



INFORME TÉCNICO

**Efectos del Decreto de 858
y la Resolución 1789 de
2025**

Tabla de contenido

Consideraciones iniciales	3
Objetivos	5
Metodología	6
Diseño metodológico	6
Fuentes de información	11
Análisis de datos	11
Resultados	11
Conclusiones	17
Anexo 1: Mapas por EPS	18

Índice de tablas

Tabla 1: Jerarquía de aplicación de normas de habilitación territorial
Tabla 2: EPS con menos de 1.000.000 de afiliados a julio
Tabla 3: EPS por afiliados cedidos
Tabla 4: Número de municipios donde se cede población por EPS
Tabla 5: Ejemplo mapa Salud Total
Tabla 6: Habilitación municipal por EPS

Impacto inmediato de la medida en pacientes y usuarios

La reglamentación del Decreto 858 de 2025 representa un alto riesgo para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de 2,3 millones de ciudadanos, quienes deberán cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS) según lo establecido en la Resolución 1789 de 2025. Esta norma define las regiones y subregiones funcionales para la gestión de la salud pública y fija la metodología para su organización y actualización dentro del nuevo Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

El traslado de afiliados se da por la pérdida de habilitación de varias EPS en determinadas regiones. Esto implica que millones de personas deberán ser reasignadas a otras EPS habilitadas, que aún no han sido identificadas. De esta manera, los usuarios no solo pierden la EPS que eligieron previamente, sino también su derecho de libre elección. Esta situación constituye una afectación directa a un derecho esencial reconocido por la Ley Estatutaria y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Según el decreto en cuestión, en el parágrafo del artículo 2.11.3, dice que las EPS que sigan operando en el nuevo esquema de operación del aseguramiento en regiones y subregiones podrán aceptar nuevas afiliaciones y aceptar traslados, sin embargo, se debe precisar el alcance de dicha disposición.

Haciendo un símil, dentro del criterio de los traslados de los afiliados de entidades liquidadas, la Superintendencia de Salud y el Ministerio valoran que la EPS que reciba afiliados tenga capacidad de red, solvencia financiera y gestión de riesgo en salud suficiente para asumir el nuevo grupo. Al respecto, hoy el panorama financiero de la mayoría de las entidades muestra un deterioro en este tipo de criterios, indispensable para la correcta operación de la entidad.

Aún no se precisa el destino de esta población. Incluso plantea que parte de ella podría ser asignada a EPS pequeñas (con menos de un millón de afiliados), lo que supone un gran reto, ya que estas entidades no contarían con la capacidad para recibir tal volumen de usuarios en un periodo tan corto como los seis meses de transición que fija la norma.

A esto se suman las brechas de implementación en entidades territoriales. Departamentos y municipios con baja capacidad institucional tendrán dificultades para asumir nuevas funciones, más aún cuando la norma no asigna recursos adicionales. Esto puede poner en riesgo la continuidad de los servicios y tratamientos. Adicionalmente, si bien el decreto pretende establecer un papel a las EPS y entidades territoriales, en el marco de su implementación, este hecho no es ajeno a las prioridades administrativas o financieras que pueden diferir entre departamentos, las regiones y subregiones funcionales; se corre el riesgo de lentitud en la toma de decisiones.

El riesgo también se extiende a la prestación de los servicios de salud, pues depende de la creación de redes integrales de atención y de la construcción de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Por otro lado, no es claro el plan para poner en marcha estas infraestructuras, lo que a la fecha significa que muchos pacientes no sabrán dónde acceder a servicios básicos ni cómo integrarse al nuevo modelo.

Por su parte, el Ministerio de Salud publicó un borrador de resolución que propone que un comité de 17 miembros (conformado por entidades territoriales, EPS, prestadores y asociaciones comunitarias) defina la conformación de estas redes de servicios, desde el primer nivel de atención hasta la alta complejidad, incluida la gestión de medicamentos. Esto implica que, en la práctica, los usuarios no sabrán a dónde acudir hasta que dichas redes estén plenamente conformadas y operando.

Este cambio también exige nuevos contratos, ajustes en tarifas y en los esquemas de gobernanza entre EPS y prestadores. Dichos procesos administrativos y tecnológicos probablemente superarán el corto periodo de transición, afectando de forma inmediata la atención de los pacientes.

En conclusión, la implementación del nuevo modelo de atención en salud contemplado en el Decreto 858 y sus reglamentaciones supone un impacto directo e inmediato sobre los usuarios y pacientes del sistema, al poner en riesgo su aseguramiento, la continuidad de tratamientos indispensable, y limitar su libre elección.

Impacto inmediato y directo sobre el esquema de aseguramiento

El decreto y su reglamentación producen un impacto inmediato en el modelo de aseguramiento en salud, particularmente en las EPS, al modificar tanto la gestión del riesgo en salud como en el riesgo financiero.

Desde la perspectiva del riesgo en salud, las EPS pierden su rol en la gestión integral del riesgo de la población asegurada, ya que la adscripción y atención primaria serán responsabilidad de los CAPS. Este diseño fragmenta el esquema de aseguramiento. La fragmentación en la conformación de redes de atención entre múltiples actores impide garantizar rutas claras de atención con criterios de oportunidad, calidad y eficiencia.

