

Bogotá D.C., 15 de agosto de 2025

Magistrados

CONSEJO DE ESTADO - SECCIÓN PRIMERA

(Reparto)

E.S.D.

Asunto: Nulidad en contra del Decreto 858 de 2025 con solicitud de medida cautelar de urgencia.

Actor: Fundación para el Estado de Derecho (FEDe. Colombia).

Accionado: Presidente de la República y Ministerio de Salud y Protección Social.

Cordial saludo:

La **FUNDACIÓN PARA EL ESTADO DE DERECHO**, identificada con NIT 901.652.590-1, representada en este acto por el suscrito representante legal, organización que tiene por objeto defender el Estado de Derecho, las libertades individuales, la ciudadanía democrática y el gobierno constitucional en Colombia, en ejercicio de los derechos fundamentales a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político (artículo 40 constitucional) presenta el medio de control de **NULIDAD SIMPLE** en contra de los artículos **2.11.2.1.1, 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.3, 2.11.2.1.4, 2.11.2.1.5, 2.11.2.1.6, 2.11.2.1.7, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.3, 2.11.2.2.4, 2.11.2.2.5, 2.11.2.2.6, 2.11.2.2.7, 2.11.2.2.8, 2.11.2.2.9 y 2.11.3.1.** del Decreto 858 de 2025 “*Por la cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*” expedido por el **PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA** y el **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, conforme se expone a continuación.

I. PARTES

1.1. Demandante:

La **Fundación para el Estado de Derecho** (en adelante **FEDe. Colombia**), identificada con NIT 901.652.590-1, representada en este acto por el suscrito representante legal.

1.2. Demandado:

El **Presidente de la República**, representado judicialmente por Gustavo Francisco Petro Urrego, o quien haga sus veces.

El **Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-**, representado judicialmente por Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez o quien haga sus veces.

II. NORMA DEMANDADA

Decreto 858 de 2025

(julio 30)

“Por la cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo”

[...]

Artículo 2.11.2.1.1. Gobernanza y Gobernabilidad del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá y coordinará la adopción,

difusión, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo en todo el territorio nacional. Las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal en ejercicio pleno de las competencias asignadas por Ley, establecerán mecanismos para adoptar, difundir, implementar, monitorear y evaluar el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo en el ámbito de su jurisdicción garantizando la coordinación intersectorial y transectorial y la participación activa e incidente de los actores del sector salud, los otros sectores, los actores sociales y comunitarios, los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+, y la población en general. Se realizará rendición de cuentas conforme a los términos previstos en el título I, capítulo I de la Ley 1757 de 2015.

Artículo 2.11.2.1.2 Estructura para la gobernanza en salud. *Las instancias de gobernanza en salud para apoyar el proceso de implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, serán las siguientes:*

Órganos de dirección:

En el nivel nacional: el Ministerio de Salud y Protección Social.

En nivel territorial: los departamentos, distritos y municipios, en el marco de las competencias establecidas por ley, quienes asumirán el liderazgo.

Instancias de coordinación:

En el nivel nacional: la Comisión Intersectorial de Salud Pública

En el nivel territorial: los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y los Comités de coordinación de las RIITS.

Instancias y formas de participación social y comunitaria:

En el nivel nacional: la Instancia Nacional de Participación Ciudadana en Salud, cuya función es brindar soporte técnico y estratégico al Ministerio y a las entidades que conforman el sector administrativo de salud.

En los niveles departamental, distrital y municipal: los Comités de Participación Comunitaria en Salud, las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas en salud, los comités de ética hospitalaria, las juntas asesoras comunitarias en salud, las juntas de acción comunal, las asociaciones de usuarios campesinos, las mesas de participación efectiva de víctimas del conflicto armado interno, y otras instancias de participación social y comunitaria que operen en el departamento, distrito o municipio.

Para el nivel municipal se garantizará la participación de las personas, familias y comunidades que habitan en los territorios y microterritorios a través de los mecanismos e instituciones existentes en los territorios para la adopción, difusión, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Parágrafo. En los territorios donde existan autoridades de los pueblos y comunidades étnicas, las formas de participación deberán concertarse de acuerdo con los modelos de salud propios e interculturales.

Artículo 2.11.2.1.3. Funciones de las instancias de gobernanza en salud. *Los órganos de dirección cumplirán las funciones de regulación y formulación de políticas en salud, conforme a las facultades otorgadas por la ley y por el presente decreto, y garantizarán la integración efectiva de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y las instancias de*

participación social en los procesos de adopción, difusión, implantación, ejecución, seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

El Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la rectoría del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el marco de sus competencias liderarán la adopción, implementación, seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo en el ámbito de su jurisdicción, garantizando la coordinación intersectorial y transectorial y la participación activa e incidente de los actores del sector salud, los otros sectores, los actores sociales y comunitarios, los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+, otras poblaciones por condición y/o situación y la población en general.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública coordinará acciones con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y demás instancias territoriales de toma de decisiones en salud, promoviendo mecanismos que integren recomendaciones y estrategias para la adopción, implementación y evaluación del Modelo en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública.

Los Comités de Participación Comunitaria en Salud, las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas en salud, los comités de ética hospitalaria, las juntas asesoras comunitarias en salud, las juntas de acción comunal, las asociaciones de usuarios campesinos, las mesas de participación efectiva de víctimas del conflicto armado interno, y demás instituciones y mecanismos de participación ciudadana presentes en el territorio participarán activamente en la adopción, implementación, seguimiento, evaluación y control social del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo.

Artículo 2.11.2.1.4. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. *Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, como órganos consultivos y deliberativos establecidos a nivel departamental, distrital y municipal, integrarán dentro de su agenda y plan de trabajo lo concerniente a la adopción, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, formulando recomendaciones que orienten las decisiones de las autoridades sanitarias en su jurisdicción.*

Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales podrán incorporar en la agenda del sector salud y en sus planes de acción en salud las recomendaciones formuladas por los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud en relación con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo de acuerdo con las orientaciones que para tal efecto emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2.11.2.1.5. Gestión Territorial Integral en Salud Pública. *Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal implementarán, en el marco de la adopción, implementación, seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo fundamentado en Atención Primaria en Salud y en el ámbito de su jurisdicción, la gestión territorial integral de la salud pública, entendida como el conjunto de planes, programas, proyectos, estrategias y procesos desarrollados para garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas, familias y comunidades e incidir positivamente en los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales y los relacionados con el cambio climático y la paz, en conjunto con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, los sectores de gobierno, otros sectores de desarrollo, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general.*

Artículo 2.11.2.1.6. Territorialización en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. *Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con*

las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios planificarán y organizarán la respuesta en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo a través de la territorialización en salud, entendida como un proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales en las que se construye la salud y la vida de las personas, familias y comunidades y se configuran los determinantes sociales de la salud,

La territorialización se estructurará en Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud RIITS con un abordaje municipal por territorios y micro territorios e intermunicipal, departamental o interdepartamental por subregiones y regiones funcionales para la gestión integral territorial en salud pública, asegurando el acceso a servicios de salud universales, equitativos y en condiciones de calidad y eficiencia que respondan a las necesidades de las personas, familias y comunidades en los entornos donde transcurre la vida.

Parágrafo 1. *Con el propósito de fortalecer el proceso de adopción, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo, las Entidades Territoriales podrán acudir a esquemas asociativos territoriales, en los términos previstos en el Decreto 1033 de 2021. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá y facilitará la conformación voluntaria de estos esquemas, con énfasis en las subregiones y regiones funcionales para la gestión integral territorial en salud pública.*

Parágrafo 2. *La territorialización en salud se armonizará con las formas de funcionamiento de los modelos propios e interculturales de los pueblos y comunidades étnicas, incluyendo el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), conforme a los lineamientos que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.*

Artículo 2.11.2.1.7. Regiones y Subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública. *De conformidad con lo previsto en la Ley 1454 de 2011 y la Ley 1962 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, la organización funcional para la gestión territorial integral en salud pública en regiones y subregiones, teniendo en cuenta, entre otros criterios los siguientes: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socioeconómicas; ii) ajuste de modelos de territorialización basado en la proximidad entre municipios o distritos de distintas tipologías; iii) validación de divisiones territoriales basadas en el acceso, la cobertura y las capacidades territoriales; iv) distribución de la infraestructura sanitaria, v) análisis de situación de salud de los territorios y vi) indicadores de salud trazadores. Esta organización funcional no modifica la división político-administrativa del país ni crea nuevas Entidades Territoriales.*

[...]

Artículo 2.11.2.2.1. Conformación, organización y gobernanza de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud RIITS. *Las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, conformarán y organizarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS entendidas como el conjunto de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos y proveedores de tecnologías en salud, que se articulan y coordinan de manera armónica y secuencial, conforme con las competencias y responsabilidades establecidas en la normatividad vigente, fortaleciendo la capacidad operativa y de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública para garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutiveidad del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.*

Parágrafo 1. La conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS se realizará con fundamento en los análisis funcionales de red realizados en coordinación con las Entidades Territoriales Municipales, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Administradoras de Riesgos Laborales en lo de su competencia, los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos y los proveedores de tecnologías en salud conforme con lo establecido en el artículo 62° de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 7 de la Ley 1966 de 2019 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social armonizará el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado - E.S.E o las entidades que hagan sus veces de los que trata el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 con las disposiciones que se establezcan para la conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS.

Parágrafo 3. Los servicios de salud que se ofertan en las estructuras organizadas para dar respuesta a los compromisos de acuerdos de paz o procesos de negociación harán parte de las Redes Integrales Integradas Territoriales de Salud - RIITS para garantizar la oportunidad, la continuidad, la integralidad en el Cuidado integral de la Salud.

Artículo 2.11.2.2.2. Estructura de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud.

Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud RIITS, estarán constituidas por un Nivel Primario y un Nivel Complementario, los cuales operarán, de manera articulada y coordinada para garantizar la continuidad, integralidad y resolutivez del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

El Nivel Primario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud RIITS, es el componente en el que se integran los servicios de baja y mediana complejidad, prestados por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas, privadas y mixtas, las cuales se organizarán funcionalmente en Centros de Atención Primaria en Salud CAPS de manera progresiva; los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes. En este nivel se integran las acciones que realizan los Equipos de Salud Territorial/Equipos Básicos de Salud y se articulan los servicios prestados por entidades con objeto social diferentes a la prestación de servicios de salud.

El Nivel Complementario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud-RIITS, es el componente en el que se integran los servicios de salud de mediana y alta complejidad que cuentan con una mayor especialización, alta tecnología y talento humano en salud, utilizando la referencia desde el nivel primario, y complementándose a nivel regional y nacional cuando se requiera.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios para la conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIITS, en concordancia con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo Dicha reglamentación deberá ser expedida en un plazo máximo de tres (3) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.

Parágrafo 2. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS deben operar guardando la configuración territorial determinada en las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

Parágrafo 3. Los prestadores de servicios salud públicos, privados y mixtos, considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social como integrantes de las redes de referencia nacional o departamental para el manejo óptimo de condiciones de salud como el cáncer, la salud mental, las enfermedades huérfanas -que incluyen las

enfermedades raras, ultra huérfanas y de baja prevalencia-, entre otras, y los proveedores de tecnologías en salud, operarán de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS, apoyando el accionar de los primario y complementario.

Artículo 2.11.2.2.3. Habilitación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS. *El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS de los departamentos y distritos, de acuerdo con el procedimiento y los mecanismos de orden metodológico y tecnológico que esta entidad defina. Este procedimiento será expedido en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.*

Artículo 2.11.2.2.4. Comité de coordinación de las RIITS. *Las Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital constituirán e implementarán el Comité de Coordinación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud RIITS, que tendrá por objeto la planificación, conformación, organización, seguimiento y evaluación de las RIITS. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición y publicación del presente Decreto, reglamentará el funcionamiento del*

Comité. Parágrafo. El Comité estará conformado por representantes de la entidad territorial, las Entidades Promotoras de Salud - EPS que operen en el respectivo territorio, prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, proveedores de tecnologías, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, así como de actores sociales y comunitarios, con el fin de garantizar la coherencia en la articulación operativa de las redes, la gestión territorial integral en salud pública, y la continuidad en la atención.

Artículo 2.11.2.2.5. Estrategias para el cuidado integral de la salud. *Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces, las Administradoras de Riesgos laborales en lo de su competencia y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos que conformen las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS en el marco del proceso de cuidado integral de la **salud implementarán mecanismos para garantizar la adscripción poblacional y territorial**, el acceso y primer contacto, la integralidad y la coordinación de las acciones desarrolladas a través del plan de beneficios en salud, el plan de salud pública de intervenciones colectivas, las prestaciones asistenciales a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales y la oferta institucional territorial, con fundamento en los principios de concurrencia y complementariedad, para lograr la universalidad, territorialización, sistematicidad, permanencia y resolutiveidad de la respuesta en salud conforme con las prioridades territoriales.*

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los requisitos y condiciones en un plazo máximo de ses (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, que deben cumplir las Administradoras de Riesgos Laborales en materia de promoción y prevención de la atención primaria en salud en el marco del modelo preventivo predictivo y resolutivo en salud.

Artículo 2.11.2.2.6. Fortalecimiento del nivel primario. *El Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales y las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, en el marco de los principios de concurrencia y complementariedad, desarrollarán estrategias que fortalezcan la capacidad resolutiva en el nivel primario de las redes integrales e integradas territoriales de salud - RIITS, a través de: i). Mejoramiento de la disponibilidad, distribución, formación, condiciones de empleo y trabajo digno y decente del talento humano en salud, ii). La apertura de centros y puestos de salud urbanos y rurales, iii). La implementación de Equipos de Salud Territoriales/Equipos Básicos de Salud, iv). La integración progresiva de especialidades tales como medicina familiar, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general, psiquiatría, geriatría y otras relacionadas con las necesidades en salud del territorio y v). El mejoramiento de infraestructura, dotación y tecnología para la organización funcional como Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS*

Las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces, contratarán con la oferta de prestadores de servicios de salud del nivel primario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS, garantizando la territorialización, resolutivez y permanencia de las acciones.

