

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008

Auto 504 de 2025

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

Asunto: adopción de medidas cautelares sobre la mesa de trabajo creada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 370 de 2025.

Magistrado sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., veintidós (22) de abril 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 llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las directrices generales impartidas, integrada por los magistrados Vladimir Fernández Andrade, Miguel Polo Rosero y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto.

SÍNTESIS

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, que aborda, entre otras, el seguimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de dicha providencia, en este auto evidencia la necesidad de adoptar medidas cautelares respecto de la constitución y puesta en marcha de la *mesa de trabajo* creada por el MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) mediante la Resolución 370 de 2025. La Corte Constitucional tiene la competencia para dictar medidas cautelares para garantizar el cumplimiento de sus sentencias. Entiende que la financiación adecuada de los servicios de salud es esencial para garantizar el acceso efectivo al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud). Anota que la participación ciudadana es un mandato constitucional y debe ser efectiva en la toma de decisiones sobre políticas públicas de salud. ***Por ello ordena la suspensión de las sesiones de la mesa de trabajo durante 30 días.*** Le indica al MSPS que debe ajustar las reglas de funcionamiento de la mesa de trabajo, incluyendo la revisión del rezago y suficiencia de la UPC, así como garantizar tiempos equitativos de intervención, y lo conmina a asegurar la participación efectiva de todos los sectores, conforme con los postulados constitucionales y las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008.

I. ANTECEDENTES

1. En la Sentencia T-760 de 2008 esta Corporación emitió diferentes órdenes con la finalidad de que las autoridades del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) adoptaran medidas para corregir las fallas estructurales identificadas con ocasión del análisis de los casos concretos acumulados en esa providencia. Allí, esta Corporación advirtió que la desigualdad entre las coberturas de ambos regímenes vulneraba el derecho a la salud de los afiliados al RS (Régimen Subsidiado), por lo cual, en el numeral vigésimo primero ordenó a la CRES (Comisión de Regulación en Salud) unificar los planes de beneficios para los niños y niñas de ambos regímenes, teniendo en cuenta los ajustes a la UPC-S para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. Para la unificación gradual y sostenible de los planes de los mayores de edad, en el ordinal vigésimo segundo dispuso que la CRES adoptara un programa y un cronograma para alcanzar la unificación gradual atendiendo a algunos parámetros.

2. En el Auto 007 de 2025¹, la Sala declaró el incumplimiento general del componente de suficiencia de la UPC, en el marco al seguimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008. Allí, la Corte le ordenó al Minsalud, entre otras, crear una mesa de trabajo para revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia para abordar, como mínimo²:

- (i) El rezago en el valor de la UPC desde 2021 para efectuar el reajuste de la prima por cada vigencia desde ese periodo hasta 2023.
- (ii) El aumento de la siniestralidad y las variaciones en las frecuencias de uso.
- (iii) El impacto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior al calcular la UPC de la vigencia siguiente o, en su defecto, durante la vigencia en cuestión al momento de efectuar su reajuste.
- (iv) La definición de las variables y ajustadores de riesgo que deben ser tenidos en cuenta para establecer la UPC.
- (v) 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.
- (vi) 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. Asimismo, impartió directrices para que remitiera un cronograma de trabajo de la mesa, que fuera desarrollado dentro de los dos meses siguientes a la primera sesión de la mesa, que concluyera con la definición del reajuste de la UPC de 2024.

4. El 31 de enero de 2025 el MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social) solicitó la aclaración de dicha providencia mediante 14 motivos de duda y 50 interrogantes. A través del Auto 089 del 4 de febrero de 2025 la Sala Especial rechazó las solicitudes

¹ Esta decisión fue notificada mediante estado núm. 012 del 28 de enero de 2025, por lo que los términos de ejecutoria se contaron los días 29, 30 y 31 de enero de 2025. Dentro de los mandatos que se analizan se han emitido los siguientes autos de valoración 261 y 262 de 2012, 411 de 2016, 996 y 2881 de 2023 y 2049 de 2024.

² Con la participación del MSPS, el Ministerio de Hacienda, la Administradora de los Recursos del Sistema, 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.

presentadas por el Ministerio, al considerar que no se cumplió con el requisito de carga argumentativa. Esta decisión se notificó el 14 de febrero de 2025, fecha en la que comenzaron a correr los términos para cumplir con lo ordenado en el Auto 007 de 2025.

5. Posteriormente, la cartera de salud³ reportó la expedición de la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025 mediante la cual se creó “la mesa de trabajo en cumplimiento del Auto 007 del 23 de enero de 2025”. Posteriormente, informó a la Sala Especial sobre la instalación de la mesa de trabajo en cumplimiento a lo ordenado. Asimismo, indicó que dicha mesa se estableció como una instancia de participación y de contrastación de la información en la que los participantes pueden expresar sus preocupaciones y sugerencias a la cartera de salud que “ostenta la competencia legal y reglamentaria para calcular y fijar la Unidad de Pago por Capitación, lo cual fue ratificado por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 en el considerando 22 en el Auto 089 de 2025”⁴.

6. Agregó que, para garantizar la participación, la entidad además de publicar la invitación en su página *web* y redes sociales, remitió por medio de la Secretaría Técnica un total de 53 invitaciones con el orden del día para participar en la mesa⁵. Además, puso de presente las entidades que acudieron a la primera sesión⁶, la cual se llevó a cabo el 20 de marzo de 2025, así como el contenido multimedia de la misma⁷.

7. Señaló que, de acuerdo con lo manifestado por esta Corporación en el Auto 089 de 2025, el viceministro de salud y protección social expuso las reglas de participación, la metodología⁸ y el cronograma. Sobre este último dio a conocer que el 27 de marzo de 2025 se analizará la frecuencia de uso, el 3 de abril del mismo año el estudio de severidad, el 10 del mismo mes siniestralidad, el 24 de abril el impacto de las inclusiones y el 29 de abril 2025 el estudio de ajuste de riesgo.

8. Con ocasión de la expedición de dicho acto administrativo, se recibieron en la Sala algunos documentos remitidos por diferentes entidades del Gobierno y actores del

³ Informe allegado por correo electrónico el 28 de febrero de 2025. Acto administrativo emitido para cumplir con el numeral 3.1. de la resolutive del Auto 007 de 2025.

⁴ En documento recibido el 25 de marzo de 2025.

⁵ Observatorio Interinstitucional de Enfermedades, Defensoría del Pueblo, Contraloría General de la República, Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Guajira, IPSI Essalud Yaguara, Superintendente Nacional de Salud, Asociación de Hospitales de Caldas, Centro de Investigaciones Para el Desarrollo - CID (Facultad de Ciencias Económicas - Universidad Nacional de Colombia), Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, Fundación Cardiovascular de Colombia, Federación Médica Colombiana, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Vicente Calvo (Analista financiero), Delegados de la Superintendencia Nacional de Salud y Organización Defensa del Paciente.

⁶ Observatorio Interinstitucional de Enfermedades, Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales, Centros Expertos en Programas Especiales, Gestarsalud, ACEMI, Mallamas EPSI, ANAS Wayuu, Minhacienda, Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, Procuraduría Delegada con Funciones Mixtas 15, Fiscalía General de la Nación, Adres, ACESI, ACHC, Asociación Unión de IPS de Colombia, Pacientes Colombia, Asociación Colombiana de Universidades, Confluencia de Universidades Públicas en Salud, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Asociaciones de Facultades del Área de la Salud, Asociación Colombiana de Salud Pública y Mesa Técnica de Alianza Académica, Asociación de Empresas Sociales del Estado del Nororiente Colombiano, Fecoer, ESE Salud Yaguará, Asociación de Hospitales de Caldas, Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Guajira, Contraloría General de la República, DNP, Federación Médica Colombiana, Fundación Cardiovascular de Colombia, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, la SNS y Óscar Rodríguez.

⁷ https://drive.google.com/file/d/1HyVbFvaYxD1zkRC7Jyu1SiWmiT_6kKm/view?usp=sharing, e

⁸ Facilitador, presentación de delegados, portavoz, foro de conocimiento, productos, phillips 6-6, plenaria general y discusión general.

sector salud, para poner de presente sus apreciaciones, que se reseñan brevemente a continuación:

9. *Procuraduría General de la Nación*⁹. Indicó que de la lectura de la Resolución 370 de 2025, se observa que el MSPS pretende limitar el alcance de las órdenes de la Corte, “resultando evidente el interés subyacente del ministro, en esquivar el cumplimiento del Auto 007 de 2025, que podría configurar la incursión en las conductas tipificadas como desacato a sentencia judicial y fraude a resolución judicial”, por lo que ordenó dar traslado a la Fiscalía para lo de su competencia.

10. Resaltó que, en el mencionado acto administrativo, el Minsalud (i) estableció que las mesas de trabajo serán “útiles apenas para exponer preocupaciones y puntos de vista” desconociendo que el objetivo consiste en revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia, (ii) se abroga el poder de limitar la información y los procesos de validación, (iii) olvida que debe cumplir con las órdenes judiciales, (iv) impone que los reportes solo puedan ser remitidos en los formatos y medios que disponga la cartera, (v) restringe unilateralmente las intervenciones de los participantes, (vi) se asigna la facultad de determinar cuáles son “soportes confiables”¹⁰, (vii) al regular las funciones de la secretaría técnica, dispuso que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud elaborará el orden del día que establezca la Presidencia, quien también firmará “unilateralmente las actas de las sesiones, sin ser sometidas ninguna de las dos [sic] a la aprobación de los integrantes de la mesa de trabajo”¹¹, y son ellos quienes presentarán los resultados, sin ningún tipo de consenso¹², (viii) se asigna la facultad de excluir de la mesa, sin fórmula de juicio alguna a quien considere altere su curso normal¹³.

11. *Acemi*¹⁴(*Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral*) y *ANDI*¹⁵(*Asociación Nacional de Empresarios de Colombia*) coincidieron en que la Resolución 370 de 2025 no cumple con lo ordenado en el Auto 007 de 2025. La principal objeción se fundamentó en que el acto administrativo desvirtúa el propósito de la mesa de trabajo. Esto, porque en su parecer, en lugar de enfocarse en revisar la UPC de 2024 y lograr su suficiencia, como lo dispuso la Corte, busca recibir, analizar y socializar la información sobre un posible rezago. Según los firmantes, se limita el alcance de la mesa y dilata la solución al problema de insuficiencia financiera en el sistema de salud. También criticaron que no se reconoce que la UPC 2024 fue declarada insuficiente por la Sala Especial y que debe ser ajustada, lo que podría generar retrasos en la toma de decisiones y afectar la sostenibilidad del sistema.

12. Otro comentario que plantearon consistió en la falta de garantía para la participación social, ya que en su parecer la resolución no asegura una incidencia real de los aportes de los actores del sistema de salud en la toma de decisiones, a pesar de que la LES (Ley Estatutaria de Salud) exige esta participación. Asimismo,

⁹ Documento allegado a la Sala el 13 de marzo de 2025 por parte de la procuradora delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social.

¹⁰ Artículo 9 de la Resolución 370 de 2025.

¹¹ La Sala infiere que al referirse a “ninguna de las dos”, la entidad aludió al orden del día y al acta de la sesión.

¹² Artículos 10 y 11, *ib.*

¹³ Artículo 12, *ib.*

¹⁴ Documento del 13 de marzo de 2025.

¹⁵ Documento del 11 de marzo de 2025, reiterado en comunicación del 18 siguiente.

cuestionaron la ausencia de un mecanismo claro para el ajuste *ex post* de la UPC, a pesar de que la Corte ordenó que se diseñara un sistema para corregir periódicamente la prima. Asimismo, resaltaron la falta de definición de plazos y procedimientos concretos para la resolución, lo que podría dificultar el cumplimiento del plazo de dos meses para acordar el reajuste de la UPC. Finalmente, coincidieron en señalar que el MSPS actúa de manera discrecional y sin acatar estrictamente la orden judicial, lo que pone en riesgo la estabilidad financiera del sistema.

13. El movimiento social *Pacientes Colombia*¹⁶ planteó que el MSPS busca dilatar y desconocer el cumplimiento del Auto 007 de 2025, lo que afecta la financiación del SGSSS y el acceso a tratamientos para los pacientes. Argumentó que el MSPS ha intentado invalidar la decisión de la Corporación mediante solicitudes de aclaración y nulidad, sin justificación técnica clara, y que hasta el momento no hay indicios de cumplimiento de lo ordenado. Además, criticó que el ente ministerial aludiera a una “extralimitación de funciones”, porque en su parecer la Corte está “asumiendo competencias del Ejecutivo y del Consejo de Estado, sugiriendo que la decisión es inconstitucional”.

14. La *Representante a la Cámara Catherine Juvinao Clavijo*¹⁷, acompañada de *Katherine Miranda, Piedad Correal Rubiano, Julia Miranda Londoño, Juan Sebastián Gómez González, Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, Alejandro García Ríos y Cristian Danilo Avendaño Fino*, allegaron a la Sala un escrito, en el que reconocieron “la delicada situación que afecta el sistema de salud colombiano dados los ajustes anuales de la UPC”. Por ello, resaltaron que el MSPS debe centrarse en cumplir a cabalidad las órdenes contenidas en el Auto 007 de 2025 antes de continuar con el trámite de la reforma a la salud.

