

Colombia denominados en pesos colombianos, publicado por la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia.

Parágrafo. En todo caso y sin perjuicio del mecanismo de estabilización adoptado, este último deberá garantizar los costos mínimos de producción de café colombiano, estimado por la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia”.

Que el artículo 10 ibídem dispone que “Cada productor de café de Colombia podrá ser beneficiario de los mecanismos de estabilización hasta por un setenta por ciento (70%) de su capacidad productiva, de acuerdo con la información que reporte la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia”.

Que el artículo 13 de la pluricitada ley, señala que los recursos del Fondo de Estabilización de Precios del Café provendrán de las siguientes fuentes “(...) 1. El presupuesto General de la Nación; 2. Los recursos que aporten las entidades públicas o personas naturales o jurídicas de derecho privado, de acuerdo con los convenios que se celebren al respecto; 3. Los recursos destinados a la reserva para estabilización, de acuerdo con el artículo 45 de la Ley 101 de 1993; 4. Los aportes, ahorros o contribuciones que realicen directamente los caficultores al capital del Fondo de Estabilización de Precios del Café; 5. El Fondo Nacional del Café; 6. Los rendimientos financieros de las inversiones temporales que se efectúen con los recursos del Fondo de Estabilización de Precios del Café en títulos de deuda emitidos, aceptados, avalados o garantizados en cualquier otra forma por la nación, o en valores de alta rentabilidad, seguridad y liquidez expedidos por el Banco de la República y otros establecimientos financieros; 7. Las donaciones o aportes de organizaciones internacionales o nacionales; B. Los aportes provenientes del Sistema General de Regalías, 9. De la contribución cafetera a cargo de los productores de café destinada al Fondo Nacional del Café, medio centavo de dólar por libra (USD 0,005) de café que se exporte, sin afectar la garantía de compra (...)”.

Que el artículo 14 de la Ley 1969 de 2019 dispuso que “El Gobierno nacional reglamentará lo referente a, 1. Los mecanismos de entrega de los subsidios al productor (...)”.

Que se considera necesario reglamentar lo relacionado con la entrega de subsidios al productor de que trata el numeral 1 del artículo 14 de la Ley 1969 de 2019, con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios constitucionales y legales de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, así como promover la coordinación de la función administrativa para el cumplimiento de los fines del Estado de que trata el artículo 209 de la Carta Política.

Que en el mismo sentido, se considera pertinente que dicha reglamentación contribuya a estabilizar el ingreso de los productores de café en Colombia como objeto legal del Fondo de Estabilización de Precios del Café, mediante la promoción de la articulación entre los diferentes instrumentos de la política pública del sector agropecuario colombiano, a fin de garantizar un uso más eficiente del recurso público y la agregación de valor mediante el desarrollo de diversos mecanismos que impulsen por un lado, una gestión proactiva y previsible de los riesgos a los que se ven enfrentados los productores, y por otro lado, instrumentos temporales de compensación para mitigar eventuales situaciones de crisis de precios que hagan insostenible el mantenimiento de la actividad productiva.

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónese el capítulo 1 al Título 6 de la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, el cual quedará así:

#### “CAPÍTULO 1

##### Mecanismos de entrega de los subsidios del Fondo de Estabilización de Precios del Café (FEP) al productor

Artículo 2.11.6.1.1. **Definiciones.** La entrega de los subsidios a los beneficiarios del Fondo de Estabilización de Precios del Café (FEP) deberá cumplir con los siguientes términos, que servirán como parámetros para su entrega:

1. **Tipo de subsidio:** Los subsidios otorgados con cargo a los recursos del Fondo de Estabilización de Precios del Café en la implementación de los mecanismos de estabilización podrán ser de dos tipos:
  - 1.1. Como transferencia monetaria directa al productor, de manera temporal a través de compensaciones derivadas de la implementación de un mecanismo de estabilización.
  - 1.2. Como un menor costo en la toma de instrumentos de gestión de riesgos, tales como seguros, coberturas, opciones financieras u otros instrumentos tomados por el Fondo de Estabilización de Precios del Café en beneficio del productor.
2. **Medios de pago:** El pago de los subsidios establecidos se podrá realizar de la siguiente manera:
  - 2.1. Mediante abono a la Cédula o Tarjeta Cafetera Inteligente o un medio de pago del que sea titular el productor, en una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.
  - 2.2. Mediante una factura de pago sobre el valor de la prima del instrumento financiero que subsidiará el Fondo de Estabilización de Precios del Café (FEP) en favor del productor.

