 9.907 registros, en tercer lugar: "producto de soporte nutricional" con 7.949 registros, y en cuarto lugar:

“procedimientos”, con 2.033 registros y finalmente: “dispositivo médico”, con 24 registros. A continuación, se presenta la tabla correspondiente:

Tabla 32. Ranking de tipo de servicios con causa de no entrega PBS no UPC - MIPRES – presupuestos máximos, tercer trimestre 2024, por régimen

TIPO DE SERVICIO O TECNOLOGÍA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
Servicios específicos	7.675	9.687	17.362
Medicamentos	7.524	2.383	9.907
Producto de soporte nutricional	3.512	4.437	7.949
Procedimientos	1.052	981	2.033
Dispositivo médico	12	12	24
TOTAL GENERAL	19.775	17.500	37.275

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

Respecto a los ámbitos de atención de los servicios con causa de no entrega en MIPRES, se identifica que el “ambulatorio no priorizado” ocupa el primer lugar con 23.749 registros, seguido de “ambulatorio priorizado” con 11.843 registros, luego “hospitalario domiciliario”, con 650 registros, “hospitalario internación” con 536 registros y “urgencias” con 497 registros. En la tabla siguiente se presenta el detalle por régimen.

Tabla 33. Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos) - tercer trimestre de 2024

ÁMBITO DE ATENCIÓN	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
Ambulatorio - no priorizado	13.190	10.559	23.749
Ambulatorio - priorizado	5.769	6.074	11.843
Hospitalario - domiciliario	264	386	650
Hospitalario - internación	386	150	536
Urgencias	166	331	497
TOTAL GENERAL	19.775	17.500	37.275

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:

Para los 23.749 registros del ámbito Ambulatorio - no priorizado, se tiene el desagregado de las causas de no entrega en la siguiente tabla.

Tabla 34. Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Ambulatorio - no priorizado

AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Misma solicitud en otra prescripción	4.344	3.613	7.957
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	3.012	2.755	5.767
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	2.440	461	2.901
Suministro por tutela	523	1.859	2.382
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	364	578	942
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	614	247	861
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	616	182	798
Exclusión	361	272	633
El paciente tiene suministro de otra prescripción	252	110	362
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	116	196	312
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	202	84	286
Paciente corresponde a otra EPS	177	24	201
Paciente fallecido	81	73	154
Presentación no fraccionable	76	28	104
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible – MVND	7	67	74
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	5	10	15
TOTAL GENERAL	13.190	10.559	23.749

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

En relación a los 11.843 registros del ámbito Ambulatorio – priorizado, se identificaron las siguientes causas de no entrega.

Tabla 35. Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Ambulatorio - priorizado

AMBULATORIO - PRIORIZADO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Misma solicitud en otra prescripción	1.807	2.041	3.848
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	1.130	1.378	2.508
Suministro por tutela	338	1.168	1.506
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	877	208	1.085
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	192	546	738
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	422	145	567

AMBULATORIO - PRIORIZADO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	363	134	497
Exclusión	194	155	349
El paciente tiene suministro de otra prescripción	145	48	193
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	54	83	137
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	81	44	125
Paciente fallecido	55	64	119
Paciente corresponde a otra EPS	55	23	78
Presentación no fraccionable	49	12	61
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	4	18	22
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS	3	7	10
TOTAL GENERAL	5.769	6.074	11.843

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

Sobre la desagregación de las causas de no entrega para los 650 registros del ámbito Hospitalario – domiciliario, se identificó lo siguiente:

Tabla 36. Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Hospitalario - domiciliario

HOSPITALARIO - DOMICILIARIO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Misma solicitud en otra prescripción	80	89	169
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	57	96	153
Suministro por tutela	14	138	152
Paciente corresponde a otra entidad	86	38	124
Exclusión	11	9	20
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	6	4	10
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	3	5	8
Paciente fallecido	3	3	6
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	1	2	3
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		1	1
El paciente tiene suministro de otra prescripción		1	1
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1		1
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	1		1
Presentación no fraccionable	1		1
TOTAL GENERAL	264	386	650

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

Del ámbito Hospitalario – internación, se identificaron las siguientes causas de no entrega para los 536 registros.

