

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

### Auto 007 de 2025

**Referencia:** valoración de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** suficiencia de la UPC -Unidad de Pago por Capitación-.

**Magistrado Sustanciador:**  
José Fernando Reyes Cuartas

Bogotá D.C., veintitrés (23) de enero de dos mil veinticinco (2025).

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional para verificar el cumplimiento de las órdenes generales impartidas en la misma, integrada por los magistrados Vladimir Fernández Andrade, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto con base en los siguientes:

### I. ANTECEDENTES

1. En la última valoración de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda, mediante el Auto 996 de 2023 la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 declaró el nivel de cumplimiento bajo de estas, al identificar, principalmente, que: (i) continuaban las deficiencias en el sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y una baja calidad de los datos reportados por las EPS del régimen subsidiado -RS- para calcular su UPC; (ii) que los sistemas de datos no registraban y actualizaban con fidelidad las necesidades de la población; (iii) los registros de la frecuencia de uso de los servicios de salud del RS era deficiente; (iv) el -MSPS- Ministerio de Salud y Protección Social aún no demostraba la suficiencia de la UPC ni equiparó el porcentaje del valor de la prima del RS al 95 % con el valor de la UPC del régimen contributivo -RC- y, (v) no se comprobó la suficiencia de la UPC.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> No se menciona el último auto de valoración, Auto 2881 de 2023, ya que este analizó únicamente la suficiencia de los presupuestos máximos y no de la UPC.

2. Con posterioridad a dicha valoración<sup>2</sup>, y atendiendo a diferentes alertas de las EPS al interior del sistema de salud sobre su posible desfinanciamiento y afectación de la prestación del servicio de salud<sup>3</sup>, la Sala profirió los autos del 16 y 30 de agosto de 2023, con el fin de indagar sobre la situación financiera del sistema de salud. A partir de la información recaudada optó por valorar el componente de PM (Presupuestos Máximos), para lo cual profirió el Auto 2881 de 2023, en el que declaró el cumplimiento bajo del mismo.

3. De igual forma, la Corte estimó necesario pronunciarse sobre el componente de la UPC, dado el llamado de algunos actores del sector salud y ciudadanos<sup>4</sup> que coincidieron en señalar la insuficiencia de los recursos reconocidos al interior del SGSSS para garantizar el Plan de Beneficios en Salud -PBS- y en la existencia de un rezago en el valor de la prima, y, por tanto, consideraron que afectaba de manera contundente la prestación de los servicios y tecnologías PBS.

4. Por lo anterior, en desarrollo de la labor de seguimiento y previo a la expedición de la referida valoración, mediante el Auto 006 del 25 de enero de 2024, la Sala convocó a una sesión técnica con el propósito de profundizar en el estudio sobre la suficiencia de esta prima. Además, solicitó al MSPS la metodología de cálculo<sup>5</sup> empleada para establecer la UPC de 2024. Luego, por medio del Auto del 12 de marzo de 2024 se comunicó la metodología de desarrollo de la sesión y se elevaron algunas preguntas a diferentes entidades y actores del sector salud, cuyas respuestas fueron puestas a disposición de todos los convocados a la sesión, la cual se llevó a cabo el 5 de abril siguiente<sup>6</sup>.

5. Para estudiar el actual cumplimiento de las órdenes y el componente que acá se analiza, se tuvo en cuenta, principalmente, la información allegada al expediente<sup>7</sup> con posterioridad a la última valoración integral que tuvo lugar con el Auto 996 del 26 de mayo de 2023, que corresponde al periodo mayo de 2023 a noviembre de 2024 que acá se analizará, incluyendo la recibida con ocasión de la referida sesión técnica<sup>8</sup>, alusiva a la información que se requiere y

---

<sup>2</sup> Mediante el Auto del 16 de agosto de 2024 se decretó la práctica de pruebas en materia de presupuestos máximos. Al no ser el componente objeto de estudio, no se desarrollará su contenido en esta valoración.

<sup>3</sup> Carta suscrita por las EPS Sanitas, Compensar y Sura el 27-07-23, dirigida al MSPS. Documento del 2-11-23 remitido el 10-07-23, suscrito por la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar, la Cámara de Instituciones para el Cuidado de Salud, la Cámara de Aseguramiento de la ANDI, Gestarsalud y Acemi. Solicitud del 12-12-23 de realizar audiencia pública en el marco del seguimiento a las órdenes 22 y 24 de la Sentencia T-760 de 2008, suscrita por Gestarsalud, Acemi, Asocajas y la ANDI. Documento del 15-01-24 remitido por Gestarsalud, atinente, en particular, a la insuficiencia de la UPC y la brecha existente entre los valores de la prima del RC y el RS. Petición de la PGN del 9-02-24 relacionada con la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Documento de la EPS Sura del 15-05-24.

<sup>4</sup> Solicitud del 5-06-24, “a las Sala de Seguimiento proteja el derecho a la salud determinando medidas que obliguen a la corrección y al ajuste correspondiente del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para los años 2022, 2023 y 2024 [...] [sic]”, elevada por Jesús Botero García, Ramón Abel Castaño, Diego Gómez, Jairo Humberto Restrepo, Cesar Tamayo Tobón y Julio Mario Orozco Africano. Solicitud ciudadana del 12-06-24 consistente en decretar el estado de cosas inconstitucional en materia de salud (órdenes 21 y 22), entre otros.

<sup>5</sup> Metodología allegada mediante documento del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301.

<sup>6</sup> En adelante, cuando se aluda a la sesión técnica, se entenderá que se trata de la surtida el 5 de abril de 2024.

<sup>7</sup> Información proveniente de diferentes entidades. Las referencias se pueden observar en el anexo.

<sup>8</sup> Para evitar repeticiones, el contenido de los informes y algunos documentos allegados antes y con ocasión de

recolecta para efectuar el cálculo de la UPC, a la suficiencia de esta prima y a la equiparación de la UPC-S al 95 % de la UPC-C<sup>9</sup>, la cual se sintetiza en el anexo de este documento.

## II. CONSIDERACIONES

### 1. Competencia

6. En atención a las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991, la Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir este auto.

### 2. Metodología de valoración

7. De conformidad con los niveles de cumplimiento establecidos en el Auto 411 de 2015<sup>10</sup> y lo mencionado en diferentes ocasiones sobre la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas<sup>11</sup>, la Sala estudiará el grado de acatamiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda proferidas en la Sentencia T-760 de 2008.

8. En ese sentido, la Sala concentrará su atención en determinar si los recursos definidos para la UPC<sup>12</sup> son suficientes para que las EPS financien todos los servicios y tecnologías PBS UPC, teniendo en cuenta que el cumplimiento de las obligaciones financieras por parte del Estado con dichas entidades es un asunto de relevancia constitucional, en la medida en que ello contribuye a garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de salud y, de manera consecuente, la protección y prestación del derecho fundamental a la salud. En concreto, la existencia de un Plan de Beneficios en Salud con inclusiones implícitas, comporta un compromiso mayor por parte del Estado para asegurar el acceso a la población a todos los servicios que no se encuentran excluidos expresamente del PBS.

9. Por lo anterior, para efectuar la presente evaluación, la Sala analizará las medidas reportadas, los resultados y posibles avances obtenidos en relación con (i) las deficiencias del sistema de información; (ii) la suficiencia de la UPC y, (iii) la equiparación de la UPC-S en un 95 % al de la UPC-C; y, posteriormente

---

la sesión técnica, se expone de manera breve, general y enunciativa en el anexo de este documento, y se profundiza en la parte considerativa, únicamente, sobre el componente de suficiencia de UPC.

<sup>9</sup> Información que se sintetiza brevemente en el anexo de este documento.

<sup>10</sup> Proferido el 16 de septiembre de 2015, mediante el cual se efectuó el seguimiento a la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008. También se hizo alusión a: (i) el Auto 186 de 2018, que valoró la orden 25; (ii) el Auto 470 A de 2019, que valoró la orden 24; (iii) los autos 109 de 2021, 996 y 2881 de 2023, por medio de los cuales se valoraron las órdenes 21 y 22; y, (iv) el Auto 768 de 2022, mediante el cual se valoró la orden 27, entre otros.

<sup>11</sup> Cfr., autos 140 y 470 A de 2019, y autos 108, 109 y 110 de 2021.

<sup>12</sup> Prima cuyo estudio forma parte del alcance de las órdenes que buscan que las fuentes de financiación del PBS alcancen el nivel de suficiencia necesario para cubrir la prestación de servicios PBS UPC y PBS no UPC.

(iv) valorará el nivel de cumplimiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo.<sup>13</sup>

### **3. Superación de las deficiencias del sistema de información<sup>14</sup>**

10. En este aparte se verificará si persisten las fallas relacionadas con las deficiencias de la información que sirve como base para calcular la UPC, y si han surgido nuevos inconvenientes que impidan efectuar el cálculo de la prima con mayor precisión en ambos regímenes para garantizar su suficiencia. Por consiguiente, la Sala se pronunciará sobre (i) la inexistencia de herramientas para contrastar la información reportada por las EPS con otras fuentes; (ii) el desacuerdo en las frecuencias de uso de las prestaciones en salud; (iii) los procesos de calidad y validación de datos; (iv) la información empleada para calcular la UPC-C; y, (v) las deficiencias en la información considerada para calcular la UPC-S. A partir de lo anterior, verificará la existencia de medidas, su conducencia, los resultados arrojados y los posibles avances o retrocesos obtenidos.

#### **3.1. Sobre la inexistencia de herramientas para contrastar la información reportada por las EPS con otras fuentes**

11. La Adres aludió a un estudio de la Universidad Nacional<sup>15</sup> sobre el cálculo de la UPC del 2011, en el que se encontró que “los rubros crecían anualmente un 5 o 6 %”<sup>16</sup> pero “medicamentos crecía un 45 %”<sup>17</sup>. Esto, para indicar que algunas EPS presentaban un crecimiento inusitado y excepcional, pues registraban unas cifras de gastos que triplicaban el costo de los medicamentos, y que, cuando se recibe información de este tipo, es necesario precisar qué ocurre.

12. Según la administradora, la Universidad afirmó que, el problema era que la información procediera de las EPS sin que existiera un método de verificación o contrastación para cotejar las cifras<sup>18</sup> y por esto, las EPS presentaban la información que les provocaba, alguna veces, la mitad de la información necesaria para el cálculo de la UPC y en otras ocasiones un 30% más de información de lo que presentan en gastos en el documento certificado del revisor fiscal y el gerente de la misma empresa, lo cual consideró incongruente

---

<sup>13</sup> A lo largo del texto y en los apartes que corresponda, la Sala hará mención sobre las diferentes solicitudes e inquietudes que fueron elevadas por varios actores del sector salud tanto en la sesión técnica como en algunos documentos allegados a la Sala, y que se recogieron en el análisis efectuado y se tuvieron en cuenta en su mayoría, en las consideraciones y parte resolutive de esta valoración. Los asuntos no relacionados con la UPC se tratarán en la valoración de los autos que corresponda.

<sup>14</sup> Cabe advertir que, en virtud del principio de la buena fe, la Sala Especial de Seguimiento tendrá por ciertas las afirmaciones emitidas por las autoridades obligadas, toda vez que no se requirieron soportes documentales que respaldaran las mismas, atendiendo a la magnitud de la orden y el desgaste administrativo que ello podría implicar. Por esta razón el análisis parte de los documentos remitidos y las medidas evidenciadas por la Corte.

<sup>15</sup> No expuso qué estudio en concreto ni los rubros a los que aludió.

<sup>16</sup> La Adres no discriminó que rubros.

<sup>17</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 33:45.

<sup>18</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 33:45.

“por no decir falsa”<sup>19</sup>. Al respecto, la entidad expuso que en ese entonces se pidió a la CRES que se pudieran contrastar las facturas que daban lugar a ese valor, y no se aceptó ningún tipo de verificación. La Sala debe puntualizar que la Adres, a pesar de tener conocimiento de esta falencia que se puso en conocimiento desde el 2011, no ha implementado un mecanismo que permita contrastar la información.

13. La Adres expuso que el equipo de la Universidad estimó necesario validar la información de las EPS con auditores, para determinar si se observaban valores extremos en los datos tanto en frecuencias como en costos de los servicios y comprobar las causas de las desviaciones. Sin embargo, aseguró que esto no se pudo llevar a cabo y se sustituyó por una verificación de suficiencia de los archivos y retroalimentaciones con las EPS cuando se presentaran problemas en la estructura de aquellos.

14. Por su parte, el mismo Ministerio también ha resaltado la mala calidad de la información con la que se cuenta para calcular la prima, pero, a pesar de que este problema viene de años atrás, para esta valoración no reportó la implementación de medidas conducentes o acciones para superar este obstáculo<sup>20</sup>. Sobre esto, la Sala concuerda con Acesi, quien afirma que comporta un inconveniente que el único que valide la información sea el MSPS<sup>21</sup>, y con la Asociación Colombiana de la Industria Farmacéutica -Ascif-<sup>22</sup>, en la importancia de garantizar un sistema de información transparente<sup>23</sup> y asequible a todos, que permita, no solo la trazabilidad del uso de los recursos, sino que también consigne datos de calidad que acerquen el valor de la UPC a la suficiencia.

15. A parte de esto, la Sala no encuentra justificación frente a la inacción del Ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud -SNS- y demás entidades de control para sancionar efectivamente el incumplimiento de la obligación de reporte, cuando ello repercute negativamente en la definición de la UPC. Sobre este particular, debe recordarse que la SNS expuso que no halló sanciones por no reporte de información para el cálculo de la UPC<sup>24</sup>, cuando la Sala considera este, uno de los problemas principales del cálculo de la prima en ambos regímenes.

16. En línea con esta obligación, el Observatorio Así Vamos en Salud<sup>25</sup> indicó que se requiere que los reportes de los catálogos financieros a la SNS, tanto de

---

<sup>19</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 36:40.

<sup>20</sup> Cabe recordar que desde el Auto 411 de 2016 la Sala ordeno al MSPS “adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considere pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información”.

<sup>21</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acesi, minuto 3:32:10.

<sup>22</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Ascif, minuto 3:27:58.

<sup>23</sup> Así Vamos en Salud también aludió a la necesidad de mejorar la transparencia de la información, en concreto sobre los costos y las variables para el cálculo de la UPC.

<sup>24</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la SNS, minuto 2:06:31. Durante su intervención, la SNS propuso armar una mesa de diálogo con el MSPS para entender cómo fue reportada la información y cumplir con sus obligaciones de inspección y vigilancia y de encontrar deficiencias proceder con la apertura de las correspondientes investigaciones.

<sup>25</sup> En adelante, también, Así Vamos en Salud.

EPS como de IPS, se entreguen a tiempo para evaluar mejor los ingresos y gastos de los operadores del sistema<sup>26</sup>, lo que, en parecer de la Sala, indica un retraso y, por ende, deriva en un incumplimiento por falta de entrega oportuna de esta información.

17. La Corte estima entonces, que lo problemático no es solo que la información con la que se calcula la UPC provenga y dependa de unas pocas EPS, así acojan a un gran número de afiliados, como se analizará más adelante -*cfr.* 3.4. -, entre otras cosas, sino que no sea posible contrastar su veracidad frente a otras fuentes. También es cuestionable que esta falencia haya sido advertida desde hace años (2011) y, aun así, no se hayan desplegado acciones al respecto<sup>27</sup>, pues como se mencionó, ninguna alusión concreta ha hecho el Ministerio y tampoco se han evidenciado medidas al respecto. Ahora, por no contar con la información de calidad necesaria proveniente de las EPS<sup>28</sup>, para la vigencia de 2024 la UPC-S se calculó con información directa de las IPS públicas, a pesar de que en la sesión técnica expuso que según la metodología de cálculo solo se acude a los datos de EPS<sup>29</sup>.

18. Sobre esto último, al igual que estimó Gestarsalud, la Sala considera que el Ministerio tampoco explicó de forma precisa y clara la manera cómo se incorporó la información de las IPS públicas en el cálculo de la UPC-S, siendo que en este régimen también se prestan servicios a los afiliados a través de IPS de carácter privado cuyos datos no se consideraron, lo que sin duda puede generar una distorsión en la información obtenida. Esto a pesar de haberse corrido traslado de todos los documentos allegados por diferentes actores del sector salud previo al desarrollo de la sesión técnica.

19. En efecto, aunque lo expuesto por la Adres alude a un problema evidenciado en el 2011, sus argumentos permiten a la Sala concluir que, en la actualidad<sup>30</sup>, este inconveniente de falta de contrastación se sigue presentando, además, porque el MSPS no ha reportado la implementación de un mecanismo para efectuar esta comparación de datos. La Sala observa que este proceso permitiría confrontar diferentes fuentes de datos que se emplean para el cálculo de la UPC, y ello permitiría reducir el margen de error de información y descartar aquellos datos que no concuerden, además de dotar de transparencia los procedimientos y permitir la comprobación de la validez y veracidad de la información.

20. Por todo lo anterior, se considera de suma importancia que se implemente un mecanismo que permita contrastar los datos con los que se calcula la UPC y se adelanten las investigaciones pertinentes ante el incumplimiento de la

---

<sup>26</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Así Vamos en Salud, minuto 3:52:51.

<sup>27</sup> Sobre este tema, ver la sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 33:45.

<sup>28</sup> Ley 1122 de 2007. Artículo 16. “Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). [...]”.

<sup>29</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención dl MSPS, minuto 17:00.

<sup>30</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 38:00.

obligación de reporte completo y oportuno por parte de las EPS, por no acatar las medidas que pueda adoptar el MSPS para mejorar la calidad de la información. Por esto, le ordenará al MSPS que implemente dicho mecanismo.

### 3.2. Sobre el desacuerdo en las frecuencias de uso

21. Por otra parte, no hay claridad para la Sala sobre las verdaderas frecuencias de uso y si la información que se tiene en cuenta para el cálculo de la UPC recoge datos con precisión, pues, mientras que el MSPS señala que bajaron<sup>31</sup>, los actores del sector salud afirman que hubo un aumento y variaciones por el Covid<sup>32</sup> y por la prestación de servicios de salud a pacientes recuperados de este<sup>33</sup>. En concreto, el Ministerio indicó que la información suministrada por las EPS no representa un incremento de las frecuencias de uso derivadas del post Covid<sup>34</sup>.

22. En contraste, Gestarsalud señaló que entre el 2021 y el 2022 en el RS se registró un aumento del 15 % en la prestación de servicios en cabeza de sus agremiadas, y que el gasto pasó de 7.4 billones a 9.2 billones, lo que representó un incremento del 24 % de los costos<sup>35</sup>. Por su parte, Acemi manifestó que, en el 2020 se presentó una caída en las frecuencias de uso pero que en el 2021 esta situación se revirtió y hubo un incremento del 20.8 %<sup>36</sup>.

23. Al respecto, Acemi allegó un estudio de Anif en el que se expone que, antes de la declaración de la pandemia, el cálculo de la UPC capturaba de manera óptima la prestación de los servicios de salud; sin embargo, después se generó un desfase por los cambios derivados de las frecuencias de uso, los incrementos asociados a los costos, y a los precios para la prestación de los servicios<sup>37</sup>. Así mismo, en el estudio de siniestralidad de Numeris<sup>38</sup> allegado por esa asociación, se planteó que uno de los efectos de las debilidades metodológicas ha sido el incremento de la siniestralidad en cada año y acumulada.

24. El referido estudio concluyó que la siniestralidad ha registrado una tendencia creciente, especialmente a partir del 2015, y que su incremento se da para el cálculo anual y el acumulado. Según este, “[e]n el primer caso se han registrado valores de 102.5 % y 99.1 % para los años 2022 y lo corrido de 2023”; “En el segundo caso se presenta un incremento de 6.3 % en los últimos 11 años”. Así, expuso que, “suponiendo la siniestralidad teórica del 90 % y haciendo uso de la información contable reportada por las EPS, se estima un déficit

---

<sup>31</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS, minuto 25:00. Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 42.

<sup>32</sup> Documento de Gestarsalud del 23-04-2024, folio 8.

<sup>33</sup> Documento de Gestarsalud del 27-03-2024. Radicado 3381. “Corte Constitucional RtaOficioOPTC15324”.

<sup>34</sup> Presentación Power Point del MSPS empleada en la sesión técnica del 5 de abril de 2024. Diapositiva # 71.

<sup>35</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Gestarsalud minuto 2:46:00. Documento de Gestarsalud del 12-04-2024. Folios 3 y 10.

<sup>36</sup> Documento de Acemi del 12 de abril de 2024. Folio 21.

<sup>37</sup> Centro de Estudios Económicos. Estudio allegado por Anif. Folio 2.

<sup>38</sup> Estudio Técnico Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud junio de 2023. Folio 4.

acumulado de \$15.8 billones de pesos para el periodo 2011-2023”. Finalmente, explicó que “el ingreso disponible para cubrir los gastos administrativos que han tenido disponibles las EPS del régimen contributivo ha sido 4.6 % en el acumulado histórico, diferente al legalmente establecido del 10 %”<sup>39</sup>.

25. Gestarsalud, por ejemplo, señaló que “según estudio de una de [sus] agremiadas que analizó la frecuencia de usos de servicios de la población afectada por el Covid antes y después de la pandemia, se observa que la frecuencia se incrementa en un 37.05 % y 6.87 % entran a una cohorte de riesgo (sic)”<sup>40</sup>.

26. Para la Sala, estas y otras menciones que han tenido lugar en diferentes medios de comunicación<sup>41</sup>, ponen en evidencia que, el Covid sí generó un impacto en las frecuencias de uso y, por ende, en el incremento de los gastos para cubrir la prestación de servicios en salud. Así, cabe recordar que, no por nada los gobiernos de diferentes países tuvieron que fortalecer y aumentar la capacidad instalada de los sistemas de salud mediante inversiones adicionales a las presupuestadas. Colombia particularmente, no contaba con dicha capacidad instalada para atender suficientemente a los pacientes afectados con la enfermedad. Ello implicó inversión tanto en equipos médicos, como medicamentos, recurso humano, capacitaciones y vacunas, entre otros.

27. De igual modo, esto comporta falta de calidad y precisión de la información, lo cual deriva en desacuerdos entre los mismos actores del sector salud, aparte de poner en duda la veracidad de las afirmaciones del MSPS que, contrastada con datos como los acá expuestos -*ver ffs. 22 a 25-*, carece de fundamento y deja en evidencia que es otra la realidad. La Corte observa que en efecto existieron variaciones en la prestación de servicios en el 2020 que ocasionaron disminuciones de estos ante el confinamiento declarado por el Gobierno<sup>42</sup>, como el mismo MSPS puso de presente<sup>43</sup>, pero también un aumento en el 2021 y las vigencias siguientes, no solo al decretarse la terminación del confinamiento sino también por los síntomas adicionales que comenzó a padecer la población con posterioridad a haberse contagiado con Covid-19, lo que pudo representar mayor gasto para su cobertura -*ver ffs. 22 a 25-*.

28. Además de las variaciones expuestas -*ffs. 22 a 25-*, la ANDI puso de presente un estudio<sup>44</sup> en el que expuso que hasta el 2024 “por primera vez desde

---

<sup>39</sup> Estudio Técnico Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud junio de 2023. Folio 23.

<sup>40</sup> Doc. de Gestarsalud del 27-03-2024. Radicado 3381. “Corte Constitucional RtaOficioOPTC15324” folio 5.

<sup>41</sup> <https://www.eltiempo.com/salud/pandemia-provoca-incremento-en-el-coste-de-servicios-de-las-eps-627846> . <https://consultorsalud.com/deudas-entre-las-eps-y-los-hospitales-publicos/> . <https://acemi.org.co/prensa/para-2022-por-cada-100-que-recibieron-las-eps-se-pagaron-102-para-prestar-servicios-de-salud/> . Páginas consultadas el 5-11-2024.

<sup>42</sup> Documento de la Defensoría del Pueblo del 19-03-2024. Folio

<sup>43</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-destin%C3%B3-billonarios-recursos-en-atenci%C3%B3n-a-la-pandemia.aspx> . “Añadió que el año pasado con los aislamientos, se vivenció una baja en los servicios de salud por parte de las personas.” Noticia del 21 de noviembre de 2021.

<sup>44</sup> Documento del 1 de octubre de 2024. Estudio “Punto de inflexión de Caja Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia”. Este documento fue elaborado por Sectorial S.A.S, firma designada por la



el inicio de la pandemia, se [observaba] una disminución en las atenciones médicas, un fenómeno que parece vincularse a la crisis financiera e institucional que afecta el sector salud.” Por esta misma línea la Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud de la ANDI<sup>45</sup> señaló que la sostenibilidad financiera se ha visto afectada, entre otras razones, por el efecto del denominado “Covid prolongado”.

29. Ahora, según algunos reportes<sup>46</sup>, esta disminución en la prestación de servicios en el 2020 con ocasión del Covid-19, no significó propiamente menor gasto, toda vez que aumentó el “costo medio de atención” debido al elevado valor de la atención intrahospitalaria de los afectados graves por este virus y en la entrega de insumos, equipos de protección personal, atención domiciliaria y número de atenciones de tele consulta y virtuales<sup>47</sup>. Por su parte Consultorsalud citó<sup>48</sup> que a finales de 2021 el costo de la pandemia ascendió a 15.5 billones de pesos y la Cámara de Aseguramiento de la ANDI afirmó<sup>49</sup> que entre los años 2021 y 2022 se presentó un incremento del 15% en el número de las atenciones totales del SGSSS, lo que representó un incremento de 91 millones de servicios al año, según datos de 9 EPS dispuestas por el MSPS.

30. El Instituto Nacional de Salud a finales de 2022<sup>50</sup> estimó que parte de los sobrevivientes de Covid-19 en Colombia desarrollaron síndrome post-Covid, lo que se evidenció en mayor medida en el subgrupo de personas que requirieron hospitalización, es decir, que presentaron otros síntomas o persistencia relacionados con desórdenes pulmonares, cardiovasculares, nerviosos, mentales, entre otros<sup>51</sup>.

31. En un estudio de la GES -Grupo de Economía de la Salud- Universidad de Antioquia y la ANDI se indicó que “Colombia dispuso recursos adicionales para la atención de la pandemia, provenientes del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), con unos US 10.800 millones de 2020, de los que se han asignado US 4.300 millones para salud”<sup>52</sup>.

---

ANDI “para identificar si existe una falta de recursos financieros en el sector salud y su eventual impacto en las Instituciones Prestadores de Salud (IPS)”.

<sup>45</sup> Con ocasión de la sesión técnica.

<sup>46</sup> Doc. de Acemi del 12-04-24. Folio 22.

<sup>47</sup> Estudio de Numeris. “Propuesta de Metodología de Cálculo de UPC para el año 2021 Régimen Contributivo de Salud”.

<sup>48</sup> Noticia del 22 de octubre de 2021. <https://consultorsalud.com/pandemia-covid-colombia-155-billones/#:~:text=A%20%2415%2C5%20billones%20asciende%20el%20costo%20de%20la%20pandemia%20en%20Colombia>

<sup>49</sup> Documento allegado con ocasión del decreto probatorio del 12 de marzo de 2024 en el marco de la sesión técnica de UPC.

<sup>50</sup> En su informe No. 14 <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/14.%20Panorama%20de%20eventos%20en%20salud%20pública.pdf>.

<sup>51</sup> En documento allegado con ocasión del decreto probatorio del 12 de marzo de 2024 en el marco de la sesión técnica de UPC, la Cámara de Aseguramiento de la ANDI también aseguró que con posterioridad a la pandemia la población está consultado y requiriendo más atenciones por algunos diagnósticos relacionados con enfermedades cardiovasculares y salud mental y que esto se refleja en el incremento en el número de atenciones por estos eventos en salud entre 2019 y 2022 en un 18% y 6% respectivamente.

<sup>52</sup> Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina. Folio 4. GES -Grupo de Economía de la Salud-. Facultad de Ciencia Económicas de la Universidad de Antioquia. ANDI Más País.

32. En efecto, a parte de lo enunciado, la Sala tiene presente que para esta época el Gobierno tuvo que girar más recursos para atender los servicios Covid-19 y comprar cartera en mora con las IPS para poder pagar deudas que afectaban el flujo de los recursos y ponían en riesgo las atenciones en salud con ocasión de la emergencia, lo que demostró la necesidad de cubrir atenciones adicionales diferentes a las financiadas por la UPC y PM.

33. Ante este panorama, la Sala no coincide con la afirmación del Ministerio, de que no hubo un aumento en las atenciones de salud con ocasión del Covid-19, pues ello desconoce el impacto efectivo que tuvo la declaratoria de la pandemia en la economía y sostenibilidad financiera de las EPS<sup>53</sup>, que incluso, como se analizará más adelante, deriva en un rezago que las prestadoras de salud han acumulado en sus estados financieros. Además, de manera contradictoria, el mismo Ministerio expuso que los únicos ajustes adicionales para el cálculo de 2024 consistieron en la incorporación de una proyección de frecuencias “con el fin de conjurar las alteraciones de comportamiento como las relativas a tendencias de extensión de uso como las frecuencias de uso derivadas del post-Covid”<sup>54</sup>, lo que contradice su negación de que el Covid no generó incremento de estas.

34. Siguiendo esta línea, Gestarsalud expuso que hubo un aumento en las frecuencias de uso, entre otras cosas, por el incremento de las inclusiones de 2022, mientras que “el mismo Ministerio [afirmó] que cuando se incorporaron la frecuencia de uso incrementó”. Así mismo, que existen usos esperados que aumentan por la implementación de las rutas de atención integral en salud (RIAS) obligatorias<sup>55</sup>. Sobre el particular, indicó en relación a la severidad, que para el 2022 hubo una variación de 9 puntos, lo que genera un desajuste en el cálculo. A su vez, anotó que se presenta un desajuste marcado en los cálculos desde 2022 y estos valores sirvieron de base para los años subsiguientes, sin que se hayan hecho los reajustes correspondientes<sup>56</sup>.

35. Aunado a esto, se reportaron inconvenientes con la contratación de mediana y alta complejidad por parte de Acesi, la cual afirmó que las modalidades de contratación por pago global prospectivo o pago por presupuesto son deficitarias, toda vez que no obedecen a las frecuencias de uso de acuerdo con las necesidades de la población y a los costos de las instituciones y se convierten simplemente en “un evento con techo en donde el usuario es el mayor perjudicado porque una vez se terminan esas frecuencias o esos recursos simplemente”<sup>57</sup> se llama a la mayoría de los prestadores y la respuesta más fácil es que “no hay agenda”. Esto, bien sea porque las citas con especialista

---

<sup>53</sup>

<https://www.ANDI.com.co/Uploads/Documento%20de%20Trabajo%20Gasto%20en%20salud%20y%20covid-19.pdf> . Página consultada el 5-11-2024.

<sup>54</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 31.

<sup>55</sup> Documento de Gestarsalud del 12-04-2024, folio 3.

<sup>56</sup> Documento de Gestarsalud del 12-04-2024, folio 3.

<sup>57</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acesi, minuto 3:33:00.

terminaron o no tienen disponibilidad para cirugía, entre otras, porque los recursos trasladados para prestadores no fueron suficientes.

