

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

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

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002 modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, el numeral 23 del artículo 2º del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, del Auto 005 de 2024 y del Auto del 20 de marzo de 2025, entre otros, de la Corte Constitucional y,

CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

Que, en aras de garantizar la efectiva protección del derecho fundamental a la salud y en concordancia con lo dispuesto en el Auto 411 de 2015 de la Corte Constitucional, de seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, se hace necesario implementar un mecanismo de alertas tempranas que notifique a las autoridades competentes (Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación), sobre la negación de servicios incluidos en el actual Plan de Beneficios en Salud (PBS), facilitando así su oportuna intervención y la determinación de las responsabilidades a que hubiere lugar.

Que, mediante el Auto 122 de 2019, también de seguimiento a la misma orden, la Corte Constitucional exhortó a este Ministerio a expedir una nueva normativa que regule el registro de negaciones en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, abarcando no solamente los servicios negados, sino también aquellos autorizados, pero no suministrados oportunamente.

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

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

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

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

Que, en el marco de una política pública orientada a la prevención de enfermedades y la protección de los derechos de los usuarios, y en consonancia con los objetivos de la Ley 2294

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

de 2023: «Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”», resulta indispensable fortalecer los mecanismos de supervisión y control que permitan identificar y detectar las negaciones injustificadas de servicios, promoviendo así una cultura de calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Que mediante Auto 005 de 2024 de calificación de cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional requirió a este Ministerio para que emita una normativa que regule el registro de negaciones en los regímenes contributivo y subsidiado, de forma que permita generar información precisa y oportuna acerca de la negación de los servicios cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), así como de aquellos que, a pesar de haber sido autorizados, no son suministrados en forma oportuna; disponiendo que esta herramienta deberá observar los parámetros allí fijados, y arrojar datos precisos, claros, confiables y actualizados determinando su fuente de financiación.

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

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

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

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

Que, teniendo en cuenta las competencias de la ADRES y de la Superintendencia Nacional de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y considerando las órdenes impartidas por la Corte Constitucional, deben revisarse y tenerse en cuenta como

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

fuentes las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRDS) y tutelas interpuestas por negación de servicios y tecnologías en salud, entre otras, lo cual resulta imprescindible para identificar con mayor objetividad los servicios negados sin justa causa por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), en lugar de recopilar la información con base en auto reportes.

Que, si bien la Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022, establece el procedimiento general para el reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el Auto 005 de 2024 de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008, se hace necesario implementar un procedimiento específico para el reintegro de los recursos por servicios y tecnologías negados sin justa causa con cargo a la prima UPC; no obstante, en lo que respecta a las opciones para el reintegro de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, se hará remisión a lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 de la Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022.

Que, por lo tanto, es preciso eliminar el sistema de auto reportes y en consecuencia derogar la Resolución 3539 de 2019, para adoptar las disposiciones contenidas en los referidos autos de seguimiento de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, modificando las fuentes de información para la determinación de las negaciones sin justa causa de servicios y tecnologías en salud teniendo en cuenta estándares de oportunidad, entre otros, y con base en un sistema de alerta, que permita el ejercicio oportuno de acciones de inspección, vigilancia y control dirigidas a amparar los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

Artículo 1º. Objeto. La presente resolución tiene por objeto regular el registro de negaciones de servicios y tecnologías en salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, financiados con cargo a la prima UPC, con el fin de garantizar la generación de información confiable y oportuna sobre la negación de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), así como de aquellos que, pese a ser autorizados, no sean suministrados conforme a los estándares de oportunidad definidos para su atención. Para ello, se optimizan, amplían y fortalecen los mecanismos de reporte y seguimiento, se establecen criterios para la identificación de negaciones sin justa causa y se determina el rol de la Superintendencia Nacional de Salud y la ADRES en la aplicación del procedimiento. Esta regulación se expide en cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento, lo que conlleva la derogatoria de la Resolución 3539 de 2019.

Artículo 2º. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución se aplican a las entidades territoriales departamentales y distritales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Artículo 3º. Definiciones. Para efectos del presente acto administrativo se adoptan las siguientes definiciones:

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

- 1. Servicio de salud:** Es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad). Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2 del manual que hace parte integral de la Resolución 3100 de 2019 o la norma que la modifique o sustituya. Para efectos de la presente resolución, esta definición se enmarca en los servicios financiados con cargo a la prima UPC contenidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).
- 2. Tecnología de salud:** Son las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud. Corresponde a la definición del artículo 8º de la Resolución 2366 de 2023: *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”*, o la norma que la modifique o sustituya.
- 3. Estándares de oportunidad:** La oportunidad en la prestación de servicios de salud se refiere a la capacidad del SGSSS, para atender a los usuarios en el momento adecuado y con la celeridad necesaria para evitar la progresión de enfermedades y asegurar resultados positivos en la atención. En el caso del suministro de tecnologías de salud, se traduce en la capacidad de entregar con principios de oportunidad y completitud, en tiempos definidos que no comprometan la continuidad del servicio médico.