15. En ese sentido, señalaron como propuesta “para el mecanismo para la financiación de los recursos necesarios para atender los reajustes a la UPC, así como el pago de los rezagos que se lleguen a reconocer”, el traslado de los dineros pertenecientes al programa denominado “Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993”, el cual a 2025, cuenta con recursos por 4.3 billones de pesos, lo cual a su vez no implicaría una adición o ajuste presupuestal por parte del Congreso de la República. Por esto, solicitaron al MSPS “un espacio en la agenda de las mesas de trabajo para el cálculo de la UPC, con la finalidad de exponer [...] las consideraciones que sustentan la propuesta de traslado presupuestal”.

16. *Asocajas*¹⁸ (*Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar*), informó que el Minsalud “no permitió la participación de las EPS e IPS agremiadas a Asocajas en la mesa de trabajo” en contravía a lo dispuesto en el Auto 007 de 2005, pese a habérselo solicitado en cuatro oportunidades¹⁹. Agregó que es la única agremiación que representa a los programas de EPS de las Cajas de Compensación Familiar Comfaoriente y Comfachocó, además de varias IPS, por lo que cumple con lo ordenado en el artículo 5, numeral 5.1. y artículo 6, numeral 6.1. de la Resolución 370 de 2025.

¹⁶ Documento del 4 de febrero de 2025.

¹⁷ Documento allegado a la Sala el 13 de febrero y reiterada el 19 de marzo de 2025.

¹⁸ Escrito recibido vía correo electrónico el 19 de marzo de 2025.

¹⁹ 29 de enero, 10, 13 y 17 de marzo de 2025.

17. Por su parte, Afidro (Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo) solicitó a la Corte “hacer parte de la mesa de trabajo creada bajo la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025”, en atención a que el parágrafo 2.º del artículo 3.º “permite la participación de otros sectores, entidades o personas **que puedan contribuir a la discusión**, siempre que la presidencia de la mesa lo autorice”. En su parecer, ello implica “que no hay una prohibición expresa para la participación de otros actores; al contrario, existe una habilitación explícita”. Lo anterior, sumado a que Afidro fue reconocido como “grupo de apoyo” en el seguimiento al cumplimiento de las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 mediante Auto del 19 de abril de 2024.

18. Por lo anterior, y con el propósito de verificar la manera cómo se está cumpliendo con los numerales 3.1., 3.2., 3.3. y 3.9. de la resolutive del Auto 007 de 2025 y la participación de los diferentes actores del sector salud, la Sala consideró indispensable contar con información actualizada y por esto, en aras de tener mayores elementos de juicio, el 31 de marzo de 2025 decretó la práctica de algunas pruebas, formuló algunos interrogantes y puso a disposición de los interesados, los documentos recibidos conforme al artículo 63 del Acuerdo de la Corte Constitucional.

19. El 7 y 8 de abril de 2025 el MSPS allegó a la Sala un informe en el que indicó que mediante la Resolución 370 de 2025 cumplió con la orden contenida en el numeral 3.1. del ordinal 3. del Auto 007 de 2025. Resaltó que, de conformidad con los lineamientos de la Corte, la “cartera ministerial es la encargada de elaborar los estudios técnicos, validar la información para el cálculo de la UPC y fijarla”.

20. Por otra parte, remitió documentos anexos, en los cuales (i) informó sobre la instalación de la mesa de trabajo, en la que se exhibió el cronograma con las fechas en que la mesa de trabajo sesionaría y los temas a abordar, (ii) comunicó que se adelantó la segunda sesión de la mesa, donde se analizó el componente de las “frecuencias de uso”, para lo cual envió previamente a cada uno de los actores el programa del día, (iii) remitió las respuestas brindadas a la ANDI y Asocajas, quienes buscaban participar en la mesa, sin embargo fueron negadas por no cumplir con criterios establecidos en la Resolución 370 de 2025, (iv) adjuntó la citación a la Defensoría del Pueblo para participar de la segunda sesión y (v) anexó el listado de asistentes delegados²⁰.

II. CONSIDERACIONES

Competencia

²⁰ Gestarsalud, Organización Derechos Pacientes, Defensoría, IETS, Superintendencia Nacional de Salud, Fondo Nacional de Ferrocarriles de Colombia, EPS Anaswayuu, Asocabildos IPSI, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ascif, Pacientes Colombia, Fecoder, Organización de Enfermedades Huérfanas, Acemi, Fundación Cardiovascular, Contraloría General de la República, Adres, EPS SOS, Procuraduría General de la Nación, Asinfar, Acesi, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Defensoría del Pueblo, Nueva EPS, ACHC, IPSI Essalud Yaguara, Unips, Universidad Nacional.

21. En atención a las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 1° de abril de 2009²¹, el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991²² la Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir este auto.

El financiamiento de los servicios de salud como presupuesto de acceso efectivo al SGSSS²³

22. En la Sentencia T-760 de 2008 la Corte consideró que “después de 15 años de haber sido expedida la Ley 100 de 1993, [era] constitucionalmente inadmisibles que no se [hubiera] previsto superar la desigualdad entre el plan subsidiado y el contributivo y que esta diferencia [era] más gravosa para los menores de edad”. De igual manera, estimó que “el Estado [había] desconocido el derecho a la salud de [los beneficiarios del RS], por cuanto no [existían para ese momento] programas ni cronogramas que mostraran un esfuerzo para avanzar en ese sentido”²⁴.

23. En consecuencia, en el mandato vigésimo primero le ordenó a la CRES unificar los planes de beneficios para todos los niños y las niñas tanto del régimen contributivo como del subsidiado, teniendo en cuenta los ajustes que fueran necesarios a la UPC-S (unidad de pago por capitación del régimen subsidiado) de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. Adicionalmente, en el vigésimo segundo buscó lograr la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios en ambos regímenes, teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

24. Dentro del seguimiento que adelanta la Corte, fueron emitidos los autos 261 y 262 de 2012 mediante los cuales se determinó que, si bien se había alcanzado el propósito de unificación de los planes de beneficios de ambos regímenes, no existían razones constitucionalmente admisibles para mantener la distinción entre la UPC de ambos regímenes.

25. En el Auto 411 de 2016, la Sala declaró el cumplimiento medio de las órdenes conjuntas de los numerales 3.º y 4.º del Auto 261, y 2.º y 3.º del Auto 262 de 2012, al concluir que el sistema de información no contaba con datos sólidos y confiables²⁵. Por lo descrito, ordenó al MSPS implementar medidas para solucionar las deficiencias

²¹ Mediante Acta núm. 019.

²² “Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora. Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél (sic). Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia. [...]”.

²³ La base argumentativa y jurisprudencial de este acápite se fundamenta en el Auto 875 de 2024, proferido en el seguimiento de las órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda de la Sentencia T-760 de 2008.

²⁴ *Cfr.* f.j. 2.2.3 de la Sentencia T-760 de 2008.

²⁵ Si bien evidenció que se adoptaron medidas, sus resultados no fueron suficientes para superar la falla estructural, dado que se seguían presentándose falencias en el reporte de información por parte de las EPS.

del sistema de información²⁶ y equiparar en un 95 % la UPC-S con la UPC-C hasta no demostrar su suficiencia, entre otras determinaciones. Además, recordó que no podía sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud, *so pretexto* de la sostenibilidad financiera.

26. En el Auto 109 de 2021, la Sala coligió que, en relación con la UPC (i) no se solucionaron las deficiencias del sistema de información²⁷, (ii) el valor de la UPC-S no se equiparó al 95 % de la UPC-C²⁸, y (iii) que la información disponible impedía afirmar que la UPC fuera suficiente, por ser incompleta, no reportarse con oportunidad y estar desactualizada, entre otros factores. Al respecto, concluyó que se mantenía el obstáculo para calcular la UPC-S con información propia del RS, por lo que reiteró lo dispuesto en el Auto 411 de 2016.

27. En consecuencia, determinó que el ente ministerial debería avanzar en la superación de esas falencias y **garantizar tanto una UPC con unos techos suficientes para financiar la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS**, permitiendo el más alto nivel de salud posible sin sacrificar la prestación y la efectividad del derecho a la salud para privilegiar la sostenibilidad financiera.

28. El Auto 996 de 2023 reiteró el nivel de cumplimiento *medio* de las citadas órdenes al identificar, entre otras cosas, que (i) los resultados no eran sostenibles en el tiempo, no solucionaban las deficiencias del sistema de información del SGSSS y la reportada por las EPS-S presentaba baja calidad, a pesar de que en 2021 se empleó por primera vez la información de dicho régimen para calcular su UPC, (ii) que la información proveniente de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del RS (Régimen Subsidiado) era deficiente, entre otras cosas, (iii) el MSPS no demostró la suficiencia de la UPC y tampoco equiparó el porcentaje del valor de la prima del RS al 95 % de la UPC-C y (iv) no se comprobó la suficiencia de la UPC en ambos regímenes.

29. Mediante el Auto 007 de 2025, la Sala declaró el incumplimiento general del componente de suficiencia de la UPC, en el marco al seguimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008. Allí, la Corte le ordenó al Minsalud, entre otras, crear una mesa de trabajo para revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia, además de abordar el rezago existente.

²⁶ “De manera tal que permita: a) mejorar la calidad de la información reportada por las EPS del régimen subsidiado, con el fin de que la misma sea representativa en la definición de la Unidad de Pago por Capitación; b) considerar dentro del sistema de información las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población; c) solucionar la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado, según lo expuesto en la parte considerativa de este Auto. Para ello, deberá allegar un informe semestral sobre la implementación de las medidas y la reglamentación correspondiente”.

²⁷ (i) Baja calidad de los datos reportados por las EPS-S al punto que no puede ser empleada en la definición de la UPC, (ii) que si bien los sistemas de información tienen en cuenta algunas barreras de acceso a los servicios y tecnologías en salud, no registran y actualizan con fidelidad las necesidades reales de la población ni evidencian que se estén superando y (iii) deficiencia en la data proveniente de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del RS.

²⁸ La Sala reconoce que las medidas implementadas y reportadas por el ente ministerial han sido conducentes para aproximarse a la equiparación de la UPC en ambos regímenes en un 95%, no obstante, dicha entidad deberá alcanzar tal meta y seguir reduciendo en lo posible, la brecha existente entre estos valores, hasta tanto no se demuestre con información técnica y confiable en qué punto la Unidad de Pago por Capitación alcanzará la suficiencia en ambos regímenes.

30. A pesar del tiempo transcurrido y de las evaluaciones efectuadas, no se han corregido las falencias evidenciadas y el MSPS no ha demostrado la suficiencia de la UPC para cubrir todos los servicios y tecnologías en salud PBS UPC a la población afiliada al SGSSS, y tampoco que la información necesaria para efectuar el cálculo de esta prima se entregue oportunamente, completa y con la calidad requerida²⁹. Esto, a pesar de que el mismo ministerio ha expresado que los datos recolectados no se remiten a tiempo por las EPS, y que diferentes actores del sector salud y medios de comunicación han puesto de presente la insuficiencia de estos valores en ambos regímenes, advirtiendo con mayor contundencia que ello puede amenazar la operación³⁰ y, por ende, poner en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud.

31. La jurisprudencia constitucional ha reconocido que “la salud constituye una meta para el Estado [...], conforme al artículo 2 en concordancia con el artículo 49 inciso 1 de la Constitución Política de Colombia. Ello significa que es un fin esencial para el Estado garantizar la salud de las personas y, para ello, aquel debe diseñar, ejecutar y vigilar las políticas públicas, así como los proyectos y las acciones concretas”³¹.

32. Atendiendo a la calidad de servicio público y de derecho fundamental, la Corte Constitucional como guardiana de la integralidad y supremacía de la Constitución³², propende por la defensa de los derechos fundamentales de la población y propugna por la garantía en el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud para todos los residentes en Colombia como lo establece dicha normativa superior.

33. En atención a lo dispuesto, cabe mencionar que en la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se alude a alcanzar el “*más alto nivel posible de salud*”. El derecho a la salud “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud”³³.

34. La Ley 1751 de 2015³⁴ definió el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable y estableció que la accesibilidad es un elemento esencial del mismo, que refiere que los “servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información”.

²⁹ Cfr. Auto 006 de 2024.

³⁰ <https://acemi.org.co/prensa/incremento-de-la-upc-debe-ser-de-al-menos-el-18-eps/> Consulta efectuada el 24 de marzo de 2025.

³¹ Sentencia SU-508 de 2020.

³² Constitución Política, artículo 241.

³³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, HRI/GEN/1/Rev. 9 (Vol. 1), recuperado en [https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos hum Base/CESCR/00 1 obs gales Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14](https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos%20hum%20Base/CESCR/00%201%20obs%20grales%20Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14).

³⁴ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

35. En la Sentencia C-313 de 2014, la Corte afirmó que este elemento (accesibilidad) hace referencia a la facilidad que tienen las personas afiliadas al sistema de salud para acceder a los mismos. Agregó que, aquel resulta totalmente congruente con lo señalado en el artículo 49 de la Constitución. En concreto sobre el financiamiento de los servicios a que tienen derecho los habitantes del territorio nacional, mediante la Sentencia T-760 de 2008, se reconoció que “la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema”³⁵.

36. Además, para este Tribunal “[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”³⁶.

37. Así, el goce efectivo del derecho a la salud comprende distintos escenarios constitucionales, entre los cuales se encuentra la prestación y el suministro de servicios y tecnologías en salud, la cual no es posible si el sistema de salud no cuenta con los recursos suficientes para sufragarlos³⁷, por lo que, la Corte también debe velar por la sostenibilidad financiera del sistema de salud³⁸.