36. La Sala concuerda con Acesi en que las cifras sobre las verdaderas frecuencias de uso pueden verse alteradas, en casos como la negación de citas que, si tuvieran lugar por contar con disponibilidad de atenciones para los usuarios en todas las áreas y de forma permanente, aumentaría los registros. En el Auto 996 de 2023 -f.j. 253- la Sala planteó su preocupación por el impacto que genera en los registros de las frecuencias de uso, “la falta de información que evidencie las barreras de acceso a los servicios en salud de la población, especialmente de aquella que habita en zonas alejadas y dispersas del país con elevadas dificultades para acceder al médico, [particularmente] por las distancias a los centros médicos y los obstáculos para transportarse desde lo rural hasta los centros urbanos en donde se concentra la mayor oferta en salud”.

37. Sobre las negaciones, cabe mencionar que, en el Auto 005 de 2024<sup>58</sup>, la Sala destacó 485 negaciones registradas en el 2021, cifra que aumentó en un 2.907% (o 30 veces más) durante la siguiente vigencia, y alcanzó 14.582 negaciones en el 2022. Con posterioridad a este auto, la Sala observó que esta cifra siguió en aumento y en el 2023 se triplicó y ascendió a 49.476 negaciones de servicios financiados con recursos de la UPC en ambos regímenes<sup>59</sup>. Sin duda, de haberse prestado estas atenciones, las frecuencias de uso habrían arrojado otros valores.

38. Si se tiene en cuenta además, que la metodología allegada en marzo del 2024 por el MSPS<sup>60</sup>, conforme a la cual se establece el valor de la UPC en cada vigencia, partió de “la disponibilidad de información de la base de prestación de servicios del 2022” para calcular la UPC de 2024, es decir, conforme a las frecuencias de uso históricas, no solo no se tienen en cuenta las variaciones que pudo registrar el año inmediatamente anterior (2023), sino el impacto de las cifras de negaciones que reflejan prestaciones que pudieron tener lugar y alterarían las frecuencias de uso.

39. Otro inconveniente planteado por Acemi, es que “existe un desbalance estructural entre el reconocimiento de las actividades de “promoción y prevención” y las metas de población a cubrir exigidas por la norma, pues, la UPC se calcula tomando en cuenta frecuencias de uso históricas y no la población que debe recibir estos servicios”<sup>61</sup>. Sobre esto, explicó que la norma técnica exige que se realice cada año una mamografía a la mitad de las mujeres

---

<sup>58</sup> Que valoró la orden décima novena de la Sentencia T-760 de 2008.

<sup>59</sup> Datos obtenidos de los informes de servicios negados, remitidos a la Corte por parte del MSPS correspondientes al I, II, III y IV trimestre de 2023, en cumplimiento a la Orden 19 el 16/06/2023, 21/09/2023, 15/11/2023 y 29/02/2024 respectivamente.

<sup>60</sup> “Metodología - Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación 2024: Recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud”. Folio 27. En documento del 20-03-2024 el MSPS señaló: “el análisis y cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para la vigencia 2024, tiene como base la información correspondiente a las prestaciones de los servicios y tecnologías financiados con la UPC en el periodo de experiencia comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año 2022, con corte al 31 de marzo de 2023”.

<sup>61</sup> Documento de Acemi del 20-03-2024, folio 20.

mayores de 50 años, y con esto, la asociación considera que la nota técnica de la UPC toma una frecuencia de uso “muy inferior” a la que se requiere para cubrir dicha población. De este modo la UPC no se estima para reconocer “las mayores frecuencias exigidas año tras año en esta materia”<sup>62</sup>.

40. En suma, la Sala considera que, no es apropiado establecer las frecuencias de uso, como se mencionó *-ver ffs. 35, 36*, con desconocimiento de las diferentes barreras que impiden a los usuarios acceder a los servicios de salud o del número de pacientes que efectivamente hubiera accedido a estos, o incluso de la imposición de trámites excesivos, o con ausencia de seguimiento a los pacientes y tiempos de espera, además de la accesibilidad geográfica o las diferencias en la disponibilidad de infraestructura y talento humano, entre otros.

41. En consecuencia, para la Corte, lo expuesto contradice las afirmaciones del MSPS en relación con que las frecuencias de uso no han aumentado, especialmente con ocasión de la pandemia, pues las cifras presentadas reflejan un evidente incremento de estas. Así, de acuerdo con lo que se viene explicando a lo largo de esta providencia y lo que se expondrá más adelante, se tiene que, *por la baja calidad de los datos y la falta de información, no se ven reflejadas las verdaderas frecuencias de uso al interior del SGSSS*.

### 3.3. Sobre los procesos de calidad y validación de datos

42. En relación con los procesos de calidad de las bases de suficiencia, la Corte desconoce por qué se arroja un resultado tan bajo en registros seleccionados. Si las EPS cargaron aproximadamente 871 millones de registros en las bases de suficiencia y al final de la aplicación de las mallas de validación solo fueron considerados 319 millones de registros, significa que 552 millones de registros -el 63 %- no fueron considerados<sup>63</sup>.

43. Aun cuando el MSPS reportó los errores registrados en la información de las EPS no efectuó mayor desarrollo de los mismos y para la Corte sigue siendo confuso por qué la información de las EPS del RC continúa sin superar las mallas de validación y por ello no puede emplearse en el cálculo de la UPC. En concreto, explicó que los “criterios definidos para establecer la calidad de la información de las EPS que reportaron se agrupan en 9 grupos (sic) y aludió a cada uno. Así mismo, informó que presentó “los principales errores encontrados después de la retroalimentación realizada con las EPS” en su información, para lo cual se diseñó un algoritmo de clasificación que construye conjuntos de errores para no categorizar varias veces uno de estos. Al respecto, aunque no hubo mayor desarrollo, señaló que los “principales grupos donde se presentaron más inconvenientes son valores atípicos, derechos y calidad123 (C123)”<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Documento de Acemi del 20-03-2024, folio 20.

<sup>63</sup> Según Acemi, para la vigencia del 2022.

<sup>64</sup> Documento del 20-03-2024 el MSPS. Folio 7. Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 21:39.

44. En la sesión técnica el Ministro de Salud<sup>65</sup> presentó un cuadro con los reportes de prestación de servicios de las EPS cuya información no superó los parámetros de calidad, y enunció el grupo de calidades. Si bien se lee la causal que conllevó a que determinado número de registros no superaran los procesos de calidad, y se dilucida que por falta de tiempo no pudo profundizar al respecto, en esa diligencia se le informó que podría desarrollar los puntos que quedaran faltando o que considerara en el documento de conclusiones finales que remitiera. Sin embargo, allí tampoco desarrolló este punto a profundidad.

45. Tampoco es claro por qué los datos presentados por las EPS del RS no superan los procesos de calidad y durante años se haya tenido que acudir, para establecer esta prima, a los del RC si también presentan falencias, o a los datos de las IPS como ocurrió para la UPC-S del 2024, que además se concentró en IPS públicas y no en las privadas cuando estas últimas son la gran mayoría *-ut infra* 46-. Así, se evidencia que la información sigue sin superar las mallas de validación y en lugar de evidenciar mejorías se refleja un retroceso, sin que sean claras las razones de esta falla.

46. Esta corporación debe resaltar que, a pesar de que las IPS privadas superan en un alto porcentaje a las públicas, pues de 11.366 IPS 10.350 son privadas<sup>66</sup>, según el MSPS, solo se consideró información de las públicas. Esto significa que gran parte de la información sobre la prestación de servicios del RS no fue considerada en el cálculo de la UPC-S 2024<sup>67</sup> y esto altera los resultados en el valor de la UPC calculado, pues no se tienen en cuenta el universo completo y diverso de datos que pueden aportar las IPS de diferente naturaleza, pues los registros individuales que se obtienen del sistema de información de las EPS no incluirán procedimientos realizados, medicamentos dispensados o administrados, insumos y dispositivos médicos suministrados durante el año que se analice con base en diferentes IPS sino únicamente en aquellas de naturaleza pública.

47. En atención a esto, la Sala advierte que el MSPS podría contrastar los datos remitidos por las EPS directamente con la fuente de origen, las IPS, siempre que se compruebe que esta también cumple con los estándares de calidad exigidos, y esto permitiría disminuir inconsistencias en la información y dar mayor transparencia a los procesos. Ahora, el Ministerio no mencionó nada sobre los procesos aplicados para verificar la calidad y veracidad de los datos provenientes de las IPS en aras de garantizar datos confiables. Sin embargo, tampoco puede ignorarse que, cuando la información pasa de una fuente a otra, puede perder su calidad.

48. En conclusión, es necesario que el MSPS identifique y explique por qué, con ocasión de la aplicación de los procesos de calidad de las bases de

---

<sup>65</sup> Minuto 21:39.

<sup>66</sup> *Cfr.* Auto del 1 de abril de 2024 que valoró la orden 29. “La Sala Especial verificó el número de sedes públicas y privadas y concluyó que, según REPS de las 11.366 IPS, 10.350 son privadas, 999 son públicas y 17 mixtas.

<sup>67</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>

suficiencia, se presenta un bajo número de registros aprobados, e implemente las medidas que permitan corregir las falencias existentes, bien sea para que las entidades reportantes puedan conocer qué aspectos mejorar, y cada vez sea mayor la información que supere esos procesos y optimice su calidad, en caso de identificar que el problema tiene origen en las EPS, o para que el MSPS ajuste sus procesos si son estos los que ocasionan una recolección de información deficiente. Por esto, se le ordenará que implemente las medidas necesarias para corregir los problemas en el reporte de la información, oportunidad, su calidad y cantidad, de manera que esta provenga de todas las EPS y sea confiable para estimar la UPC en ambos regímenes.

#### 3.4. Información empleada para calcular la UPC del régimen contributivo

49. El MSPS expuso que en el RC 5 EPS superaron los parámetros de calidad, y fue empleada la información de 4, Salud Total EPS, Sura EPS, SOS EPS y Nueva EPS, las cuales representan, según el Ministerio, aproximadamente el 60% de la población afiliada y el 62.24% del gasto total reportado para el régimen. En un principio, aunque la Sala tuviera por cierto que la cobertura es del 60% de la población como manifiesta el Ministerio, no se puede ignorar que la calidad y cantidad de información se ha reducido cuando se registra que el cálculo de la UPC-C se efectuó con base en los reportes de tan solo 4 entidades<sup>68</sup>.

50. Lo anterior, debido a que para la vigencia de 2020 ingresaron al estudio para el cálculo de la UPC-C, 9 EPS, de igual forma para 2021 y 2022; sin embargo, en el 2023 fueron tenidas en cuenta 7 EPS y como se mencionó, en el 2024 se evidenció un retroceso al contar tan solo con los registros de 4 entidades<sup>69</sup>.

51. Ahora, cabe resaltar que, según Gestarsalud, la representatividad de los afiliados corresponde al “42.19 %” y no al “60 %” como señala el Ministerio<sup>70</sup>, y que este último no explicó de forma clara “si el porcentaje de las EPS seleccionadas es representativo de la estructura de riesgo del sistema determinada por edad, género ubicación y patologías”.

52. Además de lo expuesto, la Sala considera que esta cantidad de EPS no puede considerarse representativa. Al revisar la misma fuente de datos del MSPS<sup>71</sup>, quien manifestó en la sesión técnica que los datos considerados en el cálculo de la UPC correspondieron únicamente a las EPS-C, se encontró que los afiliados a las 4 EPS en el RC ascendían a 13.209.463, lo que representa un 25.69% del total de la población afiliada, esto es 51.422.914. Por lo anterior, no puede considerarse que los reportes de estas 4 EPS provienen tanto del RC como del RS que suman un total de 20.604.993 afiliados, lo que permitiría hablar de una

<sup>68</sup> Ver al respecto, documento de Gestarsalud del 23-04-2024. Folio 7.

<sup>69</sup> Doc. del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301. Folio 15. Ver anexo 2.

<sup>70</sup> Doc. de Gestarsalud del 01-04-2024. Folio 3. Ver también presentación de Power Point expuesta en la sesión técnica. Diapositiva 4.

<sup>71</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx> .

representatividad del 40.07% en relación con el total de la población afiliada, cifra que tampoco se acerca al 60 % planteado por el MSPS.

53. En consecuencia, la Sala considera que el 25.69 % de la población afiliada no resulta representativa, pues no supera ni la mitad de los afiliados de todo el país y para esto se requiere que la muestra empleada para el cálculo tenga las mismas propiedades que toda la población que representa<sup>72</sup>. Esto, porque las EPS se encuentran ubicadas en las ciudades más grandes del país, y ello deja de lado las zonas dispersas y con mayores dificultades de acceso a los servicios de salud, además de tratarse de una minoría de entidades en relación con el total de EPS. De manera que, esta muestra podría no representar de manera fiel a gran parte de la población afiliada por todas las EPS del país y a lo largo del territorio.

54. Sin embargo, el Ministerio resaltó que la información recolectada es “muy representativa” así provenga de tan solo 4 EPS ya que afilian cerca de 16 millones de personas repartidas en todo el territorio colombiano<sup>73</sup>. Al respecto, Así Vamos en Salud concluyó que “la calidad de la información adoptada para el cálculo de la UPC de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 [disminuyó] en su representatividad sobre la información total”.<sup>74</sup>

55. Ahora, de modo general, la Sala identificó que a diciembre de 2022<sup>75</sup>, según información extraída de la página del MSPS, que el SGSSS afiliaba a 51.422.914 de personas, de las cuales 23.527.972 millones de personas pertenecían al RC. Partiendo de la veracidad de estas cifras, ello significaría que el número de afiliados al RC no supera ni la mitad de la población del SGSSS y, a su vez, que las supuestas 16 millones de personas que según el Ministerio se encontraban afiliadas a las EPS cuyos datos se consideraron en el cálculo de la UPC, tan solo representaban el 31.11 % de los afiliados al sistema<sup>76</sup>.

56. La cartera de salud reportó que excluyó la información de la quinta EPS, Compensar, a pesar de haber alcanzado una “cobertura del 90.34 %”<sup>77</sup>, pues, estimó que, una vez efectuado el análisis de la consistencia interna, esta no guardaba relación con la información suministrada por las demás EPS, lo que puso en evidencia variaciones relevantes en su reporte. Para el MSPS, incluir estos datos podría ocasionar una estimación equivocada de la UPC. Al respecto, Gestarsalud mencionó que el hecho de descartar información no significaba que

---

<sup>72</sup> Para lo que habría de emplear algún método estadístico de muestreo.

<sup>73</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 21:40. Ver también documento del MSPS del 20 de marzo de 2024, folio 11: “Una vez se seleccionan las EPS se realiza el análisis de representatividad poblacional que para el año 2024 este análisis arroja que la información de las 4 EPS es representativa para el desarrollo de la metodología seleccionada para la estimación de la UPC”.

<sup>74</sup> Documento de Así vamos del 08-04-2024 “Texto Ante la Corte - órdenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”. Folio 4.

<sup>75</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx> . Página consultada el 5-11-2024.

<sup>76</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 20:00.

<sup>77</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 11. Ver también, sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 20:00.

los servicios en cuestión no se hubieran prestado<sup>78</sup>. Asocajas consideró que desde el año 2010 no se presentaba una selección tan baja de EPS y agregó que las seleccionadas, “representan el 78 % de los afiliados del Régimen Contributivo y el 84 % del gasto total registrado por este régimen”<sup>79</sup>.

57. Para la Sala, el anterior argumento no es suficiente para descartar información, y, por el contrario, refleja problemas en la calidad y veracidad de estas y que, además, no es consistente<sup>80</sup>. En efecto, no se explicaron las variaciones por las que se excluyó la información de Compensar, tan solo se conoció que sus datos no guardaban relación con lo reportado por las 4 EPS que sí fueron consideradas para determinar la UPC. Así, no es suficientemente claro si para el Ministerio las UPC giradas no guardaron consistencia frente al gasto o hubo una negación de servicios por parte de la EPS con fines no apropiados o qué fue lo que se evidenció con exactitud.

58. El MSPS informó<sup>81</sup> que en febrero de 2024 “la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, llevó a cabo sesiones técnicas con todas las EPS con el ánimo de revisar las inconsistencias identificadas en la información reportada por las EPS en la vigencia anterior y así mejorar el reporte de información que deberán realizar en el mes de abril de 2024”<sup>82</sup>, sin embargo, se desconocen los resultados de estos encuentros.

59. Los cruces de datos por medio de unas tablas, según Acemi<sup>83</sup>, en el caso de las EPS del RC, tuvieron como “resultado la pérdida de cerca de 34 millones de registros y \$3.6 billones de pesos”, sin que hubiera existido un proceso de diálogo encaminado a examinar la validez de la información. De ser así, esto conduciría a la Sala a inferir, la ausencia de validadores para realizar las salvedades y correcciones correspondientes o para que las EPS explicaran o subsanaran la información.

60. Respecto a este asunto, la Sala viene advirtiendo problemas en los procesos de calidad<sup>84</sup>, y no es claro por qué se siguen empleando en el cálculo los mismos desde el 2013<sup>85</sup>, especialmente si la información reportada cada vez supera en menor medida estas validaciones, o, por el contrario, por qué no se han efectuado ajustes para obtener la calidad requerida. Acemi puntualizó en relación con los registros tenidos en cuenta, que después de julio de 2023 no existió ningún proceso de diálogo con las EPS como ocurría ordinariamente en vigencias pasadas<sup>86</sup>. Así mismo, que la normatividad advierte que debe existir

---

<sup>78</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Gestarsalud minuto 2:44:50. Ver también presentación de Power Point expuesta en la sesión técnica. Diapositiva 4.

<sup>79</sup> Documento del 20-03-2024 de Asocajas, folio 2.

<sup>80</sup> Observación planteada por ACHC. Ver anexo 1.

<sup>81</sup> Documento del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301, folio 13.

<sup>82</sup> En adelante la Dirección de Regulación.

<sup>83</sup> Documento de Acemi del 1-04-2024 folio 6.

<sup>84</sup> Ver entre otros, el F.j. 260 del Auto 996 de 2023.

<sup>85</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 0:20:45. El MSPS afirmó que “los procesos de calidad son los mismos desde el 2013” y explicó que son 8.

<sup>86</sup> Documento de Acemi 20-03-2024, folio 21.



un diálogo entre los actores para incluir la mayor cantidad de información de calidad<sup>87</sup>. Sobre la eliminación de estos registros no tenidos en cuenta, advirtió que ello representa una pérdida de los costos del sistema, especialmente de los elevados<sup>88</sup>.

61. Lo anterior, toda vez que, el MSPS expuso que se siguen empleando los 8 procesos de calidad, a saber, los relacionados con estructura, consistencia, validación cruzada, las personas, las atenciones, la duplicidad en el tiempo, las dosis máximas, los lugares atípicos y los CUPS. Como se expondrá más adelante, se hace necesaria la inclusión de otros aspectos a valorar en estos procesos.

62. Sobre este tema, la Sala concluye que hubo un retroceso, toda vez que la cantidad de EPS cuya información se tuvo en cuenta para establecer el valor de la prima en el RC disminuyó notoriamente en más del 50 %, pues pasó de 9 EPS en el 2022 a 4 para el cálculo del 2024<sup>89</sup>, en lugar de aumentar y reflejar mejoras en la calidad de los datos como se requiere. En esto, la Sala concuerda con Gestarsalud cuando resalta la importancia de incluir información de todas las EPS<sup>90</sup>. Ahora, de ninguna manera la Sala estima que 9 EPS puedan considerarse representativas, e insiste en que se debe propender por mejorar la calidad de los datos de todas las entidades para que sean tenidas en cuenta.

63. Así, a partir de lo expuesto, puede afirmarse que la metodología de recolección de datos presenta inconvenientes, no se cuenta con validadores efectivos de la información, no se aportaron razones contundentes para descartar la información de una de las EPS cuya información contradictoriamente sí superó las mallas de validación y finalmente, no hay prueba de la verdadera representatividad de las 4 EPS que fueron tenidas en cuenta para calcular la UPC de este régimen.

### 3.5. Las deficiencias en la información empleada para calcular la UPC del régimen subsidiado

64. En el Auto 109 de 2021 la Sala resaltó que la UPC-S seguía calculándose con datos del RC por no contar con datos de calidad propios y las incidencias negativas que ello podía tener. Aunque posteriormente el valor de la prima del RS de 2022 se calculó por primera vez con información de este régimen, en el Auto 996 de 2023, se advirtió que los avances evidenciados derivaban en resultados que, desafortunadamente no podían calificarse como sostenibles en el tiempo ni afirmarse que solucionarían las insuficiencias identificadas en el sistema de información del SGSSS, como la falta de calidad y oportunidad de los datos que nutren las bases para el cálculo de la UPC-S.

---

<sup>87</sup> Documento de Acemi 11-03-2024, folio 6.

<sup>88</sup> Documento de Acemi 11-03-2024, folio 6.

<sup>89</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi, minuto 2:39:30.

<sup>90</sup> Diapositivas presentadas en la sesión técnica por Gestarsalud. Diapositiva número 4.

65. La UPC-S del 2023 y 2024 no se fijó con información propia de las EPS del régimen como se esperaba, y en el 2024 fue calculada con datos solicitados directamente a las IPS. Aun cuando se indagó al MSPS al respecto, este solo respondió que “no fue posible realizar el cálculo de la UPC con la información del régimen subsidiado dado que la calidad de la misma fue insuficiente”<sup>91</sup>. Por lo anterior se solicitó directamente a las IPS públicas datos sobre las prestaciones de servicios de salud del RS para establecer el valor.

66. A pesar de que la cartera de salud puso de presente que no pudo emplear los datos de la EPS-S, no expuso detalladamente qué medidas y estrategias ha adoptado para mejorar la calidad de la información entregada por parte de las EPS para calcular el valor de la UPC, a pesar de haber sido solicitado mediante Auto del 12 de marzo de 2024. No obstante, no respondió los interrogantes sobre el tema y, simplemente, describió el procedimiento de envío de información desarrollado por parte de las EPS y las fechas en que ello ocurrió en el 2023, más no las medidas implementadas para que el cálculo de la UPC-S se efectúe con información propia y de calidad de sus EPS.<sup>92</sup>

67. Ahora, al indagar al MSPS sobre las medidas para mejorar la calidad de la información entregada por parte de las EPS, explicó que durante el 2023 se efectuaron 17 mesas de trabajo<sup>93</sup> “a través de las cuales las EPS argumentaron sus preocupaciones”; sin embargo, también afirmó que “la información presentada por las mismas no da cuenta de lo planteado en [aquellas]”. Sobre esto, la Sala encontró que, aunque el Ministerio informó que estas mesas constituyeron un escenario para tratar el asunto, no es claro si esto último ocurrió, porque no expuso ni desarrolló los temas debatidos en cada una de las reuniones y tampoco reportó conclusiones obtenidas en estos encuentros para la mejora de la calidad. Por el contrario, señaló que, en febrero de 2024, después de haber sido definida la UPC para esa anualidad, se dieron espacios tendientes a mejorar la calidad de la información<sup>94</sup>, sin profundizar en ello.

68. En relación con este tema, la Sala también comparte lo afirmado por Gestarsalud, a la cual le sorprendió que las EPS del RS no hubieran participado en los estudios más recientes, ya que el MSPS tan solo aludió a la información de las EPS del RC para calcular la UPC y omitió explicar lo relacionado con el otro régimen<sup>95</sup>. Por esta razón la asociación estimó que el Ministerio no fue claro cuando se le indagó sobre la calidad de la información y tampoco

---

<sup>91</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 16. En concreto respondió: “Para las vigencias 2023 y 2024 no fue posible realizar el cálculo de la UPC con la información del régimen subsidiado dado que la calidad de la misma fue insuficiente, por lo anterior se decidió realizar solicitud directamente a las IPS públicas de las prestaciones de servicios de salud, la misma de acuerdo a la Resolución 2364 de 2023 y su modificatoria la Resolución 158 de 2024 debe reportarse de manera trimestral siendo el primer reporte en el mes de abril.”

<sup>92</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 12.

<sup>93</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS, minuto 25:00.

<sup>94</sup> La Dirección de Regulación desarrolló estas sesiones técnicas. Ver documento del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301, folio 13.

<sup>95</sup> Documento de Gestarsalud del 01-04.2024, folio 3.

respondió “¿Qué identificó en los reportes de prestación de servicios de las EPS cuya información no superó los parámetros de calidad?”<sup>96</sup>.

69. A su vez, la asociación advirtió que en reuniones con el Ministerio no se han revisado detalles de la no inclusión de la información ni este ha explicado con claridad cómo se incorporó la información de la IPS públicas en el cálculo de la UPC-S, teniendo en cuenta que en el RS prestan servicios las IPS privadas<sup>97</sup>. Por su parte, Así Vamos en Salud consideró esencial mejorar la calidad y transparencia de la información sobre los costos y las variables para el cálculo de la UPC<sup>98</sup>, y Acesi<sup>99</sup> señaló que a veces la información no es completa y por eso debe tenerse en cuenta que, en zonas alejadas, el hospital público se ha deteriorado y en algunas ocasiones no se cuenta con conectividad ni equipos de cómputo, por lo que se dificulta la entrega de todos los datos requeridos.

70. Para la Sala, lo descrito refleja una clara inconformidad por los actores del sector salud en el manejo de la información recolectada con la cual, además, se calcula la UPC-S. Esto pone de presente su desconocimiento respecto de los procesos aplicados para efectuar estos cálculos y que la información empleada pareciera no contar con la calidad suficiente ni ser completa, pues deja por fuera zonas donde la recolección de esta se dificulta.

71. No haber empleado en el cálculo de la UPC-S la información propia de las EPS de este régimen, como debe ocurrir y como opera normalmente en el RC, refleja los problemas de recolección de información y de calidad de estas EPS. Además, comporta un retroceso, si se tiene en cuenta que para el 2022 se había logrado efectuar su cálculo con información propia y lo que debía hacerse, era avanzar en mejorar la calidad de esta y su suficiencia para obtener un mejor cálculo. Esto significa que, definitivamente, el MSPS no ha implementado medidas y herramientas para avanzar en la mejora de los procesos de recolección de los datos y la calidad de estos al interior de este régimen.

72. Conforme a lo anotado, la Sala concluye que es necesario que el MSPS se enfoque en las deficiencias que contiene la información empleada para efectuar el cálculo de la UPC en ambos regímenes y en la metodología de su recolección, depuración y contrastación con otras fuentes, de manera que mejore su calidad, oportunidad y sea más completa cada vez, y dotar así de mayor transparencia el cálculo de la prima. Sin duda, esto comporta la necesidad de considerar y ajustar los validadores de información para que mayor cantidad de registros superen las mallas de validación y se cuente con más representatividad al calcular la UPC, y así evitar la exclusión de información que puede ser relevante. De encontrar que el problema persiste y deviene de la omisión de la obligación de

---

<sup>96</sup> Documento de Gestarsalud del 01-04.2024, folio 3.

<sup>97</sup> Documento de Gestarsalud del 01-04.2024, folio 5.

<sup>98</sup> Documento de Así vamos del 08-04-2024 “Texto Ante la Corte - órdenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”. Folio 6.

<sup>99</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acesi, minuto 3:31:40.

reportar los datos por parte de las EPS, el MSPS tiene el deber de adelantar las investigaciones pertinentes.

73. La información analizada reflejó, entre otras cosas, que el cálculo de la UPC-S no se ha basado en datos propios de las EPS de este régimen, y tampoco se evidenció la implementación de medidas conducentes para mejorar la cantidad calidad y validación de los datos requeridos para calcular el valor de la UPC-C; no se creó herramienta alguna para contrastar los datos suministrados por las EPS o para mejorar la información recolectada sobre las verdaderas frecuencias de uso. Al no observarse medidas implementadas por parte del MSPS tampoco se evidenciaron resultados que pudieran ser analizados concretamente. Adicionalmente, se identificó la necesidad de revisar la metodología de cálculo y, agregar nuevas variables y ponderadores de riesgo que se ajusten a la actualidad y reales necesidades del SGSSS.

#### **4. Acciones y medidas implementadas para alcanzar la suficiencia de la UPC**

74. En este aparte se verificará si persisten los inconvenientes relacionados con la suficiencia de la UPC que se requiere para garantizar la totalidad de los servicios y tecnologías en salud PBS UPC y el impacto que generan en su cálculo algunos factores frente a los que los actores del sector salud han alertado. De este modo, la Sala se pronunciará sobre (i) la metodología de cálculo de la prima, (ii) factores que influyen en el valor y suficiencia de la UPC, como (a) siniestralidad, (b) inflación, (c) desfinanciación de la UPC por destinar el 5 % de la prima para la adquisición de EBS y retirar porcentajes antes reconocidos y (d) las inclusiones y el rezago en el cálculo, (iii) las reservas técnicas, (iv) uso indebido de la UPC, (v) UPC del 2024 (participación de las EPS en el proceso de cálculo de la prima) y, (vi) los ajustes *ex post*.

##### **4.1. Metodología de cálculo de la UPC**

75. Al respecto, cabe aclarar que, aun cuando la Sala indagó al MSPS por las razones de escogencia de la metodología empleada, este se limitó a describir qué es la UPC, las variables que se tienen en cuenta, los objetivos ideales para el cálculo de la prima<sup>100</sup>, algunas de las propiedades que se requieren en la medida de riesgo<sup>101</sup> y que el mecanismo es prospectivo, sin que justificara las razones concretas de la selección de esta metodología<sup>102</sup>. Vale resaltar que, el MSPS anotó que esta se ha empleado desde el 2013<sup>103</sup>.

---

<sup>100</sup> El MSPS expuso que “la literatura actuarial y financiera es clara en que no existe una única forma de determinar una prima actuarial sino una serie de mejores prácticas que, dado un conjunto de hipótesis y tolerancia al riesgo por parte del asegurador, representan estimativos adecuados datos los objetivos del asegurador”. Cfr. documento del MSPS del 20-03-2024, folio 2.

<sup>101</sup> “Invariancia bajo traslaciones”, “Monotonicidad” y “Sub-aditividad”. Cfr. documento del MSPS del 20-03-2024, folio 3.

<sup>102</sup> Acemi, Gestarsalud, Así Vamos en Salud.

<sup>103</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS, minuto 12.

76. Sobre los ajustadores de riesgo, el Ministerio indicó que estos se emplean de acuerdo a 14 grupos poblacionales. Aunque dio a entender que su uso es adecuado y completo<sup>104</sup>, algunos actores del sector salud consideraron necesario revisar<sup>105</sup> y actualizar la metodología y los ajustadores y grupos de riesgo que se aplican al cálculo<sup>106</sup>, al estimar que los ponderadores para medir la dinámica del gasto no son suficientes<sup>107</sup>, no obstante, este asunto no se desarrolló a fondo. Ahora, la ANDI explicó que, en el “mundo se han examinado otros ajustadores como, por ejemplo, la discapacidad o las condiciones de salud”, toda vez que modelos con ajustadores de riesgo como los empleados por Colombia, edad, sexo y ubicación geográfica, “alcanzan a explicar el 2 % de la variabilidad del gasto”<sup>108</sup>.

77. Puntualmente, los actores citados, consideraron necesario incluir otras variables sensibles, además de las mencionadas -económicas-, que tienen que ver con los grupos etarios, las regiones, el perfil epidemiológico y la incidencia y prevalencia de las enfermedades que hoy afectan a la población del país<sup>109</sup>. Así, la metodología permitiría determinar la UPC con mayor precisión. La Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud de la ANDI solicitó que se ordene al MSPS definir una UPC suficiente, con ajustadores de riesgo *ex ante* basados en características demográficas y epidemiológicas, y *ex post*, en resultados en salud.

