



CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCIÓN PRIMERA

Consejero Ponente: PABLO ANDRÉS CÓRDOBA ACOSTA

Bogotá D.C., veintiséis (26) de marzo de dos mil veintiséis (2026)

Expediente: 11001 03 24 000 **2025 00353 00**

Demandante: Andrés Eduardo Forero Molina

Demandados: Presidente de la República y Ministerio de Salud y Protección Social

Tesis: Debe suspenderse por falta de competencia el acto administrativo por medio del cual se adopta un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo en Colombia, si al regular las Redes Integradas de Servicios de Salud las denominó Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud y además definió su conformación con entidades del orden distrital y departamental pero la ley las entiende confirmadas adicionalmente con entidades municipales, nacionales y con participación de las EPS a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Debe suspenderse el acto administrativo por medio del cual se adopta un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo en Colombia, si definió un papel preponderante de las entidades territoriales en el desarrollo de la prestación del servicio público de salud pero la ley determina que debe ser ejecutada por otros actores y mediante otros procedimientos.

Debe suspenderse el acto administrativo por medio del cual se adopta un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, si introdujo modificaciones al rol de las EPS como integrantes del SGSSS en lo atinente a la función de recaudo de las cotizaciones y la afiliación de los usuarios de la administración de la prestación de los servicios de las IPS y las defirió a las entidades territoriales.

No es incongruente el auto que decretó la suspensión de todo el decreto demandado, si el análisis de vulneración de norma superior se dio sobre unos artículos para ilustrar como a través de las figuras adoptadas transversalmente en todo el acto quedo demostrado de manera preliminar que existió infracción del principio de reserva de ley.

No existe prejuzgamiento si al confrontar un acto administrativo con el orden superior se evidencia su vulneración y por ello se adopta una medida cautelar que elimina durante el trámite del proceso el carácter ejecutivo de dicho acto.



NULIDAD - AUTO INTERLOCUTORIO

Corresponde a la Sala resolver el recurso de súplica interpuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en contra de la providencia del 21 de octubre de 2025, proferida por la consejera de Estado Nubia Margoth Peña Garzón, por medio de la cual se decretó la suspensión provisional del Decreto 0858 del 30 de julio de 2025 «*Por el cual se sustituye la parte 11, del libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*» emitido por el Gobierno Nacional.

I. ANTECEDENTES

1. El señor Andrés Eduardo Forero Molina, actuando a nombre propio, presentó demanda en ejercicio del medio de control previsto en el artículo 137 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (en adelante CPACA) en contra del Presidente de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social, pretendiendo la nulidad del Decreto 0858 de 2025, en los siguientes términos:

«PRETENSIONES

PRIMERA: Que se declare la NULIDAD del Decreto 0858 del 30 de julio de 2025, el cual Gobierno Nacional expidió en forma irregular, sin competencia, sin consulta previa y vulnerando normas constitucionales y legales que ha debido observar y respetar»¹

1.1. A continuación, se transcribe el Decreto 0858 de 2025:

«DECRETO 0858 DE 2025 (julio 30)

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

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el artículo 189, numeral 11, de la Constitución Política, los artículos 154 y 174 de la Ley 100 de 1993, 12 a 16 de la Ley 1438 de 2011, 8°, 19 y 20 de la Ley 1751 de 2015, inciso 3° del artículo 7° de la Ley 1966 de 2019 y el artículo 2° de la Ley 2294 de 2023, y

¹ Visible en el índice 2 del Sistema de Gestión Judicial SAMAI.



CONSIDERANDO:

Que el artículo 48 de la Constitución Política reconoce que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que, de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo 2 de 2009, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado quien debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Que los artículos 7 y 13 de la Constitución reconocen la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana y establece que todas las personas recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación.

Que el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política faculta al Presidente de la República para ejercer la potestad reglamentaria mediante la expedición de decretos necesarios para la cumplida ejecución de las leyes, en este caso, para el desarrollo de la Ley 2294 de 2023 por la cual se adopta el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.

Que la Ley 489 de 1998, en su artículo 41, inciso dos, establece que “los ministros y directores de departamento administrativo orientan y coordinan el cumplimiento de las funciones a sociedades de economía mixta que les estén adscritas o vinculadas o integren el Sector Administrativo correspondiente”; igualmente, en el numeral 6 del artículo 59, establece que es función de los ministerios “Participar en la formulación de la política del Gobierno en los temas que les correspondan y adelantar su ejecución”.

Que los artículos 42, 43, 44, 45 y 46 de la Ley 715 de 2001, establecen las competencias en salud para la Nación y las entidades territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal, incluyendo, entre otras, la formulación, adopción, difusión, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en salud, la ejecución de la gestión en salud pública como función esencial del Estado y la formulación, ejecución y evaluación del plan de Salud Pública de intervenciones colectivas.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. En su artículo 2° establece que el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo y el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De igual manera, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Que los numerales b), c), g) y h) del artículo 5° de la misma ley fija como obligaciones del Estado la formulación y adopción de políticas de salud que garanticen el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, la prevención y atención de la enfermedad y, rehabilitación de sus secuelas mediante acciones colectivas e individuales; realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo de su ciclo



de vida; y realizar evaluaciones sobre los resultados del goce efectivo de derecho fundamental a la salud.

Que el artículo 6° de la citada ley define los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, así como también señala los principios de continuidad, oportunidad, progresividad, prevalencia de derechos, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección reforzada a sujetos de especial protección constitucional.

Que además el artículo 8° de la ley en cita se refiere a la integralidad y establece que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador y no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.

Que seguidamente los literales a) y h) del artículo 10 de la referida ley establecen que todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad, prestados por profesionales debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

Que el artículo 11 de la misma ley, hace referencia a los sujetos de especial protección como los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, para los cuales la atención en salud “no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”.

Que el artículo 13 de la mencionada Ley, estableció que “El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas”; elemento que ya había sido establecido en los artículos 61 a 64 de la Ley 1438 de 2011 disponiendo que la prestación de servicios de salud dentro del actual sistema de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado, que las entidades territoriales en coordinación con las EPS, por medio de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos y que estas redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, de otra parte, el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015 relacionada con la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, dispone que los trabajadores del sector salud, y en general el Talento Humano en Salud, deben contar con condiciones laborales justas y dignas, así como con estabilidad y oportunidades para fortalecer sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales. En ese sentido, el proceso de formalización del talento humano en salud constituye un componente fundamental para garantizar el derecho fundamental a la salud, al asegurar la disponibilidad y continuidad de personal idóneo, especialmente en el nivel primario de atención, y se articula con los principios de universalidad, equidad, calidad y sostenibilidad del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Que, en relación con las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social, la Ley 1751 de 2015 establece en su artículo 20 que “El Gobierno nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes



esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud” y que en igual forma esa política deberá basarse en “la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación”. También establece en el artículo 24 que es deber del Estado garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional y, para ello, tiene la obligación de “adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”, teniendo en cuenta que la extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” determina que se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad a la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario, el cual estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, que cumplan con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

Que la Ley 1438 de 2011 adoptó la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y desarrolla los aspectos para su implementación, para permitir la coordinación intersectorial, la atención integral e integrada, las acciones de salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación del paciente, en todos los niveles de complejidad, a con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la citada ley, en su artículo 5°, establece la obligatoriedad del reporte de información por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el acceso a la información, la rendición de cuentas, la transparencia y la toma de decisiones basada en datos.

Que el artículo 42 de la citada Ley, establece que las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con: i. Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata la Ley 715 de 2001; ii. Los recursos de la Unidad de Pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud; iii. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga; iv. Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud; v. Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud; Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública; vi. Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo al numeral 1 y vi. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Que los artículos 61 a 64 de la Ley en mención, disponen que la prestación de servicios de salud dentro del actual sistema de salud se hará a través de las



redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado, que las entidades territoriales en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos y que estas redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 7° de la Ley 1966 de 2019 “Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” dispone que los departamentos, en coordinación con los municipios de su jurisdicción, y los distritos, deben reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud, considerando a los prestadores públicos, privados y mixtos.

Que el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá a su cargo viabilizar el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes públicas a través de la definición del proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas estableciendo así un antecedente normativo que consolida el enfoque de redes de prestadores de servicios de salud en el sistema de salud colombiano.

Que este Programa, armonizado con las disposiciones del artículo 62 de la Ley 1438 de 2011, la Ley 1751 de 2015, el artículo 7° de la Ley 1966 de 2019 y el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Ley 2294 de 2023), promueve la articulación funcional de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con participación activa de las entidades territoriales y en coordinación con los diferentes actores del sistema, priorizando el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y el desarrollo de capacidades en zonas rurales y dispersas.

Que la Corte Constitucional, en la Sentencia C-313 de 2014, indicó que “en lo que respecta al tema de la organización del sistema a través de redes de servicios de salud, este Tribunal encuentra que existe una armonía entre esta figura y el ordenamiento constitucional, pues, con ello, lo que pretende el legislador es evitar la fragmentación del servicio, reduciendo obstáculos y optimizando su calidad, con lo cual se promueve la garantía efectiva de “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud”, que va concatenada al artículo 49 Superior”, por lo que el sistema a través de redes de servicios de salud es parte esencial de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Que en la misma providencia, aquella Corporación precisó la diferencia de “Redes integrales” y “Redes integradas” así: “las primeras, son aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud; las segundas, guardan relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, lo que no necesariamente implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles, ya que de su etimología, como ya se dijo, tan solo se desprende la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional, mas no el propósito de atender la demanda de la salud en todos sus ámbitos” y recaba en que “el concepto de “red integral” refleja mejor el tipo de servicios que las entidades que conforman el sistema de salud se obligan a prestar a sus usuarios, mientras que el concepto de “red integrada”, proyecta la forma en la que se organizan dichas entidades”.

Que la Resolución número 100 de 2024 expedida por este Ministerio y por la cual se adopta el modelo de Planeación Integral para la Salud, constituye un



avance normativo relevante en materia de Planeación Integral para la Salud, estableciendo lineamientos para la territorialización de la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión del riesgo en salud, la integración de redes y el fortalecimiento de la gobernanza territorial y orientará la articulación funcional, territorial y resolutoria del sistema, mediante la construcción concertada de Redes Integrales e Integradas Territoriales y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), por lo que debe ser tenida en cuenta como marco técnico de referencia para la implementación del presente Decreto.

Que la Ley 2294 de 2023 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida", en armonía con el mandato de la Constitución Política señalado en el artículo 339, contempla en su artículo 2° que el documento denominado "Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026: Colombia Potencia Mundial de la Vida", junto con sus anexos, son parte integral del Plan Nacional de Desarrollo, y se incorpora a la Ley como un anexo.

Que en dicho documento de las Bases del Plan Nacional de Desarrollo se establece en su numeral 2 la "Seguridad humana y justicia social" y dentro de esta, se encuentra el catalizador B. relacionado con la "Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar". Aquí, se estableció el desarrollo de un sistema de salud garantista, universal, basado en un Modelo de Salud Preventivo y Predictivo basado en APS orientado a mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutoria frente a los desafíos presentes y contingentes.

Que para hacer efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud y el cumplimiento de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud, el documento de las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia, potencia mundial de la vida" señala que el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo propone: "(i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales; (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones; (iii) se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación; (iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional y (v) se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado".

Que, del mismo modo, en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia, potencia mundial de la vida", se reconoce la necesidad de fortalecer la gobernanza en salud como condición esencial para garantizar el derecho fundamental a la salud, mejorar el desempeño institucional y reducir las inequidades territoriales. En este marco, se promueve una gobernanza democrática, participativa, transparente y multinivel, que potencie la capacidad de los territorios para liderar la gestión en salud, articular actores del sector y de otros sectores, e incorporar a la ciudadanía y las comunidades en la toma de decisiones. Esta apuesta de transformación institucional se orienta a consolidar un sistema de salud con enfoque territorial, centrado en el cuidado integral, la prevención y la resolución de necesidades reales de la población.



Que el Modelo de salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo debe dar respuesta real y efectiva a las diferentes problemáticas que han sido detectadas por la Corte Constitucional, entre otras, en la Sentencia T-760 de 2008, en la que se reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo, reiterando lo indicado en la Sentencia C-463 de 2008 de esa misma Corporación.

Que atendiendo las recomendaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo se implementará en el país la Atención Primaria en Salud a partir del fortalecimiento de la gobernanza territorial de la salud, con mayor participación social y coordinación interinstitucional e intersectorial, que sirva para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos y la mejora de la capacidad resolutiva en el primer nivel de atención.

Que el Modelo exige reconocer la importancia de la prestación pública en la garantía de un derecho fundamental, toda vez que, como ha sido reconocido por la Corte Constitucional en la Sentencia C-459 de 2008, al abordar la rentabilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado, esta debe analizarse considerando: “Los criterios de sostenibilidad financiera o equilibrio financiero aplicados a instituciones públicas en el ámbito del derecho fundamental a la salud, no pueden tener un alcance ni un efecto que traslade a los mismos la lógica del sector privado. En un Estado Social de Derecho el Estado debe en ciertos lugares del territorio nacional donde el sector privado no está dispuesto a financiar hospitales o centros de salud asegurar que las personas que allí habitan tengan acceso a la salud, incluso si para ello es necesario subsidiar el hospital o el centro que es deficitario. [...] Por lo tanto, también es necesario condicionar la norma para excluir aquella interpretación de los criterios mencionados que conduce a sacrificar tanto el acceso a la salud de las personas a la red pública de hospitales como a impedir que el estado financie instituciones prestadoras de salud públicas. Se resolverá, entonces, condicionar la exequibilidad de la norma en el sentido de que (a) las acciones necesarias para garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero, no pueden comprender negarse a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario, sin necesidad de acudir a la acción de tutela, y (b) tales criterios no justifican el incumplimiento del deber social del Estado de asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación”.

Que el artículo 3°, literal 5 de la Ley 2294 de 2023 establece la Convergencia Regional como uno de los ejes de transformación del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, orientado a cerrar las brechas sociales y económicas entre los hogares y territorios del país. En este marco, la territorialización del modelo de salud se configura como una estrategia fundamental para garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, reconociendo las particularidades de cada región, su diversidad geográfica, cultural y demográfica. Esta apuesta fortalece la articulación interinstitucional y la gestión pública con enfoque diferencial, situando al ciudadano en el centro del sistema, e impulsando un modelo de salud más cercano a las comunidades, con capacidad resolutiva desde el nivel primario de atención y en armonía con las dinámicas territoriales.