Las Entidades Promotoras de Salud EPS o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud privados y mixtos que hagan parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud RIITS, en el ejercicio de sus funciones y con fundamento en el fortalecimiento del nivel primario, podrán desarrollar progresivamente las estrategias en los términos propuestos en el primer inciso para contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud en el territorio.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, evaluará dentro de los criterios de habilitación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud RIITS, las estrategias implementadas para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el nivel primario

Artículo 2.11.2.2.7. Organización funcional de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos como Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS. Las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS públicas privadas y mixtas que hagan parte del nivel primario de las redes integrales e integradas territoriales de salud RIITS, se organizarán de manera funcional como Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS que se constituyen como la base territorial, desarrollan los atributos de accesibilidad y primer contacto, longitudinalidad a través de la adscripción poblacional y territorial, integralidad y coordinación e integran procesos de i administración y atención de la ciudadanía, ii. prestación de servicios de salud integrales, integrados y resolutivos y iii. transectorialidad y participación social.

A través de las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS públicas privadas y mixtas que se organicen de manera funcional como Centros de Atención Primaria en Salud CAPS se implementarán acciones universales, territorializadas, sistemáticas y permanentes en desarrollo de la Atención Primaria en Salud APS en articulación con las Entidades Territoriales, los otros sectores y actores sociales y comunitarios. Tendrán a su cargo un territorio y la población que en él habita o transita constituyéndose junto con los Equipos de Salud Territorial / Equipos Básicos de Salud, en el primer contacto y vínculo de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, en un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, los lineamientos con las tipologías de referencia, requisitos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos de nivel primario para organizarse funcionalmente como Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, así como para la adscripción poblacional territorial correspondiente, sin que ello implique modificación de su naturaleza jurídica ni de su régimen institucional.

Parágrafo 2. La organización funcional de las Instituciones Prestadoras de servicios - IPS como Centros de Atención Primaria en Salud CAPS no implica modificación alguna de su naturaleza jurídica, conservando estos su régimen legal y autonomía de acuerdo con su forma de constitución y normativa que les sea aplicable.

Artículo 2.11.2.2.8. Equipos de Salud Territorial: Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos que conformen las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud RIITS, implementarán en los territorios y micro territorios, acciones territorializadas, universales, integrales, integradas, continuas y resolutivas con calidad y oportunidad para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades a través de Equipos de Salud Territorial garantizando en el marco de los principios de concurrencia y complementariedad la articulación de los procesos de gestión territorial

integral en salud y las acciones desarrolladas a través del Plan de Intervenciones Colectivas, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y demás oferta del territorio.

Los Equipos de Salud Territorial brindarán atención y gestionarán la continuidad del cuidado en el nivel complementario de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS o a través de la oferta de los otros sectores de acuerdo con las necesidades identificadas, garantizando el despliegue operativo de los planes de cuidado individual, familiar y comunitario y apoyando la respectiva adscripción poblacional y territorial en las instituciones prestadoras de servicios de salud del nivel primario organizadas funcionalmente como centros de atención primaria en salud. I

Parágrafo: Los Equipos de Salud Territorial harán parte del nivel primario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud - RIITS, conforme a los lineamientos que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos lineamientos deberán ser expedidos en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Artículo 2.11.2.2.9. Programas y estrategias para eventos o condiciones de interés en salud pública. *Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud - EPS o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos desarrollarán, en el marco de las competencias establecidas por Ley, acciones para la promoción de la salud, prevención, control, eliminación y erradicación de eventos o condiciones de interés en salud pública, a través de los programas y estrategias establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

Los planes, programas, proyectos y estrategias operarán en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS buscando el logro de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública, las políticas públicas vigentes y los compromisos internacionales asumidos por el país, tales como la iniciativa de eliminación de enfermedades transmisibles, salud mental, condiciones crónicas, salud ambiental, entre otras.

El personal de salud que hace parte de los programas y estrategias para eventos o condiciones de interés en salud pública y se encuentra vinculado a las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, desarrollará acciones de para la gestión territorial integral de la salud pública en los niveles microterritorial, territorial, municipal, departamental o distrital, subregional y regional, integradas a la operación del nivel primario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS y bajo los principios de concurrencia y complementariedad.

Artículo 2.11.3.1 Operación del Aseguramiento en subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública. *Modifíquese el artículo 2.5.2.3.3.3. el cual quedará así:*

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y en armonía con lo previsto en la normatividad vigente, actualizará los criterios diferenciales y estándares para la autorización, habilitación, permanencia y asignación de afiliados de las entidades responsables del aseguramiento en salud, teniendo como ámbito territorial de referencia las subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública.

Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces podrán obtener autorización de funcionamiento en una o varias de las subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública que se determinen. El ámbito territorial de autorización corresponderá a la organización de la respectiva subregión funcional, y la entidad deberá garantizar la cobertura y el acceso integral, integrado, continuo y de calidad a los servicios de salud en todos los municipios que la componen, articulándose de manera efectiva con los actores

del sistema de salud, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios a través de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)

Parágrafo. *Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quienes hagan sus veces, que sigan operando en virtud de la operación del aseguramiento en las subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública, podrán realizar afiliaciones o aceptar traslados de ambos regímenes, independiente del régimen que tenga autorizado. Para efectos de lo establecido en el presente decreto, no se aplicará la limitación para realizar nuevas afiliaciones y aceptar traslados, establecida en el parágrafo 2 del artículo 2.5.2.3.5.6 del Decreto 780 de 2016.”.*

III. ANOTACIÓN PRELIMINAR

La presente demanda de nulidad simple se instaura en contra los artículos 2.11.2.1.1, 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.3, 2.11.2.1.4, 2.11.2.1.5, 2.11.2.1.6, 2.11.2.1.7, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.3, 2.11.2.2.4, 2.11.2.2.5, 2.11.2.2.6, 2.11.2.2.7, 2.11.2.2.8, 2.11.2.2.9 y 2.11.3.1. del Decreto 858 de 2025, expedido por el Presidente de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cual se adopta el "*Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*".

Esta acción pública tiene como objeto la defensa del ordenamiento jurídico y la protección de principios fundamentales del Estado de Derecho, como la separación de poderes y la supremacía de la Constitución y la ley. Con la expedición del Decreto 858 de 2025, el Gobierno nacional excedió sus competencias y vulneró el principio de reserva de ley al reformar estructuralmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a pesar de que se trata de una materia cuya regulación es competencia exclusiva del Congreso de la República.

El contenido de la demanda se estructura en cuatro cargos principales de violación:

Primero, se argumentará la vulneración del principio de reserva de ley, demostrando cómo el decreto modifica los órganos de dirección y gobernanza del sistema, y altera la arquitectura de prestación de servicios, materias que la Constitución reserva al legislador.

Segundo, se expondrá la violación del principio de legalidad y el exceso de la potestad reglamentaria, evidenciando que el decreto no se limita a ejecutar las leyes vigentes, sino que las modifica, altera, roles y nuevas estructuras y competencias sin habilitación legal para ello.

Tercero, se analizará la infracción de las normas en que el decreto dice fundarse, probando que las disposiciones invocadas en su parte considerativa no otorgan la competencia para una reforma de tal magnitud.

Finalmente, se demostrará cómo la nueva estructura impuesta por el decreto vulnera principios rectores del sistema de salud, tales como la integralidad, la continuidad y la libertad de escogencia de los usuarios.

IV. NORMAS VULNERADAS Y CONCEPTO DE VIOLACIÓN

El Decreto 858 de 2025 fue expedido en contravención de la Constitución y la ley, incurriendo en los siguientes vicios sustanciales que comprometen su validez:

- 4.1. Vulneración de los principios de reserva de ley.
- 4.2. Violación del principio de legalidad y exceso de la facultad reglamentaria.

4.3. Infracción de las normas en que dice fundarse.

4.4. La nueva estructura del modelo de salud vulnera principios que rigen el sistema de salud.

4.1. Los artículos demandados vulneran el principio de reserva de ley.

El principio de reserva de ley es una institución constitucional que protege la democracia al exigir que ciertas materias, designadas por la propia Constitución, sean reguladas exclusivamente por el legislador a través de una ley, en sentido formal o material. Este principio impone un doble límite: impide que el Congreso delegue estas competencias y prohíbe que el poder ejecutivo las regule por sí mismo.

“4.3.1. La cláusula de reserva de ley es una de las manifestaciones de los principios democrático y de separación de poderes, que suponen que las normas que rigen la vida en sociedad reflejen mínimos de legitimidad, al ser la expresión de la soberanía popular, el resultado del procedimiento deliberativo en el proceso de formación de las leyes y el reparto del ejercicio del poder normativo, que significa que el Legislador debe adoptar las decisiones que el Constituyente le ha confiado, y que el instrumento a través del cual estas se reglamentan no puede establecer disposiciones que sean propias del ámbito del Legislador(...)

4.3.2. La reserva de ley exige que la regulación de ciertas materias solo pueda adelantarse mediante ley, o cuando menos se funde en ella, en ciertos casos bajo el concepto de ley en sentido formal, es decir, emanada directamente del Congreso de la República, y denominada estricta reserva legal; y en otros bajo la noción de ley en sentido material, permitiendo la intervención del ejecutivo como excepcionalmente facultado para dictar normas con fuerza de ley (CP. art. 150.10). Lo anterior, significa que el Legislador de ninguna manera puede despojarse de las funciones que la Constitución le ha atribuido para delegarlas, sin más, en otra autoridad so pretexto de su reglamentación.”¹.

En cuanto a la vulneración de este principio como causal de nulidad de los actos administrativos, el Consejo de Estado ha sostenido que la Constitución determina expresamente las materias que están reservadas a la ley, lo que significa que su regulación debe hacerse: (i) mediante una ley en sentido formal, esto es, aquella que surge del trámite legislativo en el Congreso o (ii) a través de decretos leyes, proferidos en ejercicio de facultades extraordinarias conferidas por el Congreso al presidente de la República².

En particular, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, a partir de una interpretación sistemática de la Constitución ha señalado que la reglamentación de la seguridad social en salud es de resorte exclusivo del legislador, y no puede ser asumida por el ejecutivo vía decretos reglamentarios, toda vez que se trata de un servicio público.

En efecto, la Corte Constitucional en Sentencia C-1435 de 2000 compiló su jurisprudencia respecto de la reserva de ley en materia de seguridad social en salud, en los siguientes términos:

*“[...] a partir de una interpretación sistemática de la Carta, en especial de sus artículos 1º, 2º, 56, 150-23, 365, 367, 368, 369 y 370, para la Corte es evidente que, de manera general, **la atribución constitucional para regular todo lo concerniente a los servicios públicos es exclusiva del legislador a quien***

¹ Corte Constitucional. Sentencia C-507 de 2014. (16 de julio de 2014).

² Consejo de Estado de Colombia, Sección Segunda. Radicación: 11001032500020130177600. C.P. Gabriel Valbuena Hernández. (2 de diciembre de 2021).

compete -de conformidad con su reiterada jurisprudencia- establecer aquellos criterios normativos básicos relativos a: ‘la naturaleza, extensión y cobertura del servicio, su carácter de esencial o no, los sujetos encargados de su prestación, las condiciones para asegurar la regularidad, permanencia, constancia, calidad y eficiencia en su prestación, las relaciones con los usuarios, en lo que atañe a sus deberes, derechos, al régimen de su protección y sus formas de participación en la gestión y fiscalización de las empresas que presten el servicio, el régimen tarifario, y la manera como el Estado ejerce el control, la inspección y la vigilancia para asegurar su prestación eficiente (arts. 1, 2, 56, 150-23, 365, 367, 368, 369 y 370 C.P.).’

Entonces, no cabe duda que bajo el actual esquema constitucional, el legislador es el llamado a diseñar el régimen jurídico de la seguridad social en salud, con absoluta y total sujeción a los principios superiores de eficiencia, universalidad y solidaridad, mediante los cuales se busca hacer realidad los objetivos políticos que soportan el llamado Estado Social, contribuyendo así a dar una solución real y efectiva a las necesidades insatisfechas de la sociedad y, en particular, de aquellos sectores de la población cuyas condiciones económicas precarias les impiden asumir por sus propios medios los costos del servicio de atención en salud.”. (Negrilla y subrayas fuera de texto).

A su turno, el Consejo de Estado ha señalado:

“La Sala, además de compartir estos planteamientos, encuentra que la reserva de ley con respecto a las restricciones a los derechos en materia de seguridad social, constituye un importante criterio para el análisis del control de legalidad que debe ejercer sobre los decretos reglamentarios de la legislación de seguridad social.

En efecto, si conforme a la Constitución los mecanismos de acceso al sistema de seguridad social son de competencia exclusiva del legislador, resulta lógico que las restricciones que se impongan para acceder al mencionado sistema deben tener también su fuente en la ley. Corolario de lo anterior, surge la conclusión que las limitaciones o restricciones a los derechos derivados del sistema de seguridad social, contemplados en los reglamentos, deviene ilegales cuando tales limitaciones o restricciones no se derivan de la propia ley reglamentada.”³. (Negrilla y subrayas fuera de texto).

Como se verá a continuación, el decreto demandado vulnera los artículos 2 (fines esenciales del Estado), 150-23 (reserva legal para regular la prestación de servicios públicos), 365 (principio de legalidad de los servicios públicos), 367 (reserva legal para fijar las competencias y responsabilidades relativas a la prestación de los servicios públicos), 369 (reserva legal para fijar derechos y deberes de los usuarios) y 370 (facultad del presidente para reglamentar los servicios públicos) de la Constitución que, de acuerdo con la interpretación sistemática de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, establecen una reserva legal obligatoria en materia de seguridad social, la cual no puede ser desconocida por el gobierno en ejercicio de su potestad reglamentaria.

i) Los artículos demandados modifican la arquitectura del sistema de salud:

La estructura del sistema de seguridad social en salud ha sido diseñada por el legislador, a través de las siguientes disposiciones normativas:

- El artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que el sistema de salud se organiza a través de “*redes integrales de servicios de salud*”, las cuales pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta.