78. Entre otros enunciaron<sup>110</sup> variables epidemiológicas de “morbimortalidad” “ECNT”<sup>111</sup> “Covid” “Alto Costo (EH)” “traslado de usuarios”, variables de servicios como “ámbito”. En concreto, la ANDI estimó necesario que “el cálculo de la UPC incorpore ajustadores por carga de enfermedad o condiciones en salud que mitiguen: a) los incentivos a la selección y concentración de riesgos y; b) los impactos financieros del desbalanceo de la carga de enfermedad entre los silos poblacionales asociados a cada EPS, propendiendo por la distribución equitativa de los recursos del Sistema”<sup>112</sup>.

79. Adicional a lo expuesto, la Corte resalta que, si bien con esta metodología se estima la prima de un periodo en particular, ello ocurre con información de

---

<sup>104</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 13:45.

<sup>105</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi, minuto 2:34:00. Así Vamos en Salud. Asocajas Sesión técnica del 5 de abril de 2024, minuto 2:58:00.

<sup>106</sup> Así Vamos en Salud manifestó: “La metodología de cálculo de la UPC demanda una nueva evaluación que incorpore ajustadores por condiciones de salud y ajustes por distintos tipos de riesgo, para que los recursos sean asignados en función de la carga de enfermedad. Es esencial mejorar la calidad y transparencia de la información sobre los costos y las variables para el cálculo de la UPC”. Ver Documento del 8-04-2024. “Texto Ante la Corte - Ordenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”. Folio 6. La Contraloría consideró en la sesión técnica (minuto 59:00), que los indicadores de salud con los cuales se miran la eficiencia del sistema tienen retrasos en sus procesos de actualización. Afirmó que varias de las modificaciones del sistema se hacen con indicadores desactualizados.

<sup>107</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024, intervenciones de Acemi (minuto 2:35:00) y Gestarsalud (2:44:00). Documento de la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI del 20-03-2024. Folio 6.

<sup>108</sup> Documento de la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI del 20-03-2024. Folio 6.

<sup>109</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Ascif, minuto 3:24:06.

<sup>110</sup> Acemi. Gestarsalud. Así Vamos en Salud. ANDI.

<sup>111</sup> Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

<sup>112</sup> Documento de la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI del 20-03-2024. Folio 6.

dos años atrás y se basa en ajustadores de riesgo<sup>113</sup> que, en parecer de la Sala, al igual que estiman los actores del sector, deben reconsiderarse, ajustarse y complementarse con otras variables<sup>114</sup>.

80. En suma, la Sala evidencia que la metodología con una regresión lineal<sup>115</sup> empleada para el cálculo de la UPC requiere constante actualización y ajustes por parte del MSPS, acordes a las necesidades del sistema de salud, que consideren además la participación de diferentes sectores que puedan aportar al respecto. Si bien desde el 2022<sup>116</sup> se alude a la necesidad de ajustadores por condiciones de salud<sup>117</sup> y gastos, aún no se evidencia con claridad que hayan sido implementados o su impacto. Es importante plantear y considerar nuevas alternativas de ajuste *ex post* y que los ajustes a la metodología aplicada contengan un método analítico para estimar la prima de salud y que esta sea transparente y clara. Para esto, se le ordenará al Ministerio que reajuste la metodología aplicada y se consideren nuevas variables y ajustadores de riesgo *ex ante* y *ex post* en el cálculo de la UPC.

#### 4.2. Factores que influyen en el valor y suficiencia de la UPC

##### 4.2.1. Sobre la siniestralidad

81. La Sala considera que el MSPS no fue lo suficientemente claro, pues tan solo manifestó que, el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC para cada año, “establece un *trending* de frecuencia, el cual se presenta en la fórmula del cálculo de la prima pura a aplicar para cada persona afiliada en cada año, y será la razón entre los costos observados, ajustados por IBNR y tendencias, y los expuestos de la selección”<sup>118</sup>.

82. No obstante, la Sala verificó que la siniestralidad de la UPC ha aumentado e, incluso, ha superado en algunos casos el 100 %. Así Vamos en Salud, mencionó que “en el comportamiento de una vigencia completa como la del año 2022, el porcentaje de siniestralidad frente a la UPC del régimen contributivo fue de 105 %, del cual el 99 % correspondió a los costos médicos y el 6 % restante a gastos de administración”. Al respecto puntualizó que esto representó pérdidas de 1.6 billones de pesos en ese año. En el caso del régimen subsidiado, indicó que la siniestralidad se ubicó en el 106 %, con pérdidas de 650 mil millones de pesos<sup>119</sup>.

---

<sup>113</sup> Como edad, género y ubicación geográfica, los cuales pueden ir variando.

<sup>114</sup> Documento de Gestarsalud del 12-04-2024, folio 1. Ver también folio 3: “las variables epidemiológicas como la morbilidad, las condiciones en salud, y variables relacionadas con los servicios como los efectos en la demanda posteriores a la pandemia, el traslado de usuarios, los medicamentos, entre otros”.

<sup>115</sup> Ver anexo 1.

<sup>116</sup> <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=LawXFZsg31I>.

<sup>117</sup> Centro de Estudios Económicos. Documento allegado a la Corte por Acemi. Folio 9.

<sup>118</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 29.

<sup>119</sup> Ver Documento del 8-04-2024. “Texto Ante la Corte - Ordenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”. Folio 3.

83. Acemi remitió el estudio de Numeris<sup>120</sup> en el que se lee que otro de los efectos de las debilidades metodológicas “ha sido el incremento de la siniestralidad en cada año y acumulada. En el primer caso se han registrado valores de 102.5 % y 99.1 % para los años 2022 y lo corrido de 2023. En el segundo caso se presenta un incremento de 6.3 % en los últimos 11 años”. Igualmente, Gestarsalud puntualizó, que el indicador de siniestralidad se encuentra en las agremiadas en 104 % y con los registros de suficiencia en un 109 %<sup>121</sup> y que la situación no varió para el 2023 que registró una siniestralidad en los estados financieros de sus agremiadas de 101.4 %<sup>122</sup>.

84. El estudio de Anif<sup>123</sup> señaló que los actores del sector salud mencionaron en mesas técnicas, que algunas EPS han recibido cargas mayores de siniestralidad por traslados voluntarios. La ANDI también anotó que se ha presentado un aumento en este indicador y que ello ha significado que en los últimos años los recursos requeridos para cubrir el “Plan de Beneficios” superen el total de la UPC en hasta 7 puntos. Indicó que, “[d]e acuerdo con los estudios mencionados, estas causas de insuficiencia de la UPC podrían representar un déficit, sólo para los años 2021, 2022 y 2023, de 4.8 billones de pesos, solo por concepto de UPC.”<sup>124</sup>

85. Además, Gestarsalud anotó que “el cálculo de la siniestralidad solo considera los costos relacionados con la salud, excluyendo los gastos administrativos”, por lo que el déficit de recursos de la UPC para sus EPS, si se considera un gasto administrativo promedio del 5 %, “estaría en un rango de 5 a 7 puntos porcentuales”<sup>125</sup>, en consonancia con lo indicado por la ANDI.

86. Acesi también afirmó que las atenciones de mediana y alta complejidad tienen cada día más demanda por la alta siniestralidad, con ocasión de la falta de asignación de los recursos requeridos para las actividades de salud y prevención de la enfermedad.<sup>126</sup> Para este último propósito, Acemi estima que las EPS destinan “cerca del 10 % de los recursos de la UPC, es decir, 8.1 billones de pesos para 2024, sumados a los 562.000 millones adicionales que recibieron las EPS del régimen contributivo para promoción y prevención en 2024, razón por la cual no puede señalarse la ausencia de gestión en la materia”<sup>127</sup>. Según el ejemplo de Acemi -f.j 32-, debe practicarse al menos una mamografía a la mitad de las mujeres de 50 años; sin embargo, los recursos asignados a esta actividad de promoción y prevención no son suficientes para realizar el procedimiento al número de pacientes que se espera.

---

<sup>120</sup> Estudio Técnico, Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud. Numeris. Folio 3.

<sup>121</sup> Documento de Gestarsalud del 12-04-2024. Folio 8.

<sup>122</sup> Documento de Gestarsalud del 12-04-2024. Folio 8.

<sup>123</sup> Centro de Estudios Económicos. Documento allegado a la Corte por Acemi. Folio 9.

<sup>124</sup> Documento de la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI del 20-03-2024. Folio 7.

<sup>125</sup> Documento de Gestarsalud del 12-04-2024. Folio 9.

<sup>126</sup> Documento de Acesi del 20-03-2024. Folio 2.

<sup>127</sup> Documento de Acemi del 12-04-2024.

87. El Observatorio Así Vamos en Salud anotó, por ejemplo, que la siniestralidad se ha incrementado por factores como el aumento de los costos médicos, los gastos operativos y administrativos, así como la insuficiencia de los ingresos operacionales para cubrir dichos costos.

88. De este modo, es evidente que los actores del sector salud coinciden en que este indicador, mediante el cual se analiza la suficiencia de los recursos que se emplean en la prestación de los servicios y tecnologías en salud, refleja que los costos son mayores que los ingresos, e incluso que eso ocurre desde años atrás, porque la UPC calculada no está alcanzando para cubrir el PBS UPC<sup>128</sup> y, efectivamente, como se expuso, la tendencia de la siniestralidad ha sido creciente<sup>129</sup>. Por esta razón la Sala solicitará al MSPS que en las mesas de trabajo tenga en cuenta el aumento de la siniestralidad para determinar el valor de la prima UPC.

#### 4.2.2. Inflación

89. En el considerando de la Resolución 2364 de 2023 se informó que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud recomendó “[...] i) Incrementar la UPC del [RC] y del régimen subsidiado en un 12.01 % para la vigencia 2024, lo cual corresponde a un 9.73 % como incremento base y 2.28 % por concepto de actualización por inclusión de servicios y tecnologías en salud [...]”. Sin embargo, la resolución expuso que, según la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS, después de efectuado el proceso de validación determinado en la metodología de cálculo de la UPC y conforme a la información remitida por las 4 EPS que superaron las mallas de validación, no existía insuficiencia de la UPC para el 2024. Tanto así, que el estudio arrojó un porcentaje de incremento de la UPC de 6.71 %, por debajo de la inflación proyectada.

90. Ahora, se pone en duda la afirmación del Ministerio de que el aumento de la UPC todos los años, con muy contadas excepciones, siempre ha estado “muy por encima del rango de inflación” y “que ha habido un crecimiento exponencial de la UPC”<sup>130</sup>, pues los actores del sector salud plantean todo lo contrario, así como la existencia de un rezago, como se expondrá *-ut infra* 121 a 135-. Además, al desagregar el porcentaje aumentado en la UPC para cada nueva vigencia, la Sala encuentra destinaciones específicas o que algunos de estos puntos aumentados deben cubrir las nuevas inclusiones, entre otras, lo que refleja que el total del porcentaje aumentado no puede simplemente comprarse con el total aumentado a la UPC sin desagregarse<sup>131</sup>.

---

<sup>128</sup> Ver Documento de AVS del 8-04-2024. “Texto Ante la Corte - Ordenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”. Folio 8.

<sup>129</sup> Estudio Técnico, Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud. Numeris. Folio 13.

<sup>130</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 16:30.

<sup>131</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 19:24. En la presentación del MSPS en la sesión técnica, este respaldó su afirmación de que la UPC siempre ha estado muy por encima de la inflación, con una gráfica que enfrenta estos dos valores desde el 2009. Sin embargo, no se desagrega el



91. Cabe señalar que, a pesar de que el MSPS ha desarrollado una metodología de cálculo del incremento anual de la UPC, efectúa ajustes adicionales. Al respecto se indagó al MSPS, pero este no profundizó en cómo el estudio puede arrojar, por ejemplo, que la inflación en relación con la UPC logre ser menor o no afecte en el porcentaje proyectado a la UPC y que, por el contrario, su aumento hubiera podido ser inferior sin incidir en su suficiencia. Sin embargo, según la resolución, el Ministerio estimó necesario efectuar un incremento base de la UPC teniendo en cuenta el 9.73 % de inflación, y adicionar un 2.28 % por la actualización de las inclusiones<sup>132</sup>.

92. En concreto, la cartera de salud explicó<sup>133</sup> que efectuó un incremento de la prima pura del 6.71 % más un valor adicional de 3.02 % que sumados dio como resultado 9.73 %. A su vez, explicó que agregó un valor adicional de 1.65 % por inclusiones, que sumado al 3.02 % adicional anterior representa un valor adicional del 4.67 % dirigido a fortalecer la financiación de la atención primaria en salud, dando cumplimiento a los artículos 13, 14, 15, 42 y 42.2 de la Ley 1438 de 2011, además de las sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014 y la Ley Estatutaria.

93. No obstante, la Sala considera<sup>134</sup> que el aumento de la UPC para el año 2024 no implicó entregar recursos adicionales, pues de acuerdo con lo expuesto en la Resolución 2364 de 2023, del 12.1 %, 9.73 puntos porcentuales corresponden al valor de la inflación, y los 2.28 restantes a la actualización por inclusiones. Además, en parecer de la Sala, la Procuraduría General de la Nación -PGN-<sup>135</sup>, las EPS y los gremios, tal y como se estudió en el Auto 875 de 2024, el valor de la prima se fraccionó al establecer una destinación del 5% para adquisición de EBS<sup>136</sup>. También, la UPC pudo ver afectado su valor, al dejar de reconocerse el 2% que se entregaba a las EPS por población mayor de 50 años, que para este año solo se mantuvo para la Nueva EPS, como se explicará – *ut infra* 109 a 111.

94. En relación con lo anterior, mayor porcentaje del incremento obedeció a la inflación. El Índice de Precios al Consumidor o IPC, “es un número sobre el cual se acumulan a partir de un periodo base las variaciones promedio de los precios de los bienes y servicios consumidos por los hogares de un país, durante un periodo de tiempo”. Es decir, se trata del indicador de la inflación y se constituye en un “indicador de carácter coyuntural sobre el comportamiento de

---

valor de la UPC y ello no permite ver el verdadero aumento.

<sup>132</sup> El MSPS advirtió que, aplicando ajustadores actuariales, rezagos de facturación, valor temporal, de dinero, probabilidad de incurcencia en evento asegurado, ingresos por compensación recibido, ingresos por mecanismos *ex post*, e ingresos al 26 de 2011, entre otros, ello terminó arrojando como resultado un 6.71 % de aumento de la UPC. Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 16.

<sup>133</sup> Sesión técnica. Intervención del MSPS, minuto 31:00. Ver también presentación del MSPS diapositiva 79.

<sup>134</sup> Algunos actores del sector salud aludieron por esta misma línea al tema.

<sup>135</sup> La Procuraduría General de la Nación afirmó que “la sostenibilidad financiera del sistema de salud se verá afectada al disminuirle recursos del aseguramiento, lo cual afecta la adecuada prestación de los servicios asistenciales a los ciudadanos.” <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/solicito-Ministerio-salud-abstenerse-expedir-resolucion-funcionamiento-equipos-basicos-upc.aspx> . Cfr. Auto 875 de 2024.

<sup>136</sup> Tal y como se estudia más adelante.

los precios minoristas de un país”<sup>137</sup>, lo que en otras palabras significa que afectará los diferentes sectores económicos del país<sup>138</sup>.

95. Este aumento generalizado que presentan los precios en un periodo determinado afecta la posibilidad de adquirir esos mismos bienes con el mismo dinero<sup>139</sup>, y es lo que se conoce como inflación. Por lo tanto, el sector salud también se ve afectado por estas variaciones y se hace necesario que, como mínimo, la UPC se actualice con base en este valor. Vale anotar que en otras materias<sup>140</sup>, la Corte ha también ha aludido a la importancia del poder adquisitivo de la moneda y si bien no ha exigido que el método de actualización del valor del dinero se efectúa siempre con el IPC, si ha hecho referencia a la importancia de que estas actualizaciones no se encuentren por debajo de este índice. En materia de salud, como no existe un indicador propio, el Gobierno efectúa sus cálculos conforme al IPC.

96. Así, por ejemplo, en materia pensional, la Corte ha señalado que el IPC sí sirve como indicador para mantener el poder adquisitivo y en este sentido, es constitucional que “el legislador disponga que el reajuste pensional de las mesadas mínimas se haga a partir del aumento del salario mínimo con el objetivo de que esas prestaciones mantengan su poder adquisitivo y permitan que sus beneficiarios satisfagan sus necesidades básicas y lleven una vida digna. Por ese mismo motivo, en los casos en los que el cambio porcentual del IPC sea superior al aumento porcentual del salario mínimo, los pensionados que devengan una pensión mínima tienen derecho a que el valor de sus mesadas se aumente conforme a la variación de los precios de la canasta familiar”<sup>141</sup>.

97. Lo mismo ocurre entonces en materia de salud. Los recursos con los que los diferentes actores del sector salud deben pagar servicios e insumos, pierden su valor adquisitivo y en el siguiente periodo, no serán suficientes para obtener los mismos servicios e insumos si no se reconoce como mínimo, el valor del IPC. Esto, atendiendo a que no existe un indicador propio para el sector con el que el Gobierno pueda calcular el valor de esta prima sin que se vea afectado su valor adquisitivo.

98. En este sentido, independientemente del indicador que se emplee para actualizar el valor adquisitivo de la moneda, la Sala considera necesario que, como mínimo, la actualización sea igual o superior al IPC, por lo que ordenará al Minsalud actualizar el valor de la UPC sobre esta base.

---

<sup>137</sup> [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/faqs/faq\\_ipc.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/faqs/faq_ipc.pdf)

<sup>138</sup> [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc/ipc-informacion-tecnica#:~:text=El%20\(IPC\)%20es%20un%20indicador,hogares%20adquieren%20para%20su%20consumo.](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc/ipc-informacion-tecnica#:~:text=El%20(IPC)%20es%20un%20indicador,hogares%20adquieren%20para%20su%20consumo.)

<sup>139</sup> <https://www.banrep.gov.co/es/banrep-educa/econo-cimientos/por-que-se-produce-inflacion#:~:text=En%20la%20edici%C3%B3n%20anterior%20de,los%20hogares%20de%20un%20pa%C3%ADs.>

<sup>140</sup> Sentencia C-435 de 2017 y C-227 de 2023, entre otras.

<sup>141</sup> Sentencia C-227 de 2023.

#### 4.2.3. Desfinanciación de la UPC por destinar el 5 % de la prima para la adquisición de EBS<sup>142</sup> y retirar porcentajes antes reconocidos

99. La Sala considera que el argumento expuesto por el MSPS, de que Colombia necesita orientar el alcance del sistema hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad<sup>143</sup>, no demuestra que la UPC no se desfinanciará con dicha destinación. Esta razón no valida al MSPS para destinar un porcentaje de la UPC para cubrir EBS, menos aún desvirtúa que la prima para garantizar el PBS UPC se verá disminuida, y aun cuando la Corte ha dejado claro en diferentes ocasiones que es inconstitucional toda disposición que intente fraccionar la UPC<sup>144</sup> y ha indagado al respecto<sup>145</sup>, encuentra que las respuestas del Ministerio tampoco garantizan que la UPC no se afecte con esta destinación.

100. En concreto, durante la sesión técnica del 5 de abril, al solicitarle una respuesta técnica y que no se desviara del tema<sup>146</sup>, y que demostrara que la UPC no se vería afectada, el MSPS respondió que con esta destinación no se estaban retirando recursos de la UPC<sup>147</sup>, ya que, contrario a ello, utilizando el 5 % en “algo que la constitución, la Ley 1438, la Ley 1571 que es la estatutaria dicen” y consideró que “no está retirando un solo centavo a las EPS”<sup>148</sup>, sino conminando a cumplir con el requerimiento. A su vez, explicó que se entregó un 4.67 % adicional y que por ello no era posible afirmar que faltaran recursos<sup>149</sup>.

101. A pesar de lo expuesto, varios actores del sector salud manifestaron que esa destinación para EBS sí representa un fraccionamiento de la prima<sup>150</sup> y que tuvo lugar sin argumentos técnicos<sup>151</sup>. Entre otras cosas, diferentes actores del sector salud<sup>152</sup> pusieron de presente a la Corte, que esta destinación correspondía aproximadamente a \$4.5 billones de pesos, de manera que “destinar estos recursos a financiar este componente en la forma propuesta,

---

<sup>142</sup> Cabe mencionar que el Consejo de Estado se encuentra estudiando la legalidad del acto administrativo que creó esta destinación del 5 %, que no, el impacto de esta disposición en la suficiencia de la UPC, como se tratará en este aparte como parte del seguimiento a las órdenes 21 y 22 de la sentencia estructural. Si bien los artículos 11 y 21 de la Resolución 2364 de 2023 y 10 de la Resolución 2366 del mismo año fueron demandados ante el Consejo de Estado, estos procesos aún se encuentran surtiendo las etapas iniciales. A la fecha se han acumulado al expediente con radicado No 11001032700020240001900 otras demandas que se encontraban a despacho en espera de pronunciamiento sobre su admisión, por tanto, tampoco se han pronunciado respecto de las medidas cautelares de suspensión provisional que fueron solicitadas en algunos de estos. Consultada la página de consulta de procesos se advierte que, el 16 de octubre de 2024, se decretó “la acumulación de los procesos 11001032400020240002400, 11001032400020240003400 (28556), 11001032400020240006700 (29073), 11001032400020240005000 (29078) al proceso No. 11001032700020240001900 (28622)”.

<sup>143</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 54.

<sup>144</sup> Cfr. sentencias C -978 y 979 de 2010. Auto 875 de 2024.

<sup>145</sup> Auto del 12 de marzo de 2024. Sesión técnica del 5 de abril de 2024, minuto 1:47:00.

<sup>146</sup> Sesión técnica interrogante planteado por la Corte al MSPS. Minuto 1:46:00.

<sup>147</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS, minuto 1:48:00.

<sup>148</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS, minuto 1:49:00.

<sup>149</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS, minuto 1:50:00.

<sup>150</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi, minuto 2:37:40. Documentos suscrito por Acemi, Gestarsalud, Asocajas, la Cámara de aseguramiento en salud y la Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud de la ANDI el 22 de marzo de 2024.

<sup>151</sup> Documento de Gestarsalud del 23-04-2024, folio 8. Sesión técnica. Intervención de Acemi, minuto 2:37:40.

<sup>152</sup> Documentos suscritos por Acemi, Gestarsalud, Asocajas, la Cámara de aseguramiento en salud y la Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud de la ANDI el 22 de marzo de 2024.

significa dejar de financiar actividades para enfermos crónicos, de alto costo o la demanda esperada de servicios de salud de esta vigencia”<sup>153</sup>.

102. Ahora, la Sala considera que esta es una disposición abiertamente inconstitucional, como se explicó en el Auto 875 de 2024, además, atendiendo a los cálculos efectuados (*ut supra* 92, 93), no se evidenció un verdadero aumento de la UPC, más allá de una actualización acorde a la proyección de la inflación (9.73 %), un porcentaje agregado con ocasión de las nuevas inclusiones (2.28 %), que suma el porcentaje (12.01 %) incrementado a través de la Resolución 2364 de 2023. Por lo anterior, en la desagregación del incremento no se observa que se hubiera contemplado una suma adicional que financiara el 5 % de la UPC destinada a los EBS, pues de ser así, el aumento debería haber sido por lo menos del 17.01 %. Esto, sin hacer referencia a la eliminación del 2 % de la UPC que se reconocía por población mayor de 50 años, como se mencionará al final de este aparte.

103. Los equipos básicos de salud (EBS)<sup>154</sup> fueron creados por el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011 que dispone que “para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública<sup>155</sup> y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud” y, sus funciones se consignan en el artículo 16 de la misma norma.

104. De igual modo, la Resolución 2788 de 2022 estableció que “son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud<sup>[156]</sup> que tendrán entre sus funciones las definidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011”. En este sentido, al tener un enfoque dirigido a la atención primaria, no se encuentra enmarcado en el PBS UPC.

---

<sup>153</sup> Ibidem.

<sup>154</sup> Numerales 74 y 75 extraídos textualmente del Auto 875 de 2024.

<sup>155</sup> El artículo 32 de la Ley 1122 de 2007 establece que “[l]a salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.”

<sup>156</sup> El artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 señaló que “la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos”.

105. Así, se tiene que estos EBS para atención primaria, contemplados en la Ley 1438 de 2011, no fueron creados como parte de los servicios y tecnologías que se cubren con la UPC, y por el contrario, deben ser contratados por las Empresas Sociales del Estado directamente. Justamente por encontrarse fuera de lo cubierto por la UPC, se estableció que no se podrán agregar funciones que se relacionen con actividades incluidas en los “planes de beneficios del Régimen Contributivo y Subsidiado”<sup>157</sup>, pues se trata de servicios no cubiertos por la UPC, sino que se manejan desde la salud pública, la promoción de la salud o los cambios dirigidos a proteger la y promover la salud y la prevención de las enfermedades.

106. Dejando de lado los porcentajes reconocidos como parte de la UPC, la Sala no puede ignorar, además, que hubo un cambio en la base de asignación de la UPC para la vigencia del 2024, y con ocasión de esto, dejó de reconocerse el porcentaje que ha sido entregado en algunas vigencias a ciertas EPS por los afiliados mayores de 50 años<sup>158</sup>, lo que significa una UPC menor para las mismas prestaciones en salud, aunque, ante menos usuarios, lo que afecta a las EPS que afilian a un elevado número de personas mayores a esa edad, que además, han aumentado. Según el MSPS, en Colombia, “entre 1985 y 2020, la proporción de adultos mayores pasó del 6,9 % al 13,8 %, con lo cual se evidencia que la población colombiana se ha envejecido y continuará haciéndolo hasta alcanzar una proporción superior al 16 % para 2030”<sup>159</sup>.

107. Ahora, en relación con el 2 % referido, cabe resaltar que en el artículo 5° de la Resolución 2364 de 2023<sup>160</sup>, se estableció una prima adicional a la UPC por ponderador de concentración de riesgo etario, en los siguientes términos:

“La prima correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario será adicional a la prevista en el artículo 1° de este acto administrativo, y se asignará a la EPS037 NUEVA EPS en 4 %, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación anual de un millón quinientos un mil ochocientos cuarenta y ocho pesos (\$1.501.848) moneda corriente, que corresponde a un valor diario de cuatro mil ciento setenta y un pesos con ochenta centavos (\$4.171,80) moneda corriente.

Parágrafo. La definición de la presente prima se da como resultado relativo de la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años en las EPS - C, aplicando el Acuerdo número 26 de 2011, modificado por la Resolución 6411 de 2016, teniendo en cuenta la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con corte a octubre de 2023 y calculando la edad a 31 de diciembre del año de análisis”.

---

<sup>157</sup> Artículo 4° de la Resolución 2206 de 2022.

<sup>158</sup> La Resolución 2381 de 2021 estableció la UPC de 2022 y asignó el 4 % únicamente para la NUEVA EPS. La Resolución 2809 de 2022 estableció la UPC de 2023 y lo siguiente para algunas EPS en su artículo 5°: “así mismo se asignará a las EPS005 Sanitas, EPS010 Sura, EPS012 Comfenalco Valle, EPS042 Coosalud, y para la EPS048 MutualSer en 2 %”. Así mismo la Resolución 2364 de 2023 estableció la UPC de 2024 y solo asignó el 4 % para la NUEVA EPS.

<sup>159</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>

<sup>160</sup> Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones.

108. Algunas EPS pueden no contar con esa concentración de riesgo para ser acreedoras de ese porcentaje adicional, sin embargo, en relación con aquellas que cumplían con el requisito requerido y por ende recibían el beneficio, y luego dejaron de percibirlo, en parecer de la Sala, sienten la disminución de los recursos; sobre esto, no hay respaldo claro o datos concretos allegados por parte del MSPS que justifiquen haber eliminado esa prima adicional.

109. El Ministerio ha manifestado, en cuanto a las condiciones de salud de la población adulta mayor, “que Colombia ha aumentado los índices de cobertura de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que para esta población fue del 100 % al cierre de 2020”<sup>161</sup>. Para la Sala esto significa que más adultos mayores están afiliados al SGSSS, y no lo contrario, lo que haría pensar que la concentración de esta población se mantiene o, incluso, se incrementa, lo que derivaría en mantener esta prima adicional, especialmente cuando el MSPS expone que el índice de envejecimiento refleja un acelerado crecimiento de la población adulta mayor e implica un mayor esfuerzo por parte del Gobierno para cubrir la prestación de servicios y tecnologías en salud que esta demanda. Contrario a esto, al eliminarse, requiere una clara justificación en cifras por parte del MSPS, que, de existir, se desconocen por la Sala.

110. Atendiendo a lo descrito, se tiene que la UPC de 2024, al no superar el 14.01 %, como mínimo, en relación con aquellas EPS que en el 2023 recibieron la prima adicional a la UPC por ponderador de concentración de riesgo etario, se pueden haber visto afectadas, toda vez que en el 2023 se les reconoció un mayor valor. Sí al 9.73 % correspondiente a la inflación se le suma el 2.28 % equivalente a las inclusiones (12.01 %) y el 2 % que se reconocía por población mayor de 50 años, esto arroja como mínimo, 14.01 % de aumento que esperaban estas EPS. Ahora, como se viene explicando, se supone que no les fue reconocido ese porcentaje por no alcanzar la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años en las EPS, pero no se cuenta con los datos que respalden esta disminución. Esto, sumado a la destinación del 5 % para EBS como se explicó.

111. Así, la Sala estima que estas destinaciones específicas y dejar de percibir porcentajes que se reconocían en la vigencia inmediatamente anterior, puede afectar la suficiencia de la UPC, más cuando esto ocurre sin previo aviso o datos suficientes que reflejen la disminución de la concentración de la población requerida, toda vez que la resolución que establece la UPC y adopta estas decisiones se profiere días antes, por no decir que uno antes de iniciar la nueva vigencia.

112. Aunado a esto, la Corte considera necesario que la UPC mantenga al menos el mismo valor adquisitivo que la vigencia pasada desde que es establecida, y esto implica reconocer, como mínimo, el valor de la inflación que se registre para la época en que se expide la resolución y en la vigencia

---

<sup>161</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx#:~:text=En%20cuanto%20a%20las%20condiciones,100%20%25%20al%20cierre%20de%202020>

correspondiente y se efectúen los ajustes requeridos si esta llega a variar, pues como se ha explicado, la UPC debe fijarse antes de iniciar el año, cuando aún no se conoce con certeza los niveles de inflación. Por lo descrito, se ordenará al MSPS que se abstenga de fraccionar la UPC y establecer destinaciones porcentuales específicas para otros fines diferentes a los definidos para la UPC.

#### 4.2.3. Inclusiones y rezago en el cálculo

113. Gran parte de los servicios y tecnologías en salud que antes se recobraban pasaron a ser cubiertos por los PM, y estos a su vez migran a ser cubiertos por la UPC. Esto permite inferir que, en los últimos años, desde la implementación de los PM, ha habido una importante migración tanto de medicamentos como de procedimientos cubiertos por los PM para ser financiados por la UPC, al punto que el porcentaje de medicamentos autorizados que a la fecha son financiados con la prima asciende a 97.12 % y de procedimientos a más del 97 %<sup>162</sup>.