3. **Soportes:** Los documentos y/o transacciones que sirvan como soporte para acceder y/o beneficiarse de los subsidios asociados a los mecanismos establecidos por el Comité Directivo, tales como facturas, documento equivalente a la factura, comprobantes transaccionales, contratos de venta, pólizas, entre otros, deberán estar a nombre del productor beneficiario y cumplir con los requisitos del Estatuto Tributario cuando aplique, o las normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.

Parágrafo. El subsidio que se entregue con cargo al Fondo de Estabilización de Precios del Café (FEP) será personal e intransferible. En ningún caso, será transferido a intermediarios o terceros, y no habrá pagos en efectivo.

**Artículo 2.11.6.1.2. Verificación del cumplimiento de requisitos para la entrega de subsidios.** El Comité Directivo del Fondo de Estabilización de Precios del Café (FEP) deberá definir el procedimiento y trámite para la verificación de lo dispuesto en el presente título.

**Artículo 2.11.6.1.3. Entrega de los subsidios.** Los subsidios otorgados con cargo a los recursos del Fondo de Estabilización de Precios del Café (FEP) deberán corresponder a la implementación del respectivo mecanismo de estabilización de precios, conforme a lo establecido en el parágrafo 2° del artículo 11 de la Ley 1969 de 2019.

**Artículo 2°. Vigencia.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, adiciona el Capítulo 1 al Título 6 de la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 5 de agosto de 2022.

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

José Manuel Restrepo Abondano.

El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural,

Rodolfo Zea Navarro.

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### DECRETOS

#### DECRETO NÚMERO 1599 DE 2022

(agosto 5)

por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho decreto.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial la que le confiere en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el literal b) del artículo 5° y el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con lo establecido en los artículos 48, 49 y 365 de la Constitución Política de Colombia, la atención en salud es un servicio público cuya prestación se organiza en forma descentralizada y por niveles de atención y se encuentra a cargo del Estado, a quien corresponde establecer las políticas para garantizar a todas las personas el acceso al servicio, a través del cual se garantiza la realización del derecho fundamental a la salud, instituido como tal a través de la Ley 1751 de 2015.

Que el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud en su literal b) establece que el Estado dentro de sus obligaciones de protección, respeto y garantía del derecho a la salud deberá, entre otras acciones “Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho 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”.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 dispone que “El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones” y le atribuye, en el parágrafo del mismo artículo, “la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes”.

Que el artículo 20 de la mencionada Ley 1751 establece 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”, la cual se deberá basar en la promoción de

la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que su detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Que el artículo 209 de la Constitución dispone, como un postulado de la función administrativa la debida coordinación de las entidades estatales en “sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”, que vincula a las acciones que despliegan la nación y a las entidades territoriales en el sector salud.

Que, conforme lo señaló la honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, y lo dispone la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, la definición de las políticas en salud deben tener en cuenta el acceso efectivo a los servicios de salud y, en general, lo que implica la realización del derecho fundamental a la salud, reconociendo que el bienestar de la persona es el eje central y núcleo articulador de tales políticas.

Que los determinantes sociales de salud se definen como aquellos factores que inciden directa o indirectamente en la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, conforme a lo previsto en el artículo 9º de la Ley 1751 de 2015.

Que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estos determinantes obedecen a circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana y que implican sistemas económicos y políticos, modelos y programas de desarrollo, normas y políticas sociales, por lo cual resulta fundamental la acción intersectorial.

Que, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995 y 2015, las inequidades existentes entre los distintos grupos de la población, se derivan de factores tales como él ni el socioeconómico (educación, ocupación y nivel de riqueza o ingresos de los hogares), la ubicación geográfica, el origen étnico y el sexo, como lo reflejan el incremento de la desigualdad por área de residencia, etnia, educación y quintil de riqueza en indicadores como mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad en la niñez, mortalidad materna y tasa de fecundidad, entre otros.

Que en el país las inequidades en salud se entrelazan con las inequidades territoriales pues ciertas condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades de las diferentes entidades territoriales tanto en la prestación de servicios de atención en salud, como en materia de planeación y ejecución de intervenciones de salud colectivas oportunas y costo-efectivas en gran parte por su limitada capacidad técnica de gestionar el sector salud en el territorio, así como en habilidad de articulación con los distintos agentes que intervienen en el goce el derecho fundamental a la salud, en torno a metas y soluciones comunes.

