

MINISTERIO DE HACIENDA
Y CRÉDITO PÚBLICO

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 3103 DE 2025

(noviembre 27)

por la cual se efectúa una modificación al anexo del Decreto de Liquidación en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la vigencia fiscal de 2025.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público, en uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere el artículo 2.8.1.5.6. del Decreto número 1068 de 2015 y,

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto número 1621 del 30 de diciembre de 2024, por la cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2025, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos”, se establecieron las apropiaciones presupuestales para funcionamiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Que el artículo 2.8.1.5.6. del Decreto número 1068 de 2015 establece: “...Las modificaciones al anexo del decreto de liquidación que no modifiquen en cada sección presupuestal el monto total de sus apropiaciones de funcionamiento, servicio de la deuda o los programas y subprogramas de inversión aprobados por el Congreso de la República, se realizarán mediante resolución expedida por el jefe del órgano respectivo. En el caso de los establecimientos públicos del orden nacional, estas modificaciones se harán por resolución o acuerdo de las juntas o consejos directivos, o por resolución del representante legal en caso de no existir aquellas.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección General del Presupuesto Público Nacional, aprobará las operaciones presupuestales contenidas en las resoluciones o acuerdos una vez se realice el registro de las solicitudes en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF Nación.

Que en la Sección 1301-01 Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Gestión General, se identifican recursos en el rubro A-04-02-05-001 “CAPITALIZACIÓN DE ENTIDADES PÚBLICAS”, Recurso 10 - Recursos Corrientes, con Situación de Fondos - CSF, que al encontrarse libres de afectación presupuestal y disponibles, pueden ser objeto de contra crédito para efectos del presente traslado.

Que el Jefe de Presupuesto de la Subdirección Financiera del Ministerio de Hacienda y Crédito Público expidió el Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 4625 del 17 de octubre de 2025, por valor dieciocho mil sesenta y un millones ciento setenta y un mil ciento ochenta y cuatro pesos (\$18.061.171.184) moneda corriente.

Que por lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Modificación al anexo del Decreto número 1621 de 2024.* Modificar el anexo del Decreto número 1621 de 2024 en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la vigencia fiscal 2025, así:

Sección 1301 Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Unidad 130101 – Gestión General

TIPO	CTA	SUB CTA	OBJ	ORD	REC	SIT	DESCRIPCIÓN	CONTRACRÉDITO	CRÉDITO
A	04	02	05	001	10	CSF	CAPITALIZACIÓN DE ENTIDADES PÚBLICAS	\$18.061.171.184	
A	06	03	01	002	10	CSF	FONDO DE ORGANISMOS FINANCIEROS INTERNACIONALES - FOFI, LEY 318 DE 1996		\$18.061.171.184
TOTAL								\$18.061.171.184	\$18.061.171.184

Artículo 2°. *Vigencia.* La presente resolución, rige a partir de la fecha de su publicación y requiere para su validez de la aprobación de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 27 de noviembre de 2025.

Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Germán Ávila Plazas.

La Directora General de Presupuesto Público Nacional,

Martha Hernández Arango.
(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002373 DE 2025

(noviembre 24)

por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, modificatorio del artículo 65 de la Ley 715 de 2001, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia corresponde al Estado la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social incluyendo ello lo correspondiente a la prestación de servicios de salud, considerando para tal fin la participación del sector privado. De forma complementaria, su artículo 49 dispone que dicha prestación de servicios debe ser organizada, dirigida y reglamentada por el Estado definiendo conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Tal acción incluye la definición de políticas dirigidas al sector privado y el ejercicio de la vigilancia y control, así como determinar las competencias y aportes de los diferentes actores públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Asimismo, el precitado artículo prescribe que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Que la Ley 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, en el literal a) de su artículo 6° establece que el Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, para lo cual es necesario realizar ampliación gradual y continua de la oferta, de su acceso y capacidad instalada, incluyendo su mejoramiento, cuya acción se dirige a garantizar el derecho a la salud a todos los residentes en el país.

Que en el mismo artículo 6° de la precitada ley, se define la accesibilidad como uno de los elementos del derecho fundamental a la salud, conforme al cual los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad.

Que los artículos 42, 43 y 44 de la Ley 715 de 2001 establecen las competencias a cargo de la Nación, los departamentos, los distritos y los municipios en el sector salud para la organización de la prestación de los servicios de salud.

Que el artículo 5° de la Ley 1438 de 2011, adicionó el numeral 42.22 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, en el sentido de fijar como competencia de la Nación y en particular del Ministerio de Salud y Protección Social realizar la aprobación de los Planes Bienales de Inversiones Públicas de los departamentos y distritos, instrumentos que se ocupan de la planeación de la inversión requerida para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud, en desarrollo de la política de prestación de servicios de salud.

Que el referido artículo modificó el numeral 43.2.7 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, precisando que es competencia de las entidades territoriales en el sector salud, y en particular de los departamentos y distritos avalar los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud que les sean presentados y correspondan a los municipios de su jurisdicción, en desarrollo de la política de prestación de servicios de salud.

Que los artículos 6° y 7° de la Ley 1438 de 2011 señalan la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social en la elaboración del Plan Decenal Para la Salud Pública la cual se adoptó mediante la Resolución número 1035 de 2022, modificada por la Resolución número 2367 de 2023. Este plan define los objetivos, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento, y mecanismos de evaluación, así como la respectiva Coordinación Intersectorial, necesarios para mejorar el estado de salud de la población.