114. Al respecto, la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI<sup>163</sup> expuso que en enero de 2022 el Ministerio incluyó nuevas tecnologías y procedimientos al PBS con cargo a la UPC, y que esta actualización amplió la cobertura de medicamentos al incluir más de “980 grupos relevantes que se trasladaron de la financiación con [PM] a la financiación con recursos de la UPC”<sup>164</sup>. En concreto calculó que se incrementó el número de principios activos financiados con la UPC en 130 % al pasar de 459 a 1059. En cuanto a los procedimientos anotó que se agregaron más de 650, y en el listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC se incorporaron más de 300.

115. La Cámara señaló<sup>165</sup> como avance significativo el hecho de que una tecnología ingrese al PBS-UPC, lo que genera un incentivo de sobreutilización de las tecnologías que ya no requieren el paso de registro a través del Mipres. Por esto, la Sala concuerda con la Cámara en que se requiere evaluar el impacto económico de estas inclusiones en los costos asumidos por las aseguradoras y reconocer en la UPC el costo diferencial derivado de las frecuencias reales. La Cámara expuso que el acto administrativo que incrementó la UPC de 2022 señaló la obligatoriedad de revisar el comportamiento de estas inclusiones, pero no lo realizó periódicamente. En parecer de la Sala la referida normatividad administrativa planteó dicha necesidad de revisión porque el MSPS no desconoce que las nuevas inclusiones generan un impacto económico.

116. Ahora, la Sala no desestima que el efecto agregado de la migración de servicios y tecnologías al PBS UPC influye positivamente en el avance de la integralidad de la atención, pero también impacta la suficiencia de la UPC, tal

---

<sup>162</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 42.

<sup>163</sup> Documento del 20-03-2024, folio 4.

<sup>164</sup> Mediante Auto del 12 de marzo de 2024 se ordenó correr traslado de los documentos que presentaran las entidades y organizaciones convocadas a la sesión técnica. Dicho traslado se surtió el 21 de marzo mediante oficio 153/24, sin embargo, el MSPS no se pronunció sobre este asunto.

<sup>165</sup> Documento del 20-03-2024.

y como lo mencionó la ANDI<sup>166</sup>, la cual aseguró que la inclusión de nuevas tecnologías con cargo a la UPC desde el 2022 no fue calculada adecuadamente en términos de frecuencias de uso -*ut supra* 21 a 41- y costos, y ello afectó dicha suficiencia tanto en esa vigencia como en el 2023.

117. Por esta misma línea, la Corte considera que una forma de incluir procedimientos consiste en retirar la nota técnica que lo excluye de financiación con recursos de la UPC y esto puede generar una afectación financiera. Sobre esto, Acemi<sup>167</sup> reportó que, al retirarse las notas técnicas respecto de algunos procedimientos que se encontraban restringidos, estos no ingresan como inclusión de un procedimiento, lo que se reconocería con recursos adicionales, sino que, en algunos escenarios puede ser autorizado aumentando la cobertura del procedimiento, pero sin reconocer recursos adicionales, pues se eliminan las restricciones que se tenían, lo que implica mayor cobertura y por ende gasto.

118. En relación con este tema, esa asociación aseguró que, aunque el Ministerio indicó que se incluyeron 46 CUPS a la financiación con cargo a la UPC, no señaló que adicionalmente se eliminaron 33 notas que limitaban la cobertura de 69 procedimientos y se modificaron 4 notas más, con lo cual, se incluyeron por esta vía 73 procedimientos al financiamiento con cargo a la UPC<sup>168</sup>. En particular indicó:

“Por ejemplo, de los 10 procedimientos de broncoscopia agrupados en el código 32.2.2, dos se encontraban excluidos en una nota de aclaración de cobertura: la broncoscopia con auto fluorescencia (código 33.2.2.08) y la broncoscopia con tomografía de coherencia óptica (código 33.2.2.09), con la eliminación de la nota los dos procedimientos ingresaron al PBS-UPC. Otro ejemplo, es el grupo de procedimientos de mamoplastia de aumento, que incluye 4 tipos de procedimientos, tres de ellos estaban excluidos: 85.3.2.02-Mamoplastia de aumento bilateral con dispositivo; 85.3.2.03-Mamoplastia estética de aumento unilateral con tejido autólogo y el 85.3.2.04-Mamoplastia estética de aumento bilateral con tejido autólogo, con la eliminación de la nota los tres pasan a ser cubiertos con la UPC”<sup>169</sup>.

119. Al respecto, es preciso señalar que si bien al revisar la Resolución 2366 de 2023, la Sala Especial evidenció que la broncoscopia con tomografía de coherencia óptica -33.2.2.09-, la mamoplastia de aumento bilateral con dispositivo -85.3.2.02-, la mamoplastia estética de aumento unilateral con tejido autólogo, -85.3.2.03- y la mamoplastia estética de aumento bilateral con tejido autólogo -85.3.2.04, de acuerdo con las respectivas notas continúan sin ser financiado con recursos de la UPC, la broncoscopia con auto fluorescencia - código 33.2.2.08- fue retirada de la nota técnica de los procedimientos del código 33.2.2, motivo por el cual a partir del 1 de enero de 2024, se financia con la UPC.

---

<sup>166</sup> Documento del 20-03-2024.

<sup>167</sup> Documento de Acemi del 01-04-2024, folio 10.

<sup>168</sup> Documento de Acemi del 01-04-2024, folio 10.

<sup>169</sup> Documento de Acemi del 01-04-2024, comentarios al documento del MSPS, relacionados con la suficiencia de la UPC. Folio 11.



120. Así, la Corte estima que, aunque no se dieron mayores explicaciones y no todos los procedimientos enunciados ahora se financian con la UPC, lo cierto es que la eliminación de las notas técnicas da lugar a que nuevas tecnologías se cubran con la prima, lo que, al no tenerse en cuenta al momento de definir el valor de la UPC, puede impactar su suficiencia. Ello implicaría, como al parecer ocurrió con el ejemplo de broncoscopia con tomografía de coherencia óptica (código 33.2.2.09), que algunos procedimientos deben ser cubiertos por la UPC una vez retirada la nota técnica y, a pesar de representar una modalidad diferente de ese procedimiento, no se reconoce como inclusión, es decir que no representaría recursos adicionales, pero sí debe cubrirse con la UPC, lo que afectaría la suficiencia de la UPC al no tenerse en cuenta en su cálculo.

121. Respecto del segundo tema, el rezago, la Corte debe aclarar que, este hace alusión al periodo de tiempo que transcurre mientras se surte un cambio en una variable y sus efectos sobre otras. En relación con la UPC, significa que el periodo de tiempo que transcurre mientras se efectúa su cálculo sin que se realicen ajustes impacta en este proceso.

122. El MSPS informó que, en el agregado del sistema, no se han identificado deficiencias en el valor de la UPC ni déficit en los recursos asignados para financiar el PBS; dado a la metodología actuarial “LOSS RATIO” que se emplea para calcular la prima, la cual explica, tiene en cuenta ajustadores que garantizan la financiación de las tecnologías y servicios de salud durante cada una de las vigencias. Por esto, afirma que no hay cabida a revisión de vigencias anteriores, dado que se ha reconocido a través del ajustador denominado “[i]ncurridos pero no Reportados – IBNR” posibles servicios no facturados al momento de realizar el corte que no han sido reportados.

123. Sin embargo, atendiendo al impacto de la inflación, las inclusiones, las destinaciones específicas de la UPC y el retiro del reconocimiento de algunos porcentajes de la prima en su suficiencia ya analizados, la Sala no puede afirmar que el valor actual no traiga consigo un rezago en su cálculo. Vale citar, el ejemplo de las inclusiones que no son tenidas en cuenta para el cálculo de la UPC de una vigencia, si tuvieron lugar en el periodo inmediatamente anterior, atendiendo a que los cálculos de la prima se basan en la información de dos periodos atrás, como se mencionará más adelante.

124. Como indicó la Corte *-ut supra* 21 a 33-, varios actores del sector salud consideraron un aumento en la frecuencia de usos a partir del 2020 con ocasión de las atenciones en salud por Covid-19 y para los afiliados recuperados. Por ejemplo, según un estudio efectuado por una de las agremiadas de Gestarsalud, en el que se analizó la frecuencia de usos de servicios de la población afectada por Covid-19 antes y después de la pandemia, se incrementó en un 37.05 %. La Corte evidencia que, si estos aumentos en las atenciones en salud que requieren de un mayor gasto, recurso humano, medicamentos y equipos, entre otros, no son tenidos en cuenta detalladamente en el cálculo de la UPC, sin duda la prima

será calculada y su valor generará un rezago que afectará las finanzas de las EPS.

125. Acemi, por ejemplo, estimó que la metodología empleada para el cálculo de la UPC impide determinar el aumento de la prima con mayor nivel de precisión a la demanda real del sistema, entre otras, porque existe un rezago de 2 años en la información de los costos que sirven de base para el cálculo de la UPC<sup>170</sup>, el cual se realiza tomando en cuenta un solo periodo. Al respecto, manifestó que “la dinámica sanitaria y social del sistema no se alcanza a reflejar en un solo periodo”<sup>171</sup>. Anotó, como ejemplo, que para el 2024 se efectuaron los cálculos sobre el gasto de 2022. En efecto, la Corte encuentra problemático que los cálculos sin tener en cuenta el periodo inmediatamente anterior generan un rezago que tan solo podría reducirse haciendo las previsiones necesarias y, luego de establecida la UPC, reajustando su valor.

126. A su vez, en un estudio técnico contratado por Acemi<sup>172</sup> se expuso que, partiendo de resultados de costos y número de atenciones en salud a cargo de las EPS del RC “se estimó el costo de atención en salud originado por la patología Covid19 entre \$692 mil millones y \$916 mil millones asumiendo que los contagiados por esta patología afiliados al régimen contributivo [pudieran] estar, al final de diciembre de 2020, entre 701 mil y 962 mil contagios”. Esto deja en evidencia que en el cálculo de la UPC no pudo tenerse en cuenta este imprevisto.

127. Por su parte, Asocajas también consideró que un factor determinante de la suficiencia de la UPC es la información con rezago, porque si bien se aplican metodologías en el cálculo y estadísticas que pueden generar factores de ajuste, se requiere revisar estos cálculos<sup>173</sup>. La asociación citó un estudio de Anif de 2023 que, en su parecer, demuestra que el incremento de la prima en los últimos 3 años debió ser, en promedio, 1.4 % por encima del aumento decretado, lo cual significa que para el 2022 y el 2023 se tiene un déficit de \$1.2 y \$2.7 billones respectivamente, lo cual resulta en un valor cercano a los 4 billones de pesos de déficit.

128. Anif concluyó que para el 2024 la tasa de crecimiento que la UPC debía tener, rondaba el 15.2 % e incluso, que en el 2021, 2022 y 2023, la tasa estimada fue superior a la decretada. Anotó que, si se tomaban los últimos tres años, las estimaciones indicaban “que el valor de la UPC debió estar por encima del valor decretado, en 0.8pp para 2021, 1.3pp para 2022 y 2.1pp para 2023”<sup>174</sup>. A su vez,

---

<sup>170</sup> <https://www.semana.com/salud/articulo/la-upc-esta-mal-calculada-acemi-insiste-en-que-valor-anual-que-se-paga-por-afiliados-al-sistema-de-salud-tiene-rezago-de-dos-anos/202422/> . Al respecto Acemi solicitó realizar un estudio retrospectivo desde el 2019, “momento en que se observan las mayores desviaciones”. Sin embargo, no puede ignorarse que afirmó que el rezago se remonta tan solo a dos años atrás, y no a 5 o 6 como implicaría efectuar reajustes desde el 2019.

<sup>171</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi, minuto 2:34:38.

<sup>172</sup> “Evaluación del Impacto Económico del Covid-19 en el Régimen Contributivo de Salud”.

<sup>173</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Asocajas, minuto 2:55:00.

<sup>174</sup> Estudio de Anif, Centro de Estudio Económicos. “El desfinanciamiento del sector salud ronda los \$10 billones”. Folio 3.

estimó que el crecimiento en el 2022 debió ser del 20.7% pero fue de 18.2 %, y en el 2023 el estimado ascendía a 18.1 % pero se reconoció 16.2 %. Así Vamos en Salud reportó que, para el cálculo de la UPC de la vigencia de 2022, según estimaciones, hubiera sido necesario un ajuste adicional de 7.2%, es decir, que la prima estaría por el orden del 26.6% de la vigencia 2021 a 2022<sup>175</sup>.

129. Así mismo, la Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud – ANDI, manifestó que debido a la compleja situación financiera del SGSSS debía realizarse un ajuste adecuado de la UPC, que de acuerdo con los diferentes estudios se encuentra alrededor de 16% solo para parar la grave pérdida que sufre el sistema y sin inclusiones de nuevas tecnologías, sin embargo, el MSPS incrementó el 12.01%. Por su parte, la Cámara de Aseguramiento de la ANDI expuso que el sistema no reconoce diferencialmente en la UPC ciertas condiciones de salud más graves y costosas y esto desestabiliza el equilibrio de la prima.

130. Según estas cifras, esta corporación no duda en que los actores del sector salud tienen razón cuando reclaman reajustes a la UPC con ocasión de un rezago existente que no será eliminado si no se analiza detenidamente y con ánimo de corrección, el comportamiento del gasto de las EPS, al menos, a partir del 2020 cuando la declaración de la pandemia ocasionó distorsiones en la demandar de estos servicios de salud.

131. Por lo descrito es que la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI, entre otros, pidió que se ordenara al MSPS revisar la diferencia entre la proyección de gasto y el gasto observado durante las vigencias 2021, 2022 y 2023, y definir un mecanismo de ajuste a la desviación de gasto, para, de manera progresiva, asignar los recursos faltantes. De acuerdo con algunos estudios<sup>176</sup> mencionados por esta Cámara, algunas causas de insuficiencia de la UPC podrían representar un déficit de 4.8 billones para los años 2021, 2022 y 2023 solo por concepto de UPC.

132. Lo anterior pone en evidencia ante la Sala la existencia de un rezago en la información que afecta el valor de la UPC y que no corresponde a las necesidades actuales. Esto se refleja en que los gastos sean superiores al valor que reciben por dicho concepto, lo que afecta la sostenibilidad financiera de las EPS. Calcular la UPC de una vigencia con información de dos periodos atrás puede distorsionar el valor de la prima. Por esto es importante que el MSPS efectúe reajustes periódicos a la UPC, en aras de disminuir el tiempo que transcurre entre su cálculo y la época a la que corresponde la información utilizada para ello.

---

<sup>175</sup> Documento 18-06-24 de AVS.

<sup>176</sup> Se referencian varios estudios realizados por ACEMI, ANIF, Así Vamos en Salud, la Universidad EAFIT y los académicos Oscar Espinoza, Jhonathan Rodríguez, Piedad Urdinola, Pedro Luis Do Nascimento Silva, Alejandra Sánchez, Martha Arias, Emiliano Valdez, Terence Cheng y Sara Fisher

133. La Corte observa que la inclusión de tecnologías al PBS UPC que tuvo lugar en el 2022, representa un porcentaje significativo de las inclusiones que a la fecha se cubren con la prima. Esto cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que, si la prima del 2023 se calculó con la información del 2021, aquella no consideró las migraciones que se presentaron en las inclusiones de procedimientos y medicamentos financiados con los PM a ser cubiertos con la UPC en el año 2022, en el que se incrementó, según la ANDI, el número de principios activos, como se anotó *-ut supra* 114-. En definitiva, sin este reajuste, no se alcanzará un valor suficiente de la UPC, pues seguirán efectuándose cálculos sobre un valor distorsionado, pero, además, por debajo de los porcentajes que todos los actores del sector salud consideran que como mínimo debería aumentar la UPC en cada vigencia.

134. Así, la Corte evidencia que las inclusiones también impactan el valor de la Unidad de Pago por Capitación y un mal cálculo o la falta de su reajuste durante las vigencias presentes para cálculos futuros, afectan su suficiencia y pueden generar rezago. De este modo, se advierte necesario que, al momento de realizar el cálculo de la UPC, el rector de la política pública en salud tenga en cuenta el impacto que generaron las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior en la referida prima, para evitar que, a la hora de calcular la UPC de la siguiente vigencia, esta no se vea infraestimada.

135. En consecuencia, se le ordenará que efectúe los ajustes correspondientes a la UPC del 2024 partiendo de un análisis de suficiencia desde el 2021. Así mismo se solicitará al MSPS que tenga en cuenta en los reajustes que deba efectuar y el cálculo de la UPC de las siguientes vigencias, el rezago que puede existir, para calcular una UPC acorde a las necesidades del sistema de salud.

### **4.3. Reservas técnicas**

136. Las EPS vienen planteando que, existe una relación directa entre la insuficiencia de la UPC y las reservas técnicas con las que deben cumplir y su patrimonio<sup>177</sup>. Con ocasión de dicha insuficiencia, aseguran que no es posible garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS UPC sin afectar las referidas reservas que la ley les impone constituir. Además, que cuando los costos superan los ingresos, se generan pérdidas técnicas que también afectan sus patrimonios<sup>178</sup>. En parecer de la Sala, esta situación representa para las EPS un dilema entre garantizar el servicio o cumplir con las reservas y cuidar su patrimonio<sup>179</sup>, lo que impacta negativamente en el acatamiento de los requisitos de habilitación financiera y afecta la sostenibilidad del sistema de salud.

137. Gestarsalud expuso que la reserva técnica es una cuenta de naturaleza de pasivo que se registra en el balance general o estado de situación financiera para

---

<sup>177</sup> Sesión técnica. Intervención de Acemi minuto 4:05:00, Gestarsalud minuto 4:09:00 y ANDI minuto 3:09:57.

<sup>178</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi minuto 4:05:00.

<sup>179</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi minuto 4:05:00.

proveer futuras deudas. Señaló que, cuando los ingresos no son suficientes no hay manera de encajar plenamente la liquidez y los disponibles con los que debe contarse cuando hay que efectuar los pagos y se envejecen los pasivos. Así, cuando los ingresos son inferiores a los costos se genera una pérdida que afecta el patrimonio y se hace necesario generar capitalizaciones por los dueños de las EPS. Ahora, manifestó que, en una circunstancia de duda sobre la permanencia de las EPS, es difícil esa capitalización, sobre todo si este desequilibrio proviene de la UPC<sup>180</sup>.

138. Sobre la relación que se presenta entre la insuficiencia de la UPC y el deterioro de las reservas, el vicepresidente técnico de Acemi<sup>181</sup> explicó que una prima insuficiente se manifiesta en una pérdida técnica de las EPS, es decir, donde los costos superan por mucho los ingresos y con el tiempo erosionan los patrimonios de las EPS<sup>182</sup>. En este sentido, afirmó que existe una relación directa entre el financiamiento del sector y las pérdidas acumuladas y la descapitalización del sector. Al ser insuficiente la prima, que es “la casi única” fuente de ingresos de las EPS, Acemi considera que se torna imposible acatar el régimen de reservas técnicas sin dejar de cumplir con la obligación de prestación de servicios. Manifestó que la disyuntiva se presenta entre guardar esos recursos o prestar los servicios requeridos por los afiliados.

139. La asociación también anotó que la insuficiencia de la UPC guarda una relación directa con los recursos disponibles para cumplir con el requisito de inversión de las reservas técnicas en sus dos dimensiones contables: una en el pasivo y otras en el activo de las EPS. Así, cuando hay suficiencia de la UPC, los recursos deben alcanzar para reconocer las obligaciones<sup>183</sup>.

140. Para Asocajas, el “déficit de recursos tiene efecto en la constitución y generación de las reservas técnicas que se constituyen con los recursos de UPC. Ante una insuficiencia de esta, no será posible constituir e invertir reservas técnicas necesarias de acuerdo con la dinámica del costo médico”<sup>184</sup>.

141. El Ministerio aludió al tema<sup>185</sup>, y puntualizó que un asunto es el paciente de alto costo y otro el de enfermedades huérfanas. Mencionó que al referirse a las reservas técnicas se está aludiendo a los de alto costo y recordó que, además, se pagan los valores por anticipado, lo que representa más del 97 % de los recursos. Sin embargo, afirmó que las reservas no se cumplen desde el 2015. Explicó que en el 2014 se emitió una resolución que concedió 7 años para que las EPS se pusieran al día, pero ello no ocurrió, y luego en el 2016 se otorgaron 10 años, pero tampoco cumplieron.

---

<sup>180</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Gestarsalud minuto 4:09:00.

<sup>181</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi minuto 4:05:20

<sup>182</sup> La ANDI expuso que “si los costos de los servicios superan a los ingresos por UPC no hay espacio para el reconocimiento de los gastos operativos y administrativos y se erosiona el patrimonio y las reservas. Ver documento de la Vicepresidencia de Salud de la ANDI del 12-04-2024, folio 1. Ver también documento de Acemi del 12-04-2024, folio 2.

<sup>183</sup> Documento de Acemi del 12-04-2024, folio 3.

<sup>184</sup> Documento de Asocajas del 20-03-2024, folio 5.

<sup>185</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del MSPS minuto 4:11:00.

142. Ahora, cabe mencionar que la Defensoría del Pueblo<sup>186</sup> catalogó como atípicos los años 2020 a 2022 con ocasión de la emergencia social en salud ocasionada por la pandemia del Covid-19 y en relación con los indicadores de habilitación y permanencia financiera, puntualizó que el MSPS autorizó el uso de las reservas técnicas de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) durante este período.

141. Atendiendo a lo expuesto, la Sala considera que, la sola ampliación de los plazos para cumplir con las reservas técnicas no era suficiente. Como se ha explicado, ello requiere de ajustes tanto en la metodología de cálculo como en el valor de la UPC una vez se establece para la vigencia en cuestión. En parecer de la Corte, para las EPS será imposible atender estos requisitos de patrimonio y reservas técnicas, si no cuentan con los recursos suficientes para ello y esto requiere corregir las distorsiones y el rezago en el valor de esta prima.

142. En consecuencia, se observa que algunos actores de salud<sup>187</sup> consideran que la insuficiencia de la UPC tiene efectos directos sobre los requisitos de habilitación financiera, como el incumplimiento de los requisitos de patrimonio adecuado y de inversión de reservas técnicas, así como la acumulación de deudas con prestadores, pues la prima, como se ha mencionado, financia en su mayoría los servicios y tecnologías en salud que se prestan al interior del sistema de salud. De esta manera, la Sala estima que, en efecto, si las EPS registran mayor gasto que ingresos, y deben optar entre prestar los servicios o guardar los dineros correspondientes a las reservas técnicas, al escoger la prestación para no perjudicar a los usuarios, necesariamente afectan estos dineros de las reservas y por consiguiente el cumplimiento de los requisitos de habilitación financiera.

143. La situación financiera descrita expone a las EPS a medidas administrativas por parte de la Superintendencia de Salud y pone en riesgo la protección de los afiliados. Ante el escenario expuesto, deben elegir entre la prestación de los servicios afectando su patrimonio o las reservas técnicas, y en muchas ocasiones, afectando estas dos cuando ya han agotado los recursos de una cuenta. Vale resaltar lo dicho por Acemi, según la cual, “la experiencia del sector del aseguramiento se traduce en que las intervenciones para administrar no permiten la recuperación de las empresas, por el contrario, se precipita un deterioro aún mayor financiero y se agudizan los problemas de acceso a los servicios de salud, hasta que finalmente terminan siendo liquidadas, sin garantías para los acreedores”<sup>188</sup>.

144. Si a pesar de los plazos otorgados a las EPS en varias ocasiones para cumplir con los requisitos de habilitación financiera, de la afectación de los patrimonios de estas entidades y de las reservas técnicas, las EPS manifiestan

---

<sup>186</sup> Documento de la Defensoría del Pueblo del 19-03-2024.

<sup>187</sup> Acemi, Asocajas, Gestarsalud, principalmente.

<sup>188</sup> Documento de Acemi del 12-04-2024, folio 5.

no estar en capacidad de continuar prestando los servicios, y se tiene que existe una relación directa entre la suficiencia de la UPC y el cumplimiento de estos requisitos de habilitación financiera, es menester que el MSPS reconsidere que en efecto, la insuficiencia de la UPC no está permitiendo a las EPS avanzar en el cumplimiento de sus obligaciones como la constitución de las reservas técnicas.

145. En consecuencia, se ordenará al MSPS que establezca un periodo de transición para que, una vez reajustado el valor de la UPC, las EPS cuenten con un tiempo determinado para rehacer sus reservas técnicas.

#### 4.4. Uso indebido de la UPC

146. Previo a desarrollar este acápite, es importante mencionar que este tema tiene lugar, toda vez que el MSPS afirma que la supuesta insuficiencia de la UPC no ha tenido como causa la “insuficiencia de la misma”, sino que hay factores externos que han generado un visible detrimento al patrimonio público, como la corrupción al interior de las EPS, “las cuales utilizan los recursos de la UPC para otros pagos ajenos al objeto social” del SGSSS, “como para el pago de sanciones de incumplimiento, lo que desdibuja la destinación específica de los recursos en mención”<sup>189</sup>.

147. La Contraloría General de la República -CGR- manifestó que ha incrementado los ejercicios de control fiscal y así mismo la cantidad de hallazgos<sup>190</sup>, encontrando irregularidades como gastos de administración no relacionados con la salud, mayores valores pagados en la contratación, pago de sanciones y multas con recursos del sistema, manejo de anticipos a IPS utilizados en otras actividades y no para “apalancar efectivamente el servicio de salud”, servicios a personas fallecidas, doble facturación y pago, y cobro de medicamentos por un mayor valor pactado al regulado.

148. Sobre esto, la Sala analizó que, entre 2020 a 2023 el comportamiento de las actuaciones de control fiscal ha sido ascendente, pues en el 2020 llevaba un promedio de 10 indagaciones preliminares, en el 2021 46, y entre el 2023 y abril de 2024 - fecha de la sesión técnica-, incrementó a 126 indagaciones preliminares por más de 21.000 millones de pesos. En procesos con responsabilidad fiscal, encontró con decisiones vigentes, 5 fallos de responsabilidad, donde se demostró que hubo un uso irregular de recursos por 1.3 billones de pesos, y que se encuentran ejecutoriados y en etapa de cobro coactivo. Para el 2023 reportó que los procesos de responsabilidad habilitados se surten por más de 40.000 millones de pesos<sup>191</sup>. En concreto, la Fiscalía informó<sup>192</sup> que, a la fecha de la sesión técnica, existían 61 noticias criminales, 17 inactivadas y 44 en “averiguación”.

<sup>189</sup> Documento del MSPS del 29-09-2024 folio 1. “Alcance de comentarios técnicos posteriores a la sesión técnica del 5 de abril de 2024”.

<sup>190</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2023. Intervención de la CGR minuto 1:03:00.

<sup>191</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2023. Intervención de la CGR minuto 1:05:00.

<sup>192</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2023. Intervención de la FGN minuto 1:14:00.

149. Ahora, la Corte considera elevado el número de hallazgos relacionados con la UPC<sup>193</sup> presentado por la Contraloría (más de 400), sin embargo, en atención a que dicha entidad manifestó que los remite a la Fiscalía, la Sala no entendía por qué la Fiscalía no reportaba procesos si quiera en etapa de imputación<sup>194</sup>, toda vez que muchas de estas investigaciones se encuentran en estado inactivo y otras en estado de indagación<sup>195</sup>.

150. Conforme a las cifras anteriores, la Corte concluye que en un primer inicio los hallazgos remitidos por la Contraloría a la Fiscalía no estaban siendo debidamente investigados por esta, pues no era aceptable que con más de 400 hallazgos reportados por la CGR no existan responsables penales. En abril de 2024 la Fiscalía tan solo reportó 44 indagaciones activas y varias decisiones archivadas, pero no responsables penales siendo que el MSPS y la Contraloría manifiestan que hay irregularidades. Cabe anotar que, con ocasión de lo anterior, la CGR y la FGN adquirieron el compromiso de trabajar en equipo, pues la desviación de dineros y la corrupción al interior del sistema afecta directamente la garantía y la prestación efectiva del derecho a la salud<sup>196</sup>.

151. Sobre este punto, la Sala debe poner de presente que, con posterioridad a la sesión técnica, la Fiscalía General de la Nación reportó que con el fin de fortalecer la investigación de delitos que atentan contra el SGSSS y avanzar en las problemáticas que afectan el sistema de salud formuló nuevas estrategias. Además, informó haber creado once noticias criminales relacionadas con actos de corrupción.

152. De otro lado, reportó el inicio de 24 investigaciones en el tercer trimestre de 2023 y 26 en el primer trimestre de 2024. Así mismo, la emisión de un fallo con responsabilidad en el tercer trimestre de 2023, periodo en el que se formularon 11 imputaciones y 6 en el primer trimestre de 2024<sup>197</sup>. Esto permite evidenciar que la FGN ha implementado acciones que buscan esclarecer los hechos relacionados con los dineros que financian el SGSSS y por ende, afectan la prestación del servicio de salud.

153. Por su parte, la SNS expuso que se articuló con la Contraloría<sup>198</sup> y efectuaron traslado de 9 expedientes en los que encontraron una destinación indebida de la UPC, que se dio apertura a 116 investigaciones por no reporte de información en el 2023 y se impusieron 237 sanciones incluidas amonestaciones y multas. Sin embargo, acotó que no se encontraron sanciones

---

<sup>193</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Magistrado José Fernando Reyes Cuartas, minuto 1:50:00. Hallazgos expuestos por la Contraloría en la sesión técnica del 5 de abril.

<sup>194</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2023. Intervención de la FGN minuto 2:00:00. La FGN señaló que en efecto no ha “efectuado ninguna formulación de imputación en lo que tienen que ver con la malversación de recursos”.

<sup>195</sup> La CGR puntualizó en este punto, que está terminando una actuación especial de fiscalización que inició en octubre de 2023 pero por respeto de la institucionalidad y hasta que no se cumpla el debido proceso no puede informar al respecto.

<sup>196</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la FGN, minuto 2:01:00.

<sup>197</sup> Informe remitido a la Sala el 30 de mayo de 2024 dentro de la orden vigésima cuarta.

<sup>198</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la SNS, minuto 2:05:00.



impuestas a las EPS por el no reporte de la información para el cálculo de la UPC.

154. Sobre la indebida destinación de la UPC, la Adres<sup>199</sup> manifestó que efectivamente el tipo de inconvenientes que se evidenciaron con SaludCoop como la integración de negocios no han sido eliminados, aunque ni el Ministerio ni la administradora plantearon ejemplos actuales sobre irregularidades con los dineros de la UPC al interior del sistema<sup>200</sup>. En concreto, aludió a que la transferencia de utilidades es un fenómeno claro, aun cuando en el sector privado ello no sea ilegal. La administradora consideró entonces, que el problema es que en el sector privado la integración vertical y el traslado de utilidades sea legal.

155. Además, explicó como ejemplo, que en la nueva EPS se encontraron en un informe de la SNS, anticipos por 2 o 3 billones de pesos a los propios socios que a su vez son prestadores y se hacen anticipos cuando las clínicas son de los mismos dueños, lo cual se convierte en transferencia de beneficios, sin que esto sea ilegal, pero que afecta los recursos de la salud. No obstante, no profundizó en el tema ni su afectación concreta que causan estas operaciones<sup>201</sup>. Ahora, la Corte tampoco evidencia la implementación de medidas por parte del Ministerio dirigidas a intervenir este tipo de actividades o regular las mismas de manera que no impacten negativamente en los recursos de la salud y la suficiencia de la UPC.

