



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE ANTIOQUIA
SALA TERCERA

Magistrado Ponente: Daniel Montero Betancur

Medellín, D.E., diez (10) de marzo de dos mil veintiséis (2026)

Radicado	05001 23 33 000 2026 00385 00
Demandante	Víctor Raúl Palacio Bohórquez
Demandado	Nación - Ministerio de Salud y Protección Social
Naturaleza	Acción popular
Asunto	Decreta medida cautelar de urgencia
Providencia	Interlocutorio 44 de 2026

Revisado el expediente se advierte que el actor popular, al momento de interponer la demanda, solicitó, de manera simultánea, la adopción de una medida cautelar de urgencia, frente a la cual se pronunciará el despacho a continuación¹:

I. ANTECEDENTES

1. El 24 de febrero de 2026 el Gobierno Nacional, integrado, en este caso, por el presidente de la República y el ministro de Salud y Protección Social, expidió el decreto 182 de 2026 *“Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones”*.
2. Víctor Raúl Palacio Bohórquez interpuso demanda, en ejercicio de la acción popular consagrada en el artículo 88 de la Constitución Política y desarrollada por la ley 472 de 1998, contra al Nación - Ministerio de Salud y Protección Social pretendiendo la protección de los intereses colectivos a la moralidad

¹ La presente providencia fue revisada en su gramática y ortografía mediante el programa Copilot, incluido en el paquete de Microsoft contratado por la Rama Judicial, conforme a la sentencia T-323 de 2024 y al acuerdo PCSJA24-12243 de 2024, *“Por el cual se adoptan lineamientos para el uso y aprovechamiento respetuoso, responsable, seguro y ético de la inteligencia artificial en la Rama Judicial”*.

administrativa; a la defensa del patrimonio público; a la salud, en su componente colectivo; al acceso a servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna; al acceso a la infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública y a la libre competencia.

3. El actor popular cuestiona la amenaza de los derechos e interés colectivos anunciados y el riesgo que se puede derivar de la entrada en vigencia del decreto 182 de 25 de febrero de 2026, al afirmar que se prevén traslados obligatorios masivos de cerca de 6.000.000 de usuarios entre EPS, de los cuales 2.600.000 serían trasladados a la Nueva EPS, entidad que, según el demandante, está intervenida, no cumple las exigencias de capital mínimo ni patrimonio adecuado para operar como EPS, no reporta estados financieros completos y presenta barreras de acceso y aumento considerablemente progresivo de quejas y acciones de tutela por la falta de prestación de los servicios, todo lo cual, en sentir del actor, amenaza con vulnerar los derechos colectivos invocados, no solo a los usuarios que serían trasladados, sino también de quienes actualmente son usuarios de dicha EPS.
4. Con fundamento en el artículo 25 de la ley 472 de 1998, el actor popular solicitó la adopción de la siguiente medida cautelar:

Con fundamento en el Literal b), artículo 25 de la Ley 472 de 1998, y con el propósito de evitar un daño inminente en las condiciones de vida digna, salud e integridad de los dos millones seiscientos mil (2.600.000) usuarios que serán asignados de manera obligatoria a Nueva EPS, y de los más de once millones quinientos mil (11.500.000) de afiliados actuales que tiene esa EPS, solicito que se ordene al Ministerio de Salud y Protección Social:

1. A abstenerse de realizar las asignaciones de que trata el Decreto 182 de 2026 a Nueva EPS, hasta tanto se demuestre que dicha EPS:

- I) No está intervenida por el Estado;
- II) Cumple con exigencias de capital mínimo y patrimonio adecuado necesarias para operar como EPS;
- III) Reporta estados financieros a la Superintendencia Nacional de Salud;
- IV) Reporta datos de costos de los servicios al Ministerio de Salud para efectos del cálculo de la UPC;
- V) Garantiza el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC – PB-UPC a sus afiliados, y ofrece un trato digno;
- VI) Tenga un porcentaje de quejas igual al que tenía antes de la intervención;
- VII) Da cumplimiento a los fallos de tutela;
- VIII) Deja de ser la EPS con mayor porcentaje de tutelas, y;
- IX) Supera la situación de inviabilidad estructural.

2. En caso de que para cuando se resuelva la presente medida cautelar el Ministerio de Salud ya haya realizado las asignaciones obligatorias de usuarios a Nueva EPS, se abstenga de dar efectividad a los traslados de los usuarios, hasta cuando se demuestre que Nueva EPS cumple con lo señalado en el numeral anterior de la medida cautelar de urgencia.

II.- Consideraciones.-

1.- Competencia y marco normativo de las medidas cautelares en las acciones populares.-

El suscrito magistrado del Tribunal Administrativo de Antioquia es funcionalmente competente para decidir, en primera instancia, la medida cautelar de urgencia propuesta por el actor popular, según lo dispuesto por el artículo 125 (literal h) del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en armonía con lo dispuesto por el artículo 25 de la ley 472 de 1998.

Las medidas cautelares son instrumentos con los cuales el ordenamiento jurídico protege, de manera provisional y mientras dura el proceso, la integridad de un derecho que se estima amenazado o vulnerado².

En la acción popular, el régimen de medidas cautelares se estructura, principalmente, de dos fuentes legales complementarias, estas son: la ley 472 de 1998 y la ley 1437 de 2011.

El artículo 25 de la ley 472 de 1998 faculta al juez de la acción popular para decretar, de oficio o a petición de parte, medidas cautelares en cualquier estado del proceso, antes de la notificación del auto admisorio de la demanda o después de esta, para prevenir un daño inminente o hacer cesar el ya causado.

Este artículo contempla un listado enunciativo de las medidas que puede decretar el juez en este tipo de procesos³.

² Ampliación de esta definición en la sentencia C- 379 de 2004, de la Corte Constitucional

³ a) Ordenar la inmediata cesación de las actividades que puedan originar el daño, que lo hayan causado o lo sigan ocasionando;

b) Ordenar que se ejecuten los actos necesarios, cuando la conducta potencialmente perjudicial o dañina sea consecuencia de la omisión del demandado;

c) Obligar al demandado a prestar caución para garantizar el cumplimiento de cualquiera de las anteriores medidas previas;

d) Ordenar con cargo al Fondo para la Defensa de los Derechos e Intereses Colectivos los estudios necesarios para establecer la naturaleza del daño y las medidas urgentes a tomar para mitigarlo

...

Naturaleza: Acción popular
Radicado: 05001 23 33 **000 2026 00385 00**

A su vez, el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo regula de manera complementaria el régimen de medidas cautelares, según lo precisó la Corte Constitucional en la sentencia C-284 de 2014.

En diferentes pronunciamientos, el Consejo de Estado ha insistido en que debe hacerse una lectura armónica entre las dos leyes que han venido mencionando, en consideración a que la ley 472 de 1998 no fue derogada por la ley 1437 de 2011 en materia de medidas cautelares, por lo cual, en materia de acciones populares, ambas leyes se integran para fortalecer la protección y hacerla robusta en los procesos que tienen por objeto garantizar la defensa y protección de los derechos e intereses colectivos.

En auto de 2 de agosto de 2017⁴, el Consejo de Estado precisó:

Visto lo anterior, se advierte que la Ley 472 de 1998 le otorga amplias facultades al Juez Popular para que decrete cualquier medida cautelar para salvaguardar un derecho colectivo, lo cual no ocurre con el artículo 230 del CPACA, el cual limita el accionar del juez constitucional, únicamente a las medidas taxativamente consagradas, de suerte que, dicha norma resulta ser restrictiva y retrocede el camino avanzado en materia de protección de derechos colectivos, razón por la cual, la Sala, en aras de armonizar **la aplicación de las normas en mención, entiende que el Juez popular sigue estando facultado para decretar cualquier medida cautelar y en particular, si así lo considera necesario, las contempladas en los artículos 25 y 230 de la Ley 472 de 1998 y del CPACA, respectivamente (Negrita en el original).**

Los artículos 229 a 233 de la ley 1437 de 2011 regulan de manera integral el régimen de medidas cautelares en la jurisdicción de lo Contencioso Administrativo; precisan su procedencia y oportunidad; definen su contenido y alcance; establecen los requisitos para decretarlas y el procedimiento para adoptarlás.