Que el artículo 164 de la precitada ley, establece la formulación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), como instrumento estratégico del Gobierno nacional y las entidades territoriales para planificar y priorizar inversiones en infraestructura, equipamiento y dotación en salud. Esta planificación, alineada con el Plan Decenal de Salud Pública y su actualización cada diez (10) años, busca garantizar condiciones adecuadas



para la prestación de servicios, especialmente en el nivel primario de atención, promoviendo el acceso efectivo, oportuno y con calidad en todo el territorio nacional. En este sentido, los PMIDS se constituyen en una herramienta necesaria para el fortalecimiento del componente primario del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, permitiendo la reorganización territorial de los servicios y la superación de brechas en infraestructura y tecnología, con enfoque diferencial y territorial.

Que, en relación con los sujetos de especial protección, aparte de lo establecido en la Ley 1751 de 2015, se reconocen los compromisos asumidos por el Estado colombiano en el marco del Convenio 169 de la OIT, así como a las disposiciones establecidas en la Ley 70 de 1993 de comunidades negras, el Decreto número 1953 de 2014 sobre el gobierno propio indígena en salud, y el Decreto número 1397 de 1996 sobre la relación entre el Estado y el pueblo ROM, así como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas (PAPSIVI), como mecanismo específico que refleja el cumplimiento del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011. Igualmente, lo planteado en el Decreto número 480 de 2025 que establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) constituye un avance fundamental para el goce pleno del derecho fundamental a la salud indígena en respeto de la identidad, la autonomía y la libre determinación de los pueblos, tal y como se establece en su objeto, estableciendo la operatividad y la organización territorializada del Sistema así como su modelo, proceso o formas de cuidado en salud que implican, a su vez, la actuación bajo los principios de articulación y complementariedad con el sistema de salud.

Que mediante el Decreto número 351 de 2025 se adopta el Plan Nacional de Salud Rural, como instrumento orientador de las políticas, estrategias y acciones dirigidas a garantizar el acceso efectivo y equitativo a servicios de salud en zonas rurales, rurales dispersas y de difícil acceso, en articulación con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, y en el marco de un enfoque territorial y de justicia social.

Que el Decreto número 1757 de 1994, incorporado en el Capítulo 1, del Título 1 de la Parte 10 del Decreto número 780 de 2016, reglamenta la participación social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo los mecanismos e instancias a través de los cuales los ciudadanos pueden ejercer control social y participar activamente en la gestión del sistema.

Que, en desarrollo de la participación de la ciudadanía en salud, la Resolución número 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social establece los lineamientos para su fortalecimiento, especialmente en lo relativo a los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos), y su articulación con otras instancias de planeación y gestión en salud.

Que el Decreto número 682 de 2018 por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, establece las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud. De acuerdo con el párrafo del artículo 2.5.2.3.2.1, dicha autorización determina la existencia jurídica y operativa de las Entidades Promotoras de Salud, mediante la asignación de un código de identificación, la definición del régimen y del ámbito territorial en el que pueden operar, así como la facultad para afiliar personas y administrar los recursos financieros del sistema. Estas disposiciones son esenciales para el desarrollo e implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, toda vez que la adecuada habilitación y permanencia de las EPS en los territorios es condición necesaria para garantizar una gestión territorial integral en salud pública, la continuidad en la atención, y la



reorganización efectiva de los servicios con base en las necesidades poblacionales y las características de cada región.

Que el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo definido en el Plan Nacional de Desarrollo, que se adopta mediante el presente acto administrativo, se establece como política orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud para la población habitante en el territorio colombiano buscando la igualdad de trato y oportunidades con base en la atención primaria territorializada, centrada en la vida y los territorios, con el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel, la articulación intersectorial y la participación de las comunidades.

Que, en el marco de la implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública como nuevo ámbito territorial de referencia, lo cual requiere su incorporación armónica y progresiva en la regulación vigente, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, para garantizar la coherencia normativa y la adecuada operación del aseguramiento en salud conforme a las realidades territoriales del país.

Que, en ese sentido, se requiere sustituir integralmente el Decreto número 1599 de 2022 incorporado en el Decreto número 780 de 2016 relativo a la Política de Atención Integral en Salud, dado que es imperativo implementar una política pública en salud que garantice de manera efectiva los componentes esenciales del derecho fundamental a la salud, la coordinación intersectorial, el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud y la afectación positiva de los determinantes sociales conforme con lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015.

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1º. Sustituir la parte 11, del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, la cual quedará así:

“PARTE 11 MODELO DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO COMO POLÍTICA EN SALUD PARA LOS HABITANTES DEL TERRITORIO COLOMBIANO

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 2.11.1.1 Objeto. Adoptar el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo como política en salud para la población habitante en el territorio colombiano.

Artículo 2.11.1.2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta parte tendrán aplicación en todo el territorio nacional para los siguientes actores:

1. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
2. Los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos.
3. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas.



4. Las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados, Especiales y demás regímenes con regulación específica.
5. Los Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS)
6. La Superintendencia Nacional de Salud.
7. El Instituto Nacional de Salud.
8. El Instituto Nacional de Cancerología.
9. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social de Salud (ADRES).
10. Instituto de Evaluación y Tecnología en Salud (IETS).
11. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).
12. Los bancos de sangre.
13. Las Administradoras de Riesgos Laborales, en el marco de sus competencias en salud.
14. Organizaciones sociales y comunitarias, comunidad en general y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo 1º. Las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados, Especiales y demás regímenes específicos, deberán ajustar y adaptar su operación a las disposiciones establecidas en el presente decreto, conforme a la normatividad vigente que le es aplicable.

Parágrafo 2º. Cada uno de los actores involucrados en el ámbito de la aplicación del presente decreto lo harán en el marco de las respectivas funciones asignadas por la normatividad vigente.

Artículo 2.11.1.3. Definiciones: Para los efectos de este apartado, se adoptan las siguientes definiciones:

Adscripción poblacional y territorial: Característica fundamental de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud que responde al atributo de longitudinalidad, en la cual la institución prestadora de servicios de salud del nivel primario organizada funcionalmente como centro de atención primaria en salud (CAPS) y el personal de salud incluido los Equipos de Salud Territoriales de esta institución, tienen a cargo la población de un territorio específico, con el objetivo de establecer relaciones a largo plazo enfocadas en la confianza y el conocimiento de la persona y la familia para brindar una atención en salud sin interrupciones que permita la oportunidad en el diagnóstico, la pertinencia en el tratamiento y la promoción y prevención, así como la participación activa de las personas y familias en la toma de decisiones para el mejoramiento de salud, considerando sus valores y preferencias para de esta manera obtener resultados de salud óptimos.

Atención Primaria en Salud: estrategia que favorece la atención en salud de manera integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente desde el nivel primario al complementario, por medio de procesos que fortalecen la rectoría y gobernanza en salud vinculadas al diálogo y la participación ciudadana como elementos fundamentales de la gestión en salud, promoviendo el desarrollo de acciones en salud que responden a la necesidad de la población en consideración de elementos culturales y territoriales, y generando acciones coordinadas y colaborativas de manera intersectorial que permitan la transformación de determinantes sociales y la reducción de barreras para el acceso a servicios de salud. Su operación se concreta a través de acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y resolutiveas a través de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud.

Cuidado integral de la salud. Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de



calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se implementa a través de las redes integrales e integradas territoriales de salud (RIITS) y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás actores del territorio.

Preventivo: acciones y estrategias orientadas a reducir riesgos y daños para evitar la aparición y la progresión de las enfermedades, así como disminuir sus consecuencias en el ámbito individual, familiar y colectivo.

Predictivo: recolección, análisis y gestión de la información en salud y el uso de datos históricos con el objetivo de establecer patrones y tendencias en el proceso salud enfermedad, que permitan la planificación y reorganización de los servicios de salud, anticipando necesidades futuras y ampliando las oportunidades de intervención y prevención de morbilidad y mortalidad evitable.

Resolutivo: es la capacidad del sistema de salud para responder de manera integral, efectiva, oportuna, continua y suficiente a las necesidades de salud individuales y colectivas desde el nivel primario, asegurando que los servicios de salud den soluciones completas y oportunas evitando derivaciones innecesarias y garantizando continuidad en el cuidado.

Territorio: espacio físico y escenario social heterogéneo, donde transcurre y se construye la vida de las personas, familias y comunidades, se crean relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales que producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

La comprensión del territorio constituye la base para la territorialización del Cuidado Integral de la salud. De esta manera, los territorios en salud se corresponden con la división político-administrativa del nivel municipal y están integrados, a su vez, por microterritorios de salud que se configuran atendiendo a la heterogeneidad de los entornos, la dispersión geográfica, y las dinámicas sociales, comunitarias, geográficas, culturales ambientales e institucionales de cada uno de los municipios.

Territorialización del Cuidado Integral de la salud: es el proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales como determinantes sociales que configuran el proceso salud y enfermedad de las personas, familias y comunidades que se expresan epidemiológicamente, permitiendo así organizar funcionalmente microterritorios, territorios, subregiones y regiones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

Artículo 2.11.1.4. Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Política pública para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias y acciones orientadas a la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos y la -afectación positiva de los determinantes sociales de la salud en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública y demás políticas que sean afines.



El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS) y busca el cuidado integral e integrado de la salud de las personas, familias y comunidades en los territorios, a través de la acción coordinada entre los actores del sector salud, los otros sectores, los actores sociales y comunitarios y la comunidad en general desarrollando atributos de accesibilidad, primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, interdisciplinariedad, transectorialidad y participación social. Su despliegue se realiza a partir de una construcción colectiva de base territorial que integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad buscando la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social.

Artículo 2.11.1.5. Propósito. El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo tiene como propósito garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de toda la población habitante en el territorio colombiano, en igualdad de trato y oportunidades, mediante planes, programas, proyectos, estrategias y acciones orientadas a: i) fortalecer la gobernanza y la gobernabilidad territorial en salud; ii) garantizar el cuidado integral de la salud en el contexto de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); iii) promover la coordinación territorial entre los actores del sector salud, otros sectores, actores sociales y comunitarios; iv) conformar y fortalecer instancias organizativas que generen procesos de desarrollo de autonomía y capacidades para la garantía del derecho fundamental a la salud, en el marco de la normatividad vigente; v) Contribuir a la reducción de brechas en los determinantes económicos, sociales, y ambientales de la salud, en particular aquellos relacionados con el cambio climático y los contextos de construcción de paz.; y vi) Fortalecer la atención integral a sujetos de especial protección constitucional, mejorando su calidad de vida mediante intervenciones con enfoque diferencial y favoreciendo la atención especializada, continua y oportuna a personas con enfermedades huérfanas, catastróficas o de alto costo.

Para tal fin, el Modelo promoverá las características esenciales de la calidad en la atención en salud: continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad, e integrará como principios orientadores la atención humanizada y la atención centrada en las personas, familias y comunidades para una atención digna y con enfoque diferencial.

Artículo 2.11.1.6. Pilares. El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo establece como pilares o líneas estratégicas los siguientes: i) Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización; ii) Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); iii) Trabajo digno y decente para el talento humano en salud y otros trabajadores del sector; iv) Soberanía sanitaria y gestión del conocimiento; v) Calidad y Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS.

Para su implementación se deberá tener en cuenta lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen o deroguen.

Artículo 2.11.1.7. Principios. El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo estará orientado por los principios que regulan el derecho fundamental a la salud, de que trata la Ley 1751 de 2015 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen o deroguen.

Artículo 2.11.1.8. Armonización e integración de los instrumentos de planeación en salud. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal armonizarán los Planes Territoriales de Salud - PTS 2024-2027 con las disposiciones establecidas en el presente acto administrativo para



la adopción, implementación y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, en concordancia con las orientaciones y metas del PDSP y del PND, garantizando alineación estratégica y cumplimiento de los marcos normativos y programáticos vigentes.

A partir del año 2028 y para las vigencias siguientes, las Entidades Territoriales incorporarán de manera estructural los pilares y componentes del Modelo como parte del proceso de Planeación Integral para la Salud (PIS), en cumplimiento de los lineamientos que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1°. Para el periodo 2026 y 2027, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal realizarán los ajustes necesarios resultado de la armonización del Plan Territorial en salud vigencia 2024-2027 y el presente Decreto, a través de los Planes de Acción en Salud, conforme a los lineamientos metodológicos que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin.

TÍTULO II PILARES DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO, PREDICTIVO Y RESOLUTIVO

SECCIÓN 1 GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y TERRITORIALIZACIÓN

Artículo 2.11.2.1.1 Gobernanza y Gobernabilidad del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá y coordinará la adopción, difusión, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo en todo el territorio nacional. Las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal en ejercicio pleno de las competencias asignadas por Ley, establecerán mecanismos para adoptar, difundir, implementar, monitorear y evaluar el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo en el ámbito de su jurisdicción garantizando la coordinación intersectorial y transectorial y la participación activa e incidente de los actores del sector salud, los otros sectores, los actores sociales y comunitarios, los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+, y la población en general. Se realizará rendición de cuentas conforme a los términos previstos en el Título 1, Capítulo I de la Ley 1757 de 2015.

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

Órganos de dirección:

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

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

Instancias de coordinación:

En el nivel nacional: la Comisión Intersectorial de Salud Pública

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

Instancias y formas de participación social y comunitaria:

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



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

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

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

Artículo 2.11.2.1.3. Funciones de las instancias de gobernanza en salud. Los órganos de dirección cumplirán las funciones de regulación y formulación de políticas en salud, conforme a las facultades otorgadas por la ley y por el presente decreto, y garantizarán la integración efectiva de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y las instancias de participación social en los procesos de adopción, difusión, implantación, ejecución, seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

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

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

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

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

Artículo 2.11.2.1.4. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, como órganos consultivos



y deliberativos establecidos a nivel departamental, distrital y municipal, integrarán dentro de su agenda y plan de trabajo lo concerniente a la adopción, implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, formulando recomendaciones que orienten las decisiones de las autoridades sanitarias en su jurisdicción.

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

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

Artículo 2.11.2.1.6. Territorialización en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios planificarán y organizarán la respuesta en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo a través de la territorialización en salud, entendida como un proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales en las que se construye la salud y la vida de las personas, familias y comunidades y se configuran los determinantes sociales de la salud.

