



Bogotá D.C., 13 de mayo de 2026

Consejera Ponente
NUBIA MARGOTH PEÑA GARZÓN
Consejo de Estado
Sección Primera
Ciudad

E. S. D.

Expediente: 11001 03 24 000 2026 00097 00
Demandante: Luvi Katherine Miranda Peña
Demandado: Nación – Ministerio de Salud y Protección Social
Medio de control: Nulidad

Asunto: Recurso de súplica en contra del auto que decretó la suspensión provisional de los efectos del Decreto 182 de 2026

JUAN CAMILO ESCALLÓN RODRÍGUEZ, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No 80.773.785 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional No 201.815 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social, conforme al poder conferido, encontrándome dentro de la oportunidad legal para el efecto, me permito presentar **RECURSO DE SÚPLICA** en contra de la decisión que decretó la suspensión provisional de los efectos del acto administrativo demandado, con fundamento en lo siguiente:

I. OPORTUNIDAD

El auto a través del cual se decidió la solicitud de medida cautelar de suspensión provisional de los efectos del acto administrativo cuestionado fue notificado de manera personal mediante mensaje de datos remitido el día 06 de mayo de 2026 al buzón que esta Cartera tiene dispuesto para efectos de notificaciones judiciales. De acuerdo con lo establecido en los artículos 199 y 205 de la Ley 1437 de 2011, modificados por los artículos 48 y 52 la Ley 2080 de 2022, respectivamente, la notificación se surtió el día viernes 8 de mayo de 2026. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 302 del Código General del Proceso, el numeral 5° del artículo 243 y los numerales 2° y literal d) del artículo 246 del CPACA, el plazo de tres días para la interposición del recurso de súplica comenzó a correr el lunes 11 de mayo de 2026 y hasta el 13 de mayo de este año. Dado que el presente memorial se presenta dentro del mencionado plazo, se evidencia que la actuación se presenta de manera oportuna.

II. LA DECISIÓN QUE SE RECURRE

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043

Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Se recurre el ordinal “Primero” del auto del 4 de mayo de 2026 proferido dentro del expediente del asunto a través del cual se resolvió “*DECRETAR LA SUSPENSIÓN PROVISIONAL de los efectos del Decreto 0182 de 25 de febrero de 2026, «Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones»...*”

En dicha providencia, el despacho propuso como problema jurídica “*determinar si el Decreto 0182 de 2026, al introducir un nuevo esquema de reorganización territorial del aseguramiento en salud y establecer un procedimiento especial de reasignación masiva de afiliados, basado en umbrales mínimos de participación poblacional y en la reducción del número de entidades promotoras de salud habilitadas por departamento, distrito y municipio, desborda el límite de configuración normativa del gobierno nacional y comporta una afectación desproporcionada del derecho fundamental a la salud, en particular de su componente de libre escogencia, así como de los principios de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad del servicio, previstos en el artículo 49 de la Constitución Política y desarrollados por la Ley Estatutaria 1751.*”

La Magistrada ha considerado del caso suspender provisionalmente el Decreto 182 de 2026, con base en lo siguiente:

- Luego de revisar las medidas cautelares, el carácter de la suspensión provisional y las exigencias para decretarla, aduce que la Nueva EPS, que sería la única EPS, en muchos de los municipios se encuentra evidencia la incapacidad estructural de respaldar las obligaciones derivadas del aseguramiento en salud, lo cual ocurre con otras entidades intervenidas
- Encuentra, entonces, que al acto que se acusa no supera el juicio de idoneidad “*en tanto no resultan adecuadas para alcanzar los fines propuestos por dicha autoridad, conforme a lo expuesto por los demandados y a lo previsto en el decreto controvertido*”. Afirma que las medidas “*impactan de manera grave el derecho al acceso a la salud en condiciones de oportunidad, integralidad y continuidad, así como el derecho a la libre escogencia*” cuyas restricciones deben ser razonables por lo que tampoco se cumple con el requisito de necesidad.
- Al realizar la ponderación de la medida, advierte que la misma produciría efectos regresivos y concluye:

La Sala unitaria advierte que de la lectura preliminar del Decreto 0182 de 2026 y su comparación con las normas superiores invocadas, se desprende que el modelo normativo adoptado no satisface las exigencias del principio de proporcionalidad, en tanto las medidas adoptadas comportan una afectación relevante del derecho fundamental a la salud, en particular la libre escogencia, y los principios de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad del



servicio, reconocidos en el artículo 49 de la Constitución Política y desarrollados por la Ley Estatutaria 1751 de 2015.¹

III. RAZONES DE INCONFORMIDAD

3.1. Consideraciones preliminares

Si bien uno de los elementos esenciales de las decisiones judiciales es la imparcialidad; en este caso, se considera, subyace y se antepone una concepción ideológica que ha hecho que, de una manera arbitraria, se adopte la decisión que se ataca, casi que retomando totalmente la visión de la demandante. Se advierten varios juicios *a priori* en la decisión que deben ser subrayados como una concepción distorsiva de la justicia y en los que se evidencia un sesgo, en este caso, por una visión que privilegia el mercado y la competencia frente a la organización del Sistema de salud en los términos de la Ley 1751 de 2015. Se pueden vislumbrar los siguientes aspectos del Auto que son muy ilustrativos de esa situación:

- El sobredimensionamiento del principio de libre escogencia.
- Existe la percepción errónea de que las EPS que se desvincularían del Sistema sí garantizarían el acceso a los servicios de salud para sus afiliados.
- La situación de la Nueva EPS frente a las restantes EPS (que es el núcleo de la argumentación).
- Afirmaciones totalmente especulativas como:

En el presente caso, no es posible advertir que la actuación administrativa bajo estudio resulte equilibrada en una ponderación entre los beneficios que pretende alcanzar para el interés general (evitar fragmentación de la afiliación, fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema, asegurar continuidad y eficiencia del servicio) y los perjuicios que se ocasionarían por las limitaciones y restricciones del acceso al servicio de salud, como se demuestra con los datos contenidos en los documentos que soportaron la expedición del acto acusado y las pruebas aportadas al proceso.

- En general y precisamente por el sesgo ideológico, subyace una pobreza argumentativa en el Auto pues en realidad de las 78 páginas del mismo, en solo dos o tres llega a la conclusión con afirmaciones casi que tautológicas. Los restantes componentes del Auto son Antecedentes y traslado (17 páginas), la consideración sobre las medidas cautelares (17 a 23), la transcripción del acto acusado (23 a 38) y un resumen del mismo (38 a 45). Cuando inicia el problema el análisis del

¹ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Auto de 4 de mayo de 2026, Consejera Nubia Margoth Peña Garzón, pág. 77.



problema jurídico tampoco avanza mucho como se lee en las páginas 45 a 59. Ya en frente al caso concreto se observa solamente el despliegue frente a la Nueva EPS ya evidenciado y el corolario ya transcrito.

- Se otorga escaso o nulo peso a las justificaciones gubernamentales, las cuales son descartadas casi de manera automática ante la preeminencia de los argumentos presentados por el demandante.

Dentro de la serie de prejuicios evidenciado está la matriz ideológica según la cual, las medidas gubernamentales están en contravía con la garantía del derecho fundamental a la salud, precisamente porque la opción política que defiende la funcionaria judicial es propia de las corrientes neoliberales y privatistas de la salud, que precisamente van en contra del Estado social de derecho y de las propias normas de la ley estatutaria que afirman acatar. Las mismas son citadas de manera descontextualizada.

Se quiere dejar constancia de lo anterior pues se observa una posición sistemática que plantea un necesario dilema en torno a la imparcialidad y una rotunda carencia de una revisión integral del problema planteado. Por lo anterior, se solicita respetuosamente al Honorable Magistrado que, en el marco de la revisión del presente recurso, realice un análisis exhaustivo de los argumentos contenidos en este escrito, así como de aquellos presentados en el memorial de oposición a la solicitud de adopción de la medida cautelar.