El artículo 230 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo clasifica las medidas cautelares en preventivas, conservativas, anticipativas y de suspensión, y señala que estas deben relacionarse directa y necesariamente con las pretensiones de la demanda.

Dependiendo del tipo de medida cautelar, varían los requisitos de procedencia; así, cuando se pretenda la nulidad de un acto administrativo, la suspensión provisional de sus efectos procederá por la violación de las disposiciones invocadas en la demanda o en la solicitud presentada en escrito separado, siempre que

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera; auto proferido el 2 de agosto de 2017, C.P. María Elizabeth García González; número único de radicación 130012333000201500052-01

dicha vulneración surja del análisis del acto acusado y de su confrontación con las normas superiores invocadas como infringidas, o del estudio de las pruebas allegadas con la solicitud y cuando, además, se pretenda el restablecimiento del derecho y la indemnización de perjuicios, deberá acreditarse, al menos sumariamente, su existencia.

En las demás casos, es decir, cuando no se trata de medidas cautelares de suspensión de los efectos jurídicos de los actos administrativos, lo cual comprende las medidas preventivas, anticipativas conservativas y las de suspensión distintas de la mencionada (como la suspensión de actuaciones administrativas y administrativas contractuales), la medida procede -dice la norma- siempre que concurren los siguientes requisitos: (i) la demanda debe estar razonablemente fundada en derecho; (ii) el solicitante debe demostrar, por lo menos sumariamente, la titularidad del o de los derechos invocados; (iii) que el demandante haya presentado documentos, informaciones, argumentos y justificaciones que permitan concluir, mediante un juicio de ponderación de intereses, que resultaría más gravoso para el interés público negar la medida cautelar que concederla; y, además se debe constatar (iv) que de no concederse la medida se causaría un perjuicio irremediable o los efectos de la sentencia se tornarían nugatorios.

Para concluir este acápite, es necesario advertir que el ordenamiento jurídico dispone que la decisión sobre la medida cautelar no implica un prejuzgamiento (artículo 229 del CPACA), lo cual resulta adecuado, para que en caso de ordenar la protección provisional no se entienda que se anticipa una decisión, sino que es una medida preventiva y temporal basada en la apariencia del buen derecho y no una conclusión sobre el fondo del asunto.

Con base en las anteriores bases, se verificarán los requisitos de los artículos 231 del CPACA en armonía con el artículo 25 de la ley 472 de 1998.

2.- La medida cautelar de urgencia.-

En síntesis, la acción popular de la referencia tiene origen en una situación grave y urgente que, en palabras del demandante, amenaza los derechos colectivos invocados enunciados en los antecedentes de esta providencia, como consecuencia de la expedición, por parte del Gobierno Nacional, del decreto reglamentario 182, de 25 de febrero de 2026, *"Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2,*

2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones".

Como resultado práctico de la aplicación del citado acto administrativo se prevé el traslado obligatorio de cerca de 6'000.000 de usuarios entre EPS.

De ese total, aproximadamente 2'600.000 usuarios serían trasladados a la Nueva EPS, a pesar de que esa entidad, según el demandante: i) se encuentra intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud; ii) no cumple las exigencias de capital mínimo y patrimonio adecuado requeridas para operar como EPS; iii) no reporta estados financieros a la Superintendencia Nacional de Salud; iv) no reporta al Ministerio de Salud la información sobre costos de los servicios, necesaria para el cálculo de la UPC; v) presenta condiciones deplorables de atención y un trato indigno a los usuarios, circunstancia que constituye un hecho notorio; vi) ha incrementado su porcentaje de quejas en más de ciento siete por ciento (107 %) durante el último año; vii) registra decenas de miles de correos relacionados con acciones de tutela que ordenan prestaciones aún no atendidas; viii) es la EPS con mayor porcentaje de tutelas; y ix) atraviesa una situación de inviabilidad estructural.

La expedición y ejecución del citado decreto 182, por parte del Gobierno Nacional, no solo amenaza, en sentir del actor popular, los derechos e intereses colectivos de los usuarios que serían trasladados forzosamente a dicha EPS, en contra de su voluntad, sino también de los afiliados que actualmente pertenecen a ella, quienes verían aún más reducida la capacidad institucional de la entidad para garantizarles el Plan de Beneficios en Salud a su cargo.

Estos traslados se producen en virtud de un conjunto de reglas que introducen una reorganización del aseguramiento en salud.

De esta manera, el decreto configura un diseño institucional orientado a propiciar un traslado masivo de usuarios entre EPS.

Tal situación -reitera el demandante- amenaza con desencadenar una crisis nacional de graves e irreparables consecuencias, tanto para los usuarios que serían

trasladados forzosamente a esa entidad como para quienes ya se encuentran afiliados a ella.

Por lo anterior, solicita el decreto de la medida cautelar transcrita al inicio de esta providencia.

3.- Análisis de la medida cautelar.-

3.1.- Para entender el contexto de la acción popular y de la medida cautelar de urgencia que acá se decide, resulta fundamental sintetizar la modificación que se produjo en el sistema de seguridad social en salud, por cuenta del decreto reglamentario 182 de 2026.

A través del citado decreto se crea un nuevo régimen para ordenar la operación del aseguramiento en salud, sobre la base de dos enfoques: **territorial y poblacional**. Esta es una figura totalmente nueva y por ello adiciona todo un capítulo al decreto reglamentario 780 de 2016 (título 2, parte 5, libro 2) y, además, modifica varias reglas sobre asignación de afiliados, reglas que estaban contempladas en el decreto reglamentario 780 de 2016 (artículos 2.1.11.1; 2.1.11.2; 2.1.11.3; 2.1.11.11; y 2.5.2.3.5.2).

Las consideraciones del decreto hacen énfasis en que las medidas adoptadas no buscan restringir arbitrariamente la competencia, sino corregir fallas estructurales del mercado del aseguramiento y proteger a los usuarios, debido a la fragmentación excesiva de la afiliación; la insuficiente escala poblacional para gestionar adecuadamente el riesgo en salud; las ineficiencias operativas de algunas EPS; los riesgos para la sostenibilidad financiera; y la dificultad para brindar el servicio en territorios dispersos o de baja densidad poblacional.

Para la expedición del decreto, el Ministerio de Salud elaboró un análisis técnico denominado "*Mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional*", el cual fue aportado como prueba al proceso (ver archivo 3 del expediente digital) del que derivan los porcentajes mínimos de participación, el número máximo de EPS por territorio, los plazos para actualización del ámbito de autorización y las reglas de asignación especial de afiliados.

Naturaleza: Acción popular
Radicado: 05001 23 33 **000 2026 00385 00**

Dice el decreto, además, que la SIC emitió un concepto de abogacía de la competencia y concluyó que el proyecto no imponía restricciones arbitrarias a la competencia, sino una ordenación técnica razonable y proporcional.

El nuevo capítulo 7 regula la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional.

El objeto, dice el decreto, es implementar mecanismos diferenciales para garantizar equidad, sostenibilidad financiera y acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente, en zonas dispersas, marginadas o de baja densidad poblacional, así como definir reglas para la asignación de afiliados.

El ámbito de aplicación comprende a las EPS “o quienes hagan sus veces”, incluidas las EPS indígenas (EPSI), la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales departamentales, municipales y distritales.

Más adelante, en punto a los mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento establece tres criterios por categorías: criterios nacionales, departamentales y municipales.

Los criterios nacionales se orientan a preservar estabilidad, continuidad y sostenibilidad del aseguramiento a escala nacional.