Lo anterior comprende de manera enunciativa las disposiciones del Decreto Ley 019 de 2012, en materia de tiempos de oportunidad de citas de médico general, asignación de citas médicas con especialistas y suministro de medicamentos, así como también, las Resoluciones 1552 de 2013, 1604 de 2013 y 408 de 2022, en otras y todas aquellas que la modifiquen y/o sustituyan y demás establecidas en la normatividad vigente del SGSSS.

- 4. Servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa:** Son los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), prescritos por el profesional de salud tratante adscrito a la red de prestadores de la entidad Administradora de planes de beneficios de salud, que no fue prestado o suministrado de manera oportuna o completa.

Parágrafo. Inicialmente, el registro de tecnologías negadas operará con los estándares de oportunidad vigentes en el SGSSS; para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollará progresivamente los estándares de oportunidad para la prestación de servicios y la entrega de tecnologías en salud priorizados.

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

1. Escasez del medicamento o de la tecnología de salud en el país, situación que deberá ser certificada por el INVIMA o la entidad competente.
2. Cuando el paciente se niega a recibir el tratamiento o el procedimiento prescrito por el profesional de la salud tratante, situación que deberá evidenciarse con el disentimiento informado firmado por el paciente o su representante.

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

3. Cuando se trate de procedimientos, intervenciones, tecnologías o medicamentos excluidos explícitamente del Plan de Beneficios en Salud de conformidad con lo señalado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015; y,
4. Usuario no afiliado a la Entidad Administradora de Plan de Beneficios (EAPB) al momento de la solicitud del servicio.

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

1. Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias (PQRDS): Se utilizarán los datos del sistema de PQRDS de la Superintendencia Nacional de Salud;
2. PQRDS de las entidades territoriales reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud en la estructura que para tal fin determine dicha superintendencia;
3. PQRDS presentadas ante las EPS y entidades adaptadas (EAPB);
4. Tutelas radicadas o informadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO II

PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD NEGADOS SIN JUSTA CAUSA FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC)

Artículo 6°. Detección de negaciones de servicios y tecnologías de salud sin justa causa.

La Superintendencia Nacional de Salud, como cabeza del sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007, los artículos 35, 37 y siguientes de la referida ley, 118 y siguientes de la Ley 1438 de 2011, 17 de la Ley 1966 de 2019 y 4° del Decreto 1080 de 2021, entre otras normas, será responsable de detectar y determinar los servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, con base en las fuentes de información establecidas en el artículo 5° de la presente resolución.

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

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud podrá emitir directrices relacionadas con la captura y el reporte de la información adicional, con base en las fuentes establecidas en el artículo 5° de la presente resolución.

Artículo 7°. Solicitud de aclaración. Cuando se detecten servicios y tecnologías de salud presuntamente negados sin justa causa, la Superintendencia Nacional de Salud deberá solicitar la aclaración, ya sea en medio físico, óptico o electrónico, a la persona natural o jurídica que presuntamente negó la prestación del servicio o el suministro de la tecnología de salud sin justificación, y que esté financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

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

La solicitud de aclaración deberá contener como mínimo:

1. La descripción de los registros o ítems en donde se incluya el nombre, tipo y número de identificación del usuario a quien presuntamente le negaron sin justa causa el servicio o tecnología de salud con cargo a la UPC.
2. La identificación del servicio o tecnología de salud con cargo a la UPC presuntamente negado sin justa causa, con su respectivo Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS) o el Identificador Único de Medicamento (IUM) y descripción del código, incluyendo la fecha de la prescripción del servicio o tecnología de salud.
3. La identificación de la persona natural o jurídica que presuntamente negó la prestación de un servicio o tecnología de salud sin justa causa, incluyendo su nombre, tipo y número de identificación; y,
4. La fuente de información en la cual se basa la identificación de la presunta negación.