En lo financiero, se pueden generar desequilibrios inmediatos, pues la norma no contempla ajustes territoriales a la UPC ni mide el posible impacto de la prima de riesgo producto del nuevo esquema de reorganización del territorio que establece el decreto. Algunas EPS que deban atender o recibir pacientes y usuarios de una subregión con alta carga de enfermedades crónicas o de alto costo, sin recibir los recursos adecuados, pone en riesgo la atención de sus afiliados o el acceso efectivo a los servicios de salud.

Adicionalmente, la reorganización que establece el decreto supone ajustes en los ingresos de las EPS, lo que podría afectar a aquellas que adelantan planes de reorganización con la Superintendencia de Salud.

En el mismo sentido, aquellas entidades que reciban población cedida podrían enfrentar la dificultad de cumplir con los requisitos de habilitación financiera, especialmente el indicador de patrimonio adecuado.

En síntesis, la norma genera un impacto directo e inmediato sobre el esquema de aseguramiento, poniendo en riesgo el acceso a los servicios de salud de los pacientes.

Estimación de los efectos de la norma

Se desarrolló una simulación georreferenciada de la Resolución 1789 de 2025, con fundamento en la división político-administrativa del DANE y en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Este ejercicio permite dimensionar los efectos de la norma en el esquema de aseguramiento y en los procesos de habilitación de las entidades aseguradoras a nivel regional y subregional.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los principales efectos del Decreto de Modelo, la Resolución 1789 de 2025 y la habilitación en regiones y subregiones sobre las condiciones de acceso y garantía del derecho a la salud.

Objetivos específicos

- Analizar la aplicación de las normas de habilitación en regiones y subregiones, con el propósito de identificar los cambios en la distribución territorial de las EPS antes y después de la regulación, así como su estado de habilitación en cada ámbito territorial.
- Determinar la población que debe cederse por parte de cada una de las EPS vigentes en cumplimiento de las disposiciones de habilitación y del esquema de ordenamiento regional y subregional.
- Evaluar los principales retos y desafíos que implica para las EPS obtener y mantener la habilitación en las diferentes subregiones, considerando las normas de habilitación financiera y las condiciones operativas.

Diseño metodológico

El diseño metodológico de este informe se basó en la revisión y aplicación de la normativa reciente que introduce un nuevo esquema de ordenamiento territorial en salud. En primer lugar, se seleccionaron y analizaron los principales documentos regulatorios: la Resolución 1789 de 2025, que define diez regiones funcionales y 119 subregiones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y el Proyecto de resolución que establece los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en dichos ámbitos. Estos documentos, junto con el Decreto 858 de 2025, configuran un marco normativo inédito para la organización y operación del sistema de salud, lo que exige un análisis detallado para identificar impactos sobre la cobertura y la garantía del derecho a la salud.