156. Si bien el MSPS plantea que la suficiencia de la UPC se ve afectada, no por una insuficiencia de la prima en sí misma, sino por la posible desviación de estos dineros, la Sala no identificó que hubiera hecho referencia a casos actuales. Así, las investigaciones reportadas no son suficientes para demostrar que estas actividades irregulares son la principal fuente de la insuficiencia de la UPC, además porque aún no se cuenta con resultados de las mismas y, como lo mencionó el Ministerio, mientras no se auditen los recursos efectivamente, se desconocerá lo que ocurre con estos<sup>202</sup>.

157. En consecuencia, la Sala concluye que, si bien se han reportado hallazgos por los diferentes entes de investigación y control<sup>203</sup>, estos no dan cuenta de la magnitud de su impacto en la suficiencia de la UPC ni demuestran que haya desviación de dineros de la UPC. Es necesario que estos entes desplieguen oportunamente todas las acciones a que haya lugar en el marco de sus competencias, para identificar y condenar estas irregularidades que menoscaban los recursos de la salud. Por lo anterior, se ordenará a los entes de control que continúen informando sobre los compromisos adquiridos en la sesión técnica,

---

<sup>199</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 2:07:00.

<sup>200</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 36:00.

<sup>201</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de la Adres, minuto 2:05:00.

<sup>202</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención del Ministro de Salud, minuto 1:45:00.

<sup>203</sup> Entre otros, se reportaron hallazgos en Sanitas, Medimás y Asmet mediante documentos remitidos por el MSPS del 29-04-24. Como se mencionó, estos no permiten establecer una relación directa con la insuficiencia que se predica de la UPC, sin que esto signifique que no son importantes y que es menester continuar con las investigaciones para determinar responsables.

relacionados con la constitución de mesas de trabajo para efectuar seguimiento a posibles irregularidades y obstáculos en materia de reporte de información.

#### 4.5. UPC del 2024

158. En particular para esta vigencia, el MSPS emitió la Resolución 2364 de 2023 en la que manifestó que, de conformidad con el proceso de validación determinado en la metodología de cálculo de la UPC, establecida por la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS, no existía insuficiencia de la UPC para el 2024, sin embargo el MSPS “consideró necesario realizar un incremento base de la UPC para la vigencia 2024 con fundamento en esta proyección, a lo cual se adicionó 2.28 % correspondiente a la actualización por inclusiones de servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC”.

159. Como se explicó, la Sala estima que la UPC de 2024 en realidad no incrementó lo suficiente para financiar los servicios PBS UPC, y, por el contrario, su integridad fue afectada entre otras, por la destinación del 5 % para los EBS. Esto, adicionado a los rezagos mencionados.

160. Sumado a esto, Acemi reportó que la UPC de 2024 se calculó con base en un valor inferior al del sistema de salud<sup>204</sup>, pues fue establecida sobre “un costo de sistema de 16.8 billones de pesos”, eso equivale al 30 % del costo total del sistema en el año 2022”. Por esto se ordenará al MSPS que reajuste el valor de la UPC del 2024, teniendo en cuenta las diferentes variables y ajustadores de riesgo que puedan influir en su cálculo, además del rezago que pueda existir desde 2021.

161. Ahora, *sobre la participación de los actores del sector salud* en el cálculo de la prima de 2024 y la publicidad de este proceso, hay que poner de presente, en primer lugar, que se indagó al respecto al MSPS y este expuso<sup>205</sup> que la solicitud de información fue dada a conocer por medio de la web del Ministerio, así mismo, a través de comunicación enviada a cada representante legal de las EPS, aunado a que se dispuso de un correo electrónico para consultas relacionadas con el reporte de información<sup>206</sup>. Finalmente, no aludió a la participación de las EPS en el proceso de cálculo o que hayan sido escuchadas al respecto, a pesar de las diferentes alertas emitidas por estas y los gremios del sector salud sobre su situación financiera, quienes efectivamente resaltaron su no intervención<sup>207</sup>.

162. La ANDI expuso que el MSPS “está obligado a publicar para comentarios el proyecto de resolución que fija el incremento de la UPC para el año siguiente” y dio a entender que, aun cuando no fue citada para participar en el proceso de

---

<sup>204</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Acemi, minuto 2:37:00.

<sup>205</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 11.

<sup>206</sup> Documento del MSPS del 20 de marzo de 2024 con radicado 202411000664301. Folio 11.

<sup>207</sup> Acesi. Gestarsalud.

cálculo, tampoco se tuvieron en cuenta sus alertas sobre la suficiencia de la UPC, ni el llamado que elevó al MSPS para que publicara el proyecto de resolución para comentarios, lo cual tampoco se hizo. A su vez, informó que no fue considerada su participación una vez publicada la resolución que estableció la UPC 2024<sup>208</sup>.

163. A pesar de que el Ministerio afirmó que se realizaron 17 mesas de trabajo para revisar la suficiencia de la UPC, cabe señalar, no solo que diferentes actores de salud resaltaron su falta de participación, sino que Gestarsalud<sup>209</sup>, en concreto, aludió a que tan solo fue citada a dos mesas de trabajo en septiembre y diciembre de 2023; no obstante, sus apreciaciones no fueron tenidas en cuenta en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. La Sala evidencia entonces, con ocasión de las quejas de diferentes actores del sector salud, que la participación de las EPS, las asociaciones de pacientes y los gremios fue pasiva y reducida.

164. Gestarsalud y Acemi<sup>210</sup>, anotaron que la Resolución 2364 de 2023 tampoco fue publicada para que se efectuaran comentarios, desconociendo el principio de publicidad establecido en el Decreto 1609 de 2015.

165. Acemi indagó por la falta de publicación, y expuso que, según el MSPS, ello no era necesario porque fijar el valor de la UPC es de un acto de “carácter administrativo-ejecutivo.”<sup>211</sup> De este modo, reprochó que se haya convocado a los actores del sector salud con posterioridad a la promulgación de la resolución que fijó la UPC, de manera que la participación de las EPS se limitó a la remisión y corrección de los registros que están obligadas a entregar a la cartera de salud.

166. Sobre este asunto, cabe resaltar que el artículo 270 de la Constitución Política impone una obligación al Estado para habilitar la participación ciudadana que permita vigilar la gestión pública, así como sus resultados.<sup>212</sup> Adicionalmente, la Sentencia C-313 de 2014 señaló que la participación brinda la posibilidad de que el ciudadano haga parte de forma permanente de los procesos decisorios no electorales que incidirán en el rumbo de su vida<sup>213</sup>. Esta providencia concluyó que la participación ciudadana y, en general, “el principio democrático, constituyen una fuente insoslayable del modelo actual del Estado colombiano” que aplicado al derecho a la salud no puede sujetarse a ejecutar decisiones adoptadas por las autoridades competentes. En ese sentido, la participación no es un acto meramente formal, sino que requiere mayores responsabilidades de quienes regentan la salud del país.

---

<sup>208</sup> Documento de la Vicepresidencia de la ANDI del 20-03-2024.

<sup>209</sup> Documento del 20-03-2024, folios 10 y 11.

<sup>210</sup> Documento de Acemi del 20-03-2024, folio 23.

<sup>211</sup> Documento de Acemi del 20-03-2024, folio 24.

<sup>212</sup> En este mismo sentido la Sentencia T-760 de 2008 recordó que toda política pública orientada a garantizar un derecho constitucional debe respetar, entre otras cosas, que los “procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan la participación democrática” Reiteró la Sentencia T-595 de 2002.

<sup>213</sup> Reiteró la Sentencia C-180 de 1994.

167. Por su parte, la Sentencia C-150 de 2015 afirmó que debido al carácter expansivo de la democracia y a la condición de mandato de optimización del principio de participación, las distintas formas de ejecutarse que han sido fijadas en la norma “no agotan las posibilidades existentes en esta materia”.

168. La Corte resalta que la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud que comprende el derecho de las personas a participar en la toma de decisiones al interior del sistema de salud; así su participación se materializa desde la formulación de las políticas públicas a través de la discusión de diferentes temas en salud que interesan y afectan directamente a la ciudadanía. Al respecto, la Sala ha hecho hincapié en diferentes decisiones, con el objetivo de hacer valer el derecho de los ciudadanos a participar en la toma de decisiones que finalmente puede afectar sus intereses y derechos, característica esencial del Estado Social de Derecho<sup>214</sup>.

169. Así, su artículo 6º en el literal b, alude a que los diferentes agentes del sistema deben permitir, entre otras cosas, su participación en las decisiones del sistema de salud que los afecten. En concreto, en el artículo 12 estableció que el derecho a la salud comprende el derecho de todas las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan.

170. Además, con la actuación del MSPS se deja de lado lo establecido en la Ley 1757 de 2015<sup>215</sup> (art. 104, literales h y l) que impone como deber de la administración nacional, departamental, municipal y distrital convocar de manera amplia i) “y democrática a los ciudadanos a las instancias de participación” con suficiente anticipación y haciendo uso de todos los canales de información disponibles y, ii) “cumplida y constante a las instancias de discusión”, llevando el control de la información producida, así como del cumplimiento de las decisiones o sugerencias.

171. En el asunto bajo examen, debe recordarse que el MSPS emitió la Resolución 2364 de 2023 para fijar el valor de la UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo para la vigencia 2024 y en la que dictó otras disposiciones. Sin embargo, cabe resaltar, que diferentes actores del sector salud afirmaron no haber participado en su elaboración<sup>216</sup>.

172. Sobre lo anterior, la Corte advierte que si bien el Minsalud cumplió de alguna manera con lo establecido en el artículo 270 Constitucional, pues publicó la referida resolución, este solo acto es insuficiente, ya que no aborda de forma completa todas las facetas que tiene la participación, pues debe recordarse que

---

<sup>214</sup> Cfr. Auto del 13 de julio de 2009. Ver también autos 261 de 2011, 071 de 2016 y 010 de 2024, entre otros.

<sup>215</sup> “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”.

<sup>216</sup> Gestarsalud y Acemi.

la política pública no es un mero acto de decisión gubernamental y su contenido debe acompañarse de diálogo, discusión, argumentación y “entendimiento entre el poder público y los actores políticos y sociales, interesados e involucrados en la política”<sup>217</sup>.

173. En consecuencia, el MSPS debe garantizar la participación activa de los actores del sector salud en la determinación del monto de la UPC, así como permitirles exponer y debatir las razones sobre su presunta insuficiencia, para que la prima, en adelante, cubra los rubros que se requieren para una prestación adecuada, oportuna, suficiente y de calidad. Esto en aras de asegurar que no se dé un retiro masivo de las EPS a causa de la insuficiencia del valor de la UPC y de la imposibilidad de participar y exponer sus necesidades en el proceso de determinación de la prima

174. Sobre esto, vale resaltar que, durante el trámite de seguimiento, previo al establecimiento de la UPC de 2024, diferentes actores del sector salud<sup>218</sup> pusieron en conocimiento de la Sala, su preocupación por la sostenibilidad financiera del SGSSS y por los “miles de pacientes con enfermedades de alto costo, huérfanas, raras, entre otras, han visto afectados sus tratamientos poniendo en riesgo incluso su vida”<sup>219</sup>.

175. Gestarsalud, Acemi, Asocajas, las cámaras de Instituciones para el Cuidado de Salud y de Aseguramiento en salud de la ANDI allegaron un “llamado de urgencia”<sup>220</sup> También se solicitó que se practicara audiencia pública respecto de la sostenibilidad financiera y flujo de recursos al interior del SGSSS<sup>221</sup>, en atención a la información puesta en conocimiento de la Sala mediante escrito recibido el 10 de noviembre de 2023<sup>222</sup>.

176. Al Ministerio también le dirigieron diferentes alertas y, sin embargo, la cartera de salud fijó la UPC de 2024 sin la participación suficiente de los diferentes actores del sector salud, según manifestaron<sup>223</sup>, y en virtud de la afectación que consideraron que ocasionaría el valor establecido, incluso algunas entidades del Gobierno elevaron diferentes solicitudes y llamados de urgencia dirigidos a que se ordenara revisar el valor de la UPC 2024<sup>224</sup>, a alertar

---

<sup>217</sup> Eslava, Adolfo & otros (2014). El Concepto de Política Pública. Cuervo, Jorge Iván (Ed.) Ensayos Sobre políticas públicas II. Universidad Externado de Colombia.

<sup>218</sup> El coordinador y vocero de Asociaciones de Usuarios, la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS, de Sanitas EPS, de Salud Total EPS, de Sura EPS, de Cundinamarca Nueva EPS, de Coosalud, de Famisanar EPS y de Aliansalud EPS remitieron una carta, de fecha 1-11-23 recibida en esta Sala el 2 de noviembre siguiente.

<sup>219</sup> Respondida mediante auto de fecha 17 de noviembre de 2023. Párrafo extraído del Auto 875 de 2024.

<sup>220</sup> Escrito del 2 de noviembre recibido el 10 de ese mes.

<sup>221</sup> Documento del 12 de diciembre de 2024., suscrito por la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -Gestarsalud-, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -Acemi-, la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar - Asocajas-, las cámaras de Instituciones para el Cuidado de Salud y de Aseguramiento en salud de la ANDI.

<sup>222</sup> A través del cual hicieron un “llamado de urgencia” en relación con “la situación financiera” dentro del “seguimiento al cumplimiento de las órdenes Vigésimosegunda, Unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios y vigesimocuarta, Sostenibilidad financiera y flujo de recursos, de la sentencia T-760 de 2008”. De fecha 2 de noviembre de 2023 recibida en esta Sala Especial el 10 siguiente.

<sup>223</sup> Ver antecedentes de este documento en el anexo 1.

<sup>224</sup> Documento allegado el 5 de junio de 2024, suscrito por los académicos Jesús Botero García, Ramón Abel

sobre el posible retiro del sistema como prestador de servicios de salud<sup>225</sup> o declarar, incluso, el estado de cosas inconstitucional<sup>226</sup>.

177. Como resultado de la situación evidenciada al interior del sistema de salud, la afectación anunciada por las EPS y diferentes agremiaciones, la Sala encuentra que actualmente se enlistan 8 EPS como intervenidas<sup>227</sup>, 2 solicitudes de retiro voluntario del sistema de salud<sup>228</sup> y un retiro parcial en algunos municipios<sup>229</sup>.

178. Aunado a esto, las EPS Compensar, Sura y Salud Bolívar solicitaron a la Supersalud su retiro voluntario y liquidación, al igual que Coosalud de forma parcial, ante la imposibilidad de cumplir con los compromisos con la salud de sus afiliados con ocasión de la situación financiera al interior de dichas entidades.

179. Lo descrito, a pesar de las referidas advertencias elevadas tanto por Sura, Sanitas y Compensar<sup>230</sup> como por diferentes actores del sector salud<sup>231</sup> y otros ciudadanos<sup>232</sup>, dirigidas tanto a esta corporación, como al Gobierno e incluso a los medios de comunicación. Entre otras, se evidenció que una de las razones del retiro de las EPS en cuestión, giró en torno a la falta de sostenibilidad financiera del SGSSS<sup>233</sup>, en parte por la insuficiencia de la UPC reconocida<sup>234</sup>, no solo durante las vigencias de 2023 y 2024, sino en años anteriores.

180. La Corte también emitió alertas en el Auto 996 de 2023 - f.j. 197- y en el Auto 2881 de la misma anualidad, y, además, decretó la práctica de pruebas en

---

Castaño, Diego Gómez, Jairo Humberto Restrepo, Cesar Tamayo Tobón y Julio Mario Orozco Africano. Documento de la PGN recibido por la Secretaría General de la Corte el viernes 9 de febrero de 2024.

<sup>225</sup> Documento suscrito por Sura EPS recibido en la Sala Especial el 15 de mayo de 2024.

<sup>226</sup> Documento del 12 de junio de 2024 suscrito por Christian David Rivera Aguirre en calidad de ciudadano.

<sup>227</sup> Asmet Salud, Emssanar, Famisanar, Savia Salud, EPS SOS, Nueva EPS, Sanitas y Capresoca.

<sup>228</sup> Sura, Compensar y EPS Bolívar.

<sup>229</sup> Cajacopi.

<sup>230</sup> Carta suscrita por las EPS Sanitas, Compensar y Sura el julio 27 de 2023, dirigida al MSPS.

<sup>231</sup> Documento del 2 de noviembre de 2023 remitido el 10 siguiente, suscrito por La Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar, la Cámara de Instituciones para el Cuidado de Salud ANDI y la Cámara de Aseguramiento ANDI, Gestarsalud y Acemi. Solicitud del 12 de diciembre de 2023 de realizar audiencia pública en el marco del seguimiento a las órdenes 22 y 24 de la Sentencia T-760 de 2008, suscrita por Gestarsalud, Acemi, Asocajas, la ANDI. Documento de Gestarsalud del 15 de enero de 2024 atinente a la insuficiencia de la UPC y la brecha existente entre los valores de la prima del RC y el RS, entre otras cosas. Petición de la PGN allegada el 9 de febrero de 2024 en relación con la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Documento de la EPS Sura del 15 de mayo de 2024 “Tutela-TUT1079625-14052024153310”, entre otros.

<sup>232</sup> Solicitud “a las Sala de Seguimiento proteja el derecho a la salud determinando medidas que obliguen a la corrección y al ajuste correspondiente del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para los años 2022, 2023 y 2024 [...] (sic)” suscrita por Jesús Botero García, Ramón Abel Castaño, Diego Gómez, Jairo Humberto Restrepo, Cesar Tamayo Tobón y Julio Mario Orozco Africano del 5 de junio de 2024. Solicitud ciudadana del 12 de junio de 2024 de decretar estado de cosas inconstitucional en materia de salud (órdenes 21 y 22), entre otros.

<sup>233</sup> Compensar.

<sup>234</sup> Documento de Sura del 28 de mayo de 2024. Entre otras cosas, en este se lee: “[...], informó a la opinión pública la decisión de radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la solicitud de autorización para el retiro de EPS SURA del sistema general de seguridad social [...]. Entre las múltiples razones, se señaló, la falta de recursos necesarios a efectos de desarrollar la labor encomendada. Carencia que se ha centrado en la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la insuficiencia del monto de presupuestos máximos (PM)”.

el segundo semestre de 2023 para confirmar la crítica situación del sistema de salud, lo que derivó en convocatoria a la sesión técnica que se llevó a cabo el 5 de abril de 2024.

181. Por lo anterior, esta corporación considera importante que el MSPS proporcione escenarios para hacer efectivo el derecho a la participación, la información al público, garantizar la inclusión de todos los grupos de interés adelantando convocatorias públicas, publicar previamente los alcances de las actividades que se desarrollarán, el derecho a la publicidad y el principio de la publicidad de los actos administrativos, sus reglas de juego y el material informativo que sea necesario, además de divulgar los resultados de esta participación y la injerencia que tendrán los aportes en las decisiones a adoptar.

182. Como la Sala no observa que se haya otorgado la oportunidad de contar con una participación activa a los integrantes del sector salud en los procesos de cálculo de la UPC, ni que el MSPS haya demostrado que ello tuvo lugar, ordenará la creación de mesas de trabajo o comisiones en las que se estudien y analicen los temas pertinentes que puedan impactar en el cálculo y la suficiencia de la UPC, en las que se pueda determinar el costo real del sistema de aseguramiento y analizar la información reportada por las IPS y EPS para el cálculo de la UPC de la vigencia 2024, entre otros temas que consideren pertinentes.

#### 4.6. Ajustes *ex post*

183. Después de todo lo expuesto, la Sala encuentra necesario que el MSPS acuda a un ejercicio de reajuste del valor de la UPC dentro de cada vigencia y, para esto, junto con la Adres, efectúen un seguimiento y monitoreo oportuno del gasto en salud y del comportamiento de los ajustadores de riesgo y las variables que son tenidas en cuenta en el cálculo de la UPC, con la finalidad de reducir el impacto que produce el paso de tiempo en su aplicación<sup>235</sup>. Vale recordar como ejemplo, las fluctuaciones que podrían presentarse en el valor de la prima con ocasión de las inclusiones del periodo inmediatamente anterior a su cálculo y no al de dos periodos atrás, pero al no contar con esta información al momento de la estimación de la Unidad de Pago por Capitación, la Sala considera que una medida conducente para acercarse a la suficiencia de la UPC podría ser el reajuste de su valor durante el periodo en cuestión.

184. Como se viene explicando, el paso del tiempo y los datos no tenidos en cuenta generan distorsiones en la realidad de las necesidades del SGSSS, por ello, una vez recolectada la información de la que no se dispone en el momento del cálculo, su análisis permitiría evidenciar variaciones que no se tuvieron en cuenta y que podrían arrojar un valor de UPC diferente al fijado. Cabe mencionar que con la creación de los PM el mismo Gobierno incluyó un

---

<sup>235</sup> La ANDI consideró relevante ordenar al MSPS que efectúe un seguimiento periódico a las desviaciones de las proyecciones de gasto, con mecanismos de ajuste retrospectivos. La Sala no emitirá esta orden en concreto, si solicitará que el mecanismo de reajuste que se implemente contenga mecanismos de seguimiento periódico.

mecanismo de reajuste de este valor, justamente para actualizar el valor asignado a las EPS y propender por el equilibrio financiero del sistema de salud.

185. Ahora, si bien es cierto que el valor de la inflación de cada año no suele conocerse con suficiente anterioridad a la terminación de la correspondiente vigencia y se emplean las proyecciones del Ministerio de Hacienda, la Sala estima que el valor de la UPC podría reajustarse una vez conocido el IPC definitivo *-ut supra* 93-. Cabe resaltar en este punto, que, si bien el cálculo de la UPC atiende al IPC y a la inflación, no se puede desconocer la inflación.

186. Por otro lado, si de conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Resolución 2364 de 2023 del MSPS, este debe evaluar la suficiencia de las proyecciones de la UPC con base en información que deben reportar las EPS de manera trimestral sobre las prestaciones de las tecnologías y servicios de salud durante el 2024, la Sala considera que el seguimiento propuesto debería permitir al Ministerio advertir, con suficiente tiempo, inconvenientes sobre la suficiencia de la prima para efectuar los reajustes que corresponda. Esto, se acompasa con lo planteado por Ascif en relación con la necesidad de efectuar un seguimiento durante el año de la suficiencia de la UPC en cada régimen para tener también un inicio temprano del análisis del cálculo para el próximo año<sup>236</sup>.

187. Al respecto, la Corte debe resaltar que, al calcular la UPC se efectúan correcciones por faltantes de exposición. Esto significa que los procesos permiten evidenciar rezagos de procesos pasados y por esto, como mínimo, las compensaciones de una vigencia deben corresponder a la de años anteriores. Por tanto, el cálculo debe ser lo más preciso posible para que efectivamente recoja el faltante de compensación. Estas correcciones ponen en evidencia justamente la necesidad de reajustar el valor establecido como UPC.

188. Durante la sesión técnica Acemi solicitó adelantar el ejercicio de recálculo para el año 2024. En la misma línea, la Cámara de Aseguramiento en Salud de la ANDI solicitó calcular el incremento de la UPC para la vigencia 2024 y hacer los traslados presupuestales correspondientes para garantizar la suficiencia de la UPC de la vigencia 2024. Así mismo, Acemi pidió que se efectuara este recálculo partiendo desde el 2019; no obstante, la Sala evidenció reportes y cambios significativos particularmente a partir del 2021, con posterioridad a la declaratoria de la pandemia por Covid-19 y, por esto, las órdenes de reajuste que se emitirán, partirán de dicho periodo.

189. De este modo, la Sala considera que es viable y necesario efectuar reajustes de la UPC durante el periodo para el cual fue reconocido su valor, de manera que se mejore oportunamente el flujo de recursos y se garanticen los montos necesarios para la prestación de los servicios de salud, sin que las EPS se vean afectadas en su patrimonio o deban incumplir con los indicadores de habilitación financiera que les son exigidos.

---

<sup>236</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Ascif, minuto 3:23:40.



190. En consecuencia, cabe resaltar que, cuando el Gobierno no considera diferentes factores para fijar un valor suficiente para la UPC, afecta de manera directa la sostenibilidad financiera de las EPS y con ello, el acceso a los servicios de salud que, bajo el argumento de carecer de recursos, las prestadoras dejan de entregar<sup>237</sup>. Incluso, esta insuficiencia cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que a la fecha, tal como se mencionará, varias EPS se encuentran intervenidas *-ut infra* 194-.

191. Así mismo, la Sala identificó que el MSPS no demostró que la suficiencia de la UPC proviniera de un uso indebido de la misma y que la prima establecida para el 2024, fuera suficiente, lo que exige efectuar ajustes *ex post* de este valor en cada vigencia en los que también se considere la participación de los actores del sector salud.

192. Además, el MSPS no reportó medidas concretas para eliminar estas fallas alusivas a la data requerida para el cálculo de la UPC, pues más allá de mencionar las mesas de trabajo efectuadas con los actores del sector salud, no aclaró los temas abordados y por el contrario, reconoció que estas no arrojaron los resultados que esperaba. Sobre lo anterior, solo se aludió a la citación de las EPS a participar en dos mesas de trabajo, en septiembre y diciembre de 2023, previo a efectuar el cálculo de la UPC de 2024, pero estas medidas no arrojaron los resultados esperados, pues los actores del sector salud manifestaron no haber sido tenidos en cuenta y que su participación fue baja y pasiva y sin oportunidad de interacción con el MSPS.

193. El MSPS tampoco implementó mecanismos conducentes que permitieran la participación de los actores del sector salud en el proceso de definición de la UPC, a pesar de las diferentes alertas que estos emitieron sobre la necesidad de ser escuchados, como las de la Procuraduría, la Asociación de Pacientes de Alto Costo y las EPS, entre otros. Lo que se pretende es una participación efectiva que les permita a los diferentes actores del sector exponer sus preocupaciones y puntos de vista, y que estos sean considerados y debatidos al definir el valor de la prima; objetivo que no se logra con la simple convocatoria a un par de reuniones.

194. Esa falta de participación real, hoy se traduce en EPS intervenidas, otras en proceso de retiro voluntario y una con retiro parcial, todas con un denominador común, el incumplimiento de los indicadores financieros, el aumento en las PQR con ocasión a la negación de servicios y una afectación directa a los usuarios del sistema; no obstante, como se señaló, no fueron escuchadas.

---

<sup>237</sup> Sobre la importancia de la suficiencia de la UPC, cabe recordar que en la Sentencia T-760 de 2008 se señaló: “La disponibilidad de los recursos necesarios para asegurar la prestación de los servicios de salud supone la obligación de que tales recursos existan, no se asignen a fines distintos al de asegurar el goce efectivo del derecho a la salud y se destinen a la prestación cumplida y oportuna de los servicios requeridos por las personas. Esta última obligación implica pues, garantizar el adecuado flujo de los recursos, lo cual es necesario para asegurar que toda persona goce efectivamente del más alto nivel posible de salud, dadas las condiciones presupuestales, administrativas y estructurales existentes. El flujo de recursos es importante tanto hacia los prestadores de servicios de salud (IPS) como hacia los aseguradores (EPS). [...]”

195. En conclusión, sobre este capítulo, la Sala encuentra que el MSPS no implementó medidas para alcanzar la suficiencia de la UPC al interior de ambos regímenes. En efecto, identificó que para lograr un cálculo de la prima más cercano a las necesidades financieras del sistema de salud y las EPS, ello depende de los ajustes y actualizaciones que se efectúen a la metodología con la cual se establece su valor y de la consideración de diferentes factores que influyen en su cálculo<sup>238</sup> y en que las EPS puedan cumplir con las reservas técnicas exigidas por la ley.

196. En atención a lo descrito, la Corte ordenará al MSPS que cree un mecanismo de reajuste *ex post* de la Unidad de Pago de Capitación<sup>239</sup>. A su vez, como en los reportes del MSPS este afirmó que efectivamente el Minhacienda no ha efectuado oportunamente los giros de dineros requeridos para el óptimo funcionamiento del SGSSS y que se requieren con urgencia<sup>240</sup>, ordenará al Ministerio de Hacienda y Crédito Público que garantice los recursos necesarios para el acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo impartidos en la Sentencia T-760 de 2008, toda vez que su cumplimiento también le compete, de conformidad con lo dispuesto en las órdenes tercera del Auto 261 y segunda del Auto 262 de 2012 desde las cuales fue vinculado al seguimiento y en desarrollo de sus competencias.

## **5. Equiparación de la UPC-S en un 95 % al de la UPC-C**

197. En primera medida, cabe recordar que “en los Autos 261 y 262 de 2012 la Corte dispuso que, hasta tanto no se diera cumplimiento a la elaboración de una metodología apropiada para establecer la UPC y al diseño de un sistema de información que lograra un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el sistema, se entendería que el valor de la UPC-S sería igual al establecido para el régimen contributivo”<sup>241</sup>. En concreto, en el Auto 411 de 2016 se señaló como preocupante la ausencia de justificaciones, razonamientos, fundamentos y soportes técnicos o de cualquier orden, por parte del MSPS bajo los cuales fuera constitucionalmente aceptable la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes.

198. En el informe del 18 de diciembre de 2012, el Ministerio “mencionó las razones por las cuales consideraba que no era posible cumplir de manera

---

<sup>238</sup> Como (a) la siniestralidad, (b) la inflación, (c) destinar el 5 % de la UPC para adquirir EBS o retirar porcentajes antes reconocidos, y (d) las inclusiones y el rezago en el cálculo.

<sup>239</sup> La Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud de la ANDI pidió que se ordene a la Adres girar de manera oportuna la totalidad de los recursos de la UPC. Sin embargo, no es clara la evidencia de que los pagos de la UPC se estén efectuando de manera tardía. Al parecer, la ANDI se refiere a recursos que en su consideración se adeudan, en el entendido de que la UPC ha acumulado un rezago en su valor por su insuficiencia. Ante esta falta de evidencia, no se encuentra justificado el llamado solicitado. Ver <https://www.larepublica.co/economia/gremios-de-la-salud-alertan-crisis-financiera-de-la-salud-3771495>. Página consultada por última vez el 2 de septiembre de 2024.

<sup>240</sup> El 27-09-24 el MSPS remitió copia de una comunicación enviada al Minhacienda (radicado 2024110000888031) en la que manifestó su preocupación por el no desembolso de recursos necesarios para cubrir algunos valores pendientes de cancelar por concepto de PM y que debían ser girados por esa cartera.

<sup>241</sup> Auto 411 de 2016.

completa e inmediata con la orden de igualación de la UPC de los dos regímenes”<sup>242</sup> y por esto estimó que la carga de demostrar que no procedía la igualación “matemática” de la UPC, sino una equiparación como sugería el Ministerio, estaba en cabeza de dicha entidad.