³ Consejo de Estado, Sección Segunda. Radicación: 11001-03-25-000-2006-00049-00(1067-06). (22 de septiembre de 2010).

- A su turno, la Ley 100 de 1993, en sus artículos 155, numeral 2, literal a), 156 literales d), e), h), i), k), o), 177 al 184, señala que la organización de la red de servicios es una función primordial de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), donde cada una conforma su propia red mediante la contratación de IPS para garantizar el plan de beneficios a sus afiliados.
- El numeral 43.2.4 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001 también le asigna a los departamentos una competencia organizativa, pero esta se limita a la red de IPS públicas.
- El artículo 54 de la Ley 715 de 2001 promueve la organización y consolidación de redes para la prestación del servicio de salud a nivel territorial, mediante la articulación de unidades prestadoras para la optimización de recursos. Sin embargo, esto no les otorga la competencia para organizar o gobernar una red única que integre a los prestadores privados o mixtos.
- El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero y en salud, la articulación de servicios y la garantía de calidad, asignando a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la responsabilidad indelegable de cumplir estas funciones tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Adicionalmente, establece reglas específicas para la operación del sistema, como la focalización de los subsidios a través del Sisbén, la eliminación de copagos para el nivel I, la unificación progresiva de los planes de beneficios y la responsabilidad de las aseguradoras en implementar programas de promoción y prevención.
- La Ley 1438 de 2011 en sus artículos 61, 62 y 63 establece la creación y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud como el mecanismo para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La Ley 1450 de 2011 en su artículo 156 establece el programa territorial de reorganización, diseño y modernización de las redes de empresas sociales del Estado (E.S.E).
- La Ley 1757 de 2015 crea el Consejo Nacional de Participación Ciudadana (CNPC). Esta ley establece las normas para la promoción y protección del derecho a la participación democrática.
- El artículo 7° de la Ley 1966 de 2019 ordena a los Departamentos y Distritos reorganizar su oferta de servicios de salud, considerando a todos los prestadores (públicos, privados y mixtos) pero privilegiando la red pública y atendiendo principios de eficiencia y libre competencia. Este proceso puede resultar en la conformación de Empresas Sociales del Estado (ESE) con una administración común para gestionar diferentes niveles de complejidad, siempre y cuando no se afecte la prestación del servicio a los usuarios, y bajo la futura reglamentación que expida el Gobierno nacional sobre la operación de la red.

Ahora bien, los artículos 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.7, 2.11.2.2.1 al 2.11.2.2.7 del decreto demandado establecen la creación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) como un modelo único y obligatorio, arrebatándole la función principal de organización de la red a las EPS y transfiriéndola a las Entidades Territoriales (departamentos y distritos). Como consecuencia de

esto, las Entidades Territoriales deberán conformar las RIITS, imponer una estructura funcional específica (Nivel Primario y Complementario) y crear la figura de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) (artículos 2.11.2.2.6 y 2.11.2.2.7), todo ello en desconocimiento de la estructura estatutaria y legal establecida en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (artículo 13), en la Ley 100 de 1993 (artículos 155, numeral 2, literal a), 156 literales d), e), h), i), k), o), 177 al 184) y en la Ley 715 de 2001 (numeral 43.2.4 del artículo 43 y artículo 54)

De manera similar estos artículos derogan de facto y reemplazan la estructura definida en los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, imponiendo un nuevo modelo jerárquico donde las entidad territoriales son las únicas organizadoras, lo cual altera por completo el esquema de responsabilidades legales.

Adicionalmente, este nuevo modelo desborda la competencia que el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 le otorgó al Ministerio de Salud. Dicha norma es explícita y taxativa al limitar la competencia ministerial a "viabilizar el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado - ESE". Su objeto es, por tanto, el fortalecimiento de la prestación pública de servicios. Sin embargo, los artículos 2.11.2.2.1 al 2.11.2.2.5 del Decreto 858 de 2025 utilizan esta facultad de manera indebida para crear un modelo de red completamente distinto y de alcance universal, las RIITS, que integra de forma obligatoria no solo a las ESE, sino a todos los prestadores privados y mixtos del territorio. En consecuencia, el decreto no reglamenta el programa de modernización de la red pública que la ley autoriza, sino que lo sustituye por un nuevo esquema de prestación de servicios que el legislador no previó, arrogándose una función que le corresponde exclusivamente al Congreso.

En el siguiente cuadro comparativo se analiza como el Gobierno nacional pretende imponer su modelo, desconociendo los artículos 155 literal a), 156 literales d), e), h), i), k), o), 177 al 184 de la Ley 100 de 1993, los artículos 43 y 54 de la Ley 715 de 2001, artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, artículos 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011, el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, el artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y la Ley 1757 de 2025:

Nuevo modelo de salud	Normas vulneradas	Decreto 858 de 2025	Análisis de la vulneración
Concepto y organización principal de la red.	Ley 1751, artículo 13: Establece el principio de que el sistema debe organizarse en "redes integrales de servicios de salud", pero no define quién ni cómo las debe organizar. Ley 100, artículos 156 (d), e), h), i), k), o), 178 (num 3, 4) y	Artículo 2.11.2.2.1 al 2.11.2.2.5.: Ordena que las Entidades Territoriales (departamentos y distritos) son las que "conformarán y organizarán" las RIITS, compuestas por prestadores públicos, privados y mixtos.	El decreto toma un principio general de la Ley Estatutaria (la existencia de redes) y lo usa para alterar la estructura operativa fijado en la Ley 100. También traslada una competencia central de la EPS (organizar su red) a las entidad territoriales. Esto no es una reglamentación, sino una reforma estructural del sistema que redefine roles y competencias, materia que

	179: La EPS es el actor responsable de organizar y garantizar la prestación de servicios. Lo hace conformando su propia red mediante la libre contratación con IPS públicas o privadas para asegurar la atención de sus afiliados. Ley 715, artículo 43.2.4: Asigna a los departamentos la competencia de “Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento”. La competencia se limita explícitamente a la red Ley 1438, artículos 61, 62 y 63: Establecen la creación y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud como el mecanismo para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social		tiene estricta reserva de ley y es potestad del Congreso. Este nuevo modelo desborda la competencia que el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 le otorgó al Ministerio de Salud, la cual se limita explícitamente a la modernización de las redes públicas, y no a la creación de una red integrada obligatoria que incluye a prestadores privados y mixtos.
--	---	--	--

	en Salud. Estas redes deben operar en un territorio poblacional definido y contar con la capacidad técnica, administrativa y financiera para ofrecer de manera integral los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación contemplados en el plan de beneficios. Las EPS son las responsables de garantizar que sus afiliados reciban atención continua, coordinada, eficiente y de calidad a través de dichas redes. Ley 1450 de 2011, artículo 156: Establece el "Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado (ESE)", enfocado exclusivamente en la red pública de salud.		
Estructura obligatoria de la red.	Ley 100, Ley 715 y Ley 1751: Ninguna de las dos leyes impone	Artículo 2.11.2.2.2: Impone una estructura rígida y uniforme para todas las RIITS,	El decreto no se limita a regular las redes existentes, sino que crea e impone por vía reglamentaria nuevas

	un modelo estructural único y obligatorio para las redes de prestación. La Ley 100 otorga a las EPS flexibilidad para conformar sus redes de manera eficiente y competitiva, siempre que garanticen el acceso al plan de beneficios. La Ley 715, artículo 54: Este artículo señala la organización por grados de complejidad y un sistema de referencia, pero no impone una estructura jerárquica específica a nivel nacional. Ley 1438, artículos 61, 62, 63 y 64: Establecen la creación y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud como el mecanismo para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas redes deben operar en un	dividiéndolas obligatoriamente en un “Nivel Primario” y un “Nivel Complementario”. Artículo 2.11.2.2.7: Crea la figura funcional del “Centro de Atención Primaria en Salud – CAPS” como la base territorial obligatoria del nivel primario, y puerta de entrada, al sistema.	figuras y una nueva estructura organizativa (RIITS, CAPS, Niveles Primario/Complementario) que no existen en la ley. Al hacerlo, el ejecutivo está legislando sobre la arquitectura del sistema de salud, invadiendo competencias del Congreso. Los CAPS se constituyen como un agente adicional para acceder al servicio, creando una competencia simultanea con otros agentes limitando la accesibilidad y oportunidad al servicio, en especial a la red complementaria, contrario a la constitución, los principios de todas las leyes: 100, 1122, 1438, y 1751. Incluso la Ley 1966 de 2019, en su artículo 7, si bien ordenó a los departamentos y distritos llevar a cabo una “reorganización y racionalización” de las redes prestadoras, esta competencia se enmarca en la optimización del modelo existente y no en la creación de una arquitectura de salud completamente nueva. La facultad legal de “reorganizar” no puede interpretarse como una habilitación para “sustituir” el modelo de aseguramiento por uno de planificación territorial centralizada, como lo hace el decreto demandado, confirmando que la creación de un nuevo modelo es una materia con estricta reserva de ley.
--	--	---	---

	territorio poblacional definido y contar con la capacidad técnica, administrativa y financiera para ofrecer de manera integral los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación contemplados en el plan de beneficios. Las EPS son las responsables de garantizar que sus afiliados reciban atención continua, coordinada, eficiente y de calidad a través de dichas redes. Ley 1966 de 2019, artículo 7. Ordena a los Departamentos y Distritos reorganizar su oferta de servicios de salud, considerando a todos los prestadores (públicos, privados y mixtos) pero privilegiando la red pública y atendiendo principios de eficiencia y libre competencia.		
Rol de los actores dentro	Ley 100, artículo 177: Las EPS son	Artículo 2.11.2.2.1: Las Entidades Territoriales	El decreto invierte los roles definidos en la ley, de manera

de la red.	las articuladoras centrales y se encargan de realizar los proceso de afiliación, recaudo, gestión del riesgo y garantía del servicio a través de la red que contratan y organizan. Ley 715, artículo 43.2.4: La entidad territorial (departamento) tiene un rol definido y limitado a la organización y administración de la red de prestadores públicos. Ley 1122 de 2007, artículo 14: Este artículo define el aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero y en salud, la articulación de servicios y la garantía de calidad, asignando a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la responsabilidad indelegable de cumplir estas funciones tanto en el régimen contributivo como en el	ejercen la planificación y organización principal de la red integral (pública, privada y mixta) en su territorio. Artículo 2.11.2.2.6: Las EPS quedan subordinadas a la red territorial, pues se les obliga a contratar con la oferta de prestadores del nivel primario de las RIITS, limitando su autonomía de gestión y contratación.	que las EPS dejan de ser los agentes centrales del aseguramiento y la gestión de la red, pasando a ser un actor que debe operar dentro de una estructura predefinida por las Entidades Territoriales. Esto modifica las competencias asignadas tanto en la Ley 100 como en la Ley 715, lo que representa una clara extralimitación de las facultades del Gobierno.
-------------------	--	--	--

	subsidiado.		
Creación de nuevas unidades territoriales para la operación.	Ley 715 de 2001, artículos 43, 44 y 45: Asignan las competencias en salud a las Entidades Territoriales existentes según la división político-administrativa del país (departamentos, distritos y municipios). Ley 1438 de 2011, artículo 62: Reafirma que los actores para la organización de redes son las Entidades Territoriales legalmente constituidas (municipios, distritos, departamentos).	Artículo 2.11.2.1.7: Autoriza al Ministerio de Salud a crear y definir, por vía administrativa, nuevas unidades territoriales denominadas "regiones y subregiones funcionales" que servirán como ámbito de referencia para la gestión y la operación del aseguramiento. Artículos 2.11.2.2.3 y 2.11.2.2.4:	El decreto crea una nueva forma de organización administrativa territorial con efectos jurídicos directos sobre la operación y habilitación de los actores. El ejecutivo se asigna a sí mismo la facultad de crear nuevas divisiones territoriales para la operación del sistema, una competencia para modificar la estructura administrativa del Estado que no le ha sido conferida por la ley.
Creación de una nueva instancia dentro de la estructura de Gobernanza	La Ley 100 no establece los consejos comunitarios de salud y asambleas populares territoriales de salud. La 10 de 1990 en sus artículos 1 literal d) y 3 contempló la forma de participación comunitaria; sin embargo, no	Artículo 2.11.2.1.2: Crea los consejos comunitarios de salud y asambleas populares territoriales de salud como instancias para la adopción, difusión, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Atención en Salud.	El reconocimiento de asambleas populares territoriales de salud, como nueva forma de participación ciudadana en decisiones fundamentales del sistema de salud viola la reserva de ley, en tanto que su creación y alcance normativo corresponderían a una materia reservada a la ley estatutaria conforme al artículo 152 literal d) de la Constitución. El Consejo Nacional de Participación Ciudadana es, conforme al marco legal

contempló la creación de las asambleas populares territoriales de salud. Ley 1757 de 2015: Crea el Consejo Nacional de Participación Ciudadana (CNPC) fue creado mediante en Colombia. Esta ley establece las normas para la promoción y protección del derecho a la participación democrática. El CNPC tiene como función principal asesorar al Gobierno Nacional en temas de participación ciudadana, especialmente en lo relacionado con el marco jurídico y el diseño de políticas públicas.	vigente, el órgano competente para coordinar las políticas públicas en esta materia, de acuerdo con lo previsto en Ley 1757 de 2015. El decreto crearía instancias de participación ciudadana que no están en la ley estatutaria de participación ciudadana. De espaldas al Consejo Nacional de Participación Ciudadana, que es el único coordinador de las políticas públicas en la materia, el artículo crea estas instancias, a las cuales les asigna funciones de adopción, difusión, implementación, monitoreo y evaluación del “modelo”, que sólo pueden ser asumidas por los actores del sistema a los que la ley somete a serios controles de capacidad técnica y sostenibilidad financiera.
--	---

De lo anterior se concluye que el Decreto 858 no está simplemente reglamentando el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, que hace referencia a redes de servicios, sino que está creando una nueva arquitectura para el sistema de salud que modifica sustancialmente el rol de las EPS y de las Entidades Territoriales definido en la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

Si bien la Ley Estatutaria señala que el sistema de salud estará organizado en redes, es competencia del Congreso definir *cómo* se materializa esa organización, y no del ejecutivo mediante un decreto, lo cual configura una usurpación de la función legislativa.