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

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

Parágrafo 2º. La territorialización en salud se armonizará con las formas de funcionamiento de los modelos propios e interculturales de los pueblos y comunidades étnicas, incluyendo el Sistema Indígena de Salud Propio e



Intercultural (SISPI), conforme a los lineamientos que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Artículo 2.11.2.1.8. Cumplimiento del Plan Nacional de Salud Rural. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal establecerán acciones, planes y programas para la armonización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo con el Plan Nacional de Salud Rural, implementando mecanismos que permitan su cumplimiento en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de los campesinos, los pueblos y las comunidades étnicas que habitan en las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país, aportando en la construcción de la paz, la superación de inequidades en salud y la transformación estructural del campo.

SECCIÓN II

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD

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

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

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social armonizará el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de



Empresas Sociales del Estado - E.S.E o las entidades que hagan sus veces de los que trata el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 con las disposiciones que se establezcan para la conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

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

Artículo 2.11.2.2.2. Estructura de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), estarán constituidas por un Nivel Primario y un Nivel Complementario, los cuales operarán, de manera articulada y coordinada para garantizar la continuidad, integralidad y resolutivez del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

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

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

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

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

Parágrafo 3°. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social como integrantes de las redes de referencia nacional o departamental para el manejo óptimo de condiciones de salud como el cáncer, la salud mental, las enfermedades huérfanas -que incluyen las enfermedades raras, ultra huérfanas y de baja prevalencia-, entre otras, y los proveedores de tecnologías en salud, operarán de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), apoyando el accionar de los niveles primario y complementario.

Artículo 2.11.2.2.3. Habilitación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) de los



departamentos y distritos, de acuerdo con el procedimiento y los mecanismos de orden metodológico y tecnológico que esta entidad defina. Este procedimiento será expedido en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Artículo 2.11.2.2.8. Equipos de Salud Territorial: Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud públicos,



privados y mixtos que conformen las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), implementarán en los territorios y micro territorios, acciones territorializadas, universales, integrales, integradas, continuas y resolutivas con calidad y oportunidad para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades a través de Equipos de Salud Territorial garantizando en el marco de los principios de concurrencia y complementariedad la articulación de los procesos de gestión territorial integral en salud y las acciones desarrolladas a través del Plan de Intervenciones Colectivas, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y demás oferta del territorio.

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

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

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

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

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

Artículo 2.11.2.2.10. Fortalecimiento del nivel complementario. Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, las Administradoras de Riesgos laborales en lo de su competencia y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos de mediana y alta complejidad, implementarán procesos de coordinación asistencial en red y apoyo clínico, administrativo y logístico para el fortalecimiento del nivel complementario.



Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los requisitos y condiciones en un plazo máximo de tres (3) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, que deben cumplir los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos del nivel complementario.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, evaluará dentro de los criterios de habilitación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), las estrategias implementadas para el fortalecimiento del nivel complementario.

Artículo 2.11.2.2.11. Incorporación del Sistema de Emergencias Médicas al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital, a través de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), organizarán y coordinarán el Sistema de Emergencias Médicas del territorio que integran los servicios habilitados del grupo de atención inmediata, atención prehospitalaria, transporte asistencial básico y medicalizado, servicio de urgencia y atención del parto; y garantizarán el proceso de comunicación permanente con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en los casos en que se requiera.

Parágrafo. En territorios en los que se presentan situaciones de carácter humanitario asistencial en salud persistente en contexto de conflicto armado, los organismos de cooperación internacional o actores no gubernamentales que realizan acciones humanitarias en salud, se articularán a la implementación de los lineamientos contenidos en este Decreto, respetando los principios humanitarios, los tratados internacionales vigentes y las disposiciones de carácter excepcional que rigen su actuación, bajo el direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2.11.2.2.12. Proceso de referencia y contrarreferencia en el marco de las RIITS. Modifíquese el numeral 9, del artículo 2.5.3.4.1.3. Definiciones, el cual quedará así:

“9. Proceso de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permite prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando los principios de calidad, continuidad e integralidad de los servicios en función de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud inicial a otro, para la atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud de estos.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador de servicios de salud inicial y puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la entrega de información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora”.

Artículo 2.11.2.2.13. Integración del proceso de referencia y contrarreferencia a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, diseñarán, organizarán y documentarán el proceso de referencia y contrarreferencia para sus afiliados, para lo cual articularán todos los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y adoptarán las medidas necesarias para garantizar que las personas se remitan a la entidad que corresponda, con la oportunidad y el/transporte adecuado e ingresen a la



institución prestadora de servicios de salud receptora con el nivel de resolutivez que requieran. Las Administradoras de Riesgos Laborales se integrarán a este proceso en el marco de sus competencias.

Artículo 2.11.2.2.14. Coordinación para los servicios sociales, comunitarios y ambientales. Las Entidades Territoriales de Salud del orden departamental, distrital y municipal establecerán mecanismos de coordinación entre sectores para la garantía de la continuidad del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades a servicios sociales, comunitarios o ambientales, tales como, hogares de paso, residencias de cuidado u otros.

Artículo 2.11.2.2.15. Fortalecimiento de las sedes de los prestadores de servicios de salud públicos. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán priorizar en el corto y mediano plazo dentro de los Planes Bienales de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), según corresponda, proyectos dirigidos a la construcción de obra nueva, ampliación, adecuación, remodelación, restauración, reforzamiento sísmico estructural, reposición de Infraestructura, y adquisición de dotación biomédica, equipamiento fijo, unidades de transporte y tecnologías de información y comunicaciones en las sedes de prestadores públicos de servicios de salud, para garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. La planificación de la inversión en infraestructura y dotación en las sedes de los prestadores de servicios de salud públicos deberá articularse con los instrumentos de planeación territorial y sectorial vigentes.

SECCIÓN III

TRABAJO DIGNO Y DECENTE PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD Y OTROS TRABAJADORES DEL SECTOR

Artículo 2.11.2.3.1. Formalización laboral en el sector salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal y los prestadores de servicios de salud públicos, implementarán en el corto y mediano plazo, mecanismos que permitan la formalización laboral en el sector salud, iniciando de manera progresiva por el talento humano en salud y demás trabajadores que hacen parte del nivel primario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS), en el marco de sus competencias y sujeto a las disponibilidades presupuestales.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud privados y mixtos que hagan parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el ejercicio de sus funciones, podrán desarrollar progresivamente estrategias orientadas a la formalización laboral del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social gestionará ante el Ministerio del Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, la formulación y expedición de lineamientos para la formalización del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud, de acuerdo con las disposiciones normativas vigentes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social brindará el acompañamiento técnico a las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, en el desarrollo de los estudios técnicos orientados a la formalización laboral del personal de salud. Para tal fin, articulará las acciones



necesarias con el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de Trabajo y otras entidades competentes, conforme a sus funciones establecidas en la normatividad vigente y disponibilidad institucional.

Artículo 2.11.2.3.2. Modelo Integral de Planificación y Gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector. Las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal adoptarán en un plazo de un (1) año, el modelo integral de planificación y gestión del talento humano en salud y demás trabajadoras y trabajadores del sector salud, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, con un enfoque territorial y una perspectiva de inclusión, diferencial, de diversidad y de género. El modelo se integrará a los procesos de desarrollo territorial e institucional para el análisis, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de intervenciones en función de las brechas de disponibilidad y distribución del talento humano en salud y demás trabajadoras y trabajadores del sector salud, con base en las realidades de los territorios y de las instancias y procesos de gobernanza, gobernabilidad, gestión territorial para el cuidado integral de la salud y la operación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITS).

Las entidades territoriales de orden departamental y distrital podrán establecer estructuras organizacionales y funcionales específicas para liderar en su jurisdicción la Planificación y Gestión del Talento Humano en Salud.

Artículo 2.11.2.3.3. Fortalecimiento de la formación integral del talento humano en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social gestionará ante el Ministerio de Educación Nacional, las instituciones de educación superior y otros actores, el fortalecimiento de la formación integral del talento humano en salud con énfasis en atención primaria en salud, necesarios para la implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Artículo 2.11.2.3.4. Fortalecimiento de las estrategias para la toma de decisiones en torno al talento humano en salud y otros trabajadores del sector. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mecanismos para la operación del Observatorio Nacional de Talento Humano en Salud con enfoque territorial, así como su articulación con otras entidades, garantizando la gestión de información para la toma de decisiones en torno a la disponibilidad, distribución, migración, condiciones de empleo y trabajo digno y decente del talento humano en salud y demás trabajadoras y trabajadores del sector salud de manera permanente en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Parágrafo. El Observatorio Nacional de Talento Humano en Salud desarrollará su despliegue territorial convocando y garantizando la participación de las Universidades Públicas, Privadas y Mixtas a nivel territorial, Centros de Investigación y demás actores.

Artículo 2.11.2.3.5. Clasificación única de ocupaciones. El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un (1) año realizará en coordinación con otras entidades, la estandarización y armonización de la Clasificación Única de Ocupaciones relacionadas con el campo de la salud y la salud pública en relación con la denominación de todos los perfiles técnicos, tecnológicos, universitarios y posgraduales, considerando además la denominación de todos los trabajadores de la salud que sean requeridos en las instancias y procesos de gobernanza, gobernabilidad, gestión territorial integral para el cuidado integral de la salud y la operación de las redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud (RIITSS), de conformidad con la normatividad vigente.



Artículo 2.11.2.3.6. Fortalecimiento de las competencias para implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal establecerán, en un plazo de un (1) año, acuerdos para el fortalecimiento de competencias y resultados de aprendizaje en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva, con una perspectiva preventiva, predictiva y resolutive. Estas acciones integrarán el uso de Tecnologías de Información y Comunicación en Salud (TIC), el principio de interculturalidad, los enfoques diferenciales e interseccionales y las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social gestionará la articulación con actores del sistema educativo y con el Ministerio de Educación Nacional, sin que ello constituya requisito para el avance de las acciones. Asimismo, podrá definir procesos normativos, administrativos y técnicos orientados a la regulación y ampliación de escenarios de práctica formativa en salud pública y en el nivel primario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Artículo 2.11.2.3.7. Programa especial de prevención de violencias y cuidado integral en salud mental para el talento humano en salud y demás trabajadores del sector salud en el entorno laboral. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará el desarrollo e implementación de un programa especial para la prevención de violencias y el cuidado integral en salud mental del talento humano en salud y demás trabajadores del sector salud en el entorno laboral, incluido el personal en entrenamiento. Este programa deberá establecerse en un término de seis (6) meses a partir de la vigencia del presente decreto.

Para la formulación e implementación del programa, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá articular las acciones necesarias con entidades como el Ministerio de Trabajo, el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Superintendencia Nacional de Salud, sin que ello limite su competencia para definir los lineamientos y coordinar su ejecución.

Las Entidades Territoriales de Salud del orden Departamental, Distrital y Municipal, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, implementarán el programa en un término no mayor a tres (3) meses posteriores a su reglamentación, y serán responsables de su monitoreo y evaluación.

SECCIÓN IV SOBERANÍA SANITARIA Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Artículo 2.11.2.4.1. Investigación, desarrollo y producción nacional de Tecnologías Estratégicas en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social impulsará, promoverá y articulará las iniciativas de producción pública o mixta, y establecerá mecanismos para fomentar la inversión en investigación, desarrollo, innovación y producción local de tecnologías estratégicas en salud (TES) entendidas como las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, medicinas y terapias alternativas y complementarias, servicios y procedimientos desarrollados mediante esquemas colaborativos públicos o mixtos, con el propósito de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y el cuidado integral de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud pública del país y en concordancia con lo establecido en la Ley 2386 de 2024.



Parágrafo 1°. Estas acciones se desarrollarán, en la medida que se requiera, en articulación con la Comisión Intersectorial para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud, creada mediante el Decreto número 1099 de 2022 y con participación de entidades como el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos y prioridades estratégicas en coherencia con los retos sanitarios definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y demás instrumentos de planificación sectorial, con énfasis en aquellas tecnologías que respondan a necesidades epidemiológicas de alto impacto, como medicamentos esenciales, tecnologías diagnósticas y dispositivos médicos prioritarios, sin perjuicio de las iniciativas autónomas desarrolladas por Entidades Territoriales u otros actores públicos y privados en el marco de sus competencias.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional desarrollará estrategias para el fortalecimiento institucional del Instituto Nacional de Salud, El Instituto de Evaluación y Tecnología en Salud (IETS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, en el marco del ejercicio de sus funciones para la garantía de la soberanía sanitaria.

Artículo 2.11.2.4.2. Mecanismos de participación para la investigación, desarrollo y producción nacional de Tecnologías Estratégicas en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará mecanismos de participación nacional y regional entre la academia, la industria y la sociedad civil, con el fin de generar y fortalecer iniciativas de investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de Tecnologías Estratégicas en Salud (TES), mediante esquemas de transferencia de tecnología y conocimiento. Estos mecanismos deberán armonizarse con los marcos regulatorios aplicables en materia de propiedad intelectual y con las obligaciones asumidas por Colombia en el marco de tratados de libre comercio, garantizando condiciones que promuevan la innovación, la inversión responsable y la protección de los derechos de los desarrolladores, sin perjuicio del interés público y la garantía del derecho a la salud.

Artículo 2.11.2.4.3. Gestión del conocimiento y desarrollo de ciencia, tecnología e innovación para la construcción de soberanía sanitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará y coordinará con los diferentes actores del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación - CTel, la implementación de estrategias para la generación y difusión del conocimiento en salud en el marco de las grandes prioridades en salud del país y la construcción de la soberanía sanitaria, tales como: i) creación y fortalecimiento de ecosistemas de investigación en salud, ii) fortalecimiento de capacidades en salud en Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+I) en las entidades territoriales, iii) Evaluación tecnológica en salud para la toma de decisiones informadas promoviendo el uso de evidencia científica en la incorporación, priorización y uso racional de tecnologías estratégicas en salud, iv) fortalecimiento de las entidades adscritas como institutos de Ciencia, Tecnología e Innovación, v) definición de planes y acuerdos estratégicos departamentales en Ciencia, Tecnología e Innovación, y v) apropiación social del conocimiento con investigaciones que den respuesta a las necesidades en salud de los territorios.