38. Es por esto último, que desde la Sentencia T-760 de 2008 esta Corporación ha insistido en que la ampliación de la cobertura de los servicios en salud fuera sostenible³⁹. De este modo, a lo largo de todo el seguimiento a los mandatos proferidos en dicha providencia, ha resaltado en distintas ocasiones⁴⁰, la necesidad de contar con los recursos suficientes para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías contemplados en los planes de beneficios en salud.

39. Así, el Auto 411 de 2016 hizo hincapié en la Sentencia C-313 de 2014⁴¹ y señaló, entre otras “que la sostenibilidad financiera no es solo una condición que permite la oportuna y adecuada prestación del servicio de salud, sino que trae consigo otras implicaciones sobre la cobertura para dicha prestación. Al respecto, sostuvo que la presencia de una dificultad en la disponibilidad de recursos constriñe la posibilidad de extender el servicio y/o mejorar la prestación de este para más personas. Por esa razón, la Corte resaltó la necesidad de cumplir de manera urgente con el deber de

³⁵ Sentencia T-760 de 2008, f.j. 2.2.5.1.

³⁶ *Ibidem*, f.j. 6.2.

³⁷ Sentencia T-760 de 2008.

³⁸ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha permitido y hecho uso de las medidas cautelares como garantía de los derechos fundamentales y para prevenir daños irreparables. <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/decisiones/MC/sobre-cautelares.asp>

³⁹ Autos 2881 y 2883 de 2023, 2049 de 2024 y 007 de 2025.

⁴⁰ Ver autos 2881 de 2023 y 007 de 2025, entre otros.

⁴¹ Por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad del proyecto de ley estatutaria.

adoptar la regulación y las políticas para financiar de manera sostenible el sistema de salud”⁴².

40. De igual manera, estableció que la definición de la UPC debía **“alcanzar el nivel de suficiencia necesario para financiar el nuevo POS”** a partir de lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud, de forma que cubriera todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estuvieran expresamente exceptuados del plan de beneficios para ese entonces. Con esto, quiso significar que la prima debía tener una “mayor capacidad de financiamiento” para garantizar efectivamente el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible⁴³. Allí se concluyó que, para esto, era necesario que el Gobierno adoptara la regulación y las políticas necesarias para financiar de manera sostenible el sistema de salud, a partir de la definición de la UPC para ambos regímenes⁴⁴.

41. En este mismo sentido, en el Auto 996 de 2023 la Sala resaltó que el efecto colateral de la suficiencia de los recursos es que no haya desigualdad, y por ello la importancia de establecer si los valores reconocidos por concepto de UPC son suficientes, especialmente si se tiene en cuenta que por ley, el operador en salud está obligado a prestar todos los servicios y tecnologías en salud cubiertos por la UPC, pero para ello debe contar con los recursos necesarios, de manera que, podría afectarse su sostenibilidad financiera si esta prima no es suficiente⁴⁵. Entre otras, señaló que el hecho de que “no existan estudios que reflejen que la diferencia entre las primas genera desigualdad, no significa que el Ministerio no debe desplegar las investigaciones necesarias para establecer en mejor medida si esta brecha comporta insuficiencia y por ende pone en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud”.

42. En consecuencia, la garantía de un efectivo acceso a los servicios y tecnologías en salud comporta la necesidad de entregar a los operadores en salud los recursos necesarios para respaldar todas las prestaciones incluidas en el PBS UPC. Lo cual cobra relevancia porque se trata de un parámetro de obligatoria observancia, conforme con la Ley Estatutaria en salud y a la jurisprudencia constitucional, dado que garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Por esto, la importancia de la sostenibilidad financiera de la UPC que cubre, la gran mayoría de servicios y tecnologías ofrecidos por el PBS, lo que implica necesariamente alcanzar su suficiencia.

La financiación de los servicios y tecnologías en salud cubiertos por el PBS

43. El artículo 8.º de la Ley 1751 de 2015 establece que las tecnologías en salud deben ser proporcionadas de manera completa en aras de prevenir o curar la enfermedad, con independencia del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.

⁴² Auto 411 de 2016, f.j. 4.2.

⁴³ Auto 411 de 2016, f.j. 4.3.

⁴⁴ Id.

⁴⁵ Auto 996 de 2023, f.j. 209.

44. Así, si bien es cierto que en atención al artículo 182 de la Ley 100 de 1993 y lo señalado por la jurisprudencia de la Corte⁴⁶, los servicios incluidos en el plan de beneficios debían ser costeados por la UPC; también lo es, que por disposición de la Ley 1955 de 2019⁴⁷ y la regulación posterior, los servicios y tecnologías que hacen parte del plan tienen tres fuentes de financiación, a saber:

i) La unidad de pago por capitación. Es la fuente principal de financiamiento de los servicios y tecnologías cubiertas por el PBS.

ii) Los techos o presupuestos máximos. Mecanismo creado por el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, en virtud del cual a las EPS de ambos regímenes se les asigna un presupuesto anual con el que deben realizar la gestión y garantizar a todos los afiliados, la prestación de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con la UPC. Esta fuente de financiación entró en funcionamiento el 1.º de marzo de 2020.

iii) Los recursos de la Adres. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3.º del inciso segundo⁴⁸ de la Resolución 094 de 28 de enero de 2020⁴⁹, las EPS pueden solicitar a la Adres la devolución de los dineros que gastaron en la prestación de servicios y tecnologías en salud que no son cubiertos por la UPC o por los presupuestos máximos (procedimiento recobros).

Unidad de Pago por Capitación -UPC-

45. En atención a la importancia que cobra la suficiencia de la UPC en el cumplimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008, y de aquellas impartidas en el Auto 007 de 2025, es pertinente referirse a su finalidad.

46. La unidad de pago por capitación es el mecanismo de financiamiento del SGSSS, creado en la Ley 100 de 1993 que asignó un monto fijo a las EPS por cada afiliado, y que se ajusta periódicamente. Su función principal es cubrir los costos del Plan de Beneficios en Salud (antiguo Plan Obligatorio de Salud -POS-) y garantizar la prestación de servicios médicos en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Inicialmente, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definía su valor, pero con la Ley 1122 de 2007, esta función pasó a la Comisión de Regulación en Salud y luego de su supresión, con el Decreto 2560 de 2012, al Ministerio de Salud, el cual calcula la prima teniendo en cuenta, entre otros criterios, el perfil epidemiológico de la población, los costos operativos, la calidad del servicio, la inflación del sector, la ubicación geográfica, edad y género de los afiliados. Además, se complementa con cuotas moderadoras y copagos para garantizar la sostenibilidad del sistema.

⁴⁶ Sentencias SU-480 de 1997, C-828 de 2001, C-824 de 2004, T-760 de 2008, C-978 de 2010, T-329 de 2018 y C-093 de 2018.

⁴⁷ “Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad”.

⁴⁸ Establece que para reconocer y pagar los servicios y tecnologías no UPC de los afiliados al RC y RS que no se financien con presupuestos máximos, la Adres definirá el proceso de verificación, control, reconocimiento, liquidación y giro.

⁴⁹ “Por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES”.

47. Para el 2024, con la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiadas con recursos de la UPC a través de la Resolución 2366 de 2023⁵⁰, se determinó que con este rubro (UPC) se financiaba el 97 % de los procedimientos y el 97.12 % del total de Códigos Únicos de Medicamentos autorizados en el país. Es por esto por lo que la suficiencia de la UPC es imprescindible para el correcto funcionamiento del SGSSS en Colombia, toda vez que garantiza, en gran parte, la sostenibilidad financiera para la prestación del elevado porcentaje de servicios y tecnologías en salud que debe cubrir.

La participación como mandato de optimización y manifestación del principio democrático del Estado Social de Derecho. Reiteración de jurisprudencia

48. Los artículos 6.^{o51} y 12 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud) imponen unas obligaciones al Gobierno nacional para permitir la participación de las personas en las decisiones adoptadas respecto del derecho a la salud⁵². Este mandato busca garantizar la intervención de todos los afectados en materia sanitaria, para este caso concreto de quienes resultan afectados por la desfinanciación del sistema de salud y con lo que se materializan los artículos 2.^{o53} y 270⁵⁴ de la Constitución Política. Disposiciones que establecen como fin esencial del estado facilitar la intervención de todos en las decisiones que los afectan, lo que también debe llevarse a cabo en la seguridad social⁵⁵ con el fin de vigilar la gestión pública, así como sus resultados, respectivamente.

49. Adicionalmente, al revisar la constitucionalidad del proyecto de ley estatutaria en salud, la Corte mediante 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 vida⁵⁶. Señaló que la participación también debe comprender “*las decisiones que se adoptarán por los agentes del sistema de salud*” (cursiva y negrilla original) de tal forma que pueda ser efectiva en el marco del modelo democrático, así como continua, activa, permitiendo igualmente, “[...] participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud” e involucrarse en los programas y estrategias propias del derecho fundamental.

50. 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

⁵⁰ Mediante la que se actualizan los servicios y tecnologías financiadas con la UPC.

⁵¹ La aceptabilidad es uno de los elementos esenciales del derecho a la salud, se señala el deber de garantizar participación de los ciudadanos en las decisiones del sistema de salud que les afecten, de conformidad con el artículo 12.

⁵² Establece que el derecho a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. El cual incluye: “a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud”.

⁵³ Fines esenciales del Estado.

⁵⁴ Participación ciudadana.

⁵⁵ Artículo 48 de la Constitución Política.

⁵⁶ Reiteró la Sentencia C-180 de 1994.

las autoridades competentes. En ese sentido, la sentencia determinó que **la participación “del sector salud [...] debe constituirse en una verdadera oportunidad para afectar positivamente la salud desde otras esferas del poder público, pero a su vez significa la atribución de nuevas y mayores responsabilidades de quienes regentan la salud del país”** (resaltado fuera de texto original).

51. De conformidad con lo expuesto, la Sala reitera que la participación contenida en los artículos 2.º, 48 y 270 de la Carta Política debe ser prioridad dentro del trámite de seguimiento que adelanta esta Corporación. Esta exigencia adquiere mayor relevancia a la luz de la Ley Estatutaria, la cual reconoce la participación en las decisiones del sistema de salud como parte del derecho fundamental a la salud y como uno de sus principios orientadores.

52. En conclusión, atendiendo al contexto normativo y jurisprudencial que se cita, la participación en torno al derecho a la salud tiene un papel preponderante, razón por la cual la Sala Especial busca que el rector de la política pública la garantice dentro de las decisiones que involucran a todos los actores e impactan a los afiliados de Sistema General de Seguridad Social en Salud como es el caso de la financiación del mismo.

Alcance de la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025

53. La Resolución 370 de 2025, emitida el 28 de febrero por el Ministerio de Salud, crea la mesa de trabajo de carácter participativa⁵⁷ con el objetivo de recibir, analizar y socializar la información, insumos y aportes de los participantes, sobre un eventual rezago en el valor de la UPC de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, para que el MSPS cuente con elementos de juicio suficientes para determinar técnicamente si hay lugar o no al reajuste de la prima⁵⁸.

54. Acto administrativo que establece que la conformación de la mesa de trabajo tendrá en cuenta el “efecto 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”. Adicionalmente, (i) la información reportada en debida oportunidad por las EPS para el cálculo de la UPC, que hayan superado las mallas de validación y contrastadas con otras fuentes de información determinadas por parte del MSPS, (ii) la siniestralidad y las variaciones en las frecuencias de uso, (iii) el efecto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior al momento de calcular la siguiente, (iv) la definición de las variables y ajustadores de riesgo, y (v) la viabilidad de realizar ajustes *ex post*.

55. Dispone que en la mesa de trabajo participará⁵⁹ (i) Minsalud, (ii) Minhacienda, (iii) Adres, (iv) la Procuraduría Delegada para la Salud, la Protección Social y el Trabajo Decente, (v) la Procuraduría Delegada para el Seguimiento al Cumplimiento de las Sentencias de Tutela, (vi) la Fiscalía General de la Nación, (vii) la Contraloría

⁵⁷ Artículo 1 de la Resolución 3 de 2025.

⁵⁸ Artículo 2, *Ib.*

⁵⁹ Artículo 3, *Ib.* En el párrafo 2 se dispone que a las sesiones podrán asistir, a iniciativa de la presidencia, otros sectores, entidades o personas que puedan realizar aportes.

General de la República, (viii) la Superintendencia Nacional de Salud, (ix) las EPS y sus agremiaciones, (x) las IPS y sus agremiaciones, (xi) las agremiaciones de pacientes y (xii) el sector académico, quienes tienen siete días hábiles para designar su representante a partir de la notificación de la Resolución 370 de 2025⁶⁰. Adicionalmente, establece que, a las sesiones podrán asistir, a iniciativa de la presidencia de la mesa, otros sectores, entidades o personas que pueden participar en la discusión.

56. Por otra parte, señala que los criterios para la designación de los participantes de las EPS, IPS, pacientes y sus agremiaciones y el sector académico son propios de cada entidad⁶¹. Dicho representante debe ser informado a la Secretaría Técnica al día siguiente de la designación. Respecto a lo anterior fijó las siguientes reglas:

EPS y sus agremiaciones⁶²	Estipuló que para participar se debe designar un representante por: (i) Cada una de las agremiaciones que las reúnen. (ii) Las EPS no intervenidas y que no se encuentren agremiadas. (iii) Las Entidades Promotoras de Salud intervenidas. (iv) Las EPS públicas y/o de participación mixta. (v) Las EPSI (Entidades Promotoras de Salud Indígenas).
IPS y sus agremiaciones⁶³	Precisó que se debe designar un representante por: (i) Cada una de las agremiaciones que las reúnen. (ii) Cada una de las regiones del país ⁶⁴ . (iii) Las IPSI (Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas). (iv) Las Empresas Sociales del Estado.
Agremiaciones de pacientes⁶⁵	Indicó que se debe designar un representante por cada una de las regiones del país.
Sector Académico⁶⁶	Señaló que, por medio de las facultades universitarias de las ciencias de la salud, se designará 1 representante por cada una de las regiones del país.