Tabla 37. Descripción de las causas de no entrega para los registros del ámbito Hospitalario - internación

HOSPITALARIO - INTERNACIÓN	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	234	54	288
Misma solicitud en otra prescripción	40	25	65
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	31	24	55
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	20	15	35
Exclusión	17	11	28
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	14	5	19
Paciente corresponde a otra entidad	9	8	17
Paciente fallecido	8	2	10
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	5	4	9
El paciente tiene suministro de otra prescripción	3	1	4
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	4		4
Suministro por tutela	1	1	2
TOTAL GENERAL	386	150	536

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

Respecto a las causas de no entrega para los 497 registros del ámbito Urgencias, se identificó:

Tabla 38. Descripción de las causas de no entrega para los 497 registros del ámbito Urgencias

URGENCIAS	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	28	254	282
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	57	52	109
Misma solicitud en otra prescripción	40	8	48
Paciente corresponde a otra EPS	9	14	23
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	9	1	10
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	9		9
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	8	1	9
Exclusión	2	1	3
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	2		2
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible – MVND	1		1

Suministro por tutela	1		1
TOTAL GENERAL	166	331	497

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

Teniendo en cuenta los diagnósticos reportados en los registros con causa de no entrega en MIPRES – presupuestos máximos, se identifica que la “incontinencia urinaria, no especificada” con 8.909 registros ocupa el primer lugar, seguida de “Obesidad, no especifica”, con 1.725 registros, “Desnutrición proteico-calórica moderada” con 1.592 registros, “Obesidad debida a exceso de calorías” con 1.038 registros, “Incontinencia fecal” con 1.036 registros; seguido de otros diagnósticos con una frecuencia menor a 1000 registros. En la tabla siguiente se muestra el detalle de los 30 principales diagnósticos reportados:

Los demás diagnósticos (1.450 registros), se pueden detallar en archivo adjunto.

Tabla 39. Ranking de causas de no entrega, en función del diagnóstico – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), por régimen – tercer trimestre de 2024

NOMBRE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Incontinencia urinaria, no especificada	4.133	4.776	8.909
Obesidad, no especificada	1.343	382	1.725
Desnutrición proteico-calórica moderada	574	1.018	1.592
Obesidad debida a exceso de calorías	799	239	1.038
Incontinencia fecal	461	575	1.036
(en blanco)	741	292	1.033
Desnutrición proteico-calórica severa, no especificada	352	564	916
Desnutrición proteico-calórica leve	165	326	491
Desnutrición proteico-calórica, no especificada	145	309	454
Malestar y fatiga	332	69	401
Enfermedad renal crónica, etapa 5	159	232	391
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	211	165	376
Parálisis cerebral espástica cuadripléjica	111	264	375

NOMBRE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	232	140	372
Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local	178	193	371
Otras incontinencias urinarias especificadas	165	177	342
Parálisis cerebral, sin otra especificación	92	216	308
Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	149	101	250
Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico	79	162	241
Alergia no especificada	211	29	240
Epilepsia, tipo no especificado	86	133	219
Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas	44	173	217
Enfermedad renal crónica, no especificada	88	121	209
Incontinencia urinaria por tensión	100	97	197
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	97	94	191
Otro dolor crónico	160	30	190
Artrosis, no especificada	169	13	182
Necesidad de asistencia debida a movilidad reducida	71	87	158
Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]	134	17	151
Tumor maligno de la próstata	78	72	150
Otros diagnósticos	8.116	6.434	14.550
TOTAL	19.775	17.500	37.275

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.