En esa medida, si una EPS tiene más del 20% de los afiliados a nivel nacional, se cuenta dentro del número límite de EPS por categoría departamental y municipal, pero mantiene su ámbito territorial de autorización.

Por otra parte, las EPS con menos de un millón de afiliados a nivel nacional mantienen su ámbito territorial y cuentan dentro del máximo municipal; sin embargo, si en un departamento su participación es inferior al 3% del total de afiliados de ambos regímenes, no podrán seguir operando en los municipios autorizados de ese departamento.

Asimismo, una EPS autorizada solo en municipios de un solo departamento puede mantener su ámbito territorial, aunque exceda el número límite de EPS previsto para la categoría departamental o municipal.

En las categorías departamentales el parámetro es el rango poblacional del departamento. Como medida de capacidad operativa mínima de las EPS y en función de la población los ubica en tres categorías, a saber:

- Categoría especial: donde se ubican los departamentos con más de 2.000.000 de habitantes. Allí pueden operar las EPS cuya proporción de afiliados, en ambos regímenes (contributivo y subsidiado) sea igual o superior al 5% en ese ámbito.
- Primera y segunda categoría: para todos aquellos departamentos que se ubiquen en el rango de 390.001 y 2.000.000 de habitantes. Allí pueden operar las EPS cuya proporción de afiliados, en ambos regímenes (contributivo y subsidiado) sea igual o superior al 10% en ese ámbito.
- Tercera y cuarta categoría: para todos aquellos departamentos que se ubiquen en el rango de hasta 390.000 habitantes. Allí pueden operar las EPS cuya proporción de afiliados, en ambos regímenes (contributivo y subsidiado) sea igual o superior al 15% en ese ámbito.

En las categorías distritales y municipales también se usa el rango poblacional, pero para fijar cuántas EPS pueden operar en cada municipio o distrito y excluir a las de participación insignificante, así:

- Municipios con 500.001 o más habitantes: pueden incluirse todas las EPS autorizadas, excluyendo las que tengan menos del 3% de participación.
- Entre 100.001 y 500.000 habitantes: hasta 5 EPS.
- Entre 50.001 y 100.000 habitantes: hasta 4 EPS.
- Entre 30.001 y 50.000 habitantes: hasta 3 EPS.
- Entre 20.001 y 30.000 habitantes: hasta 2 EPS.
- Entre 10.001 y 20.000 habitantes: hasta 1 EPS.
- Igual o inferior a 10.000 habitantes: también hasta 1 EPS.

En todos esos casos, se excluyen las EPS que no alcancen 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en ese territorio. Además, se dice expresamente que la fijación de un número máximo de EPS por municipio es un instrumento técnico de ordenación del aseguramiento.

Por otra parte, el artículo 2.5.2.7.4 dispone que la Superintendencia Nacional de Salud actualizará el ámbito territorial de autorización en los actos administrativos de funcionamiento de las EPS.

El artículo 2.5.2.7.5 establece el mecanismo operativo cuando, tras actualizar el ámbito territorial, algunas EPS dejen de prestar sus servicios en determinados municipios.

En ese sentido, una vez la Superintendencia Nacional de Salud expida los actos de actualización territorial, el Ministerio de Salud y la ADRES harán la asignación especial de afiliados a las EPS receptoras que continúen operando en el territorio, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación.

La asignación se hace efectiva el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que el Ministerio entregue a las EPS receptoras la información de los afiliados asignados y las EPS receptoras deben contar, como mínimo, con 15 días calendario previos para adoptar las medidas necesarias y garantizar continuidad. Eso sí, el decreto es categórico en el sentido de que ninguna EPS podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Las EPS que siguen operando conservan responsabilidad sobre todos sus afiliados en el territorio y las que dejan de operar responden hasta el día anterior a la efectividad de la asignación, de manera que, a partir de ese momento, la EPS receptora asume el aseguramiento y garantiza continuidad y acceso.

Por otra parte, el artículo 2.5.2.7.7 dispone que las EPS que quieran modificar su capacidad de afiliación geográfica deben obtener autorización previa de la Superintendencia, siempre que la modificación no exceda el número máximo de EPS permitido por municipio o distrito conforme al artículo 2.5.2.7.3.

Un punto bien relevante es el levantamiento parcial de restricciones a EPS con autorización especial o en proceso de intervención, pues el artículo 2.5.2.7.8 elimina, desde la expedición del decreto, la limitación para afiliar nuevos usuarios y aceptar traslados en el régimen subsidiado a las EPS que funcionan con autorización especial.

Pese a lo anterior, conserva la limitación para recibir afiliados del régimen subsidiado dentro del proceso de asignación de afiliados al que se refiere el párrafo 2 del artículo 2.5.2.3.5.6., del mismo decreto 780 de 2016.

Las modificaciones a las disposiciones del decreto 780 de 2016 están previstas a partir del artículo 2º del decreto 182 de 2026.

En esa medida, se precisa que la asignación de afiliados sirve para garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud cuando ocurra revocatoria, retiro, liquidación o intervención de EPS, y para dirigir esa asignación a EPS habilitadas y operando en el régimen correspondiente.

También se advierte que la asignación debe recaer en EPS que no tengan medidas administrativas o especiales vigentes, **salvo la excepción prevista en el numeral 3 del artículo 2.1.11.3.**

En suma, el decreto sectoriza el funcionamiento de las EPS y el diseño puede conducir a que en múltiples municipios solo opere una EPS en los regímenes contributivo y subsidiado.

4.- Verificación del cumplimiento de los requisitos de la medida cautelar.-

Como se dijo anteriormente, el accionante solicita que se impida que los efectos del decreto reglamentario 182 de 2026 se materialicen, porque se pondrían en riesgo los derechos colectivos de los usuarios del sistema de salud, en la medida en que, específicamente, la Nueva EPS recibiría un número considerable de afiliados, por asignación forzosa, que se sumarían a los ya existentes, sin que tenga la capacidad para asumir la prestación del servicio, por las dificultades que desde hace ya tiempo atraviesa.

4.1.- La urgencia de la medida.-

No cabe duda que la medida tiene carácter urgente, pues de hallarse acreditados los supuestos esbozados por el demandante y de concretar los traslados que se tienen previstos materializar, por cuenta de la aplicación del nuevo modelo que fija el decreto reglamentario 182 de 2026, se produciría un perjuicio inminente e irreversible para los usuarios del servicio público de salud, con grave detrimento de sus derechos, pues dejarían de operar un sinnúmero de EPS en determinados puntos geográficos del territorio nacional, se trasladarían un elevado número de usuarios del servicio a la Nueva EPS que se sumarían a los ya existentes, y los efectos de una eventual sentencia que amparara los derechos colectivos serían ilusorios, pues la infraestructura de las EPS cuya autorización para operar se revoca, por la falta del

número de usuarios requeridos para continuar en el mercado territorial, desaparecería de los lugares donde se restringe absolutamente su operación, de modo que sería prácticamente imposible volver al *statu quo* o adoptar otras medidas que permitan garantizar el regreso de los afiliados y la continuidad del servicio, en caso de que en la sentencia definitiva se estimen vulnerados los derechos colectivos invocados.

A lo anterior se suma que la implementación del nuevo modelo comenzó con la publicación del decreto (25 de febrero de 2026), según el artículo 8, lo que significa que hace 12 días inició la materialización de las medidas.

De hecho, el Ministerio de Salud y Protección Social ya emitió el estudio de cuáles EPS saldrían de los territorios, por cuenta de la aplicación del decreto, lo que impide, por la premura del asunto y la calidad de los derechos que sufrirían afectación, que pueda darse el trámite de las medidas cautelares ordinarias, con los traslados que contempla el régimen general.

En todo caso, el legislador de la ley 472 de 1998 consciente de los caros derechos que son materia de protección en el ámbito de la acción popular previó que desde antes de la notificación del auto admisorio de la demanda se puedan adoptar las medidas cautelares, incluso de manera oficiosa.