Tabla 1. Datos Resolución 370 de 2025. Elaboración propia.

57. En cuanto a las reglas de funcionamiento de la mesa de trabajo⁶⁷, determinó que (i) los participantes deben presentar soportes confiables de sus afirmaciones y la documentación en los formatos y medios que disponga la Secretaría Técnica, (ii) se podrán desarrollar comités técnicos o grupos focales, (iii) cada participante asumirá los costos de alojamiento y desplazamiento a las reuniones, (iv) la inasistencia del 30 % de los participantes dará lugar a la reprogramación de la sesión, (v) el MSPS definirá la metodología de trabajo para las reuniones, (vi) las sesiones podrán ser presenciales, virtuales o híbridas, según lo disponga la presidencia de la mesa y (vii) se otorgarán tiempos razonables en las intervenciones. Finalmente, en relación con las atribuciones y funciones del MSPS y la Secretaría Técnica, estableció lo siguiente:

58. El viceministro de Protección Social ejerce la presidencia de la mesa de trabajo y tendrá las siguientes atribuciones: (i) instalar la mesa, presentar la consideración, el cronograma de trabajo y la metodología de funcionamiento, (ii) fijar el orden del día, (iii) crear comités o grupos focales sobre temas específicos, (iv) conceder el uso de la palabra, (v) decidir sobre las mociones que propongan los participantes, (vi)

⁶⁰ Parágrafo 1 del Artículo 3.

⁶¹ Artículo 4, *Ib.* Donde se apliquen “mecanismos democráticos y de valoración del conocimiento para la designación”

⁶² Artículo 5, *Ib.*

⁶³ Artículo 6, *Ib.*

⁶⁴ Caribe, Andina, Pacífica, Insular, Amazonía y Orinoquía.

⁶⁵ Artículo 7, *Ib.*

⁶⁶ Artículo 8, *Ib.*

⁶⁷ Artículo 9, *Ib.*

garantizar que sean cumplidas las reglas de funcionamiento de la mesa y (vii) las demás que le sean propias.

59. Por su parte, la secretaría técnica es ejercida por la DRBCTAS (Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento) y tiene las siguientes funciones: (i) convocar a los representantes de los sectores participantes a las sesiones, (ii) elaborar el oficio contentivo del orden del día para cada sesión y remitirlo a los participantes de la mesa, (iii) asistir a las reuniones y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos para verificar su cumplimiento, (iv) elaborar las actas de cada sesión, (v) disponer de los medios necesarios para garantizar la participación de los diferentes sectores, (vi) administrar y custodiar el archivo documental de la mesa, (vii) preparar, para la primera sesión, el proyecto de cronograma y la metodología de funcionamiento de la mesa, (viii) el canal de comunicación oficial de la mesa, (ix) activar en la página *web* del MSPS un espacio para todo lo concerniente al funcionamiento de la mesa, (x) presentar y socializar, una vez finalizado el cronograma, ante la Comisión Asesora, los aportes, insumos y consideraciones expuestas por los participantes en el desarrollo de las sesiones y (xi) las demás actividades propias de la labor.

60. Finalmente, el artículo 12 indica la manera en que se desarrollará la mesa y mociones. Allí se establece, entre otras cosas, que (i) los asistentes deben mantener una conducta respetuosa hacia la presidencia de la mesa y los demás participantes, (ii) “la presidencia de la mesa adoptará todas las medidas correctivas necesarias para preservar el orden y correcto desarrollo de esta, pudiendo excluir de ella, a quien con su comportamiento altere su curso normal”, (iii) cualquier participante en el desarrollo de las sesiones de la mesa de trabajo podrá proponer las mociones cuando considere que hubiere mérito⁶⁸.

Medidas cautelares tendientes a garantizar el correcto desarrollo de la mesa de trabajo creada en cumplimiento de las órdenes impartidas en el Auto 007 de 2025

Competencia de la Sala Especial para dictar medidas cautelares

61. La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 es competente para decretar las medidas cautelares para evitar retrocesos en la superación de las fallas estructurales y en el cumplimiento del fallo objeto de supervisión, por los siguientes motivos:

i) La jurisprudencia constitucional⁶⁹ ha señalado que, en virtud del artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, el juez de tutela “[...] mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza”.

⁶⁸ Moción de orden. Cuando las intervenciones realizadas por parte de los participantes en la mesa de trabajo no sean pertinentes o se desvíen de la naturaleza y objeto de esta, señalados en el artículo 2 del presente acto administrativo. 12.2. Moción de procedimiento. Cuando se considere que en el curso de la sesión no se está cumpliendo con lo dispuesto en el orden del día o en la metodología de trabajo. 12.3. Moción de suficiente ilustración. Cuando en sesión se considere que hay amplia claridad sobre el tema debatido, cualquier participante podrá proponer la moción de suficiente ilustración. Parágrafo. Las mociones las decidirá el presidente de la mesa de trabajo quien también podrá declararlas de oficio”.

⁶⁹ Las Salas de Seguimiento han adoptado medidas cautelares urgentes con fundamento en la competencia del artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, en las siguientes oportunidades: Auto 875 de 2024 en el marco del seguimiento a la

ii) La importancia que tiene el cumplimiento de las sentencias para el interés público “obliga a los jueces y tribunales [a] adoptar las medidas necesarias y adecuadas para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales, lo mismo que a la autoridad condenada al cumplimiento oportuno”⁷⁰.

iii) En varias oportunidades, las diferentes Salas de Seguimiento de la Corte se han visto abocadas a adoptar medidas urgentes encaminadas a prevenir mayores efectos nocivos sobre las fallas estructurales objeto de supervisión⁷¹. Dichas determinaciones se habilitan en el trámite de seguimiento de las órdenes complejas, en tanto persiguen intervenir situaciones relevantes que pueden impactar negativamente el cumplimiento de las decisiones supervisadas y con ello acentuar las problemáticas advertidas por este Tribunal o generar resultados regresivos en los avances que hayan podido acreditar los responsables de la política pública⁷².

iv) La información recabada en el expediente de seguimiento permite evidenciar “la existencia de situaciones que, por su urgencia, gravedad e irreparabilidad perpetúan” las problemáticas estructurales identificadas en la providencia objeto de verificación⁷³.

Origen de la medida

62. Respecto del cumplimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008, y específicamente de aquellas impartidas en el resolutivo 3.º del Auto 007 de 2025, relacionadas con la creación y desarrollo de una mesa de trabajo para “revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia”, la Corte sustenta la necesidad de adoptar medidas cautelares, principalmente, en la existencia del riesgo de garantizar la suficiencia de la UPC y la evidencia empírica sobre la afectación de la participación de los actores del sistema de seguridad social en salud, con base en las razones que se expondrán a continuación:

63. Sea lo primero recordar que la Sala Especial, en la sesión técnica que tuvo lugar el 5 de abril de 2024, verificó que la difícil situación financiera que reportaban las EPS provenía, en parte, de la *insuficiencia de recursos para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud PBS*. En consecuencia, emitió el Auto 007 de 2025 en el que valoró el componente de suficiencia de la UPC, evidenció la importancia de revisar la UPC de 2024 y lograr su suficiencia, partiendo de la revisión del valor asignado a esta prima desde el 2021 y el supuesto de existir un rezago acumulado en su valor⁷⁴.

Sentencia T-760 de 2008, autos del 18 de mayo de 2010 de la Sala Especial de Seguimiento a la T-025 de 2004, 174 de 2011, 173 de 2012, 110 de 2020, 696 de 2022, 2224 de 2023 y 2365 de 2023.

⁷⁰ Auto 875 de 2024 que reiteró el Auto 969 de 2022 en el que se cita la Sentencia T-554 de 1992.

⁷¹ Sobre la adopción de medidas cautelares por parte de la Corte en sede de seguimiento, ver: Auto 875 de 2024 proferido en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, autos del 18 de mayo de 2010 de la Sala Especial de Seguimiento a la T-025 de 2004, 174 de 2011, 173 de 2012, 249 de 2013, 121 de 2018, 110 de 2020, 696 de 2022, 2224 de 2023 y 2365 de 2023.

⁷² Cfr. Auto 875 de 2024.

⁷³ Cfr. Auto 875 de 2024 que reiteró el Auto 696 de 2022.

⁷⁴ Cfr. f.js. 187, 130 del Auto 007 de 2025.

64. Cabe precisar que desde el Auto 411 de 2016 la Sala ha aludido a la falta de información técnica y confiable que permita demostrar la suficiencia de la UPC⁷⁵. Asunto sobre el que se pronunció el Auto 109 de 2021⁷⁶ y recientemente el Auto 007 de 2025, en el que se enfatizó que la UPC no había sido calculada con datos propios de sus EPS a falta de información para ello:

“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”⁷⁷. Por lo anterior se solicitó directamente a las IPS públicas datos sobre las prestaciones de servicios de salud del RS para establecer el valor.”

“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”

65. A lo anterior, deben sumarse las diferentes críticas realizadas a la cartera de salud sobre la falta de respaldo al afirmar que la metodología de cálculo empleada era la mejor⁷⁸. Además, la falta de publicidad de los estudios que afirmó haber realizado para concluir que la tasa de cambio del dólar y del euro se encuentran reconocidos en la variable de inflación⁷⁹ y en general la falta de información que no ha permitido asegurar cálculos confiables.

66. En el Auto 007 de 2025 se resaltó la importancia de la participación de representantes de variados sectores, pues “a pesar de las diferentes alertas que estos emitieron sobre la necesidad de ser escuchados”⁸⁰, el MSPS no implementó “mecanismos conducentes que permitieran la participación de los actores del sector salud en el proceso de definición de la UPC”⁸¹. En ese sentido, la Sala concluyó que la falta de estos mecanismos para involucrar a los actores del sector salud en mayor medida, se tradujo 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”⁸².

⁷⁵ “En virtud de lo expuesto, se concluye que el sistema de información implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social no cuenta con información sólida y confiable”.

⁷⁶ En el Auto 007 de 2025 se recordó que 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”.

⁷⁷ 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.”

⁷⁸ Ver f.j. 75 y punto 1 del anexo del Auto 007 de 2025, Gestarsalud.

⁷⁹ Ver punto 1 del anexo 1 del Auto 007 de 2025, antecedentes de Acemi.

⁸⁰ F.j. 193.

⁸¹ F.j. 193.

⁸² F.j. 194.

67. Entre otras cosas, la Sala evidenció problemas con la publicidad de la metodología empleada para el cálculo de la UPC de 2024, del proyecto de resolución y finalmente del acto administrativo que fijó el valor de la UPC de 2024, Resolución 2364 de 2023, con los cuales se vulneró la participación de los ciudadanos y las agremiaciones interesadas en la fijación del valor de la UPC, por lo que concluyó y ordenó:

“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.”

68. El MSPS para cumplir con el mandato contenido en el resolutivo 3.1. del Auto 007 de 2025, expidió la *Resolución 370 del 28 de febrero de 2025* y creó la mesa de trabajo ordenada, “con el alcance previsto en el considerando 22 del Auto 089 del 04 de febrero de 2025” proferido por la Sala Especial⁸³. En el acto administrativo, el Ministerio resaltó que es su competencia fijar el valor de esta prima, afirmación que reiteró en la instalación de la referida mesa el 20 de marzo de 2025⁸⁴, donde, además anunció que su finalidad “será revisar la UPC del 2024”⁸⁵, con lo que omitió mencionar de manera íntegra que el objetivo principal de este espacio es “*revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia*”⁸⁶, con la participación de todos los actores relevantes en el sector salud.

69. Esta misma disposición señaló que la mesa “tendrá un carácter participativo”⁸⁵, pero en realidad esto permite evidenciar, en principio, que la Resolución 370 de 2025 no atiende a los parámetros fijados en el Auto 007 de 2025 sobre la conformación de la mesa de trabajo orientada a lograr la suficiencia de la UPC.

70. En ese sentido, la intervención se justifica en la medida en que el desarrollo defectuoso de la mesa de trabajo encargada de revisar aspectos técnicos y financieros relacionados con la UPC podría derivar en decisiones precipitadas con efectos negativos e irremediables en la asignación de recursos y en la eficiencia del sistema. Se puede configurar un riesgo cierto e inminente que amerita la actuación preventiva del juez constitucional, en aras de preservar los principios de sostenibilidad, progresividad y eficiencia que rigen el derecho a la salud.

71. De lo anterior, se derivan dos preocupaciones para la Sala: (i) que la mesa de trabajo no cumpla con los objetivos principales planteados por la Corte, que implican analizar la UPC de 2024 para lograr su suficiencia y revisar el rezago existente y (ii) que la participación de los convocados no sea real y efectiva. Por un lado, porque no

⁸³ “22. En este sentido, la Sala pone de presente que la labor de seguimiento se circunscribe a determinar si el Ministerio ha acatado las órdenes impartidas en la Sentencia T-760 de 2008 sobre la suficiencia de la UPC, en el marco de las órdenes 21 y 22, pero no es su función establecer cuál es el valor suficiente para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud UPC. Esta labor compete al rector de la política pública en salud quien debe efectuar los estudios técnicos, además de la validación de la información reportada por las EPS, como lo ha reiterado la Sala en los distintos autos en que valora el seguimiento del componente de suficiencia”.