199. Así, en el Auto 411 de 2016 la Sala resaltó que, el Ministerio de Hacienda en la sesión técnica del 13 de mayo de 2016, anunció que la meta era alcanzar una equiparación de la UPC para ambos regímenes del 95 %, y teniendo en cuenta que este objetivo se encontraba en un 91 %, declaró que el mismo no se había alcanzado<sup>243</sup>. En esa providencia la Sala ordenó que la cartera de salud, ante la falta de información técnica y confiable que permitiera demostrar la suficiencia de la UPC-S, equiparara la UPC de ambos regímenes, al menos, en el referido 95 %, con la finalidad de reducir la diferencia injustificada entre los valores de ambas primas.

200. Además, como en esa providencia la Corte evidenció que, para la cartera de salud la única razón para no igualar las primas era la ausencia de datos, le ordenó adoptar las medidas necesarias y emitir la reglamentación que considerara pertinente para solucionar las deficiencias del sistema de información, problemática que aún persiste.

201. Se tiene entonces que, a partir de la providencia mencionada se solicitó equiparar al referido 95 % el valor de la UPC-S respecto del valor que se entrega por prestación de servicios sin incluir las prestaciones económicas –auxilio por incapacidad y por maternidad- que no son reconocidas en el RS o justificar la brecha existente. Dicha orden de equiparación tuvo lugar porque el MSPS había sustentado en el 2016<sup>244</sup> la imposibilidad de igualación de la UPC de ambos regímenes, con ocasión de la diferencia en los perfiles demográficos y epidemiológicos, las condiciones de operación de los regímenes y los aspectos socioculturales.

202. Sin embargo, esta igualación nunca se ha presentado, como se refleja en la siguiente gráfica de Así Vamos en Salud<sup>245</sup>:

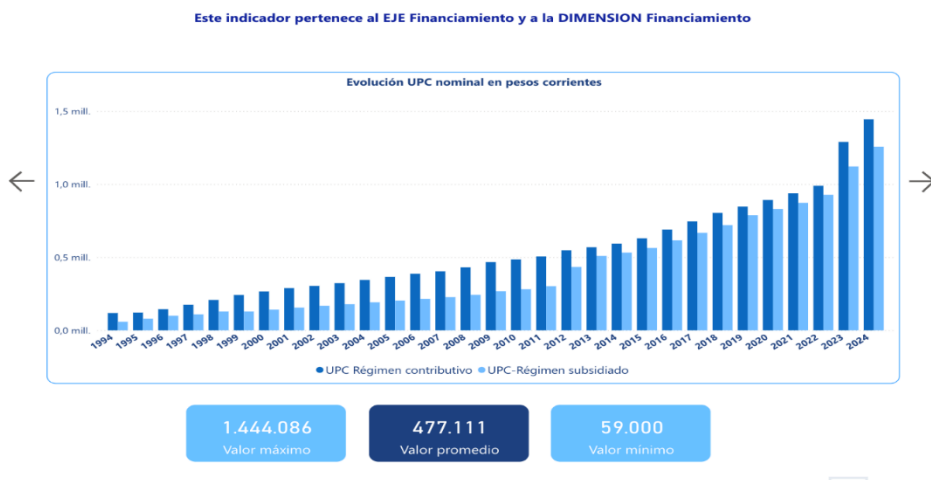
---

<sup>242</sup> Auto 411 de 2016. Las razones para no igualar fueron aceptadas en el Auto 411 de 2016 en los siguientes términos: “7.3.3. Finalmente, es preciso aclarar que el hecho de que la Corte encuentre justificada la diferenciación de la UPC para ambos regímenes, no significa que esté avalando el estancamiento de la brecha de esa diferencia según se explicó en el acápite precedente. Bajo este entendido, el Ministerio deberá propender porque esta continúe disminuyendo y la UPC se mantenga equiparada con la menor diferencia posible. Tampoco significa que, por esa razón, la metodología y el sistema de información utilizados para fijarla cumplan con los parámetros exigidos por esta Corporación. Como se expuso en apartes anteriores, para la correcta definición de la UPC es necesario acreditar que la misma se basó en un adecuado sistema de información y que se acreditó su suficiencia para la prestación de los servicios de salud.”

<sup>243</sup> Ver aparte “5.3.1. Ministerio de Hacienda y Crédito Público”.

<sup>244</sup> Cfr. Auto 109 de 2021.

<sup>245</sup> <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/financiamiento/evolucion-de-la-upc-nominal-en-pesos-corrientes>



203. La Corte encontró necesario acudir al comportamiento histórico de la brecha existente entre los valores de la UPC en ambos regímenes en los últimos años, periodos que, si bien ya fueron valorados, evidencian una disminución entre el 2019 a 2021<sup>246</sup>, sin embargo, para el periodo que ahora se evalúa, esa brecha se duplicó. Ahora, para las siguientes vigencias en las que se efectuó el cálculo de la UPC desde el 2022 se observa un retroceso en la referida equiparación que, además, se mantiene injustificadamente, así:

Año	RC	RS	Diferencia	Porcentaje	Norma	Razón UPC
2017	\$746.046,00	\$ 667.429,20	\$78.616,80	10.54 %	Res. 6411 de 2016	89.46 %
2018	\$804.463,20	\$ 719.690,40	\$84.772,80	10.54 %	Res. 5268 de 2017	89.46 %
2019	\$847.180,80	\$ 787.327,20	\$59.853,60	7.07 %	Res. 5858 de 2018	92.93 %
2020	\$892.591,20	\$ 829.526,40	\$63.064,80	7.07 %	Res.3513 de 2019	92.93 %
2021	\$938.826,00	\$ 872.496,00	\$66.330,00	7.07 %	Res. 2503 de 2020	92.93 %
2022	\$ 1.109.221,20	\$ 964.807,20	\$144.414,00	13.02 %	Res. 2381 de 2021	86.98 %
2023	\$ 1.289.246,40	\$ 1.121.396,40	\$167.850,00	13.02 %	Res. 2809 de 2022	86.98 %
2024	\$ 1.444.086,00	\$ 1.256.076,00	\$188.010,00	13.02 %	Res. 2364 de 2023	86.98 %

204. De la información expuesta en el cuadro que precede, la Sala extrae que, a pesar de que la brecha en los valores de la UPC entre ambos regímenes disminuyó en los años 2019 a 2021, por cuanto pasó de estar en 10.54% en el año 2018 a 7.07% en esas vigencias, en el 2022 esta diferencia se amplió nuevamente. Así mismo, aunque en el 2022 se consideró como un avance que la UPC-S se hubiera calculado con información propia del régimen, haciendo un análisis retrospectivo, ese cambio no justificó el aumento en la brecha que nuevamente tuvo lugar, tal como se valoró en el Auto 996 de 2023, en el cual

<sup>246</sup> Lo que fue valorado mediante el Auto 109 de 2021.

se estableció que los avances alusivos a la reducción de esa brecha no se mantuvieron en el tiempo.

205. Adicionalmente, la Sala encuentra que esa diferencia ha permanecido durante el 2023 y 2024, vigencias que acá se analizan<sup>247</sup> y en las que el MSPS no reportó medidas ni avances concretos para disminuir la brecha. Esto sumado a que el cálculo de la UPC del 2023 y 2024 no se efectuó con información propia del RS<sup>248</sup>.

206. Aunado a lo anterior, la diferencia del porcentaje actual que separa los valores de la UPC, refleja un gran retroceso, pues pasó en su momento de estar en 7.07 % en el 2021 a 13.02 %, sin que a la fecha de esta valoración haya disminuido esta cifra y, por el contrario, corresponde a casi el doble de lo registrado en el 2021, sin que exista justificación alguna, pues el PBS UPC es el mismo para ambos regímenes.

207. En conclusión, se presentó un retroceso en la orden dirigida a equiparar el valor de la UPC-S en un 95 % con el de la UPC-C, toda vez que después de haber reducido la brecha entre las dos primas a un 7.07 % en el año 2019 y haberla mantenido hasta el 2021, nuevamente esta diferencia se amplió y casi se duplicó, ubicándose en un 13.02 % a partir del 2022 y hasta la fecha. Lo anterior, permite evidenciar un retroceso, pues la brecha entre la UPC del RC y RS, en la actualidad es, incluso, mayor que la que se tenía en el 2018. El inconveniente entonces, no es solo la falta de implementación de medidas para equiparar estos valores o demostrar que ello no es necesario porque la UPC-S es suficiente, sino desmejorar en aspectos respecto de los cuales se había avanzado.

## **6. Nivel de cumplimiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo**

208. Por lo expuesto, la Sala declarará el *incumplimiento general en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes*, principalmente, porque no constató la existencia de nuevas medidas implementadas por el MSPS, dirigidas a avanzar o alcanzar mejoras en la calidad y cantidad de información reportada y requerida para efectuar los cálculos de la UPC, lo cual afecta directamente los cálculos de este valor y deriva a su vez, en que para 2024 la UPC no pueda considerarse como suficiente. Además, respecto de la UPC-S, tampoco reportó medida alguna dirigida a alcanzar la suficiencia de la UPC o para demostrar que esta se hubiera alcanzado, y por tanto justificar la diferencia respecto de la prima del otro régimen. Así, el MSPS continuó desatendiendo el mandato de equipararla al 95 % de la UPC-C.

---

<sup>247</sup> En concreto se estudiaron las medidas reportadas por el MSPS a partir de mayo 26 de 2023.

<sup>248</sup> Sesión técnica del 5 de abril de 2024. Intervención de Gestarsalud, minuto 2:48:23.

209. Lo anterior, porque lo evaluado en esta providencia no permite afirmar que se hayan generado avances en la superación de la problemática estructural que se pretende mejorar y eliminar en el marco al seguimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda, por el contrario, los resultados son regresivos y el cálculo de la UPC en las últimas vigencias ha generado un impacto grave y representativo en la sostenibilidad financiera del SGSSS.

210. Además, cabe resaltar que el MSPS aún remite información sobre medidas implementadas en el pasado y que fueron analizadas en otros autos de valoración, lo que dificulta la labor del seguimiento, pero que además no arrojaron avances nuevos o resultados que pudieran ser considerados en esta valoración. Así mismo, que tanto la Adres como el MSPS no responden concretamente los interrogantes planteados por la Sala y mucho menos incluyen en sus procedimientos, análisis que tengan en cuenta las observaciones y requerimientos que esta efectúa en la parte motiva de sus valoraciones, los cuales, a su vez, devienen del estudio de los documentos allegados por actores del sector salud.

211. Difícilmente la Sala puede declarar otros niveles de cumplimiento diferentes al incumplimiento general, si el ente obligado, en este caso, principalmente, el MSPS, no reporta nuevas medidas ni presenta los resultados obtenidos con su implementación. Por lo mismo, se le solicitará que allegue las memorias, actas y resultados de las mesas técnicas que tuvieron lugar durante el 2024 que giraron en torno a la UPC.

212. En consecuencia, se impartirán las órdenes necesarias para avanzar en el cumplimiento de los mandatos acá estudiados.

213. En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional,

### **III. RESUELVE**

**PRIMERO: DECLARAR** el *incumplimiento general* en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes, contenido en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda impartidas en la Sentencia T-760 de 2008.

**SEGUNDO: DECLARAR** la insuficiencia de la UPC de 2024.

**TERCERO: ORDENAR** Al Ministerio de Salud y Protección Social:

3.1. Dentro de los diez días siguientes a la notificación de esta decisión, cree una mesa de trabajo cuyo objetivo será revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia. Además de la cartera de salud, en la mesa participarán el Ministerio de Hacienda, la Adres, la Procuraduría Delegada para la Salud la Protección Social y el Trabajo Decente y la delegada para el Seguimiento al Cumplimiento

de las Sentencias de Tutela, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Salud, las EPS e IPS y las agremiaciones de estas, las agremiaciones de pacientes y el sector académico. Entre los aspectos que deberá abordar estarán como mínimo:

- a. El rezago existente en el valor de la UPC a partir del 2021 para efectuar el reajuste de la prima por cada vigencia desde ese periodo, a saber, 2021, 2022 y 2023.
- b. El aumento de la siniestralidad y las verdaderas variaciones en las frecuencias de uso.
- c. El impacto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior a la hora de calcular la UPC de la vigencia siguiente o, en su defecto, durante la vigencia en cuestión al momento de efectuar su reajuste.
- d. La definición de las variables y ajustadores de riesgo que deben ser tenidos en cuenta para establecer la UPC.
- e. Reajustar el valor de la UPC de 2024 teniendo en cuenta el valor que se haya obtenido para el 2023 y los resultados del análisis de los puntos anteriores.
- f. Con la participación de los miembros de la mesa, establecer los lineamientos o criterios a partir de los cuales se podrán realizar los ajustes *ex post*, la forma cómo se reconocerá a las EPS el reajuste de la UPC de 2024, e indicar los porcentajes y fechas máximas de pago.

3.2. El Ministerio de Salud será el responsable del funcionamiento de la mesa técnica, y ejercerá su secretaría. Mensualmente, presentará un informe a la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y a la Delegada para el Seguimiento al Cumplimiento de las Sentencias de Tutela de la Procuraduría General de la Nación, que dé cuenta del desarrollo de la labor encomendada.

3.3. En la primera reunión de la mesa, el Ministerio propondrá un cronograma de trabajo que permita que, a más tardar en 2 meses contados a partir de la fecha de notificación de esta providencia, los intervinientes acuerden el reajuste de la UPC de 2024. El cronograma propuesto deberá ser concertado por todos los participantes en la mesa de trabajo.

3.4. Dentro de los 15 días calendario siguientes a la definición del reajuste de la UPC 2024, el Ministerio de Salud convocará a una nueva reunión de la mesa de trabajo en la que, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y la Adres presentará la propuesta que permita dar cumplimiento al punto f. La propuesta deberá ser concertada por todos los participantes en la mesa de trabajo.

3.5. Establezca un periodo de transición para que, una vez reajustado el valor de la UPC del 2024, las EPS cuenten con un tiempo determinado para rehacer sus reservas técnicas.

3.6. Reajuste la metodología que se aplica para efectuar el cálculo de la UPC de las próximas vigencias, en la que se consideren nuevas variables y

ajustadores de riesgo de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de este documento y lo acordado en la mesa de trabajo. Incluir como mínimo, el impacto del Covid-19 y las atenciones a los usuarios recuperados.

3.7. Calcule el valor de la UPC de las siguientes vigencias teniendo en cuenta, como mínimo, los siguientes parámetros:

- a. Garantizar un proceso participativo y transparente en el que se de publicidad a las actuaciones previas al cálculo de la UPC, de conformidad con lo expuesto en los f.j. 163 a 182 de esta providencia.
- b. Tener en cuenta, como mínimo, el IPC proyectado para la vigencia que se calcula por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de la inflación, de conformidad con lo expuesto en los f.j. 89 a 98.
- c. La totalidad de las nuevas inclusiones, es decir, contemplar la eliminación de notas técnicas, de conformidad con lo expuesto en los f.j. 113 a 120.
- d. Incluir el rezago establecido teniendo en cuenta los resultados obtenidos con el cumplimiento de lo ordenado en el punto 3.1. literales (a) y (e).
- e. Abstenerse de fraccionar la UPC o establecer destinaciones porcentuales específicas para otros fines diferentes a los PBS UPC.
- f. Incluir ajustadores de riesgo *ex ante* y *ex post*.

3.8. A partir de la comunicación de este auto, además de los reportes enunciados en los puntos anteriores, el Ministerio deberá remitir un informe dentro del mes siguiente a que expida la resolución que fije la UPC en cada vigencia, en el que exponga de forma consolidada las medidas implementadas y los resultados obtenidos y con el que dé cuenta de la calidad de la información empleada en el proceso, la metodología utilizada, la cual deberá ser remitida, la justificación de la suficiencia del valor de la UPC definido y el proceso de participación que se llevó a cabo. Para la vigencia 2025, deberá presentarlo en el mes siguiente a la notificación de la presente providencia.

3.9. Crear en la mesa de trabajo que se constituya de acuerdo a la resolutive 3.1., un mecanismo de ajuste *ex post* de la UPC que deberá ejecutarse en cada vigencia en la época que la mesa defina según estudios técnicos que se realicen para ello, e incluir un método de seguimiento periódico, teniendo en cuenta, como mínimo, los resultados obtenidos en la mesa de trabajo con ocasión de los puntos planteados en el numeral 3.1. Este mecanismo de reajuste deberá aplicarse a la UPC que se establezca para el 2025. Así mismo, deberá presentar un informe dentro del mes siguiente a la aplicación de este mecanismo en cada vigencia, a partir del 2025, con el que dé cuenta de la calidad de la información empleada en el proceso, la metodología utilizada y la justificación de la suficiencia del valor de la UPC definido. El mecanismo de reajuste deberá ejecutarse en un periodo que permita desembolsar en la misma vigencia reajustada los valores reconocidos.

3.10. Desarrolle una herramienta que permita contrastar la información de las EPS con otra fuente, sobre lo cual deberá informar dentro de los 3 meses



siguientes a la comunicación de esta providencia, y en la que considere lo analizado en la mesa de trabajo que se conformará.

3.11. Adopte las medidas necesarias para dar cumplimiento a los numerales vigésimo primero y vigésimo segundo de la parte resolutive de la Sentencia T-760 de 2008, y en consecuencia, a lo ordenado en los numerales (i), (ii) y (iv) de la orden quinta del Auto 411 de 2016, a saber: (i) solucionar las deficiencias del sistema de información teniendo en cuenta lo analizado en los f.j. 10 a 73, de manera que esta sea confiable para la estimación de la UPC en ambos regímenes y provenga de sus EPS; (ii) garantizar la suficiencia de la UPC de acuerdo con lo establecido en los f.j. 74 a 196 y; (iii) equiparar al 95 % del valor de la UPC del RC el valor de la UPC del RS mientras no demuestre la suficiencia de la prima del régimen subsidiado, según lo estudiado en los f.j. 197 a 207. Lo anterior, teniendo en cuenta lo analizado en esta providencia. Deberá informar semestralmente sobre estas medidas y resultados obtenidos.

**CUARTO: ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección social que en el próximo informe:

4.1. Explique si ha llevado procesos de diálogo con las EPS, como ocurría ordinariamente en vigencias pasadas. De ser negativa la respuesta, exponga el motivo. Esto en atención a lo expuesto en el f.j. 60.

4.2. Explique la afirmación que emitió en la sesión técnica de conformidad con la cual aseguró que la UPC en su mayoría de veces ha estado “muy por encima” de la inflación. Para esto, analice la UPC en los últimos 5 años de manera que exponga el porcentaje aumentado y desagregue su valor en porcentajes dependiendo de cada asignación, de la forma en como hizo en la Resolución 2364 de 2023.

4.3. Allegue las memorias, actas y resultados de las sesiones técnicas llevadas a cabo en febrero de 2024. Así mismo, remita la información obtenida mediante la realización de mesas de trabajo con las EPS, con los datos y resultados relacionados con los temas debatidos en cada una de las reuniones y las conclusiones obtenidas para mejorar la calidad de la información orientada a fijar de forma adecuada y suficiente la UPC.

**QUINTO: EXHORTAR** al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en adelante, se abstenga de allegar información repetida o que ya haya reportado, y para que responda de manera directa y sin evasivas los cuestionamientos elevados por la Sala o, en su defecto, ponga de presente si no cuenta con la respuesta de conformidad con lo explicado en el f.j. 210.

**SEXTO: INSTAR** al Ministerio de Salud y Protección Social a que revise el comportamiento de las inclusiones y su impacto en la UPC de cada vigencia de conformidad con lo expuesto en el aparte 4.2.4.

**SÉPTIMO: ORDENAR** a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación que, en cumplimiento de sus funciones y competencias, desplieguen las investigaciones correspondientes para identificar irregularidades que deriven en posibles faltas por uso indebido de los recursos de la UPC al interior del sistema de salud, atendiendo a lo expuesto en esta providencia e informen sobre los resultados obtenidos en reportes semestrales.

**OCTAVO: ORDENAR** a la Fiscalía General de la Nación y la Contraloría General de la República que, dentro de los 15 días siguiente a la notificación de este auto, reporten sobre la conformación del equipo de trabajo dirigido a identificar malos manejos respecto de la UPC al interior del sistema de salud, según el compromiso adquirido en la sesión técnica del 5 de abril de 2024 y las actuaciones desplegadas al interior de este, e informen sobre los resultados obtenidos en reportes semestrales.

**NOVENO: ORDENAR** a la Superintendencia Nacional de Salud que, dentro de los 15 días siguientes a la notificación de este auto, informe sobre la constitución de la mesa de trabajo para analizar las denuncias relacionadas con la información que se reporta para el cálculo de la UPC, las actuaciones desplegadas en ella, y los resultados obtenidos, y en adelante siga reportando respecto de los avances alcanzados en los informes que remitirá en cumplimiento de estas órdenes, de manera semestral.

**DÉCIMO: ORDENAR** al Ministerio de Hacienda y Crédito Público que garantice los recursos necesarios para el acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo impartidos en la Sentencia T-760 de 2008, de acuerdo a lo expuesto en los *fjs.* 198 y 199 de esta providencia.

**UNDÉCIMO: RECORDAR** a las entidades que los informes semestrales que remitan a partir de la notificación de la presente providencia deberán contener siempre la misma estructura, en los que expongan las medidas implementadas y los resultados obtenidos con cada una de ellas, con las cifras que sean necesarias para evidenciar los cambios (de haber lugar a ellas), sin perjuicio de que puedan reportar la información adicional que consideren pertinente, de manera que faciliten la comparación de los datos entregados por cada periodo para dar cumplimiento a lo ordenado en la Sentencia T-760 de 2008 y de los autos que las han valorado.

**DUODÉCIMO.** Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, remitiendo copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

## ANEXO

### PUNTO 1

#### *Sobre las deficiencias en la información*

<b>MSPS<sup>249</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobre la participación de las EPS en el cálculo explicó los pasos que deben darse para el reporte de información de las EPS y expuso en dónde se encuentran contemplados “Los demás mecanismos de trabajo conjunto con las diferentes EPS y otros actores del sector salud”.</li> <li>- Los criterios definidos para establecer la calidad de la información que las EPS reportaron se agrupan en categorías de estructura, contenido, cruzadas, personas, atenciones<sup>250</sup>, dosis máxima de dispensación, valores atípicos y relación. La mayoría de los errores se presentan en los valores atípicos, derechos (registros de personas que tienen inconsistencia al validar con las bases poblacionales) y “calidad123” (registros que tienen errores de verificación de dominios de datos y validaciones cruzadas de campos).</li> <li>- En febrero de 2024, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, llevó a cabo sesiones técnicas con las EPS para revisar las inconsistencias identificadas en la información entregada en la vigencia anterior y así mejorar el reporte que debían realizar en abril de 2024.</li> <li>- En el 2023 se realizaron 17 mesas de en las que las EPS argumentaron sus preocupaciones, sin embargo, la información presentada no da cuenta de lo planteado en las mismas.</li> <li>- La calidad de la información suministrada por las EPS para el cálculo de la UPC ha sido evaluada y se han identificado criterios para determinar su calidad. Se han establecido medidas y estrategias para mejorar este aspecto en los reportes de prestación de servicios entregados por las EPS, incluyendo la revisión de los indicadores de cobertura y el análisis de consistencia interna de la información reportada y entregada.</li> <li>- Se han excluido EPS cuya información no cumplía con los parámetros de calidad, asegurando que la información considerada para el cálculo de la UPC sea confiable y representativa.</li> <li>- La información que no cumplía con los parámetros para el cálculo presentaba inconsistencias, falta de actualización o insuficiencia en los datos reportados. Esto puede deberse a problemas en la captura, registro o reporte de la información por parte de las EPS, lo que afecta la confiabilidad de los datos.</li> <li>- Se han implementado medidas para mejorar la calidad de la información del RS. A partir de la Resolución 2809 de 2022 y la Resolución 2364 de 2023, se han tomado acciones para solicitar información a las IPS públicas, establecer canales de atención y calendarios de reporte, con el objetivo de mejorar la calidad de los reportes, acciones para garantizar que la información del RS sea más precisa y confiable para el cálculo de la UPC y otros fines relacionados con la gestión del sistema de salud.</li> <li>- Para las vigencias 2023 y 2024, la UPC del RS no se calculó con información propia de ese régimen debido a la insuficiente calidad de la información reportada por las EPS-S. Por esto, se solicitó directamente a las IPS públicas las prestaciones de servicios para realizar el cálculo.</li> <li>- La información se recopila a través de plataformas y correo electrónico, y se realizan mesas de trabajo para abordar preocupaciones.</li> <li>- La selección de las aseguradoras que forman parte de la base final con la cual se calcula la indicación de tarifa de la UPC se realiza teniendo en cuenta el indicador de cobertura valor igual o superior al 90 %. Este indicador se utiliza para determinar la representatividad de las EPS en términos de la población que cubren y la calidad de la información que reportan.</li> <li>- Al aplicar este criterio, para el 2024 se seleccionaron 4 EPS, Salud Total, Sura, SOS y Nueva EPS, las cuales representan el 60 % de la población afiliada y el 62.24 % del gasto total reportado para el régimen.</li> <li>- Se excluyó la información de la EPS Compensar, pues a pesar de alcanzar una cobertura del 90.34 %, el análisis de la consistencia interna no guarda relación con la información suministrada por las demás EPS, presentando variaciones considerables en su reporte, que pueden ocasionar una estimación equivocada de la UPC.</li> <li>- Para el 2020 ingresaron al estudio 9 EPS, de igual forma para 2021 y 2022. En el 2023 ingresaron 7 EPS al estudio.</li> </ul>
<b>Adres<sup>251</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La información proporcionada por las EPS para calcular la UPC presenta problemas de calidad y oportunidad. Esto puede dar lugar a reconocimientos indebidos de la UPC, lo que la motiva a implementar medidas preventivas y correctivas para evitar errores en el reconocimiento de esta prima, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 780 de 2016.</li> </ul>

<sup>249</sup> Documentos del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301, del 29-04-24 “Oficio Corte Constitucional”, Diapositivas presentadas el 5 de abril en sesión técnica de UPC. Documento del 22-03-2024 “Respuesta de los viceministros de salud al Senado sobre la UPC 2024” dirigido al MSPS.

<sup>250</sup> Son las reglas que verifican posible duplicidad en las atenciones por usuario: Durante el día, durante el año, en la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica (doc1 folio8).

<sup>251</sup> Docs. del 21-03-2024 con radicado 12024630503336200003 y del 22-03-2024 con radicado 20241209220171.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha desplegado acciones preventivas para evitar el presunto reconocimiento de la UPC sin justa causa; es así que, efectúa validaciones contra información referencial de diferentes fuentes de datos como la Registraduría Nacional del Estado Civil sobre fallecidos y documentos no válidos, de Migración Colombia sobre documentos de identificación cancelados, información de afiliación a los regímenes especiales o de excepción, información de personas en calidad de pensionados, afiliaciones a planes voluntarios de salud, información del Inpec, multifiliación entre regímenes y afiliados presuntamente duplicados en la BDUA.</li> </ul>
<b>SNS<sup>252</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se han impuesto sanciones en los últimos 3 años debido a la falta de calidad de la información requerida para el cálculo de la UPC, según lo verificado en el Sistema de Gestión Documental SuperArgo.</li> <li>- No se han recibido comunicaciones en las que se informen dificultades presentadas por las EPS para reportar a través de PISIS.</li> <li>- El MSPS no ha puesto en conocimiento de la entidad, inconsistencias o reportes de información sin los criterios de calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia exigidos por la norma.</li> </ul>
<b>Defensoría del Pueblo<sup>253</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La información de las EPS afecta el cálculo de la UPC, ya que la insuficiencia de la información utilizada para determinar la UPC puede llevar a subestimar los costos de salud y, por ende, la cantidad de recursos necesarios para garantizar su suficiencia.</li> </ul>
<b>Posición de la mayoría de los grupos de apoyo y peritos<sup>254</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de un sistema de información en salud efectivo.</li> <li>- Deficiencia en calidad de información reportada por las EPS.</li> <li>- El cálculo de la UPC se basa en información que puede no ser representativa o actualizada, lo que pone en duda su capacidad para cubrir los costos reales de la atención médica.</li> <li>- Poca información reportada por las EPS, inconsistencias en esta y baja calidad.</li> <li>- Se identifican falencias en la información y los datos sobre prestación de servicios empleados para el cálculo de la UPC. Se requiere fortalecer los sistemas de información del SGSSS, mejorar la calidad y representatividad de la utilizada en el cálculo de esta prima.</li> <li>- De lo expuesto por el Ministerio, se observa una disminución significativa en el número de EPS que participan en el estudio para calcular la UPC desde 2020 hasta 2024.</li> </ul>
<b>ACHC<sup>255</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha realizado estudios y análisis para alertar sobre inconsistencias en la información, lo que dificulta evaluar la suficiencia de la UPC de manera integral, entregando sus hallazgos al Ministerio y al Contralor.</li> <li>- Baja calidad en la información reportada.</li> <li>- Ha identificado fluctuaciones y variaciones en las frecuencias reportadas por las EPS que requieren un análisis más profundo.</li> <li>- La información inconsistente impide conocer el comportamiento de los costos y responder a interrogantes sobre las disparidades entre EPS en severidad y frecuencia.</li> <li>- Los problemas de calidad de la información en el sistema de salud afectan la precisión de los cálculos de la UPC, la transparencia del proceso y la sostenibilidad financiera del sistema, lo que destaca la importancia de mejorar la calidad de los datos reportados por las EPS para una gestión más eficaz y eficiente del sistema de salud.</li> <li>- La afectación a las IPS por la UPC se relaciona con el reconocimiento de tarifas por parte de las EPS, y existe un desbalance histórico que la ACHC ha seguido de cerca. A pesar de la normatividad que busca equilibrar la situación, no se ha logrado un cumplimiento pleno, y las IPS han recibido incrementos menores que los de la UPC entregada a las EPS.</li> <li>- Ha investigado la escasez y el aumento de precios de medicamentos, encontrando que la situación afecta principalmente a medicamentos de uso frecuente en la atención hospitalaria, y que las razones aducidas para la escasez y el alza de precios son principalmente logísticas o relacionadas con el mercado.</li> <li>- El desbalance se debe a problemas de calidad de la información, a la metodología de cálculo de la UPC, al incumplimiento de la normatividad que busca equilibrar los incrementos de la UPC con los pagos a las IPS, y a factores externos como la pandemia de Covid-19.</li> <li>- Esto dificulta la evaluación de la gestión en salud y financiera de las EPS y la generación de incentivos basados en resultados.</li> <li>- Pérdida de costos del sistema. Falta de retroalimentación y transparencia. Impacto en la sostenibilidad financiera.</li> </ul>
<b>Acemi<sup>256</sup></b>

<sup>252</sup> Docs. del 20-04-2024 con radicado 12024510000114499200002, y del 12-04-2024 con radicado 20241610000741041.

<sup>253</sup> Documento del 01-04-2024 “RESPUESTAS\_120240040701737741.pdf”.

<sup>254</sup> Se hará una primera alusión a las ideas generales con las que coincide una mayoría de los integrantes del grupo de apoyo y los peritos constitucionales para evitar repeticiones, posteriormente, se anotarán algunas observaciones planteadas por cada actor de manera particular. Principalmente, Acemi, Acesi, Gestarsalud, la ANDI y Así Vamos en Salud.

<sup>255</sup> Documento del 01-04-2024 “Respuesta ACHC-Orden Suficiencia UPC-abril”.