Por lo anterior, no es posible agotar el traslado ordinario del artículo 233 del CAPACA sin riesgo de consumación del daño.

4.2.- Que la demanda esté razonablemente fundada en derecho (apariencia de buen derecho).-

Toda medida cautelar exige una base mínima de verosimilitud del derecho reclamado. Ese presupuesto, conocido como *fumus boni iuris*, se satisface cuando, a partir de las pruebas allegadas, el juez advierte de manera preliminar que la pretensión tiene fundamento serio y posibilidad real de prosperar.

Por ello, solo es legítimo decretar una cautela cuando el derecho invocado aparece, por lo menos *prima facie*, como razonable y probable. Si esa apariencia no existe, la medida pierde justificación y se convierte en una restricción arbitraria.

La apariencia de buen derecho es, en consecuencia, el soporte esencial de toda decisión cautelar, pues impide que el poder preventivo del juez se ejerza para amparar pretensiones débiles, inciertas o infundadas. Normalmente, ese juicio surge del material probatorio aportado por quien solicita la medida⁵.

La apariencia de buen derecho se encuentra acreditada en este caso. Del examen preliminar del material allegado surgen elementos adicionales que refuerzan la verosimilitud del riesgo advertido por el actor popular.

La medida se halla fundamentada en la potencial vulneración a los derechos colectivos invocados en el escrito de la demanda, por cuenta de la implementación de un nuevo modelo de aseguramiento en el sistema general de seguridad social en salud basado en dos criterios: poblacional y territorial que, presuntamente, reduciría dramáticamente la oferta los servicios de salud por parte de las EPS, para concentrarlas en un solo prestador, esto es, la Nueva EPS.

Aunque el actor popular hace una referencia particular al departamento de Antioquia, una revisión detallada permite advertir que el problema no solo se concentra en este departamento, sino que se proyecta con mayor intensidad en otros territorios del país; precisamente, en aquellos municipios en los que la Nueva EPS quedaría como asegurador o prestador exclusivo en los dos regímenes, según las reglas planteadas por el citado decreto 182 de 2026, al cual se ha hecho extensa alusión.

En efecto, conforme a la prueba aportada con la demanda, con la aplicación del citado decreto, en **502 municipios del país** la Nueva EPS quedaría operando como única entidad aseguradora en los regímenes contributivo y subsidiado, bien porque los usuarios ya se encuentran afiliados a ella o porque serían trasladados forzosamente ante la revocación de autorización de las demás EPS del sistema en esos municipios.

Lo anterior está probado, porque luego de aplicar los mecanismos diferenciales para la operación en aseguramiento en salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, como lo ordena el decreto reglamentario 182 de 2026 (ver

⁵ Álvarez Gómez, Marco Antonio: “Las medidas cautelares en el Código General del proceso”. Módulo de aprendizaje autodirigido plan de formación de la rama judicial. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Bogotá, D.C.

carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf), el resultado fue el siguiente: en **502 municipios del país**, es decir, en casi la mitad de los municipios de Colombia, solo quedaría autorizada la Nueva EPS para prestar el servicio de salud en los regímenes contributivo y subsidiado, sin que esté autorizada otra EPS para prestar sus servicios en cualquiera de los regímenes.

Estos municipios son⁶:

En el departamento de Arauca (3 municipios): Cravo Norte, Puerto Rondón, Saravena (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 435 y 436).

En el departamento del Atlántico (5 municipios): Candelaria, Piojó, Santa Lucía, Suán, Usiacurí (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 53, 54, 58, 62, 64 y 65).

En el departamento de Bolívar (27 municipios): Altos del Rosario, Arenal, Arroyohondo, Barranco de Loba, Cantagallo, Cicuco, Clemencia, Córdoba, El Guamo, El Peñón, Hatillo de Loba, Margarita, Montecristo, Morales, Norosí, Regidor, Río Viejo, San Cristóbal, San Fernando, San Jacinto del Cauca, San Martín de Loba, Santa Catalina, Simití, Soplaviento, Talaigua Nuevo, Turbaná, Zambrano (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87 y 88).

En el departamento de Boyacá (116 municipios): Almeida, Aquitania, Arcabuco, Belén, Berbeo, Betétiva, Boavita, Boyacá, Briceño, Buenavista, Busbanzá, Caldas, Campohermoso, Cerinza, Chinavita, Chiscas, Chita, Chitaraque, Chivatá, Chivor, Chíquiza, Ciénaga, Coper, Corrales, Covarachía, Cubará, Cucaita, Cuítiva, Cómbita, El Cocuy, El Espino, Firavitoba, Floresta, Gachantivá, Garagoa, Guacamayas, Guateque, Guayatá, Gámeza, Güicán de la Sierra, Iza, Jenesano, Jericó, La Capilla, La Uvita, La Victoria, Labranzagrande, Macanal, Maripí, Miraflores, Mongua, Monguí, Motavita, Muzo, Nobsa, Nuevo Colón, Oicatá, Otanche, Pachavita, Pajarito, Panqueba, Pauna, Paya, Paz de Río, Pesca, Pisba,

⁶ Para clasificar la información se usó la máquina de inteligencia artificial ChatGPT plus (paga); no obstante, toda la información fue verificada una a una por el suscrito magistrado, dando cumplimiento al acuerdo PCSJA24-12243 de 2024, del Consejo Superior de la Judicatura.

Páez, Quípama, Ramiriquí, Rondón, Ráquira, Saboyá, Samacá, San Eduardo, San José de Pare, San Luis de Gaceno, San Mateo, San Miguel de Sema, San Pablo de Borbur, Santa María, Santa Rosa de Viterbo, Santa Sofía, Santana, Sativanorte, Sativasur, Siachoque, Soatá, Socha, Socotá, Somondoco, Sora, Soracá, Sotaquirá, Susacón, Sutamarchán, Sutatenza, Sáchica, Tasco, Tenza, Tibaná, Tibasosa, Tinjacá, Tipacoque, Toca, Togüí, Tota, Tununguá, Turmequé, Tuta, Tutazá, Tópaga, Ventaquemada, Villa de Leyva, Viracachá, Zetaquirá, Úmbita (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 89 a 129).

En el departamento de Caldas (13 municipios): Aranzazu, Filadelfia, La Merced, Manzanares, Marquetalia, Marulanda, Norcasia, Palestina, Pácora, Salamina, San José, Victoria, Viterbo (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 130 a 137).

En el departamento de Caquetá (11 municipios): Albania, Belén de los Andaquíes, Curillo, El Doncello, El Paujíl, La Montañita, Milán, Morelia, San José del Fragua, Solita, Valparaíso (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 138 a 142).

En el departamento del Cauca (2 municipios): Florencia y Sucre (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 148 y 158).

En el departamento del Cesar (6 municipios): Gamarra, González, La Gloria, Pelaya, Río de Oro, Tamalameque (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 168, 170, 171 y 173).

En el departamento de Cundinamarca (85 municipios): Agua de Dios, Albán, Anapoima, Anolaima, Apulo, Arbeláez, Beltrán, Bituima, Bojacá, Cabrera, Cachipay, Caparrapí, Carmen de Carupa, Chaguaní, Chipaque, Choachí, Cucunubá, Cáqueza, El Peñón, Fosca, Fómeque, Fúquene, Gachalá, Gachetá, Gama, Granada, Guachetá, Guasca, Guataquí, Guatavita, Guayabal de Síquima, Guayabetal, Gutiérrez, Jerusalén, Junín, La Palma, La Peña, La Vega, Lenguazaque, Machetá, Manta, Medina, Nariño, Nemocón, Nilo, Nimaima, Nocaima, Paima, Pandi, Pasca, Puerto Salgar, Pulí, Quebradanegra, Quetame, Quipile, Ricaurte, San Bernardo, San Cayetano, San Francisco, Sasaima, Sesquilé, Simijaca, Subachoque, Suesca, Supatá, Susa, Sutatausa, Tausa, Tena, Tibacuy, Tibirita, Tocaima, Topaipí,

Ubalá, Ubaque, Une, Venecia, Vergara, Vianí, Villagómez, Villapinzón, Viotá, Yacopí, Zipacón, Útica (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 191 a 226 y 228 a 237).