Tabla 40. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Incontinencia urinaria, no especificada

INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Misma solicitud en otra prescripción	2.573	2.226	4.799
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	1.033	1.046	2.079
Suministro por tutela	214	1.278	1.492
Exclusión	130	50	180
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	74	30	104
Paciente corresponde a otra EPS	65	26	91
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	15	73	88
Paciente fallecido	22	15	37
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	2	18	20

INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND		6	6
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	3	1	4
La prescripción excede la dosis máxima recomendada		4	4
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	2	1	3
El paciente tiene suministro de otra prescripción		1	1
Presentación no fraccionable		1	1
TOTAL	4.133	4.776	8.909

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

Tabla 4144. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Obesidad, no especificada

OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	382	45	427
Misma solicitud en otra prescripción	284	95	379
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	196	115	311
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	179	47	226
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	198	28	226
El paciente tiene suministro de otra prescripción	42	7	49
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	23	8	31
Suministro por tutela	14	12	26
Paciente corresponde a otra EPS	15	2	17
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	3	7	10
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	4	6	10
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	1	4	5
Exclusión	2	1	3
Presentación no fraccionable		3	3
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS		2	2
TOTAL GENERAL	1.343	382	1.725

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

Tabla 4245. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Desnutrición proteico-calórica moderada

DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA MODERADA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	131	350	481
Misma solicitud en otra prescripción	144	272	416

DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA MODERADA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	113	62	175
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	92	58	150
Suministro por tutela	29	83	112
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios	4	86	90
El paciente tiene suministro de otra prescripción	18	27	45
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	15	22	37
Paciente fallecido	7	17	24
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico		22	22
Paciente corresponde a otra EPS	9	2	11
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible - MVND	1	9	10
Exclusión	5	5	10
Presentación no fraccionable	6	3	9
TOTAL GENERAL	574	1.018	1.592

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

Tabla 43. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Obesidad debida a exceso de calorías

OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA	284	43	327
Misma solicitud en otra prescripción	160	61	221
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	111	72	183
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	103	10	113
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	81	14	95
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	17	6	23
El paciente tiene suministro de otra prescripción	15	3	18
Paciente corresponde a otra EPS	16	1	17
Suministro por tutela	6	5	11
El INVIMA no aprobó el medicamento vital no disponible – MVND	2	7	9
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	1	6	7
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios		5	5
Presentación no fraccionable	2	2	4
Exclusión	1	2	3
No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS		1	1
Paciente fallecido		1	1
TOTAL GENERAL	799	239	1.038

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

Tabla 44. Descripción de las causas de no entrega para los registros del diagnóstico Incontinencia fecal

INCONTINENCIA FECAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
Misma solicitud en otra prescripción	268	287	555
Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud	104	132	236
Suministro por tutela	26	120	146
Paciente corresponde a otra entidad	26	11	37
Exclusión	12	8	20
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de un tratamiento definitivo o crónico	12	4	16
La prescripción excede los plazos máximos establecidos por la norma en el caso de una formulación por primera vez	5	4	9
Paciente fallecido	6	2	8
Tecnología incluida en el Plan de Beneficios		5	5
La prescripción excede la dosis máxima recomendada	1	1	2
El paciente tiene suministro de otra prescripción		1	1
Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa	1		1
TOTAL GENERAL	461	575	1.036

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 entidad – tercer trimestre de 2024

Respecto al ámbito de atención de las entidades, se detalla por entidad las causas de no atención correspondientes al tercer trimestre de 2024:

Tabla 45. Ranking de causas de no entrega, en función del ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por entidad – tercer trimestre 2024

Nombre entidad	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total
E.P.S. SANITAS	6.953	3.112	155	285	111	10.616
NUEVA EPS	6.549	3.053	139	97	314	10.152
SALUD TOTAL	2.115	1.045	39	83	58	3.340
EMSSANAR E.S.S.	1.759	1.385	144		1	3.289
MUTUAL SER	1.365	359	78			1.802
SAVIA SALUD	944	787	15			1.746
EPS SURA	865	533	6	14	3	1.421
COMPENSAR	799	406	15	47	5	1.272
COOSALUD	733	352	20			1.105