Artículo 8°. Respuesta a la solicitud de aclaración. La persona natural o jurídica requerida contará con un término máximo de quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de aclaración, para presentar la respuesta a la solicitud de aclaración en medio físico, óptico o electrónico, en el formato, estructura y conforme a las especificaciones técnicas y operativas que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

En el evento en que la persona natural o jurídica que presuntamente haya negado servicios o tecnologías de salud sin justa causa no presente la respuesta a la solicitud de aclaración, o lo haga en forma extemporánea, la Superintendencia Nacional de Salud dará continuidad al procedimiento de elaboración del informe técnico de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa de que trata el artículo 9º de esta resolución. En todo caso, la referida superintendencia también estará facultada para interponer las sanciones que considere pertinentes, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Artículo 9°. Elaboración del informe técnico de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa. En un término máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción de la respuesta a la solicitud de aclaración o del vencimiento del término para la respuesta, la Superintendencia Nacional de Salud, determinará, conforme a criterios técnicos y jurídicos, el informe técnico de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa, con las razones que sustenten el resultado del análisis, el cual deberá contener como mínimo lo señalado en los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 7º del presente acto administrativo.

Una vez concluido el informe técnico de servicios y tecnologías de salud negados, la referida superintendencia solicitará a la ADRES la información relacionada con los valores adeudados por la respectiva EAPB, a título de prima UPC, junto con la actualización del Índice de Precios al Consumidor (IPC), para lo cual la referida administradora tendrá un término máximo de veinte (20) días hábiles para remitir dicha información.

CAPÍTULO III

REINTEGRO DE LOS RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD NEGADOS SIN JUSTA CAUSA FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC)

Artículo 10. Cálculo de los valores a reintegrar por concepto de servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa financiados con recursos de la prima UPC. En un

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

término máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción de la remisión de la información que le remite la ADRES, la Superintendencia Nacional de Salud, determinará con apoyo de la ADRES, la siguiente información:

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

Artículo 11. Orden de reintegro. Establecidos los valores a reintegrar de manera conjunta entre la Superintendencia Nacional de Salud y la ADRES, frente a los servicios y tecnologías de salud negados sin justa causa con cargo a la prima UPC, la referida superintendencia, expedirá el acto administrativo que ordene el reintegro del valor adeudado junto con la actualización del IPC. Contra el acto administrativo que ordene el reintegro procederá el recurso de reposición de que trata la Ley 1437 de 2011: *“Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”*.

La ADRES, en su rol de administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la entidad responsable de ejecutar la resolución que ordene la devolución de la prima UPC, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º del Decreto Ley 1281 de 2002: *“Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”*, modificado por el artículo 7º de la Ley 1949 de 2019: *“Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones”*, que alude a las funciones de la ADRES en el reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

Para los fines pertinentes, la ADRES realizará todas las gestiones pertinentes y necesarias para el efectivo recaudo de los valores adeudados y para hacer un seguimiento de los pagos que realicen las entidades, presentará informes trimestrales dirigidos a esta Cartera Ministerial y a la Superintendencia Nacional de Salud, en los que se especifiquen los valores efectivamente recaudados, las entidades que realizaron los reintegros y los montos correspondientes en cada caso.

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

CAPÍTULO IV

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 13. Mecanismo de alarma para la identificación de servicios y tecnologías en salud negados. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de su función de definir

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

el conjunto de medidas preventivas para el control de los sujetos vigilados, de conformidad con el numeral 57 del artículo 4 del Decreto 1080 de 2021, incorporará un mecanismo de alarma que se active ante la negación de un servicio o tecnología de salud en aras de proteger la vida y la salud del usuario, en cumplimiento de lo establecido en el Auto 005 de 2024 de seguimiento a la orden decimonovena (19) de la Sentencia T-760 de 2008.

Artículo 14. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el reporte, flujo y consolidación de la información, en el marco de sus respectivas competencias, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y las normas que los modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual, se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y de los datos a los cuales tienen acceso, garantizando en todo momento los principios de finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

Parágrafo 1. En caso de que el tratamiento de la información involucre datos personales sensibles, las entidades deberán cumplir con las disposiciones adicionales establecidas en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

Parágrafo 2. Las entidades deberán implementar las medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad de la información, previniendo su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado, para fines distintos a lo establecido en la presente resolución.

Artículo 15. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir del 1º de julio de 2025, deroga la Resolución 3539 de 2019 y demás disposiciones que le sean contrarias. La Resolución 1716 de 2019 o la norma que modifique o sustituya, seguirá aplicándose para los procedimientos de reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo que se trate de servicios y tecnologías de salud que sean negados y se financien con cargo a la prima UPC, en cuyo caso se aplicará el presente acto administrativo.

Dado en Bogotá D. C., a los XXX

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó: Luis Alberto Martínez Saldarriaga – Viceministro de Protección Social
Margarita María Escudero Osorio – Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Rodolfo Enrique Salas Figueroa – Director Jurídico (E)