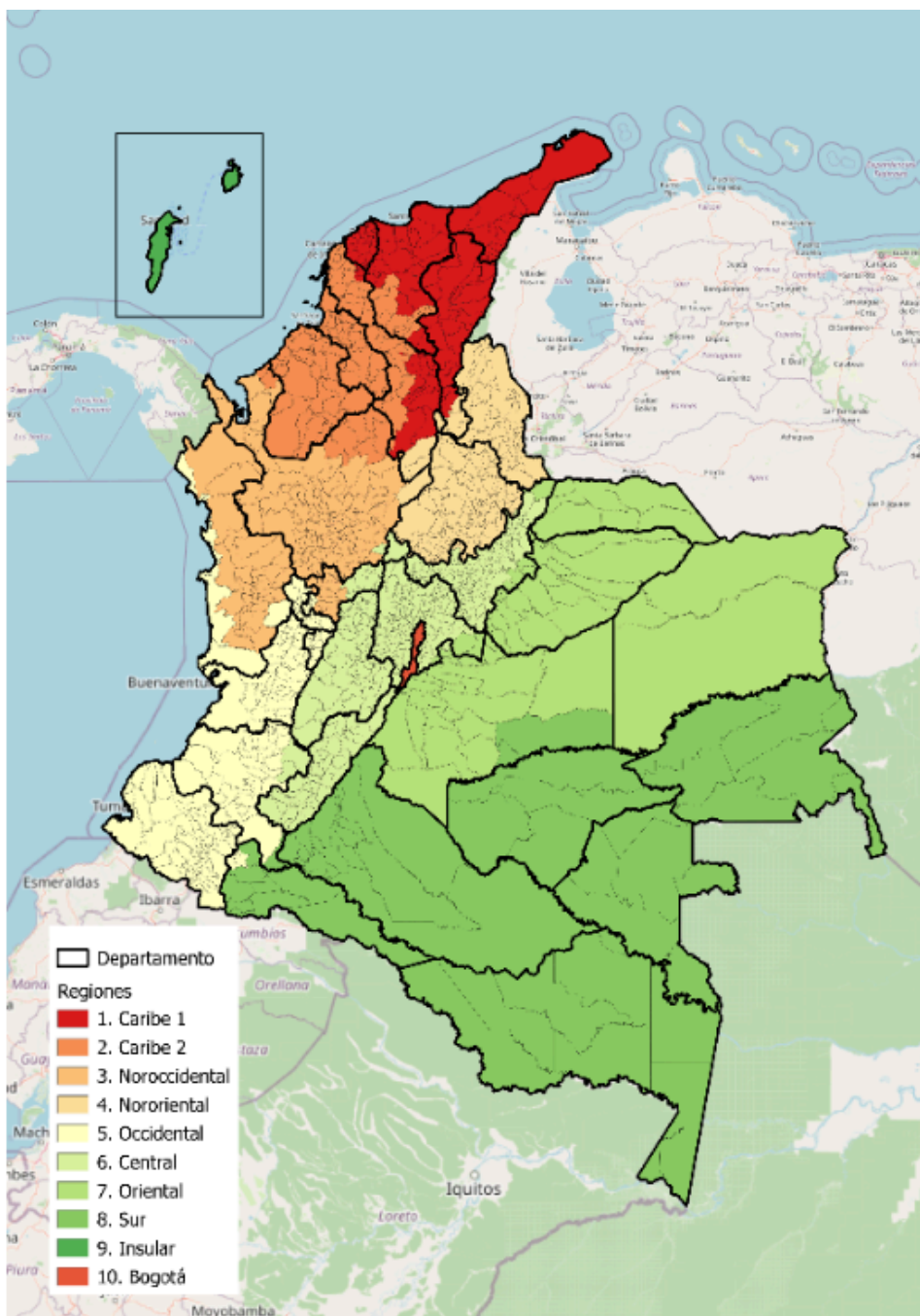
Con base en la delimitación territorial planteada por la Resolución 1789 y en la división política administrativa dictada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se procedió a identificar la presencia territorial de las EPS antes de la entrada en vigor de la normativa, utilizando como referencia los registros de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Una vez definido el escenario inicial, se aplicaron las reglas y criterios previstos en el proyecto de resolución para proyectar la presencia territorial autorizada de las EPS bajo el nuevo modelo. Este ejercicio permitió establecer en qué subregiones las entidades podrían mantener o ampliar su habilitación, y en cuáles, por el contrario, no cumplirían con los criterios específicos de habilitación territorial. A partir de esta comparación, se estimó la población que quedaría fuera del ámbito territorial habilitado de su EPS y que, en consecuencia, estaría sujeta a procesos de traslado o reasignación hacia otras entidades en el marco del nuevo esquema de territorialización.

Organización territorial (Resolución 1789 de 2025)

Antes de aplicar las reglas de habilitación, fue necesario comprender la estructura territorial definida por la Resolución 1789 de 2025, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la organización del país en 10 regiones funcionales y 119 subregiones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Esta delimitación, construida a partir de criterios geográficos, sociales, de capacidad instalada y acceso a servicios, constituye la base sobre la cual se aplican las normas de habilitación. En consecuencia, la caracterización y organización de estas regiones y subregiones es un paso previo indispensable para interpretar adecuadamente los efectos de la regulación sobre la distribución territorial de las EPS.

Ilustración 1: Regiones funcionales definidas en la Resolución 1789 de 2025 y división político-administrativa departamental



La división en regiones funcionales no corresponde de manera exacta a los límites político-administrativos departamentales, lo que genera situaciones en las que un mismo departamento queda incluido en más de una región. Tal es el caso de Caldas, Bolívar y Boyacá, entre otros, que se distribuyen en hasta tres regiones diferentes.

A su vez, cada una de las regiones están compuestas por más de un departamento, como es el caso de la región sur que está compuesta de siete departamentos. Esta superposición plantea un reto adicional para los entes territoriales, tanto a su interior, como en el componente regional, ya que deberán responder de manera diferenciada a las responsabilidades de gestión en salud en cada una de las regiones de las que hacen parte.

Criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

A continuación, se desarrolla en detalle cada una de las normas de habilitación territorial, explicando el criterio establecido, la forma en que se aplicó y el procedimiento seguido para calcular la población afectada en cada caso.

Tabla 1: Jerarquía de aplicación de normas de habilitación territorial

Orden de aplicación	Norma / Regla	Descripción
1. Categorización territorial	Art. 3.1 y 3.2	Aplicación de reglas por tipo de subregión funcional: • Tipo 1 Metropolitana → todas las EPS autorizadas, excepto aquellas con una proporción menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en el ámbito territorial de funcionamiento. • Tipo 2 Nodal Intermedia Mayor → hasta 5 EPS con más afiliados, excepto <3%. • Tipo 3 Nodal Intermedia Menor → hasta 4 EPS, excepto <3%. • Tipo 4 Rural Integrada Mayor → hasta 3 EPS, excepto <3%. • Tipo 5 Rural Integrada Menor → hasta 3 EPS. • Tipos 6, 7 y 8 (Alta Dispersión, Etnocultural, Insular) → hasta 3 EPS.
2. EPS ≥ 5 millones de afiliados	Parágrafo 3	Si la EPS tiene menos de 5 millones de afiliados y <10% del total de sus afiliados en la región → no se le actualiza habilitación en esa subregión.
3. EPS < 1 millón de afiliados	Parágrafo 4	Las EPS con menos de 1 millón se mantienen en el ámbito territorial donde operaban, incluso si exceden el número límite de EPS por subregión.
4. EPS con >20% de afiliados nacionales	Parágrafo 5	EPS que concentran más del 20% de afiliados nacionales obtienen autorización nacional, habilitación en todas las subregiones funcionales.
5. Diferenciación EPS / EPSI	Parágrafo 1	Las EPS Indígenas (EPSI) mantienen habilitación y operación en sus territorios autorizados, independientemente de las reglas anteriores.