Parágrafo. Para el desarrollo y evaluación de Tecnologías Estratégicas en Salud (TES), el Ministerio de Salud y Protección Social promoverá el uso de sistemas de información interoperables que garanticen la calidad, oportunidad



y disponibilidad de los datos necesarios para la toma de decisiones, el diseño de políticas públicas, la priorización tecnológica y la evaluación de impacto.

Artículo 2.11.2.4.4. Promoción de la gestión del conocimiento orientada a la toma de decisiones en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la formulación, adopción y actualización de lineamientos normativos que garanticen la captura, interoperabilidad y uso sistemático de información socioeconómica, sociodemográfica, de contexto socioambiental, epidemiológica y clínica de la población residente en el territorio nacional para el análisis de inequidades sociales en salud y la identificación de patrones y tendencias en el proceso salud-enfermedad, que permitan la toma de decisiones clínicas, sanitarias y de política pública, la planificación y reorganización de los servicios de salud, anticipando necesidades futuras y ampliando las oportunidades de intervención y prevención de morbilidad y mortalidad evitable.

Estos lineamientos serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Territoriales de Salud del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos y demás actores del sistema de salud.

Parágrafo 1º. La captura de dicha información deberá integrarse al Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud (SI-APS), en la Bodega de Datos SISPRO, permitiendo su análisis territorializado y diferencial, en concordancia con los principios de equidad, pertinencia cultural, y justicia social.

Parágrafo 2º. Los lineamientos incluirán estrategias para la construcción de capacidades locales en análisis predictivo y resolutivo y la incorporación de metodologías de ciencias de datos orientadas a mejorar el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con énfasis en el nivel primario y potenciar la capacidad de la respuesta en salud en escenarios de alta vulnerabilidad, conflicto, emergencias, desastres y pandemias.

Parágrafo 3º. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá establecer alianzas con universidades públicas, centros de investigación y organismos internacionales, para el desarrollo de estas capacidades, priorizando territorios con mayores brechas en equidad sanitaria y tecnológica.

Artículo 2.11.2.4.5. Promoción y disponibilidad de datos abiertos en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la disponibilidad, actualización periódica y difusión de conjuntos de datos abiertos, accesibles y comprensibles por la ciudadanía, con información agregada y anonimizada relacionada con las condiciones de salud, los determinantes sociales, las capacidades del sistema y el desempeño de las redes de servicios en los territorios.

Estos datos deberán publicarse bajo estándares de interoperabilidad, calidad y trazabilidad, e incluirán componentes territoriales, socioeconómicos y ambientales que permitan a las personas, comunidades, organizaciones sociales, académicas y otros actores sociales comprender la situación de salud en el país, ejercer control social, y participar activamente en los procesos de planeación, evaluación y mejora del sistema.

Parágrafo 1º. El Ministerio deberá establecer mecanismos digitales para la consulta amigable de la información, garantizar su disponibilidad en formatos reutilizables y fomentar su uso mediante alianzas con instituciones educativas,



centros de pensamiento, medios comunitarios y organizaciones de base social, priorizando contextos de alta vulnerabilidad y ruralidad.

Parágrafo 2°. El Ministerio deberá ajustar su plan de acción sectorial y el Plan de acción institucional en los seis meses siguientes a la expedición de este decreto, para dar cuenta de la implementación del artículo en mención.

SECCIÓN V CALIDAD Y SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SI-APS

Artículo 2.11.2.5.1. Calidad para la garantía del derecho fundamental a la salud. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, y demás actores del sistema de salud, en el marco de sus competencias, deberán desarrollar estrategias para fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), como instrumento esencial para garantizar el derecho fundamental a la salud, en el marco de la gobernanza territorial, la territorialización, y el cuidado integral e integrado de las personas, familias y comunidades.

El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los componentes, estándares y criterios del SOGCS, en un plazo no mayor a un (1) año, en concordancia con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, de manera que se refleje el enfoque diferencial, la participación social, y la integración funcional de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Artículo 2.11.2.5.2. Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS. Las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, implementarán, en el marco de la operación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, mecanismos para la integración y agregación de datos de diversas fuentes que permitan monitorear, comparar, analizar, evaluar, retroalimentar y disponer de información para la comprensión y análisis integral de las condiciones de vida y salud de las personas, familias y comunidades, los determinantes sociales, los procesos asistenciales y el cuidado integral de la salud, en los territorios.

Las Entidades Territoriales del orden Departamental, Distrital y Municipal, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos integrarán en su operación y gestión el “Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS”, para tal efecto realizarán la captura, reporte y uso de la información que se requiera para garantizar su operación.

Parágrafo 1°. El Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI APS hará parte del sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) e integrará las fuentes de información sectoriales e intersectoriales necesarias para el análisis y toma de decisiones en salud pública, para la afectación positiva de determinantes sociales para el logro de la equidad en salud, para medir el desempeño en la Estrategia de Atención Primaria en Salud y medir y evaluar los procesos críticos para el seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección expedirá la regulación para la operación del Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en



Salud SI-APS integrando los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros y la historia clínica unificada, en un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.

TÍTULO III DISPOSICIONES FINALES

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

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

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

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

Artículo 2.11.3.2. Actualización y vigencia de la autorización de funcionamiento de las entidades responsables del aseguramiento en salud en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Modifíquese el artículo 2.5.2.3.2.7, el cual quedará así:

La Superintendencia Nacional de Salud actualizará el acto administrativo que autoriza el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o de quienes hagan sus veces, que se encuentren actualmente autorizadas o habilitadas para operar, con el fin de incorporar el ámbito territorial correspondiente a las subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Esta actualización se realizará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de las disposiciones reglamentarias que definan las regiones y subregiones funcionales y su ámbito de operación para el aseguramiento, plazo dentro del cual se mantendrá vigente el certificado actual.

El acto administrativo de actualización especificará como mínimo: i) el código para efectos de identificación, ii) el ámbito territorial donde se autoriza a la



entidad para la operación del aseguramiento en salud, el cual podrá incluir subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública, departamentos y municipios, conforme a lo que establezca la normatividad vigente, y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada para operar.

La vigencia de la autorización de funcionamiento para estas entidades será renovada por periodos de tres (3) años, contados a partir de la fecha de expedición del acto actualizado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo seguimiento y verificación de las condiciones de habilitación y permanencia.

Las entidades con autorización actualizada dispondrán de un plazo de un (1) año, contado a partir de la expedición por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la reglamentación correspondiente sobre habilitación y permanencia para la operación en el ámbito territorial de subregiones funcionales, para adaptar y ajustar su capacidad a las condiciones previstas. La Superintendencia Nacional de Salud, previo al cumplimiento de dicho plazo, programará las visitas y actividades de seguimiento y verificación respectivas.

Artículo 2.11.3.3 Financiamiento del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo se financiará con cargo a los recursos del aseguramiento en Salud administrados por la ADRES, el Sistema General de Participaciones, los recursos del Presupuesto General de la Nación que para el efecto se asignen y de otras fuentes que, conforme a la normatividad vigente, puedan destinarse a tales fines. La implementación progresiva del modelo de salud estará sujeta a las disponibilidades presupuestales, al Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) y al Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) del sector salud.

En ningún caso este Decreto modifica la destinación específica de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2.11.3.4 Inspección, Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias adelantará la inspección, vigilancia y control en relación con el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Parte.

Esta entidad realizará, en el marco del desarrollo del eje del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de prestación de servicios de salud, vigilancia especial en el nivel territorial de la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de salud, el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el nivel primario, incluida la operación de equipos de salud territoriales, la coordinación asistencial en red y la implementación de los procesos de apoyo clínico, administrativo y logístico en el nivel complementario y en desarrollo del eje de Atención al usuario y participación social generará formas y mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud a nivel territorial y microterritorial para la operación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Las entidades territoriales, en el marco de sus competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas aplicables, ejercerán funciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción, en articulación con las acciones desarrolladas por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas funciones se desarrollarán respetando el principio de concurrencia y coordinación institucional.



Parágrafo 1°. En el desarrollo de estas acciones, la Superintendencia Nacional de Salud deberá respetar la autonomía de las entidades territoriales, y ejercerá sus funciones en coordinación con las competencias asignadas a otros actores del sistema conforme a la ley.

Parágrafo 2°. La promoción de la participación ciudadana se realizará en el marco de las competencias ya establecidas por el legislador, sin que el presente Decreto implique la creación de nuevas instancias o atribuciones no previstas en la ley.

Artículo 2.11.3.5. Plan de fortalecimiento de capacidades institucionales. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará un plan progresivo de fortalecimiento institucional y asistencia técnica dirigida a las entidades territoriales, para fortalecer las capacidades territoriales para la adopción, implementación, ejecución y evaluación del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo en cada uno de sus pilares, con el fin de garantizar condiciones mínimas para su implementación efectiva y equitativa en todo el territorio nacional e iniciando en aquellas con menor capacidad resolutiva. Este plan incluirá la transferencia de herramientas, formación del talento humano, acompañamiento operativo y criterios de priorización territorial con enfoque diferencial.

Artículo 2.11.3.6. Seguimiento y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. En el término de seis (6) meses el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, formulará los lineamientos para el seguimiento y evaluación a la Implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, con las fases, indicadores, metas, fuentes de información, responsables institucionales y mecanismos de reporte y retroalimentación, con el fin de garantizar la adecuada adopción, ejecución y mejora progresiva del Modelo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá indicadores de experiencia ciudadana que permitan evaluar, de forma clara y accesible, aspectos como la satisfacción de los usuarios, los tiempos de espera, la continuidad del cuidado, la accesibilidad efectiva y la calidad percibida. Estos indicadores deberán ser implementados y reportados por los actores responsables en el Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS, como parte del seguimiento a la implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Artículo 2.11.3.7. Transición. Las entidades y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán adecuar progresivamente su operación a las disposiciones del presente decreto, en un plazo máximo de hasta por un (1) año, conforme a lo definido en esta norma, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante este periodo, los actores deberán ajustar su funcionamiento al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, su articulación a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y al nuevo enfoque territorial, diferencial e intersectorial definido en esta norma.

Artículo 2.11.3.8. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación, sustituye la parte 11 del Decreto número 780 de 2016, el artículo 2.5.2.3.2.7, el numeral 3.3 del artículo 2.5.2.3.3.1, artículo 2.5.2.3.3.3 y el numeral 9 del artículo 2.5.3.4.1.3 y deroga las normas que sean contrarias»



2. Fundamentó la solicitud de suspensión provisional, bajo los siguientes argumentos:

3. Mencionó que el acto enjuiciado fue emitido con desconocimiento de los artículos 152 y 150 numeral 23 de la Constitución Política. Sostuvo también que el literal a) del artículo 152 de la Constitución Política reservó al Legislador la reglamentación de los derechos fundamentales y de los recursos para su protección a través de leyes estatutarias.

4. Indicó que según la jurisprudencia de la Corte Constitucional para determinar si una norma que regula derechos fundamentales debe someterse a reserva de ley estatutaria, debe aplicarse un test compuesto por cuatro criterios: (i) que se tenga como objeto directo la regulación de un derecho fundamental, (ii) que la disposición regule de manera integral, estructural y completa, (iii) que se refiera al núcleo esencial o a los principios básicos que rigen su ejercicio o (iv) que incida en los elementos estructurales del derecho, al establecer límites, restricciones, excepciones o prohibiciones que afecten su estructura o principios fundamentales.

5. Indicó que el propósito del acto enjuiciado es regular el derecho fundamental a la salud, al redefinir el modelo de prestación del servicio, establecer principios, ejes de acción, mecanismos de atención y distribución de competencias institucionales, así como modificar condiciones de acceso, disponibilidad y calidad del servicio, aspectos que la jurisprudencia ha identificado como parte del contenido esencial del derecho a la salud. Agregó que la norma enjuiciada regula de manera integral, estructural y completa el arreglo institucional, económico y territorial del sistema de salud, incluyendo elementos como la adscripción de los usuarios al sistema, las dimensiones territoriales de acceso al servicio y los prestadores disponibles.

6. Indicó que aun en el evento de que se considerara que el decreto enjuiciado no debió tramitarse como ley estatutaria, su contenido continuaría estando reservado al Legislador ordinario, pues regula aspectos propios del régimen de prestación del servicio público de salud, de modo que se habría desconocido el numeral 23 del artículo 150 de la Constitución Política.



7. En relación con el desconocimiento del numeral 4 del artículo 150 de la Carta, según el cual corresponde al Congreso de la República determinar las competencias de los entes territoriales, señaló que dicha reserva no se limita a la creación de esas entidades, sino que también comprende la asignación de sus competencias.

8. Indicó que el decreto cuestionado introduce nuevas competencias en cabeza de los mencionados entes dentro del modelo de salud que adopta y que difieren de las previstas por el Legislador. Indicó que varias disposiciones del decreto enjuiciado evidenciaban esa situación, entre ellas los artículos 2.11.1.8., 2.11.2.1.1., 2.11.2.1., 2.11.2.1.2., 2.11.2.1.4., 2.11.2.1.5. y 2.11.2.1.6 *ibidem* ya que imponen a esas entidades la obligación de armonizar e integrar sus instrumentos de planeación en salud, ajustar externamente los planes territoriales de salud, conformar y organizar las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), liderar instancias de gobernanza en salud e incorporar lineamientos del modelo en las agendas sectoriales y gestionar el modelo territorial integral de salud pública.

9. De otro lado, expresó que el acto enjuiciado vulnera el numeral 21 del artículo 150 Superior, según la cual corresponde al Congreso de la República expedir las normas generales y señalar los objetivos y criterios a los que debe sujetarse el Gobierno para ejercer la intervención en la economía.

10. Dijo que, aunque el sector salud es un sector regulado y altamente intervenido, la Corte Constitucional ha reiterado que los particulares autorizados para participar en la prestación del servicio deben contar con garantías para el ejercicio de la libertad de empresa y que cualquier intervención estatal debe cumplir condiciones estrictas de legalidad, razonabilidad y proporcionalidad.

11. En ese contexto, alegó que los artículos 2.11.2.1, 2.11.2.2.3 y 2.11.2.2.7 del acto enjuiciado constituían medidas de intervención directa en la economía en la medida en que alteran los roles previamente asignados por la ley a los distintos actores del sistema, establecen nuevas condiciones de habilitación para operar e imponen restricciones al derecho de libre contratación de los agentes económicos.

12. En lo referente a la infracción del artículo 46 del CPACA indicó que el acto enjuiciado vulnera el derecho fundamental a la consulta previa de los pueblos



indígenas, al haber sido expedido sin surtir dicho procedimiento, pese a que sus disposiciones afectan directamente a estas comunidades.