⁸⁴ Resolución 370 de 2025, Pagina. 3 y 5. Cfr. minuto 35:40, <https://www.youtube.com/live/-2zvOn7iVLU>

⁸⁵ Auto 007 de 2025.

⁸⁶ Ib.

se logre la representación de todos los sectores, y por otro, porque sus aportes no sean tenidos en cuenta.

Sobre el objetivo de la mesa de trabajo y las premisas desde las cuales debe partir el estudio de la UPC: insuficiencia y rezago

72. Previo a aludir a la importancia del objetivo que debe perseguir la mesa de trabajo cuya creación se ordenó en el Auto 007 de 2025, cabe señalar que la sostenibilidad financiera del SGSSS es un asunto de interés público que también compete a la Corte Constitucional. Por esta razón en el marco al seguimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia estructural se persigue, entre otras cosas, que el valor de la unidad de pago por capitación sea suficiente para cubrir la totalidad de los servicios y tecnologías en salud PBS UPC, pues, de lo contrario, no se garantizará la sostenibilidad financiera del sistema, lo que a su vez implica la trasgresión del goce real y efectivo del derecho a la salud, tal y como lo ha resaltado la Sala en diferentes ocasiones en el marco del seguimiento⁸⁷.

73. La Sala reitera que, al tenor de la jurisprudencia de este tribunal, la garantía de acceso efectivo a la salud depende de que los servicios estén correctamente financiados⁸⁸. Por esto es necesario asegurar la suficiencia de la UPC, por tratarse de una de las fuentes de financiación del PBS y, además, cubrir más del 97 % de los procedimientos y del total de Códigos Únicos de Medicamentos autorizados en el país⁸⁹, es decir, la mayor parte de las tecnologías cobijadas por el plan de beneficios en salud. Lo anterior implica que su insuficiencia genera barreras de acceso a los servicios de salud que se sufragan con esta prima y la imposibilidad de atender las necesidades de la población que se cubren por el PBS UPC⁹⁰.

74. Por lo expuesto, *la Sala considera necesario adoptar una medida cautelar en relación con el desarrollo de la mesa de trabajo*, ante el inminente riesgo que representa para la sostenibilidad financiera del sistema de salud no alcanzar la suficiencia de la UPC y para el goce efectivo del derecho a la salud, continuar con las sesiones de ese espacio de trabajo sin que el MSPS reconozca su verdadero objeto ni permita la participación de las autoridades, asociaciones y agremiaciones que pueden aportar insumos para cumplir con los objetivos fijados en la búsqueda de la protección del derecho fundamental a la salud.

75. En efecto, al revisar el acto administrativo que regula la mesa, la Corte observa reticencia por parte del Ministerio a aceptar la existencia de un rezago en el valor de la UPC, la cual fue advertida en el Auto 007 de 2025, y precisamente fue uno de los motivos que dio lugar a que se ordenara la creación de la mesa en cuestión. Así, la finalidad de la mesa como está actualmente contemplada en dicha normativa no corresponde a lo ordenado por la Sala en el Auto 007 de 2025⁹¹.

⁸⁷ Autos 2881 y 2882 de 2023. Auto 2049 de 2024. Auto 007 de 2025, entre otros.

⁸⁸ Auto 875 de 2024, f.j. 140.

⁸⁹ Cifras obtenidas a 2024. Cfr. Auto 875 de 2024. Ver Resolución 2366 de 2023.

⁹⁰ Auto 2881 de 2024.

⁹¹ Cfr. f.js. 187 y 130 del Auto 007 de 2025.

76. Este riesgo frente al incumplimiento de la orden se advierte, sobre todo, si se tiene en cuenta que el artículo 2.º de la Resolución 370 de 2025 delimita el propósito de la mesa en “recibir, analizar y socializar información, insumos y aportes de los participantes **sobre un eventual rezago** en el valor de la UPC de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, para efectos de que el [Minsalud] cuente con elementos de juicio suficientes para determinar técnicamente si hay lugar o no a efectuar el reajuste de la prima” (resaltado fuera del texto original). Sin embargo, se deja de lado la directriz que busca “revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia”⁹².

77. Esto implica partir de que la UPC es insuficiente, no solo porque el MSPS no ha demostrado lo contrario, como es su obligación, sino por varios factores, tal y como se estudió en el fundamento jurídico 4.2.3. del Auto 007 de 2025, que pone en evidencia la existencia de un rezago en su valor.

78. Así, permitir que las sesiones de la mesa de trabajo avancen en los términos planteados por el Ministerio, podría perpetuar la vulneración del derecho a la salud como ya ha venido ocurriendo y que se pretendió conjurar con las órdenes impartidas en el Auto 007 de 2025 que evidenciaron la inexistencia de una UPC suficiente.

79. Por lo tanto, en el marco de las funciones de seguimiento que le asisten, la Sala tiene la facultad y obligación de verificar que la implementación de la mesa de trabajo se ajuste como mínimo a las condiciones planteadas en el Auto 007 de 2025, de manera que derive en decisiones completas, sin sesgos, no reduzca la confianza de los asociados ni aumente el descontento de la ciudadanía, impacte negativamente en la calidad de la atención de los usuarios, el acceso a los servicios de salud y afecte la implementación de las decisiones que allí se tomen, entre otras cosas, por desconocer el verdadero objeto de la mesa, dirigido a alcanzar la suficiencia de la UPC 2024 partiendo del rezago existente en la UPC, lo que afecta su suficiencia para cubrir la totalidad de servicios y tecnologías PBS UPC.

80. En este punto, la Sala debe referirse a las afirmaciones que, en repetidas ocasiones y por diferentes medios, ha realizado el Ministerio de Salud en torno a que “el considerando 22 del Auto 089 de 2025 referente a que la competencia para fijar la unidad de pago por capitación recae exclusivamente en el [MSPS]”⁹³.

81. Sobre este asunto, es preciso recordar los conceptos que la jurisprudencia de esta Corporación ha adoptado sobre el *decisum*, *ratio decidendi*, y *obiter dicta*⁹⁴ como partes de una decisión emitida por la Corte. En ese sentido el *decisum* es la resolución concreta del caso que se contiene en la parte resolutive⁹⁵, tiene efectos *erga omnes* y fuerza vinculante para todos los operadores jurídicos”. Por su parte, la *ratio decidendi es aquella* “formulación general del principio, regla o razón general que constituyen la base necesaria de la decisión judicial específica, también tiene fuerza vinculante general”⁹⁶. Finalmente, los “*obiter dicta* o ‘dichos de paso’, no tienen poder

⁹² Numeral 3.1. de la parte resolutive del Auto 007 de 2025.

⁹³ Resolución 370 de 2025.

⁹⁴ Sentencia T-489 de 2013.

⁹⁵ Si bien es cierto la jurisprudencia se refiere a decisiones de constitucionalidad, se realiza la adaptación para autos de seguimiento.

⁹⁶ Ib.

vinculante, sino una ‘fuerza persuasiva’ que depende del prestigio y jerarquía del Tribunal, y constituyen criterio auxiliar de interpretación”.

82. Ahora, la Sala precisa que el Auto 089 de 2025 rechazó por improcedente las solicitudes de aclaración presentadas por el MSPS, lo que implica que los mandatos emitidos en el Auto 007 de 2025 se mantienen incólumes y deben ejecutarse conforme con lo allí decidido. Ahora, si bien la Sala afirmó que la labor de seguimiento se circunscribe a determinar si el Minsalud ha acatado las órdenes impartidas en la Sentencia T-760 de 2008 sobre la suficiencia de la UPC⁹⁷, no “es su función establecer cuál es el valor suficiente para cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud UPC”, pues aquella labor compete al rector de la política pública, ello no se constituye en más que “un dicho sea de paso” y bajo ningún presupuesto la *ratio decidendi* de la providencia.

83. En ese sentido, las afirmaciones realizadas por el MSPS se alejan de la realidad en torno al contenido y efectos del Auto 089 de 2025. Este asunto debe ser abordado, pues en reiteradas ocasiones –incluso durante la instalación de la mesa⁹⁸- el Ministerio ha afirmado que el Auto 089 de 2025 aclaró el Auto 007 de 2025 cuando en realidad ello no ocurrió, pues aquella decisión resolvió “[r]echazar por improcedente la solicitud de aclaración presentada por el director jurídico (E) del Ministerio de Salud y Protección Social en contra del Auto 007 de 2025 por las razones expuestas en esta providencia” (Resaltado del texto original). En atención a ello, las afirmaciones del Ministerio sobre la presunta aclaración del Auto 007 de 2025, se apoyan en argumentos que no constituyen la *ratio decidendi* de la decisión sino en afirmaciones alejadas de esta y que tan solo pueden calificarse como *obiter dicta*.

84. Así, la Sala encuentra que (i) el objetivo que busca la orden del numeral 3.1. del Auto 007 de 2025 dista de aquel contenido en la Resolución 370 de 2025, (ii) el Minsalud confunde la *obiter* de la decisión con la *ratio* y el *decisum* y (iii) la manera en la que se busca ejecutar la mesa de trabajo podría mantener la afectación evidenciada por la Sala Especial en torno a la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Sobre la participación y la incidencia de esta en la mesa de trabajo

85. Cabe recordar que el Auto 007 de 2025 ordenó al Ministerio de Salud, crear “una mesa de trabajo [...]”, con la participación del “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 [...] de pacientes

⁹⁷ En el marco de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008.

⁹⁸ Escrito recibido el 28 de febrero de 2025, comunicado de prensa del 17 de febrero de los corrientes y la solicitud de nulidad del Auto 007 de 2025 presentada el 18 de febrero de 2025, entre otros. El comunicado de prensa puede ser consultado en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/minsalud-celebra-las-aclaraciones-realizadas-por-la-Corte-Constitucional.aspx>

y el sector académico”⁹⁹. Mediante la Resolución 370 de 2025¹⁰⁰ se estableció que la mesa de trabajo será un espacio participativo y de contrastación, con el objeto de “recibir, analizar y socializar información, insumos y aportes de los participantes”¹⁰¹, con asistencia de las entidades promotoras de salud e instituciones prestadores de salud y sus agremiaciones, agremiaciones de pacientes y el sector académico, entre otros.

86. Sin embargo, la Sala encontró que (i) la representatividad de todos los sectores podría verse afectada y (ii) la incidencia que deberían tener los aportes de los convocados en los resultados finales de la mesa. Frente a lo primero, porque varios actores del sector salud manifestaron no haber obtenido respuesta por el MSPS a sus solicitudes de participación, o no tener representación o no haber sido citados, a pesar de considerar que ello debió tener lugar. Sobre lo segundo, porque no hay garantías de que los aportes de los convocados serán considerados en los términos de lo que significa una verdadera participación, al punto de tener una incidencia real en el ajuste de la UPC 2024 para alcanzar su suficiencia.

87. Por su parte, la PGN planteó serias críticas a la Resolución 370 de 2025 que permiten evidenciar falencias en el desarrollo de la mesa de trabajo. Señaló que el acto administrativo expedido por el MSPS limita el alcance de las órdenes de la Corte, al restringir la participación y las intervenciones de los asistentes en las mesas de trabajo, al establecer condiciones sobre información, soportes y procesos de validación, así como la toma de decisiones sin ningún tipo de consenso, lo que va en contra de las directrices establecidas por la Corte.

88. De igual manera, se observaron quejas presentadas por algunos grupos del sector salud como Acemi, la ANDI y Asocajas, la ACSC (Asociación Colombiana de Sociedad Científicas)¹⁰², Fecoer (Federación Colombiana de Enfermedades Raras)¹⁰³ en relación con la participación en dicho espacio de trabajo y la verdadera incidencia que tendrán los aportes e intervenciones de los convocados, cuando el MSPS parece resaltar que será él quien fije el valor de la prima¹⁰⁴.

89. *Representatividad de los sectores:* la PGN aludió a que el MSPS restringía unilateralmente la participación. La entidad afirmó que con la Resolución 370 de 2025, el Minsalud “pretende limitar el alcance de las órdenes de la Corte, resultando evidente el interés subyacente [...] en esquivar el cumplimiento de las órdenes impartidas por la Sala Especial de Seguimiento en el Auto 007 del 23 de enero de 2025”¹⁰⁵.

⁹⁹ Numerales 3.1. extraídos textualmente del Auto 007 de 2025.

¹⁰⁰ “Por la cual se crea la mesa de trabajo en cumplimiento del Auto 007 del 23 de enero de 2025 con el alcance previsto en el considerando 22 del Auto 089 del 04 de febrero de 2025 proferidos por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional”.

¹⁰¹ Artículo 2 de la Resolución 370 de 2025.

¹⁰² Ver comunicado del 14 de marzo de 2025. <https://sociedadescientificas.com/comunicado-a-la-opinion-publica-8/>

¹⁰³ <https://x.com/Fecoer/status/1902868607903862952>

¹⁰⁴ Ver intervención del 23 de marzo de 2025 del vocero de Pacientes Colombia en Blue Radio. <https://www.youtube.com/watch?v=k2dNmO0gEhs> noticia consultada el 24 de marzo de 2025.

¹⁰⁵ Documento del 13 de marzo de 2025. Página 8.