Que la citada Resolución número 1035 de 2022 modificada por la Resolución número 2367 de 2023 contempla dentro de sus ejes estratégicos, de una parte, alcanzar un nivel primario de atención que guía la organización del sistema de salud en integración con los demás niveles de complejidad y con la atención familiar y comunitaria, y de otra, las instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad que requieren ser fortalecidos en infraestructura, insumos, dotación, equipos biomédicos y personal de salud.

Que el artículo 7° de la Ley 1966 de 2019 establece que los departamentos, en coordinación con los municipios de su jurisdicción, y los distritos, deben reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los prestadores públicos, privados y mixtos y que se debe promover la racionalización de servicios y el control de la oferta de los prestadores en su territorio, privilegiando la red pública y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en materia del control de integraciones empresariales y además las normas especiales que aplican al sector salud sobre tales materias.

Que la Corte Constitucional en Sentencia C-313 de 2014 establece que la organización en redes de servicios incide directamente en la garantía de la eficacia y acceso a los servicios de salud que permiten materializar el derecho fundamental a la salud y, precisó

la diferencia de “redes integrales” y “redes integradas”. Según la Corte, las redes integrales son aquellas que cuentan en su estructura, con instituciones y tecnologías en cada una de las especialidades, con el fin de garantizar una cobertura global frente a las distintas contingencias en materia de salud. Por su parte, las redes integradas corresponden a sistemas interinstitucionales concebidos como una unidad operacional, lo que no implica necesariamente la disponibilidad de todos los servicios requeridos para atender el mayor número posible de situaciones, puesto que, de su etimología se desprende la idea de varias entidades articuladas bajo un orden funcional que no son excluyentes en sí mismas y que en cualquier caso debe entenderse que un sistema integral de servicios de salud es aquel que le garantiza todas las coberturas necesarias al paciente, con independencia de su composición administrativa y estructural.

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “*Colombia Potencia Mundial de la Vida*”, Ley 2294 de 2023, en su artículo 3° define los ejes de transformación del Plan Nacional de Desarrollo, siendo uno de ellos la “*Seguridad Humana y Justicia Social*”. Adicionalmente, en las Bases para su formulación enuncia que dicho eje se compone del catalizador B “*Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar*”, el cual en su numeral 1 versa sobre la progresión del Sistema de Salud hacia uno garantista y universal fundamentado en un Modelo de Salud preventivo y predictivo. Dicho catalizador en su literal “a” asocia tal acción a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a través de la reorientación de los servicios de salud y a la recuperación, fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria, apoyada en la ejecución de un Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación (página 109).

Que el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “*Colombia Potencia Mundial de la Vida*”, modificatoria del artículo 65 de la Ley 751 de 2001, establece que cada diez (10) años, en sincronía con el periodo del Plan Decenal de Salud Pública, el Gobierno nacional preparará y formulará el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) con la participación de las secretarías de salud departamentales y distritales, proponiendo dentro de los doce (12) meses iniciales de gobierno, un plan maestro de inversiones públicas en infraestructura y dotación en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, así como la dotación, equipamiento y equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

Que el parágrafo 3° del citado artículo 164 determina que, en tanto se formulan los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) se seguirá dando aplicación y continuará vigente el procedimiento de formulación de los Planes Bienales de Inversión en Salud que se encontraran vigentes.

Que la Resolución número 2514 de 2012 reglamentó los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, instrumentos que dejarán de estar vigentes una vez se adopten los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), por lo cual perderá su objeto de aplicación; ello implica que también dejará de ser aplicable la modificación que realizó la Resolución número 2131 de 2021 de su artículo 5°, y lo normado adicionalmente en el artículo 4° de la Resolución número 5096 de 2017 que estableció el procedimiento para la inclusión en los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud de los proyectos de inversión por calamidad pública, desastre o emergencia sanitaria en salud o emergencia nacional en salud pública, sanitaria y/o evento catastrófico.

Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario definir la metodología para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS).

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO 1

Generalidades

Artículo 1°. *Objeto*. La presente resolución tiene como objeto definir la metodología para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) y adoptar el Anexo Técnico número 1 que hace parte integral de la presente resolución, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2°. *Definición*. Se definen los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) como los instrumentos de planeación estratégica de inversión en proyectos de construcción de obra nueva, ampliación, adecuación, remodelación, reforzamiento sísmico estructural, reposición, modernización, restauración de infraestructura, y adquisición de dotación biomédica, equipamiento fijo, unidades de transporte y tecnologías de información y comunicaciones en las sedes públicas de prestadores de servicios de salud, para garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la salud. Para efectos de la aplicación de la presente metodología se definen como alcance de los PMIDS Nacional, departamentales y distritales, el siguiente:

1. El Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN) contendrá disposiciones estratégicas que orientan la definición de iniciativas de inversión, en procura de solventar las necesidades generales del país en materia de infraestructura y dotación hospitalaria y, las orientaciones sobre las características de la inversión, gestión, y seguimiento a la implementación tanto del PMIDSN como de

los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales.