Para el caso de la región Bogotá existe una importante limitación debido a la ausencia de información de afiliados por localidad y EPS a nivel de localidad. Hoy no existe ese nivel de desagregación en la BDUA, por tanto, el ejercicio de este informe no contempla los cambios en Bogotá.

1. Categorización territorial

Para aplicar las reglas específicas de subregiones se utilizó la población de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) al corte de julio de 2025 por EPS y municipio, consulta realizada a través de la bodega de datos de SISPRO. Esta información requiere consolidar la población por régimen, dado que las normas no establecen diferencia o especificidad por este ámbito.

Con la población organizada se construyó la base de regiones y subregiones debido a que la resolución 1789 no cuenta con un anexo accesible y manejable para este propósito. Finalmente, se realizó la concatenación de la población afiliada con los municipios que integran cada subregión y región, lo que permitió establecer el punto de partida para la aplicación de las reglas de habilitación.

El Proyecto de norma publicado recientemente por el Ministerio de Salud y protección Social por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud para su funcionamiento en las subregiones funcionales, dispone que la población a cargo de cada EPS sea al menos el 3% de la respectiva subregión donde operará. Por ejemplo, si una región cuenta con 100.000 afiliados solo obtendrán la habilitación aquellas entidades que cuenten con más de 3.000 afiliados. En su tenor literal advierte que las EPS seguirán operando en el territorio, *“excepto aquellas (EPS) con una proporción menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en el ámbito territorial de funcionamiento”*.

El mismo proyecto de norma además plantea un límite de EPS por territorio. Así para cada una, de los ocho tipos de regiones contempladas por la norma se establece un número máximo de EPS que podrán operar en el respectivo territorio. Así, por ejemplo, las regiones metropolitanas, que contienen las principales ciudades del país, no tienen un límite máximo de EPS, mientras que las regiones con alta dispersión o San Andrés podrán tener como máximo tres (3) EPS.

2. EPS $\geq$ 5 millones de afiliados

Establece que *“cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces cuente con menos de cinco millones de afiliados en el nivel nacional y tenga una participación inferior al 10% del total nacional de sus afiliados en una región no se le actualizará su autorización de funcionamiento en la subregión o subregiones que hagan parte de este nivel territorial”*.

Para entender el alcance, fue necesario identificar qué entidades superan el umbral de cinco millones de afiliados; con corte a julio, únicamente Nueva EPS, Sura, Sanitas y Salud Total cumplen con esta condición. En consecuencia, las restantes 23 EPS deben demostrar al menos un 10% de participación de su población total en cada región para poder obtener la habilitación.

Por ejemplo, Coosalud, con 3.327.359 afiliados a nivel nacional, registra 285.722 afiliados en la Región 3 Noroccidental, lo que equivale al 8,58% de su población. Al no alcanzar el umbral del 10%, esta entidad no obtiene habilitación ni en la región ni en las 14 subregiones que la conforman.

3. EPS < 1 millón de afiliados

La disposición especial sobre las EPS con menos de un millón de afiliados desconoce el conjunto de reglas señaladas con anterioridad. En este sentido, las EPS de menor tamaño se encuentran al margen, por no decir exceptuadas de los efectos jurídicos de la norma una vez se autorice su funcionamiento por parte de la Superintendencia de Salud.

En su tenor literal, la resolución reza lo siguiente: *“una vez aplicadas las reglas establecidas en el presente artículo, las Entidades Promotoras de Salud, o quien haga sus veces, que cuenten con menos de un millón (1.000.000) de afiliados y cuya autorización de funcionamiento sea actualizada por la Superintendencia Nacional de Salud, serán asignadas al ámbito territorial en el cual estén operando el aseguramiento en el momento de la expedición del acto administrativo correspondiente. La inclusión de estas entidades podrá exceder el número límite de Entidades...”*

En consecuencia, las EPS con menos de un millón de afiliados (ver Tabla 2) quedan habilitadas para seguir operando en los municipios donde ya tienen presencia, así como en las subregiones correspondientes, aun cuando esto implique superar el número máximo de entidades permitido por las reglas de categorización territorial. Esta excepción actúa como un mecanismo de protección para las entidades de menor tamaño, garantizando su permanencia en el sistema y la continuidad del aseguramiento de sus afiliados.