3.2. Consideraciones relevantes para el análisis de proporcionalidad efectuado en el auto de suspensión provisional.

El Decreto 0182 del 25 de febrero de 2026 fue expedido en ejercicio de la potestad reglamentaria prevista en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y en desarrollo de las competencias constitucionales y legales atribuidas al Estado para dirigir, regular y organizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, particularmente las derivadas de los artículos 48, 49 y 365 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

En particular, el decreto parte del reconocimiento de que la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud no depende exclusivamente de la existencia formal de mecanismos de afiliación o de libertad de elección, sino también de la capacidad real del sistema para asegurar continuidad en la prestación, suficiencia de red, adecuada gestión del riesgo en salud, sostenibilidad operativa y acceso efectivo a los servicios en condiciones de equidad territorial.

Bajo esa lógica, el acto administrativo incorporó mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, orientados a corregir problemáticas estructurales asociadas a la fragmentación del aseguramiento, la insuficiencia de escala poblacional en determinados territorios, las dificultades de conformación de redes integrales de prestación de servicios y los riesgos derivados de operaciones aseguradoras con baja capacidad de gestión territorial.



En efecto, dentro de la motivación del Decreto 0182 de 2026 se indicó expresamente que el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró el documento técnico denominado “*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*”, en el cual se identificaron dificultades relacionadas con la dispersión territorial de afiliados, la atomización del aseguramiento, la insuficiencia de economías de escala y las limitaciones para garantizar una adecuada gestión integral del riesgo en salud en municipios con baja densidad poblacional y limitada capacidad instalada.

En ese contexto, el decreto buscó establecer herramientas regulatorias dirigidas a fortalecer la capacidad operativa del aseguramiento, promover esquemas territorialmente sostenibles y facilitar condiciones mínimas de organización poblacional que permitieran asegurar continuidad, accesibilidad y suficiencia de la red prestadora, especialmente en territorios donde la operación fragmentada del aseguramiento ha evidenciado mayores dificultades para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Así mismo, resulta relevante precisar que el modelo regulatorio adoptado por el Decreto 0182 de 2026 no tuvo como finalidad sustituir el modelo legal de aseguramiento previsto en la Ley 100 de 1993 ni eliminar el principio de libre escogencia. Por el contrario, las medidas regulatorias incorporadas se estructuraron como mecanismos de organización operacional del aseguramiento dentro de la oferta habilitada y disponible en cada territorio, bajo criterios poblacionales y técnicos orientados a garantizar la viabilidad operativa del sistema y la adecuada gestión del riesgo en salud.

Desde esa perspectiva, las medidas incorporadas en el decreto responden a finalidades constitucionalmente legítimas asociadas a la protección efectiva del derecho fundamental a la salud, la continuidad del aseguramiento, la sostenibilidad del sistema y la reducción de riesgos operativos derivados de esquemas fragmentados o territorialmente insuficientes de operación del aseguramiento.

3.3. Problemáticas estructurales identificadas - análisis técnico que soportó la expedición del Decreto 0182 de 2026.

De conformidad con la motivación contenida en el Decreto 0182 de 2026, así como con el análisis técnico denominado “*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*”, una de las principales problemáticas identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social correspondía a la existencia de esquemas altamente fragmentados de operación del aseguramiento en determinados territorios del país, particularmente en municipios con baja densidad poblacional, dispersión geográfica y limitada capacidad instalada de prestación de servicios.

En dichos territorios se evidenciaron escenarios en los cuales múltiples entidades promotoras de salud operaban con bases poblacionales reducidas, insuficientes para garantizar economías de escala, adecuada gestión del riesgo en salud, consolidación de redes integrales de prestación de servicios y sostenibilidad operativa de la atención. Esta situación dificultaba, entre otros aspectos, la articulación territorial de redes, la continuidad en la prestación de servicios y la capacidad de respuesta efectiva frente a las necesidades en salud de la población afiliada.



El análisis técnico que soportó la expedición del decreto partió precisamente de reconocer que la operación del aseguramiento no puede evaluarse exclusivamente desde una perspectiva formal de pluralidad de operadores, sino también desde la capacidad material y efectiva de dichos operadores para garantizar el acceso oportuno, continuo y territorialmente sostenible a los servicios de salud. Bajo esa lógica, la dispersión excesiva de afiliados entre múltiples EPS con participación marginal en determinados territorios podía traducirse en dificultades para conformar redes suficientes, limitaciones de capacidad resolutive y mayores riesgos de discontinuidad en la atención.

En esa medida, los mecanismos diferenciales incorporados en el Decreto 0182 de 2026 buscaron introducir criterios mínimos de organización poblacional y territorial orientados a fortalecer la capacidad operativa del aseguramiento en aquellos territorios donde la fragmentación evidenciaba mayores riesgos para la continuidad y sostenibilidad de la prestación de servicios.

Debe resaltarse que tales medidas no se estructuraron bajo criterios arbitrarios o subjetivos, sino mediante parámetros técnicos asociados a:

- densidad y tamaño poblacional;
- participación mínima de afiliados;
- capacidad territorial de operación;
- gestión integral del riesgo en salud;
- conformación de redes integrales;
- y sostenibilidad operativa del aseguramiento.

En ese contexto, el enfoque territorial adoptado por el decreto respondió a la necesidad de armonizar la operación del aseguramiento con las condiciones demográficas, geográficas y de prestación existentes en cada territorio, particularmente en municipios y zonas donde las condiciones de dispersión poblacional y baja escala operativa han representado históricamente mayores dificultades para garantizar el acceso efectivo y continuo a los servicios de salud.

Así mismo, resulta relevante precisar que dentro de la motivación del acto administrativo también se identificó la existencia de riesgos sistémicos asociados a operaciones aseguradoras territorialmente insuficientes, entendidos como la posibilidad de que debilidades operativas o financieras de determinados actores pudieran comprometer la continuidad en la prestación de servicios y la estabilidad del sistema en determinados territorios.

En consecuencia, las medidas regulatorias previstas en el Decreto 0182 de 2026 se orientaron a mitigar riesgos previamente identificados por el Ministerio en el marco de sus competencias de regulación y organización del aseguramiento, y no a generar restricciones arbitrarias o injustificadas al acceso, la libre escogencia o la prestación de servicios de salud.

3.4. Alcance normativo real de las medidas regulatorias previstas en el Decreto 0182 de 2026.

Para efectos del análisis de proporcionalidad efectuado en el Auto del 4 de mayo de 2026, resulta necesario precisar el alcance normativo concreto de las disposiciones incorporadas en el Decreto 0182 de 2026, particularmente frente a las conclusiones relacionadas con una supuesta eliminación de la libre escogencia, concentración obligatoria del aseguramiento o afectación inmediata de la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

En primer lugar, debe señalarse que el artículo 2.5.2.7.1 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el Decreto 0182 de 2026, definió expresamente que el objeto del nuevo capítulo consistía en la implementación de *“mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el territorio nacional, especialmente en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional”*. Es decir, desde su propia formulación normativa, el decreto estructuró las medidas adoptadas como instrumentos de organización de la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y no como mecanismos orientados a restringir el acceso al sistema o eliminar el principio de libre escogencia.

Bajo esa misma lógica, el artículo 2.5.2.7.3 estableció los *“mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional”*, señalando expresamente que dichos mecanismos debían atender criterios dirigidos a *“garantizar el acceso equitativo, continuo y sostenible al aseguramiento en salud”*. La disposición introdujo parámetros técnicos de organización territorial asociados a:

- participación porcentual de afiliados;
- escala poblacional;
- número máximo de EPS por ámbito territorial;
- y capacidad operativa mínima del aseguramiento.