2. Los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales contendrán la justificación concreta de problemas y soluciones que sustentan la necesidad de inversión en infraestructura y dotación hospitalaria. Está constituido por el Plan de Inversiones (conformado por las iniciativas de inversión que sean aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y su programación de inversión), y la Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones.

Artículo 3°. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones contenidas en la presente disposición serán aplicables a los departamentos y distritos, de acuerdo con las competencias en salud previstas en los artículos 42, 43 y 44 de la Ley 715 de 2001.

Parágrafo. Se excluyen de la aplicación de la presente disposición, las inversiones públicas en salud que realicen las entidades que hacen parte de los regímenes de excepción, previstos en la Ley 100 de 1993.

Artículo 4°. *Principios Rectores para la formulación de los PMIDS*. Son principios para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamentales, distritales y nacional los siguientes:

a) **Equidad social y territorial**

El Plan Maestro se orienta a reducir las brechas históricas de infraestructura y dotación hospitalaria que niegan y limitan la materialización del derecho a la salud desde su objeto de competencia. En este caso, es a partir de la ampliación de la capacidad instalada, generación de infraestructura y/o adquisición de elementos de dotación, unidades móviles y unidades de transporte asistencial que se aporta a la garantía de disponibilidad y cobertura de los servicios de salud a toda la población del territorio nacional, comprendiendo las dinámicas sociodemográficas y epidemiológicas.

Este principio considera el territorio como punto de partida para las transformaciones. El reconocimiento de territorios, biodiversidades, gentes, actividades productivas, culturas y, en general, realidades históricas y contextos implica, además de la presencia y acción estatal como garante del derecho a la salud y a la vida, la participación e involucramiento ciudadano para avanzar en la eliminación de desigualdades, exclusiones y discriminaciones históricas y sistemáticas. La equidad implica el abordaje de las realidades sociales desde los enfoques de género y diferencial donde el cumplimiento de los derechos prima sin distinción de origen social, etnia o condición económica.

la sociedad utiliza su territorio y tiempo de acuerdo con su organización, creencias y prácticas culturales, por tal motivo los servicios en salud requieren de una distribución geográfica que responda a las dinámicas territoriales y poblacionales.

b) **Accesibilidad**

El Plan Maestro se orienta a favorecer la proximidad y cercanía a los servicios de salud, en procura de que las poblaciones tengan mayores facilidades de acceso a la atención, generando equidad y superando las barreras de la división política y administrativa territorial.

En desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), este principio hace relación a la disposición de servicios de salud como puerta de entrada a la población, en los cuales se garantice la atención esencial, ubicados lo más cerca posible al territorio que las personas habitan. De igual manera, esta estrategia vela por generar los procesos de coordinación requeridos para la garantía de la continua atención en salud entre los diferentes niveles.

c) **Reconocimiento y articulación intersectorial**

El Plan Maestro se orienta a reconocer las particularidades de las personas, familias y comunidades que conforman la población colombiana, principalmente las diferencias y necesidades de adaptación de la oferta de servicios y sus espacios asociados. Para ello, realiza incorporación de los enfoques poblacional, diferencial y de género, y prioriza acciones para el cumplimiento de pactos, compromisos, sentencias, obligaciones y decisiones judiciales en procura de reducir o subsanar una vulneración a los derechos fundamentales, evitando perjuicios irremediables a la población usuaria del sistema de salud. Adicionalmente, la vinculación con otros sectores para la disposición de acciones y servicios que respondan a condiciones sociales, culturales y económicas que actúan como determinantes de la salud y la enfermedad.

d) **Sostenibilidad ambiental y adaptación al cambio climático**

El Plan Maestro se orienta a propender a que las sedes de servicios de salud (fijas o móviles), cuenten con espacios con alta calidad ambiental, arquitectónica y urbanística, coherente con el entorno social, natural y territorial donde se ubican, así como a la implementación de medidas dirigidas a reducir la vulnerabilidad de la infraestructura y la dotación, mitigando los riesgos asociados a amenazas ambientales, naturales y antrópicas debidos a su localización, estructura y uso, propendiendo por la reducción del impacto que tienen en el cambio climático.

Este principio responde a satisfacer las necesidades actuales de la oferta de servicios de salud, sin comprometer las necesidades futuras de las personas, familias y comunidades, en procura de la preservación del medioambiente y la adaptación a los fenómenos del cambio climático, con el fin de garantizar las condiciones óptimas de habitabilidad de las sedes de prestadores públicos.

e) Longitudinalidad y continuidad

El Plan Maestro se orienta a guiar el proceso de planificación, construcción, dotación biomédica y puesta en marcha de la infraestructura en salud con impacto continuo y significativo en la sociedad, considerando la capacidad de adaptarse a los cambios y necesidades futuras.

Se entiende este principio como una búsqueda orientada a que la población realice reconocimiento y adopción de la infraestructura en salud a la cual es asignada en el marco de implementación de la estrategia de APS, identificando como “propio” el establecimiento que le presta servicios de salud, el cual se dirige a brindarle una atención centrada en las personas considerando sus valores y preferencias: dicho reconocimiento generará una relación continua a largo plazo enfocada en la confianza y el conocimiento de la persona y familia, y permite una participación activa de las personas y familias en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud.

f) Gobernanza y gobernabilidad

El Plan Maestro se orienta a facilitar la implementación de los proyectos de inversión en infraestructura, dotación, transporte asistencial y equipamiento industrial de uso hospitalario, reconociendo los roles, competencias e interacción entre los diferentes actores que participan de su formulación e implementación, estableciendo mecanismos para optimizar técnicamente la formulación y estructuración de proyectos, fortaleciendo los procesos para la viabilización y la asignación de recursos, generando gobernabilidad a diferentes niveles contribuyendo a la gestión eficaz de los diferentes actores.