13. Destacó que varias disposiciones del decreto enjuiciado evidencian impactos directos sobre los derechos de los pueblos indígenas, en particular citó los artículos 2.11.2.1.1. y 2.11.2.1.6. *ibidem* relacionadas con la gobernanza del modelo de salud, la territorialización del sistema y la organización de las redes territoriales de prestación de servicios de salud, modificando el funcionamiento del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (en adelante SISPI) reconocido en los Decretos 1953 de 2014 y 480 de 2025

II. DE LA PROVIDENCIA RECURRIDA

2.1. Mediante auto dictado el 21 de octubre de 2025, la consejera de Estado Nubia Margoth Peña Garzón decretó la suspensión provisional de los efectos del acto demandado, con base en los argumentos que se sintetizan a continuación:

14. Señaló que la Constitución Política no adoptó un modelo único de prestación del servicio de salud sino que confió al Legislador la responsabilidad de definir la estructura del sistema. Precisó que al Congreso de la República le corresponde entre otros aspectos concretar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, regular la prestación del servicio, autorizar su prestación por particulares, definir las competencias de la Nación y de los entes territoriales, determinar el monto de los aportes al sistema y establecer los componentes de la atención básica obligatoria y gratuita.

15. Señaló que en el acto impugnado se adoptó el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo como política pública para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias y acciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional. Agregó que dicho modelo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS) y busca el cuidado integral e integrado de la salud de las personas, familias y comunidades en los territorios, mediante la acción coordinada entre los actores del sector salud, otros sectores, actores sociales y comunitarios y la comunidad en general.



16. Dijo que otro de los aspectos más relevantes de ese acto era la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS, que articulan a los prestadores públicos, privados y mixtos. Señaló que el acto enjuiciado también incorpora la gestión territorial integral de la salud pública, concebida como una tarea articulada entre prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, entidades promotoras de salud (en adelante EPS) o quienes hagan sus veces, sectores del gobierno, otros sectores del desarrollo, agentes sociales y comunitarios, y la comunidad en general.

17. Indicó que el decreto acusado también hacía referencia al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) como una estrategia que debe ser adoptada por entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, así como por las EPS, los prestadores de servicios de salud y los demás actores del sistema de salud.

18. En ese orden, anotó que el acto enjuiciado fue emitido con falta de competencia ya que reguló de manera integral elementos estructurales del Sistema de Seguridad Social en Salud, competencia que en principio corresponde al Legislador.

19. Particularmente, expuso que el artículo 2.11.1.4. definía el nuevo modelo de salud y sustituía el establecido por la Ley. En ese sentido expresó que el acto censurado determinó la creación de las RIITS, conformadas y organizadas por los entes territoriales, a pesar de que en el anterior modelo eran coordinadas por las EPS de conformidad con el artículo 60 y siguientes de la Ley 1438 de 2011.

20. Advirtió que la creación de RIITS implicó una reorganización del sistema de salud, al convertirse en unidades básicas de planeación, ejecución y coordinación de los servicios de salud en cada territorio. Indicó que dichas redes no constituyen un concepto meramente operacional, sino que representan una transformación estructural del modelo de prestación del servicio, en la medida en que integran de manera obligatoria a todos los actores del sistema, redefinen la gobernanza territorial de la salud y desplazan el centro funcional del sistema hacia la atención primaria en salud.



21. Destacó que esta transformación incide en el rol que el Legislador ha asignado a las EPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y 1751 de 2015. Precisó que, de acuerdo con dichas normas, las EPS hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y tienen a su cargo funciones como el recaudo de cotizaciones, la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de salud a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante IPS) o mediante la contratación con instituciones prestadoras y profesionales independientes.

22. En ese sentido señaló que varios de estos elementos previamente definidos en la ley en materia de competencias territoriales están siendo modificados por el decreto acusado en disposiciones tales como el artículo 2.11.2.2.6, 2.11.1.8., 2.11.2.1.5. y 2.11.2.1.6., *ibidem* a pesar de encontrarse previstos en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001.

23. Por ende, expresó que el decreto demandado modificó componentes esenciales del sistema de salud, tales como la definición del modelo de prestación del servicio, la integración obligatoria de actores públicos y privados, la reorganización territorial del sistema mediante las RIITS, la concreción de principios como integralidad y continuidad, la regulación integral de la prestación del servicio, las reglas aplicables a los prestadores y la asignación de nuevas competencias a las entidades territoriales, entre otros aspectos.

24. Precisó que el Ejecutivo no puede asumir la función regulatoria en esta materia, pues corresponde al Congreso de la República definir el régimen general de los servicios públicos, incluyendo aspectos como su carácter, naturaleza, cobertura, sujetos prestadores, gestión, fiscalización, condiciones de prestación, régimen tarifario, derechos y deberes de los usuarios, así como las funciones de control, inspección y vigilancia del Estado. Dijo que de conformidad con los artículos 49, 150 numeral 23 y 365 de la Constitución Política, la configuración y delimitación del derecho prestacional a la salud se encuentra sometida al principio de reserva de ley por tratarse de un servicio público, lo cual implica que su regulación general corresponde al Congreso de la República.



25. Resaltó que en la actualidad se encuentra en trámite ante el Congreso de la República una reforma al sistema de salud que contempla disposiciones similares a las previstas en el Decreto 0858 de 2025, lo que evidenciaba que las transformaciones estructurales que introduce el acto enjuiciado pertenecían al ámbito de configuración legislativa. Por esta razón, concluyó que tales medidas debían ser objeto de debate y aprobación y no adoptarse mediante decreto reglamentario, motivo por el cual accedió a la solicitud de suspensión provisional de los efectos del acto enjuiciado.

26. Finalmente, en proveído del 21 de noviembre de 2025, negó una solicitud de aclaración presentada por la cartera ministerial demandada, mediante la cual se pretendía que se precisara cuáles eran los artículos del acto enjuiciado habían sido suspendidos. Lo anterior, bajo el argumento de que el análisis realizado sobre el acto enjuiciado fue de carácter integral, de ahí que se haya ordenado la suspensión total de su articulado.

III. FUNDAMENTOS DEL RECURSO

27. Contra la precitada decisión, el **Ministerio de Salud y Protección Social** interpuso recurso de súplica, bajo los siguientes argumentos²:

28. Sostuvo que el modelo de aseguramiento en salud instaurado por la Ley 100 de 1993 y modificado por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, permanece incólume con la emisión del acto enjuiciado, situación que difiere de la reforma al sistema de salud actualmente en trámite ante el Congreso de la República, la cual sí plantea modificaciones estructurales al sistema.

29. Manifestó que en el Decreto demandado simplemente se organizó y se adaptó lo establecido y definido en leyes preexistentes a través de 5 pilares: (i) la Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización, fundamentado en los artículos 54 y 174 de la Ley 100 de 1993, 20 Ley 1751 de 2015, 42 a 45 de la Ley 715 de 2001, 3° numeral 5 de la Ley 2294 de 2023 y en el literal c del numeral 1 del literal B, del numeral 2 de la Parte general de las «*Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026*», (ii) redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), sustentadas

² Visible a índice 41 *ibidem*.



en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, los artículos 14, 60 a 64 de la Ley 1438 de 2011, artículo 13 y 20 de la Ley 1751 de 2015, inciso 3 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, en la Ley 2294 de 2023 y en el literal a del numeral 1 del literal B, del numeral 2 de la Parte general de las «Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026», (iii) trabajo digno y decente para el talento humano en salud y otros trabajadores del sector, con fundamento en la Ley 1164 de 2007, los artículos 97 a 99 de la Ley 1438 de 2011, 18 de la Ley 1751 de 2015, 168 de la Ley 2294 de 2023 y en el literal a del numeral 1 del literal B, del numeral 2 de la Parte general de las «Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026», (iv) soberanía sanitaria y gestión del conocimiento, sustentada en los artículos 8°, 9°, 86 y 108 de la Ley 1438 de 2011, 161 de la Ley 2294 de 2023, en los literales c, e y f del numeral 1 del literal B, del numeral 2 de la Parte general de las «Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026» y en la Ley 2386 de 2024 y (v) en la Calidad y Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud (SI-APS), basado en los artículos 3°, 107 y 112 de la Ley 1438 de 2011, el literal a) del artículo 6°, artículo 7° y literal a) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, en la Ley 2294 de 2023 y en el numeral (ii), literal c del numeral 1 del literal B, del numeral 2 de la Parte general de las «Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026».

30. Refirió que el acto enjuiciado se encuentra estrechamente vinculado con la materialización del derecho fundamental a la salud, en los términos establecidos en la Ley 1751 de 2015. Indicó que dicho modelo también se encuentra previsto en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 «*Colombia Potencia Mundial de la Vida*», incorporadas como anexo y parte integral de la Ley 2294 de 2023, conforme a lo dispuesto en el artículo 2° de esa ley. Señaló que en ese documento se establece como uno de los catalizadores del desarrollo el fortalecimiento de la seguridad humana y la justicia social, orientado a la superación de privaciones que afectan la dignidad humana dentro de las cuales se encuentra el acceso a servicios básicos como la salud.

31. Aseveró que el acto censurado desarrolla la Ley 1751 de 2015 y busca mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutoria frente a los desafíos actuales y futuros.

32. Igualmente, destacó que las siguientes normas otorgaban facultades al Gobierno Nacional para la implementación de políticas públicas en materia de salud:



los artículos 11 y 49 de la Constitución Política, 154 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001 y los literales b), c), g) y h) del artículo 5 y 20 de la Ley 1751 de 2015.

33. Refirió que el Decreto 0858 de 2025 no modifica la naturaleza jurídica ni las competencias de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Anotó que no era cierto que el artículo 2.11.1.4. del acto demandado definiera un nuevo modelo establecido por la Ley y que inclusive en la providencia recurrida no se indicó cuál norma legal creó ese modelo.

34. Refirió que en el auto apelado se incurrió una confusión conceptual pues se equiparó el sistema de salud con el modelo de atención en salud. Preciso que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud se definen como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos que operan de manera interrelacionada con el propósito de mejorar la salud de la población, disminuir las brechas en salud y alcanzar la protección social en salud. Indicó que dentro de los componentes de dichos sistemas se encuentran la rectoría, el financiamiento, la generación de recursos y la provisión de servicios de salud. Mientras que los modelos de salud se circunscriben al componente del sistema relacionado con la provisión de servicios de salud y corresponden a la forma en que se organiza la atención y la continuidad del cuidado. Añadió que algunos modelos incluyen elementos como la participación de las entidades prestadoras, las interrelaciones entre prestadores y usuarios, la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

35. Acotó que en Colombia no ha existido un único modelo de salud, sino que estos han sido definidos por esa cartera ministerial en actos tales como la Resolución 1441 de 2016 y el Decreto 1599 de 2022.

36. Expuso que no era cierto que el Decreto 0858 de 2025 haya creado las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) ya que esa figura tiene su origen en la Ley 1438 de 2011 y en la Ley 1751 de 2015. Particularmente, expresó que el artículo 60 de la primera norma en comento las define, el artículo 62 *ibidem* reguló de su conformación y el artículo 63 *ibidem* determinó los criterios para su estructuración.



37. Arguyó que, a su vez, el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, previó que el sistema de salud estará organizado en redes integrales de salud que podrán ser públicas, privadas o mixtas.

38. Refirió que el artículo 2.11.2.2.1. del acto enjuiciado remite al artículo 62 de la Ley 1438 de 2011 y en los considerandos del Decreto se hace referencia ampliamente a la Ley Estatutaria de Salud. Por ende, expresó que la verdadera novedad del acto censurado era que integraba todos los conceptos adoptados por el Legislador.

39. Frente a la afirmación según la cual las RIITS serían conformadas y organizadas exclusivamente por los entes territoriales, a diferencia del modelo anterior en el que las redes eran coordinadas por las EPS, expresó que el acto enjuiciado establece que las entidades territoriales dentro del ámbito de sus competencias deben garantizar la participación activa de los actores del sector salud.

40. Agregó que específicamente en relación con la organización y conformación de las RIITS, el decreto dispone que la coordinación con las EPS debe garantizarse a través de distintos mecanismos institucionales. Entre ellos mencionó los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud que, conforme a lo dispuesto en el artículo 62 de la Ley 1438 de 2011, integran a entes territoriales, municipios, distritos, departamentos y a la Nación, en coordinación con las EPS. Asimismo, señaló que dicha coordinación también se materializa mediante otros mecanismos como el Comité de Coordinación de las RIITS previsto en el artículo 2.11.2.2.4 del acto censurado, instancia que permite la articulación y coordinación permanente para la planificación, conformación, organización, seguimiento y evaluación de estas redes.

41. En este sentido, dijo que el acto demandado busca articular los distintos actores en una estructura multinivel en la cual confluyen el Ministerio de Salud y Protección Social como rector, las entidades territoriales como líderes del proceso, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud como instancias de coordinación y de asesoría y las EPS, junto con los demás actores del sector salud y de la comunidad, como partícipes activos en la implementación y evaluación del Modelo.



42. Afirmó que la organización funcional del territorio no era novedosa sino que se había construido en diversas normas como la Ley 1454 de 2011, el Documento Metodológico de Subregiones Funcionales del Departamento Nacional de Planeación y el estudio denominado «*Diseño de regiones y subregiones funcionales en Colombia*» elaborado por la Superintendencia Nacional de Salud. Por ende, dijo que el Decreto enjuiciado, consolidó dicha política pública.

43. Anotó que de acuerdo con los artículos 43, 44, 45 y 46 de la Ley 1454 de 2011 los entes territoriales son los encargados de adoptar e implementar el modelo de salud con base en el principio de coordinación. De ahí que no sea cierto que en el acto enjuiciado se hubieran adoptado nuevas competencias a cargo de los entes territoriales.

44. Expuso que el artículo 2.11.2.2.6. del acto enjuiciado no contiene previsión alguna relacionada con el recaudo de las cotizaciones de los afiliados, máxime cuando dicha función se encuentra a cargo de las EPS en virtud del artículo 177 de la Ley 100 de 1993. Asimismo, precisó que en la mencionada disposición censurada tampoco se reguló la función de afiliación de dichas entidades, en la medida en que la adscripción reglamentada en ese acto no versa sobre la vinculación de una persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino que tiene como finalidad permitir que las IPS del nivel primario conozcan las condiciones de salud de las personas, familias y comunidades que habitan en el territorio donde operan.