El Estado tiene el deber constitucional de intervenir para garantizar el derecho a la salud. Precisamente para ello, la Ley 715 de 2001, en su artículo 43.2.4, le asignó a los departamentos la competencia para organizar, dirigir y administrar la red pública de prestadores, como un mecanismo idóneo para suplir los vacíos de cobertura y asegurar la prestación del servicio donde la oferta privada no llega.

No obstante, el decreto demandado, en lugar de utilizar y fortalecer este mecanismo legal, opta por una solución que excede y desborda sus competencias. El decreto expande la facultad de los departamentos, ordenándoles no solo organizar la red pública, sino conformar una red única y obligatoria que integra a todos los actores privados y mixtos. Esta modificación de una competencia legalmente definida es una clara extralimitación de la potestad reglamentaria, y una invasión de la esfera del legislador, pues el Congreso, en la Ley 715, estableció con precisión los límites de la competencia departamental, y un decreto no puede ampliarlos.

En conclusión, la definición de la arquitectura del sistema de salud es una materia con clara reserva de ley. La creación de nuevas figuras obligatorias como las RIITS y los CAPS, y el cambio radical en las competencias de las Entidades Territoriales y las EPS, no responde al ejercicio legítimo del deber subsidiario del Estado, sino que modifica la esencia de la Ley 100. Dicha transformación, que pasa de un modelo centrado en la gestión de la EPS a uno de redes territoriales organizadas por el Estado, debió ser tramitada y aprobada por el Congreso.

ii) Los artículos demandados deben ser declarados nulos por violar de manera flagrante el principio de reserva de ley:

Los artículos demandados del Decreto 858 de 2025 deben ser declarados nulos por violar de manera flagrante el principio de reserva de ley, consagrado en los artículos 2, 150-23, 365, 367, 369 y 370 de la Constitución. Como ha sido reiterado por la jurisprudencia, estas normas otorgan competencia exclusiva al Congreso de la República para definir los elementos esenciales del servicio público de seguridad social en salud, tales como su estructura, los sujetos encargados de su prestación, las competencias y responsabilidades de los actores y las relaciones con los usuarios.

En efecto, los artículos 2 (fines del Estado), 150-23 (reserva legal para regular la prestación de servicios públicos), 365 (principio de legalidad de los servicios públicos), 367 (reserva legal para fijar las competencias y responsabilidades relativas a la prestación de los servicios públicos), 369 (reserva legal para fijar derechos y deberes de los usuarios) y 370 (facultad del Presidente para reglamentar los servicios públicos) de la Constitución establecen una reserva legal obligatoria en materia de seguridad social, la cual no puede ser desconocida por el gobierno cuando ejerce su potestad reglamentaria.

El acto administrativo demandado regula materias que son competencia exclusiva del legislador, toda vez que emprende una reforma estructural del sistema que (i) modifica los órganos de dirección y gobernanza al suplantarse el modelo de concertación por un esquema de rectoría directa del poder ejecutivo y, (ii) altera la arquitectura fundamental de la prestación de servicios, al reemplazar el modelo de aseguramiento y libre competencia de redes gestionadas por las EPS, por un modelo único y obligatorio de redes territoriales (RIITS) organizadas por el Estado.

Estas modificaciones son de tal magnitud que resultan incompatibles con el marco legal vigente, configurando una derogación tácita de múltiples disposiciones legales que solo el Congreso puede efectuar. Específicamente, el nuevo modelo impuesto por el Decreto 858 de 2025 dejaría sin efectos y reemplaza:

- a) Los artículos 155 literal a), 156 literales d), e), h), i), k), o), y 177 al 184 de la Ley 100, que establecen el rol central de las EPS en la organización de la red de servicios;
- b) Los artículos 43, 44, 45 y 54 de la Ley 715 de 2001 y 156 de la Ley 1450 de 2011 que delimitan las competencias territoriales y del Ministerio a la red pública;

- c) Los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 1438 de 2011, que definen las Redes Integradas bajo la responsabilidad de las EPS;
- d) El principio general de redes integrales de servicios de salud contenido en el artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, al imponer una única forma de materializarlo.

Al proceder de esta manera, el Gobierno Nacional invadió la órbita de competencia exclusiva del Congreso, usurpando funciones legislativas en contravía de la separación de poderes y el principio democrático. La expedición del Decreto 858 de 2025 constituye, por tanto, una vulneración directa del principio constitucional de reserva de ley y, en consecuencia, los artículos demandados deben ser retirados del ordenamiento jurídico.

4.2. Violación del principio de legalidad y exceso de la facultad reglamentaria:

El principio de legalidad se fundamenta en diversas normas constitucionales. En particular, los artículos 6 y 121 establecen que ninguna autoridad del Estado puede ejercer funciones distintas de las que le atribuyen la Constitución y la ley.

En este sentido, el principio de legalidad exige que la actuación de las autoridades debe contar con una norma habilitante de competencia que les confiera el poder suficiente para adoptar una determinada decisión. Cualquier actuación en exceso de dicha habilitación constituye una extralimitación de funciones.

Dicho principio también implica que ciertas materias están reservadas exclusivamente a la ley, lo que significa que no pueden ser reguladas mediante decretos reglamentarios, resoluciones o actos administrativos generales expedidos por autoridades administrativas.

Por su parte, la función del poder reglamentario del Gobierno es complementar la ley para asegurar su correcta aplicación, aclarando definiciones o detallando procedimientos previstos en ella. Sin embargo, el ejecutivo debe subordinarse al contenido de la ley, sin que le sea permitido ampliar, restringir, modificar o suprimir sus disposiciones.

En consecuencia, se produce un exceso en la potestad reglamentaria cuando el Gobierno regula materias que son de reserva legal, es decir, aquellas que la Constitución asigna de manera exclusiva al legislador, pues invadir esa esfera vulnera el principio de legalidad y el debido proceso. En este sentido, La relación intrínseca entre el principio de legalidad y la potestad reglamentaria radica en que el primero establece los límites de la segunda.

Descendiendo al caso en concreto, el Decreto 858 de 2025 vulnera el principio de legalidad y excede su potestad reglamentaria, por las siguientes razones:

- Viola del principio de legalidad: El Gobierno nacional, a través del decreto, está obligando a las Entidades Territoriales a ejercer competencias y a operar bajo un modelo que no está consagrado en la ley que rige sus funciones, vulnerando el principio de que las autoridades públicas solo pueden hacer aquello que la ley les autoriza expresamente.
- Implica un exceso de la facultad reglamentaria del Ejecutivo: La potestad reglamentaria no autoriza al presidente para transformar el sistema de salud. Dicha transformación es una decisión de política pública de tal envergadura que corresponde exclusivamente al Congreso de la República mediante la expedición de una ley.

i) Los artículos demandados modifican el rol y funcionamiento de los principales actores (EPS y Entidades Territoriales) del sistema sin contar con autorización legal para ello:

La Ley 100 de 1993 establece que las EPS son el eje del aseguramiento en salud: afilian, recaudan y gestionan el riesgo, garantizando el POS a cambio del pago de las UPC. A su turno, señala que las entidades territoriales tienen funciones de salud pública, dirección y organización de la prestación para la población no asegurada y, posteriormente, la administración del régimen subsidiado.

Por su parte, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 2 establece que la prestación del servicio de salud "*se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*". En el artículo 5° reitera las obligaciones del Estado en la formulación de políticas y la coordinación de los agentes del sistema.

La Ley 1438 de 2011 establece la creación y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como el mecanismo para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas redes deben operar en un territorio poblacional definido y contar con la capacidad técnica, administrativa y financiera para ofrecer de manera integral los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación contemplados en el plan de beneficios. Las EPS son las responsables de garantizar que sus afiliados reciban atención continua, coordinada, eficiente y de calidad a través de dichas redes.

Pese a estas expresas disposiciones estatutarias y legales, el Decreto 858 de 2025 redefine radicalmente el rol de las entidades territoriales, dándoles la potestad de conformar y organizar las RIITS, convirtiéndose en el actor planificador principal de la oferta de servicios en su territorio. Modifica las condiciones de operación de las EPS, obligándolas a contratar con el nivel primario de las RIITS y a funcionar dentro de "*subregiones funcionales*" definidas por el Ministerio de Salud. Esto limita la libre competencia y la autonomía de gestión de las EPS consagradas en la ley.

De igual forma, el decreto demandado crea una nueva estructura de gobernanza donde el Ministerio de Salud y las entidades territoriales son los "*Órganos de dirección*". Interpreta la "*dirección del Estado*" ordenada por la Ley Estatutaria 1751 como una habilitación directa al poder ejecutivo para reconfigurar la gobernanza, al margen de las instancias creadas por la Ley 100.

En el siguiente cuadro se analiza cómo el Decreto 858 de 2025 vulnera el principio de legalidad y cómo el Gobierno Nacional excede su potestad reglamentaria:

Nuevo modelo de salud	Normas vulneradas	Decreto 858 de 2025	Análisis de la vulneración
Órgano máximo de dirección del sistema.	Ley 1751, artículo 2: Establece que el servicio de salud se presta bajo la "indeleble dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".	Artículo 2.11.2.1.2: Establece como "Órganos de dirección" al Ministerio de Salud a nivel nacional y a las Entidades Territoriales a nivel local. Artículo 2.11.2.1.3: Otorga al Ministerio	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto excede su función al crear una nueva estructura de dirección (Ministerio y entidades territoriales como "órgano de dirección") que no está prevista en la ley.

		de Salud la "rectoría del Modelo"	La potestad reglamentaria es para ejecutar la ley, no para modificar la arquitectura institucional que la propia ley creó.
Naturaleza y composición del órgano director.	Ley 100, artículo 171: Define una composición multisectorial (gobierno, empleadores, trabajadores, EPS, IPS, etc.), garantizando un espacio de concertación para la toma de decisiones.	Artículo 2.11.2.1.2: Define los nuevos "Órganos de dirección" como entidades exclusivamente gubernamentales (Ministerio y Entidades Territoriales), relegando a los demás actores a instancias de "coordinación" o "participación".	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto modifica la naturaleza misma de la gobernanza del sistema, pasando de un modelo de concertación (definido por ley) a un modelo de dirección puramente gubernamental. Este es un cambio sustancial y no un mero detalle de ejecución. Violación del principio de legalidad: La administración desconoce el mandato legal que ordena una dirección pluralista y concertada, imponiendo un modelo jerárquico que la ley no autoriza.
Rol en la organización de la red de servicios.	Ley 100, artículo 179: La EPS es la responsable de organizar la prestación de servicios conformando su propia red de prestadores. Ley 715, artículo 43.2.4: La competencia de los departamentos para	Artículo 2.11.2.2.1: Traslada la competencia principal de organizar la red a las Entidades Territoriales, ordenándoles conformar RIITS que incluyen prestadores públicos, privados y mixtos.	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto reasigna una competencia medular desde la EPS (Ley 100) hacia las Entidades Territoriales. Además, expande ilegalmente la competencia que la Ley 715 otorgó a los departamentos, forzándolos a

	organizar redes se limita explícitamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Ley 1438, artículos 62 y 64: Establecen que la organización y articulación de las redes se hará en coordinación entre las Entidades Territoriales y las EPS.		organizar a los actores privados. Esto trasciende el ejercicio de la potestad reglamentaria y terminar reformando la distribución de competencias. Violación del principio de legalidad: El ejecutivo obliga a las EPS y a las Entidades Territoriales a operar bajo un esquema de competencias que contradice directamente lo dispuesto en las Leyes 100 y 715.
Autonomía y funcionamiento de la EPS.	Ley 100, artículos 156 (lit. g) y 179: Las EPS tienen autonomía para contratar con las IPS y profesionales que conformarán su red, y los afiliados tienen derecho a la libre escogencia entre ellas. Ley 1438, artículo 61: Reafirma que las EPS deben garantizar y ofrecer los servicios a sus afiliados a través de las redes.	Artículo 2.11.2.2.6: Obliga a las EPS a contratar con la oferta de prestadores del nivel primario de las RIITS que han sido definidas por la Entidad Territorial. Artículo 2.11.3.1: Modifica el ámbito de operación de las EPS, sujetando su autorización de funcionamiento a nuevas "subregiones funcionales".	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto impone nuevas y sustanciales restricciones a la autonomía contractual y operativa de las EPS, las cuales no están contempladas en la ley. Dictar con quién debe contratar una EPS y cómo se define su territorio de operación va más allá de la simple ejecución de la norma. Violación del principio de legalidad: Las nuevas obligaciones impuestas a las EPS (contratación forzosa, operación por subregiones) carecen de un

			fundamento legal directo y, por el contrario, limitan derechos y autonomías que la ley les había conferido.
Rol y funciones de los Consejos Territoriales de SGSS.	Ley 715, artículos 43, 44 y 46: Asignan competencias específicas y separadas a las Entidades Territoriales para la gestión de la salud pública, financiadas con el SGP. Ley 100, artículos 157 y 177: Asigna la gestión del aseguramiento y la prestación de servicios individuales a las EPS, financiadas con la UPC.	Artículo 2.11.2.1.5: Crea el concepto de "Gestión Territorial Integral en Salud Pública" como un nuevo modelo que fusiona funcionalmente la gestión de la salud pública con la articulación del aseguramiento y la prestación de servicios.	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto inventa y obliga a implementar un nuevo modelo de gestión no previsto en la ley, que integra responsabilidades y fuentes de financiación que el legislador mantuvo separadas. Violación del principio de legalidad: Se obliga a las entidades públicas a operar bajo un modelo de gestión integral que carece de habilitación legal y que altera el diseño competencial de las Leyes 100 y 715.
Principio organizador del sistema.	Ley 100, artículos 156, 157 y 177: Establecen el principio organizador del sistema en torno al aseguramiento individual, donde la relación jurídica se basa en la afiliación de la persona a una EPS. Ley 1438 de 2011, artículos 61 y 62: Mantienen el aseguramiento individual como eje, aunque introducen un componente	Artículo 2.11.2.1.6: Impone la "territorialización" como el principio organizador fundamental del sistema, estructurando la prestación de servicios y el acceso en función de la ubicación geográfica de la población, no de su aseguradora.	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto cambia el pilar conceptual del sistema de salud, transitando de un modelo de aseguramiento a uno de base territorial. Esto no es una reglamentación, sino una reforma estructural de la más alta envergadura. Violación del principio de legalidad: Se impone un principio

	poblacional y territorial para la coordinación de las redes.		organizador que no está en la ley y que, en la práctica, modifica la naturaleza del sistema de salud diseñado por el Congreso.
Rol de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.	Ley 1438 de 2011, artículos 62 y 64: Otorgan a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud un rol de coordinación activa para la conformación y articulación de las redes integradas, junto a las Entidades Territoriales y las EPS.	Artículo 2.11.2.1.4: Relega a los Consejos Territoriales a un papel de "órganos consultivos y deliberativos" que formulan "recomendaciones" dentro del nuevo modelo ya impuesto por el decreto.	Exceso de potestad reglamentaria: El decreto degrada la función de un órgano de coordinación activa (establecido en la Ley 1438) a uno de mera consulta, alterando su relevancia y rol en el sistema. Violación del principio de legalidad: Se modifica sin autorización legal la función de una instancia creada por ley, vaciando de contenido la competencia que el legislador le había asignado.