Que para efectos de avanzar en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud se requiere reconocer la heterogeneidad del territorio colombiano, el cual, para efectos de la prestación plena del servicio no en todos los casos responde a la categorización poblacional y económica de los distritos y municipios, sino que amerita un mayor abordaje de las necesidades de oferta del servicio, atendiendo criterios diferenciales en los que se involucren unidades geográficas contiguas o áreas geográficas de gestión sanitaria que permitan fortalecer la gestión en salud, respondiendo a las características propias del territorio colombiano y sus condiciones socioeconómicas, para la implementación plena de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y así garantizar un mejor acceso a los servicios de salud a la población, mitigando las brechas de inequidad existentes.

Que la Política de Atención Integral en Salud requiere de un modelo que opere conforme a la identificación de las necesidades de la población y las rutas de atención integral, a través de los agentes del Sistema de Salud que son responsables de la garantía de la prestación de servicios de salud, bajo esquemas de organización de redes de prestadores en los que se promueva un sistema de incentivos para asegurar la oferta y unos sistemas de información que sean interoperables adaptables y útiles para garantizar atención integral en salud.

Que en cuanto se refiere a la identificación de las necesidades en salud se requiere que los agentes del Sistema de Salud tengan una información pertinente y articulada que permita establecer a los agentes los grupos de riesgo a los cuales pertenecen las poblaciones, así como los eventos de alto costo estableciendo unos criterios para tal fin; lo anterior requiere un desarrollo de sistemas de información que permitan la interoperabilidad de los datos y procesos relacionados con la atención integral en salud.

Que en este esfuerzo de adecuación y reorganización es preciso prever la realización de ajustes continuos a las Rutas Integrales en aras de mantener su consistencia con las necesidades y características de la población.

Que, así mismo, y con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud es necesario organizar la oferta de servicios primarios y complementarios y facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para definir los portafolios, con el fin de garantizar los servicios de salud en toda la población colombiana.

Que, igualmente, en las condiciones de capacidad tecnológica y científica de los prestadores de servicios de salud es preciso tener en cuenta dichas áreas geográficas, lo que implica, entre otros aspectos, un fortalecimiento de la capacidad de oferta de servicios primarios del hospital público.

Que la Corte Constitucional, en sentencia C-313 de 2014, consideró que las redes integrales “son aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de fas contingencias que se puedan presentar en materia de salud” y las redes integradas “guardan relación

con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional”, por lo que, atendiendo a la Política de Atención Integral en Salud, es necesario conformar 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, para la atención de la población en cada territorio, de acuerdo con las áreas de gestión sanitaria.

Que estos cambios requieren del rediseño de herramientas de seguimiento y monitoreo que se enfoque en los resultados en salud, en el acceso efectivo a ese derecho fundamental y la disminución de las brechas regionales entre otros aspectos, lo que implica una implementación a nivel nacional y territorial.

Que, conforme con lo señalado, resulta necesario actualizar algunos elementos de la Política de Atención Integral en Salud, como parte de la política pública en salud, e incluir el elemento operativo de las áreas geográficas para la gestión en salud.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1º. Adicionar la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, la cual quedará así:

#### PARTE 11

#### DISPOSICIONES RELATIVAS A LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

**Artículo 2.11.1. Objeto.** Esta parte tiene por objeto establecer los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), contemplando las áreas geográficas para la gestión en salud como un instrumento necesario para reducir las brechas de inequidad existentes frente al acceso, atendiendo las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano.

**Artículo 2.11.2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones previstas en este apartado aplicarán a los agentes del Sistema de Salud que son responsables de la garantía de la prestación del servicio público de salud y de la gestión de acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales a la salud.

**Artículo 2.11.3 Definiciones.** Para efectos del presente apartado, se adoptan las siguientes definiciones:

**Áreas geográficas.** Es la organización de unidades geográficas contiguas, que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. Estas pueden ser regionales y subregionales.

**Gestión del riesgo en salud.** Corresponde a las actividades destinadas a impactar los modos, condiciones y estilos de vida, de tal manera que se anticipe a la materialización de riesgos en salud para que estos no se presenten o para que se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

**Interoperabilidad.** Es la capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. En la progresividad de la interoperabilidad se buscará la articulación con otros sectores para gestionar la integralidad de la atención.