Tabla 2: EPS con menos de 1.000.000 de afiliados a julio

Entidad	Afiliados
S.O.S.	750.219
MALLAMAS	444.622
FAMILIAR DE COLOMBIA	360.036
DUSAKAWI	298.947
ANASWAYUU	296.314
COMFENALCO VALLE	294.649
A.I.C.	257.783
ALIANSA SALUD	257.940
COMFAORIENTE	252.601
COMFACHOCO	169.578
CAPRESOCA	169.066
PIJAOS	112.648
SALUD MÍA	71.084
FERROCARRILES	29.081
E.P.M.	6.924

4. EPS con >20% de afiliados nacionales

La norma establece que “cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces cuente con más del 20% de los afiliados a nivel nacional, su autorización de funcionamiento será a nivel nacional, por lo que operará el aseguramiento en salud en todas las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública”. En la práctica, esta disposición otorga una habilitación de carácter nacional a las entidades que concentran una quinta parte o más de la población afiliada del país. Con corte a julio, únicamente la Nueva EPS supera este umbral, lo que la convierte en la única entidad autorizada para operar en todas las regiones y subregiones del territorio nacional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

El análisis se sustentó en fuentes oficiales que permitieron integrar la información normativa, poblacional y territorial requerida para el estudio. En primer lugar, se utilizó la Resolución 1789 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se definieron las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. En segundo lugar, se consultó la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con corte a julio, disponible en la bodega de datos del SISPRO, que proporcionó la información de afiliados por EPS y municipio. Adicionalmente, se empleó el geoportal del DANE para obtener los códigos DANE/DIVIOLA, insumo indispensable para la homologación y organización de la información territorial. Finalmente, se recurrió a los archivos georreferenciados y cartográficos oficiales de Colombia, los cuales fueron necesarios para la construcción de las bases territoriales y la integración de la información poblacional con la delimitación regional y subregional.

ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis de la información se realizó con apoyo de herramientas estadísticas y geográficas que permitieron garantizar la consistencia de los resultados. En primer lugar, se empleó el programa estadístico Stata para el manejo de la BDU y la concatenación con la base de regiones y subregiones, así como para la construcción del algoritmo de aplicación de las reglas de habilitación territorial.

Dentro de este software se utilizó el paquete spmap (Pisati, 2007) para la generación de salidas gráficas a nivel municipal. Adicionalmente, se trabajó con QGIS, mediante el cual se elaboraron paquetes georreferenciados de regiones y subregiones y se produjeron representaciones cartográficas complementarias. Finalmente, se utilizó Excel para la consolidación final de resultados, organizando la información en tablas y anexos que respaldan los hallazgos del informe.

RESULTADOS

Cesión de población

El proceso de aplicación de las normas de habilitación territorial evidencia una redistribución significativa de la población afiliada. En total, cerca de **2,3 millones de usuarios (4,4% del total nacional)** deberán ser reasignados a una EPS diferente, lo que constituye uno de los principales efectos inmediatos de la nueva regulación.

Tabla 3: EPS por afiliados cedidos

Nombre Entidad	Cantidad Afiliados BDU A	Numero usuario cedidos	Porcentaje usuario cedidos
NUEVA EPS	11.746.024	0	0,0%
SANTAS	5.898.975	226.360	3,8%
SURA	5.413.065	67.714	1,3%
SALUD TOTAL	5.228.067	143.717	2,7%
COOSALUD	3.361.618	598.859	17,8%
FAMISANAR	2.696.746	350.496	13,0%
MUTUAL SER	2.678.721	38.351	1,4%
REGIMEN DE EXCEPCION	2.252.664	0	0,0%
COMPENSAR	1.803.088	36.932	2,0%
SAVIA SALUD	1.690.468	92.957	5,5%
EMSSANAR	1.689.599	21.914	1,3%
ASMET SALUD	1.585.692	271.198	17,1%
CAJACOPI	1.385.960	423.397	30,5%
CAPITAL SALUD	1.106.336	23.908	2,2%
S.O.S.	750.219	0	0,0%
MALLAMAS	444.622	0	0,0%
FAMILIAR DE COLOMBIA	360.036	0	0,0%
DUSAKAWI	298.947	0	0,0%
ANASWAYUU	296.314	0	0,0%
COMFENALCO VALLE	294.649	0	0,0%
ALIANSA LUD	257.940	0	0,0%
A.I.C.	257.783	0	0,0%
COMFAORIENTE	252.601	0	0,0%
COMFACHOCO	169.578	0	0,0%
CAPRESOCA	169.066	0	0,0%
PIJAOS	112.648	0	0,0%
SALUD MÍA	71.084	0	0,0%
FERROCARRILES	29.081	0	0,0%
E.P.M.	6.924	0	0,0%
Total	52.308.515	2.295.803	4,39%

Las entidades más afectadas por esta redistribución son aquellas de tamaño intermedio que, pese a contar con un número considerable de afiliados, no logran cumplir con las reglas de habilitación en todas las regiones dada la dispersión de su población. Entre ellas destacan Cajacopi, que debe ceder el 30,5% de su población; Coosalud, con 17,8%; Asmet Salud, con 17,1%; y Famisanar, con 13%. Estas cifras evidencian que las entidades con presencia fragmentada en determinadas subregiones son las más expuestas a pérdidas significativas de usuarios bajo el nuevo esquema territorial.