45. De otro lado, indicó que la providencia era incongruente porque examinó únicamente los artículos 2.11.1.4, 2.11.2.2.1, 2.11.2.2.2, 2.11.2.2.6, 2.11.1.8, 2.11.2.1.5 y 2.11.2.1.6 del acto censurado, a pesar de que este se conforma por 53 artículos. Alegó que la medida era desproporcionada ya que el acto demandado era extenso, complejo y regulaba diversas materias, sin que frente a estas se hubiera realizado un examen detallado de lo allí regulado.

46. Alegó que el examen propuesto en la decisión recurrida excedió los requisitos previstos en los artículos 229 y 231 del CPACA, ya que no se trató de un estudio sumario sino de un verdadero estudio de ilegalidad que en la práctica anticipa una eventual decisión definitiva en el proceso.



47. Finalmente, dijo que la organización actual de los servicios de salud en redes integrales de prestadores de servicios de salud incumple lo dispuesto en los artículos 60 a 64 de la Ley 1438 de 2011, en la Ley 1966 de 2019 y en la sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, en la medida en que no garantiza una prestación de servicios eficiente, equitativa, integral y continua. A su juicio, dicha estructura restringe el derecho de la población a la detección y al tratamiento oportuno de enfermedades como el cáncer y las enfermedades crónicas no transmisibles, así como la atención adecuada de mujeres gestantes, niños y niñas.

IV. TRÁMITE DEL RECURSO

48. En memorial del 9 de diciembre de 2025, el **accionante** indicó que en la providencia recurrida no se incurrió en una confusión entre los sistemas de salud y los modelos de salud, pues el análisis realizado se limitó a señalar que el decreto demandado invadió la reserva legal en materia de salud.

49. Aseveró que lo relativo a la incongruencia del auto recurrido ya fue resuelto por la Consejera sustanciadora al negar la aclaración de esa providencia y que el análisis que derivó en la suspensión del decreto demandado no fue superficial y se refirió a todos los elementos transversales de esa norma.

50. Alegó que en el auto demandado no se afirmó que se hayan modificado las funciones de recaudo y que la referencia al artículo 2.11.2.2.6. del Decreto 0858 de 2025, fue para señalar que las modificaciones en los roles de las EPS debían ser objeto de deliberación legislativa.

51. Finalmente, alegó que la creación de regiones subfuncionales en el artículo 2.11.3.1. *ibidem*, implica una transformación estructural del modelo de atención, porque las EPS solo serán habilitadas si ejercen actividades en las subregiones que establezca el ministerio, lo que implicaría la salida de esas compañías si deciden no ingresar en los municipios donde actualmente no operan.

52. A su vez, la señora Ana María Soleibe Mejía quien afirmó actuar en representación de la Federación Médica Colombiana, la Central Unitaria de Trabajadores, la Organización para la Defensa del Paciente, ASMEDAS Antioquia, Octava Papeleta, la Mesa por la Salud de Boyacá, el Comité de Salud de Santander



y Médicos Unidos de Colombia coadyuvó el recurso de súplica bajo similares argumentos a los expuestos por la demandada en su respectiva intervención.

53. Por último, el señor Mario Esteban Hernández Álvarez coadyuvó el recurso de súplica en contra del auto que decretó la medida cautelar bajo reparos similares a los señalados por la accionada.

V. CONSIDERACIONES DE LA SALA

54. De conformidad con lo previsto en el artículo 125, numeral 2, literal g), el artículo 243 y en el numeral 2 del artículo 246 del CPACA, le corresponde a la Sala el conocimiento del presente asunto.

5.1. Planteamiento

55. Del contenido de la providencia que decretó la suspensión provisional del Decreto 0858 de 2025 proferido por el Presidente de la República y del recurso ordinario de súplica interpuesto, la Sala advierte que la controversia gira en torno a determinar si el modelo de salud previsto en normas con rango legal fue modificado con la expedición del citado acto administrativo en desconocimiento de la cláusula general de competencia reconocida en el Congreso de la República para esos efectos, de acuerdo con lo establecido en los artículos 49, numeral 23 del artículo 150 y 365 de la Constitución Política o si, por el contrario, lo que se llevó a cabo fue una organización de normas con rango de ley alrededor de los 5 pilares previstos en el artículo 2.11.1.6. y por ende el decreto fue el resultado de la implementación de políticas públicas que autorizan los artículos 11 y 49 de la Constitución Política, 154 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001 y literales b), c), g) y h) del artículo 5, 20 de la Ley 1751 de 2015.

56. También existe discrepancia sobre la creación de las RIITS, pues el auto impugnado alude a que el modelo legal subyacente preveía que su coordinación estaba a cargos de las EPS (artículos 60 y siguientes de la Ley 1438 de 2011) y el decreto señaló que se integrarían y coordinarían por las entidades territoriales definiendo una transformación estructural del modelo de prestación del servicio (artículo 2.11.2.2.1.). Entre tanto, el memorialista adujo que no era cierto que los RIITS los hubiese creado el acto que se cuestiona pues esa figura ya se encontraba



contemplada en la Ley 1438 de 2011 (artículos 60, 6 y 63) y en la Ley 1751 de 2015. Agregó que la integración no se definió como exclusiva de los entes territoriales porque las EPS las integran. Agregó que la coordinación también se lleva a cabo mediante otros mecanismos como el Comité de Coordinación de las RIITS contenido en el artículo 2.11.2.2.4 de la decisión enjuiciada.

57. El tercer punto en debate tiene que ver con la organización territorial, pues, de una parte y a juicio de la Magistrada en el acto enjuiciado, se modificaron las competencias territoriales de los entes y de los prestadores del servicio de salud al crear un modelo basado en la territorialidad y asignar el rol de órganos de dirección a dichas entidades, así como la función de organizar los RITTS, en contravía de lo previsto en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001. Además, señaló que se transformaron aspectos esenciales del modelo de aseguramiento de las EPS, desconociendo lo dispuesto en el numeral 2, literal a), del artículo 155; en los literales d), e), h), i) y k) del artículo 156; y en los artículos 174 a 184 de la Ley 100 de 1993, así como en las Leyes 715 de 2001 y 1751 de 2015. De otra, la cartera ministerial demandada sostuvo que la organización territorial prevista en el decreto demandado no constituye una innovación normativa, sino que deriva de lo dispuesto en los artículos 43, 44, 45 y 46 de la Ley 715 de 2001, conforme a los cuales los entes territoriales son los encargados de adoptar e implementar el modelo de salud en el territorio, con fundamento en el principio de coordinación.

58. El siguiente tópico en discusión es el concerniente al recaudo, toda vez que el proveído estima que aspectos de cotizaciones, afiliación de usuarios y administración en la prestación del servicio previstas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2011 (artículos 43, 44 y 45) y 1751 de 2015 fueron modificados por los artículos 2.11.2.2.6, 2.11.1.8., 2.11.2.1.5. y 2.11.2.1.6 del decreto demandado al variar el rol que sobre estos puntos abordaban las EPS. En contraste, el Ministerio de Salud asevera que el artículo 2.11.2.2.6. no contiene ninguna previsión sobre recaudo de las cotizaciones de los afiliados ya que está a cargo de las EPS conforme al artículo 177 de la Ley 100 de 1993. Aseguró que el acto censurado no dispone nada sobre la vinculación de una persona al SGSSS sino que permite que las IPS del nivel primario conozcan las condiciones de salud de personas, familias y comunidades que habitan en la jurisdicción donde desarrollan su actividad.



59. El quinto aspecto en divergencia tiene que ver con la congruencia del proveído demandado, habida cuenta de que la cartera accionada es del parecer que si bien se decretó la suspensión de todo el decreto lo cierto es que el análisis versó solo sobre algunos de los artículos que lo integran.

60. Por último, presenta diferencias sobre el alcance de la decisión al afirmar que constituye prejuzgamiento y que el modelo legal actual incumple lo dispuesto en los artículos 60 a 64 de la Ley 1438 de 2011.

5.2. Sobre la creación de las RIITS

61. Tendrá que definir la Sala si debe mantenerse la suspensión del acto administrativo por medio del cual se adopta un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, y si dicho acto creó las RIITS y las integró con entidades del orden distrital y departamental.

62. Lo primero que se advierte es que parte del fundamento del problema está orientado a controvertir una presunta afirmación del auto que se recurre orientada a manifestar que el Decreto 0858 de 2025 no creó las RIITS y que prueba de ello es que se encuentran reguladas en la Ley 1438 de 2011, puntualmente en los artículos 60 y siguientes.

63. Pues bien, lo que encuentra la Sala es que los preceptos de esta normativa aluden a las Redes Integradas de Servicios de Salud mientras que la decisión impugnada se refiere a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, consideración que preliminarmente significa un cambio y que justifica la afirmación que en ese sentido se produjo en el proveído que se recurre³.

³ La denominación que incorporaba el Decreto 780 de 2016, en la parte 11, derogada por el Decreto 0858 de 2025 preveía la existencia de las Redes Integrales e Integrada de prestadores y proveedores, en donde las EPS tenían el deber de conformar esas redes teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y las prioridades del Plan Territorial de Salud. Del siguiente tenor es la normativa anunciada:

«Artículo 2.11.12 Redes integrales e integradas de prestadores y proveedores. Las entidades promotoras de salud, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y las prioridades del Plan Territorial de Salud, deben conformar las redes de atención en salud, articulando los servicios primarios y complementarios de los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Las redes se conformarán y gestionarán con criterios de racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia buscando una atención continua, integral y resolutiva, permitiendo la participación ciudadana, comunitaria y social y la alineación con las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.



64. Ahora, dada la relevancia de esas disposiciones para desatar el cargo sobre la presunta modificación estructural, es menester pasar a enunciar su literalidad de manera que se vislumbre si existió apenas una precisión semántica o la regulación respondió a una transformación del modelo en lo pertinente.

«Artículo 60. Definición de redes integradas de servicios de salud. Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.»

«Artículo 61. De las redes integradas de servicios de salud. La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.»

«Artículo 62. Conformación de redes integradas de servicios de salud. Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y

Las entidades promotoras de salud deben garantizarle a su población afiliada los servicios y tecnologías en redes integrales e integradas en los diferentes ámbitos territoriales, así como la totalidad de los servicios primarios y complementarios a su población afiliada en el ámbito municipal, en el lugar donde habita, estudia o trabaja, con sujeción a las normas que regulan la garantía de portabilidad. En caso de no contar con la totalidad de los servicios en el ámbito municipal, deberá garantizarlo en los municipios contiguos del ámbito del área geográfica de gestión en salud. Los servicios que no se oferten en las áreas geográficas subregional que se definan deben ser articulados con los servicios ofertados en los distritos o departamentos ubicados en el área geográfica regional, los servicios con oferta limitada deberán articularse con el ámbito nacional.

Parágrafo 1°. Las entidades promotoras de salud deberán garantizar la libre elección del prestador o proveedor por parte del usuario dentro de la red del área geográfica de gestión en salud que se defina.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social será responsable de organizar y dar continuidad a las redes de prestación de servicio presentadas por las entidades promotoras de salud. El ministerio definirá los lineamientos y el aplicativo para tal fin, las EPS mantendrán la información actualizada de las redes de atención en salud para sus afiliados, incluyendo la IPS primaria de adscripción.

Parágrafo 3°. Las entidades promotoras de salud podrán incorporar en sus redes integrales e integradas de prestadores y proveedores a las organizaciones de base comunitaria, con miras a facilitar y dar apoyo en acciones de promoción y prevención de salud individuales y colectivas a partir de un enfoque comunitario.»



distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.» (Subrayas de la Sala).

«Artículo 63. Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud. La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

63.1 Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

63.2 Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.

63.3 Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.

63.4 Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

63.5 Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

63.6 Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

63.7 Red de transporte y comunicaciones.

63.8 Acción intersectorial efectiva.

63.9 Esquemas de participación social amplia.

63.10 Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.

63.11 Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

63.12 Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

63.13 Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.» (Subrayas de la Sala).



«**Artículo 64. Articulación de las redes integradas.** La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

64.1 La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.

64.2 La identificación de factores de riesgo y factores protectores.

64.3 Consenso en torno a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

64.4 Consenso en torno al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.

64.5 El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.

64.6 La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.

64.7 La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.

64.8 La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.

64.9 Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.

64.10 La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

Parágrafo. La coordinación de las redes basadas en el modelo de atención y riesgo poblacional, será reglamentada por el Ministerio de la Protección Social con el acompañamiento de las direcciones territoriales para el cumplimiento de las funciones administrativas y clínicas anteriormente nombradas.» (Subrayas de la Sala).

65. Ahora bien, el desarrollo reglamentario del Decreto demandado dispuso:

Artículo 2.11.2.2.1. Conformación, organización y gobernanza de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, conformarán y organizarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) entendidas como



el conjunto de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos y proveedores de tecnologías en salud, que se articulan y coordinan de manera armónica y secuencial, conforme con las competencias y responsabilidades establecidas en la normatividad vigente, fortaleciendo la capacidad operativa y de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública para garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

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

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

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

«Artículo 2.11.2.2.2. Estructura de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), estarán constituidas por un Nivel Primario y un Nivel Complementario, los cuales operarán, de manera articulada y coordinada para garantizar la continuidad, integralidad y resolutivez del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

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

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



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

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

Parágrafo 3°. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social como integrantes de las redes de referencia nacional o departamental para el manejo óptimo de condiciones de salud como el cáncer, la salud mental, las enfermedades huérfanas -que incluyen las enfermedades raras, ultra huérfanas y de baja prevalencia-, entre otras, y los proveedores de tecnologías en salud, operarán de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), apoyando el accionar de los niveles primario y complementario.»

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

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

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

66. Se desprende de lo expuesto que el acto administrativo que se controvierte en principio sí varió el régimen organizacional de las RIITS, toda vez que supone que su conformación ya no comprenda a los municipios, distritos, departamentos, nación y EPS que deben coordinarlas a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (en adelante CTSSS), sino que serán integradas únicamente por entidades del orden departamental y distrital, consideración que no supone en manera alguna una mera instrucción para garantizar la participación



activa de los demás actores sino la expresa modificación de la conformación de esas redes.