En el departamento de Córdoba (6 municipios): Canalete, Chimá, La Apartada, Los Córdoba, Purísima de la Concepción, San José de Uré (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 176 a 181 y 185 a 186 y 188 a 189).

En el departamento del Guainía (8 municipios): Barrancominas, Cacahual, Inírida, La Guadalupe, Morichal, Pana Pana, Puerto Colombia, San Felipe (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 451, 452 y 453).

En el departamento de Guaviare (4 municipios): Calamar, El Retorno, Miraflores, San José del Guaviare (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, página 453).

En el departamento del Huila (22 municipios): Agrado, Aipe, Altamira, Baraya, Colombia, Elías, Guadalupe, Hobo, Nátaga, Oporapa, Paicol, Palestina, Pital, Saladoblanco, Santa María, Tarqui, Tello, Teruel, Tesalia, Villavieja, Yaguará, Íquira (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 248 a 259).

En el departamento de La Guajira (1 municipio): La Jagua del Pilar (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, página 263).

En el departamento del Magdalena (11 municipios): Algarrobo, Cerro de San Antonio, Concordia, Pedraza, Pijiño del Carmen, Remolino, Salamina, San Zenón, Santa Bárbara de Pinto, Tenerife, Zapayán (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 268, 269, 271, 275, 276, 278, 279, 280, 281 y 282).

En el departamento del Meta (20 municipios): Barranca de Upía, Cabuyaro, Castilla la Nueva, Cubarral, El Calvario, El Castillo, El Dorado, Fuente de Oro, Guamal, Lejanías, Mapiripán, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Puerto Rico, San

Carlos de Guaroa, San Juan de Arama, San Juanito, Uribe, Vistahermosa (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295 y 296).

En el departamento de Nariño (30 municipios): Albán, Ancuya, Arboleda, Belén, Chachagüí, Colón, Consacá, Cumbitara, El Peñol, El Rosario, El Tambo, Francisco Pizarro, Guaitarilla, La Cruz, La Florida, La Llanada, La Tola, Leiva, Linares, Los Andes, Mosquera, Nariño, Ospina, Policarpa, Roberto Payán, San Bernardo, San Pablo, San Pedro de Cartago, Santa Bárbara, Tangua (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 315, 316 y 318).

En el departamento de Norte de Santander (16 municipios): Bochalema, Bucarasica, Chitagá, Durania, Hacarí, La Esperanza, La Playa, Labateca, Lourdes, Mutiscua, Pamplonita, Puerto Santander, San Calixto, San Cayetano, Silos, Toledo (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 321, 323, 324, 326, 327, 328, 330, 331, 332, 333, y 334).

En el departamento de Putumayo (1 municipio): San Francisco (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, página 447).

En el departamento de Risaralda (1 municipio): La Celia (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, página 345).

En el departamento de Santander (70 municipios): Aguada, Albania, Aratoca, Barichara, Betulia, Bolívar, Cabrera, California, Capitanejo, Carcasí, Cepitá, Cerrito, Charalá, Charta, Chima, Chipatá, Concepción, Confines, Contratación, Coromoro, Curití, El Guacamayo, El Peñón, El Playón, Encino, Enciso, Florián, Galán, Guaca, Guadalupe, Guapotá, Guavatá, Gámbita, Güepsa, Hato, Jesús María, Jordán, La Belleza, La Paz, Landázuri, Los Santos, Macaravita, Matanza, Mogotes, Molagavita, Ocamonte, Oiba, Onzaga, Palmar, Palmas del Socorro, Pinchote, Puente Nacional, Puerto Parra, Páramo, San Andrés, San Benito, San Joaquín, San José de Miranda, San Miguel, Santa Bárbara, Santa Helena del Opón, Simacota,

Suaita, Sucre, Suratá, Tona, Valle de San José, Vetas, Villanueva, Zapatoca (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 366, 367, 368, 369, 379, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377 y 378).

En el departamento de Sucre (3 municipios): Caimito, Chalán, La Unión (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 379, 380, 382 y 384).

En el departamento de Tolima (27 municipios): Alpujarra, Alvarado, Ambalema, Anzoátegui, Armero, Cajamarca, Carmen de Apicalá, Casabianca, Coello, Cunday, Dolores, Falan, Flandes, Herveo, Icononzo, Lérída, Murillo, Palocabildo, Piedras, Roncesvalles, San Luis, Santa Isabel, Suárez, Valle de San Juan, Venadillo, Villahermosa, Villarrica (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 403, 405, 406, 407, 409, 410, 411 y 412).

En el departamento del Valle del Cauca (7 municipios): Alcalá, Argelia, El Cairo, El Dovio, El Águila, Toro, Ulloa (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 413, 414, 420, 421, 430 y 431).

En el departamento de Vaupés (4 municipios): Carurú, Pacoa, Taraira, Yavaraté (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, página 454).

En el departamento de Vichada (3 municipios): La Primavera, Puerto Carreño, Santa Rosalía (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas 454 y 455).

Esa circunstancia podría estimarse que potencialmente anula la libertad de escogencia de EPS por parte de los usuarios, pese a que es un principio rector del sistema y del derecho fundamental a la salud, en los términos de los artículos 3.12

de la ley 1438 de 2011⁷ y 6 (literal h) de la ley 1751 de 2015⁸, lo que en la dimensión colectiva, más allá de la individual o subjetiva, amenaza irrefutablemente con afectar los derechos previstos en la misma ley 1751 (artículo 2) y en el artículo 4 de la ley 472 de 1998⁹, específicamente, los previstos en los literales g)¹⁰ h), j), n) e,

⁷ “**ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

...
“3.12 **Libre escogencia.** El Sistema General 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”.

⁸ **ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.** El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

...
h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

⁹ **ARTICULO 4o. DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS.** Son derechos e intereses colectivos, entre otros, los relacionados con:

a) El goce de un ambiente sano, de conformidad con lo establecido en la Constitución, la ley y las disposiciones reglamentarias;
b) La moralidad administrativa;
c) La existencia del equilibrio ecológico y el manejo y aprovechamiento racional de los recursos naturales para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución. La conservación de las especies animales y vegetales, la protección de áreas de especial importancia ecológica, de los ecosistemas situados en las zonas fronterizas, así como los demás intereses de la comunidad relacionados con la preservación y restauración del medio ambiente;
d) El goce del espacio público y la utilización y defensa de los bienes de uso público;
e) La defensa del patrimonio público;
f) La defensa del patrimonio cultural de la Nación;
g) La seguridad y salubridad públicas;
h) El acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública;
i) La libre competencia económica;
j) El acceso a los servicios públicos y a que su prestación sea eficiente y oportuna;
k) La prohibición de la fabricación, importación, posesión, uso de armas químicas, biológicas y nucleares, así como la introducción al territorio nacional de residuos nucleares o tóxicos;
l) El derecho a la seguridad y prevención de desastres previsibles técnicamente;
m) La realización de las construcciones, edificaciones y desarrollos urbanos respetando las disposiciones jurídicas, de manera ordenada, y dando prevalencia al beneficio de la calidad de vida de los habitantes;
n) Los derechos de los consumidores y usuarios.

Igualmente son derechos e intereses colectivos los definidos como tales en la Constitución, las leyes ordinarias y los tratados de Derecho Internacional celebrados por Colombia.

¹⁰ El artículo 48 de la Constitución Política dispone que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, sometido a la dirección, coordinación y control del Estado, y desarrollado con arreglo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Esta previsión impone al Estado un deber jurídico concreto de estructurar, preservar y garantizar un sistema de aseguramiento y prestación que haga posible el acceso real, continuo y efectivo de toda la población a los servicios de salud.