Este principio permite que el estado gestione las necesidades de la población con enfoque participativo y coordinación de actores para dar respuesta eficiente y oportuna a las personas, familias y comunidades.

Artículo 5°. *Formulación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN)*. La formulación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN) está a cargo del Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, quien adelantará su formulación realizando análisis de la situación general del país en materia de infraestructura y dotación hospitalaria, incluyendo las condiciones normativas, técnicas, financieras y de gestión que implican la implementación de proyectos, y realizando estimaciones de necesidad empleando una Metodología Estadística de Estimación que tome en consideración aspectos de distribución de la población, proyecciones de crecimiento, condiciones de vulnerabilidad y de responsabilidad estatal respecto a la disponibilidad de la oferta de sedes de prestadores públicos.

Lo anterior se incluirá en un Documento Técnico de Soporte (DTS) del Ministerio de Salud y Protección Social, que servirá de sustento a decisiones en materia de:

- Principios y estrategias para la formulación de los PMIDS departamentales y distritales.
- Definición de estándares y parámetros técnicos dirigidos a establecer necesidades y orientar la configuración de proyectos.
- Definición de metas cuantitativas y cualitativas a cumplir progresivamente durante el plazo de ejecución.
- Definición de programas que organizarán las iniciativas y proyectos según interés estratégico.
- Criterios de priorización técnica.

Artículo 6°. *Ajuste del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDSN) Nacional*. El Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN) podrá ser ajustado cada cuatro (4) años, o cuando se presenten contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Para poder realizar tal ajuste se deberá contar con:

- Documento técnico de motivación de ajuste en el que se señalen las causas que le sustentan.
- Análisis complementarios y/o actualizados de los elementos diagnosticados.
- El estado de implementación del PMIDNSN empleando de los indicadores definidos en la presente resolución.

Artículo 7°. *Iniciativas de inversión de importancia nacional*. De manera excepcional, el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá formular y presentar al Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamental o distrital, iniciativas de inversión que sean de importancia nacional, siempre que estos contribuyan al cierre de brechas de inequidad, a la coordinación de la oferta de servicios de salud en territorio, y al fortalecimiento de las redes integradas e integrales de salud previstas en el artículo 61 de la Ley 1438 de 2011, concepto que es complementado por lo definido en la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional; se considera en todo caso que dichas redes contemplan las condiciones sociales y geográficas del territorio.

En cualquier caso, estas iniciativas deberán surtir el procedimiento señalado en el Capítulo 5 de esta resolución, y deberán articularse con la organización de la oferta de servicios territorial.

Artículo 8°. *Fases e intervenciones específicas de las iniciativas y proyectos de inversión*. Las iniciativas de inversión y los proyectos de inversión que se formulen para su implementación corresponderán a la totalidad de intervenciones necesarias para una

(1) sede perteneciente a un prestador público de servicios de salud. Dicha iniciativa de inversión podrá estar compuesta por intervenciones sucesivas o paralelas denominadas “fases”, cuyo alcance puede ser de diferente tipo y correspondiente al área total o parcial de la sede, y/o incluyendo la implementación o modificación total o parcial de los servicios que alberga la sede hospitalaria. Cada una de las fases de una iniciativa de inversión puede contar con su propia fuente de financiación, para lo cual, se tendrán en cuenta los límites y condiciones de utilización para el empleo de cada una de ellas.

Sin perjuicio de lo anterior, el conjunto de fases debe ser planeado para evitar afectar la prestación de servicios, la afectación de otras intervenciones (inclusive las ejecutadas de manera previa a la adopción de los PMIDS), y la generación de rezagos o afectaciones a la infraestructura o dotación si esta llegara a estar en desuso de forma temporal. En tal sentido, las iniciativas de inversión deberán señalar de forma expresa si deben contar con plan de contingencia y si requieren recursos para su implementación.

Parágrafo 1°. Esta disposición no será aplicable a los proyectos que hagan transición desde los Planes Bienales de Inversiones en Salud vigentes en los que no se pretenda cambiar el alcance, modalidad, o valor, y para aquellos proyectos que se encuentren en ejecución, con excepción, de aquellos que correspondan a proyectos de infraestructura en los que aún no hubiese iniciado el proceso de adquisición de dotación y tecnologías.

Parágrafo 2°. Cuando en un proyecto se contemplen fases para la adquisición de dotación hospitalaria, mobiliario y tecnologías de la información y comunicaciones se deberá contar con un avance físico de obra de al menos un 70% para dar inicio a la instalación de los elementos (previa certificación de la interventoría o supervisión en su defecto), o en concordancia con el cumplimiento de un plan de trabajo armonizado con la entrada en operación (total o parcial) de los servicios, de manera que se puedan incluir los elementos necesarios de preinstalaciones para el adecuado funcionamiento de equipos y no se adelanten de manera prematura procesos de compra que puedan poner en riesgo a los equipos, sus garantías y futuro mantenimiento.