En efecto, el literal ii) del artículo 2.5.2.7.3 definió criterios diferenciados por categorías departamentales, precisando que los umbrales poblacionales allí previstos constituían *“parámetros técnicos mínimos de capacidad operativa”* orientados a:

- evitar la fragmentación del aseguramiento;
- garantizar sostenibilidad financiera;
- y asegurar continuidad en la prestación de servicios.

De igual manera, el literal iii) del mismo artículo incorporó criterios diferenciados por categorías municipales y distritales, estableciendo límites máximos de EPS según el tamaño poblacional del respectivo municipio. No obstante, la propia norma aclaró expresamente que dicha determinación constituía un *“parámetro técnico de ordenación del aseguramiento”*, dirigido a garantizar:

- economías de escala;
- eficiencia operativa;

- y sostenibilidad financiera, “sin perjuicio de la posibilidad de nuevas autorizaciones cuando se acrediten las condiciones técnicas, operativas y financieras exigidas en la normatividad vigente”.

Así, el decreto no estableció exclusividades permanentes ni prohibiciones absolutas de operación, sino parámetros regulatorios asociados a condiciones mínimas de capacidad operativa territorial.

Ahora bien, uno de los aspectos centrales de la providencia cautelar se relaciona con la interpretación según la cual el decreto eliminaría la libre escogencia y conduciría a una concentración obligatoria del aseguramiento. Sin embargo, una lectura integral de las disposiciones adoptadas evidencia precisamente lo contrario.

En efecto, el propio decreto señaló expresamente, dentro de su parte motiva, que los mecanismos diferenciales *“no sustituyen el principio de libre escogencia”*, sino que constituyen *“un instrumento de protección orientado a evitar vacíos de cobertura cuando una EPS cesa su operación en un determinado ámbito territorial”*, precisando adicionalmente que, *“pasados sesenta (60) días de la efectividad de la asignación, los afiliados puedan ejercer su derecho de traslado en los términos previstos en la normatividad vigente”*.

Esa previsión fue desarrollada normativamente en el artículo 2.5.2.7.5, el cual reguló las *“reglas para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de los afiliados en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales”*. Allí se dispuso que la asignación especial de afiliados solo operaría una vez la Superintendencia Nacional de Salud actualizara el ámbito territorial de autorización de las EPS y únicamente respecto de las EPS receptoras que continuaran operando en el respectivo territorio autorizado.

Además, el mismo artículo estableció múltiples salvaguardas regulatorias orientadas a garantizar continuidad y evitar concentraciones arbitrarias. Entre ellas:

- la obligación de mantener integrados los grupos familiares;
- la distribución proporcional e inversa de afiliados;
- la exclusión de asignación a la EPS con mayor participación territorial cuando existiera otra EPS receptora operando en el municipio;
- y reglas especiales para patologías de alto costo, mujeres gestantes y comunidades indígenas.

Particularmente relevante resulta el literal e) del artículo 2.5.2.7.5, conforme al cual, *“transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial a las EPS receptoras, los afiliados asignados podrán ejercer su derecho a la libre escogencia y trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio donde se encuentra autorizada”*.

Así mismo, el decreto previó excepciones que permitían el traslado inmediato:



- cuando un miembro del grupo familiar quedara asignado en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia;
- y cuando las comunidades indígenas solicitaran traslado de EPS o EPSI conforme al artículo 17 de la Ley 691 de 2001.

De otra parte, el artículo 2.5.2.7.4 precisó que la actualización del ámbito territorial de autorización debía ser adelantada por la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia del decreto, manteniéndose vigente el certificado actual durante dicho término. Adicionalmente, la norma estableció que para definir el ámbito territorial se tendría en cuenta la operación efectiva de las EPS registrada en la BDUA y contempló expresamente un tratamiento diferencial para las EPS indígenas, las cuales conservarían su habilitación aun cuando excedieran el número límite de EPS previsto para cada categoría municipal.

Igualmente, el artículo 2.5.2.7.6 reguló el retiro voluntario de municipios por parte de las EPS, sujetándolo a autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud y condicionándolo expresamente a que dicho retiro:

- no generara ventajas competitivas indebidas;
- ni afectara la continuidad de la operación del aseguramiento.

En ese contexto, desde una perspectiva estrictamente normativa y regulatoria, el Decreto 0182 de 2026:

- no eliminó la libre escogencia;
- no asignó normativamente afiliados a una EPS específica;
- no estableció monopolios territoriales;
- ni dispuso mecanismos permanentes de concentración obligatoria del aseguramiento.

Por el contrario, las disposiciones adoptadas estructuraron mecanismos técnicos de organización territorial del aseguramiento orientados a garantizar continuidad, suficiencia operativa y sostenibilidad, preservando expresamente la posibilidad de traslado posterior y estableciendo reglas regulatorias dirigidas a evitar vacíos de cobertura y riesgos asociados a esquemas fragmentados de operación del aseguramiento.

3.5. Consideraciones técnicas y jurídicas sobre el alcance del principio de libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Uno de los principales fundamentos desarrollados en el Auto del 4 de mayo de 2026 consiste en afirmar que las medidas incorporadas en el Decreto 0182 de 2026 generan una afectación desproporcionada de la libre escogencia de los afiliados dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, desde la perspectiva normativa y técnica de la operación del aseguramiento, resulta necesario precisar que el principio de libre escogencia, si bien constituye un elemento esencial del sistema de salud colombiano, no tiene carácter absoluto, ilimitado o ajeno a las condiciones de organización, habilitación y sostenibilidad propias del SGSSS.



En efecto, el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 consagró la libre escogencia como uno de los fundamentos del sistema, disponiendo que este “asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.”. Desde su propia formulación legal, la norma condicionó el ejercicio de la libre escogencia a las condiciones reales de oferta y organización del sistema, lo que excluye una interpretación absoluta o desvinculada de las capacidades efectivas de operación del aseguramiento.

En similar sentido, el literal h) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoció la libre escogencia como uno de los elementos del derecho fundamental a la salud, pero precisó expresamente que dicha garantía debe ejercerse “dentro de la oferta disponible”. Así mismo, la propia Ley Estatutaria estableció que el sistema de salud debe organizarse bajo criterios de sostenibilidad, continuidad, disponibilidad y eficiencia, principios que necesariamente interactúan y se armonizan con el ejercicio de la libre escogencia.

De igual manera, el Decreto 780 de 2016 ha regulado históricamente múltiples condiciones y limitaciones para el ejercicio de la movilidad y traslado entre EPS, incluyendo:

- tiempos mínimos de permanencia;
- reglas de operación territorial;
- condiciones de habilitación;
- restricciones asociadas a mora o movilidad;
- y mecanismos excepcionales de asignación de afiliados cuando una EPS pierde autorización de funcionamiento, es liquidada o cesa operaciones en determinados territorios.

En efecto, el propio sistema jurídico del aseguramiento ha contemplado de manera reiterada mecanismos regulatorios de asignación excepcional de afiliados orientados a garantizar continuidad en la prestación del servicio y evitar vacíos de cobertura, particularmente en escenarios de retiro, liquidación o revocatoria de funcionamiento de EPS. Tales mecanismos han coexistido históricamente con el principio de libre escogencia sin que ello implique, por sí mismo, la supresión o eliminación del derecho.

Desde la perspectiva constitucional, la libre escogencia dentro del SGSSS no constituye un derecho absoluto en cuanto debe armonizarse con:

- la sostenibilidad financiera del sistema;
- la organización de las redes de prestación;
- la continuidad en el servicio;
- la disponibilidad efectiva de oferta;
- y las competencias regulatorias del Estado en materia de dirección y organización del sistema de salud.