90. En particular, sostuvo que la mesa de trabajo es un espacio de diálogo para exponer preocupaciones y puntos de vista respecto de la suficiencia de la UPC de 2024 y no se trata de un escenario en donde tales planteamientos “*tal vez sean ‘considerados’ por el Ministerio*” (énfasis original). Igualmente, expuso que la cartera de salud restringe tanto las fuentes de información como los procesos de validación a aquellos previamente definidos y ejecutados por la propia entidad, o a los que esta decida incorporar, lo cual, en criterio de la PGN, limita la posibilidad de desarrollar un ejercicio autónomo y enriquecido con insumos alternativos o metodologías propuestas por los integrantes de la mesa.

91. Para el Ministerio Público, el Minsalud se abroga una facultad de establecer unilateralmente el orden del día de cada sesión de trabajo, lo cual ignora el carácter participativo de la mesa de trabajo. Además, discrecionalmente asigna la posibilidad para crear comités técnicos o grupos focales, sin establecer alguna concertación con los demás participantes en la mesa de trabajo. En suma, determinó que el Minsalud desafía las órdenes impartidas por la Corte en el Auto 007 del 23 de enero de 2025.

92. En este punto, la Sala resalta la importancia de remitir con debida anticipación el orden del día, para de este modo, garantizar su eficacia y productividad. Al publicitar a los participantes los temas a tratar de forma concreta y oportuna, se les permite prepararse adecuadamente, lo que facilita discusiones más enfocadas y decisiones informadas. Además, un orden del día bien estructurado favorece que la reunión esté centrada en los objetivos establecidos, evitando desviaciones y asegurando que se aborden todos los puntos relevantes dentro del tiempo asignado. Esta práctica no solo optimiza el uso del tiempo de todos los asistentes, sino que también promueve una comunicación más clara y una colaboración más efectiva durante la reunión.

93. Esto, además de las manifestaciones de preocupación de exministros y viceministros de salud respecto de la convocatoria por no cumplir con los criterios de representatividad establecidos por la Corte, quienes alertaron sobre las posibles consecuencias negativas para la sostenibilidad del sistema de salud y la calidad de la atención a los pacientes¹⁰⁶. En concreto, la Sala pudo observar que el grupo interdisciplinario de exministros y exviceministros de salud y protección social sostuvieron que “*la operación del sistema general de salud ha degenerado en su **desfinanciación estructural**, intervenciones inoperantes a ocho EPS, incremento excesivo en la PQRS y en las tutelas, y cierre de múltiples servicios clínicos y médicos en el país. **No se acatan los Autos ordenados por la Corte Constitucional**. Existe un liderazgo errado a la cabeza del sector. La salud y la vida de los colombianos está en riesgo*”¹⁰⁷ (énfasis propio). Para la sala es evidente la inquietud por el financiamiento del sistema de salud, lo que exige especial atención en la mesa correspondiente, toda vez que la suficiencia de la UPC es el tema principal para debatir.

¹⁰⁶ <https://consultorsalud.com/exministros-advierten-impactos-negativos-sist/> Consulta efectuada el 28 de marzo de 2025. Carta del 19 de marzo de 2025 suscrita por: exministros de salud Jaime Arias Ramírez, Augusto Galán Sarmiento, Gabriel Riveros Dueñas, Alejandro Gaviria, Beatriz Londoño Soto, Fernando Ruíz Gómez, Mauricio Santamaría y los Exviceministros Eduardo Alvarado Santander, Carlos Castro Espinosa, Blanca Elvira Cajigas Castro, María Andrea Godoy Casadiego, Juan Gonzalo López Casas, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Carlos Jorge Rodríguez Restrepo, Diana Cárdenas Gamboa e Iván Darío González Ortiz.

¹⁰⁷ Ib.

94. De otro lado, la Corte conoció que Afidro, la ANDI, Asocajas, la ACSC (Asociación Colombiana de Sociedad Científicas) y la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá buscaron su intervención en la mesa y algunas de estas entidades no recibieron respuesta por parte del Ministerio de Salud, lo que, podría afectar sus derechos.

95. Por su parte, la ANDI solicitó ante el MSPS¹⁰⁸ participar en la mesa de trabajo, bajo el argumento de que su experiencia técnica y representación integral del sector salud son esenciales para contribuir a la correcta asignación de la UPC y al cumplimiento efectivo de las órdenes de la Corte. No obstante, expuso que no fue convocada a través de ninguna de sus cinco cámaras, (i) aseguramiento en salud, (ii) instituciones para el cuidado de la salud, (iii) industria farmacéutica, (iv) dispositivos médicos e insumos para la salud y (v) gases industriales y medicinales.

96. De igual manera, Afidro¹⁰⁹, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá¹¹⁰, Asocajas¹¹¹ y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas¹¹² manifestaron que tenían un especial interés por las decisiones que se adopten en la mesa de trabajo. Sin embargo, expresaron su inconformidad al considerar que su participación y representatividad en dicho espacio fue limitada. La Sala constató que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá rechazó que fuera excluida de la mesa de trabajo ordenada por esta Corporación¹¹³. La entidad advirtió que solicitó formalmente su inclusión, en virtud de la Resolución 370 de 2025 y que alertó sobre las consecuencias de la insuficiencia de la UPC en la prestación de servicios de salud, por lo que consideró que los distritos y municipios desarrollan un papel fundamental en la garantía del acceso a la salud y la planeación del aseguramiento. Reiteró su disposición para construir y aportar soluciones para la sostenibilidad del sistema¹¹⁴.

97. Ahora, Asocajas manifestó que envió múltiples comunicaciones al Minsalud para que la incluyera en la mesa de trabajo. Aun así, y pese a la remisión oportuna de las comunicaciones conforme con lo establecido en la Resolución 370 de 2025, no fue convocada a la primera sesión celebrada. En consecuencia, aseveró que no se garantizó la participación de los programas de EPS e IPS de las Cajas de Compensación Familiar que hacen parte de Asocajas, las cuales ascienden al menos a doce entidades¹¹⁵.

¹⁰⁸ <https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17821-la-andi-reitera-su-solicitud-de-partici>

¹⁰⁹ Mediante documento remitido a la Corte el 8 de abril de 2025.

¹¹⁰ <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/bogota-insiste-en-participacion-en-mesa-unidad-de-pago-por-capitacion;>
https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=2452;

¹¹¹ <https://www.asocajas.org.co/asocajas-insiste-en-ser-incluida-en-las-mesas-de-trabajo-de-la-upc-ordenadas-por-la-corte-constitucional/> Consulta efectuada el 11 de abril de 2025.

¹¹² Comunicado a la opinión pública del 19 de marzo de 2025. <https://sociedadescientificas.com/comunicado-a-la-opinion-publica-8/>.

¹¹³ La representación fue por parte de Juan Guillermo Correa en calidad de secretario de salud encargado. Cuenta oficial en la red social “X” <https://x.com/sectorsalud/status/1902826800801255522?s=48>

¹¹⁴ Lo anterior, resulta problemático en torno a la representación de la población afiliada al sistema de salud, pues el distrito de Bogotá es el ente territorial municipal o distrital con mayor número de población afiliada (7.980.429). Auto 778 de 2024. Esto implica que existe una alta concentración de usuarios del sistema en este territorio, lo cual evidencia la necesidad de hacerlo participe de dicha mesa de trabajo y conocer su punto de vista en torno al trabajo que allí se lleva a cabo.

¹¹⁵ Documento de fecha de 20 de marzo de 2025. Asocajas indicó que sus afiliadas eran: la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, las Cajas de Compensación Familiar Cafam, Compensar, Valle del Cauca Comfandi Cali, Antioquia Comfama, Valle del Cauca Comfenalco Valle, Confamiliares, Risaralda, Boyacá Comfaboy, Oriente Colombiano Comfaorient, Chocó Comfachocó y la Caja Santandereana de Subsidio Familiar Cajasan.

98. A su vez, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas expresó que no fue convocada, pese a haber solicitado al ente ministerial ser partícipes de la mesa de trabajo¹¹⁶. Planteó que, al ser el talento humano en salud un eje en la prestación de los servicios y en la relación prestador paciente, resulta necesaria su representación en la discusión de suficiencia de la UPC del 2024.

99. Hasta este punto, la Sala advierte que además de la Procuraduría General de la Nación, algunas agremiaciones presentaron quejas respecto de la convocatoria y la integración de la mesa. Sin embargo, no solo las agremiaciones ausentes en la sesión del 20 de marzo de 2025 se pronunciaron de forma negativa en torno a lo ocurrido, sino también algunas que sí hicieron parte de la misma. Verbigracia, Fedecor que participó en dicho escenario, puso de presente su inconformidad frente a la no participación de los diferentes gremios, incluida las sociedades científicas¹¹⁷.

100. Dentro de los documentos allegados a la Sala el 7 de abril por parte del MSPS, se encuentran dos oficios¹¹⁸ a través de los cuales la cartera responde de forma negativa la solicitud de participación de la ANDI y Asocajas. En ellas, se enlistan los artículos 3.º a 8.º de la Resolución 370 de 2025 y se les comunica que las entidades no reúnen los criterios establecidos en el mencionado acto administrativo para integrar los grupos y sectores participantes. Sin más explicaciones.

101. De lo anterior, se observa que, si bien el MSPS resolvió las solicitudes de participación, ello no constituye una respuesta clara, de fondo, individualizada y precisa de los motivos por los cuales excluye su colaboración o intervención en las mesas de trabajo. En ese sentido, ha sido reiterada y pacífica la posición de la Corte frente a esta temática donde se establece que en atención a lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, las respuestas deben ser oportunas y tener un contenido cualificado (a) *clara*: que explique de manera comprensible el sentido y contenido de la respuesta, (b) *de fondo*: que se pronuncie de manera completa y detallada sobre todos los asuntos indicados en la petición, excluyendo referencias evasivas o que no guardan relación con el tema planteado, (c) *suficiente*: porque debe resolver materialmente la petición y satisfacer los requerimientos del solicitante, (d) *efectiva*, si soluciona el caso que se plantea y (e) *congruente*: si existe coherencia entre lo respondido y lo pedido, sin que ello implique una la respuesta favorable a lo solicitado, por lo que hay contestación incluso si la respuesta es en sentido negativo y se explican los motivos que conducen a ello¹¹⁹.

102. El punto entonces no es solo que el Minsalud no haya convocado a algunas entidades que estimaron necesaria su asistencia y que podrían aportar en la discusión para alcanzar la suficiencia de la UPC, sino la importancia que responda conforme a los parámetros jurisprudenciales y legales las solicitudes elevadas por los actores del sistema, con base en argumentos objetivos, razonables y no arbitrarios o caprichosos.

¹¹⁶ Comunicado a la opinión pública del 19 de marzo de 2025. <https://sociedadescientificas.com/comunicado-a-la-opinion-publica-8/>.

¹¹⁷ Video publicado en red X, manifestación en minuto 01:10, <https://x.com/fecoer/status/1902868607903862952?s=46>

¹¹⁸ Asocajas Oficio n.º. 202530000163611 y ANDI Oficio n.º 202530000163621.

¹¹⁹ Sentencias T-667 de 2011, SU-587 de 2016, T-483 de 2017 y T-223 de 2021 y T-051 de 2023.

103. Un ejemplo de lo anterior es que el MSPS aceptó a ASCIF (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) una vez solicitó su participación, pero se desconocen las razones a partir de las cuales admitió su inclusión.

104. Así, para garantizar la participación de los diferentes sectores, partiendo de que algunas entidades lo solicitaron al MSPS¹²⁰ y a la Corte¹²¹, de acuerdo con la relevancia de los aportes que puedan realizar al proceso de determinación de la suficiencia de la UPC, el ente ministerial deberá considerar la solicitud de participación en la mesa de trabajo, sin que las entidades referidas en el Auto 007 de 2025 constituyan una lista taxativa y cerrada. Adicionalmente, responder de forma clara, de fondo, suficiente, efectiva y congruente las peticiones que le sean allegadas.

105. Adicionalmente, la Sala recuerda que el resolutivo 3.1. del Auto 007 de 2025 estableció que debían participar “las EPS e IPS y las agremiaciones de estas, las agremiaciones de pacientes y el sector académico”, lo que a todas luces no ocurrió dentro del asunto analizado. Actuación que no solo introduce un trato desigual injustificado, sino que limita la participación de actores involucrados en el sistema. Esto contradice la exigencia de implementar un mecanismo abierto, técnico y participativo para la revisión de la UPC del año 2024.

106. Ahora, la Corte advierte que, si bien el Minsalud cumplió formalmente con la creación de la mesa de trabajo a través de la expedición de la Resolución 370 de 2025, no es claro el cumplimiento material¹²². Ello por cuanto no hay evidencia de que se cuente con una representatividad integral de los grupos con interés respecto del tema que se trata y se desconocen las razones por las que, diferentes asociaciones y entidades del sector salud, cuya representatividad resulta significativa, y en otros casos, relevante, con ocasión de su rol en el marco del seguimiento de la sentencia estructural, quedaran por fuera de este espacio de diálogo y concertación. Situación que no ha sido explicada por el Minsalud a esta Corporación.

107. La Sala llama la atención del Ministerio para que garantice la participación en la mesa mediante parámetros o criterios objetivos, pero no de manera discrecional, como se establece en el parágrafo 2 del artículo 3.º del acto administrativo, donde habilita la posibilidad de que a las sesiones asistan “a iniciativa de la presidencia de la mesa de trabajo, otros sectores, entidades o personas que puedan realizar aportes a la discusión”. Lo anterior, ya que, como mínimo, en la mesa de trabajo se debe asegurar la participación de los actores y sujetos señalados por la Corte en el Auto 007 de 2025¹²³.