67. Nótese además que la vinculación de las EPS en las RIITS se sustrae a que alleguen el análisis funcional de la red junto con la información que en ese sentido entreguen las entidades territoriales, desdibujando su participación y por supuesto la de la Nación y los municipios en una actuación que es del todo trascendental en la operatividad de los esquemas de salud en el país, por cuanto las redes integradas de servicios de salud permiten lograr cometidos superiores de dispensa de ese servicio en términos de eficiencia e integralidad sobre un espacio poblacional específico y con suficiencia técnica y administrativa que responda a las necesidades de la comunidad.

68. Se sigue también de lo dicho que la creación del Comité de Coordinación de las RIITS no supe la exclusión de los sujetos que según la ley debían conformarla, porque este es un organismo de planificación y seguimiento que no incide en la expedición de las decisiones concernientes a la prestación del servicio individual o colectivo en condiciones de equidad e integralidad a la sociedad.

69. En consecuencia, no halla la Sala asidero al reparo del Ministerio sobre las razones esgrimidas en el auto que suspendió el Decreto 0858 que haga menester revocarlo y por el contrario si se advierte *prima facie* la violación del principio de reserva legal bajo el siguiente entendimiento.

70. Cuando el Legislador ejerce su competencia y expide la ley regulando el tema, las autoridades revestidas de la potestad reglamentaria, llámese Presidente de la República, Ministerios, órganos independientes o Rama Judicial, podrán complementar la ley para su debida aplicación, atendiendo criterios de necesidad, adecuación y suficiencia; pero en ningún caso podrán modificar, ampliar, o restringir su contenido material o alcance, so pena de excederse en la potestad reglamentaria, pues estarían usurpando una función constitucional de una de las ramas del poder público.

71. Ahora bien, materialmente lo anterior implica que se configura la extralimitación en la potestad reglamentaria en dos eventos. El primero de ellos es cuando el legislador no ha ejercido su función constitucional, es decir, no ha



expedido la ley, y la autoridad revestida de la potestad reglamentaria lo hace en su lugar. El segundo escenario se presenta cuando, existiendo la ley, la autoridad revestida de la potestad reglamentaria expide el acto y materialmente no cumple con la finalidad de complementariedad, adoptando reglas que no son necesarias, o no son adecuadas y suficientes para alcanzar el propósito que la reglamentación persigue, que es el cumplimiento de la ley que reglamenta.

72. Existe un tercer supuesto según el cual, expedida la ley, la autoridad revestida de la potestad reglamentaria modifica, amplía, o restringe su contenido material o alcance; en este caso desconoce la norma superior que reglamenta, lo que implica la nulidad de la reglamentación, pero no precisamente por extralimitación en la competencia, sino por infracción a norma superior, que para el caso es el de principio de reserva de ley contenido en el numeral 23 del artículo 150 y del 365 Superiores.

73. Lo dicho es diáfano, pues el decreto acusado más allá de cambiar la denominación de las redes de que tratan los artículos 60 y siguientes de la Ley 1438 de 2011, las modificó al punto que las reestructuró dejando de lado el modelo adoptado por el Legislador, lo que se insiste sí implica la trasgresión que a primera vista advirtió el Despacho Sustanciador.

5.3. Sobre la organización territorial

74. Tendrá que definirse si debe suspenderse el acto administrativo por medio del cual se adopta un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo en Colombia, si definió un papel preponderante de las entidades territoriales en el desarrollo de la prestación del servicio público de salud.

75. Con miras a absolver ese problema es pertinente indicar que de conformidad con el artículo 151 Superior corresponde al Congreso de la República emitir las normas que fijen las competencias de los entes territoriales. Veamos:

«Artículo 151. El Congreso expedirá leyes orgánicas a las cuales estará sujeto el ejercicio de la actividad legislativa. Por medio de ellas se establecerán los reglamentos del Congreso y de cada una de las Cámaras, las normas sobre preparación, aprobación y ejecución del presupuesto de rentas y ley de apropiaciones y del plan general de desarrollo, y las relativas a la asignación de competencias normativas a las entidades territoriales. Las leyes orgánicas



requerirán, para su aprobación, la mayoría absoluta de los votos de los miembros de una y otra Cámara» (Subrayas de la Sala).

76. En similar sentido, los artículos 288 y 356 *ibidem* destacaron:

«Artículo 288. La ley orgánica de ordenamiento territorial establecerá la distribución de competencias entre la Nación y las entidades territoriales.

Las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales serán ejercidas conforme a los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad en los términos que establezca la ley» (Subrayas de la Sala).

«Artículo 356. Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley orgánica, a iniciativa del Gobierno, fijará las competencias a cargo de la Nación, de los Departamentos, Distritos, municipios y entidades territoriales indígenas. Para efectos de atender los servicios a cargo de estos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el Sistema General de Participaciones del que serán beneficiarios los Departamentos, Distritos, municipios y las entidades territoriales indígenas (...)» (Subrayas de la Sala).

77. Ahora, en ejercicio de dichas potestades el Congreso de la República emitió la Ley 715 de 2001 por la cual se adoptaron disposiciones para la organización del servicio de salud, entre otros. Particularmente, en los artículos 43, 44 y 45 de esa norma se asignaron las competencias de los departamentos, municipios y Distritos en materia de salud en los términos que se transcriben enseguida:

«Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social



en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

43.1.8. Financiar los Tribunales Seccionales de Ética Médica y Odontológica y los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería y vigilar la correcta utilización de los recursos.

43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. (Numeral derogado por el artículo 336 de la Ley 1955 de 2019)

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Avalar los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, de los municipios de su jurisdicción, en los términos que defina el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud, cuyo consolidado constituye el Plan Bienal de Inversiones Públicas Departamentales.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

43.2.9. Garantizar la contratación y el seguimiento del subsidio a la oferta, entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuada en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno nacional. Los subsidios a la oferta se financiarán con recursos del Sistema General de Participaciones y con los recursos propios de la entidad territorial.

43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

43.2.11. Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente.



43.3. De Salud Pública

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.

43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4a., 5a. y 6a. de su jurisdicción.

43.3.9. Asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados.

43.3.10 Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel departamental y distrital.

43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

43.4.2. (Numeral derogado por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011)

43.4.3 Cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable»

«Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.



44.1.4. Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

44.1.5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

44.1.7 (Numeral declarado inexecutable por la Corte Constitucional en sentencia C-979 de 2010)

44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

44.2.3. (Numeral derogado por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011)

44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.

44.3. De Salud Pública

44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas.

44.3.2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.

44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1o., 2o. y 3o., deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.3.1. <Ver Notas del Editor> Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.

44.3.3.2. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.

44.3.3.3. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.

44.3.4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

44.3.5 Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y



terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a. de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

44.3.7 Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal.

Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental»

«**Artículo 45. Competencias en salud por parte de los distritos.** Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital.

Parágrafo. Los distritos y municipios que no hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán hacerlo si cumplen con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno, y tendrán el plazo definido por este».

78. Así, lo que se observa es que el Legislador atribuyó a los entes territoriales un papel de dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción. Igualmente, les corresponde desarrollar funciones relacionadas con el aseguramiento de la población al sistema, tales como la identificación de la población vulnerable, la financiación o cofinanciación de su afiliación al régimen subsidiado y la promoción de la afiliación al régimen contributivo. Además, ejercen competencias en materia de salud pública, orientadas a la implementación de políticas, planes y acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de los factores que inciden en las condiciones de salud de la población.

79. Ahora, la Sala es del del criterio de que en principio dichas facultades deben entenderse en concordancia con lo dispuesto en los literales e) y o) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, según el cual constituye una característica **básica** del Sistema General de Seguridad Social en Salud que las EPS tengan a su cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de salud a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Por



ende, se establece que los entes territoriales celebrarán convenios con las EPS para la administración del régimen subsidiado en el ámbito de su jurisdicción.

«Artículo 156. Características básicas del sistema general de seguridad social en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

(...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;

(...)

o) Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley» (Subrayas de la Sala).

80. Así, es relevante señalar que el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 definió a las EPS en los siguientes términos:

«Artículo 177. Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley» (Subrayas de la Sala).

81. Entre tanto el artículo 179 *ibidem* expresó:

«Artículo 179. Campo de acción de las entidades promotoras de salud. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones



Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional» (Subrayas de la Sala).

82. A su vez, en el artículo 11 de la Ley 1438 de 2011, dispuso que estas entidades **tienen a su cargo** la promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de enfermedades de interés en salud pública respecto de la población afiliada, así como la afiliación de los usuarios al sistema, la organización y garantía del POS. La norma en contexto prevé:

«Artículo 11. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el literal B, del artículo 13 de la Ley 1122 del 2007.

Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

Las redes articuladas por los municipios y la Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por la las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.

La contratación incluirá la cobertura por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

El Gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de autocuidado en toda la población.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de salud pública y las



de promoción y prevención, continuará ejecutándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley» (Subrayas de la Sala).

83. Por su parte, el artículo 185 de la Ley 100 *ibidem*, determinó que la prestación de los servicios de salud estaría a cargo de las IPS en estos términos:

«Artículo 185. instituciones prestadoras de servicios de salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

Parágrafo. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema» (Subrayas de la Sala).

84. De las disposiciones transcritas se advierte que las EPS e IPS cumplen, con fundamento en la normativa legal actual, un papel esencial en la organización y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito territorial. En efecto, mientras las EPS tienen a su cargo la afiliación de los usuarios, la administración del aseguramiento y la organización de las redes de prestación de servicios, las IPS son las encargadas de materializar la prestación efectiva de los servicios de salud en los distintos niveles de atención.

85. En ese contexto, el modelo de atención en salud vigente en Colombia establece que mientras los entes territoriales ejercen funciones de dirección, coordinación, planeación, inspección, vigilancia y control del sector salud, así como



la gestión de la prestación de los servicios para determinadas poblaciones y la organización de las redes públicas de prestación, las EPS tienen a su cargo el aseguramiento y la garantía de la prestación del servicio de salud a través de las IPS que son las encargadas de ejecutar materialmente dichos servicios. De esta manera, el diseño normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se estructura sobre un modelo de concurrencia y coordinación en el que las entidades territoriales orientan y articulan las políticas y redes de servicios dentro de su jurisdicción, mientras que las EPS y las IPS desarrollan las actividades de aseguramiento y prestación que permiten garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

86. Definido lo anterior, se pasará a analizar si con la emisión del acto enjuiciado se modificó dicho esquema al nivel territorial:

87. Pues bien, en relación a la gestión territorial de la salud pública se observa que los artículos 2.11.2.1.5. 2.11.2.1.6., 2.11.2.1.7. y 2.11.2.1.8. del acto enjuiciado señalaron:

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

«Artículo 2.11.2.1.6. Territorialización en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios planificarán y organizarán la respuesta en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo a través de la territorialización en salud, entendida como un proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales en las que se construye la salud y la vida de las personas, familias y comunidades y se configuran los determinantes sociales de la salud.

La territorialización se estructurará en Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) con un abordaje municipal por territorios y micro territorios e intermunicipal, departamental o interdepartamental por subregiones



y regiones funcionales para la gestión integral territorial en salud pública, asegurando el acceso a servicios de salud universales, equitativos y en condiciones de calidad y eficiencia que respondan a las necesidades de las personas, familias y comunidades en los entornos donde transcurre la vida.

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

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

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

«Artículo 2.11.2.1.8. Cumplimiento del Plan Nacional de Salud Rural. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal establecerán acciones, planes y programas para la armonización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo con el Plan Nacional de Salud Rural, implementando mecanismos que permitan su cumplimiento en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de los campesinos, los pueblos y las comunidades étnicas que habitan en las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país, aportando en la construcción de la paz, la superación de inequidades en salud y la transformación estructural del campo»

88. De la lectura de las mencionadas disposiciones lo que en principio colige la Sala es que allí se introdujo una forma distinta de organización de la gestión en salud pública a nivel territorial frente al esquema previsto en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 715 de 2001. En efecto, el acto demandado diseñó una estrategia de territorialización del sistema de salud a través de las RIITS, que a su vez se encuentra distribuida en territorios, microterritorios, subregiones y regiones funcionales y cuya finalidad es garantizar el acceso de la población a los servicios



de salud. Por ende, bajo esta lógica la planificación y organización de la respuesta institucional se articula principalmente a partir de los RIITS y de la integración de los prestadores de servicios de salud dentro de dichas redes.

89. En otras palabras, el modelo previsto en el acto demandado alteró las competencias de los entes territoriales quienes ahora deben reorganizar la conformación de redes de prestación, en las cuales participan los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos y otros actores del territorio, teniendo en cuenta la división geográfica en regiones y subregiones por parte de la cartera ministerial demandada. Además, deben implementar el modelo definido en el Decreto censurado.

90. Igualmente, no se pasa por alto que, aunque se prevé la coordinación con las EPS para esos efectos, lo cierto es que dichas entidades pierden preponderancia frente a las RIITS y de la delimitación de territorios y microterritorios, por lo que, en principio, pasarían de ser un actor relevante en el servicio de salud conforme a la Ley 100 de 1993 a uno secundario con el Decreto demandado.

91. Así, la organización del sistema se desplaza hacia un modelo basado en la planificación territorial de las acciones en salud y en la articulación de los Centros de Atención Primaria en Salud, lo cual incide en la forma en que se estructuran las relaciones entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito territorial.

92. En efecto, en el artículo 2.11.1.3. del acto censurado se expuso:

«Artículo 2.11.1.3. Definiciones: Para los efectos de este apartado, se adoptan las siguientes definiciones:

Adscripción poblacional y territorial: Característica fundamental de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud que responde al atributo de longitudinalidad, en la cual la institución prestadora de servicios de salud del nivel primario organizada funcionalmente como centro de atención primaria en salud (CAPS) y el personal de salud incluido los Equipos de Salud Territoriales de esta institución, tienen a cargo la población de un territorio específico, con el objetivo de establecer relaciones a largo plazo enfocadas en la confianza y el conocimiento de la persona y la familia para brindar una atención en salud sin interrupciones que permita la oportunidad en el diagnóstico, la pertinencia en el tratamiento y la promoción y prevención, así como la participación activa de las personas y familias en la toma de decisiones para el mejoramiento de salud, considerando sus valores y preferencias para de esta manera obtener resultados de salud óptimos (...)» (Subrayas de la Sala).



93. Lo expuesto es relevante, pues evidencia que *prima facie* se introdujo un elemento en la organización de la prestación de los servicios de salud al incorporar la figura de la adscripción poblacional y territorial. En virtud de esta disposición, las IPS del nivel primario, organizadas funcionalmente como CAPS, junto con los Equipos de Salud Territoriales, pasan a tener a su cargo una población adscrita dentro de un territorio específico, con el propósito de garantizar una atención continua, integral y basada en relaciones longitudinales entre el personal de salud, las personas y sus familias.