En ese mismo sentido, el artículo 49 superior establece que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y saneamiento ambiental, fijar las políticas para su prestación, ejercer inspección, vigilancia y control, y definir las competencias a cargo de la Nación y de las entidades territoriales.

De ello se sigue que la salud no solo constituye un servicio público esencial, sino también un ámbito de intervención estatal, en el que las autoridades están obligadas a adoptar decisiones compatibles con la garantía material del derecho y con la estabilidad funcional del sistema.

incluso, i)¹¹, en la medida en que, por sustracción de materia, desaparece toda posibilidad real de elegir una distinta.

Lo anterior, amenaza de forma inminente el derecho a la salud en la dimensión colectiva, en la medida en que afecta a todo el conglomerado y amenaza con soslayar, incluso, la libre competencia de las EPS excluidas, a pesar de cumplir las condiciones financieras para prestar el servicio.

Antes de la expedición del decreto, en esos mismos territorios estaban autorizadas para operar 2, 3 y hasta 5 EPS en ambos regímenes, de modo que existía un escenario mínimo de competencia y de elección efectiva por parte de los usuarios del sistema; después del decreto 182 de 2026 esa posibilidad desaparece y la permanencia en la Nueva EPS pasa de ser una elección libre del afiliado, para convertirse, en la práctica, en una imposición derivada del nuevo esquema o enfoque territorial y poblacional del aseguramiento.

La salud, por tanto, ostenta una doble condición constitucional: de un lado, es un servicio público esencial; de otro, es un derecho fundamental cuya efectividad exige una organización estatal suficiente, una regulación razonable, mecanismos de control eficaces y condiciones de continuidad en la prestación. Esa doble dimensión explica que su garantía no se agote en la esfera individual del usuario, sino que incorpore una dimensión colectiva, ligada al adecuado funcionamiento del sistema, a la preservación de su capacidad institucional y a la protección del interés general comprometido en su prestación.

En desarrollo de ese mandato constitucional, la ley estatutaria 1751 de 2015 reconoció, en el artículo 2, que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en su dimensión individual como colectiva, y precisó que comprende el acceso oportuno, eficaz y de calidad a los servicios requeridos para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. La norma estatutaria consagra un derecho prestacional de eficacia concreta, cuyo goce efectivo depende de que existan condiciones reales de acceso, continuidad, calidad e integralidad.

A su turno, el artículo 5 de la misma ley 1751 radica en cabeza del Estado deberes específicos e ineludibles: respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; abstenerse de adoptar decisiones que deterioren la salud de la población; formular políticas de promoción, prevención y atención; asegurar la coordinación armónica entre los diferentes agentes del sistema; establecer mecanismos de prevención de vulneraciones, así como un régimen de inspección, vigilancia y sanción; hacer seguimiento a las condiciones de salud de la población; y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y el flujo oportuno de los recursos.

La jurisprudencia constitucional ha reforzado de manera consistente este entendimiento (al respecto, ver sentencias T-760 de 2008, C-313 de 2014 y T121 de 2015, todas de la Corte Constitucional.)

¹¹ La sentencia C-616 de 2001 es categórica en cuanto al contenido de este derecho: “Establecida por el legislador, conforme a una opción válida de acuerdo con la Constitución, la posibilidad de que a la prestación de un servicio público, como en este caso el de salud, acudan los particulares, es claro que para dicha participación deben garantizarse las condiciones propias de la libertad de empresa y de la libre competencia, sin que resulte admisible que en el ámbito estrechamente regulado de participación privada se permitan, o peor aún, se establezcan, situaciones que impliquen prácticas restrictivas de la competencia o se orienten a obstruir o a restringir la libertad económica”.

Desde esa perspectiva, una medida que concentra en una sola EPS la operación de ambos regímenes en 502 municipios trasciende una simple reordenación administrativa y proyecta efectos estructurales sobre el aseguramiento que amenaza con restringir intensamente la libertad de elección de los afiliados y alterar las condiciones de acceso al servicio, en probable detrimento de los derechos colectivos del conglomerado y de los partícipes del sistema.

Desde luego, no es el escenario de la acción popular el indicado para analizar la legalidad abstracta del citado decreto 182 y examinar si la disposición reglamentaria podía reorganizar el esquema de aseguramiento en la forma en que lo hizo el Gobierno Nacional, pero sí lo es para analizar la aptitud de sus efectos inmediatos para amenazar los derechos colectivos al encauzar a una sola EPS (Nueva EPS) para que preste el servicio en los regímenes contributivo y subsidiado en gran parte del país, desplazando a las demás EPS que cumplen las condiciones de operación y poniendo en riesgo el derecho a la salud en la dimensión colectiva no solo de los afiliados, sino de los que se trasladarán forzosamente, porque podría darse el colapso de la única EPS receptora.

El panorama expuesto deja ver las potenciales afectaciones a los derechos de los usuarios del servicio de salud que podrían tener origen en el análisis técnico denominado "*mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque diferencial*" (ver carpeta 03. Anexos proyecto de decreto MECANISMOS DIFERENCIALES.pdf), el cual sirvió de sustento para la expedición del decreto 182 de 2026, pues, en la práctica, favoreció de manera singular a la Nueva EPS y está orientado a desplazar progresivamente del sistema a otras entidades promotoras de salud.

En efecto, además de lo que se acaba de mencionar respecto a que en 502 municipios únicamente tendría presencia la Nueva EPS se advierte que: **1)** a la EPS Sanitas se le revoca la autorización para prestar el servicio en 196 municipios (ver carpeta 02. resultados-mecanismos-diferenciales-operacion-aseguramiento-salud-territorial-feb2026.pdf, páginas: 89-92, 94-98, 100-106, 108, 111-112, 115-116, 118-120, 122-128, 133, 137-141, 192-198, 200, 205-210, 212-213, 215-217, 220, 222-224, 228-233, 235, 248-259, 281-282, 285-286, 289, 293, 297-300, 302-303, 305, 307-311, 314-316, 318, 321, 323-324, 326-328, 330-332, 334, 353-356, 359, 361-364, 366-377, 379-380, 384, 398, 404, 410, 435-436); **2)** a Salud Total en 144 municipios (páginas: 89-91, 96, 100, 108, 111, 114, 120, 126, 128, 130-137, 170-171, 191-198, 200-201, 203, 206-213, 215-224, 228, 230-237, 254-255, 258, 268, 285-291, 293-296, 323, 330, 345, 359, 363-364, 366-367, 396-