Nombre entidad	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total
CAPITAL SALUD	583	284	6			873
ALIANSA SALUD EPS	376	224	2	5	4	611
MALLAMÁS EPS-I	412	75	6			493
A.I.C. EPS-I	98	75	13			186
PIJAOS SALUD EPS-I	61	43	4	5	1	114
CAJACOPI	44	36				80
ANAS WAYÚU EPS-I	23	52	2			77
DUSAKAWI EPS-I	41	10				51
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	29	12	6			47
TOTAL GENERAL	23.749	11843	650	536	497	37.275

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 – tercer trimestre de 2024

Respecto al tipo de servicios en los registros sobre causa de no entrega de los servicios y tecnologías prescritos en MIPRES – presupuestos máximos, se observa:

Tabla 46. Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio – prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos), discriminado por EPS – tercer trimestre 2024

NOMBRE EPS	DISPOSITIVO MÉDICO	MEDICAMENTO	PRODUCTO DE SOPORTE NUTRICIONAL	PROCEDIMIENTO	SERVICIO ESPECÍFICO	TOTAL
E.P.S. SANITAS	5	2.775	2.461	514	4.861	10.616
NUEVA EPS	10	3.761	1.212	1.060	4.109	10.152
SALUD TOTAL	6	951	590	159	1.634	3.340
EMSSANAR E.S.S.		93	978	1	2.217	3.289
MUTUAL SER		342	821	8	631	1.802
SAVIA SALUD		176	357	177	1.036	1.746
EPS SURA		716	475	6	224	1.421
COMPENSAR	2	467	154	67	582	1.272
COOSALUD		138	297	5	665	1.105
CAPITAL SALUD	1	136	175	29	532	873
ALIANSA SALUD EPS		280	210	1	120	611
MALLAMÁS EPS-I		18	55		420	493
A.I.C. EPS-I		17	30	3	136	186

NOMBRE EPS	DISPOSITIVO MÉDICO	MEDICAMENTO	PRODUCTO DE SOPORTE NUTRICIONAL	PROCEDIMIENTO	SERVICIO ESPECÍFICO	TOTAL
PIJAOS SALUD EPS-I		12	23		79	114
CAJACOPI		1	57		22	80
ANAS WAYÚU EPS-I		4	43		30	77
DUSAKAWI EPS-I		2	11	3	35	51
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA		18			29	47
TOTAL GENERAL	24	9907	7.949	2033	17.362	37.275

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), tercer trimestre de 2024

En relación al análisis de las prescripciones en MIPRES – presupuestos máximos, con causales de no entrega, por ámbitos de atención y tipos de servicios, se identifica lo siguiente:

Tabla 47. Ranking de causas de no entrega, en función del tipo de servicio y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), - tercer trimestre 2024

ÁMBITO DE ATENCIÓN	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio específico	Total
Ambulatorio - no priorizado	16	6.365	4.767	1.366	11.235	23.749
Ambulatorio - priorizado	8	3.188	3.182	261	5.204	11.843
Hospitalario - domiciliario		56		8	586	650
Hospitalario - internación		230		32	274	536
Urgencias		68		366	63	497
Total general	24	9907	7.949	2033	17.362	37.275

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

En relación a la distribución por entidad territorial de las prescripciones a través de MIPRES con causal de no entrega, se identifica entre los diez (10) primeros puestos, el distrito de Bogotá con 6.674 registros, seguido del departamento de Antioquia con 5.696 registros, Valle del Cauca con 4.682 registros, Nariño con 1.938, Santander con 1.926 registros, Atlántico con 1.729 registros, Bolívar con 1.453 registros, Córdoba con 1.439 registros, Cundinamarca con 1.292 registros y Norte de Santander con 1.224 registros. A continuación, se presenta el detalle por ámbito de atención:

Tabla 48. Ranking de causas de no entrega, en función de la zona geográfica y ámbito de atención – prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos – tercer trimestre 2024