**Plan integral de cuidado primario.** Herramienta operativa que le permite al equipo de salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones prioritarias en salud a nivel individual, familiar y colectivo, en los diferentes momentos de curso de vida, considerando las particularidades poblacionales y territoriales.

**Servicios primarios de salud.** Corresponden a los servicios de salud de baja y de mediana complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la norma, requeridas de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población de su área de influencia.

**Servicios complementarios de salud.** Se refiere a todos los servicios de salud de mediana y alta complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la norma, necesarios para garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de los servicios primarios.

**Región.** Es la agrupación de unidades geográficas espacialmente contiguas que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. En una escala superior al nivel departamental, la agrupación de varias subregiones se denomina región.

**Subregión.** Es la agrupación de unidades geográficas espacialmente contiguas, que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. En una escala superior al nivel municipal/distrital la agrupación de estos territorios se denomina subregión.

**Artículo 2.11.4. Áreas geográficas para la gestión en salud.** Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, los agentes del Sistema de Salud desarrollarán sus funciones desde las acciones promocionales, el aseguramiento del riesgo, hasta la prestación del servicio de salud, a través de la definición de áreas geográficas promoviendo así una gestión en salud que fortalezca i) el diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, ii) la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial, y iii) el cierre de brechas e inequidades en salud.

Las áreas geográficas constituyen una manera de adaptar las acciones de los agentes del Sistema de Salud y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a las realidades de las áreas geográficas, sin perjuicio de que las entidades que forman parte del área geográfica acudan a Esquemas Asociativos Territoriales.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las áreas geográficas para la gestión en salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) Organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socioeconómicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en vecinos más cercanos entre municipios o distritos de distintas tipologías, y iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales.

**Artículo 2.11.3 Articulación del Plan decenal de salud pública y la política de atención integral en salud.** El Plan Decenal de Salud Pública y demás instrumentos de planeación nacional y territorial, deberán implementarse en correspondencia y de manera armónica con la Política de Atención Integral en Salud, a través de todos los agentes del Sistema de Salud y con la articulación y coordinación con los demás sectores responsables de las acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales de la salud, quienes actuarán de forma integrada en el marco de sus competencias y en función del objetivo común de garantizar el derecho fundamental a la salud de todas las personas, familias y comunidades que habitan en el territorio nacional.

El Ministerio de Salud y Protección Social, para el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública, definirá prioridades y metas a nivel de las áreas geográficas para la gestión en salud de acuerdo con el comportamiento demográfico y epidemiológico de la población y sus determinantes sociales en articulación y coordinación con los actores que intervienen en la atención en salud de la población.

**Artículo 2.11.4 Propósito de la Política de Atención Integral en Salud.** El propósito de la Política de Atención Integral en Salud es la generación de las mejores condiciones de atención en salud de la población garantizando la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive por parte de los agentes del Sistema de Salud, así como la gestión intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

Para su implementación se requiere la aceptabilidad y la accesibilidad como elementos esenciales de derecho fundamental a la salud a las diferentes realidades del territorio colombiano.

**Artículo 2.11.5 Enfoques de la Política de Atención Integral en Salud.** La Política de Atención Integral en Salud deberá desarrollarse, definirse e implementarse teniendo como base los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial. Estos enfoques permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.

**Artículo 2.11.6 Modelo integral de atención en salud.** La Política de Atención Integral en Salud se operacionaliza a través de un modelo centrado en el cuidado de las personas, familias y comunidades que aborda los determinantes sociales y las prioridades en salud de la población de manera integral, integrada y continua. El modelo de atención en salud incluye:

1. La identificación y análisis de los contextos de vulnerabilidad y salud de las personas, familia y comunidad y la definición de los grupos de riesgo.
2. Las rutas integrales de atención, para los problemas de salud pública priorizados.
3. El rol de las entidades territoriales.
4. El rol de las entidades promotoras de salud.
5. La organización en redes integrales e integradas de prestadores y proveedores para la oferta integral y adaptada para la atención en salud.
6. Sistemas de incentivos, y
7. Sistemas de información interoperables.

**Parágrafo.** El modelo de atención en salud debe ser diferencial, adaptado a las condiciones y particularidades poblacionales reconociendo la intersección entre la cultura, el género, la diversidad, la etnia, sus condiciones socioeconómicas, así como los territorios donde habitan, como ámbitos rurales dispersos, rurales y urbanos.