El Gobierno está utilizando un mandato general de la Ley 1751 de 2015 para modificar una estructura institucional específica creada por la ley. La potestad reglamentaria permite ejecutar lo que la ley ordena, no redefinir las instituciones que la propia ley creó para su ejecución. Cambiar la gobernanza del sistema de salud es una reforma estructural que requiere un debate democrático en el Congreso.

El Decreto 858 de 2025, bajo la apariencia de reglamentar un nuevo modelo, está en realidad alterando las competencias y obligaciones fundamentales de los actores del sistema, tal como fueron definidos por las leyes 100 y 715 de 2001. Esto excede la facultad de "*asegurar la cumplida ejecución de la ley*" y entra en el terreno del legislador. En tal sentido, el decreto desconoce que:

a) Las EPS, como actores del sistema, deben regirse por las condiciones que establece la ley. Un decreto que impone nuevas condiciones de operación, limita su autonomía contractual y las somete a una nueva estructura territorial no prevista en la ley, viola el principio de legalidad, según el cual la administración solo puede hacer lo que la ley le permite.

b) La posibilidad de pacientes y usuarios de escoger se ve anulada en la práctica. El modelo de "adscripción poblacional y territorial" a un CAPS específico elimina la elección de la IPS primaria,

y al obligar a todas las EPS a contratar con la misma red territorial, la elección de aseguradora se vuelve irrelevante para el acceso a los servicios primarios, vulnerando así el principio de libre escogencia consagrado en la Ley 100 de 1993.

c) Los artículos 2.11.2.1.2 y 2.11.2.1.3 del decreto establecen al Ministerio de Salud y a las entidades territoriales como los únicos "Órganos de dirección", desplazando la arquitectura institucional que la propia ley creó y centralizando la rectoría del modelo en el poder ejecutivo.

d) Pasamos de un modelo de concertación (definido por ley) a un modelo de dirección puramente gubernamental. El Decreto 858, en su artículo 2.11.2.1.2, modifica esta naturaleza al establecer "Órganos de dirección" exclusivamente gubernamentales y relegar a los demás actores a un rol de simple "coordinación" o "participación", eliminando el pilar de concertación del sistema.

e) Se asignan competencias a los departamentos en punto a la organización y conformación de una red integral de salud (RIITS) que incluye, de manera obligatoria, a prestadores privados y mixtos. Esto expande ilegalmente la competencia que la Ley 715 de 2001 les otorgaba, la cual se limitaba exclusivamente a la organización de la red pública de prestadores.

f) Crea un nuevo modelo de gestión no previsto en la ley que consiste en la "Gestión Territorial Integral en Salud Pública" (artículo 2.11.2.1.5), el cual fusiona operativamente responsabilidades y fuentes de financiación que el legislador mantuvo separadas. A través de los "Equipos de Salud Territorial", el decreto rompe la distinción entre la salud pública (financiada con recursos del SGP y a cargo de la entidad territorial) y el aseguramiento individual (financiado con la UPC y a cargo de la EPS), obligando a que una misma estructura ejecute ambas funciones, lo que altera el diseño competencial de las Leyes 100 y 715.

g) Crea un modelo de base territorial que consiste en imponer la "territorialización" como el principio organizador fundamental del sistema (artículo 2.11.2.1.6), estructurando el acceso y la prestación de servicios en función de la ubicación geográfica de la población y no de su afiliación a una aseguradora. Esto desconoce el modelo de aseguramiento individual creado por el legislador en la Ley 100 de 1993, que basa la relación jurídica en la afiliación de la persona a una EPS.

h) Cambia las competencias y funciones de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud otorgadas por el legislador, ya que el artículo 2.11.2.1.4 del decreto los relega a un papel de "órganos consultivos y deliberativos" que formulan "recomendaciones". Esto degrada su función desde un rol de "coordinación activa" en la conformación de redes, como lo establece la Ley 1438 de 2011, a uno de mera consulta, vaciando de contenido la competencia que la ley les había asignado.

ii) Los artículos demandados modifican el modelo de ejecución de la salud pública sin contar con autorización legal para ello:

La Ley 715 de 2001 en el artículo 46 define la gestión en salud pública como una función esencial del Estado, en la que concurren la Nación y las entidades territoriales. También establece que los distritos y municipios asumen las acciones de promoción y prevención, asignando competencias específicas a los departamentos (artículo 43.3) y a los municipios (artículo 44.3) para la ejecución del Plan de Atención Básica (PAB), la vigilancia en salud pública y el control de factores de riesgo, financiados principalmente con los recursos del Sistema General Participaciones (CGP) para salud pública.

Pese a lo anterior, el decreto demandado en su artículo 2.11.2.1.5, crea el concepto de "*Gestión Territorial Integral en Salud Pública*" que se implementa a través de las RIITS y, en su artículo 2.11.2.2.8, establece que los "*Equipos de Salud Territorial*" implementarán acciones para el cuidado integral, articulando "*los procesos de gestión territorial integral en salud y las acciones desarrolladas a través del Plan de Intervenciones Colectivas, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y demás oferta del territorio*".

De manera que, mientras la Ley 715 define qué competencias tienen las entidades territoriales en salud pública y con qué recursos las financian (el componente de salud pública del SGP), el Decreto 858 define un nuevo "*modelo operativo*" no previsto, mediante el cual fusiona operativamente la ejecución de la salud pública (financiada por el SGP) con la prestación de servicios del plan de beneficios (financiado por la UPC), con lo cual excede su facultad reglamentaria, como se explica a continuación:

1. La competencia asignada por la Ley 715 de 2001:

La Ley 715 de 2001 es clara al definir las competencias que deben ejercer las Entidades Territoriales en materia de salud pública y de dónde provienen recursos para financiarlas, así:

La competencia: Los artículos 43, 44 y 46 de la Ley 715 asignan a los departamentos y municipios la responsabilidad de ejecutar las acciones de salud pública. Esto se materializa principalmente a través del Plan de Atención Básica (PAB), que hoy conocemos como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ⁴. Estas son acciones dirigidas a la comunidad, como campañas de vacunación, control de vectores, educación en salud, etc.

La financiación: La Ley 715 establece que estas competencias se financian con una parte específica de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), que son transferencias de la Nación con destinación específica para la salud pública.

De manera tal que la ley asigna a los municipios la responsabilidad de prestar el servicio de salud pública a través de los PIC y, para tal fin, le asigna determinados recursos provenientes del SGP.

2. El nuevo modelo operativo impuesto por el Decreto 858 de 2025:

El Decreto 858 no se limita a regular cómo se gasta el dinero del SGP para el PIC. En su lugar, crea un nuevo modelo operativo que obliga a las entidades territoriales a ejecutar sus competencias legales de una manera no prevista en la ley. Este nuevo "*modelo operativo*" se materializa en dos figuras clave:

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS): El artículo 2.11.2.2.7 los establece como la "*base territorial*" del sistema, que integra la prestación de servicios de salud con la "*transectorialidad y participación social*".

b) Los Equipos de Salud Territorial: Esta es la pieza central del nuevo modelo. El artículo 2.11.2.2.8 es explícito al definir su función: deben garantizar la articulación de las acciones del PIC,

⁴ Es importante aclarar que la Ley 715 de 2001 utiliza la denominación "Plan de Atención Básica (PAB)". Este fue el nombre original del instrumento. Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 (en su artículo 33) lo reemplazó conceptual y normativamente por el "Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)", que es el término que se usa actualmente.

que es la salud pública financiada por el SGP, con las acciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS), que son los servicios individuales financiados por la UPC y responsabilidad de las EPS.

3. El nuevo modelo operativo representa un exceso de la potestad reglamentaria:

El sistema de salud, bajo las leyes 100 y 715 mantiene una clara separación funcional y financiera entre la salud pública (a cargo de la entidad territorial con recursos del SGP) y el aseguramiento individual (a cargo de la EPS con recursos de la UPC). Son dos responsabilidades distintas, con actores y fuentes de financiación diferentes.

El Decreto 858, a través de los "*Equipos de Salud Territorial*", rompe esta separación porque impone un modelo donde una misma estructura operativa debe ejecutar simultáneamente ambas responsabilidades. No se trata de una simple coordinación, sino de una articulación funcional y operativa a nivel territorial que las leyes no contemplan.

Al definir este nuevo "modelo operativo", el Gobierno nacional no está simplemente expidiendo un manual de procedimientos. Está creando una nueva forma de administrar y prestar los servicios que reconfigura las responsabilidades de los actores y mezcla funcionalmente las fuentes de financiación que la ley mantenía separadas. Esta imposición de un modelo de gestión y prestación integrado que fusiona operativamente el PIC con el PBS a través de una nueva figura como los "*Equipos de Salud Territorial*", es una decisión de política pública estructural que altera el diseño del sistema. Por lo tanto, tal cambio excede la potestad reglamentaria y viola el principio de legalidad, ya que su creación corresponde exclusivamente al Congreso de la República mediante una ley.

Al crear los Equipos de Salud Territorial como una nueva estructura operativa que integra diferentes fuentes de financiación y responsabilidades, el decreto no está simplemente detallando la ejecución de la ley, sino que está creando un nuevo modelo de prestación y gestión de la salud pública que altera la forma en que las competencias de las Leyes 100 y 715 deben ser ejercidas y financiadas. Esto excede la facultad reglamentaria e invade el campo del legislador, que es el único que puede definir la estructura de ejecución de las políticas públicas.

La creación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo no es simplemente una modificación a la Política Integral en Salud contenida actualmente en la Parte 11 del Decreto 780 de 2016, sino que consiste en la creación de un nuevo modelo con reglas de funcionamiento distintas, y de manera particular, con recorte de funciones de las EPS. Además, el Modelo prevé la destinación de fuentes de recursos que hoy se destinan a financiar el aseguramiento (artículo 67, Ley 1753 de 2015), a fines que aun resultan difusos, y que dependerán en últimas de la reglamentación que realice el Ministerio en el término de seis meses. Todo esto permite concluir que se trata de una modificación estructural al actual acuerdo institucional contenido en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, y 1438 de 2011.

iii) Modificación de la destinación específica UPC para apalancar inversiones en infraestructura y otros procesos

El artículo 2.11.2.2.6 del Decreto 858 de 2025 vulnera el principio de legalidad y excede la potestad reglamentaria al imponer a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la obligación de usar los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para apalancar procesos ajenos a la prestación de servicios de salud, tales como la inversión en infraestructura, dotación y tecnología, así como la implementación de Equipos de Salud Territoriales. Esta disposición modifica ilegalmente la destinación específica de la UPC, la cual, por mandato del artículo 23 de la Ley 1438

de 2011 y la jurisprudencia constitucional, tiene un carácter finalista y restringido para financiar exclusivamente los servicios y tecnologías del plan de beneficios.

Esta extralimitación del Gobierno Nacional es aún más grave a la luz de lo advertido por la Corte Constitucional en el Auto 007 de 2025. En dicha providencia, la Corte constató la *“insuficiencia histórica”* de la UPC para cubrir los costos reales del Plan de Beneficios en Salud, reconociéndola como una de las causas de la crisis financiera estructural del sistema.

Al obligar a las EPS a destinar estos recursos, ya insuficientes para su propósito legal, a gastos de infraestructura y a la financiación de equipos cuya conformación responde a otras fuentes, el decreto no solo contraviene la ley, sino que agrava la crisis financiera que la propia Corte ha ordenado corregir. En consecuencia, el Gobierno no está simplemente detallando la ejecución de una norma, sino que está creando por vía reglamentaria nuevas obligaciones de gasto para las EPS que, además de carecer de habilitación legal, son fiscalmente irresponsables y contrarias a las directrices del máximo tribunal constitucional.

iv) Los artículos desbordan la facultad reglamentaria conferida por la Ley 1438 de 2011 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud:

El Decreto 858 de 2025, particularmente en sus artículos 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.3, 2.11.2.2.4 y 2.11.2.2.6, no se limita a reglamentar los artículos 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011, sino que los excede y modifica sustancialmente, configurando una clara violación al principio de legalidad. La Ley 1438 de 2011 estableció un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) fundamentado en la coordinación entre las EPS y las entidades territoriales, donde la EPS se mantenía como la responsable de garantizar la prestación integral de los servicios a sus afiliados a través de dichas redes.