Así mismo, la jurisprudencia constitucional ha reconocido que el derecho a la libre escogencia no implica la posibilidad irrestricta de seleccionar cualquier EPS o IPS en cualquier circunstancia, con independencia de:

- la red habilitada;
- la capacidad operativa;
- la organización territorial;
- o las condiciones regulatorias previstas para garantizar la adecuada operación del sistema.

Bajo esa lógica, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, la libre escogencia constituye una garantía que debe interpretarse de manera armónica con otros principios constitucionales igualmente relevantes para el SGSSS, entre ellos:

- continuidad;
- eficiencia;
- sostenibilidad;
- integralidad;
- gestión del riesgo;
- y acceso efectivo a los servicios de salud.

En consecuencia, el análisis de proporcionalidad respecto de las medidas incorporadas en el Decreto 0182 de 2026 no puede partir de una concepción absoluta o irrestricta de la libre escogencia, desconectada de las condiciones reales de organización y operación del aseguramiento en salud, particularmente en territorios con baja escala poblacional, dispersión geográfica y limitaciones de capacidad instalada.

3.5.1. Las medidas previstas en el Decreto 0182 de 2026 no comportan la eliminación de la libre escogencia sino una regulación de su ejercicio dentro de la oferta habilitada y disponible.

Precisado que la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud constituye un derecho reglado y sujeto a las condiciones de organización y operación del sistema, resulta necesario analizar si las medidas incorporadas en el Decreto 0182 de 2026 efectivamente comportan una supresión o restricción desproporcionada de dicha garantía, como se concluyó preliminarmente en el Auto del 4 de mayo de 2026.

Sobre este punto, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, debe reiterarse que el decreto no eliminó normativamente la posibilidad de elección o traslado entre entidades promotoras de salud, ni convirtió los mecanismos diferenciales allí previstos en esquemas definitivos de asignación obligatoria de afiliados.

Por el contrario, el propio diseño regulatorio del decreto preservó expresamente la posibilidad de movilidad posterior dentro de la oferta habilitada y disponible en cada territorio. En efecto, el literal e) del artículo 2.5.2.7.5 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el Decreto 0182 de 2026, estableció expresamente que, transcurridos sesenta (60) días calendario contados a partir de la efectividad de la asignación especial, los afiliados “podrán



ejercer su derecho a la libre escogencia y trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio donde se encuentra autorizado”.

Así mismo, el mismo artículo incorporó excepciones que permiten el ejercicio inmediato de la libre escogencia en determinados eventos específicos, particularmente:

- cuando miembros del núcleo familiar resulten asignados a EPS distintas;
- y respecto de comunidades indígenas que soliciten traslado conforme al artículo 17 de la Ley 691 de 2001.

Desde el punto de vista regulatorio, ello evidencia que la denominada “asignación especial” prevista en el decreto no fue concebida como una sustitución permanente del derecho de libre escogencia, sino como un mecanismo transitorio de continuidad del aseguramiento orientado a evitar vacíos de cobertura derivados de ajustes territoriales de operación.

Adicionalmente, resulta relevante precisar que la regulación adoptada tampoco estableció exclusividad normativa para una EPS determinada dentro de los municipios objeto de aplicación de los mecanismos diferenciales. Por el contrario, el propio decreto contempló reglas orientadas a evitar concentraciones arbitrarias del aseguramiento, incluyendo:

- distribución proporcional e inversa de afiliados;
- exclusión de asignación automática a la EPS con mayor participación territorial cuando exista otra EPS receptora habilitada;
- y criterios técnicos de distribución asociados a capacidad operativa y continuidad del aseguramiento.

Bajo esa lógica, las medidas regulatorias incorporadas no tuvieron como propósito restringir arbitrariamente la libertad de los afiliados, sino armonizar el ejercicio de dicha garantía con:

- la continuidad del aseguramiento;
- la sostenibilidad operativa;
- la suficiencia de red;
- la gestión integral del riesgo en salud;
- y las condiciones territoriales reales de prestación de servicios.

En efecto, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, la libre escogencia únicamente puede ejercerse dentro de la oferta efectivamente habilitada y disponible en el territorio correspondiente, circunstancia que históricamente ha estado determinada por:

- la autorización de funcionamiento de las EPS;
- su ámbito territorial de operación;
- la suficiencia de red;
- y las condiciones regulatorias definidas por el Estado para garantizar la adecuada organización del sistema.

Por ello, las medidas incorporadas en el Decreto 0182 de 2026 no modificaron la naturaleza jurídica de la libre escogencia dentro del SGSSS, sino que regularon las condiciones territoriales de operación del aseguramiento bajo criterios técnicos previamente definidos, preservando expresamente la posibilidad de traslado posterior y manteniendo la existencia de pluralidad de operadores dentro de los ámbitos territoriales autorizados.

En consecuencia, desde la perspectiva jurídica y técnica de la operación del aseguramiento, no resulta posible concluir que el Decreto 0182 de 2026 haya eliminado o suprimido el principio de libre escogencia. Lo que efectivamente realizó el acto administrativo fue introducir mecanismos regulatorios de organización territorial y poblacional del aseguramiento orientados a garantizar continuidad, suficiencia operativa y sostenibilidad del sistema, dentro del marco constitucional y legal que históricamente ha reconocido que el ejercicio de la libre escogencia se encuentra condicionado por la oferta habilitada y las condiciones reales de operación del SGSSS.

3.6. Sobre la razonabilidad y proporcionalidad de las medidas regulatorias adoptadas en el Decreto 0182 de 2026.

El Auto del 4 de mayo de 2026 concluyó preliminarmente que las medidas incorporadas en el Decreto 0182 de 2026 no satisfacen las exigencias del principio de proporcionalidad, al considerar que las mismas generan una afectación relevante de la libre escogencia y de los principios de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad del servicio de salud. No obstante, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, resulta relevante precisar que las disposiciones regulatorias adoptadas se estructuraron precisamente sobre criterios de razonabilidad, necesidad y proporcionalidad dirigidos a garantizar la estabilidad operativa y la continuidad efectiva del aseguramiento en salud.

En primer lugar, debe señalarse que el propio decreto identificó expresamente las finalidades constitucionales y regulatorias que sustentaron la adopción de los mecanismos diferenciales de operación territorial y poblacional. En particular, la parte motiva del acto administrativo precisó que dichas medidas estaban orientadas a:

- corregir fallas estructurales asociadas a la fragmentación excesiva del aseguramiento;
- garantizar economías mínimas de escala;
- fortalecer la capacidad operativa de las EPS;
- asegurar suficiencia de red;
- prevenir riesgos sistémicos;
- y garantizar continuidad en la prestación de los servicios de salud, especialmente en territorios con baja densidad poblacional y alta dispersión geográfica.

Así mismo, el decreto indicó expresamente que los mecanismos diferenciales adoptados “*se fundamentan en criterios objetivos, verificables, no discriminatorios y proporcionales*”, asociados a:

- escala poblacional;
- participación territorial de afiliados;



- capacidad operativa mínima;
- gestión integral del riesgo;
- articulación de redes de prestación;
- y continuidad en la atención de la población afiliada.

En ese contexto, las medidas regulatorias incorporadas no surgieron de decisiones arbitrarias o carentes de sustento técnico, sino del análisis denominado “*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*”, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual identificó la necesidad de contar con bases poblacionales mínimas que permitieran garantizar:

- capacidad operativa;
- suficiencia de red;
- sostenibilidad financiera;
- y adecuada gestión del riesgo en salud.

Particularmente relevante resulta señalar es que el decreto reconoció expresamente que la atomización del aseguramiento y la insuficiencia de escala poblacional generan riesgos para la continuidad y estabilidad del sistema, especialmente en territorios con limitada capacidad instalada de servicios de salud. Desde esa perspectiva, la regulación adoptada tuvo como finalidad evitar escenarios de operación marginal del aseguramiento que pudieran comprometer:

- la continuidad en la atención;
- la articulación de redes;
- la capacidad de contratación;
- y la sostenibilidad financiera de la operación territorial.