Artículo 9°. *Formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales*. La formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales estará a cargo de los departamentos y distritos según su jurisdicción empleando para tal fin las orientaciones de formulación incluidas en el Anexo número 1 que hace parte integral de la presente resolución. La aplicación de dichas orientaciones servirá de fundamento al diligenciamiento de la “*Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones*” y al registro de iniciativas de inversión en el aplicativo que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

Artículo 10. *Plazo de ejecución de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales*. En concordancia con el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023 la vigencia de los Planes maestros será de diez (10) años.

Parágrafo. Los primeros Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales tendrán una vigencia de seis (6) años a partir del año 2025 en sincronía con la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Durante dicha vigencia se contemplan plazos de ejecución de corto, mediano y largo plazo. Para tales efectos, se entenderá el corto plazo como el periodo comprendido entre la fecha de publicación de esta resolución hasta el año 2026 inclusive, el mediano plazo desde el 2027 hasta el año 2029 inclusive y el largo plazo desde el año 2030 hasta el año 2031 inclusive.

Artículo 11. *Definición de iniciativas de inversión*. En el marco de la formulación de los del PMIDS departamentales y distritales, sus responsables definirán las iniciativas de inversión a su cargo a través del Aplicativo de Registro de Iniciativas o su equivalente, articularán con la Nación los “Planes de inversiones” a su cargo, y coordinarán la formulación de los proyectos de inversión que desarrollan cada una de las iniciativas en su jurisdicción. Cada una de las iniciativas de inversión contará al menos con:

- a) Información general, incluyendo localización, si corresponde al nivel primario o complementario, el principio al que se asocia, y el programa al que pertenece.
- b) Cumplimiento del PMIDNSN: meta que ayuda a cumplir; nivel de asociación a pactos, acuerdos, compromisos o decisiones judiciales.
- c) Identificación específica de la inversión, incluyendo el costo de cada fase de intervención, fuente de financiación e instrumento de financiación asociado; tipo de intervención, fases de ejecución, duración, área(s) a intervenir, modalidad de gestión y requerimiento de plan de contingencia.
- d) Datos de impacto: variación de la capacidad instalada, población beneficiada, principal grupo de servicio de salud a implementar, y empleo de medidas de adaptación y/o mitigación del cambio climático.

Artículo 12. *Ajuste o actualización de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales*. Los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales podrán ser ajustados bajo tres (3) modalidades así:

1. Ajuste regular. Correspondiente a la acción de modificación parcial del Plan Maestro motivada por la identificación de nuevas necesidades, variación sustancial en la disposición de recursos, identificación de limitaciones de alta importancia que impiden

el desarrollo de proyectos, cambios en la priorización o programación de ejecución de proyectos. Para poder realizar tal ajuste se deberá contar con:

- Documento técnico de motivación de ajuste en el que se señalen las causas que le sustentan.

Propuesta de ajuste detallada

- El estado de implementación del PMIDS departamental o distrital a ajustar incluyendo reporte del seguimiento detallado del estado de iniciativas y proyectos.

El procedimiento para realizar el ajuste regular se encuentra contenido en el artículo 31 de la presente resolución.

2. Actualización obligatoria. Atendiendo lo establecido en el artículo 65 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, el Plan de Inversiones del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamental o distrital podrá ser ajustado cada cuatro (4) años. Se entiende de ello que solamente se ajustarán elementos correspondientes a las iniciativas registradas y aprobadas. Para poder realizar tal ajuste se aplicará el procedimiento establecido en el artículo 32 de la presente resolución.

3. Ajuste excepcional. Atendiendo lo establecido en el artículo 65 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, se podrán realizar ajustes al Plan Maestro cuando se presenten contingencias. Para poder realizar tal ajuste se aplicará en procedimiento establecido en el artículo 33 de la presente resolución.

Se entiende en todo caso, que todos los tipos de ajuste son parciales, y que una reformulación del Plan Maestro sólo resultará aplicable una vez se culmine el plazo de ejecución señalado en el artículo 10 de la presente resolución, para el cual se deberá contar con evaluación integral de todos los plazos de ejecución, en concordancia con el artículo 24 de la presente resolución.

Artículo 13. *Aplicativo de Registro de Iniciativas.* El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una plataforma web en la cual los departamentos y distritos, o la nación presentarán, de manera electrónica las siguientes iniciativas:

- a) Iniciativas de inversión en infraestructura física e infraestructura móvil
- b) Iniciativas de dotación, equipamiento y equipos biométricos
- c) Iniciativas de inversión en tecnologías de la información y comunicaciones es incluyendo la inversión en sedes para la prestación exclusiva de servicios en la modalidad de telemedicina.
- d) Iniciativas de inversión para la adquisición ele transporte asistencial y extramural
- e) Iniciativas mixtas incluyendo dos o más tipos de intervención

El diligenciamiento oportuno, integral y con calidad, es determinante para la inclusión de nuevas iniciativas por parte de la nación, los departamentos y los distritos, el cual podrá ser objeto de evaluación por parte de las entidades de control que así lo consideren.

Artículo 14. *Armonización con la planeación integral para la salud.* En articulación con la Resolución 100 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya, por la cual se adopta el modelo de Planeación Integral para la Salud, las iniciativas y proyectos a incluir en los PMIDS departamentales y distritales tornarán en cuenta los insumos para la planeación integral para la salud señalados en el artículo 5° de la precitada norma, y se articularán con el Componente Operativo y de Inversiones en Salud del Plan Territorial de Salud.