407, 409-412, 430, 436); **3)** a Cajacopi EPS en 142 municipios (páginas: 58, 62, 65, 70-74, 76, 78, 81-84, 89-130, 168, 170, 173, 176-177, 180-181, 185, 189, 216, 221, 263, 268, 275, 278, 280-281, 285-291, 293-296, 331, 354, 380, 384, 436); **4)** a Coosalud EPS en 124 municipios (páginas: 53-54, 62, 64, 70-74, 76-77, 81, 83-85, 87-88, 90-93, 95-98, 101, 103-117, 120-121, 126-128, 131, 176-177, 179-181, 207, 213-214, 218, 221-222, 231, 253, 255, 268-269, 271, 275, 278-282, 289, 294, 323, 326-327, 331, 333-334, 351-355, 357-361, 363-365, 367-370, 374-380, 384, 398, 414, 420-421, 431, 436, 451); **5)** a Famisanar en 61 municipios (páginas: 101, 105, 115, 120, 191-198, 200-203, 205-209, 211-217, 219, 221-226, 228-237, 289, 359, 398, 401-402); **6)** a Asmetsalud EPS en 53 municipios (páginas: 138-142, 148, 158, 168, 170-171, 173, 249-250, 254, 256-259, 297, 299, 301-303, 307-311, 313-316, 345, 396-400, 403, 406, 411); **7)** a Mutual Ser en 33 municipios (páginas: 53-54, 58, 64, 68, 70-74, 76-82, 84-85, 87-88, 176-179, 185-186, 188, 278-279, 282, 382, 384); **8)** a Emssanar EPS en 26 municipios (páginas: 297-304, 306-308, 310-311, 313-316, 318, 421, 447); **9)** a Capital Salud EPS en 20 municipios (páginas: 285-291, 293-296); **10)** a Compensar EPS en 19 municipios (páginas: 191-194, 196, 198-199, 202-204, 207-208, 212, 216-217, 222, 224-225, 228, 231-232, 235); **11)** a EPS SOS en 9 municipios (páginas: 158, 345, 413-414, 420-421, 430-431); **12)** a EPS Sura en 9 municipios (páginas: 92, 130, 134, 203, 205, 221, 225, 248, 420); **13)** a Capresoca EPS en 7 municipios (páginas: 90, 106, 119, 367-369, 43); **14)** a Comfenalco Valle EPS en 1 municipio (página: 345); y **15)** a ComfaOriente en 1 municipio (página: 323). Se trata de entidades que contaban con autorización para operar en uno u otro régimen, esto es, que venían participando legítimamente en el aseguramiento por cumplir las condiciones exigidas, y a las cuales ahora se les priva del derecho a continuar prestando el servicio.

Así las cosas, la medida no solo restringe la libre escogencia de los usuarios y, por oposición, la libre competencia de los actores del sistema, sino que también incide en la estructura competitiva y funcional del sistema.

De un lado, afecta la masa crítica de afiliados de las EPS excluidas en esos territorios; es decir, reduce de manera drástica el universo de usuarios que soporta su operación, lo que se traducirá en una disminución de la UPC, en mayores tensiones financieras, logísticas, fiscales y de solvencia, y, en últimas, en riesgos ciertos y palpables de inviabilidad.

De presentarse un escenario de liquidación o deterioro progresivo, los usuarios que continúen afiliados a esas entidades en otros municipios tendrían que ser trasladados forzosamente a otras EPS, con el consiguiente efecto dominó sobre la

red de aseguramiento. Pero, de otro lado, también se altera la masa crítica de la Nueva EPS, a la que serían conducidos, de manera obligatoria, un número altísimo de usuarios provenientes de los 502 municipios en los que quedaría como único asegurador. Esa es, precisamente, la preocupación del actor popular.

Las disposiciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 (artículos 5 y 6) no solo protegen la libertad de elección; también imponen que la organización del aseguramiento responda a criterios de disponibilidad, accesibilidad, continuidad, calidad, eficiencia y capacidad real de respuesta.

No basta, entonces, con demostrar que en un territorio puede existir un operador mínimo; es necesario acreditar que ese operador cuenta con capacidad suficiente, red efectiva de prestación, solvencia, soporte administrativo y condiciones materiales para absorber la población asignada sin comprometer el goce efectivo del derecho a la salud en la dimensión colectiva. Desde la óptica de la ley 1751 de 2015 y, particularmente, de los artículos 5, 6, 8, 15, 19, 20 y 24, el rediseño del aseguramiento podría traducirse en una disminución real del acceso, en barreras indirectas y medidas regresivas encubiertas que afectan potencialmente los derechos colectivos a los que se ha hecho mención, bajo criterios de reorganización técnica.

Sin embargo, del documento *“mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en salud con enfoque territorial y poblacional”* no se desprende, al menos con la claridad que la magnitud de la decisión exigía, que se hubieran valorado de manera suficiente los indicadores propios de la Nueva EPS para establecer si esa entidad tiene la capacidad real y efectiva de garantizar el acceso al servicio de los usuarios que serían trasladados. Incluso, se desconoce -o por lo menos no resulta visible en el estudio técnico- cuántos usuarios nuevos tendría que recibir la Nueva EPS como consecuencia de esta reconfiguración territorial del aseguramiento.

Asimismo, se advierte que el documento no ofrece una justificación técnica seria que explique por qué una EPS con más del 20% de afiliados a nivel nacional e intervenida puede seguir recibiendo usuarios cuando, además, termina siendo la única autorizada para operar en todo el territorio, sin consideración real a su situación interna.

De hecho, el estudio ni siquiera precisa cuáles EPS reúnen esa supuesta masa crítica nacional; no obstante, después de expedido el decreto y aplicada la metodología, en la práctica quedó en evidencia que la única entidad que cumple esa condición en Colombia es la Nueva EPS.

De igual manera, el documento no explica de dónde surge el umbral del 3%, 5%, 10% y 15% de afiliados, según el ámbito territorial, como criterio para definir la viabilidad o sostenibilidad de una EPS y autorizar su permanencia en los niveles nacional, departamental, distrital o municipal. Tales porcentajes aparecen como simples estimaciones carentes de respaldo técnico verificable, pues no se sustentan en experiencias previas, estudios comparados ni en una metodología explícita que permita comprender su origen o validez, lo que potencialmente podría incidir en la vulneración de los derechos colectivos en detrimento de los usuarios del servicio si no está debidamente sustentado el análisis.

Tampoco se identifican los elementos de juicio que sirvieron para fijar el número máximo de EPS en determinado territorio, en función de la población.

Lo anterior revela que el diseño de esos criterios no está sustentado en una motivación técnica suficiente, sino en parámetros apenas enunciados, sin desarrollo metodológico, sin soporte empírico conocido y sin una explicación objetiva que permita controlar su razonabilidad.

En esas condiciones, la regulación termina proyectando una restricción estructural del mercado de aseguramiento sin demostrar, de manera clara y verificable, por qué esos umbrales, y no otros, serían adecuados, necesarios y sostenibles para el sistema, afectando o amenazando con afectar los derechos colectivos de los usuarios existentes y potenciales.

Lo que sí quedó claro es que a la Nueva EPS se le asigna la carga de prestar el servicio por el traslado forzoso de usuarios y comenzará o continuará operando como única EPS en los regímenes contributivo y subsidiado en 502 municipios del país.

La situación es aún más sensible si se tiene en cuenta que el propio estudio técnico parece haberse concentrado en el número mínimo de afiliados necesarios para que una EPS resultara viable en determinado ámbito territorial, pero nada dijo acerca de los máximos de afiliación tolerables según su situación financiera,

económica, operativa y logística; su capacidad de respuesta; sus indicadores mínimos; su red de prestadores; y su aptitud institucional para asumir, sin traumatismos, un incremento masivo de población afiliada.

Esa omisión adquiere especial relevancia si se considera que la Nueva EPS se encuentra sometida a intervención forzosa administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, dispuesta mediante la resolución 2024160000003012, 6 de 3 de abril de 2024 (ver carpeta 14 de las pruebas de la demanda), tal como lo señaló el actor popular.

De hecho, la Nueva EPS fue intervenida porque la Superintendencia concluyó que presentaba un serio quebranto financiero y, simultáneamente, fallas graves en la prestación del servicio de salud.

Bajo esas condiciones, concentrar en ella, de forma exclusiva, la operación de ambos regímenes en 502 municipios del país no parece, por los menos *prima facie*, una medida armónica con los principios de eficiencia, continuidad, accesibilidad, calidad y libre escogencia que informan el sistema, ni con el deber estatal de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y de los derechos colectivos enunciados a lo largo de esta providencia que con dicha conducta se amenazan.