<sup>256</sup> Doc. de Acemi del 20-03-2024 con radicado 202403120, UPC Corte Constitucional. Doc. 20240104 “Comentarios Acemi a doc. Minsalud suficiencia UPC”. Documento del 12-04-24.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las mallas y el algoritmo no deberían ser, <i>per se</i>, mecanismos de rechazo automático de información reportada. Al contrario, son mecanismos tecnológicos que se han creado y dispuesto para tener una mayor fiabilidad en los cálculos. De allí, la responsabilidad del Ministerio y las EPS, de realizar todas las gestiones necesarias para subsanar aquella información que no cuente con la calidad requerida.</li> <li>- Se trabaja sobre proyecciones poblaciones desactualizadas.</li> <li>- No se conocen las razones por las que, pese a que el Dane ajustó y publicó en marzo de 2023 las proyecciones de población y fecundidad desde el año 2020, el MSPS omitió dichas actualizaciones en el proceso de análisis de uso de servicios del año 2022 y en la proyección de servicios 2024.</li> <li>- Critica las medidas adoptadas para mejorar la calidad de la información.</li> <li>- El MSPS puntualizó sobre 17 mesas de trabajo con las EPS, que tuvieron lugar con posterioridad a que las EPS Sura, Sanitas y Compensar hicieran pública su situación financiera a mitad de 2023.</li> <li>- El Ministerio señaló que se solicitó información a las IPS públicas, pero no indicó el resultado de dicha medida ni la adopción de otras adicionales para mejorar la calidad de la información para calcular la UPC-S con datos propios del RS. El cálculo de la UPC 2022 se logró por el trabajo articulado entre el MSPS y las EPS.</li> </ul>
<b>Gestarsalud<sup>257</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La información se considera suficiente para el cálculo de la UPC cuando se basa en un bajo porcentaje de EPS, siempre y cuando estas EPS seleccionadas representen una parte significativa de la población afiliada y de los servicios prestados en el sistema de salud. En este caso, se menciona que las EPS seleccionadas representan el 60 % de la población afiliada al Plan de Beneficios, lo que podría considerarse suficiente para realizar el cálculo de la UPC.</li> <li>- La calidad de la información del sistema de salud presenta deficiencias, especialmente en el proceso de carga de información por parte del MSPS. Se destaca que la falta de aprovechamiento de la información reportada por las EPS y la insuficiencia en la representatividad de los afiliados, costos y registros, sugieren que se requiere una mayor gestión por parte del Ministerio para mejorar la calidad de los datos</li> <li>- Los sistemas de información del sistema de salud presentan debilidades, especialmente en los hospitales públicos y privados, lo que afecta la calidad y la cantidad de la información que se reporta al Ministerio.</li> <li>- Se recomiendan implementar la facturación electrónica respaldada por los RIPS como fuente primaria de información para mejorar la calidad de los datos y garantizar la suficiencia de la UPC.</li> <li>- Se critica al Ministerio por la falta de gestión en la calidad de los procesos, la disminución en la calidad de la información reportada, la falta de uso de otras fuentes de información disponibles.</li> <li>- Respecto a las medidas y estrategias adoptadas para mejorar la calidad de la información entregada por las EPS para el cálculo de la UPC desde el 2020 hasta la fecha, el Ministerio no ha implementado acciones concretas para mejorar la calidad de los datos, lo cual considera como una deficiencia en el proceso.</li> <li>- Con relación a la falta de claridad en la estimación de cobertura del estudio y la participación de las EPS y otros actores del sector salud en el proceso de cálculo de la UPC para la vigencia 2024, considera que las respuestas del Ministerio no abordan adecuadamente las preguntas planteadas.</li> <li>- No se explica de forma clara cómo se incorporó la información de la IPS públicas en el cálculo para el régimen subsidiado</li> </ul>
<b>Asocajas<sup>258</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La raíz del problema radica en la inexistencia de un Sistema de Información en Salud efectivo que realice la trazabilidad de las atenciones de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1966 de 2019, lo que dificulta la transparencia y la toma de decisiones basadas en datos fiables y completos.</li> </ul>
<b>ANDI<sup>259</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La calidad de la información utilizada en el cálculo de la UPC presenta problemas debido al rezago de dos años en los datos históricos proporcionados por prestadores y validados por las EPS. Esto genera riesgos de cálculo por ajustes inesperados en variables fundamentales del modelo, como frecuencias de uso y variables macroeconómicas.</li> </ul>
<b>Así Vamos en Salud -AVS-<sup>260</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para mejorar la calidad de la información en el cálculo de la UPC, se puede establecer estándares claros y uniformes para la recopilación y reporte de datos por parte de las EPS, garantizando consistencia y precisión en la información.</li> <li>- Realizar auditorías periódicas para verificar la veracidad y completitud de los datos reportados, asegurando la fiabilidad de la información utilizada en el cálculo de la UPC.</li> <li>- Promover la transparencia y la colaboración entre las EPS y el Ministerio de Salud para compartir datos de manera oportuna y precisa, facilitando una evaluación más precisa de la suficiencia de la UPC y una asignación adecuada de recursos en el sistema de salud.</li> <li>- Es necesario optimizar la transparencia y calidad de la información sobre costos y variables para el cálculo de la UPC, así como la entrega oportuna de reportes financieros a las autoridades de salud para una mejor evaluación de ingresos y gastos.</li> </ul>

<sup>257</sup> Doc. de Gestarsalud del 27-03.2024 3381. Corte Constitucional RtaOficioOPTC15324. Doc. 3390 Rta. OPTC-153-24. Doc. posterior a la sesión técnica del 12-04-2024, 23-04-2024 Gestarsalud II RÉPLICA MSPS 23042024.

<sup>258</sup> Documentos de Asocajas del 20-03-2024 - Asocajas Comunicado Sesión Técnica 05 04 2024, del 12-04-2024 y Escrito Conclusiones Sesión Técnica 05-04-2024.

<sup>259</sup> Documento de la ANDI del 20-03-2024, Respuestas 19.1 & 19.2

<sup>260</sup> Documento de Así vamos del 08-04-2024 “Texto Ante la Corte - órdenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”. Documento del 3-05-2024 Así Vamos - Boletín Observatorio financiero 003. Documento de Así vamos en Salud del 03-03-2024.

## ***Sobre la suficiencia de la UPC***

### **MSPS<sup>261</sup>**

- Para el cálculo de la UPC, se utilizan las proyecciones más actualizadas y consistentes, disponibles al momento de analizar la proyección de población.
- El cálculo de la UPC para 2024 se basó en datos de 2022, que se ajustaron con información poblacional del Dane. Se identificaron errores en la información y se clasificaron mediante un algoritmo.
- Se puede observar por cada EPS, los registros y el valor reportado (base inicial) y una vez aplicados los procesos de calidad, se puede evidenciar, el valor total y la cantidad de registros que se tuvieron en cuenta, para la conformación de la base final.
- Durante todo el proceso se encuentra habilitado el correo electrónico y la disposición del equipo técnico para solventar dudas.
- Según la Resolución 2364 de 2023 del MSPS, luego de evaluar la suficiencia de la UPC para la vigencia 2024, se determinó que no existe insuficiencia de esta para dicho periodo. Además, se realizó un ajuste adicional al valor de la UPC para garantizar su adecuación.
- El incremento para cada vigencia tiene en cuenta la tendencia inflacionaria. Las distintas variaciones en el aumento, se explican por el comportamiento histórico de las variaciones del IPC. Así mismo la fluctuación del dólar. Por lo tanto, la relación entre la tasa de cambio y el costo de los medicamentos y la prestación de los servicios en salud es incorporada en la inflación, la cual hace parte de los supuestos para el cálculo de la UPC. El comportamiento de la tasa de cambio en periodos de apreciación (revaluación) y en los periodos de depreciación (devaluación) de los últimos años, es incorporado en el cálculo de la UPC a través de la tasa de inflación de la economía del país.
- También se contempla los gastos de administración y la migración de medicamentos de PM a ser financiados con la UPC. Se realizó la migración de la financiación con PM a la financiación con UPC de 86 grupos relevantes que representaron a diciembre de 2023, 1948 Códigos únicos de medicamentos aumentando la financiación con recursos de la UPC a un 96.76 % del total de códigos únicos de medicamentos autorizados en el país a la fecha de la propuesta de actualización. Hubo una migración de 235 CUM alcanzando un 97.12 % de CUM en Colombia, financiados con recursos de la UPC.<sup>262</sup>
- Con esta actualización la cobertura de financiación establece que, se financia con UPC 9.249 CUPS que representan 97.31 % del total.
- Sobre la corrección de las deficiencias en el cálculo del valor de la UPC de años anteriores o el déficit de los recursos dispuestos para atender el PBS UPC no se han identificado ni deficiencias en el valor de la UPC ni déficit en los recursos asignados para financiar el PBS.
- No ha resultado necesario realizar un análisis de sensibilidad de la prima frente a cambios a raíz del aumento de la población inmigrante afiliada al SGSSS.
- Dentro del cálculo de la UPC se tiene en cuenta la proyección de la población así para la estimación de la población, se toman las proyecciones del Dane por municipio y grupo etario para los años 2022 y 2024, las cuales se agregan hasta obtener la población en cada año por cada uno de los 56 grupos de riesgo que corresponden a 14 grupos de edad por las 4 zonas de reconocimiento de UPC vigentes.
- La información suministrada por las EPS no indica un aumento de las frecuencias de uso derivadas del post Covid. Sin embargo, el cálculo de 2023 ha incorporado un cambio en la proyección de frecuencias para tomar en cuenta las externalidades de comportamiento.
- Sobre la destinación del 5 % a EBS, se trata de un mecanismo para garantizar la prestación de servicios y tecnologías de salud ya financiados por la UPC hacia la Atención Primaria en Salud, enfocada en promoción y prevención, con el objetivo de generar gastos eficientes y mejorar los indicadores de resultados en salud, que no afecta la suficiencia de la UPC.
- Desde gobiernos anteriores se han flexibilizado los requisitos y condiciones financieras y de solvencia de las EPS para que cumplan con estos, y que se refleja un incumplimiento sistemático de estas condiciones financieras.
- Respecto a la presunta insuficiencia en el marco de la emergencia del Covid-19, el Gobierno de la época adoptó medidas que permitieron mitigar el impacto que pudiera presentarse en el país a causa del Covid.
- Los países que invierten más en atención primaria tienden a tener mejores resultados de salud a un costo menor en comparación con aquellos que priorizan la atención hospitalaria. Esto se debe a que la atención primaria se centra en la prevención, la detección temprana y el manejo de enfermedades crónicas, lo que reduce la necesidad de asistir a los servicios de urgencias o de mayor complejidad.
- La OMS y la OPS estiman que al menos el 30 % de los gastos en salud deberían destinarse a la atención primaria para lograr un sistema de salud sostenible y eficaz. Sin embargo, muchos países, incluido Colombia, todavía invierten la mayor parte de sus recursos en la atención especializada y hospitalaria, lo que evidencia un uso ineficiente de los recursos y una menor accesibilidad a la atención de salud para la población.

<sup>261</sup> Documentos del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301, del 29-04-24 “Oficio Corte Constitucional”, Diapositivas presentadas el 5 de abril en sesión técnica de UPC. Documento del 22-03-2024 “Respuesta de los viceministros de salud al Senado sobre la UPC 2024” dirigido al MSPS.

<sup>262</sup> La cobertura de financiación de medicamentos es de lo financiado UPC No. CUMS 57.449 93.47 %, lo financiado con la UPC Condicionado No. CUMS 1.879 3.06 % y financiado No UPC No. CUMS 2.079 3.38 %. exclusiones 55 0.09 %, total general 61.462 100 %.

- De conformidad con la CGR, “se observaron registros contables que son ajenos a la naturaleza y concepto de los gastos en salud previstos por la ley”, que ascienden a 9298 billones aproximadamente.<sup>263</sup>.
- Atendiendo a información sobre el patrimonio adecuado de las EPS desde 2015, “la fijación de UPC de este gobierno NO ha sido el detonante de la crisis financiera interna de las EPS, sino que dicha situación se desencadenó desde gobiernos precedentes”.
- El MSPS presentó demanda por el medio de control de protección de derechos e intereses colectivos el 12 de enero de 2024 por la vulneración de la moralidad administrativa -acción popular-, acceso al servicio público a la seguridad social en salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna y en especial la defensa del patrimonio público que se ha visto en detrimento a consecuencia de la continua desviación de recursos por parte de las EPS.
- Las EPS reportan de forma trimestral.

**CGR<sup>264</sup>**

- Se han tramitado 81 Procesos de Responsabilidad Fiscal por recursos UPC.
- Se destacan irregularidades en el manejo de recursos públicos por “Entidades Prestadoras de Planes de Beneficios”.
- Ha realizado auditorías y ejercicios de control fiscal en diferentes entidades del sector.
- Se han detectado hallazgos fiscales significativos en el periodo 2020-2023.
- Destaca la importancia de la autonomía de las Contralorías para garantizar el control fiscal efectivo.
- Las principales causas de mal manejo de recursos de la salud detectadas en las entidades prestadoras son (i) uso de gastos de administración no relacionados con el gasto en salud; (ii) mayores valores pagados en la ejecución de la contratación; (iii) pago de sanciones y multas con recursos del Sistema; (iv) manejo de anticipos en salud; (v) prestación de servicios a personas fallecidas; (vi) servicios con doble facturación y pago, y (vii) cobro de medicamentos por un valor mayor al pactado o regulado.
- Evidenció un presunto daño al patrimonio del Estado, en razón a que parte de los recursos de la UPC y de los PM fueron destinados a actividades, bienes y servicios distintos a la atención del servicio de salud a sus afiliados. Aludió a 9298 billones aproximadamente.

**PGN<sup>265</sup>**

- Se han ejecutado acciones para abordar la insuficiencia de la UPC para el 2024, incluyendo análisis de diferentes fuentes y ajustes necesarios.
- Se destaca la necesidad de mejorar mecanismos de contratación, distribución de talento humano en salud y flexibilización de estándares de calidad.
- Ha desplegado acciones como recibir información de diferentes fuentes sobre desequilibrios financieros en el sistema de salud, compulsar copias al operador disciplinario por presunto incumplimiento de órdenes y realizar investigaciones disciplinarias por insuficiencia de la UPC. Además, se han hecho ajustes necesarios y análisis para abordar la insuficiencia de la UPC para el año 2024.
- Se han efectuado 30 investigaciones por insuficiencia y uso indebido de la UPC desde el 1º de enero de 2023 al 12 de marzo de 2024, 17 se encuentran inactivas y 13 activas.
- Hay 2 procesos disciplinarios en curso por insuficiencia de la UPC en la PGN. En uno de los procesos se realizó un traslado de informe preventivo al operador disciplinario. La información detallada sobre el segundo proceso disciplinario no se proporciona en el documento.
- Ha recibido información sobre desequilibrios financieros en el sistema de salud proveniente de diferentes fuentes, como sociedades académicas y científicas, EPS y sus agremiaciones. Esta información ha destacado el desequilibrio financiero del sistema contrastado con el aumento del gasto en salud determinado por las cargas de enfermedad, particularmente aquellas de alto costo.
- Según estudios la UPC del 2023 debió aumentarse entre un rango de 18.3 % y 29.6 %, cifras superiores a la decretada por el MSPS que fue del 16.2 %.
- ANIF Centro de Estudios Económicos: recomienda un ajuste de la UPC y PM del 15 % para cubrir los pagos corrientes y mejorar la prestación de servicios de salud a los afiliados.
- Estudios independientes: coinciden en que la UPC del 2023 debió aumentar entre 18.3 % y 29.6 %, cifras superiores a las decretadas por el MSPS.
- ANIF y la firma Numeris presentaron un documento sobre la insuficiencia de la UPC, destacando la necesidad de un aumento significativo para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
- Se evidencia la necesidad de aumentar la UPC para cubrir los pagos corrientes y mejorar la prestación de servicios de salud a los afiliados. Existe un consenso en que el aumento de la UPC del 2023 debió ser mayor que el decretado por el MSPS
- Se recomienda un ajuste de la UPC y PM del 15 % para garantizar la cobertura de los pagos corrientes y mejorar la prestación de servicios de salud. Es necesario considerar las recomendaciones de los estudios independientes para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
- Los estudios de la academia, gremios y consultores independientes sugieren un incremento superior al fijado en la Resolución N. 2364 de 2023, indicando la necesidad de ajustar la UPC para costear el plan de beneficios en tiempos de cambios demográficos y tecnológicos.

<sup>263</sup> Al parecer en la última década. Folio 18 del documento de fecha 29-04-2024 del MSPS remitido con posterioridad a la sesión técnica del 5 de abril de 2024.

<sup>264</sup> Documento de la CGR del 01-04-2024. Radicado 810111.

<sup>265</sup> Documento del 19-03-2024 con radicado E-2023-010680 “Respuesta Corte constitucional”.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomienda considerar los estudios que proponen un aumento mayor en la UPC para garantizar la cobertura de los cambios en el sistema de salud. Es crucial evaluar y ajustar la UPC de acuerdo con las recomendaciones de los diferentes actores involucrados en el sistema de salud.</li> </ul>
<b>FGN<sup>266</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el año 2022, se crearon 15 noticias criminales, con 4 inactivas y 11 activas en investigación.</li> <li>- Se han abierto 61 noticias criminales por presuntos hechos de uso indebido de la UPC desde 2020 en 35 Direcciones Seccionales.</li> <li>- Se detallan resultados de noticias criminales creadas en 2020, 2021 y 2022, con estados de inactividad, actividad e investigación.</li> <li>- Los principales motivos de investigación son el uso indebido de la UPC, con casos relacionados con hallazgos en la contratación de la ESE Hospital Universitario de Santander y presuntos hechos de uso indebido de la UPC en diversas entidades desde el año 2020.</li> <li>- La delegada contra la Criminalidad Organizada, dirección especializada contra la corrupción reportó una investigación por el uso indebido de la UPC desde 2020 hasta abril de 2024 y se relaciona con hallazgos de contratación de la ESE Hospital Universitario de Santander; la delegada para la Seguridad Territorial informó sobre 61 noticias criminales por presuntos hechos relacionados con el uso indebido de la UPC, especificando que 17 quedaron archivadas y 44 continúan en estado activo.</li> </ul>
<b>Defensoría del Pueblo<sup>267</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La UPC dificulta el cumplimiento del Régimen de Inversiones de las EPS.</li> <li>- Un aumento del 0.005 % de la UPC desde 2012 habría evitado crisis en EPS.</li> <li>- En muchas EPS, el costo supera el valor de la UPC, afectando la cobertura administrativa.</li> <li>- La supervisión financiera no se refleja en el comportamiento de las EPS en tutelas y riesgos de salud.</li> <li>- Estudios muestran insuficiencia en la financiación del sistema de salud.</li> <li>- En muchas EPS, el costo de la UPC supera su valor en un 92 %, lo que no deja recursos para cubrir los gastos administrativos de manera adecuada.</li> <li>- Los indicadores de habilitación y permanencia financiera en el sistema de salud están relacionados con la viabilidad, estabilidad y sostenibilidad de las entidades que ejercen el aseguramiento social en salud, así como con la garantía del derecho fundamental a la salud.</li> <li>- La suficiencia de la prima probablemente está subestimando el gasto en salud en términos de crecimiento y varianza.</li> <li>- La insuficiencia de la UPC se debe a que no cubre adecuadamente los costos de salud en términos de crecimiento y variabilidad, lo que afecta la capacidad de las EPS para cumplir con el régimen de inversiones y sostener las reservas técnicas necesarias. Además, el costo de la UPC en muchas EPS supera su valor, lo que limita los recursos disponibles para cubrir los gastos administrativos, lo que contribuye a su insuficiencia. Para mejorar la suficiencia de la UPC, es necesario realizar un cálculo más preciso y ajustado a la realidad de los costos de salud, considerando el crecimiento y la variabilidad. Además, se requiere una revisión de los costos administrativos y una distribución equitativa de los recursos para garantizar que las EPS puedan cumplir con sus obligaciones financieras y de calidad en la prestación de servicios de salud.</li> </ul>
<b>Posición de la mayoría de los grupos de apoyo y peritos<sup>268</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de reevaluar la metodología de cálculo de la UPC para garantizar una asignación más precisa y suficiente de recursos en función de las necesidades reales de atención médica de la población.</li> <li>- Falta de estudios y análisis para sustentar decisiones importantes.</li> <li>- Se evidencian problemas en el cálculo de la UPC.</li> <li>- El estudio de suficiencia de la UPC 2024 se basa en datos limitados.</li> <li>- Falta de gestión en calidad de procesos por parte del MSPS.</li> <li>- Necesidad de transparencia en el cálculo anual de la UPC.</li> <li>- El cálculo adecuado del valor que representa las nuevas inclusiones.</li> <li>- Importancia de la coordinación entre los actores del sistema.</li> <li>- Necesidad de crear una comisión técnica para determinar necesidades reales de la UPC.</li> <li>- Importancia de considerar eficiencia y progresividad en la regulación de salud.</li> <li>- Necesidad de tomar decisiones para intervenir EPS por incumplimiento de normas.</li> <li>- Importancia de abordar fallas de regulación para garantizar seguridad jurídica.</li> <li>- Es fundamental garantizar la suficiencia de la UPC para prevenir crisis financieras y asegurar la calidad de los servicios de salud ofrecidos por las EPS.</li> <li>- La actual crisis financiera en salud no se originó por la fijación actual de la UPC.</li> <li>- Insuficiencia de la UPC desde años anteriores. No hay un incremento real de la UPC 2024.</li> <li>- Abordar la insuficiencia de la UPC en el año 2024 requiere de un enfoque integral que incluya ajustes en la asignación de recursos, evaluación de costos, promoción de la eficiencia y diálogo entre los diferentes actores del sistema de salud.</li> </ul>

<sup>266</sup> Documento del 1-04-2024 con radicado 20241500004393. Documento del 1-04-2024 – “Anexo 1 Oficio n.º 20241500004393 2”.

<sup>267</sup> Documento del 01-04-2024 “RESPUESTAS\_120240040701737741.pdf”.

<sup>268</sup> Se hará una primera alusión a las ideas generales con las que coincide una mayoría de los integrantes del grupo de apoyo y los peritos constitucionales para evitar repeticiones, posteriormente, se anotarán algunas observaciones planteadas por cada actor de manera particular. Principalmente, Acemi, Acesi, Gestarsalud, la ANDI y Así Vamos en Salud.



- Propuesta de ajustar la UPC por condiciones de salud y variables macro.
- Insuficiencia de la UPC para hospitales debido a incrementos en servicios adicionales.
- Afectación de prestadores de servicios de salud por definición de la UPC.
- En la insuficiencia influye que se haya destinado el 5 % del valor de la UPC para la adquisición de EBS o que se fragmente la prima, lo que reduce los recursos disponibles; que el incremento de su valor para cada vigencia sea insuficiente; el envejecimiento de la población; el cambio en la frecuencia de uso o en la demanda de servicios; la falta de evaluación de la suficiencia de la UPC para garantizar los servicios de salud necesarios; la falta de ajustes posteriores a la definición de la UPC; la incidencia de variables como la inflación, la devaluación del peso, las limitaciones en el diálogo y la falta de actualización periódica, que pueden generar desafíos en la estimación precisa de los costos de los servicios de salud.
- La UPC se considera insuficiente debido a varios factores, como la falta de representatividad, el rezago importante en los datos, y problemas en la estimación de costos y tecnologías incluidas.
- Las variaciones macroeconómicas no previstas en las estimaciones de la UPC para los años 2021, 2022 y 2023, como la inflación y el aumento de salarios, generaron desequilibrios financieros en el sector salud
- La insuficiencia de la UPC puede tener consecuencias negativas en la calidad, accesibilidad y equidad de los servicios de salud, por ello se requiere garantizar una financiación adecuada para el sistema.
- Los recursos pagados superan a los recibidos, afectando el patrimonio.
- La insuficiencia en la UPC lleva a desequilibrios en la asignación de recursos y a la traslación de inequidades al sistema de salud.
- La UPC se considera insuficiente debido a que no se ajusta adecuadamente a las necesidades de financiamiento de los servicios de salud, lo que puede generar desfinanciación y limitaciones en la prestación de beneficios.
- Para mejorar la suficiencia de la UPC, se recomienda revisar periódicamente su cálculo para identificar posibles deficiencias y ajustar los valores según la evolución de variables como inflación y demanda de servicios de salud.
- Propuesta de mecanismo de ajuste *ex post* para atender desequilibrios.
- Propuesta de ajuste único de la UPC para el 2024.
- Diseño de mecanismos de ajuste transitorio de la UPC para EPS.
- Falta de ajustes oportunos en presupuestos y valores pagados.
- Necesidad de revisar y ajustar la UPC para garantizar sostenibilidad financiera del SGSSS.
- El Covid-19 generó un impacto en la frecuencia de uso de los servicios por parte de los afiliados recuperados de este.

**ACHC<sup>269</sup>**

- El cálculo de la UPC debería realizarse individualmente para cada EPS, teniendo en cuenta sus factores particulares, para evaluar los resultados en salud de la población a su cargo.
- Los prestadores de servicios de salud no tienen una participación directa en el proceso de definición de la UPC de 2024, más allá de los reportes de información que hacen a las EPS, que se supone sirven de insumo para los reportes al Ministerio.
- Para mejorar el cálculo de los costos del sistema de salud y de la prima de riesgo sugiere aplicar modelos actuariales para corregir el déficit sistemático; realizar un estudio actuarial de cálculo y ajuste de los ponderadores de riesgo; validar los factores de ajuste utilizados en los estudios de suficiencia, al incluir un análisis que permita contrastar y validar los factores de ajuste utilizados en los estudios de suficiencia.
- Propuso un cambio en la entrega y manejo de los recursos para lograr un flujo adecuado y evaluar la suficiencia de la UPC de manera integral, considerando la sostenibilidad del sistema de salud.
- No es posible afirmar o negar la suficiencia de la UPC para cubrir los costos de los servicios de salud, debido a la falta de información de calidad y suficiente, y a que no se ha establecido si la metodología utilizada para calcular la UPC es acorde con el tipo de aseguramiento que tiene el sistema de salud colombiano.

**Acemi<sup>270</sup>**

- El cálculo de la UPC tiene efectos directos sobre los requisitos de habilitación financiera, como el incumplimiento de los requisitos de patrimonio adecuado y de inversión de reservas técnicas, así como la acumulación de deudas con prestadores. Esta situación expone a las EPS a medidas administrativas por parte de la Superintendencia de Salud y pone en riesgo la protección de los afiliados.
- Impactaría en la suficiencia de la prima: hacer una revisión y ajuste, efectuar análisis de costos y siniestralidad, evaluación de la cobertura del PBS, promoción de la eficiencia en la gestión de recursos, diálogo y consenso y monitoreo y seguimiento.
- Costos reales de los servicios de salud. Inflación y devaluación.
- Falta de claridad en algunas normas, lo que genera incertidumbre y riesgos legales para las instituciones involucradas.
- Falta de precisión en el uso y destino de los recursos de la UPC, pues se ha generado cuestionamientos, especialmente cuando el gasto no está directamente relacionado con el acto médico. Esta interpretación genera problemas de reputación, pérdida de confianza en las instituciones del sistema y litigiosidad. Necesidad de abordar estas fallas de regulación para garantizar la seguridad jurídica en el uso de la UPC y evitar posibles conflictos legales que puedan afectar a los afiliados y a las instituciones de salud.
- El hecho de que la atención primaria en salud -APS- genere gastos eficientes, no guarda ninguna relación con el porcentaje que decidió destinarse para el financiamiento de equipos básicos de salud. Dicho argumento no da ningún tipo de justificación al porcentaje elegido de manera discrecional por el Ministerio, ni justifica que se pueda romper el

<sup>269</sup> Documento del 01-04-2024 “Respuesta ACHC-Orden Suficiencia UPC-abril”.

<sup>270</sup> Documento de Acemi del 20-03-2024 con radicado 202403120, UPC Corte Constitucional. Doc. 20240104 “Comentarios Acemi a doc. Minsalud suficiencia UPC”. Documento del 12-04-24.

concepto de prima de seguro para rubros no calculados previamente. Los beneficios de la APS expuestos de manera general en la literatura, no guardan ningún tipo de relación con la suficiencia de la UPC, ni con el análisis técnico que sustenta su suficiencia. No cuentan con el estudio técnico actuarial requerido para la expedición de la norma, tal como se evidencia en la comunicación del Ministerio que da cuenta de las recomendaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y el DNP.

- Existe una relación directa entre la insuficiencia de la UPC a partir de cierta anualidad y el deterioro de las reservas y del patrimonio de las EPS. Cuando los costos superan los ingresos, se generan pérdidas técnicas que erosionan los patrimonios de las EPS, lo que dificulta cumplir con las reservas sin descuidar la atención a los usuarios. Esta situación pone a las EPS en un dilema entre garantizar el servicio o cumplir con las reservas, lo que impacta negativamente en el cumplimiento de los requisitos de habilitación financiera, afectando la sostenibilidad del sistema de salud.
- El Ministerio no presenta indicadores estadísticos que demuestren la supuesta correlación que señala existe entre la tasa de cambio - dólar- y el IPC. Por el contrario, el gráfico presentado por el Ministerio<sup>271</sup>, deja ver una importante dispersión de datos alrededor de la línea proyectada (rojo) lo cual más allá de evidenciar correlación, señala que existen factores diferentes a la variación anualizada del dólar que afectan la inflación. Las variaciones anualizadas del dólar por encima del 30 % no se acompañaron de un incremento de la inflación, con lo cual, el argumento del Ministerio referido a que el IPC es capaz de recoger las variaciones del dólar es errado.
- Es necesario que el Ministerio haga públicos los estudios que refiere haber realizado y que permiten concluir que los cambios de la tasa de cambio del dólar y del euro se encuentran reconocidos en la variable de la inflación.
- Estos cruces por medio de unas tablas, en el caso de las EPS del RC, tuvieron como resultado la pérdida de cerca de 34 millones de registros y \$3.6 billones de pesos, sin que hubiera existido un proceso de diálogo encaminado a examinar o la validez de la información (por ejemplo, en el caso que superaba topes) o del proceso de ajuste. Esta situación parece evidenciar, que se realizaron unas tareas rutinarias y automatizadas sin el espacio indicado para realizar las salvedades y correcciones correspondientes.
- Las inclusiones y el cambio demográfico han generado impacto en la suficiencia de la UPC.
- Cuando un medicamento o una tecnología en salud ingresa al financiamiento con cargo a la UPC su uso aumenta.
- Aunque el Ministerio indicó que se incluyeron 46 CUPS a la financiación con cargo a la UPC, no señaló que adicionalmente se eliminaron 33 notas que limitaban la cobertura de 69 procedimientos y se modificaron 4 notas más, con lo cual, se incluyeron por esta vía 73 procedimientos al financiamiento con cargo a la UPC.
- El informe preliminar de actuación especial de fiscalización con enfoque financiero a 25 EPS elaborado por la CGR revela presuntos hallazgos encontrados por la Contraloría en las EPS auditadas. Aunque al momento de la divulgación las EPS aún no habían respondido a estos hallazgos, la Contraloría utilizó un Plan Único de Cuentas que no estaba actualizado, lo que generó discrepancias con la clasificación contable vigente. Este informe preliminar evidencia la importancia de una correcta actualización y aplicación de los instrumentos contables para garantizar la transparencia y la adecuada gestión financiera en el sector de la salud.