Por su parte, el decreto demandado impone un modelo de RIITS completamente distinto, de naturaleza jerárquica y de planificación centralizada por parte del Estado, donde la entidad territorial se convierte en la única organizadora y la EPS queda subordinada a una estructura que no gestiona, obligándola a contratar con la red definida por el gobierno local. Esta transformación del esquema de responsabilidades y la sustitución de un modelo de coordinación, por uno de subordinación, no es una reglamentación, sino una reforma de la ley que excede la potestad reglamentaria del ejecutivo.

Así mismo, el Gobierno Nacional excede la facultad reglamentaria específica que le confiere el artículo 64 de la Ley 1438 de 2011. Dicho artículo autoriza al Ministerio para reglamentar la articulación y coordinación de las redes, es decir, para definir los procedimientos que faciliten la colaboración entre los actores existentes. Sin embargo, el Decreto 858 de 2025 utiliza esta facultad como pretexto para crear una arquitectura de gobernanza completamente nueva, no contemplada en la ley, al establecer al Ministerio y a las entidades territoriales como los únicos *“Órganos de dirección”* y crear nuevos *“Comités de coordinación de las RIITS”* con poder de planificación y organización.

Regular las condiciones de coordinación de un modelo no es lo mismo que crear un nuevo modelo y sus respectivas instancias de poder. Al hacerlo, el Gobierno nacional desbordó el marco de la competencia que le fue asignada, vulnerando el principio de legalidad, pues actúa sin una norma habilitante que le permita reformar la ley y con exceso de la potestad reglamentaria.

4.3. Los artículos demandados infringen las normas en que el Decreto 858 de 2025 dice fundarse.

De acuerdo con el artículo 137 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), la nulidad de los actos administrativos procede “*cuando hayan sido expedidos con infracción de las normas en que deberían fundarse*”. Esta causal de nulidad, de carácter genérico, se configura en aquellos casos en los que se evidencia la falta de aplicación de normas superiores, su aplicación indebida o una interpretación errónea de las mismas.

En palabras del Consejo de Estado, en referencia a la causal de nulidad:

“Entre las causales de nulidad señaladas en el artículo 84 del CCA [artículo 137 del CPACA] se encuentra aquella referida a la infracción de las normas en las que ha debido fundarse el acto administrativo, también conocida como la nulidad por violación del ordenamiento superior o de la regla de derecho de fondo que se exigía para su sustento. Esta causal ha sido entendida como genérica, frente a las específicas referidas a cada uno de los elementos de los actos administrativos a saber: incompetencia, expedición irregular, desviación de poder, desconocimiento del derecho de audiencia y de defensa y falsa motivación.

En todo caso, el significado estricto de esta causal ha sido comprendido por la jurisprudencia de esta Corporación como la contravención legal directa de la norma superior en que debía fundarse el acto administrativo, y ocurre cuando se presenta una de las siguientes situaciones: Falta de aplicación, aplicación indebida o, interpretación errónea.

La falta de aplicación de una norma se configura cuando la autoridad administrativa ignora su existencia o, a pesar de que la conoce, pues la analiza o valora, no la aplica a la solución del caso. También sucede cuando se acepta una existencia ineficaz de la norma en el mundo jurídico, toda vez que esta no tiene validez en el tiempo o en el espacio. En los dos últimos supuestos, la autoridad puede examinar la norma, pero cree, equivocadamente, que no es la aplicable al asunto que resuelve. En estos eventos se está ante un caso de violación de la ley por falta de aplicación, no de su interpretación errónea, en razón de que la norma por no haber sido aplicada no trascendió al caso decidido.

En segundo lugar, la aplicación indebida tiene lugar cuando el precepto o preceptos jurídicos que se hacen valer se usan a pesar de no ser los pertinentes para resolver el asunto que es objeto de decisión. En tal modo, el error por aplicación indebida puede originarse por dos circunstancias:

Porque la autoridad administrativa se equivoca al escoger la norma por la inadecuada valoración del supuesto de hecho que esta consagra y, porque no establece de manera correcta la diferencia o la semejanza existente entre la hipótesis legal y la tesis del caso concreto.

Finalmente, se viola la regla de derecho de fondo o norma sustancial de manera directa al dársele una interpretación errónea. Esto sucede cuando las disposiciones que se aplican son las que regulan el tema que se debe decidir, pero la autoridad las entiende equivocadamente, y así, erróneamente comprendidas, las aplica. Es decir, ocurre cuando la autoridad administrativa le asigna a la norma un sentido o alcance que no le corresponde.” (Negritas fuera de texto)

El acto administrativo demandado carece de un fundamento normativo suficiente y específico que habilite al presidente de la República para modificar los elementos estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Si bien el Decreto 858 de 2025 enlista en su parte considerativa un amplio compendio de disposiciones constitucionales y legales, ninguna de ellas le otorga la competencia para reconfigurar el sistema en la forma en que lo hace.

El decreto invoca la potestad reglamentaria para la “*cumplida ejecución de las leyes*”, pero la utiliza para ir más allá de su propósito, alterando la arquitectura, los roles de los actores y las competencias

que fueron definidas previamente por el legislador en la Ley estatutaria 1751 de 2015 y leyes como la Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011 y la Ley 1450 de 2011. De este modo, el Gobierno presenta una justificación legal genérica, sin un sustento normativo real que lo habilite a realizar los cambios y ajustes hechos al sistema.

En el siguiente cuadro comparativo se analiza de cada una de las disposiciones normativas citadas como fundamento en el Decreto 858 de 2025, para concluir que en ninguna de ellas se concede una facultad al Gobierno nacional para modificar aspectos clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

Norma	Artículo específico	Análisis del cargo
Ley 1122 de 2007	Artículo 14: determina qué se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad a la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario, el cual estará a cargo de las EPS habilitadas para operar en los regímenes contributivo y subsidiado.	Aplicación indebida: Este artículo, lejos de autorizar el modelo creado por el decreto, refuerza la figura de la EPS como la responsable central del aseguramiento. El Decreto 858, al trasladar la función de articulación de los servicios a las entidades territoriales a través de las RIITS, debilita el rol que la Ley 1122 de 2007 le asigna a la EPS. Por lo tanto, esta norma no puede servir de fundamento al decreto, cuando, por el contrario, el decreto contraviene su mandato.
Ley 1438 de 2011	Artículos 61, 62 y 63: establecen la creación y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud como el mecanismo para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas redes deben operar en un territorio poblacional definido y contar con la capacidad técnica, administrativa y financiera para ofrecer de manera integral los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación contemplados en el plan de beneficios. Las EPS son las responsables de garantizar que sus afiliados reciban atención continua, coordinada, eficiente y de calidad a través	Interpretación errónea: si bien esta ley introduce el concepto de "Redes Integradas", mantiene a la EPS como la responsable de garantizar la atención a través de ellas. El Decreto 858 interpreta erróneamente esta facultad, al reasignar la competencia de conformación y organización de las redes a las entidades territoriales, modificando la estructura de responsabilidades que la propia ley establece.

	de dichas redes.	El decreto no reglamenta las redes de la Ley 1438, sino que crea un modelo de redes diferente y con un actor responsable distinto.
Ley 1450 de 2011	Artículo 156: establece que el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá a su cargo la viabilización del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes públicas a través de la definición del proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas.	Aplicación indebida: la competencia que esta ley otorga al Ministerio de Salud se limita de manera explícita y taxativa a la red pública. El Decreto 858 excede esta facultad al crear un modelo de redes (RIITS) que integra de forma obligatoria a prestadores públicos, privados y mixtos. Por lo tanto, se utiliza una norma con un alcance específico y limitado para justificar una reforma de alcance universal, lo cual es una clara extralimitación de la competencia legal.
Ley 1751 de 2015	Artículo 20 - Política Pública en Salud: el Gobierno Nacional tiene la obligación de implementar una política social de Estado que coordine diferentes sectores para garantizar el derecho a la salud, influyendo positivamente en los determinantes sociales. Esta política debe fundamentarse en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral, oportuna y de calidad, incluyendo la rehabilitación. Artículo 24 - Disponibilidad de servicios en zonas marginadas: el Estado debe asegurar la disponibilidad de servicios de salud para toda la población del territorio, con un enfoque especial en zonas marginadas o con baja densidad poblacional. La ley especifica que la expansión de la red pública hospitalaria no se medirá por su	Interpretación errónea: este artículo consagra una obligación de resultado (implementar una política pública), pero no otorga una competencia ilimitada sobre los medios para alcanzarlo. Por el contrario, la facultad de formular políticas no implica modificar por vía reglamentaria la estructura del sistema de salud definida por el legislador. La política debe implementarse respetando el marco legal vigente o promoviendo las reformas legales correspondientes ante el Congreso. Aplicación indebida: El artículo establece un mandato para fortalecer la red pública

	rentabilidad económica, sino por su rentabilidad social. En estas áreas dispersas, el Estado está obligado a tomar medidas razonables y continuas para que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud necesarios.	y garantizar el acceso en zonas marginadas, pero no autoriza la creación de un modelo de prestación único y territorializado para todo el sistema que incluya a los actores privados. Se invoca una norma de protección específica para justificar una reforma estructural y general que desborda por completo el objeto del artículo.
Ley 1966 de 2019	Artículo 7: ordena a los Departamentos y Distritos llevar a cabo una reorganización y racionalización de las redes prestadoras de servicios de salud. Este proceso debe considerar a todos los prestadores (públicos, privados y mixtos), pero debe privilegiar a la red pública y atender a principios como eficiencia, transparencia y libre competencia. El resultado de esta reorganización puede ser la conformación de Empresas Sociales del Estado (ESE) con una administración común que gestione diferentes niveles de complejidad, siempre garantizando que no se afecte la prestación del servicio a los usuarios.	Interpretación errónea: Esta ley faculta a las entidades territoriales para reorganizar la red existente, pero no para crear un nuevo modelo estructural y obligatorio como las RIITS. La reorganización opera sobre la base del sistema vigente, mientras que el Decreto 858 impone una arquitectura completamente nueva. El decreto no ejecuta el mandato de reorganización, sino que lo sustituye por un modelo de reforma que no está contemplado en la ley.
Ley 2294 de 2023	Artículo 3 - Eje de convergencia regional: este es uno de los cinco ejes de transformación del Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo es reducir las brechas sociales y económicas entre las regiones y los hogares del país, garantizando un acceso adecuado a bienes, servicios y oportunidades. Para lograrlo, se busca fortalecer los vínculos entre regiones, aumentar la productividad y la innovación, y transformar la gestión pública para que sea más cercana y centrada en el ciudadano.	Interpretación errónea: al igual que el artículo 20 de la Ley 1751, este es un principio rector y un objetivo de política pública, no una norma que otorgue facultades para alterar la estructura legal del SGSSS. Los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo deben alcanzarse mediante los mecanismos constitucionales y legales correspondientes, respetando la reserva de ley en materias estructurales.

	Artículo 164 - Planes Maestros de Inversiones en Salud (PMIDS): este artículo modifica las reglas para la planificación de inversiones en infraestructura y dotación de salud. Los puntos clave son: Plan Nacional: Cada diez años, el Gobierno nacional formulará un Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) a nivel nacional, en sincronía con el Plan Decenal de Salud. El primer plan bajo esta nueva norma se contempló para el año 2024. Planes Territoriales: Las secretarías de salud departamentales y distritales deberán presentar sus propios planes de inversión cada cuatro años, en concordancia con el periodo de gobierno local. Estos planes pueden ser ajustados cada cuatro años o cuando surjan contingencias. Participación Municipal: Los municipios presentarán sus proyectos a los departamentos para que sean incluidos en los planes de inversión territoriales como un capítulo independiente. Transitoriedad: Mientras se aprueban y consolidan los nuevos PMIDS, seguirán vigentes las propuestas de inversión de planes anteriores no concluidos y los Planes Bienales de inversión de las Entidades Territoriales.	Aplicación indebida: este artículo regula la planificación de inversiones físicas (infraestructura y equipos), no el modelo de prestación, gobernanza, aseguramiento o flujo de recursos del sistema de salud. Invocar esta norma como fundamento para una reforma del modelo operativo del sistema es una aplicación manifiestamente indebida, pues el objeto de la norma citada es completamente ajeno al contenido del decreto.
Decreto 1757 de 1994	No señala artículo. El decreto se titula “<i>por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994.</i>”.	Falta de fundamento específico: la simple mención de un decreto reglamentario, sin especificar el artículo específico que se pretende desarrollar, constituye una fundamentación vaga e imprecisa. Un acto administrativo no puede fundarse en la totalidad de otro decreto de manera genérica. Esta omisión

		vulnera el deber de motivación adecuada, impidiendo el control de legalidad sobre la norma que supuestamente le sirve de sustento.
Decreto 480 de 2025	No señala artículo. El decreto se titula “ <i>Por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones</i> ”.	Falta de fundamento específico: aplica el mismo análisis que el caso anterior. La referencia genérica a un decreto que regula un sistema de salud especial para pueblos indígenas no puede servir como fundamento para una reforma del sistema general aplicable a toda la población. La falta de señalamiento de un artículo concreto configura una indebida motivación del acto administrativo.

Resulta notorio que los considerandos del decreto evaden la obligación de señalar una ley concreta a reglamentar, utilizando en cambio una justificación normativa difusa para ocultar que su verdadero propósito no es ejecutar una ley, sino crear una nueva política y un nuevo modelo de salud, no previsto por el legislador, infringiendo las normas en las que dice fundarse.

4.4. La nueva estructura del modelo de salud vulnera principios que rigen el sistema de salud:

El nuevo modelo de salud introducido por los artículos demandados, al crear una arquitectura de gobernanza y prestación de servicios centralizada en el Estado, no solo excede la potestad reglamentaria del ejecutivo, sino que también vulnera principios y derechos fundamentales de los usuarios consagrados en normas de superior jerarquía.