**Artículo 2.11.7 Identificación de necesidades en salud.** Para la identificación de las necesidades en salud de las personas, familias, comunidades y poblaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una herramienta que permita la interoperabilidad de las herramientas y fuentes de información, para describir, analizar y consultar las necesidades de la población por cada uno de los agentes del sistema de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los procedimientos y las metodologías para garantizar la adecuada gestión individual y colectiva del riesgo en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como configurar y caracterizar los grupos de riesgo y los eventos de alto costo a partir de las condiciones relacionadas con las necesidades en salud identificadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los grupos de riesgo o eventos de alto costo, teniendo en cuenta criterios como: i) Años de vida ajustados por discapacidad, ii) la prevalencia e incidencia de las enfermedades; iii) el exceso de mortalidad atribuida a las diferentes enfermedades, iv) carácter permanente o crónico de la enfermedad, v) enfermedades que superen el umbral del gasto total en el sistema general de seguridad social en salud.

**Parágrafo 1º.** Las entidades territoriales deben usar la información de las necesidades en salud para dar respuesta sectorial a las metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente a través del: i) Plan de Desarrollo Territorial, ii) Plan Territorial de Salud, iii) Planes de Acción en Salud.

**Parágrafo 2º.** Las entidades promotoras de salud, o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento, y las instituciones prestadoras de servicios de salud deben usar la información de las necesidades en salud para adecuar la prestación de los servicios de salud y adoptar y adaptar las rutas por grupos de riesgo en salud de las prioridades en salud pública.

**Artículo 2.11.8 Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).** El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las prioridades y metas nacionales en salud pública, define y elabora las Rutas Integrales de Atención en Salud y su adopción será para los agentes del Sistema de Salud.

Las secretarías de salud o la entidad que haga sus veces articularán con las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud la adopción, adaptación e implementación gradual de las RIAS acorde con las necesidades y características de la población de su jurisdicción.

**Parágrafo 1º.** Las rutas se actualizarán cuando se generen cambios en la evidencia o cuando se modifique la situación en salud. En todo caso, deberán revisarse mínimo cada tres (3) años y para su actualización se seguirá la metodología para la elaboración e implementación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 2º.** Las entidades promotoras de salud podrán conformar otros grupos de riesgo y definir rutas integrales de atención en salud de acuerdo con las prioridades en salud de su población a cargo y con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 3º.** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá realizar un costeo integral de las RIAS y de acuerdo con la suficiencia de las fuentes de financiación establecerá criterios que modulen su implementación e incentivos necesarios.

**Parágrafo 4º.** El Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los análisis de costos de las Rutas Integrales de Atención en Salud y de las patologías de alto costo, determinará las metodologías para implementar mecanismos de ajuste a la UPC ex post o ex ante, con el fin de garantizar la equidad en el acceso y financiamiento de servicios de salud acorde a las necesidades de salud de las poblaciones, de acuerdo con el régimen de afiliación y las áreas geográficas para la gestión en salud donde estas se encuentran.

**Artículo 2.11.9 Rol de las entidades territoriales.** Para la operación del modelo integral de atención en salud, la entidad territorial, como ente rector del Sistema en su jurisdicción, deberá:

1. Ejercer la gobernanza necesaria para coordinar y articular a los integrantes del Sistema de Salud y los demás sectores responsables de las acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales a la salud en su territorio.
2. Definir las prioridades y metas de salud pública de su jurisdicción.
3. Realizar las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual a cargo de las entidades responsables del aseguramiento en salud.
4. Velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores, organizadas por las entidades responsables del aseguramiento, y
5. Realizar el seguimiento y monitoreo a los resultados en salud de la población a su cargo.

**Artículo 2.11.10 Rol de las entidades promotoras de salud o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento.** Para la operación del modelo integral de atención en salud, las entidades promotoras de salud o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento, deberán:

1. Identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo de la población afiliada.
2. Promover en sus afiliados el autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa de casos sospechosos de condiciones en salud, y de aquella con diagnóstico confirmado de condiciones crónicas y mala adherencia a su seguimiento médico y las demás que sean necesarias de acuerdo con su estado de salud.
3. Adaptar, adoptar e implementar las rutas integrales de atención, acorde a las prioridades en salud pública y de su población.
4. Organizar las redes de atención en salud con enfoque territorial y garantizando el acceso efectivo de sus afiliados a los servicios y tecnologías en salud.
5. Garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios y tecnologías con enfoque diferencial, adaptando a la población y el territorio.