Ciudad / Departamento	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total
BOGOTÁ, D.C.	4.467	1.790	71	299	47	6.674
ANTIOQUIA	3.564	2.031	61	28	12	5.696
VALLE DEL CAUCA	2.715	1.841	64	35	27	4.682
NARIÑO	1.174	689	64	7	4	1.938
SANTANDER	1.393	490	22	13	8	1.926
ATLÁNTICO	1.292	387	27	15	8	1.729
BOLÍVAR	1.028	377	28	12	8	1.453
CÓRDOBA	944	198	20	8	269	1.439
CUNDINAMARCA	867	407	3	10	5	1.292
NORTE DE SANTANDER	641	555	9	18	1	1.224
TOLIMA	710	352	14	17	15	1.108
HUILA	653	289	12	9	52	1.015
RISARALDA	508	275	5	17	3	808
CAUCA	374	310	99	3	5	791
BOYACÁ	510	235	2	16	22	785
CALDAS	401	277	6	6	2	692
MAGDALENA	418	128	77	5		628
META	390	175	3	9	1	578
SUCRE	385	127	8	2	1	523
CESAR	331	164	21	1	2	519
QUINDÍO	266	87	2	4		359
LA GUAJIRA	179	134	18		1	332
ARAUCA	164	95	8			267
CASANARE	106	148	1	2		257
PUTUMAYO	104	133	2			239
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	67	28				95

Ciudad / Departamento	Ambulatorio - no priorizado	Ambulatorio - priorizado	Hospitalario - domiciliario	Hospitalario - internación	Urgencias	Total
CAQUETÁ	22	53	1		1	77
CHOCÓ	33	36				69
GUAVIARE	27	16	2		3	48
AMAZONAS	12	9				21
VICHADA	3	3				6
GUAINÍA	1	3				4
VAUPÉS		1				1
TOTAL GENERAL	23.749	11.843	650	536	497	37.275

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) – tercer trimestre de 2024

Ahora bien, la distribución por zona geográfica de los registros de prescripciones en MIPRES – presupuestos máximos con causas de no entrega, respecto al tipo de servicio, presenta un comportamiento similar al descrito previamente por ámbito de atención. A continuación, se detalla la información por entidad territorial y tipo de servicio.

Tabla 49. Ranking de causas de no entrega en función de la zona geográfica y tipo de servicio - prescritos en MIPRES (PBS no UPC - presupuestos máximos) – tercer trimestre 2024

Ciudad / Departamento	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio específico	TOTAL
BOGOTÁ, D.C.	6	2.189	1.107	408	2.964	6.674
ANTIOQUIA	1	2.860	697	351	1.787	5.696
VALLE DEL CAUCA	3	683	1.223	172	2.601	4.682
NARIÑO		212	338	27	1.361	1.938
SANTANDER		731	368	50	777	1.926
ATLÁNTICO		481	544	57	647	1.729
BOLÍVAR	5	294	566	4	584	1.453
CÓRDOBA	1	219	236	412	571	1.439
CUNDINAMARCA		143	280	14	855	1.292
NORTE DE SANTANDER		309	283	101	531	1.224
TOLIMA	1	206	167	83	651	1.108

Ciudad / Departamento	Dispositivo médico	Medicamento	Producto de soporte nutricional	Procedimiento	Servicio específico	TOTAL
HUILA		140	260	115	500	1.015
RISARALDA	2	240	219	17	330	808
CAUCA	4	109	218	13	447	791
BOYACÁ		155	143	42	445	785
CALDAS	1	210	124	21	336	692
MAGDALENA		94	189	13	332	628
META		69	144	25	340	578
SUCRE		101	169	3	250	523
CESAR		130	127	44	218	519
QUINDÍO		108	85	1	165	359
LA GUAJIRA		68	123	3	138	332
ARAUCA		25	104	38	100	267
CASANARE		41	110	2	104	257
PUTUMAYO		16	58	1	164	239
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS		25	23		47	95
CAQUETÁ		13	14		50	77
CHOCÓ		21	18		30	69
GUAVIARE		9	7	16	16	48
AMAZONAS		3	3		15	21
VICHADA		1			5	6
GUAINÍA		1	2		1	4
VAUPÉS		1				1
TOTAL GENERAL	24	9.907	7.949	2033	17.362	37.275

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 2022⁶, regula lo correspondiente a los servicios y tecnologías PBS no UPC, NO cubiertos con presupuestos máximos, disponiendo en su parágrafo, lo siguiente:

⁶ 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.