En efecto, la estructura de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) impuesta por el Decreto 858 de 2025 fragmenta la atención y crea barreras administrativas que vulneran los principios de **integralidad** y **continuidad** protegidos por los artículos 6 y 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Adicionalmente, este mismo modelo, al basarse en una “*adscripción poblacional y territorial*” y al obligar a todas las EPS a contratar con la misma red primaria organizada por el Estado, anula en la práctica la **libertad de escogencia** que garantiza el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, pues la elección de aseguradora se vuelve irrelevante para el acceso a la atención primaria.

A continuación se explica la vulneración de los principios enunciados:

i) Vulneración del principio de integralidad, continuidad y oportunidad:

El artículo 49 de la Constitución establece que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado que debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad. El artículo 6 de la Ley 1751 de 2016 establece cuáles son los principios que deben regir la prestación del servicio público de la salud. Dicha disposición hace referencia a la universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección de grupos poblacionales específicos.

El **principio de continuidad** en el servicio, según el numeral 3.21 del artículo 3 de la ley 1438 de 2011, consiste en que: *“toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad”*. De manera que, la continuidad está relacionada directamente con la garantía que tienen los usuarios de que no se presente una interrupción, retardo o suspensión del servicio médico prestado⁵.

En relación con el **principio de integralidad**, tanto el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 como la jurisprudencia de la Corte Constitucional lo definen como el derecho de los usuarios del sistema a recibir la atención y el tratamiento completo de sus enfermedades, de acuerdo con lo prescrito por el médico tratante⁶. En la sentencia C-313 de 2014, la Corte afirmó que, en virtud de este principio, el Estado y las entidades encargadas de la prestación del servicio deben adoptar todas las medidas necesarias para brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas.

El ordenamiento estatutario y legal vigente asigna a un único actor (la EPS) la responsabilidad principal de garantizar la ruta de atención completa del afiliado, estableciendo un punto claro de rendición de cuentas. El Decreto 858 de 2025 desarticula esta responsabilidad a través de su nuevo modelo, fragmentándola entre diferentes entidades con roles superpuestos. Específicamente, los artículos 2.11.2.1.1, 2.11.2.1.2 y 2.11.2.1.3 establecen a la Entidad Territorial como *“órgano de dirección”* del modelo en su jurisdicción, y el artículo 2.11.2.2.1 le asigna la función de conformar y organizar las RIITS. Esto crea un modelo de responsabilidad dual y ambigua, pues mientras la entidad territorial asume el rol de organizador de la red, la EPS mantiene la responsabilidad del aseguramiento y la financiación de los servicios.

Esta división de responsabilidades, formalizada en la nueva arquitectura de las RIITS, genera un vacío que atenta directamente contra los principios de continuidad e integralidad. La estructura impuesta, con una estricta división entre un Nivel Primario y uno Complementario (artículo 2.11.2.2.2) y la creación de los CAPS como puerta de entrada obligatoria (artículo 2.11.2.2.7), crea puntos de quiebre en la atención. Si un paciente requiere una remisión y esta se retrasa o niega, no es claro si el responsable es la entidad territorial que diseñó y habilitó la red (artículos 2.11.2.2.3 y 2.11.2.2.4) o la EPS que debe autorizar el servicio, pero cuya autonomía fue limitada al obligarla a contratar con dicha red (artículo 2.11.2.2.6).

Además, esta situación genera una falencia en la rendición de cuentas: si un paciente requiere una remisión de un CAPS (Nivel Primario) a un especialista (Nivel Complementario) y esta se retrasa o se niega, se crea una incertidumbre respecto de quién es el responsable final, ¿la entidad territorial

⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-370 de 2023. (19 de septiembre de 2023).

⁶ Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. (31 de julio de 2008).

que diseñó y habilitó la red, o la EPS que debe autorizar y pagar el servicio pero no tiene control sobre la estructura de dicha red? Esto se traduce inevitablemente en las barreras administrativas que el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 prohíbe explícitamente como causa de interrupción del servicio.

De este modo, se vulnera el principio de **integralidad**, definido en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, que prohíbe "*fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario*". El Decreto 858 institucionaliza precisamente esa fragmentación, creando una fisura entre el nivel primario, gestionado territorialmente, y el nivel complementario, cuya articulación dependerá de la coordinación entre la entidad territorial y las múltiples EPS. Esto genera un riesgo inminente de que los pacientes queden atrapados en trámites y disputas competenciales, impidiendo que reciban el tratamiento completo y coherente que ordena su médico tratante y que exige el principio de integralidad para garantizar una vida en condiciones dignas. En consecuencia, el modelo impuesto por el decreto no solo es una modificación ilegal de la estructura del sistema, sino que, en su diseño, es una afrenta directa a los derechos de los pacientes a recibir un cuidado continuo y completo.

Adicionalmente, la imposición de una nueva arquitectura en salud, como la establecida en el Decreto 858 de 2025, crea un riesgo cierto de vulneración al **principio de oportunidad**. La nueva estructura de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con una división funcional entre un Nivel Primario y uno Complementario, introduce necesariamente nuevas barreras administrativas y burocráticas en el flujo del paciente. El paso de un nivel a otro ya no depende de la gestión de un único responsable (la EPS), sino de la articulación entre la red organizada por la entidad territorial y la autorización del asegurador, lo que previsiblemente generará demoras y trámites injustificados que se trasladarán al usuario. Tal como lo ha señalado la Corte Constitucional, incluso si el servicio se otorga, pero no de manera oportuna, se viola el derecho a la salud, pues se puede agravar la patología del paciente o perder la finalidad del tratamiento prescrito.

ii) Vulneración del principio de libertad de escogencia:

El principio de la libre escogencia del prestador de salud se encuentra consagrado en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, que plantea que: "*el Sistema de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo*". Así mismo, el artículo 159 de esta ley establece que la libre escogencia y traslado entre EPS es una de las garantías de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional⁷, la libre escogencia tiene una doble connotación a favor del usuario: de una parte, le permite escoger las EPS a las que se quieren afiliar para la prestación del servicio de salud; y, de otra parte, tienen la libertad para escoger las IPS que estén dentro de la red de la EPS que escogieron, en la que se suministrarán dichos servicios. Así, la libertad de escogencia está ligada a la autonomía que tiene el usuario de optar por el prestador en el que más se sienta cómodo y que sea más acorde a lo que él considera un servicio integral y de calidad. Hace parte de los principios que rigen el derecho a la salud porque permite garantizar que los usuarios puedan ser escuchados en lo que prefieren y consideran que más les conviene.

⁷ Corte Constitucional. Sentencia T-320 de 2023. (19 de septiembre de 2023).

Por lo tanto, los artículos demandados atentan de manera directa contra el **principio de libertad de escogencia**, un pilar fundamental del sistema de salud consagrado en los artículos 153 y 159 de la Ley 100 de 1993. Este derecho, como lo ha decantado la jurisprudencia, tiene una doble dimensión: la libertad de elegir la EPS y la libertad de elegir, dentro de la red de esta, las IPS y los profesionales que brindarán la atención. El decreto demandado anula en la práctica ambas dimensiones a nivel de la atención primaria.

En primer lugar, el decreto vacía de contenido la **libertad de escoger** entre distintas EPS. La elección de una aseguradora solo es significativa si estas compiten ofreciendo diferentes atributos de calidad, servicio y, crucialmente, distintas redes de prestadores. Sin embargo, el artículo 2.11.2.2.6 del Decreto 858 obliga a todas las EPS que operan en un territorio a contratar con la misma red primaria (los CAPS y sus profesionales) organizada y definida por la entidad territorial. Esto tiene como consecuencia directa la homogeneización de la oferta de servicios primarios. Para el usuario, la decisión de afiliarse o trasladarse a una u otra EPS se convierte en un trámite administrativo irrelevante, pues, sin importar su elección, su puerta de entrada al sistema y sus opciones de atención primaria serán exactamente las mismas que le ofrecería cualquier otra. Se elimina así la competencia y la diferenciación, que son la base de una elección real y efectiva.

En segundo lugar, y de forma aún más directa, el modelo despoja al usuario de su **derecho a escoger** la IPS de su preferencia dentro de la red. El decreto fundamenta su arquitectura en la "*adscripción poblacional y territorial*" a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) específico, tal como lo define el artículo 2.11.2.2.7. Esto significa que el primer contacto del ciudadano con el sistema de salud ya no es una elección, sino una asignación determinada por su lugar de residencia. En lugar de poder seleccionar un centro de salud o un médico de una lista de opciones provista por su EPS, el usuario es dirigido de manera obligatoria a la estructura que el Estado ha dispuesto para su "*microterritorio*".

En consecuencia, el decreto reemplaza un derecho legalmente establecido por un sistema de asignación administrativa, contraviniendo el núcleo esencial del principio de libertad de escogencia.

V. SOLICITUD DE MEDIDA CAUTELAR DE URGENCIA

5.1. Procedencia de la medida cautelar de urgencia:

El trámite de urgencia de las medidas cautelares representa una excepción al procedimiento que ordinariamente debe agotarse con el fin de disponer su adopción y que se encuentra señalado en el artículo 233 del CPACA. Sobre las medidas cautelares de urgencia, el artículo 234 ibidem dispone lo siguiente:

“Artículo 234. Medidas cautelares de urgencia. Desde la presentación de la solicitud y sin previa notificación a la otra parte, el Juez o Magistrado Ponente podrá adoptar una medida cautelar, cuando cumplidos los requisitos para su adopción, se evidencie que por su urgencia, no es posible agotar el trámite previsto en el artículo anterior. Esta decisión será susceptible de los recursos a que haya lugar.

La medida así adoptada deberá comunicarse y cumplirse inmediatamente, previa la constitución de la caución señalada en el auto que la decreta”.

Respecto de la medida cautelar de urgencia, el Consejo de Estado ha señalado:

“10. De acuerdo con esto, al tratarse de situaciones de urgencia, el legislador dispuso que el decreto de la medida cautelar puede ser ordenado *inaudita parte debitoris*, esto es, sin audiencia del demandado, para lo cual, salvo que se trate de la suspensión provisional de los efectos de los actos administrativos y otras situaciones previstas en el artículo 232 ejusdem, el solicitante debe pagar una caución. En todo caso, la decisión que se adopte puede ser objeto de los recursos ordinarios correspondientes.

11. El artículo 234 antes transcrito no prevé una definición de lo que debe entenderse por «urgencia», no obstante esta Corporación ha dicho que la expresión alude al «inminente riesgo de afectación de los derechos del interesado», lo que puede manifestarse en (i) la imposibilidad de ejecutar la sentencia si no se impone una medida provisional urgente, (ii) el posible acaecimiento de un perjuicio irremediable o (iii) la concreción de un peligro inminente. Estas situaciones conducen a que la intervención judicial resulte impostergable, pues incluso el decreto de la cautela por la vía ordinaria podría hacer inane la efectividad de la sentencia”⁸. (Negritas y subrayas fuera de texto)

El artículo 229 del CPACA contempla la medida cautelar de suspensión provisional exigiendo una “*petición de parte debidamente sustentada*”, y el 231 impone como requisito la “(...) *violación de las disposiciones invocadas en la demanda o en la solicitud que se realice en escrito separado, cuando tal violación surja del análisis del acto demandado y su confrontación con las **normas superiores invocadas como violadas o del estudio de las pruebas allegadas con la solicitud***”.

 (Negritas fuera de texto)

De esta manera, a la luz del artículo 231 del CPACA, el operador judicial puede analizar la transgresión bien sea con la confrontación entre el acto y las normas superiores invocadas o con el estudio de las pruebas allegadas con la solicitud, sin que ello implique prejuzgamiento⁹, tal como se plantea en el presente caso.

5.2. Fundamentos de la suspensión provisional:

5.2.1. El Decreto 858 de 2025 vulnera el principio de reserva de ley:

El Gobierno nacional invadió la órbita de competencia exclusiva del Congreso, usurpando funciones legislativas en contravía de la separación de poderes y el principio democrático. La expedición del Decreto 858 de 2025 constituye, por tanto, una vulneración directa del principio constitucional de reserva de ley en materia de regulación de la prestación del servicio público de salud y, en consecuencia, los artículos demandados deben ser retirados del ordenamiento jurídico.

- **Normas infractoras:**

Decreto 858 de 2025: artículos 2.11.2.1.1, 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.3, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.6, y 2.11.2.2.7.

- **Normas infringidas:**

Constitución: artículos 2, 152 literal d), 150-23, 365, 367, 369 y 370.

Ley 100 de 1993: artículos 155 literales b), a), d), e), h), i), k) y o), 156 literal m), 171 y 172.

Ley 715 de 2001: artículos 43, 44, 45 y 54.

Ley 1122 de 2007: artículo 14.

Ley 1450 de 2011: artículo 156.

⁸ Sección Primera. Rad: 11001032500020210038500 (1905-2021), auto del 7 de julio de 2021.

⁹ Artículo 229 inciso segundo del CPACA.

Ley 1438 de 2011: artículos 61, 62 y 63.
Ley Estatutaria 1751 de 2015: artículo 13.
Ley 1757 de 2015.
Ley 1966 de 2019: artículo 7.

- **Síntesis del cargo expuesto en la demanda:**

El decreto demandado vulnera los artículos 2 (fines del Estado), 150-23 (reserva legal para regular la prestación de servicios públicos), 365 (principio de legalidad de los servicios públicos), 367 (reserva legal para fijar las competencias y responsabilidades relativas a la prestación de los servicios públicos), 369 (reserva legal para fijar derechos y deberes de los usuarios) y 370 (facultad del Presidente para reglamentar los servicios públicos) de la Constitución que, de acuerdo con la interpretación sistemática de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado, establecen en materia de seguridad social en salud una reserva legal que debe ser respetada, en especial por el gobierno cuando hace uso de la potestad reglamentaria.