6. Gestionar el riesgo primario y técnico en su población y en conjunción con su red, para lo cual puede hacer uso de incentivos en el marco de las modalidades de pago existentes,
7. Monitorear los resultados de los indicadores de gestión, calidad y resultados en salud de los prestadores y proveedores de su red, Coordinar y articular las acciones con otros actores responsables de los riesgos poblacionales, colectivos y los riesgos laborales.

Las entidades promotoras de salud podrán hacer presencia en una, varias o todas las áreas geográficas que se definan. En cada una de tales áreas se garantizará la integralidad, continuidad y calidad en los servicios para la atención de los individuos, familias y comunidad. El ámbito territorial de autorización corresponderá a la organización del área geográfica de gestión en salud y deberá operar en cada uno de los municipios que la componen.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en las áreas geográficas para la gestión en salud que así lo ameriten de acuerdo con criterios de acceso, calidad, oportunidad y oferta, que incluyan el financiamiento del plan de beneficios en salud.

**Artículo 2.11.11 De la prestación de servicios de salud.** La prestación de los servicios de salud se proveerá en el ámbito territorial por prestadores que ofertan dentro de sus portafolios, servicios primarios, complementarios o de ambas categorías, habilitados y registrados en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los portafolios de servicios y tecnologías que harán parte de los servicios primarios, los cuales deberán ser actualizados anualmente. Igualmente, deberá analizar y priorizar las necesidades de oferta de servicios en las áreas geográficas para la gestión en salud en coordinación con los actores del área, para establecer un Plan Estratégico de Infraestructura y Dotación Hospitalaria, que oriente la inversión de acuerdo con las necesidades reales de la población de cada área.

**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 resolutive, permitiendo la participación ciudadana, comunitaria y social y la alineación con las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.

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 1º.** 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 2º.** 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 3º.** 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.

**Artículo 2.11.13 Esquema de incentivos.** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, para orientar a las entidades promotoras de salud, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud alrededor de los resultados en salud.

**Artículo 2.11.14 Sistemas de información interoperables.** Las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y las secretarías de salud o la entidad que haga sus veces deberán adoptar progresivamente herramientas y sistemas de información integrados que permitan la interoperabilidad de los datos y procesos en los diferentes aspectos del aseguramiento, la prestación de los servicios, la salud pública, la financiación y flujo de recursos, así como para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud.

**Parágrafo 1º.** Sin perjuicio de los avances tecnológicos o innovaciones en la materia, los sistemas de información, así como los mecanismos y modelos de interoperabilidad de

datos y procesos, deberán cumplir con los requisitos técnicos y tecnológicos, estructuras de información y funcionalidades definidas por el marco normativo vigente.

**Parágrafo 2º.** Las entidades que participen en el acceso, registro, consulta, flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutaria 1581 de 2012 y 1712 de 2014, y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

**Artículo 2.11.15 Seguimiento y monitoreo.** El Ministerio de Salud y Protección Social rediseñará, fortalecerá e implementará las herramientas de control que generen alertas tempranas, orienten la toma de decisiones oportunas, faciliten la rendición de cuentas y contribuyan a la implementación efectiva y gobernanza de la información, en coordinación y articulación con otros actores y sectores, en el marco de sus competencias con el fin de orientar o ajustar las políticas, programas, modelos, estrategias, acciones u otros que contribuyan a mejorar los resultados de salud de la población en Colombia.

Las herramientas de seguimiento y monitoreo estarán integradas o armonizadas con otros instrumentos de seguimiento y monitoreo de actores involucrados, entre ellos, los definidos en el Plan Decenal de Salud Pública, Plan Nacional de Desarrollo, Planes Territoriales en Salud, compromisos nacionales e internacionales u otros pertinentes, que contribuyan al logro de los resultados en salud y al fortalecimiento del ecosistema del Sistema de Salud de que trata el artículo 4º de la Ley 1751 de 2015.