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

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

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

A continuación, se presenta la información relacionada con los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, correspondiente al tercer 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 entidad – tercer trimestre de 2024

En el trimestre en estudio, se presentaron 16.355 registros de negación de servicios o tecnologías en salud, por parte de las juntas de profesionales, en un total de 16.101 personas, es decir, se presenta, en una misma persona dos o más negaciones. La Nueva EPS se encuentra en primer lugar con 5.647 personas, luego EPS Sanitas con 2.307 personas, EPS SURA con 1.618 personas, Salud Total con 1.372 personas, Famisanar con 858 personas, entre otras. Estas cinco (5) EPS representan el 73% del total de registros, tal como se presenta a continuación:

Tabla 4650. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos, discriminados por EPS – tercer trimestre 2024

ENTIDADES	TERCER TRIMESTRE 2024	
	TOTAL	PART. %
NUEVA EPS	5.647	35,1%
E.P.S. SANITAS	2.307	14,3%
EPS SURA	1.618	10,0%
SALUD TOTAL	1.372	8,5%
FAMISANAR	858	5,33%
MUTUAL SER	736	4,6%
COMPENSAR	712	4,4%
CAPITAL SALUD	620	3,9%
EPS S.O.S.	592	3,7%
COOSALUD	440	2,7%
EMSSANAR E.S.S.	261	1,6%
CAJACOPI ATLÁNTICO	157	1,0%
SAVIA SALUD	157	1,0%
ASMET SALUD	155	1,0%
COMFENALCO VALLE	137	0,9%
ALIANSA SALUD EPS	128	0,8%
A.I.C. EPS-I	88	0,5%
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	26	0,2%
MALLAMÁS EPS-I	22	0,1%
SALUD MÍA	19	0,1%
PIJAOS SALUD EPS-I	19	0,1%
CAPRESOCA E.P.S.	14	0,1%
COMFAORIENTE	7	0,0%
CCF DEL CHOCÓ	3	0,0%
ANÁS WAYUU EPS-I	3	0,0%
EPM	2	0,0%
DUSAKAWI EPS-I	1	0,0%
TOTAL	16.101	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 – tercer trimestre de 2024

Por tipo de servicio negado por las Juntas de Profesionales de la Salud, se encuentra en primer lugar productos nutricionales con 10.805 registros, seguido de servicios específicos con 4.768 registros y finalmente medicamentos con 528 registros. En la tabla siguiente se detalla la información por régimen de afiliación:

Tabla 51. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud prescritos en MIPRES (PBS no UPC – presupuestos máximos), discriminados por tipo de servicio - tercer trimestre 2024

Tipo Servicio Solicitado	Tercer Trimestre 2024			
	Contributivo	Subsidiado	Total	Part. %
Productos nutricionales	6.915	3.890	10.805	67,1%
Servicios específicos	2.906	1.862	4.768	29,6%
Medicamentos	352	176	528	3,3%
TOTAL	10.173	5.928	16.101	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 – tercer trimestre 2024

En relación al ámbito de atención de los servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, en los dos (2) primeros puestos se encuentran los ámbitos ambulatorio no priorizado, con el mayor número de registros (74.1%), seguido de ambulatorio priorizado (24,2%). En el tercer lugar se ubica el ámbito hospitalario internación (1,2%), en cuarto lugar, el hospitalario domiciliario (0.4%), y en último lugar urgencias con (0.2%). En la tabla a continuación se detalla la información por régimen de afiliación:

Tabla 52. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud – MIPRES – PBS no UPC – presupuestos máximos y su discriminación por ámbito de atención – tercer trimestre 2024

Ámbito de Atención	Tercer Trimestre 2024			
	Contributivo	Subsidiado	Total	Part.%
Ambulatorio - No Priorizado	7.851	4.262	12.113	74,1%

Ambulatorio - Priorizado	2.344	1.615	3.959	24,2%
Hospitalario - Internación	111	86	197	1,2%
Hospitalario - Domiciliario	39	21	60	0,4%
Urgencias	10	16	26	0,2%
TOTAL	10.355	6.000	16.355	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 - tercer trimestre 2024

En relación a la zona geográfica de las personas con servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud, se identifica en primer lugar el distrito de Bogotá D.C. con 4.233 registros, luego el departamento de Valle del Cauca con 2.573 registros, y en tercer lugar Antioquia con 1.843 registros, las cuales representan el 53% del total de registros. A continuación, se detalla la información de por todas las entidades territoriales departamentales y distritales:

Tabla 53. Servicios negados por las Juntas de Profesionales de la Salud - MIPRES - PBS no UPC - presupuestos máximos, y su discriminación por zona geográfica - tercer trimestre de 2024

Zona Geográfica	Tercer Trimestre 2024	
	Total	Part.%
11 - Bogotá, D.C.	4.233	26,3%
76 - Valle del Cauca	2.573	16,0%
05 - Antioquia	1.843	11,4%
08 - Atlántico	965	6,0%
68 - Santander	965	6,0%
25 - Cundinamarca	706	4,4%
73 - Tolima	680	4,2%
47 - Magdalena	558	3,5%
66 - Risaralda	445	2,8%
13 - Bolívar	438	2,7%
54 - Norte de Santander	380	2,4%
15 - Boyacá	312	1,9%
23 - Córdoba	298	1,9%
17 - Caldas	285	1,8%

Zona Geográfica	Tercer Trimestre 2024	
	Total	Part.%
19 - Cauca	238	1,5%
20 - Cesar	211	1,3%
41 - Huila	166	1,0%
70 - Sucre	157	1,0%
63 - Quindío	124	0,8%
50 - Meta	110	0,7%
52 - Nariño	108	0,7%
44 - La Guajira	78	0,5%
85 - Casanare	73	0,5%
18 - Caquetá	56	0,3%
81 - Arauca	52	0,3%
88 - San Andrés, Providencia	20	0,12%
27 - Chocó	13	0,08%
86 - Putumayo	8	0,05%
95 - Guaviare	6	0,04%
TOTAL	16.101	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

Respecto a lo requerido por la Corte Constitucional en el marco de lo señalado en los autos de seguimiento 122 de 2019, 093A de 2020, 439 de 2021 y 005 de 2024, proferidos por la Sala Especial de Seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, esta Cartera Ministerial 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 entidades que en el marco del auto – reporte realizado, 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 que se viene adelantando, es el correspondiente al procedimiento

de reintegro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa, previsto en la Resolución 1716 de 2019, expedida por esta Cartera Ministerial, así como su acto administrativo modificatorio, es decir, la Resolución 995 de 2022, que modificó los artículos 8, 9, 10 y 14 del acto administrativo proferido en el año 2019.

Ahora bien, teniendo en consideración los reportes de servicios negados que han venido generando las entidades, 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 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, exigiendo en los casos que correspondan, la remisión de la prueba requerida para acreditar la prestación de los servicios de salud en el marco de lo establecido en la Ley 1437 de 2011.

Para los fines pertinentes se han venido adelantando, entre otras, las siguientes actuaciones, a saber:

El día viernes 26 de julio de 2024 se elaboró oficio de radicado 2024310000303091, dirigido al Dr. César Andrés Jiménez Valencia, Director de Liquidaciones y Garantías de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, mediante el cual se solicita información urgente requerida por la Corte Constitucional de los dineros recaudados por parte de la ADRES en materia de servicios negados en salud, en cumplimiento de lo establecido en el ordinal segundo, literal e) del Auto 005 de 2024 de valoración de la orden decimonovena (19) de la sentencia T – 760 de 2008, en materia de servicios negados en salud.