En contraste, las EPS más grandes del país presentan un impacto moderado. La Nueva EPS, con más de 11,7 millones de afiliados, mantiene su habilitación de carácter nacional al superar el 20% de la población afiliada del país, lo que le permite no ceder usuarios. Por su parte, Sanitas, Sura y Salud Total, que superan los cinco millones de afiliados cada una, deben ceder entre el 1,3% y el 3,8% de su población, un ajuste que resulta significativo en números absolutos, pero que en términos proporcionales refleja una mayor estabilidad frente a las normas aplicadas.

Finalmente, un grupo de EPS de menor tamaño (SOS, Mallamas, Familiar de Colombia, Dusakawi, Anaswayuu, Comfenalco Valle, entre otras) no registra cesión de afiliados. Este comportamiento se explica por la aplicación de la excepción prevista en el Parágrafo 4, que garantiza la permanencia de las entidades con menos de un millón de afiliados en los territorios donde ya operaban, incluso si esto implica superar el límite máximo de EPS por subregión.

Salida de municipios

Otro efecto relevante de la aplicación de las normas de habilitación territorial es la reducción en el número de municipios en los que las EPS mantienen presencia. Para este análisis, se consideró que la presencia en un municipio se cumple con al menos un afiliado registrado en la BDUA, lo que permite comparar el ámbito de operación de cada entidad antes y después de la normativa.

Tabla 4: Número de municipios donde se cede población por EPS

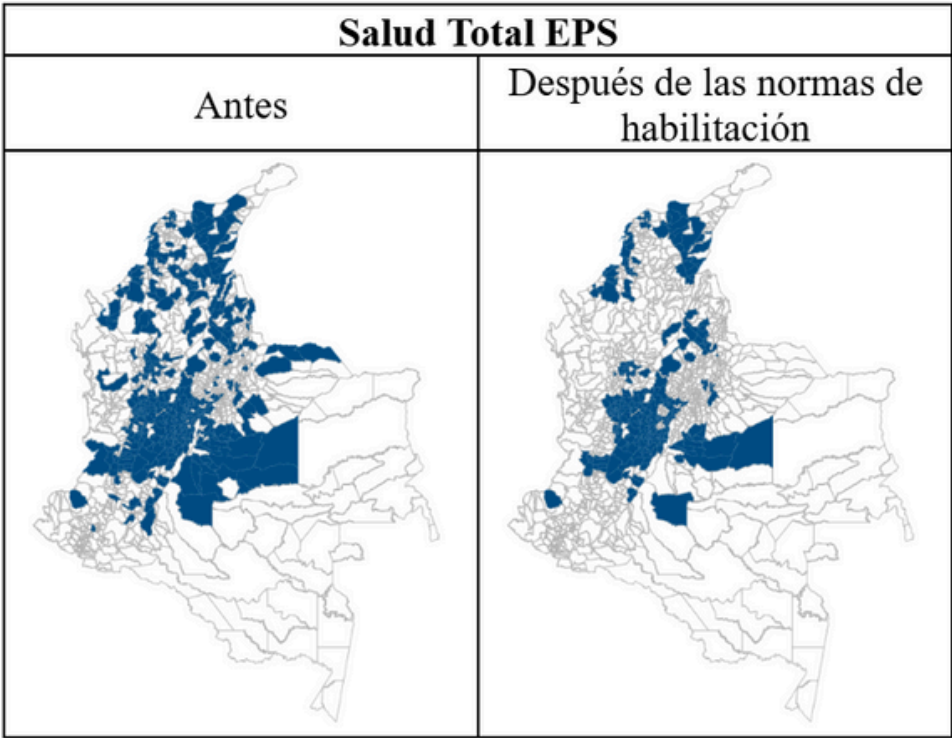
Nombre Entidad	Municipios		
	Antes	después	Variación
A.I.C.	32	32	-
ALIANSA SALUD	6	6	-
ANASWAYUU	15	15	-
ASMET SALUD	176	140	36
CAJACOPI	342	116	226
CAPITAL SALUD	35	23	12
CAPRESOCA	36	36	-
COMFACHOCO	39	39	-
COMFAORIENTE	20	20	-
COMFENALCO VALLE	11	11	-
COMPENSAR	50	36	14
COOSALUD	367	213	154
DUSAKAWI	33	33	-
E.P.M.	66	66	-
EMSSANAR	104	99	5
FAMILIAR DE COLOMBIA	95	95	-
FAMISANAR	149	98	51
FERROCARRILES	76	76	-
MALLAMAS	79	79	-
MUTUAL SER	137	120	17
NUEVA EPS	1.120	1.120	-
PIJAOS	25	25	-
REGIMEN DE EXCEPCION	1.116	1.116	-
S.O.S.	111	111	-
SALUD TOTAL	442	291	151
SALUD MÍA	6	6	-
SANTAS	531	415	116
SAVIA SALUD	127	115	12
SURA	139	89	50

Ver anexo 1 para conocer los mapas por entidad

Las pérdidas más significativas se observan en las EPS intermedias. Cajacopi es la más afectada, al pasar de 342 a 116 municipios, lo que representa una reducción de 226 municipios. También destacan las caídas de Coosalud (-154), Salud Total (-151), Sanitas (-116), Famisanar (-51) y Sura (-50). Estas variaciones muestran que la aplicación de las reglas no solo implica la cesión de usuarios, sino también un ajuste territorial profundo en el que varias EPS reducen de manera drástica su capacidad de operación municipal.