I) Los artículos demandados modifican la arquitectura del sistema de salud:

El Decreto 858 de 2025 modifica la arquitectura del sistema de salud al crear un modelo obligatorio de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cuya organización se traslada de las EPS a las entidades territoriales.

Esta medida altera el modelo de competencia y el rol central de las EPS establecidos en la Ley 100 de 1993, expande ilegalmente la competencia de los departamentos que la Ley 715 de 2001 limitaba a la red pública, y reemplaza de facto el esquema de redes coordinadas previsto en la Ley 1438 de 2011. Al imponer esta nueva estructura, crear figuras como los CAPS y redefinir las competencias de los actores, el decreto no reglamenta las leyes existentes, sino que las sustituye, invadiendo una materia con reserva de ley que es competencia exclusiva del Congreso de la República.

5.2.2. Violación del principio de legalidad y exceso de la facultad reglamentaria:

Los artículos demandados vulneran el principio de legalidad y exceden la potestad reglamentaria al transformar el sistema de salud. Una modificación de tal envergadura corresponde exclusivamente al Congreso. A través de este decreto, el Gobierno nacional obliga a las entidades territoriales a operar bajo un modelo y a ejercer competencias no autorizadas por la ley, violando el principio de que las autoridades sólo pueden actuar conforme a lo que la ley les permite.

La facultad reglamentaria del presidente de la República no lo autoriza para llevar a cabo una transformación estructural del sistema, ya que dicha función es competencia del poder legislativo.

- **Normas infractoras:**

Decreto 858 de 2025: artículos 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.3, 2.11.2.1.4, 2.11.2.1.5, 2.11.2.1.6, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.3, 2.11.2.2.4, 2.11.2.2.6, 2.11.2.2.7, 2.11.2.2.8 y 2.11.3.1.

- **Normas infringidas:**

Constitución: artículos 6 y 121.
Ley 100 de 1993: artículos 155, 156 literal g), 171, 177 y 179.
Ley 715 de 2001: artículos 43.2.4, 43, 44 y 46.

Ley 1438 de 2011: artículos 61, 62 y 63, 64.

- **Síntesis del cargo expuesto en la demanda:**

i) Los artículos demandados modifican el rol y funcionamiento de los principales actores (EPS y entidades territoriales) del sistema sin contar con autorización legal para ello:

Los artículos demandados modifican ilegalmente el rol y funcionamiento de los actores del sistema de salud al redefinir sus competencias sin autorización legal. Específicamente, traslada la responsabilidad de organizar las redes de servicios de las EPS a las entidades territoriales, limita la autonomía de las EPS al obligarlas a contratar con redes estatales y centraliza la dirección del sistema en el poder ejecutivo, suplantando el rol del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Estas acciones alteran la estructura definida por las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y 1438 de 2011, excediendo la potestad reglamentaria del Gobierno y violando el principio de legalidad, ya que una reforma de esta magnitud requiere de una ley expedida por el Congreso.

ii) Los artículos demandados modifican el modelo de ejecución de la salud pública sin contar con autorización legal para ello:

Los artículos que modifican el modelo de ejecución de la salud pública al crear un nuevo "*modelo operativo*" no autorizado por ley, exceden la facultad reglamentaria del Gobierno. Mientras la Ley 715 de 2001 asigna a las entidades territoriales la ejecución de la salud pública mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con recursos del SGP, de manera separada al aseguramiento individual a cargo de las EPS con recursos de la UPC, el decreto impone una "*fusión operativa*". Esto lo hace a través de la creación de "*Equipos de Salud Territorial*", los cuales deben articular y ejecutar simultáneamente acciones tanto del PIC como del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Al reconfigurar responsabilidades y mezclar funcionalmente fuentes de financiación que la ley mantenía distintas, el decreto altera el diseño estructural del sistema, una decisión que corresponde exclusivamente al Congreso.

iii) Modificación de la destinación específica UPC para apalancar inversiones en infraestructura y otros procesos:

El artículo 2.11.2.2.6 del Decreto 858 de 2025 vulnera el principio de legalidad y excede la potestad reglamentaria al imponer a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la obligación de usar los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para apalancar procesos ajenos a la prestación de servicios de salud, tales como la inversión en infraestructura, dotación y tecnología, así como la implementación de Equipos de Salud Territoriales.

Esta disposición modifica ilegalmente la destinación específica de la UPC, la cual, por mandato del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 y la jurisprudencia constitucional, tiene un carácter finalista y restringido para financiar exclusivamente los servicios y tecnologías del plan de beneficios.

iv) Los artículos desbordan la facultad reglamentaria conferida por la Ley 1438 de 2011 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud:

El Decreto 858 de 2025 desborda la facultad reglamentaria conferida por la Ley 1438 de 2011, ya que, en lugar de regular el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basado en la coordinación entre EPS y entidades territoriales, impone un modelo jerárquico y centralizado no previsto en la ley.

Específicamente, los artículos 2.11.2.2.1 al 2.11.2.2.4 y 2.11.2.2.6 del decreto transforman el esquema de responsabilidades al convertir a la entidad territorial en la única organizadora de la red y subordinar a la EPS, lo cual implica una reforma sustancial del sistema de salud. Además, el Gobierno excede la facultad de reglamentar la "articulación y coordinación" que le otorga el artículo 64 de dicha ley, utilizándola como pretexto para crear una nueva arquitectura de gobernanza con "*Órganos de dirección*" y "*Comités de coordinación*" que alteran el sistema de poder, actuando sin una norma habilitante para ello.

5.2.3. La nueva estructura del modelo de salud vulnera principios que rigen el sistema de salud:

El nuevo modelo de salud introducido por los artículos demandados, al crear una arquitectura de gobernanza y prestación de servicios centralizada en el Estado, no solo excede la potestad reglamentaria del ejecutivo, sino que también vulnera principios y derechos fundamentales de los usuarios consagrados en normas de superior jerarquía.

- **Normas infractoras:**

Decreto 858 de 2025: 2.11.2.1.1, 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.3, 2.11.2.1.4, 2.11.2.1.5, 2.11.2.1.6, 2.11.2.1.7, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.3, 2.11.2.2.4, 2.11.2.2.5, 2.11.2.2.6, 2.11.2.2.7, 2.11.2.2.8, 2.11.2.2.9 y 2.11.3.1.

- **Normas infringidas:**

Ley Estatutaria 1751 de 2015: artículos 6 y 8.

Ley 100 de 1993: artículo 153 y 159.

- **Síntesis del cargo expuesto en la demanda:**

i) Vulneración del principio de integralidad, continuidad y oportunidad:

La nueva arquitectura del sistema vulnera directamente los principios de integralidad y continuidad consagrados en los artículos 6 y 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Los artículos que establecen la nueva gobernanza (2.11.2.1.1 al 2.11.2.1.3) y los que crean y estructuran las RIITS bajo el mando de las entidades territoriales (2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2 y 2.11.2.2.4), fragmentan la responsabilidad de la atención. Al separar al organizador de la red (la entidad territorial) del asegurador (la EPS), se crea una dualidad de mando y dirección que genera barreras administrativas en el flujo del paciente, especialmente entre el Nivel Primario y el Complementario.

Esta división de responsabilidades es precisamente la fragmentación que prohíbe el principio de integralidad y crea el riesgo de interrupciones en la atención por fallas de coordinación, violando el principio de continuidad.

ii) Vulneración del principio de libertad de escogencia:

El Decreto 858 de 2025 anula en la práctica la libertad de escogencia garantizada por los artículos 153 y 159 de la Ley 100 de 1993. Esto se materializa a través de dos mecanismos: primero, el artículo 2.11.2.2.6 obliga a todas las EPS que operan en un territorio a contratar con la misma red primaria (los CAPS) organizada por la entidad territorial, lo que homogeniza la oferta y vuelve irrelevante la elección de la aseguradora para el acceso primario. Segundo, los artículos 2.11.2.1.6 (que impone la territorialización como principio rector) y 2.11.2.2.7 (que crea los CAPS como puerta de entrada obligatoria por ubicación) eliminan la posibilidad de elegir un prestador primario, reemplazando el derecho a la elección por un sistema de asignación administrativa basado en el lugar de residencia.

iii) Urgencia de la medida cautelar:

En el presente caso, la confrontación directa entre los artículos demandados del Decreto 858 de 2025 y las disposiciones de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1438 de 2011, Ley 1450 de 2011 y la Ley estatutaria 1751 de 2015 y la propia Constitución revela una invasión a la reserva de ley del Congreso, al principio de legalidad y una extralimitación de la potestad reglamentaria, así como una violación de principios que rigen el sistema de salud, tal como ha sido expuesto en el concepto de la violación.

La urgencia de la medida se hace manifiesta e ineludible en virtud de lo dispuesto en el artículo 2.11.3.7 del decreto demandado, el cual establece un perentorio régimen de transición de apenas un (1) año para que la totalidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud adecuen su operación al nuevo modelo. Este mandato no implica ajustes menores, sino una transformación estructural, profunda e inmediata que obliga a las entidades territoriales, EPS, hospitales y demás prestadores a iniciar un proceso de desmonte del modelo de aseguramiento vigente para adoptar la nueva arquitectura de Redes (RIITS), gobernanza y funcionamiento territorial.

Dicho proceso conlleva a la modificación de plantas de personal, la reconfiguración de sistemas de información, la alteración de esquemas contractuales y la reorientación de billonarios recursos públicos y privados, generando una situación de efectos que, en la práctica, serían irreparables.

Esta transición forzosa y acelerada hacia un modelo cuya legalidad está en entredicho, genera un riesgo inminente de colapso funcional en la prestación de los servicios, lo que se traduciría en una afectación directa y masiva al derecho fundamental a la salud de los colombianos. La incertidumbre jurídica y la ambigüedad en los roles de las entidades territoriales y las EPS crearían un vacío de responsabilidad que impactaría directamente al paciente. La interrupción de tratamientos para enfermedades crónicas, las barreras en el acceso a procedimientos urgentes, y el caos en la remisión de pacientes serían las consecuencias directas de una desarticulación contractual y operativa a nivel nacional. Este no es un perjuicio teórico, sino un peligro cierto para la vida y la integridad de millones de personas que dependen de la continuidad y la integralidad del sistema.

Permitir la ejecución de este cronograma de transición mientras se surte el trámite ordinario de esta acción de nulidad, consolidaría un daño al sistema de salud y al ordenamiento jurídico que una sentencia posterior no podría remediar. Para el momento en que se profiera un fallo de fondo, la estructura del sistema ya habría sido alterada de manera irreversible, con la consecuente afectación a la prestación continua de los servicios, la vulneración de derechos de los usuarios como la libre escogencia y la materialización de un modelo de salud que carece de sustento legal, afectando con ello la vida e integridad de usuarios y pacientes.

Por lo tanto, para evitar un perjuicio irremediable y garantizar la eficacia de la decisión judicial final, es imperativo decretar la suspensión provisional de los artículos demandados con la urgencia que la ley contempla.

4.3. Solicitud de medida cautelar de urgencia:

No cabe duda de que sería más gravoso para el interés público, en especial, para la prestación eficiente y oportuna del servicio público de salud, permitir la entrada en vigor del nuevo modelo de salud contenido en los artículos demandados, poniendo en riesgo el derecho a la salud de los afiliados al SGSS.

Estas situaciones conducen a que la intervención judicial resulte impostergable, en consecuencia, se **solicita como medida cautelar de urgencia la suspensión provisional de los artículos 2.11.2.1.1, 2.11.2.1.2, 2.11.2.1.3, 2.11.2.1.4, 2.11.2.1.5, 2.11.2.1.6, 2.11.2.1.7, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.3, 2.11.2.2.4, 2.11.2.2.5, 2.11.2.2.6, 2.11.2.2.7, 2.11.2.2.8, 2.11.2.2.9 y 2.11.3.1. del Decreto 858 de 2025.**

VI. PRESUPUESTOS PROCESALES

El H. Consejo de Estado es **competente** para conocer de la presente demanda, a la luz de lo dispuesto en el artículo 149, numeral 1° del CPACA según el cual:

“Artículo 149. Competencia del Consejo de Estado en única instancia. El Consejo de Estado, en Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, por intermedio de sus Secciones, Subsecciones o Salas especiales, con arreglo a la distribución de trabajo que la Sala disponga, conocerá en única instancia de los siguientes asuntos:

1. De los de nulidad de los actos administrativos expedidos por las autoridades del orden nacional o por las personas o entidades de derecho privado cuando cumplan funciones administrativas del mismo orden.”

La presente acción es procedente en los términos del artículo 137 del CPACA, en la medida en que el Decreto 858 del 30 de julio de 2025 “*Por la cual se sustituye la parte 11, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*”, fue expedido por el Presidente de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social.

VII. PRUEBAS

7.1. Pruebas aportadas con el escrito de demanda:

Anexo No. 1	Certificado de existencia y representación legal de la Fundación para el Estado de Derecho y cédula del representante legal.
Anexo No. 2	Diario Oficial No. 53.198 del 31 de julio de 2025 donde se encuentra el Decreto 858 del 30 de julio de 2025.

Los anexos podrán ser consultados en el siguiente enlace de “Google drive”:

VIII. NOTIFICACIONES

- La parte demandante **FEDe. Colombia** recibirá notificaciones:

Dirección: Calle 94 No. 21-76, Bogotá D.C

Teléfono: 3001160643

Correo: notificaciones@fedecolombia.org

- La parte demandada:

- Presidente de la República:

Dirección: Carrera 8 No. 12 B – 31 – Bogotá D.C.

Teléfono: 018000913666.

Correo electrónico: notificacionesjudiciales@presidencia.gov.co.

Ministerio de Salud y Protección Social:

Dirección: Carrera 13 No. 32-76 piso 1. Bogotá D.C.

Teléfono: 6013305043.

Correo electrónico: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Cordialmente.



ANDRÉS CARO BORRERO
C.C 1.130.883.888
Representante legal
FUNDACION PARA EL ESTADO DE DERECHO
NIT 901.652.590-1