Los mecanismos de seguimiento y monitoreo deben centrarse en: i) Resultados en salud; ii) resultados en acceso efectivo a los servicios de salud (incluyendo aseguramiento, la prestación de los servicios); iii) logro de compromisos en salud nacionales e internacionales; iv) Acuerdos intersectoriales; v) desempeño de los actores y de las intervenciones en salud; vi) brechas regionales y equidad.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social concertará y rediseñará las herramientas de seguimiento y monitoreo, definirá los elementos básicos para la implementación de la misma que incluya, entre otros: i) Liderazgo en la formulación y puesta en marcha del Plan de Seguimiento y Monitoreo, ii) coordinación y articulación de actores involucrados; iii) estructuración funcional y operativa, iv) identificación y asignación de recursos; v) gestión del conocimiento y vi) mecanismos de seguimiento, control de riesgo y mejora.

**Artículo 2.11.16 Gestión Integral Territorial en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el monitoreo, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el sistema a nivel territorial. Las secretarías de salud departamentales y distritales o la entidad que haga sus veces serán la autoridad responsable del funcionamiento del modelo de la gestión, a través de las herramientas metodológicas y tecnológicas que disponga el ministerio y los actores involucrados de manera articulada.

**Parágrafo.** Las secretarías de salud deberán integrar y ajustar los sistemas de información o herramientas de seguimiento vigentes que permitan dar cuenta de los resultados en salud de las entidades territoriales, para el cumplimiento del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación.

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 2.5.1.1.1 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 2.5.1.1.1. Campo de aplicación.** Las disposiciones del presente título se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales de salud o entidad que haga sus veces.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de que trata este título, excepto a las instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al Sistema y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, instituciones prestadoras de servicios de salud, o con entidades territoriales.

**Parágrafo.** Salvo los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los bancos de sangre, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los bancos de semen de las unidades de biomedicina reproductiva y a todos los demás bancos de componentes anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan”.

Artículo 3º. Modifíquese el artículo 2.5.1.3.2.1 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 2.5.1.3.2.1 Condiciones de capacidad tecnológica y científica.** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores

de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo.** Los profesionales independientes que prestan servicios de salud sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica”.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 2.5.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

“**Artículo 2.5.2.3.3.3. De la operación territorial.** Las entidades destinatarias de las disposiciones contenidas en el presente capítulo, operarán el aseguramiento en salud en el ámbito territorial en el que hayan sido autorizadas, debiendo ofrecer para sus afiliados en cada municipio, distrito, o área geográfica, las coberturas de servicios y atención integral en salud para todos los afiliados. En el evento en que los servicios no estén disponibles, se deberá contar con el sistema de referencia que garantice la prestación integral de los mismos en el municipio o área geográfica más cercano al lugar de residencia del afiliado.

Para la atención de los usuarios en cada municipio o área geográfica donde se opere el aseguramiento en salud, las entidades responsables del aseguramiento deberán garantizar los mecanismos de atención al usuario presencial, telefónico y virtual según los ámbitos territoriales: Urbanos, con alta ruralidad y dispersos, previstos en las disposiciones normativas sobre la materia.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento”.

Artículo 5°. Adiciónese el artículo 2.5.3.8.3.1.6 al Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

“**Artículo 2.5.3.8.3.1.6 Programa de fortalecimiento de capacidades de oferta en el hospital público primario.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un plan cuatrienal de inversiones para el fortalecimiento de la red pública en relación con las capacidades requeridas para garantizar la oferta de servicios primarios, en infraestructura, tecnologías en salud, sistemas de información y desarrollo de competencias laborales para el personal de salud. Estos planes deberán alinearse con los planes bienales de inversiones territoriales y deberá desarrollarse de manera progresiva en etapas anuales. Se deberá dar prioridad en estas inversiones a los prestadores públicos primarios y en especial aquellos que sean financiados con recursos de oferta-SGP y cumplan con lo definido en la integración en redes primarias en las áreas de gestión sanitaria y los indicadores de cumplimiento de los convenios de garantía de la disponibilidad de servicios”.

Artículo 6°. *Transitoriedad.* Una vez sean definidas las áreas geográficas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, los agentes del Sistema de Salud tendrán un lapso hasta de un año a partir de dicha definición para realizar los ajustes correspondientes.

Artículo 7°. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y adiciona la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 y modifica los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 y adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 del citado decreto.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 5 de agosto de 2022.

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

## DECRETO NÚMERO 1600 DE 2022

(agosto 5)

por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con los procesos de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud (EPS).