Artículo 15. *Articulación con los Planes Financieros Territoriales de Salud (PFTS).* Los departamentos y distritos deberán programar en los Planes Financieros Territoriales de Salud de cada vigencia los recursos que, de conformidad con la normativa vigente serán destinados a la gestión e implementación de los proyectos de inversión incluidos en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) de su jurisdicción.

Artículo 16. *Identificación de necesidades en el marco de los Planes Territoriales de Salud (PTS).* En el marco de la formulación de los de los Planes Territoriales de Salud (PTS) se podrán identificar necesidades adicionales de mejoramiento de la oferta de infraestructura y dotación de los prestadores de la red pública desde las comunidades que desarrollen los acuerdos concertados con anticipación y se realice seguimiento al cumplimiento de estos. Los resultados de dicha identificación servirán de soporte de futuras actualizaciones o revisiones del PMIDS departamentales y distritales.

Parágrafo. Los prestadores de servicios de salud y las secretarías departamentales o distritales de salud, o cualquier entidad que esté a cargo de la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura y dotación consignarán la información en los sistemas de información que para tal fin defina el Ministerio de Salud y Protección Social, independientemente de la fuente de información con la que se financien los proyectos o si de estos requieran o no de concepto de viabilidad por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 17. *Articulación de los PMIDS departamentales y distritales con otros planes y políticas.* Los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales, deberán articularse con los objetivos, metas y proyectos de otros instrumentos de planeación aprobados a nivel nacional y territorial en los siguientes aspectos:

a) En materia de cumplimiento de metas y coherencia con objetivos, deberá tener en cuenta y podrá facilitar la implementación de las siguientes disposiciones:

- Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)
 - Planes Territoriales de Salud (PTS)
 - Planes de Ordenamiento Territorial (POT)
 - Planes de Desarrollo Territorial (PDT)
 - Planes Hospitalarios de Emergencia de las IPS
 - Planes de Gestión del Riesgo de Desastres (PGRD)
- b) En materia de priorización de proyectos en territorios, poblaciones o comunidades de interés especial, así como de sus objetivos en materia de salud deberá tener en cuenta y podrá facilitar la implementación de las siguientes disposiciones:
- Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).
 - Planes Especiales de Intervención Integral (PEII) de las Zonas Estratégicas de Intervención Integral (ZEII).
 - Programa Nacional Integral de Sustitución Voluntaria de Cultivos de Uso ilícito (PNIS).
 - Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (Zomac)
 - Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)
- c) En materia de planeación y coherencia presupuestal deberá tener en cuenta las siguientes disposiciones:
- Planes Financieros Territoriales de Salud (PFTS) de cada vigencia.
 - Planes Plurianuales de Inversiones (PPI).

Artículo 18. *Responsabilidad de la implementación de proyectos y del PMIDS.* La responsabilidad de la implementación del PMIDS recae sobre las entidades señaladas en el artículo 3° de la presente resolución. Cada uno de los proyectos de infraestructura y dotación deberá de señalar de manera expresa el conjunto de actores responsables de su ejecución, diferenciando, si es el caso, los actores vinculados en cada fase. Se entiende que la responsabilidad de implementación del PMIDSN recae en todas las personas naturales y jurídicas vinculadas a la ejecución de los proyectos de infraestructura y dotación.

CAPÍTULO 2

Gobernanza y Gobernabilidad

Artículo 19. *Fundamentos de la gobernanza y gobernabilidad del PMIDSN.* Las entidades del sector salud asociadas a la inversión en proyectos de infraestructura y dotación deberán regir sus actuaciones por los siguientes principios:

- 1. Eficiencia:** las entidades responsables de la implementación del PMIDS procurarán el cumplimiento de las metas en los plazos definidos, realizando los arreglos institucionales necesarios y haciendo el buen uso de los recursos disponibles.
- 2. Articulación:** la implementación el PMIDS se caracterizará por la cooperación y colaboración institucional empleando mecanismos de comunicación fluida y oportuna, asistencia técnica, retroalimentación permanente lo que permitirá para mejorar la toma de decisiones y agilizar los procesos de formulación y ejecución de proyectos.
- 3. Información:** las entidades responsables de la implementación del PMIDS ofrecerán a la ciudadanía información permanente y datos abiertos sobre el avance en la ejecución del PMIDSN. De la misma forma mantendrán actualizada y validada la información en el Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación para optimizar la información disponible, propiciar la transparencia y mejorar la toma de decisiones.
- 4. Participación:** durante la implementación del PMIDSN se hará uso de los mecanismos disponibles y se generaran los necesarios para lograr la participación de los diferentes sectores de la ciudadanía incluyendo el sector privado, la academia, las organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación y ciudadanía en general en la planeación, implementación y seguimiento de los proyectos del PMIDS.
- 5. Transparencia:** las entidades responsables de la implementación de los proyectos garantizarán información pública oportuna y permanente sobre los procesos de contratación y el avance de los proyectos.

Artículo 20. *Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID).* El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de información integrado que permitirá el seguimiento del desarrollo de los proyectos e iniciativas a través del registro y repositorio de información estratégica respecto a la gestión técnica y administrativa de los proyectos y el seguimiento a su ejecución.