El día martes 24 de septiembre de 2024, se realizó mediante escrito radicado con el número 2024310000863351, respuesta dirigida al Dr. Julio Alberto Rincón Ramírez, Agente Interventor de la Nueva EPS S.A., que corresponde a la solicitud de restitución de recursos por concepto de auditoría Servicios Negados EPS037, EPS041, EPSS41 y EPSS37, en el marco de las Auditorías realizadas por la ADRES relacionadas con la Resolución 1716 de 2019 y el seguimiento realizado por la Superintendencia Nacional de Salud, escrito que dio respuesta a los radicados: 2024423000889062 (Id Control: 141077); 2024423000889092 (Id Control: 141080); 2024423000889122 (Id control: 141083); 2024423000889162 (Id control: 141087); 2024423000910452 (Id Control: 144664); 2024423000910582 (Id control: 144695); 2024423000911232 (Id control: 144856); 2024423000911482 (Id control: 144915); 2024423000911662 (Id control: 144962); 202442401026982 (Id control: 166938); y 2024424001225172 (Id control: 203908), relacionados con los

radicados de la ADRES de número: 20246307789722 y 20241105588281 y con los oficios la de Nueva EPS S.A. de número: VO-GRC-DRC-113823-24; VO-GRC-DRC-113824-24; VO-GRC-DRC-113825-24; VO-GRC-DRC-113826-24; y VO-GRC-DRC-113607-24.

El día jueves 26 de septiembre de 2024, se elaboró el escrito de respuesta radicado con el número de salida: 2024310000887171, dirigida al Dr. César Joaquín Sopó Segura, Asesor de la Dirección General Encargado de las funciones de jefe de la Oficina de Control Interno de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES que responde al traslado parcial por competencia de la solicitud de información relacionada con el caso de la Nueva EPS S.A. respecto del proceso de reintegro de recursos por la causal servicios negados durante la vigencia 2022, el cual da respuesta a los radicados de número: 2024424001225172. Id Control: 203908 del Ministerio, y de número: 20241105588281 y 20246307789722 de la ADRES.

El día lunes 30 de septiembre de 2024 se realizó y revisó el cuadro de relación de pagos efectuados y pendientes relacionados con el caso de la Nueva EPS S.A., correspondientes a las vigencias 2018 a 2024, incluyendo el valor adeudado a capital y el del Índice de Precios al Consumidor – IPC, estableciendo los valores determinados y los que se encuentran pendientes de determinar por parte de dicha EPS y la ADRES.

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 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, principalmente frente al caso de la Nueva EPS S.A., para definir los valores adeudados y las sumas pagadas a cargo de dicha entidad.

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

Ahora bien, frente a los indicadores de calidad en el marco de la Resolución 256 de 2016, correspondientes al tercer trimestre de 2024, es preciso 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 III 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.

7. Otras actuaciones realizadas durante el tercer trimestre de 2024

El día viernes 6 de septiembre de 2024, se elaboró oficio de respuesta radicado con el número 2024310000642541, dirigido a la Dra. Yolanda Vanegas Vanegas, Líder de Auditoría de la Nueva EPS S.A. 2023 de la Contraloría General de la República, mediante la cual informa que la Delegada para el sector Salud se encuentra adelantando Auditoría de Cumplimiento a Nueva EPS S.A. Vigencia 2023. El referido documento dio respuesta a los radicados de número: 2024423001125502 ID Control: 184627 y 2024423001130212 ID Control: 185541, que corresponden al radicado 2024EE0164502 de la Contraloría General de la República.

El día viernes 20 de septiembre de 2024, a través de oficio radicado con el número: 2024310000850281, 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 segundo 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: 2024310000850411.



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: 2024310000850441.

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: 2024310000850451, para su conocimiento.

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