En efecto, el literal iii) del artículo 2.5.2.7.3 estableció límites máximos de EPS por municipio según categorías poblacionales, precisando expresamente que dichos límites constituirían “*parámetros técnicos de ordenación del aseguramiento*” orientados a garantizar:

- economías de escala;
- eficiencia operativa;
- y sostenibilidad financiera.

Adicionalmente, la regulación previó múltiples mecanismos orientados a evitar efectos desproporcionados sobre los afiliados, entre ellos:

- permanencia temporal de los certificados vigentes mientras se adelantaba la actualización territorial;
- plazos de transición;
- reglas de continuidad de aseguramiento;
- distribución proporcional e inversa de afiliados;
- protección de grupos familiares;
- reglas especiales para pacientes de alto costo y mujeres gestantes;
- y posibilidad posterior de traslado mediante ejercicio de la libre escogencia.

Así mismo, resulta relevante destacar que el decreto fue sometido al trámite de abogacía de la competencia ante la Superintendencia de Industria y Comercio, entidad que concluyó expresamente que el proyecto normativo:

- no introducía restricciones arbitrarias a la libre competencia;
- respondía a criterios objetivos asociados a escala poblacional y capacidad operativa;
- y constituía una respuesta regulatoria razonable y proporcional frente a problemáticas estructurales del aseguramiento.

Desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, ello resulta particularmente relevante, en la medida en que evidencia que la razonabilidad y proporcionalidad de las medidas regulatorias fueron evaluadas previamente bajo parámetros técnicos y regulatorios especializados, incluyendo análisis relacionados con:

- continuidad del aseguramiento;
- eficiencia operativa;
- sostenibilidad financiera;
- y funcionamiento competitivo del sistema.

En consecuencia, desde una perspectiva técnica y regulatoria, las medidas incorporadas en el Decreto 0182 de 2026 perseguían finalidades constitucionalmente legítimas y se estructuraron mediante mecanismos objetivos, diferenciados y técnicamente sustentados, dirigidos a corregir riesgos previamente identificados en la operación territorial del aseguramiento en salud.

Por ello, no se advierte que el contenido normativo del decreto permita concluir, de manera directa e inmediata, que las medidas adoptadas comporten una restricción arbitraria o desproporcionada del derecho fundamental a la salud o de la libre escogencia, particularmente cuando el propio diseño regulatorio incorporó mecanismos de continuidad, transición, movilidad posterior y protección diferencial de la población afiliada.

3.7. Sobre la ausencia de elementos técnicos que permitan concluir la existencia de un riesgo actual y continuo para el derecho fundamental a la salud derivado del Decreto 0182 de 2026.

Dentro de las consideraciones desarrolladas en el Auto del 4 de mayo de 2026 se concluyó que la permanencia en el ordenamiento jurídico del Decreto 0182 de 2026 comportaría un “riesgo actual y continuo” para el derecho fundamental a la salud, particularmente respecto de la accesibilidad, continuidad y libre escogencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, resulta relevante precisar que las inferencias relacionadas con la existencia de dicho riesgo no se sustentan en una demostración técnica concreta de afectación cierta, inmediata y verificable derivada directamente del contenido normativo del decreto.

En efecto, el análisis desarrollado en la providencia parte principalmente de escenarios potenciales de implementación y de hipótesis asociadas a posibles efectos futuros de



reorganización territorial del aseguramiento, pero no identifica una afectación material actualmente consolidada derivada de la aplicación efectiva de las medidas regulatorias previstas en el acto administrativo.

Particularmente, debe resaltarse que el propio decreto contempló un esquema gradual y reglado de implementación, sujeto a:

- actualización del ámbito territorial de autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud;
- verificación de condiciones de habilitación y permanencia;
- aplicación de reglas técnicas de distribución de afiliados;
- plazos de transición;
- y medidas específicas dirigidas a garantizar continuidad del aseguramiento.

Así mismo, las disposiciones relacionadas con asignación especial de afiliados únicamente operaban respecto de EPS que dejaran de continuar operando en determinados ámbitos territoriales luego de la actualización correspondiente, escenario que además debía ser gestionado mediante reglas regulatorias expresamente orientadas a evitar interrupciones en la prestación de servicios y vacíos de cobertura.

En ese contexto, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, la existencia de un riesgo cierto para el derecho fundamental a la salud no puede inferirse exclusivamente a partir de la incorporación de mecanismos regulatorios de organización territorial, particularmente cuando el propio acto administrativo:

- preserva la continuidad del aseguramiento;
- establece reglas obligatorias de recepción de afiliados;
- incorpora mecanismos de transición;
- protege grupos familiares;
- regula tratamiento diferencial para patologías de alto costo y mujeres gestantes;
- y mantiene la posibilidad posterior de ejercicio de libre escogencia.

Adicionalmente, resulta relevante señalar que la providencia no desarrolla una contradicción técnica específica frente al análisis denominado “*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*”, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social y utilizado como sustento técnico del decreto. Dicho análisis identificó precisamente riesgos asociados a:

- fragmentación excesiva del aseguramiento;
- insuficiencia de escala poblacional;
- baja capacidad operativa;
- dificultades de conformación de red;
- y sostenibilidad financiera en determinados territorios.

Desde esa perspectiva, las medidas regulatorias incorporadas fueron concebidas precisamente como instrumentos orientados a mitigar riesgos previamente identificados para la continuidad y estabilidad del sistema, particularmente en municipios con baja



densidad poblacional, dispersión geográfica y limitada capacidad instalada de servicios de salud.

De igual manera, debe resaltarse que el propio decreto previó mecanismos permanentes de monitoreo y seguimiento de la operación territorial del aseguramiento. En efecto, el artículo 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 0182 de 2026, dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollaría mecanismos de seguimiento dirigidos a:

- monitorear la gestión de las EPS;
- evaluar el cumplimiento de sus funciones;
- verificar articulación entre aseguramiento y prestación de servicios;
- y medir indicadores relacionados con continuidad, accesibilidad y experiencia ciudadana.

En consecuencia, desde el ámbito técnico de la operación del aseguramiento, no se evidencia que el Decreto 0182 de 2026 contenga disposiciones que, por sí mismas, permitan concluir la existencia de un riesgo actual, cierto e inmediato para el derecho fundamental a la salud en los términos expuestos en la providencia cautelar.

Por el contrario, las medidas regulatorias adoptadas se estructuraron precisamente con la finalidad de prevenir escenarios de inestabilidad operativa, fragmentación territorial y discontinuidad en la prestación de servicios, problemáticas que fueron previamente identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus competencias de dirección, regulación y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.7. Consideraciones técnicas sobre los efectos sistémicos asociados a la suspensión provisional del Decreto 0182 de 2026.

3.7.1. Persistencia de las problemáticas estructurales que motivaron la expedición del decreto

Como se expuso previamente, el Decreto 0182 de 2026 fue expedido en respuesta a problemáticas estructurales identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la operación territorial del aseguramiento, particularmente asociadas a:

- fragmentación excesiva de afiliados;
- insuficiencia de escala poblacional;
- baja capacidad operativa de determinadas EPS en algunos territorios;
- dificultades de conformación de redes integrales;
- y riesgos para la sostenibilidad y continuidad del aseguramiento.

En ese contexto, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, resulta relevante advertir que la suspensión provisional del decreto no elimina ni modifica las condiciones estructurales que dieron lugar a la adopción de los mecanismos diferenciales allí previstos.