Dicho sistema contará con diferentes aplicativos o funcionalidades asociadas al ciclo de vida de los proyectos, incluyendo como mínimo:

- i. Aplicativo de registro de iniciativas.
- ii. Sistema de información geográfica de la oferta de prestadores.
- iii. Sistema de Información de dotaciones y gestión de activos.
- iv. Registro de procesos de participación comunitaria.
- v. Sistema de consulta web para el seguimiento a proyectos.

Parágrafo transitorio. El Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID) deberá ser implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los doce (12) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente resolución.

Artículo 21. *Eficiencia en la gestión de inversiones derivadas de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS).* Las propuestas de inversión planteadas en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) deberán considerar los recursos requeridos para su desarrollo por lo cual determinarán la fuente del recurso, los flujos de recursos disponibles y los mecanismos para la disposición de los recursos de acuerdo con las formas de financiación del sector en salud vigentes en el territorio nacional. La implementación progresiva del modelo de salud estará sujeta a las disponibilidades presupuestales, en concordancia con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP) y al Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) del sector salud.

Artículo 22. *Transición de los proyectos en ejecución o formulación.* Los proyectos de infraestructura y dotación que se encuentren actualmente en ejecución, o aquellos que aún se encuentren en proceso de evaluación se incluirán en el PMIDS departamental o distrital, y darán cumplimiento a las metas propuestas en el PMIDSN de acuerdo con su plazo de ejecución. Se entienden como proyectos en evaluación aquellos que han sido radicados para estudio o viabilización ante alguna autoridad con el objeto de obtener conceptos o autorizaciones.

Artículo 23. *Asistencia Técnica.* El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, realizará asistencia técnica a las entidades territoriales en todo el proceso de planeación y gestión de la inversión en infraestructura, equipamiento y dotación en salud.

CAPÍTULO 3

Seguimiento del PMIDSN y los PMIDS departamentales y distritales

Artículo 24. *Evaluación de los PMIDS y el PMIDSN.* El seguimiento y evaluación a la implementación del PMIDSN responde a los principios determinados en el artículo 4° de la presente resolución. El seguimiento y la evaluación servirán de base a la toma de decisiones para eventuales ajustes y modificaciones del PMIDS, así como a los procesos de planeación y asignación de recursos por parte de los diferentes actores, en torno al cumplimiento de las metas del PMIDSN.

La evaluación integral del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN) se realizará cada cuatro (4) años y/o en concordancia con el cambio de gobierno. La evaluación integral del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN) se realizará empleando el conjunto de indicadores incluido en el artículo 27 de la presente resolución.

La evaluación parcial de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamentales y distritales se realizará con seis (6) meses de antelación a la modificación y/o presentación de los Planes de Inversión en los términos del artículo 164 de la Ley 2294 de 2023, y/o en concordancia con el cambio de gobierno. La evaluación integral del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamental o distrital, se realizará una vez culmine el largo plazo de ejecución definido en el artículo 10 de la presente resolución y estará a cargo de cada departamento o distrito. La estructura del seguimiento a realizar será de potestad de cada ente territorial, pero su reporte de avance semestral deberá cumplir con los parámetros mínimos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Son usuarios de este proceso las entidades territoriales, las Empresas Sociales del Estado (ESE) o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas y Mixtas y los ciudadanos.

Artículo 25. *Seguimiento del PMIDSN.* El seguimiento a la implementación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional (PMIDSN) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho seguimiento se realizará mediante la medición de los indicadores descritos en el incluido en el artículo 27 de la presente resolución; la periodicidad de medición de los indicadores de logro y temáticos será anual y la medición de los indicadores de gestión será semestral y los publicará utilizando para ello el Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID), el cual permita realizar consultas de distintas variables en un periodo determinado. Para efectos de dicho seguimiento el Ministerio de Salud y Protección Social solicitará a los departamentos y distritos la información que considere necesaria para la actualización de los indicadores aplicables al PMIDSN incluidos en la presente resolución.

Artículo 26. *Seguimiento a los PMIDS departamentales y distritales.* Para el seguimiento de los proyectos de inversión a cargo de los responsables de su ejecución, el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un Sistema de consulta web que hará parte del Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID), el cual será actualizado semestralmente a partir de la información suministrada por los responsables de ejecución de proyectos de inversión. La información que hará parte de dicho Sistema será como mínimo la siguiente:

- a) Información general de localización de proyecto y características de inversión.
- b) Información del avance en la ejecución del(los) contrato(s) en ejecución o culminado(s) asociados al proyecto de inversión.
- c) Información del estado de avance (físico y presupuestal) de los proyectos.
- d) Descripción de impacto y beneficios a generar por el proyecto de inversión.

Parágrafo 1°. El Sistema de consulta web para el Seguimiento y Monitoreo de proyectos de inversión que hará parte del Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación (SIPID), deberá ser implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los doce (12) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente resolución.

Parágrafo 2°. Los responsables de ejecución de proyectos de inversión deberán de suministrar reporte de avance semestral al Ministerio de Salud y Protección Social para que la misma sea incluida en el Sistema de consulta web. Dicha información deberá ser validada de manera previa al envío al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de los departamentos y distritos. El reporte de avance correspondiente al primer semestre del año se realizará dentro de los 10 primeros días hábiles de junio, y la información correspondiente al segundo semestre del año,

dentro de los 10 primeros días hábiles de diciembre, sin perjuicio de la información adicional que pueda ser requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de rendición de cuentas o cambio de gobierno.