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en el parágrafo 1° del artículo 230 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 8° de la Ley 1949 de 2019, y

### CONSIDERANDO:

Que las entidades promotoras de salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en consecuencia, son las entidades encargadas de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, y su función básica es la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación de los servicios y tecnologías en salud a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, establece que el aseguramiento en salud comprende la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario; lo que exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones a su cargo.

Que la Superintendencia Nacional de Salud, tiene a su cargo el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social y le corresponde ejercer inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de

Seguridad Social en Salud enunciados, entre otros, en los artículos 155 de la Ley 100 de 1993, 121 y 130A de la Ley 1438 de 2011 y 2° de la Ley 1966 de 2019.

Que el Decreto 1080 de 2021 dispone que la Superintendencia Nacional de Salud es la autoridad encargada de “Autorizar el funcionamiento, las condiciones de habilitación y verificar las condiciones de permanencia que deben cumplir las entidades promotoras de salud que surjan del Plan de Reorganización Institucional propuesto ante la Superintendencia Nacional de Salud”.

Que el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, dispuso los requisitos para la implementación de los procesos de reorganización institucional que presenten las Entidades Promotoras de Salud ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Que se hace necesario establecer las condiciones, requisitos y límites al proceso de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud que les permita superar las dificultades administrativas, financieras y operativas que puedan atravesar y de esta manera continuar garantizando el aseguramiento a sus afiliados.

Que, en virtud de lo establecido en el artículo 2.2.2.30.7 del Decreto 1074 de 2015, el Superintendente de Industria y Comercio emitió concepto de abogacía de la competencia, a través de escrito con radicado 22-256415 del 8 de julio de 2022, en el cual manifestó que “la Superintendencia de Industria y Comercio no tiene recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social”.

Que, en cumplimiento de lo previsto en los artículos 3° y 8° de la Ley 1437 de 2011 y 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, modificado por el artículo 2° del Decreto 1273 de 2020, las disposiciones contenidas en el presente Decreto fueron publicadas en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para comentarios de la ciudadanía y los grupos de interés, durante los períodos comprendidos entre el 29 de diciembre de 2021 y el 13 de enero de 2022 de abril de 2022 y entre el 25 de mayo y el 7 de junio de 2022.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónese el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

### “Capítulo 6

#### Proceso de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud

**Artículo 2.5.2.6.1 Objeto.** El presente capítulo tiene por objeto reglamentar las condiciones, requisitos y límites de los procesos de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud.

**Artículo 2.5.2.6.2 Ámbito de aplicación.** Este capítulo aplica a las entidades promotoras de salud, incluidas las cajas de compensación familiar con programas de salud y las organizaciones solidarias autorizadas a operar como tales y a la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 2.5.2.6.3 Proceso de reorganización institucional.** Las entidades promotoras de salud, incluidas las cajas de compensación familiar con programas en salud, podrán presentar planes de reorganización institucional encaminados a cumplir o mantener las condiciones establecidas en los Capítulos 2 y 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto, mediante su reestructuración operacional, administrativa, de activos o pasivos. También podrán presentar planes de reorganización institucional que contemplen la creación de nuevas entidades, fusiones, escisiones o transformaciones, sin limitarse a estas.

Para el efecto las entidades promotoras de salud participantes podrán ceder sus afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos de conformidad con lo pactado en ellos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la entidad promotora de salud resultante del proceso de reorganización institucional.

**Parágrafo.** Las cajas de compensación familiar con programas de salud y las organizaciones solidarias autorizadas para operar como entidad promotora de salud, sólo podrán participar en procesos de reorganización institucional que contemplen la creación de nuevas entidades con personería jurídica diferente, autonomía administrativa y patrimonio propio.

**Artículo 2.5.2.6.4 Etapas de los procesos de reorganización institucional.** Los procesos de reorganización institucional constan de las siguientes etapas:

1. Presentación del plan de reorganización institucional;
2. Evaluación del plan presentado;
3. Formalización y perfeccionamiento del plan aprobado; y,
4. Ejecución y seguimiento del plan de reorganización institucional.

**Artículo 2.5.2.6.5 Presentación del plan de reorganización institucional.** La entidad promotora de salud interesada en adelantar un proceso de reorganización institucional deberá presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud un plan, de acuerdo con lo dispuesto en este capítulo y los demás requisitos operativos definidos por dicha Superintendencia.

Las entidades promotoras de salud podrán presentar planes de reorganización institucional encaminados a cumplir o mantener las condiciones establecidas en los