¹²⁰ ANDI y Asocajas.

¹²¹ ANDI, Afidro y Asocajas.

¹²² Como se dijo con anterioridad, la medida será valorada de forma posterior, conforme con la metodología establecida en el Auto 411 de 2015. Además, la Corte recuerda que, “los ciudadanos y la propia Corte lo que esperan de las autoridades *ya obligadas* por una decisión judicial anterior, es que encaminen todas sus energías en cumplir lo que se les ha ordenado, y no en dilatar su cumplimiento o persistir en la desatención evidenciada, frente a los derechos fundamentales”. Auto 088 de 2025.

¹²³ 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.

108. Cabe recordar que el MSPS remitió información a la Corte en la que dio cuenta del total de entidades vinculadas a la mesa de trabajo, de la cual se evidencia una participación diversa en cuanto a sectores representados. En concreto, se identifican al menos ocho entidades estatales, entre ellas ministerios, órganos de control y entidades técnicas del sector salud¹²⁴ y siete asociaciones de IPS u hospitales¹²⁵. Asimismo, se vincularon cinco organizaciones del ámbito académico, así como cuatro agremiaciones del sector asegurador EPS¹²⁶.

109. Por su parte, solo dos asociaciones de pacientes estuvieron presentes¹²⁷. Finalmente, se incluyeron siete organizaciones que se pueden clasificar como expertos u otros actores relevantes, tales como observatorios y asociaciones médicas¹²⁸. Esta distribución permite evidenciar, en principio, una participación desigual entre sectores, lo que podría incidir en la calidad y equilibrio de las discusiones técnicas dentro del proceso y, particularmente, la revisión de la UPC de 2024.

110. Hasta este punto, la Sala concluye que el MSPS, en el desarrollo de la mesa de trabajo dejó por fuera de esta, a actores relevantes del sector salud, entre ellos entidades como la Secretaría de Salud de Bogotá, la ANDI, la Asociación de Pacientes de Alto Costo, Asocajas y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas que han demostrado una trayectoria técnica y resultados concretos en temas relacionados con la UPC y, por ende, sobre el financiamiento del sistema.

111. Esta exclusión resulta preocupante, pues limita la pluralidad de perspectivas en la toma de decisiones y debilita la construcción de una política pública basada en un *universo amplio* de datos. La omisión de estos intervinientes podría repercutir negativamente en la calidad de los resultados, en un contexto que exige una mirada integral y efectivamente participativa para afrontar las deficiencias en los recursos del SGSSS planteados por la Sala Especial.

112. Lo anterior, desconoce el numeral 3.1. del Auto 007 de 2025 en relación con la participación de “las EPS e IPS y las agremiaciones de estas, las agremiaciones de pacientes y el sector académico”. Esto, por la forma en que se ejecutó el artículo 3.º del acto administrativo, el cual no refleja con claridad que todos los sectores se encuentren representados, pero principalmente, no garantiza que los actores elegidos expresen verdaderamente los intereses de sus asociados.

¹²⁴ El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, la Procuraduría Delegada con Funciones Mixtas 15, la Fiscalía General de la Nación, la Adres, la Contraloría General de la República, el Departamento Nacional de Planeación y la Superintendencia Nacional de Salud.

¹²⁵ ACESI, ACHC, la Asociación Unión de IPS de Colombia, la Asociación de Empresas Sociales del Estado del Nororiente Colombiano, IPSI ESE Salud Yaguará, la Asociación de Hospitales de Caldas y la Fundación Cardiovascular de Colombia.

¹²⁶ Por un lado, la ASCUN, la Confluencia de Universidades Públicas en Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, las Asociaciones de Facultades del Área de la Salud en distintas regiones, y la Asociación Colombiana de Salud Pública junto con la Mesa Técnica de Alianza Académica y por otro lado, Gestarsalud, ACEMI, Mallamas EPSI y ANAS Wayuu.

¹²⁷ Pacientes Colombia (en representación de cinco regiones) y la Federación Colombiana de Enfermedades Raras.

¹²⁸ El Observatorio Interinstitucional de Enfermedades, el Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, los Centros Expertos en Programas Especiales, la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Guajira, la Federación Médica Colombiana, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y Óscar Rodríguez.

113. Además de lo mencionado, el MSPS desconoce la Sentencia C-313 de 2014 que señaló que la participación contenida en el artículo 12 de la Ley Estatutaria en Salud debe entenderse en consonancia con la Carta Política, esto implica también participar, “además, respecto de **las decisiones que se adoptarán** por los agentes del sistema de salud”, es decir, asegurar una participación efectiva, continua, activa y, participar en la formulación de la política de salud y en los planes para su implementación, fijar prioridades, evaluar resultados, participar en las decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud. Sin embargo, lo ocurrido dentro del presente no asunto no evidencia la materialidad de estos postulados, pues la participación parece haberse “asegurado” para una pequeña población del sector salud, cuando la orden es clara y amplia en torno a este aspecto.

114. De otro lado, la resolución no aludió a la forma y tiempos en cómo podrán ser reprogramadas las sesiones que sean canceladas por falta de *quórum*, pues el artículo 9.4. del acto administrativo estableció que “la inasistencia del 30% de los participantes dará lugar a la reprogramación de la sesión”, y al no explicar de qué manera, podría vulnerarse el derecho de los convocados a participar, si no se comunica la fecha y hora de la siguiente sesión con suficiente antelación. Sobre esto es importante resaltar la necesidad de que las citaciones en general tengan en cuenta unos horarios adecuados de reunión que permitan la participación de todos y el uso efectivo del tiempo asignado para cada sesión. Así mismo, en un espacio accesible para todos.

115. Respecto de esto último, es importante que el MSPS establezca una ubicación accesible para las reuniones de ser presenciales o en su defecto, de ser virtuales, garantice que la plataforma sea de fácil acceso y funcione correctamente, y entregue el soporte técnico que se requiera para que los convocados puedan concertarse sin inconvenientes.

116. Ahora, en atención a que el parágrafo 2.º del artículo 3.º de la resolución estableció que “a las sesiones podrán asistir, a iniciativa de la presidencia de la mesa de trabajo, otros sectores, entidades o personas que puedan realizar aportes a la discusión [...]”, no es claro si los invitados discrecionalmente por el presidente de la mesa formarán parte del *quórum* requerido para fijar la asistencia mínima de la sesión y establecer si debe reprogramarse, o por el contrario, este porcentaje se exigirá únicamente en relación con los convocados permanentes en la mesa.

117. Lo descrito podría afectar la participación en la mesa, si el número de invitados es tenido en cuenta para conformar el *quórum* requerido para cada sesión, y esta se surte en ausencia de gran parte de los convocados. Se hace necesario entonces, que las reglas en relación con este punto se fijen con antelación al desarrollo de las demás sesiones de la mesa de trabajo. Incluso, aunque se desconoce si este espacio puede dar lugar al ejercicio del voto, las decisiones adoptadas podrían verse afectadas si un gran número de invitados son facultados para votar y superen a los convocados.

118. Adicionalmente, tal y como lo planteó la PGN, no se han dado a conocer los criterios conforme con los cuales el MSPS determinará cuándo un soporte es confiable, ni aquellos para establecer que los formatos y medios requeridos para

aportar la información y que sea tenida en cuenta en la mesa de trabajo, no vulneren el derecho a la participación de los convocados, o se conviertan en un obstáculo para ello. Situación que también deberá ser aclarada por la cartera de salud y concertada con los asistentes.

119. En la Resolución 370 de 2025 (art. 11.4.), se consignó que la secretaría técnica elaborará las actas de cada sesión, “las cuales serán suscritas por la presidencia de la mesa, en las que consten, como mínimo los asistentes a la sesión, compromisos, intervenciones, participaciones, aportes y demás aspectos relevantes en el funcionamiento y desarrollo de la mesa de trabajo”, no obstante, no estableció con claridad si estas podrán ser impugnadas y el término para ello. Esto vulneraría su derecho a la participación, al no permitirle cuestionar lo que considere irregular, lo que limitaría la capacidad de incidir en el funcionamiento de la mesa de trabajo. Pronunciarse sobre las actas comporta un mecanismo de control y supervisión.

120. En el artículo 12 de la misma norma, se consignó que la “presidencia de la mesa adoptará todas las medidas correctivas necesarias para preservar el orden y correcto desarrollo de esta, pudiendo excluir de ella, a quien con su comportamiento altere su curso normal”. Sobre esto, cabe anotar, *so pena* de vulnerar el derecho a la participación de los convocados, la importancia de que la presidencia actúe en el marco de parámetros razonables y proporcionales, por lo que es importante que el ejercicio de esta facultad no sea parcial, lo que requiere de normas claras de comportamiento que deben ser adoptadas en el desarrollo de la mesa y, además, asegurar que no se implemente de forma arbitraria por la presidencia de la mesa.

121. Lo anterior cobra relevancia para garantizar la transparencia y correcta documentación de lo discutido y decidido durante las sesiones de la mesa de trabajo. De lo contrario, podrían vulnerarse los derechos a la participación, defensa, información y el principio de transparencia.

122. *Incidencia de los aportes de los convocados a la mesa.* Cabe mencionar que, en su pronunciamiento, exministros y exviceministros¹²⁹, advirtieron que, si no existe voluntad de realizar un análisis técnico riguroso y transparente para calcular la UPC, será incierto cómo se garantizará que los recursos que se asignen sean suficientes para atender las necesidades de la población y cumplir con los mandatos constitucionales¹³⁰. Asimismo, rechazaron algunas afirmaciones del Gobierno que, en su parecer, reflejan la insuficiencia de argumentos técnicos y democráticos, que desvían el debate de la rigurosidad que debe caracterizar la discusión sobre la materialización del derecho a la salud en el país.

¹²⁹ De fecha 19 de marzo de 2025 suscrita por: Exministros de salud Jaime Arias Ramírez, Augusto Galán Sarmiento, Gabriel Riveros Dueñas, Alejandro Gaviria, Beatriz Londoño Soto, Fernando Ruíz Gómez, Mauricio Santamaría y los Exviceministros Eduardo Alvarado Santander, Carlos Castro Espinosa, Blanca Elvira Cajigas Castro, María Andrea Godoy Casadiego, Juan Gonzalo López Casas, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Carlos Jorge Rodríguez Restrepo, Diana Cárdenas Gamboa e Iván Darío González Ortiz.

¹³⁰ De fecha 19 de marzo de 2025 suscrita por: Exministros de salud Jaime Arias Ramírez, Augusto Galán Sarmiento, Gabriel Riveros Dueñas, Alejandro Gaviria, Beatriz Londoño Soto, Fernando Ruíz Gómez, Mauricio Santamaría y los Exviceministros Eduardo Alvarado Santander, Carlos Castro Espinosa, Blanca Elvira Cajigas Castro, María Andrea Godoy Casadiego, Juan Gonzalo López Casas, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Carlos Jorge Rodríguez Restrepo, Diana Cárdenas Gamboa e Iván Darío González Ortiz.

123. En línea con lo anterior, el vocero de Pacientes Colombia resaltó algunas manifestaciones del ministro de Salud y Protección Social, en la instalación de la mesa de trabajo del 20 de marzo de 2025¹³¹. Particularmente, que, según el rector de esa cartera, “él va a cumplir con la citación a la mesa (de hecho, lo hizo parcialmente) pero que las últimas decisiones las toma el Gobierno Nacional”¹³². En efecto, no solo en la referida sesión el ministro señaló ser el encargado de fijar la UPC, sino que en la Resolución 370 de 2025 y en el informe remitido a la Corte el 25 de marzo enfatizó en el carácter participativo de la mesa y su facultad exclusiva para fijar el valor de la UPC. Lo anterior, preocupa a la Sala porque no brinda claridad sobre la forma en la que se manejarán los asuntos al interior de la mesa, lo que podría, a primera vista, afectar la transparencia y la finalidad fijada por esta Corporación.

124. Sobre lo anterior, la Sala puntualiza que, si bien esta reconoce la competencia de la fijación de la UPC en cabeza del MSPS, no puede dejarse de lado 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”¹³³. Significa esto que, la participación no puede ser meramente formal, y por ello se ordenó la creación de la mesa de trabajo, para permitir una participación real y efectiva, en la que las preocupaciones, opiniones, aportes y estudios allegados por los convocados se tengan en cuenta y sean realmente considerados y evaluados o en su defecto, se desestimen justificadamente.

125. En consecuencia, las manifestaciones de la cartera de salud pueden evidenciar una intención de cumplir formalmente con la creación de la mesa en virtud de los mandatos de la Corte, lo que dista de garantizar la participación efectiva ordenada por la Corte y a cargo del MSPS, deber que resulta esencial sobre todo si se tiene en cuenta a todos los que deberían integrarla y su representatividad en el sistema de salud, pues también se observan limitaciones en el diálogo que esta Corporación busca previo al reajuste de la UPC de 2024.