En efecto, las dificultades asociadas a:

- dispersión geográfica;
- baja densidad poblacional;
- atomización del aseguramiento;
- insuficiencia de economías de escala;
- y limitada capacidad instalada en determinados territorios

Estas, constituyen condiciones objetivas preexistentes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, particularmente en municipios y departamentos donde históricamente se han evidenciado mayores dificultades para garantizar continuidad, acceso efectivo y suficiencia de red.

Precisamente por ello, la motivación del decreto identificó la necesidad de adoptar mecanismos regulatorios dirigidos a fortalecer la capacidad operativa del aseguramiento en dichos territorios, armonizando la organización territorial de las EPS con parámetros mínimos de sostenibilidad y capacidad de gestión del riesgo en salud.

Desde esa perspectiva, la suspensión provisional del Decreto 0182 de 2026 implica la interrupción temporal de instrumentos regulatorios concebidos precisamente para intervenir sobre problemáticas previamente identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus competencias de dirección y organización del sistema.

Así mismo, debe resaltarse que el propio decreto reconoció expresamente la existencia de riesgos sistémicos asociados al deterioro operativo y financiero de las entidades promotoras de salud, entendidos como escenarios capaces de generar efectos en cadena que comprometan:

- la continuidad en la prestación de servicios;
- la estabilidad financiera del sistema;
- y la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

En consecuencia, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, las medidas regulatorias suspendidas no fueron concebidas como mecanismos restrictivos del sistema, sino como herramientas orientadas precisamente a prevenir escenarios de inestabilidad y fragmentación que pudieran comprometer la continuidad y sostenibilidad del aseguramiento en determinados ámbitos territoriales.

Por ello, el análisis de los efectos derivados de la suspensión provisional del decreto también requiere considerar que la permanencia de los problemas estructurales previamente identificados puede incidir sobre:

- la capacidad efectiva de operación territorial del aseguramiento;
- la suficiencia de las redes de prestación;
- la continuidad en la atención;
- y la estabilidad operativa del sistema en territorios con mayores dificultades demográficas y geográficas

3.7.2. Riesgos asociados a la continuidad de esquemas fragmentados de operación del aseguramiento en salud y suspensión del decreto 182 de 2026.

Desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, uno de los principales problemas identificados en el análisis que soportó la expedición del Decreto 0182 de 2026 correspondió a la existencia de esquemas territorialmente fragmentados de afiliación, particularmente en municipios con baja densidad poblacional, limitada capacidad instalada de servicios y dispersión geográfica significativa.

En dichos escenarios, la coexistencia de múltiples EPS con bases poblacionales reducidas puede generar dificultades operativas asociadas, entre otros aspectos, a:

- insuficiencia de economías de escala;
- limitada capacidad de contratación de redes integrales;
- fragmentación de la gestión del riesgo;
- dificultades de coordinación territorial;
- y mayores riesgos de discontinuidad en la prestación de servicios.

Precisamente por ello, el artículo 2.5.2.7.3 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el Decreto 0182 de 2026, definió criterios mínimos de participación poblacional y límites máximos de operación territorial orientados a garantizar “economías de escala, eficiencia operativa y sostenibilidad financiera”.

Desde el ámbito técnico de la operación del aseguramiento, dichos criterios responden a una lógica funcional del sistema de salud según la cual la capacidad efectiva de gestión del riesgo en salud y articulación de redes depende, en buena medida, de contar con una escala mínima de operación territorial que permita:

- consolidar redes suficientes de prestación;
- gestionar adecuadamente cohortes poblacionales;
- garantizar continuidad en tratamientos;
- y sostener financieramente la operación del aseguramiento.

En efecto, en territorios con baja población o alta dispersión geográfica, la fragmentación excesiva de afiliados entre múltiples operadores puede generar escenarios en los cuales determinadas EPS mantienen participaciones marginales insuficientes para garantizar: capacidad resolutiva territorial; suficiencia de red; seguimiento integral de pacientes; y continuidad efectiva en la atención de la población afiliada.

Bajo esa lógica, los mecanismos diferenciales incorporados en el decreto buscaron precisamente mitigar riesgos asociados a operaciones territorialmente insuficientes del aseguramiento, particularmente en municipios donde la dispersión poblacional y la limitada oferta de servicios dificultan el funcionamiento eficiente de múltiples operadores con baja participación relativa.



Así mismo, debe resaltarse que el propio decreto estableció expresamente que los mecanismos adoptados tenían como finalidad “corregir fallas estructurales identificadas, tales como la fragmentación excesiva de la afiliación, la insuficiente escala poblacional para la adecuada gestión del riesgo en salud, la ineficiencia operativa y los riesgos para la sostenibilidad financiera”.

En consecuencia, desde la perspectiva técnica de la operación del aseguramiento, la continuidad de esquemas altamente fragmentados de afiliación puede mantener o profundizar problemáticas previamente identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con: sostenibilidad operativa, suficiencia territorial de redes, gestión integral del riesgo, continuidad de la atención y estabilidad del aseguramiento en determinados territorios.

Por ello, el análisis de proporcionalidad respecto de la suspensión provisional del decreto también exige valorar que las medidas regulatorias suspendidas fueron concebidas precisamente como mecanismos orientados a intervenir riesgos estructurales previamente identificados en la operación territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ese contexto, resulta se advierte que la suspensión temporal de dichas herramientas regulatorias puede dificultar la implementación de mecanismos de organización territorial diseñados para intervenir problemáticas previamente identificadas en determinados municipios y departamentos del país, particularmente aquellos caracterizados por: baja densidad poblacional; dispersión geográfica; limitada capacidad instalada y operación fragmentada del aseguramiento.

Así mismo, debe resaltarse que el decreto incorpora instrumentos específicos orientados a garantizar continuidad del aseguramiento en escenarios de reorganización territorial, incluyendo reglas obligatorias de recepción de afiliados; mecanismos de transición; plazos mínimos de preparación para EPS receptoras; criterios de distribución proporcional y obligaciones expresas de continuidad en la prestación de servicios.

Desde esa óptica, las disposiciones suspendidas no estaban orientadas únicamente a modificar condiciones de operación de las EPS, sino también a estructurar mecanismos regulatorios dirigidos a evitar vacíos de cobertura y garantizar continuidad de aseguramiento frente a escenarios de ajuste territorial o retiro de operación en determinados municipios.

Bajo esa lógica, el análisis de proporcionalidad asociado a la medida cautelar no solo involucra la valoración de los eventuales impactos derivados de la implementación del decreto, sino también la consideración de los efectos asociados a la suspensión temporal de herramientas regulatorias orientadas a corregir problemáticas estructurales previamente identificadas en la operación territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.8. En torno a la adopción de una medida cautelar

En primer lugar, dentro de los poderes del juez relacionados con la protección de derechos, se encuentran las medidas cautelares cuyo objetivo consiste en evitar futuros daños por la



aplicación de alguna medida. El instituto de medida cautelar ha sido definido por la Corte Constitucional, recientemente, en los siguientes términos:

97. *Ámbito general de las medidas cautelares.* En los casos que la Corte Constitucional ha estudiado las medidas cautelares ha partido de concebirlas como una *actuación provisional* adoptada por una autoridad judicial o administrativa con el fin de asegurar la efectividad de un derecho o el resultado definitivo de una decisión. Ello, puesto que una medida cautelar no se restringe a garantizar el cumplimiento de una obligación legalmente constituida, sino que también puede extenderse a aquellas situaciones en las que no existe certeza jurídica sobre el cumplimiento del derecho. Es decir, una medida de tal carácter puede ser decretada incluso cuando la situación jurídica no está plenamente demostrada. Por tal razón, la Corte Constitucional ha señalado que las medidas cautelares han tenido por finalidad: (i) garantizar el ejercicio efectivo de un derecho legalmente reconocido, (ii) impedir que se modifique una situación de hecho o derecho y (iii) asegurar los resultados de una decisión judicial o administrativa futura, mientras se adelanta y concluye la actuación respectiva.