En consecuencia, hay un margen considerable de probabilidad de que con la reorganización territorial del aseguramiento se altere estructuralmente el sistema con al menos tres efectos concurrentes que podrían soslayar, potencialmente, los derechos colectivos: a la salubridad pública y al acceso a una infraestructura de servicios que garantice la salubridad pública (literales g y h), al acceso a los servicios públicos (el esencial de salud) y a que su prestación sea eficiente y oportuna (literal j), a los derechos de los consumidores y usuarios y (literal n); a la libre competencia económica (literal i) todos contemplados en el artículo 4 de la ley 472 de 1998 y artículo 2 de la ley 1751 de 2015, pues: i) elimina, en 502 municipios, toda posibilidad real de libre elección de EPS en ambos regímenes; ii) desplaza del mercado regulado a un conjunto significativo de entidades que venían autorizadas para operar en distintos territorios; y iii) concentra de manera forzada una población masiva en una EPS intervenida, sin que el estudio técnico revele de manera suficiente la evaluación de su capacidad máxima de absorción, de respuesta ni de sostenibilidad.

Vista así, la medida adoptada por Gobierno no solo suscita dudas sobre su razonabilidad y proporcionalidad, sino también sobre su compatibilidad material con el modelo legal de aseguramiento diseñado por las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015.

Por otra parte, el propio decreto pone en evidencia una inconsistencia estructural del modelo de aseguramiento que introduce y que amenaza con vulnerar los citados derechos colectivos.

En efecto, al disponer que no se asignarán afiliados a la EPS que concentre la mayor participación *“siempre y cuando exista otra Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio”* (art. 2.5.2.7.5), parte de una premisa que no siempre se cumple: la existencia de pluralidad de EPS habilitadas dentro del respectivo ámbito territorial.

La norma fue confeccionada sobre un escenario de concurrencia entre varias entidades autorizadas, pero omite regular la hipótesis en que no exista otra EPS autorizada en el mismo territorio. Esa omisión pone de relieve que el diseño normativo carece de una respuesta suficiente para asegurar la continuidad del servicio, la libertad real de escogencia y la estabilidad del sistema cuando, en la práctica, solo quede un operador habilitado para administrar el aseguramiento, en potencial detrimento de los derechos colectivos de los usuarios.

La dificultad se agrava porque el modelo tampoco contempla un mecanismo serio, gradual y materialmente posible para la entrada de nuevas EPS a los territorios. Los umbrales de masa crítica territorial no fueron concebidos como instrumentos de apertura o expansión del mercado, sino como criterios de permanencia o exclusión, en la medida en que permiten conservar o revocar la autorización según el número de afiliados que cada entidad ya tenga en un determinado espacio geográfico.

En esas condiciones, el requisito deja de ser un parámetro técnico de operación y se transforma en una barrera de entrada manifiesta, porque exige a los potenciales competidores acreditar, desde el inicio, una base mínima de afiliados que solo puede alcanzarse si previamente se les hubiese permitido operar, lo cual amenaza con vulnerar el derecho colectivo a la libre competencia, con la consecuente afectación de los derechos colectivos de los usuarios de acceder al sistema.

Se configura así una lógica circular y excluyente, pues no se puede entrar al mercado sin afiliados suficientes, pero no se pueden obtener afiliados suficientes sin haber ingresado antes al mercado.

Desde esa perspectiva, el decreto no solo rediseña el aseguramiento con un enfoque territorial y poblacional restrictivo, sino que consolida un esquema totalmente cerrado, refractario a la competencia, regresivo y propenso a la concentración.

El efecto práctico es manifiesto, porque en algunos territorios quedó habilitada una sola EPS en ambos regímenes, como se vio anteriormente, mientras que el marco regulatorio no ofrece una solución real para sustituirla, complementarla o permitir el ingreso de nuevos operadores.

De ese modo, la regulación no fortalece la estabilidad del sistema, sino que incrementa su fragilidad, porque hace depender la prestación del servicio de un número cada vez más reducido de entidades, incluso de aquellas intervenidas forzosamente, precisamente, como la Nueva EPS, con limitaciones operativas o con debilidades financieras conocidas. Tal situación podría afectar, a futuro, la continuidad del aseguramiento, ante la eventual incapacidad de una única EPS.

En últimas, lo que aparece bajo la apariencia de un criterio técnico de organización territorial podría generar presuntamente una restricción del mercado de aseguramiento en salud, lo que probablemente amenaza el derecho colectivo al acceso a los servicios públicos, en este caso, a la salud, y a que su prestación sea eficiente y oportuna; a los derechos de los consumidores y usuarios y a la libre competencia económica (artículo 4, literales j, n y literal i de la ley 472 de 1998, respectivamente, además de otros derechos colectivos a los que se ha hecho mención en esta providencia).

La medida adoptada con el decreto que dificulta la permanencia de unas EPS, bloquea el ingreso de otras y admite, de manera implícita, la posibilidad de que en amplias zonas del país subsista un único asegurador, sin una regla clara y suficiente para enfrentar su eventual incapacidad, retiro o liquidación. Esa omisión amenaza seriamente los derechos colectivos de acceso efectivo al servicio público y la libre elección como derecho que tienen los usuarios del servicio de salud.

La aparente insuficiencia metodológica del estudio impide tener por demostrada la idoneidad del rediseño para preservar y no comprometer el goce efectivo de los derechos colectivos.

Por tal razón, la jurisdicción debe intervenir, para adoptar las medidas cautelares que el ordenamiento jurídico prevé, en el marco de las acciones populares a efectos de prevenir perjuicios inminentes e irremediables.

4.3.- Que el demandante haya demostrado, así fuere sumariamente, la titularidad del derecho o derecho invocados.-

En el marco de las acciones populares, la titularidad de los derechos declamados no recae en cabeza únicamente del actor, sino de toda la comunidad afectada; por lo anterior, el presupuesto está satisfecho.

4.4.- Que de no otorgarse la medida se cause un perjuicio irremediable o que existan serios motivos para considerar que de no otorgarse la medida los efectos de la sentencia serían nugatorios .-

Ambos requisitos se hallan satisfechos y a lo largo de esta providencia se ha hecho mención a ellos.

Varias razones llevan a pensar que se configuraría un perjuicio irremediable: de llegarse a materializar el traslado de un elevado número de usuarios a una única EPS sin verificar su capacidad de atención en todas las dimensiones en que se ha hecho mención en esta providencia podría dar lugar al colapso de la entidad y resultados catastróficos que podrían significar, incluso, afectaciones generalizadas y potencialmente irreparables en la continuidad y oportunidad del servicio.

Ese simple fundamento permite tener por satisfecha la exigencia, pero, además, de materializarse las disposiciones reglamentarias, el modelo de aseguramiento cambiará y los efectos de una eventual sentencia de condena serían nugatorios por la irreversibilidad de los efectos materiales del cambio de modelo.

Por todo lo anterior, el despacho ordenará al Gobierno Nacional, en cabeza del ministro de Salud y Protección Social, y a la Superintendencia Nacional de Salud que a la notificación de esta providencia se abstengan de materializar las disposiciones del decreto reglamentario 182 de 2026, hasta que se defina de fondo

Naturaleza: Acción popular
Radicado: 05001 23 33 **000 2026 00385 00**

la controversia mediante sentencia, pues no es suficiente exigir otras particularidades que, como se vio, tiene el potencial de vulnerar los derechos colectivos si solo permanece un operador en los municipios.

Por último, es de anotar que, si no se adopta la medida previa, el riesgo se consuma, y si se concede, se preserva provisionalmente el objeto del proceso, por lo cual resulta más gravoso negar la medida que concederla.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Antioquia, Sala Unitaria,

Resuelve.-

Primero.- DECRETAR la medida cautelar de urgencia consistente en abstenerse de materializar las disposiciones contenidas en el decreto reglamentario 182, de 25 de febrero de 2026 *"Por el cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 y se modifican los artículos 2.1.11.1, 2.1.11.2, 2.1.11.3, 2.1.11.11 y 2.5.2.3.5.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con la operación del aseguramiento con enfoque territorial y poblacional, y se dictan otras disposiciones"*, hasta que se decida de fondo el asunto mediante sentencia, conforme a lo expuesto en la parte motiva.

Segundo.- Efectúense las anotaciones de rigor en el sistema SAMAI.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

DANIEL MONTERO BETANCUR

Magistrado