126. Lo anterior debe ser verificado, aun cuando el MSPS informó a la Sala la metodología que implementará en las mesas de trabajo. Pues si bien es cierto allí se afirma que se realizarán foros de conocimiento en los que se escuchará a los participantes a través de los portavoces que se elijan en los grupos, quienes además controlarán el tiempo de intervención, ello no implica, *per se*, que los planteamientos

¹³¹ Intervención del 23 de marzo de 2025 del vocero de Pacientes Colombia en Blue Radio, quien aludió al panorama de “drama, dolor, muerte y pérdida” de los pacientes y usuarios del sistema de salud. Resaltó que anteriormente se tenía problemas de “escasez o no entrega de medicamentos de manera regular y teníamos una UPC que tenía serios problemas” y unas EPS intervenidas. Indicó que hoy “tenemos una crisis financiera enorme inducida por el Gobierno Nacional, tenemos EPS intervenidas con el fin de generar y aumentar la crisis explícita de la que tanto nos habló la precandidata hoy Carolina Corcho, y tenemos un drama humanitario de cientos de miles de pacientes [...]”. Se refirió a la afirmación del ministro de Salud y Protección Social, según la cual reconoce que “existía una crisis pero que mañana será peor si no se aprueba la reforma”. Cfr. <https://www.youtube.com/watch?v=k2dNmO0gEhs>. Esta noticia fue consultada el 24 de marzo de 2025.

La Sala advierte que la manifestación realizada por la cartera de salud fue en la instalación de la mesa el 20 de marzo de esta anualidad. Cfr. <https://www.youtube.com/live/-2zvOn7iVLU> (minuto 13:42).

¹³² Ver minuto 5: <https://www.youtube.com/watch?v=k2dNmO0gEhs>. Consulta efectuada el 24 de marzo de 2025.

¹³³ Eslava, Adolfo & otros (2014). El Concepto de Política Pública. Cuervo, Jorge Iván (Ed.) Ensayos Sobre políticas públicas II. Universidad Externado de Colombia.

de los asistentes vayan a ser tenidos en cuenta, máxime cuando el ente ministerial indica que “la competencia para elaborar los estudios técnicos, validar la información reportada por parte de las EPS y definir la Unidad de Pago por Capitación, radica exclusivamente en el Ministerio de Salud y Protección Social”¹³⁴.

127. Situación que se evidencia con mayor claridad al analizar el documento remitido por el MSPS el 25 de marzo de los corrientes. Allí se plantea la metodología y en ella, los tiempos de participación en los diferentes momentos en que se desarrollará la mesa, serán de un minuto, tres, de tres a seis minutos y hasta diez. Sobre esto, la Sala debe puntualizar que, el derecho a la participación implica, necesariamente, que los individuos tengan la capacidad de influir efectivamente en las decisiones que les afectan¹³⁵.

128. Por esto, limitar las intervenciones de los convocados a la mesa de trabajo, a unos pocos minutos vulnera este derecho, ya que, en principio, no proporciona el tiempo necesario para exponer argumentos, presentar evidencias o debatir adecuadamente. Se debe tener en cuenta que una posible participación tan restringida puede convertir a la mesa en un escenario meramente simbólico, sin impacto real y material en el proceso decisonal, lo que contraviene el espíritu del Estado Social de Derecho. En consecuencia, es esencial que los mecanismos de participación garanticen espacios y tiempos adecuados para que las voces de los ciudadanos sean escuchadas y consideradas de manera significativa.

129. En todo caso, corresponde a Minsalud demostrar que dicho tiempo se torna suficiente para permitir una intervención efectiva y representativa. Para la Sala, deben considerarse parámetros como la complejidad del tema tratado, la claridad en la información suministrada, la diversidad de actores involucrados, un sistema equitativo de intervención, entre otros. Se advierte que no se trata de establecer periodos ilimitados, sino de asegurar que los espacios habilitados permitan una expresión real y sustantiva de las ideas, preocupaciones y propuestas de todos los actores involucrados.

130. También es importante que se asegure que el idioma y el lenguaje en que se desarrollen las sesiones sea incluyente y de fácil entendimiento, a pesar de su tecnicidad, para que todos los convocados puedan discernir y participar de manera adecuada en el desarrollo de las sesiones. En caso de existir participantes con discapacidad o que hable otro idioma, se deben proporcionar los apoyos necesarios (intérpretes, documentos en braille, etc.).

131. Adicionalmente, para garantizar que los aportes y opiniones de los convocados efectivamente sean tenidos en cuenta, analizados y considerados para concertar las decisiones finales que se adopten en la mesa en cuanto al reajuste de la UPC de 2024, se hace necesario un mecanismo de seguimiento de acuerdos que garantice el cumplimiento de lo acordado en la mesa y que en efecto fueron tenidos en cuenta, pues no basta con debatir o escuchar.

¹³⁴ Considerando de la Resolución 370 de 2025.

¹³⁵ Artículos 2º, 48 y 270 de la Constitución Política.

132. Por lo descrito, en virtud del impacto negativo que ocasionaría a la sostenibilidad financiera del SGSSS y por ende, al goce real del derecho a la salud, continuar con el desarrollo de la mesa sin: (i) garantizar la efectiva participación de los grupos de interés, (ii) considerar verdaderamente sus aportes, (iii) fijar como objetivos garantizar la suficiencia de la UPC de 2024, y (iv) reconocer la existencia de un rezago, la Sala considera necesario ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que reformule la metodología a implementar en el desarrollo de las próximas sesiones de la mesa de trabajo.

133. En atención a lo dispuesto en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda, especialmente el resolutivo 3.1. del Auto 007 de 2025, en relación con el objeto para el cual fue creada la mesa. Esto implica revisar y alcanzar su suficiencia, a partir de un rezago que ya fue reconocido por la Sala en los siguientes términos:

“141. [...] 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.”

“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”¹³⁶.

134. Ahora, atendiendo a los principios de *fumus boni iuris* y *periculum in mora*¹³⁷, es necesario suspender las sesiones de la mesa de trabajo UPC, debido a que existen indicios claros de que su continuidad podría generar perjuicios graves e irreparables para los derechos en disputa.

135. El *fumus boni iuris* se configura al observarse una posible vulneración al ordenamiento jurídico, lo que otorga una apariencia de buen derecho a la pretensión de suspensión. Por otro lado, el *periculum in mora* se manifiesta en el riesgo inminente de que, de no adoptarse la medida cautelar, se produzcan daños que harían ineficaz una eventual decisión judicial favorable. Así, atendiendo a la jurisprudencia colombiana, que ha establecido que la concurrencia de estos dos principios justifica la adopción de medidas cautelares, para salvaguardar los derechos fundamentales y garantizar la efectividad de la tutela judicial efectiva, es procedente decretar la presente medida cautelar.

136. En efecto, los argumentos expuestos permiten evidenciar el riesgo que se correría de no intervenir en el desarrollo de la mesa, en relación con la suficiencia de la UPC y la garantía del derecho a la participación verdadera de los sectores del sector salud.

137. La presente medida cautelar constituye una decisión razonada y proporcional frente al riesgo identificado¹³⁸ en tanto se fundamenta en un análisis cuidadoso de las circunstancias del caso y en la necesidad de prevenir un daño grave e irreparable. Su adopción busca evitar que el desarrollo inadecuado de la mesa de trabajo sobre la UPC genere consecuencias que comprometan la sostenibilidad financiera del sistema de

¹³⁶ Resolutivo 3.1. del Auto 007 de 2025.

¹³⁷ Requisitos delimitados, entre otras, en la Sentencia C-043 de 2021.

¹³⁸ Cabe resaltar que uno de los requisitos jurisprudenciales para decretar una medida cautelar, es que responda a una decisión razonada, sopesada y proporcional a la situación planteada. Ver Auto 214 de 2022.

salud en su conjunto. De no intervenir oportunamente, existe un riesgo real de que la falta de recursos suficientes para financiar los servicios de salud derive, aún más, en la afectación masiva del derecho fundamental a la salud de los usuarios, lo cual justifica plenamente la medida en los términos de necesidad, idoneidad y proporcionalidad exigidos por la jurisprudencia constitucional.

138. En este orden de ideas, y atendiendo a los requisitos del “peligro en la demora” y de “aparición de buen derecho”, la Sala encuentra preciso que, en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y dada la importancia que tiene el cumplimiento de las órdenes vigésima primera y vigésima segunda para el interés público, se adopten *medidas cautelares* encaminadas a intervenir en el desarrollo de la mesa de trabajo, con el fin de evitar que con el transcurso del tiempo los resultados obtenidos en esta impacten negativamente en el cumplimiento de las órdenes en cuestión, especialmente, pongan en riesgo la garantía de la suficiencia de la UPC y la salvaguarda verdadera del derecho a la participación de los actores del sistema del sector salud.

139. En consecuencia, se ordenará al MSPS que suspenda las sesiones de la mesa de trabajo a partir de la notificación de esta providencia, y durante 30 días para cumplir con los parámetros que se indicarán en su resolutive, conforme al numeral 3.1. de la parte resolutive del Auto 007 de 2025. Una vez precisado lo anterior, deberá retomar el desarrollo del cronograma reajustando las fechas inicialmente pactadas.

140. Cabe advertir que, si cuando se notifique la presente decisión las sesiones de la mesa técnica culminaron, el MSPS deberá reiniciarlas conforme a los parámetros que se establecen en la presente providencia.

141. Finalmente, cabe recordar que la ciudadanía siempre contará con la posibilidad de acudir ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo y hacer uso de los mecanismos ordinarios de defensa judicial, si así lo consideran necesario.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

III. RESUELVE:

Primero. Ordenar como medida cautelar al Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza del ministro de Salud y Protección Social, **suspender por 30 días** las sesiones de la mesa de trabajo contados a partir de la notificación de esta providencia, para que cumpla con los parámetros establecidos en el numeral 3.1. de la resolutive del Auto 007 de 2025, en el mismo término de 2 meses allí ordenado.

Segundo. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección, en cabeza del ministro de Salud y Protección Social, que, en un término de treinta días contados a partir de la notificación de esta providencia, ajuste las reglas de funcionamiento de la mesa conforme con los parámetros que se enunciarán. Cabe advertir que, si cuando se

notifique la presente decisión las sesiones de la mesa técnica culminaron, el MSPS deberá reiniciarlas conforme a lo siguiente:

- a. Incluir en el desarrollo del cronograma el estudio de los siguientes aspectos, de conformidad con lo establecido en la resolutive 3.1. del Auto 007 de 2025: (i) rezago de la UPC, (ii) el aumento de la siniestralidad y las verdaderas variaciones en las frecuencias de uso, (iii) 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, (iv) la definición de las variables y ajustadores de riesgo para establecer la UPC, (v) el reajuste de la UPC de 2024, y (vi) 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, porcentajes y fechas máximas de pago.
- b. Discutir con los integrantes de la mesa los temas que se analizarán o informar previamente de los mismos.
- c. Garantizar los tiempos equitativos de intervención.
- d. Especificar la incidencia y relación con el sistema de los invitados a la mesa por parte de su presidente en el *quórum* requerido para que la sesión tenga lugar.
- e. Desarrollar la forma como serán reprogramadas las sesiones que se cancelen, los medios de aviso y el tiempo mínimo que debe pasar antes de la siguiente sesión.
- f. Integre mecanismos de impugnación de las actas especificando el medio para uso de los mismos y el término en el que las actas podrán ser impugnadas.
- g. Desarrolle las características que deberán tener los soportes que se alleguen a la mesa para considerarse confiables.
- h. Especifique los formatos y medios que se exigirán para allegar la información.
- i. Establezca con claridad las normas de comportamiento que deberán atender los convocados a la mesa *so pena* de ser expulsados ante su vulneración.
- j. Permita una participación real y efectiva, en la que las preocupaciones, opiniones, aportes y estudios allegados por los convocados se tengan en cuenta y sean realmente considerados y evaluados o en su defecto, se desestimen justificadamente.
- k. Garantice la participación de todos los sectores y verifique que los convocados en la mesa en nombre de otros representen verdaderamente sus intereses y haya verdadera representatividad, e informe a la Corte sobre este proceso y los resultados. Para tal efecto deberá demostrar ante la Sala la representatividad de los convocados.
- l. Cuenten con mecanismos de seguimiento de los acuerdos.
- m. Efectúe la remisión del orden del día para cada sesión sea clara y oportuna.
- n. Establezca horarios adecuados de reunión.
- o. Establezca una ubicación accesible para las reuniones de ser presenciales o en su defecto, de ser virtuales, garantice que la plataforma sea de fácil acceso y funcione correctamente, y entregue el soporte técnico que se requiera para que los convocados puedan concertarse sin inconvenientes.
- p. Asegure que el idioma y el lenguaje en que se desarrollen las sesiones sea incluyente y de fácil entendimiento, a pesar de su tecnicidad, para que todos los convocados puedan discernir y participar de manera adecuada en el desarrollo de las sesiones. En caso de existir participantes con discapacidad o que habla otro idioma, se deben proporcionar los apoyos necesarios (interpretes, documentos en braille, etc.).

Tercero. Conminar al Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza del ministro de Salud y Protección Social, para que garantice los postulados constitucionales referidos a la participación efectiva (arts. 2.º, 48 y 270) y las órdenes vigésima primera y vigésima segunda, especialmente el resolutivo 3.1. del Auto 007 de 2025

Cuarto: Conminar al Ministerio de Salud y Protección Social que estudie las solicitudes de participación en la mesa de trabajo, sin que las entidades referidas en el Auto 007 de 2025 constituyan una lista taxativa y cerrada. Adicionalmente, responder las peticiones que le sean allegadas de forma clara, de fondo, suficiente, efectiva, congruente y en los tiempos máximos determinados por la ley.

Quinto. Proceda la Secretaría General de esta corporación a librar las comunicaciones correspondientes, adjuntando copia de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.



JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado



VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE
Magistrado
Salvamento de voto



MIGUEL POLO ROSERO
Magistrado



ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General