94. Ello supone una reconfiguración del rol tradicional de las IPS dentro del sistema pues además de ejecutar materialmente los servicios de salud, se les asigna la responsabilidad de gestionar de manera permanente la atención de una población determinada en un espacio territorial definido, lo que implica obligaciones relacionadas con el seguimiento continuo de la población, la articulación de acciones de promoción y prevención y la coordinación de la atención dentro del modelo de Atención Primaria en Salud.

95. Además, dicha organización supone que la prestación de los servicios se estructure directamente entre la población y los prestadores del nivel primario, lo que altera la lógica del sistema vigente con rango legal en el que, se insiste, el aseguramiento de los usuarios se realiza a través de las EPS. Prueba de ello es lo establecido en los artículos 2.1.11.2.2.1., 2.11.2.2.2. y 2.11.2.2.11. del acto enjuiciado en los que se dijo:

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

Parágrafo 1°. La conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) se realizará con fundamento en los análisis funcionales de red realizados en coordinación con las Entidades Territoriales Municipales, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus



veces, las Administradoras de Riesgos Laborales en lo de su competencia, los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos y los proveedores de tecnologías en salud conforme con lo establecido en el artículo 62 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 7° de la Ley 1966 de 2019 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

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

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

«Artículo 2.11.2.2.2. Estructura de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), estarán constituidas por un Nivel Primario y un Nivel Complementario, los cuales operarán, de manera articulada y coordinada para garantizar la continuidad, integralidad y resolutivez del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

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

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

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

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

Parágrafo 3°. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social como integrantes de las redes de referencia nacional o departamental para el manejo



óptimo de condiciones de salud como el cáncer, la salud mental, las enfermedades huérfanas -que incluyen las enfermedades raras, ultra huérfanas y de baja prevalencia-, entre otras, y los proveedores de tecnologías en salud, operarán de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), apoyando el accionar de los niveles primario y complementario» (Subrayas de la Sala).

96. Asimismo, en el artículo 2.11.2.2.6. del acto demandado se impone a las EPS la obligación de contratar la oferta de prestadores en el nivel primario que se encuentren integrados en los RIITS, de modo que se garantice el fortalecimiento del nivel primario del sistema, aspecto que nuevamente no fue regulado en la Ley 100 de 1993:

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

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

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

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

97. De lo expuesto se advierte *ab initio* que el acto enjuiciado sí modificó la forma en que se organiza la gestión territorial de la salud y la prestación de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de modo que se configura nuevamente y de manera preliminar la violación de norma superior



conforme a lo explicado en el numeral 71 de esta providencia, por lo que el cargo contra la providencia recurrida no prospera.

5.4. Sobre el recaudo

98. Procede la Sala a dilucidar si debe suspenderse el acto administrativo por medio del cual se adopta un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, si introdujo modificaciones al rol de las EPS como integrantes del SGSSS en lo atinente la función de recaudo de las cotizaciones y a la afiliación de los usuarios, así como de la administración de la prestación del servicio de las IPS y las defirió a las entidades territoriales.

99. Ciertamente, el Ministerio reprocha que el artículo 2.11.2.2.6. del acto que se cuestiona no define nada sobre la vinculación de una persona al SGSSS sino la posibilidad de que las IPS del nivel primario conozcan las condiciones de salud de personas, familias y comunidades que habitan el territorio donde operan. Aseguró que se mantiene la función de recaudo de las EPS en atención a lo que consagra el artículo 177 de la Ley 100 de 1993.

100. De un lado, lo primero que observa esta Sala es que la citada disposición no fue la única que sirvió de fundamento al Despacho Sustanciador para la adopción de la decisión que se recurre.

101. En efecto, la providencia trajo a colación los siguientes preceptos demostrativos del cambio de rol de las EPS que reflejaban variaciones estructurales del modelo de salud validado por el Legislador.

«Artículo 2.11.1.8. Armonización e integración de los instrumentos de planeación en salud. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal armonizarán los Planes Territoriales de Salud - PTS 2024-2027 con las disposiciones establecidas en el presente acto administrativo para la adopción, implementación y evaluación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, en concordancia con las orientaciones y metas del PDSP y del PND, garantizando alineación estratégica y cumplimiento de los marcos normativos y programáticos vigentes.

A partir del año 2028 y para las vigencias siguientes, las Entidades Territoriales incorporarán de manera estructural los pilares y componentes del Modelo como parte del proceso de Planeación Integral para la Salud (PIS), en cumplimiento de los lineamientos que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.



Parágrafo 1°. Para el periodo 2026 y 2027, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal realizarán los ajustes necesarios resultado de la armonización del Plan Territorial en salud vigencia 2024-2027 y el presente Decreto, a través de los Planes de Acción en Salud, conforme a los lineamientos metodológicos que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin.» (Subrayas de la Sala).

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

«Artículo 2.11.2.1.6. Territorialización en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios planificarán y organizarán la respuesta en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo a través de la territorialización en salud, entendida como un proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales en las que se construye la salud y la vida de las personas, familias y comunidades y se configuran los determinantes sociales de la salud.

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

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

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



102. Se advierte que, a juicio de la Sala, la orientación sobre la irregularidad preliminar que sirvió de sustento a la suspensión del decreto no se dirigió o fundamentó solamente en que las anotadas normas hayan cambiado la función de recaudo de las EPS, sino que ello consistió en una consideración demostrativa de un argumento mucho más profundo relativo al papel que desempeñaban esas entidades en el modelo legal y el cambio que se ordenó con el acto impugnado.

103. Se trata, como se avizora, de que *prima facie* se produjo un traslado de competencias de las EPS a las entidades territoriales, aspecto que como quedó reseñado en el anterior acápite, es privativo del Legislador dado que es ese el escenario propicio para formular estrategias que promuevan el mejoramiento del sistema y del modelo de salud que justamente en ese contexto se ha adoptado desde 1993.

104. La invocación del artículo 2.11.2.2.6 del Decreto 0858 de 2025 resulta igualmente relevante para concluir, como lo hizo el Despacho sustanciador que, *ab initio* la fórmula allí empleada desnaturaliza uno de los elementos estructurales del sistema y modelo de salud al afectar la intervención de las EPS en una materia que, como también se señaló en esta providencia, estaba disciplinada por el Legislador de una manera distinta. Veamos literalmente lo que señala esa disposición:

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

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

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud privados y mixtos que hagan parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el ejercicio de



sus funciones y con fundamento en el fortalecimiento del nivel primario, podrán desarrollar progresivamente las estrategias en los términos propuestos en el primer inciso para contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud en el territorio.

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

105. Es palmario que la fijación de las estrategias para la atención del servicio de salud se encuentra legalmente radicada en las EPS (artículos 156, 177, 179 y 185 de la Ley 100 de 1993, artículo 11 de la Ley 1438 de 2011, entre otros), de manera que el inciso primero que se subraya releva de esa función a estas entidades para concentrarla en entidades departamentales, distritales y municipales emergiendo, de esa reglamentación una evidente modificación al sistema legal de salud que conduce a que al menos en esta etapa del proceso deban suspenderse los efectos dada la trasgresión del esquema definido por el Congreso de la República.

5.5. Sobre la incongruencia

106. Despejados los cargos sobre el alcance del auto recurrido y la necesidad del decreto de la medida de que trata el artículo 231 del CPACA, la Sala precisará si el auto del 21 de octubre de 2025 decretó la suspensión de todo el decreto demandado pero el análisis se produjo solo sobre algunos artículos que lo integran.

107. Al respecto lo que se encuentra es que el memorialista se funda en una premisa errónea, como quiera que el análisis efectuado sobre algunas de las normas del Decreto 0858 de 2025 se dio con el expreso objetivo de demostrar cómo esa reglamentación constituía una modificación de los elementos estructurales del Sistema de Seguridad Social en Salud, de manera que se evidenciara que en principio constituía una intromisión en las funciones propias del resorte de la rama legislativa del poder público.

108. En efecto, el proveído abordó asuntos transversales previstos en distintos preceptos con el propósito de acreditar que no era ese el instrumento normativo que la Constitución había erigido para la incorporación al orden jurídico de un diseño nuevo en la prestación del servicio de salud, ya que una regulación como la discutida



debía ser presentada en el escenario en donde trasluce el principio de soberanía popular que es el fundamento de un Estado democrático como el nuestro.

109. Es evidente, y así lo dejó expuesto el auto que se recurre⁴, que el decreto acusado propuso un cambio no contemplado por el Legislador en las normas que reglamenta en tanto que fundó un modelo de salud en los 5 pilares de que trata el artículo 2.11.1.6., cimentándolo en un andamiaje territorial de gobernanza en el que las RIITS juegan un papel preponderante y definitivo pues es a través de esas redes como se materializan los postulados de atención creados.

110. De ello da cuenta con absoluta claridad el artículo 2.11.2.1.6. contenido en el primer pilar⁵, que se pasa a acotar:

«Artículo 2.11.2.1.6. Territorialización en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, los otros sectores y los actores sociales y comunitarios planificarán y organizarán la respuesta en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo a través de la territorialización en salud, entendida como un proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales en las que se construye la salud y la vida de las personas, familias y comunidades y se configuran los determinantes sociales de la salud.

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

111. Si ello es así, y sobre esa base descansa la regulación que se reprocha, no es viable aceptar que solo algunas de sus disposiciones se hallen incursas en la invalidez que *ab initio* se decantó, sino que como quedó definido al desatar cada uno de los reparos del Ministerio (lo relativo a la conformación de las propias RIITS, la organización territorial y el rol de las EPS), hubo una transformación del sistema que no consulta las normas de rango legal.

⁴ Ver capítulo 3, “El acto acusado”.

⁵ Gobernabilidad, Gobernanza y Territorialización.



112. En consecuencia, al no encontrar acreditada la mencionada incongruencia el cargo tampoco prospera.

5.6. Sobre el incumplimiento de los artículos 60 a 64 de la Ley 1438 de 2011

113. El Ministerio de Salud y Protección Social arguyó que el modelo actual no cumplía con los mandatos de los artículos 60 a 64 de la Ley 1438 de 2011, la Ley 1966 de 2019 y la sentencia C-313 de 2014 porque no garantiza la prestación del servicio de salud equitativa, continua e integral, aspecto que no guarda correspondencia con la valoración de validez que aquí nos ocupa, toda vez que los reparos sobre la eficiencia del esquema y la posibilidad de modificarlo supone justamente que se planteen opciones ante el Legislador, no siendo el Juez de lo Contencioso Administrativo el encargado de calificar la bondad o no de una norma con rango legal ni su operatividad.

5.7. Sobre el prejuzgamiento

114. No coincide esta Sala con la aseveración del recurrente acerca del presunto prejuzgamiento de la decisión que adoptó la Magistrada Sustanciadora, habida cuenta de que el juicio sobre la pérdida del carácter ejecutorio del Decreto 0858 de 2025 supone que, tras el ejercicio de confrontación de este con el orden superior, se evidencie su vulneración como una forma de proteger el objeto del litigio en aplicación del principio propio de estas medidas, cual es, el *periculum in mora*⁶, el cual ha sido entendido como «*la demostración de la existencia de un riesgo por la demora en el trámite procesal hasta que se adopte una decisión definitiva*»⁷ o «*peligro de la efectividad de la sentencia por el tiempo que transcurre desde que se instaura la demanda hasta que se profiera el fallo. El juez debe analizar si el tiempo que dure el proceso amenaza o frustra la tutela judicial efectiva que se persigue y por ello debe crear una situación provisional mientras éste se define*»⁸.

115. Aunado a ello, admitir el razonamiento del memorialista supondría la inocuidad de herramientas como las previstas en los artículos 229 y siguientes del

⁶ Al respecto, puede verse: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Auto del 14 de mayo de 2019. Expediente nro. 11001 0324 000 2015 00442 00. C.P.: Roberto Augusto Serrato Valdés.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Auto del 6 de septiembre de 2019. Expediente nro. 11001 0324 000 2019 00022 00. C.P.: Oswaldo Giraldo López.



CPACA, que por cierto no son novedosas y son bien conocidas en el ordenamiento jurídico nacional.

5.8. Sobre los coadyuvantes

116. Como se dejó expuesto en los numerales 52 y 53, el señor Mario Esteban Hernández Álvarez y la señora Ana María Soleibe Mejía, esta última quien afirmó actuar en representación de la Federación Médica Colombiana, la Central Unitaria de Trabajadores, la Organización para la Defensa del Paciente, ASMEDAS Antioquia, Octava Papeleta, la Mesa por la Salud de Boyacá, el Comité de Salud de Santander y Médicos Unidos de Colombia, coadyuvaron el recurso de súplica bajo similares argumentos a los expuestos por la demandada en su respectiva intervención.

117. No obstante, la Sala no efectuará pronunciamiento sobre ellos por cuanto carece de competencia para el efecto, dado que no han sido reconocidos como tales en el proceso y es esta una competencia que le atribuye el orden jurídico al Magistrado Sustanciador, quedando esta Sala habilitada solamente para resolver el recurso conforme al artículo 125, numeral 2, literal g), el artículo 243 y el numeral 2 del artículo 246 del CPACA.

En mérito de lo expuesto, la Sala

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la providencia del 21 de octubre de 2025, proferida por la consejera de Estado Nubia Margoth Peña Garzón, por medio de la cual se decretó la suspensión provisional del Decreto 0858 del 30 de julio de 2025 «*Por el cual se sustituye la parte 11, del libro 2 del Decreto 780 de 2016, relativo al Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*» emitido por el Gobierno Nacional.

SEGUNDO: En firme esta providencia, devolver el expediente al Despacho de origen para lo pertinente.

Cópiese, notifíquese y cúmplase.



Se deja constancia que la anterior providencia fue leída, discutida y aprobada por la Sala en la sesión de la fecha.

PABLO ANDRÉS CÓRDOBA ACOSTA
Consejero de Estado
Presidente

CARLOS FERNANDO MANTILLA NAVARRO
Consejero de Estado

GERMÁN EDUARDO OSORIO CIFUENTES
Consejero de Estado

La presente providencia fue firmada electrónicamente por los integrantes de la Sección Primera en la sede electrónica para la gestión judicial Samai. En consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta, de conformidad con la ley.