98. Esta Corporación ha establecido que, por el tipo de actuación que representan y por el impacto en el ejercicio de los derechos, las medidas cautelares presentan ciertos *rasgos distintivos*: (i) su *temporalidad*, es decir, son medidas de carácter provisional, concebidas para subsistir mientras se mantengan las condiciones que justificaron su adopción. Así, pueden ser modificadas o levantadas si dichas condiciones cambian o así lo solicitan las partes; (ii) un *carácter protector*, pues pueden ser adoptadas aun cuando no exista certeza plena sobre el derecho cuyo cumplimiento se busca garantizar. No dependen de la existencia de un derecho plenamente probado, sino de una apreciación inicial que justifique su necesidad para evitar un perjuicio mayor. Y (iii) su *naturaleza no sancionatoria*, en tanto no constituyen ni tienen la pretensión de una sanción, ya que, aun cuando pueden afectar los intereses de las personas contra quienes se dirigen, su finalidad no es castigar sino garantizar la protección de un derecho actual o eventual. Como lo ha indicado esta Corte desde la Sentencia C-523 de 2009, estas medidas “no tienen la virtud ni de desconocer ni de extinguir el derecho”.²

Con base en lo anterior, y frente a un desconocimiento del principio de legalidad acto administrativo, es necesario que resulten suficientemente demostrados los elementos que suponen ese ejercicio preventivo y de cautela, es decir, se requiere un rigor en la medida que supere las especulaciones o figuraciones ideológicas que puede presentar un demandante y es lo que debe tenerse en cuenta en los artículos 229 a 231 y 234 de la Ley 1437 de 2011 en correspondencia con el artículo 25 de la Ley 472 de 1998. Esto se ha expresado en abundante jurisprudencia administrativa en el sentido de destacar que para

² Corte Constitucional de Colombia. (2025). Sentencia C-298/25. MP: Juan Carlos Cortés González. 3 de julio de 2025.



el juez de instancia no resulta suficiente esmerar la cautela en la aplicación de una medida, sino que, además, le exigible un estudio profundo de ponderación y con ello la revisión de idoneidad, necesidad y proporcionalidad³.

Es precisamente la carencia que tiene el mencionado Auto pues no está revestido de un análisis de ponderación de la medida, así lo diga expresamente en un apartado.

3.9. Propósito del Decreto 182 de 2026 y transición en el proceso de aplicación

Uno de los problemas que se han detectado en el SGSSS y que ha sido reconocido por la Corte Constitucional en varias de sus decisiones, entre ellas en la sentencia T-760 de 2008, consiste en la necesidad de garantizar el acceso real y efectivo al derecho a la salud, en sus diferentes dimensiones, a toda la población residente en el territorio nacional. Lo anterior porque la afiliación a una EPS no es sinónimo de acceso; de las razones que crean barreras para lograrlo están, sin duda alguna, la atomización de regiones con múltiples EPS, algunas con una cantidad mínima de afiliados que no tendrían la capacidad necesaria para la garantía del derecho fundamental, en sus diversas dimensiones, a todos los afiliados.

La organización del aseguramiento exige, por lo tanto, establecer mecanismos diferenciales para su operación y de esta manera propender tanto por la sostenibilidad financiera del sistema como por la adecuada gestión del riesgo en salud y la equidad territorial en la operación de estas entidades. Este propósito no es, en manera alguna, caprichoso, sino que tiene su base en una fragmentación del aseguramiento que se deriva de los siguientes aspectos debidamente comprobados:

- Baja escala poblacional.
- Dispersión geográfica
- Limitaciones operativas que dificultan la conformación de redes suficientes y afectan la eficiencia del sistema.

Frente a esta situación, y en desarrollo de lo previsto en el artículo 2° de la Ley 1751 de 2015, la norma introduce una serie de criterios para la operación territorial del aseguramiento, utilizando como referencia escalas poblacionales y reglas de participación mínima de afiliados, con el fin de asegurar una operación más ordenada, viable y sostenible del sistema de salud.

Pero lo que es más cierto aún, es que el mismo no constituye una orden de traslado inmediato, automático o masivo de afiliados a una EPS específica, sino una regulación general sobre el ordenamiento territorial del aseguramiento, tema que al magistrado pasa por alto.

Para el efecto el artículo 2.5.2.7.4, del Decreto 182 de 2026, establece lo siguiente:

³ Ver, por ejemplo, CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, subsección C, sentencia de 13 de mayo de 2015, CP Jaime Orlando Santofimio, expediente 11001-03-26-000-2015-00022-00(53057).



“ Artículo 2.5.2.7.4. Actualización del ámbito territorial de autorización de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco de la aplicación de los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional. La Superintendencia Nacional de Salud actualizará el ámbito territorial en los actos administrativos que autorizan el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que cuenten con autorización o habilitación vigente, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Decreto. Durante este término se mantendrá vigente el certificado actual.

Es evidente que cuando fue expedido el Auto que se recurre, ninguna EPS había perdido su habilitación ni funcionamiento en los territorios en los cuales estaba operando. Solo con rebasado ese plazo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5.2.7.5, únicamente a partir de la notificación de los actos de actualización territorial al Ministerio, este y la ADRES cuentan con cinco días para realizar la asignación, en los términos de esa norma, así:

b) La asignación especial de afiliados quedará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social entregue a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los afiliados que le fueron asignados. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, tendrán como mínima quince (15) días calendario previos a la efectividad de la asignación especial, para adelantar las acciones necesarias, que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada a partir de la fecha de efectividad de la asignación especial. Estas últimas deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.1.11. 6 del Decreto 780 de 2016, o la norma que la modifique o sustituya.

3.10. Conjeturas y realidades en cuanto de amenaza al derecho fundamental a la salud.

Los argumentos de impacto en la demanda tienen que ver con el traslado de las personas a la Nueva EPS por su situación actual. Lo que se advierte de manera indudable es que la Magistrada asume como verdaderas todas las afirmaciones del demandante sobre esa EPS, sin ningún soporte sino solo a través de una percepción evidente que, en este caso, requería de una prueba más allá de lo que afirme el demandante. Son argumentos que tienden a ocultar el verdadero objetivo del Decreto 182 que ya se ha expresado.

La norma se sustenta en fortalecer la capacidad operativa del sistema de aseguramiento en salud, mediante la adopción de criterios regulatorios destinados a corregir problemas estructurales derivados de la fragmentación de la afiliación en determinados territorios y de la insuficiencia de escala poblacional para la adecuada gestión del riesgo en salud. En este contexto, lejos de constituir una amenaza para los derechos colectivos invocados, las medidas regulatorias previstas en el Decreto 182 de 2026 se inscriben dentro de las competencias del Estado para organizar el sistema de salud y adoptar decisiones orientadas a garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, la



sostenibilidad del aseguramiento y la adecuada gestión del riesgo en salud de la población afiliada.

Así las cosas, los argumentos facticos de la demanda no logran demostrar la existencia de una amenaza real, concreta e inminente a los derechos colectivos invocados.

Sin duda, la decisión contiene un evidente sesgo pues si bien la Magistrada cuestiona la decisión gubernamental, no cuenta con un estudio técnico que avale lo manifestado por el demandante y olvida, o deja de lado, que el decreto busca una ordenación técnica razonable y equitativa para corregir las fallas estructurales del mercado y la distribución irracional de la población en el territorio nacional, no es una norma *ad hominem* dirigida a un solo actor. Al suspender el decreto por la situación de una sola EPS, el Tribunal impide la corrección de las fallas de todo el sistema.