Por ejemplo, en el caso de Salud Total EPS, la aplicación de las normas de habilitación territorial implicó una reducción tanto en su población afiliada como en su cobertura municipal. Antes de la regulación contaba con más de 5,2 millones de afiliados, de los cuales deberá ceder aproximadamente 143.700 usuarios (2,7%) a otras entidades. En términos de presencia territorial, pasó de operar en 442 municipios a mantener habilitación en 291, lo que representa una pérdida de 151 municipios.

Tabla 5: Ejemplo mapa Salud Total



Habilitación por subregiones

Un aspecto clave del nuevo modelo es que la habilitación se concede por subregión funcional y no por municipio de manera individual. Esto significa que cuando una EPS obtiene autorización en una subregión, adquiere automáticamente la responsabilidad de operar en todos los municipios de ese ámbito, incluso en aquellos donde no tiene afiliados registrados al momento.

Tabla 6: Habilitación municipal por EPS

Entidad	Subregiones	Presencia Municipios	Habilitación obtenida
A.I.C.	7	32	55
ALIANSA SALUD	6	6	66
ANASWAYUU	6	15	60
ASMET SALUD	22	140	210
CAJACOPI	13	116	118
CAPITAL SALUD	2	23	26
CAPRESOCA	13	36	175
COMFACHOCO	10	39	127
COMFAORIENTE	4	20	61
COMFENALCO VALLE	5	11	36
COMPENSAR	10	36	72
COOSALUD	29	213	329
DUSAKAWI	13	33	123
E.P.M.	13	66	160
EMSSANAR	15	99	145
FAMILIAR DE COLOMBIA	35	95	368
FAMISANAR	25	98	255
MALLAMAS	23	79	213
MUTUAL SER	15	120	144
NUEVA EPS	119	1120	1141
PIJAOS	10	25	86
S.O.S.	24	111	218
SALUD TOTAL	46	291	449
SALUD MÍA	3	6	40
SANITAS	61	415	646
SAVIA SALUD	10	115	121
SURA	22	89	201

La comparación entre la presencia municipal real y la habilitación obtenida refleja cómo las entidades amplían su ámbito de actuación. Por ejemplo, Anaswayuu pasa de 15 municipios con afiliados a 60 habilitados, y Capresoca, con apenas 36 municipios de presencia real, queda autorizada en 175. Entre las entidades de mayor tamaño, Sanitas extiende su responsabilidad de 415 a 646 municipios, mientras que Salud Total lo hace de 291 a 449.

El contraste más relevante se observa en el número de subregiones habilitadas. Aunque el país cuenta con 119 subregiones funcionales, ninguna EPS —salvo la Nueva EPS, que alcanza presencia nacional— logra la habilitación en la totalidad de ellas. En promedio, las entidades intermedias y pequeñas concentran su operación en menos de 30 subregiones, lo que muestra la magnitud del reto que implica el nuevo ordenamiento territorial.

En conclusión, la habilitación por subregiones no solo implica un aumento en el radio formal de operación de las EPS, sino también un potencial incremento en la dispersión de su población afiliada. Al extender la responsabilidad de aseguramiento a municipios donde antes no tenían presencia, las entidades deben organizar redes y capacidades en territorios más amplios y diversos. Paradójicamente, aunque las normas buscan ordenar la distribución de las EPS, su aplicación también puede generar que la población afiliada quede más dispersa entre territorios, obligando a las entidades a enfrentar nuevos retos de gestión y coordinación para garantizar la continuidad y calidad en la atención.

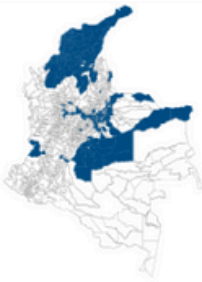
El análisis de los efectos del Decreto 858 de 2025 y la Resolución 1789 de 2025 evidencia transformaciones profundas en la organización territorial del aseguramiento en salud en Colombia. La aplicación de las normas de habilitación genera tres resultados principales: la redistribución de usuarios, la reducción de cobertura municipal en varias EPS y la ampliación formal de responsabilidades mediante la habilitación por subregiones.

En primer lugar, se estima que cerca de 2,3 millones de usuarios (4,4% del total nacional) deberán ser reasignados a otras EPS. Este proceso afecta de manera desproporcionada a entidades intermedias como Cajacopi, Coosalud, Asmet Salud y Famisanar, mientras que las EPS de mayor tamaño muestran una mayor estabilidad, aunque no exentas de cesiones parciales de usuarios.