#### **Gestarsalud<sup>272</sup>**

- Sobre la metodología de cálculo de la UPC y las razones para afirmar que es la mejor opción, el Ministerio no proporciona una justificación suficiente ni compara con otras metodologías que podrían haberse considerado, lo que genera dudas sobre la idoneidad de la metodología seleccionada.
- La metodología de cálculo de la UPC necesita ajustes, ya que existen deficiencias en el proceso de carga de información por parte del Ministerio.
- El uso de servicios de salud ha aumentado significativamente en afiliados recuperados de Covid-19, lo que podría afectar la suficiencia de la UPC.
- La insuficiencia de la UPC se debe a factores como el aumento de frecuencias derivadas de la pandemia y la inflación elevada en 2022, lo que ha llevado a la necesidad de revisar y ajustar la UPC de años anteriores y la de 2024.
- La siniestralidad de las EPS supera el 100 % en 2021 y 2022.
- El Ministerio afirmó que el Covid-19 no impactó la UPC, pero esta afirmación no la sustentó adecuadamente con datos concretos y en un análisis detallado de la situación. En el contexto de una emergencia sanitaria como la derivada del Covid-19, es fundamental considerar el impacto que eventos extraordinarios pueden tener en la demanda de servicios de salud, los costos asociados y la siniestralidad en el sistema de salud.
- Al no reconocer el posible impacto del Covid-19 en la UPC, el Ministerio podría estar subestimando los efectos reales que la pandemia ha tenido en la utilización de servicios de salud, los costos de atención médica y la siniestralidad de las EPS. Cuestiona la falta de análisis profundo y la aparente negación de la influencia de la pandemia en los indicadores de salud que se utilizan para el cálculo de la UPC.
- Resaltó un aumento de del 13 % en el número de atenciones en 2022 comparado con 2021.
- Variación del 29 % en el costo por enfermedades de alto costo.
- Déficit de recursos de la UPC estimado entre 5 y 7 puntos porcentuales.
- Indicador de capital mínimo muestra incumplimiento en seis EPS y un déficit de \$293 mil millones. En cuanto al patrimonio adecuado, se observó un aumento del déficit del 101 %, alcanzando \$5.180 mil millones, lo que significó que doce EPS no cumplieron con este indicador en el mismo año.
- La siniestralidad en el sistema de salud es un problema significativo, ya que los costos por prestaciones de servicios individuales superan los ingresos generados por la UPC y se encuentra en niveles preocupantes, con un indicador del

<sup>271</sup> Documento del 20-03-2024, radicado 202411000664301, folio 18.

<sup>272</sup> Documento de Gestarsalud del 27-03.2024 3381. Corte Constitucional RtaOficioOPTC15324. Documento 3390 Rta. OPTC-153-24. Documento posterior a la sesión técnica del 12-04-2024, 23-04-2024 Gestarsalud II RÉPLICA MSPS 23042024.

<p>104 % en los estados financieros de las EPS afiliadas a Gestarsalud. Esto evidencia una insuficiencia de recursos para cubrir los costos de atención médica, lo que puede afectar la calidad y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El comportamiento de eventos en salud con alta prevalencia, como enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus, ha mostrado un aumento significativo en el número de atenciones, con un incremento del 15 % en comparación con el año anterior. Este aumento en la prevalencia de eventos de salud representa una carga financiera significativa para el sistema de salud, evidenciando un incremento del 30 % en los costos asumidos por estas patologías en el 2022 en comparación con el 2021.</li> <li>- Señaló que el Ministerio atribuye la crisis del sistema de salud y el incumplimiento de los indicadores financieros por parte de las EPS a una destinación ajena, inapropiada o que no corresponde a los gastos de salud, en lugar de una presunta insuficiencia de la UPC. Prácticas financieras inadecuadas que vienen de administraciones anteriores y que ascienden a 9298 billones.</li> </ul>
<b>Acesi<sup>273</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los costos de atención de mediana y alta complejidad aumentan debido a la elevada demanda y al incremento de precios de medicamentos.</li> <li>- La UPC es insuficiente para hospitales debido a incrementos en servicios adicionales y demanda de servicios.</li> <li>- Los prestadores de servicios de salud se ven afectados por la definición de la UPC, y ello genera desequilibrios financieros.</li> <li>- Los prestadores de servicios de salud no participaron en la definición de la UPC de 2024. Su falta de participación ha llevado a problemas de oportunidad en la atención debido a recursos insuficientes y dificultades financieras.</li> <li>- La UPC se considera insuficiente debido al incremento de precios de medicamentos e insumos, el aumento de costos en servicios adicionales como aseo y vigilancia, y la demanda creciente de servicios debido a la estrategia de APS. Además, la contratación deficitaria de servicios con hospitales públicos y la falta de personal necesario para la atención de la población contribuyen a que la UPC sea insuficiente para cubrir los costos reales de los servicios de salud.</li> </ul>
<b>Asocajas<sup>274</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La UPC 2024 resulta insuficiente debido a la falta de incremento real y desviaciones de costos.</li> <li>- Se evidencia falta de ajustes oportunos en presupuestos y valores pagados, escasez de materias primas que impacta la cadena de suministro de medicamentos.</li> <li>- El estudio de Suficiencia de la UPC 2024 se basa en datos limitados.</li> <li>- Se presenta una brecha del 11 % en la igualación de planes de beneficios desde el 2022.</li> <li>- Hay problemas de asignación de recursos que afectan la prestación de servicios de salud.</li> <li>- El aumento del 12.02 % en la UPC 2024 definido por la Resolución 2364 de 2023 en realidad es solo del 4.73 %, lo que impacta la disponibilidad de recursos para la atención de los usuarios.</li> <li>- Durante el proceso de validación de las calidades para evaluar la base de suficiencia de la UPC, la calidad tipo 8, “Valores Atípicos”, carece de un desarrollo metodológico claro documentado en la solicitud. Además, señala que una de las EPS Cajas asociadas en Asocajas no fue incluida en las mesas de trabajo, a pesar de enviar la información basada en el documento técnico de solicitud.</li> <li>- El incremento de la prima pura de la UPC del 6.73 % no reconoció el efecto de la inflación del año anterior ni la financiación de inclusiones, lo que contribuyó a la falta de recursos.</li> </ul>
<b>Cámara de Instituciones para el Cuidado de la salud -ANDI<sup>275</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La UPC para 2024 se incrementó en 12.01 %, generando preocupación por la sostenibilidad del sistema.</li> <li>- Se destacó la necesidad de un plan de estabilización para garantizar la atención a los pacientes y el funcionamiento adecuado del sistema de salud, que incluya un mecanismo de ajuste “<i>ex post</i>” de única vez para atender el desequilibrio causado por la pandemia; un ajuste único de la UPC para el 2024 que contemple desequilibrios previos y proyecte incrementos futuros; y diseñar mecanismos de ajuste transitorio de la UPC para las EPS que recibieron población de otras EPS liquidadas.</li> <li>- La UPC se considera insuficiente por factores como el envejecimiento de la población, la inclusión de nuevas tecnologías y tratamientos de alto costo que exceden los límites de la UPC, la inflación y la devaluación del peso, así como la concentración de riesgo en algunas EPS.</li> <li>- Se necesitan más recursos para la UPC debido a la insuficiencia actual para cubrir los costos de servicios, medicamentos, pagos al personal de salud, suministro de dispositivos y otros gastos necesarios.</li> <li>- Factores como el envejecimiento de la población, la inclusión de nuevas tecnologías y tratamientos costosos, la inflación y la devaluación del peso, así como la concentración de riesgo en algunas EPS, contribuyen a la necesidad de aumentar los recursos para garantizar la sostenibilidad y eficiencia del sistema de salud.</li> <li>- Se requiere una revisión y asignación adecuada de recursos para garantizar el aseguramiento universal.</li> <li>- La insuficiencia de la UPC ha generado pérdidas acumuladas de \$7.2 billones, lo que ha descapitalizado la industria de seguros de salud. Estas pérdidas han destruido el patrimonio de los aseguradores, causando descalces en las reservas técnicas y afectando la garantía del derecho fundamental a la salud. Además, se ha visto reflejado en los estados financieros de las empresas del sector, que han tenido que cubrir déficits no atendidos por el Gobierno.</li> <li>- Resaltó la importancia de la coordinación entre los actores del sistema para alcanzar un flujo oportuno de recursos.</li> </ul>

<sup>273</sup> Documento de Acesi del 20-03-2024 Acesi oficio 021-2024 -respuestas-oficio n. Optc-14124.

<sup>274</sup> Documentos de Asocajas del 20-03-2024 - Asocajas Comunicado Sesión Técnica 05 04 2024, del 12-04-2024 y Escrito Conclusiones Sesión Técnica 05-04-2024.

<sup>275</sup> Docs. de la ANDI del 20-03-2024. Respuestas 19.3 y 19.4 Cámara de Instituciones para el Cuidado de la salud. Cámara de aseguramiento 12-04-2024 ANDI – Cámara de Aseguramiento en Salud 20240412 después de sesión.

- Solicita la creación de una comisión técnica para determinar las necesidades reales de la UPC y Presupuestos Máximos.
- Pide al Ministerio de Hacienda presupuestar los recursos para garantizar el aseguramiento universal.
- Requiere que la Adres gire de manera oportuna los recursos de la UPC y los PM.
- Aludió a la importancia de superar el desfinanciamiento para garantizar el acceso a servicios y tecnologías en salud, para evitar barreras de acceso y pérdida de calidad en la atención de salud.
- La UPC del 2024 no es suficiente porque el crecimiento mínimo necesario para detener las pérdidas del sistema era del 16 %, mientras que el gobierno decidió incrementarla solo en un 9.7 %. Esto resultaría en un déficit adicional de 4,4 billones de pesos solo por insuficiencia de la UPC para el año 2024.
- La siniestralidad pura se refiere a la parte de la UPC destinada exclusivamente al gasto en salud, sin incluir gastos administrativos de los aseguradores. Durante los años 2021, 2022 y 2023, la UPC no fue suficiente para cubrir los gastos en salud, lo que generó un desequilibrio financiero.

#### **Cámara de Aseguramiento en Salud -ANDI<sup>276</sup>**

- Variaciones macroeconómicas afectaron los precios en el sector salud.
- El Presupuesto General de la Nación para 2024 presentó un crecimiento negativo.
- La inclusión de nuevas tecnologías en el Plan de Beneficios de Salud generó sobreutilización.
- Las variaciones macroeconómicas, como la inflación, salarios y tasa de cambio, no contempladas en las estimaciones de la UPC para los años 2021, 2022 y 2023, afectaron gravemente los precios en el sector salud. Las proyecciones de algunas variables macroeconómicas clave en el cálculo de la UPC no pudieron prever el alto ciclo inflacionario y la fuerte devaluación del peso en 2022 y 2023, lo que generó desequilibrios financieros en el sector.
- El desbalance entre la UPC reconocida para 2024 y los costos reales necesarios para cubrir los servicios se debe a varios factores, como la inclusión de nuevas tecnologías desde 2022, que no fue calculada adecuadamente en términos de costo y frecuencias. Además, las variaciones macroeconómicas no previstas en las estimaciones de la UPC para los años 2021, 2022 y 2023, como la inflación y el aumento de salarios, generaron desequilibrios financieros en el sector salud.
- La UPC para 2024 se considera insuficiente debido a que no se han realizado ajustes de riesgo por carga de enfermedad en su cálculo.
- Consideró que la falta de mecanismos de ajuste ex-post para corregir errores generados por trabajar con información desactualizada de dos años, contribuye a su insuficiencia. Estos factores han debilitado la suficiencia de la UPC en los últimos años, lo que ha llevado a un déficit estimado de más de 4 billones de pesos para detener la pérdida por mayor siniestralidad.
- El Estado no contempló recursos suficientes para la UPC 2024 debido a deficiencias en el cálculo de la UPC desde 2022, lo que afectó su suficiencia para los años 2022 y 2023. Estas razones fundamentales llevaron a un déficit estimado de 4.8 billones de pesos solo por concepto de UPC para los años 2021, 2022 y 2023.

#### **Así Vamos en Salud<sup>277</sup>**

- El uso de proyecciones poblacionales desactualizadas para el cálculo de la UPC puede afectar la suficiencia, ya que los registros del Dane son un insumo importante en los análisis para la proyección de la UPC.
- La calidad de los registros puede variar entre las EPS, lo que dificulta la comparación y evaluación de desempeño entre ellas. Estas limitaciones pueden impactar la suficiencia de la UPC y la asignación adecuada de recursos en el sistema de salud.
- Se cuestiona la falta de actualización y precisión en el cálculo de la UPC, así como la posible subestimación de los costos reales de la atención de la salud, lo que podría afectar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud.
- Calcular la UPC del RS con información del RC puede no ser adecuado debido a que los costos y frecuencia de uso de los servicios de salud pueden variar significativamente entre ambos regímenes. Esta diferencia en los patrones de utilización y costos puede llevar a una subestimación de los recursos necesarios para cubrir los servicios de salud en el RS, lo que podría resultar en una UPC insuficiente para garantizar una atención adecuada a la población beneficiaria.
- Para mejorar el cálculo de la UPC, se pueden incorporar ajustadores por condiciones de salud y distintos tipos de riesgo individual o grupal para asignar recursos de manera más equitativa según la carga de enfermedad. Implementar un mecanismo de incentivos al desempeño en la atención de condiciones de salud que combine calidad en la prestación de servicios y eficiencia en el uso de recursos.
- Reevaluar la metodología de cálculo de la UPC para garantizar una asignación más precisa y suficiente de recursos en función de las necesidades reales de atención médica de la población.
- A pesar de los esfuerzos financieros del Estado para hacer frente a las demandas en salud, se evidencia la importancia de optimizar la relación entre los recursos disponibles y la cobertura de servicios y tecnologías para garantizar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud en Colombia.
- El panorama financiero de las EPS en el año 2023 refleja una situación desafiante, con pérdidas significativas en el resultado operacional que ascienden a 4.6 billones de pesos.
- Se observa un incremento en el patrimonio negativo del sistema de salud, alcanzando los 5 billones de pesos, con el RS presentando el mayor déficit.
- Se evidencia un aumento en la siniestralidad y en las pérdidas netas de las EPS, lo que sugiere una necesidad urgente de liquidez para garantizar la sostenibilidad y eficiencia del sistema de salud, así como una gestión financiera sólida y eficaz por parte de las aseguradoras para enfrentar los desafíos financieros.
- La siniestralidad se ha incrementado por factores como el aumento de los costos médicos, los gastos operativos y administrativos, así como la insuficiencia de los ingresos operacionales para cubrir dichos costos.

<sup>276</sup> Doc. de la ANDI del 20-03-2024, Respuestas 19.1 & 19.2. Director Cámara de Aseguramiento en Salud.

<sup>277</sup> Doc. de AVS del 08-04-2024 “Texto Ante la Corte - órdenes 21 y 22 - Sentencia T 760 2008 V2-AVS”.  
Doc. del 3-05-2024 AVS - Boletín Observatorio financiero 003. Doc. De AVS del 03-03-2024.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- El desequilibrio entre ingresos y gastos ha llevado a un aumento en la siniestralidad, reflejando una mayor proporción de costos médicos y gastos en relación con los ingresos totales de las EPS.</li> <li>- El incremento en la población afiliada y en la demanda de servicios de salud ha contribuido a este aumento en la siniestralidad, generando presión adicional sobre las finanzas de las EPS y dificultando su sostenibilidad financiera a largo plazo.</li> <li>- La importancia de ajustar la UPC por factores como edad, sexo y zonas geográficas para reflejar diferencias en la prevalencia de condiciones de salud.</li> <li>- Se plantea la necesidad de actualizar el valor de la UPC considerando rezagos en la inflación proyectada y proyecciones poblacionales desactualizadas.</li> <li>- Se critica al Ministerio por ajustar el valor de la UPC una vez aplicada la metodología de cálculo, lo que genera dudas sobre si subestimaron el cálculo inicial y si fue necesario ajustar la UPC considerando el IPC y las nuevas tecnologías en salud. También se cuestiona la suficiencia de los ajustadores de riesgo utilizados para calcular la UPC y se sugiere la necesidad de reevaluar la metodología de cálculo para incorporar ajustadores por condiciones de salud y distintos tipos de riesgo.</li> <li>- Respecto al 5 % para la operación de equipos básicos de salud, y como se puede interpretar el artículo 11 de la resolución 2364 de 2023, no se trata de un porcentaje adicional, quiere decir, ya está contenido en el reconocimiento y liquidación de la UPC para la vigencia 2024. Así las cosas, no suma como porcentaje de incremento en la UPC.</li> </ul>
<b>Pacientes Colombia<sup>278</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 2021 a 2023 las pérdidas de las EPS son de 5 billones de pesos, y a ellas será necesario sumar 4.2 billones que perderán en 2024, según las proyecciones más optimistas. Las pérdidas totales del sistema sumarán más de 14 billones de pesos al finalizar el año.</li> <li>- La realidad indiscutible es que a la crisis del pasado –causada por falta de controles a EPS que no gestionaron adecuadamente los recursos, a la permisividad frente a patrimonios negativos, a las liquidaciones que dejaron deudas impagas y al traslado, sin los recursos necesarios, de población siniestrada–, se suma el negligente cálculo de la UPC de 2024 por parte del Ministerio de Salud, el pago incompleto de recursos por parte de la Adres, la incertidumbre generada por los anuncios oficiales y el incremento en 1,8 millones del número de pacientes de enfermedades de alto costo<sup>4</sup> derivado, entre otros aspectos, de la transición demográfica y epidemiológica.</li> <li>- Los recursos asignados al sistema de salud no corresponden a la siniestralidad del país.</li> </ul>

### ***Sobre la equiparación de la UPC del régimen subsidiado al 95 % de la UPC del régimen contributivo***

<b>MSPS<sup>279</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La diferencia entre el valor de la UPC del RC y el RS encuentra razón, desde un punto de vista técnico, en las falencias del reporte de información para el cálculo de la prima que se derivan del modelo subsidiado. Los presupuestos de uso que conforman las frecuencias requeridas para establecer valores finales no son reportados por los actores responsables del SGSSS. Además, las EPS de este régimen no pasan los filtros de calidad de la información para que esta pueda ser considerada.</li> </ul>
<b>Gestarsalud<sup>280</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La disparidad entre la UPC del RS y contributivo genera desequilibrios financieros y dificulta la prestación equitativa de servicios de salud para los afiliados de ambos regímenes. A pesar de la igualación en el plan de beneficios, la brecha entre las UPC continúa ampliándose, lo que implica que las EPS deben garantizar los mismos servicios con recursos diferentes. Esta situación incumple con el equilibrio legal y constitucional establecido, lo que pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema de salud al generar gastos adicionales y desafíos en la prestación de servicios.</li> </ul>
<b>Asocajas<sup>281</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es cierto que el régimen subsidiado financie al contributivo porque existen diferencias significativas en la demanda de servicios de salud entre poblaciones en condiciones socioeconómicas similares, pero en regímenes diferentes, debido a influencias culturales. Además, en un modelo de aseguramiento, la gestión del riesgo financiero del pool de población compensa el riesgo entre sanos y enfermos, sin verse afectado por la condición socioeconómica. Cada régimen tiene sus propias características y demandas de servicios de salud.</li> </ul>

<sup>278</sup> Documento del 03-04-2024.

<sup>279</sup> Documentos del MSPS del 20-03-2024 con radicado 202411000664301, del 29-04-24 “Oficio Corte Constitucional”, Diapositivas presentadas el 5 de abril en sesión técnica de UPC. Documento del 22-03-2024 “Respuesta de los viceministros de salud al Senado sobre la UPC 2024” dirigido al MSPS.

<sup>280</sup> Documento de Gestarsalud del 27-03.2024 3381. Corte Constitucional RtaOficioOPTC15324. Documento 3390 Rta. OPTC-153-24. Documento posterior a la sesión técnica del 12-04-2024, 23-04-2024 Gestarsalud II RÉPLICA MSPS 23042024.

<sup>281</sup> Documentos de Asocajas del 20-03-2024 - Asocajas Comunicado Sesión Técnica 05 04 2024, del 12-04-2024 y Escrito Conclusiones Sesión Técnica 05-04-2024.

## PUNTO 2

<b>Periodo de experiencia</b>	<b>Periodo calculado</b>	<b>% de participación del valor total después de los procesos de calidad</b>	<b>% de registros después de los procesos de calidad</b>	<b>% de población que afiliaban en el RC</b>	<b>Cantidad de EPS que superaron los parámetros de calidad</b>
2018	2020	83.57 %	94.62 %	84.72 %	9
2019	2021	93.36 %	95.37 %	90.71 %	9
2020	2022	86.58 %	87.04 %	86.29 %	9
2021	2023	93.94 %	88.70 %	84.10 %	7
2022	2024	62.24 %	72.40 %	59.90 %	4

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS  
Magistrado

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE  
Magistrado  
Salvamento parcial de voto

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO  
Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ  
Secretaria General

**SALVAMENTO PARCIAL DE VOTO DEL MAGISTRADO  
VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE  
AL AUTO 007/25**

Referencia: Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

Asunto: Suficiencia de la UPC

Magistrado ponente:  
José Fernando Reyes Cuartas

1. En el Auto 007 de 2025 la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 decidió, entre otros aspectos: (i) “declarar el incumplimiento general en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes (...)”; (ii) “declarar la insuficiencia de la UPC de 2024”; (iii) “ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social [crear] una mesa de trabajo cuyo objeto será revisar la UPC de 2024 y lograr su suficiencia”<sup>282</sup> y, abordar “como mínimo” los aspectos señalados en el referido auto; asimismo, le ordenó al citado Ministerio (iv) reajustar la metodología para efectuar el cálculo de la UPC de las próximas vigencias [y] calcular el valor de la UPC de las siguientes vigencias teniendo en cuenta los parámetros mínimos<sup>283</sup> señalados en el mismo Auto 007; y (v) explicar “la afirmación que emitió en la sesión técnica de conformidad con la cual aseguró que la UPC en su mayoría de veces ha estado “muy por encima de la inflación” y analizar “la UPC en los últimos 5 años de manera que exponga el porcentaje aumentado y desagregue su valor en porcentajes dependiendo de cada asignación, de la forma en como hizo (sic) en la Resolución 2364 de 2023 (...)”.

---

<sup>282</sup> Además de la cartera de salud, en la mesa participarán el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Adres, la Procuraduría Delegada para la Salud (...) y la Delegada para el Seguimiento al Cumplimiento de las Sentencias de Tutela, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Salud, las EPS e IPS y las agremiaciones de estas, las agremiaciones de pacientes y el sector académico (...).

<sup>283</sup> El Auto señaló que, para el cálculo del valor de la UPC de las siguientes vigencias, el Ministerio debe tener en cuenta, como mínimo, los siguientes parámetros: a. garantizar un proceso participativo y transparente en el que se de publicidad a las actuaciones previas al cálculo de la UPC (...). b. Tener en cuenta, como mínimo, “el IPC proyectado para la vigencia que se calcula por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de la inflación”. c. La totalidad de las nuevas inclusiones, es decir, contemplar la eliminación de notas técnicas (...). d. Incluir el rezago establecido teniendo en cuenta los resultados obtenidos; e. Abstenerse de fraccionar la UPC o establecer destinaciones porcentuales específicas para otros fines diferentes a los PBS UPC; f. Incluir ajustadores de riesgo *ex ante* y *ex post*”.

2. Con el debido respeto por las decisiones de la mayoría de la Sala, en esta oportunidad salvé parcialmente mi voto. Esencialmente, compartí lo señalado en el Auto 007 de 2025 en cuanto a la necesidad de promover mecanismos de participación efectiva y directa por parte de todos los actores de la política pública en salud (públicos y privados). Particularmente, el estudio de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) presenta profundos desafíos, entre otros, en términos de calidad de la información y representatividad. Por ello, la participación (en particular de la ciudadanía) y el acceso a una información pública y transparente, debe apuntar a ampliar el debate en torno a las finanzas del sistema y a promover una veeduría social que no se limite a los entes que operan el Sistema de Seguridad Social en Salud.

3. Así, el Auto 007 de 2025 destacó acertadamente la importancia constitucional de la participación ciudadana y reconoció, como lo he insistido ante esta Sala, que “la política pública *no es* un mero acto de decisión gubernamental *y su contenido debe acompañarse de diálogo, discusión, argumentación* y “entendimiento entre el poder público y los actores políticos y sociales, interesados e involucrados en la política”<sup>284</sup> (Resaltado fuera del texto). Parte de esta visión, se reflejó en la creación de una mesa de trabajo -con múltiples actores- que pretende acercar y comunicar a varios de ellos, incluyendo a la academia.

4. No obstante, cuestioné esta decisión judicial, al establecer la “insuficiencia de la UPC de 2024” y ordenar al rector y formulador de la política pública, reajustar la metodología para efectuar el cálculo de la UPC de las *próximas vigencias* y calcular el valor de la UPC de estas, con base en unos “parámetros” señalados por esta Sala de Seguimiento.

5. Lo anterior lo concluyó el referido Auto 007 a partir de declarar “el incumplimiento general en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes, principalmente, porque *no constató la existencia de nuevas medidas implementadas por el MSPS, dirigidas a avanzar o alcanzar mejoras en la calidad y cantidad de información reportada y requerida para efectuar los cálculos de la UPC (...)*” (Cursivas fuera del texto). En efecto, la problemática que identificó la Sala radicó en la deficiencia de la información reportada y requerida para efectuar los cálculos de la UPC. Sin embargo, desde esta motivación, no resultaba coherente, a mi juicio, que la mayoría concluyera la insuficiencia de la UPC, pues no es posible colegir dicho resultado a partir de tal fundamento. Así, si la información reportada no supera las mallas de validación y, por ello, no puede emplearse en el respectivo cálculo, entonces resulta, al menos inexplicable, cómo la Sala logró determinar la insuficiencia de la UPC para el 2024.

---

<sup>284</sup> Ver, Auto 007 de 2025.



6. Con todo, no deja de preocuparme que, a lo largo de los años, la orden original que motivó el presente seguimiento se ha ido modificando pues, incluso, en la orden vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008 se previó la necesidad de que, en el marco de la financiación de la UPC, se contemplara la sostenibilidad financiera y las fuentes de financiación previstas por el sistema vigente. A partir de ello, y de la competencia excepcional de este seguimiento, en mi opinión, resulta problemático el ejercicio de las competencias de este tribunal para efectuar un análisis tan minucioso que exige, a su vez, una aproximación interdisciplinaria sólida, en donde economistas, expertos financieros, actuarios, sociólogos, trabajadores de la salud -entre otros- profundicen en las causas que podrían motivar la insuficiencia de los recursos públicos, el perfil epidemiológico actual de la población, su edad, las variables macroeconómicas que pueden relacionarse con este estudio, entre otros aspectos.

7. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social señaló que la UPC ha estado “muy por encima del rango de inflación” y que “ha habido un crecimiento exponencial de la UPC”. Frente a ello, el Auto 007 se limitó a señalar que “los actores del sector salud plantean todo lo contrario”. Ese desacuerdo que la misma Sala reconoció en referido Auto, más allá de conducirla a afirmar tajantemente que existe una insuficiencia de la UPC para 2024 (a partir de las visiones de algunos actores y grupos de interés, quienes, como es natural, tienen una visión particular sobre cada situación presente en el complejo sistema de salud), la ha debido llevar a indagar, con mayor rigor y profundidad, sobre el componente técnico objeto de valoración y la necesidad de ordenar, al menos, la elaboración de un estudio integral, imparcial y comprometido con la protección del derecho fundamental a la salud y las finanzas públicas, especialmente, inquirir sobre las características y cuantificación que debe tener el porcentaje de la UPC para ser considerado “suficiente”. En su lugar, previa declaración de la insuficiencia de la prima en el Auto 007 y, de manera formal, la mayoría recurrió a ordenar a la cartera de salud explicar estas afirmaciones.

8. Por lo demás, la Sala señaló que “(...) si bien se han reportado hallazgos por los diferentes entes de investigación y control, estos no dan cuenta de la magnitud de su impacto en la suficiencia de la UPC ni demuestran que haya desviación de dineros de la UPC”. Respetuosamente, advertí que, en el marco de la protección y el cuidado irrestricto a los recursos públicos de la salud, el hecho de que no esté disponible esa información, no habilita a este tribunal a declarar la insuficiencia de la UPC; por lo contrario, frente a este álgido debate, se exige la mayor prudencia de esta Sala (a la luz de los concretos mandatos de la Sentencia T-760 de 2008), a partir de la cual debió abstenerse de realizar el pronunciamiento de declarar la insuficiencia de la UPC (resolutivo segundo).

9. Asimismo, en atención a una valoración delimitada en el tiempo (esto es, de *mayo de 2023 a noviembre de 2024*), la mayoría excedió esa limitación y dispuso reajustar la metodología para el cálculo de la UPC de las *próximas vigencias* y calcular el valor de la UPC de estas, con base en unos “parámetros” señalados por esta misma Sala. Al respecto, la determinación de dichos parámetros, además de exceder el ámbito objeto de valoración y seguimiento, pues se trata de una metodología que existe hace tiempo, sustituye peligrosamente las competencias técnicas y científicas del regulador<sup>285</sup>. Además, como lo advertí con ocasión del Auto 875 de 2024 (relacionado con la destinación del 5% de la UPC para la adquisición de EBS)<sup>286</sup>, este seguimiento no puede sustituir el necesario control de legalidad en cabeza de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo ni tampoco puede pretender resolver conflictos entre partes, ni dirimir controversias jurídicas concretas, a partir de la imposición de los referidos parámetros.

10. Finalmente, frente a la ausencia de medidas por parte del *MSPS*, dirigidas a avanzar o alcanzar mejoras en la calidad y cantidad de información reportada y requerida para efectuar los cálculos de la UPC, también es necesario hacer un llamado al cumplimiento de las obligaciones que el ordenamiento jurídico le ha asignado a las Entidades Promotoras de Salud, quienes están llamadas a suministrar información veraz, fidedigna, confiable, actualizada, relevante, oportuna y explicable, con el fin de establecer si las primas pagadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son suficientes para financiar los servicios y tecnologías en salud con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)<sup>287</sup>.

En los anteriores términos y con el acostumbrado respeto por las decisiones de la mayoría de la Sala Especial de Seguimiento en Salud, salvo parcialmente mi voto.

---

<sup>285</sup> Por ejemplo, la Ley 100 de 1993 dispone “parámetros” para establecer la UPC en función del “perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería”.

<sup>286</sup> En el que esta Sala ordenó “como medida cautelar, la inaplicación de los artículos 11 y 21 de la Resolución 2364 de 2023 y 10 de la Resolución 2366 de 2023, hasta tanto el Consejo de Estado no emita una decisión definitiva dentro del medio de control de nulidad por inconstitucionalidad con radicado 11001-03-24-000-2024-00067-00 u otro que se esté tramitando en la actualidad contra las referidas disposiciones”.

<sup>287</sup> Además, la Ley 1438 de 2011 establece que “[e]s una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, de las empresas farmacéuticas, de las cajas de compensación, de las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna” (Resaltado fuera del texto).

Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, órdenes vigésima primera y vigésima segunda.

Fecha *ut supra*,

**VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE**  
**Magistrado**