En efecto, la regulación contenida en el Decreto 182 de 2026 se orienta a corregir problemas estructurales identificados en la operación territorial del aseguramiento en salud, particularmente aquellos derivados de la fragmentación excesiva de la afiliación en determinados territorios, la insuficiencia de escala poblacional para la adecuada gestión del riesgo en salud y las dificultades para la conformación de redes integrales de prestación de servicios. La persistencia de estos problemas estructurales limita la capacidad del sistema para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, dificulta la articulación entre aseguradores y prestadores y genera ineficiencias que afectan la gestión de los recursos del sistema. En este contexto, la adopción de medidas regulatorias orientadas a mejorar la organización territorial del aseguramiento constituye una herramienta legítima del Estado para garantizar la sostenibilidad del sistema y fortalecer la protección del derecho fundamental a la salud.

La suspensión de los efectos del Decreto 182 de 2026, lejos de proteger, pone en grave peligro la estabilidad y continuidad del SGSSS, configurando un riesgo sistémico. Al dejar sin efecto la norma, se obliga al Estado a mantener una fragmentación excesiva de la afiliación en zonas geográficamente dispersas e inviables desde el punto de vista financiero y operativo. Esto dificulta la implementación de Modelos Integrales de Atención en Salud (MIAS) y la gestión integral del riesgo en salud, lo cual puede generar un escenario de inseguridad jurídica que dificulta la planificación y organización de la operación del aseguramiento en salud en diversos territorios del país.

3.11. La demanda no está fundada en apariencia de buen derecho o *fummus boni iuris*

No puede entenderse este requisito cumplido con meros desacuerdos en el alcance de las normas, ni hipótesis o críticas orientadas a priorizar la libre actividad económica sobre el interés general, sino que debe existir esa apariencia de buen derecho en la demanda. Así, la supuesta afectación a la libertad de elección dentro del sistema de salud, sin considerar que dicho principio no tiene un carácter absoluto y debe armonizarse con otros principios estructurales del sistema, tales como la eficiencia en la prestación del servicio, la sostenibilidad financiera del sistema y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud



para toda la población y con la Ley 1751 de 2015. Es más, el artículo 69 la Ley 1753 de 2015, que se mantiene vigente, prevé:

ARTÍCULO 65. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

PARÁGRAFO 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.

PARÁGRAFO 2°. Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros. (Se subraya)

De esta manera, la posibilidad de que en determinados territorios se produzcan ajustes en la distribución de afiliados entre entidades aseguradoras no puede ser interpretada automáticamente como una vulneración de la libertad de elección, particularmente cuando dichas medidas responden a criterios regulatorios orientados a mejorar la organización del sistema de salud y a garantizar condiciones adecuadas para la prestación de los servicios, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015.

3.12. La ponderación de intereses



La funcionaria judicial no examina, con rigor, las consecuencias que podría generar la suspensión de una regulación destinada precisamente a corregir problemas estructurales en la organización territorial del aseguramiento en salud. Para el despacho no tienen cabida las reflexiones de mejora en la organización del Sistema, en la conformación de redes integrales de prestación de servicios y en la garantía de la continuidad del aseguramiento en el territorio nacional. No realiza un balance, o ponderación de intereses, sino que se dirige, sin meditarlo mucho y sin ningún soporte, a lo afirmado por el demandante.

El análisis efectuado por el despacho se concentra principalmente en los posibles riesgos derivados de la implementación del Decreto 182 de 2026, sin examinar con profundidad las consecuencias que podría generar la suspensión de una regulación destinada precisamente a corregir problemas estructurales en la organización territorial del aseguramiento en salud.

En efecto, la suspensión del decreto implica impedir temporalmente la aplicación de medidas regulatorias orientadas a mejorar la gestión del riesgo en salud, fortalecer la conformación de redes integrales de prestación de servicios y garantizar la continuidad del aseguramiento en determinados territorios del país. En consecuencia, el despacho omitió considerar que la paralización de estas medidas puede generar efectos adversos para la organización del sistema de salud y para la garantía del derecho fundamental a la salud de la población afiliada.

Ahora bien, a continuación se proceder a explicar porque la medida de suspensión no es idónea ni necesaria y tras un análisis de proporcionalidad, como se demostrará, es claro que la misma tampoco supera el estudio de ponderación de intereses.

La medida no es idónea. El objeto del Decreto es “la implementación de mecanismos diferenciales orientados a garantizar la equidad, la sostenibilidad financiera y el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el territorio nacional’ especialmente, en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional, para la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional.”

Su expedición responde a un diagnóstico de “fragmentación excesiva de la afiliación, la insuficiente escala poblacional para la adecuada gestión del riesgo en salud, la ineficiencia operativa y los riesgos para la sostenibilidad financiera, particularmente en territorios con baja densidad poblacional, alta dispersión geográfica y limitaciones en la capacidad institucional y en la oferta de servicios de salud.”

La medida de suspensión del decreto, produce un efecto devastador, sobre la base de la articulación interinstitucional entre las distintas entidades que participan en la implementación del Decreto, desactivando los mecanismos de coordinación, gobernanza y continuidad del aseguramiento que la norma exige. Ahora bien, el resultado más gravoso lo reciben las poblaciones vulnerables que viven en las zonas dispersas del país, quienes quedan expuestas a vacíos operativos que la medida cautelar genera, en abierta contradicción con lo establecido en el artículo 49 de la Constitución y en el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, que impone al Estado el deber ineludible de garantizar la continuidad, oportunidad, integralidad y calidad en la atención y con los principios de eficiencia,



universalidad, solidaridad y progresividad que rigen el servicio público de salud. Por lo anterior, la medida cautelar solicitada no supera el juicio de idoneidad.

La medida no resulta necesaria en atención a que existen otras medidas menos lesivas para el interés público, como lo son, por ejemplo, la expedición de actos administrativos reglamentarios, lineamientos técnicos y ejercicios de coordinación institucional, que permitan aclarar dudas sin la necesidad de frenar la implementación del Decreto.

Por último, la medida resulta desproporcionada en estricto sentido, en atención a que el sacrificio al interés general que genera es manifiestamente superior al beneficio que la medida cautelar otorga. La suspensión total e indefinida en la ejecución del Decreto 182 de 2026 paraliza el conjunto de reglas que se definieron para corregir fallas estructurales del mercado del aseguramiento, garantizar la continuidad del servicio en zonas dispersas y de baja densidad poblacional, y fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema.

La medida impide que los usuarios ubicados en municipios con escasa oferta de aseguramiento accedan a garantías de continuidad y cobertura que el propio Decreto les buscaba proveer. Así las cosas, los perjuicios que la medida origina al interés general son ciertos y concretos, en tanto que el daño que con la medida se pretende evitar es hipotético, futuro y evitable mediante instrumentos cautelares, menos gravosos que la medida adoptada.

En conclusión, desde este Ministerio, no se advierte que el contenido normativo del Decreto 0182 de 2026 comporte, por sí mismo y de manera directa, una afectación cierta, inmediata y automática del derecho fundamental a la salud, de la libre escogencia o de los principios de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad del servicio, en los términos expuestos en el Auto del 4 de mayo de 2026 por el contrario, este se orienta a fortalecer la organización territorial del sistema, prevenir riesgos sistémicos asociados a la fragmentación operativa del aseguramiento y garantizar condiciones de continuidad y sostenibilidad en la prestación de los servicios de salud en distintos ámbitos territoriales del país.

IV. PETICIÓN

Por las consideraciones fácticas y jurídicas expuestas, se solicita al Honorable Consejo de Estado, **REVOCAR** el ordinal “Primero” del auto del 21 de octubre de 2025 proferido dentro del expediente del asunto a través del cual se resolvió “*DECRETAR LA SUSPENSIÓN PROVISIONAL de los efectos del Decreto 0182 de 25 de febrero de 2026, «Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones»*”

De la señora Consejera, con el debido respeto,



Cordialmente,

JUAN CAMILO ESCALLÓN RODRÍGUEZ

Abogado de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social