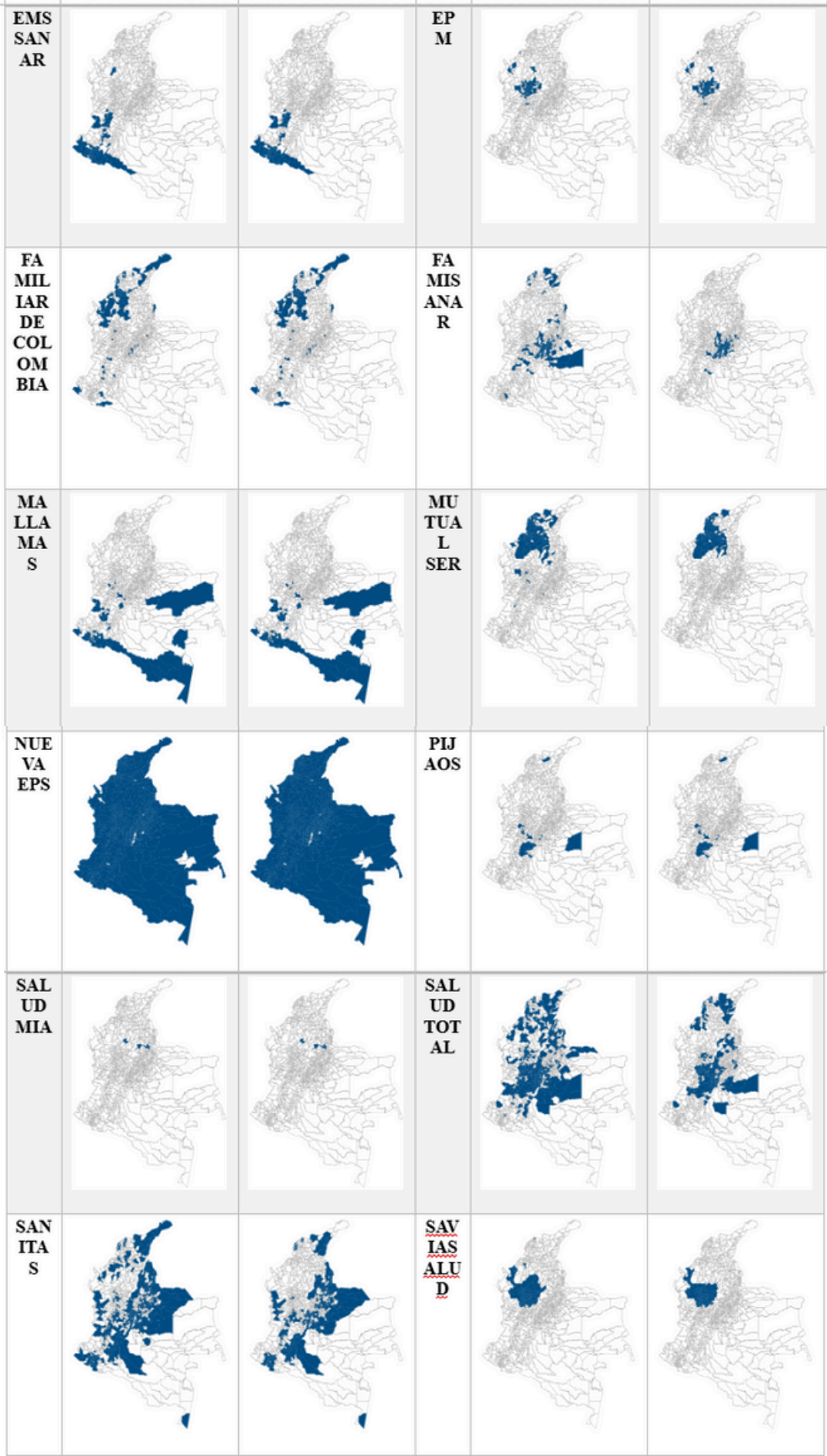
En segundo lugar, se registra una reducción significativa en la presencia territorial de varias entidades, con pérdidas de más de un centenar de municipios en el caso de Cajacopi, Coosalud, Salud Total y Sanitas. Este ajuste refleja el rediseño de la distribución territorial de las EPS y plantea retos en la continuidad de la atención en municipios donde dejan de operar.

Finalmente, la habilitación por subregiones introduce un cambio estructural en el radio formal de operación de las EPS, que adquieren responsabilidades en municipios donde no tenían afiliados previamente. Aunque este diseño busca mejorar la coherencia del aseguramiento, en la práctica puede incrementar la dispersión de la población afiliada de cada entidad y exigir mayores esfuerzos de coordinación, gestión de redes y capacidad operativa en territorios nuevos.

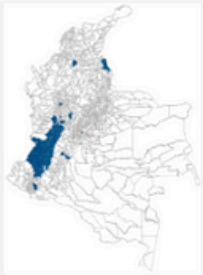
Anexo 1: Mapas por EPS

EPS	Antes	después	EPS	Antes	después
AIC			ANA SWA YU		
AS ME T			CAJ AC OPI		
CAP ITA L			CAP RES OC A		
CO MF AC HO CO			CO MF AO RIE NTE		
CO MF ENA LCO			CO MP ENS AR		
CO OSA LUD			DUS AK AWI		

Anexo 1: Mapas por EPS



Anexo 1: Mapas por EPS

SOS			SUR A	