Parágrafo transitorio. Entre tanto es implementado el Sistema de consulta web para el Seguimiento y Monitoreo de proyectos, los responsables de la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura y dotación del PMIDS publicarán en sus páginas web la información de estado de avance en la contratación y ejecución de estos.

Artículo 27. *Indicadores aplicables al PMIDSN.* Son indicadores de seguimiento del Plan los siguientes:

a. Indicadores de logro:				
Principios	Indicador	Descripción	Criterio	Modo de verificación y Fuente de información
Equidad social y territorial	Variación del cumplimiento de los estándares proyectados para el PMIDS (Infraestructura)	El indicador mide la variación entre condiciones iniciales de cumplimiento de los estándares y el estado resultante del cumplimiento de estándares por efecto de la implementación de proyectos de infraestructura.	Es el indicador que permite medir el cumplimiento de la reducción de las brechas de capacidad instalada detectadas	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
	Variación del cumplimiento de los estándares proyectados para el PMIDS (Dotación)	El indicador mide la variación entre condiciones iniciales de cumplimiento de los estándares y el estado resultante del cumplimiento de estándares por efecto de la implementación de proyectos dotación.	Es el indicador que permite medir el cumplimiento de las brechas de capacidad instalada detectadas	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
	Porcentaje de personas con atención individual en salud	El indicador mide el impacto de las intervenciones y proyectos del PMIDS con relación a grupos poblacionales identificados	Es el indicador que permite medir el incremento de los servicios ATP en todos los niveles de atención y por tanto la capacidad de respuesta de sistema de salud ante la necesidad sentida de la población, a través de la relación de los proyectos y las poblaciones a los que se busca beneficiar	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS
Accesibilidad	Porcentaje de población que accede a servicios de salud en tiempo óptimo a sedes del nivel primario	El indicador mide la variación de personas que pertenecen a un municipio que tienen mayor dificultad en el acceso	Es el indicador que permite medir a partir de consideraciones para desplazamientos óptimos, el tiempo y distancia empleado por las personas para acceder a servicios de salud, según su portafolio de servicios.	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
Principios	Indicador	Descripción	Criterio	Modo de verificación y Fuente de información
Reconocimiento e intersectorialidad	Porcentaje de población que accede a servicios de salud en tiempo óptimo a sedes del nivel complementario.	El indicador mide la variación de personas que pertenecen a un municipio que tienen mayor dificultad en el acceso	Es el indicador que permite medir a partir de consideraciones para desplazamientos óptimos, el tiempo y distancia empleado por las personas para acceder a servicios de salud, considerando la localización de sedes de prestadores de salud públicos.	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
	Porcentaje de asignación de recursos a proyectos de infraestructura y dotación que dan cumplimiento a pactos, acuerdos y sentencias de los acuerdos y obligaciones del Estado	El indicador mide el nivel de cumplimiento de pactos, acuerdos y sentencias, así como de la inclusión de adecuaciones socio culturales y socio sanitarias en proyectos de infraestructura y dotación.	Este indicador permite establecer el cumplimiento progresivo de acuerdos y obligaciones del Estado con las comunidades, así como de la adaptación de la oferta a las condiciones socio culturales y del entorno dando reconocimiento a la diversidad poblacional	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
	Porcentaje de proyectos incorporan intervenciones asociadas a la sostenibilidad ambiental, calidad y resiliencia	El indicador mide el número de intervenciones que se realizan en términos de calidad, seguridad y resiliencia empleando como parámetro las condiciones generales mínimas necesarias (sismo resistencia, habitación, estrategias ISH, INGRID-H, STAR-H y SMART-H.)	Este indicador permite establecer el nivel de cercanía a las condiciones ideales de prestación de servicios y el mejoramiento de la seguridad y la capacidad de gestión de riesgos en caso de desastre.	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
Sostenibilidad ambiental y adaptación al cambio climático	Masa de CO2 equivalente (CO2e o CO2eq)	El indicador mide el impacto de las intervenciones y proyectos del PMIDS en su entorno	Es el indicador que permite medir la relación de los proyectos y contexto, en perspectiva de transformación y reducción de la huella de carbono	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID
	Número de consultas ciudadanas al Sistema de Información Geográfica de consulta sobre la oferta de sedes de prestadores públicos	El indicador mide el nivel de interacción entre la ciudadanía y el estado para identificar las sedes que resultan más cercanas para su uso.	Este indicador se dirige a medir la adherencia de las familias y comunidades al establecimiento de salud, de manera permanente y continua, definidas en el proceso de territorialización en salud	Sistema de Información de Proyectos de Infraestructura y Dotación- SIPID

Principios	Indicador	Descripción	Criterio	Modo de verificación y Fuente de información
	Número de propuestas de mejora o adaptación de la oferta por parte de la ciudadanía remitidas a través de canales dispuestos para ello	El indicador mide el nivel de interacción entre la ciudadanía y el estado en torno a propuestas de mejoramiento de la oferta.	Este indicador se dirige a medir el nivel de interés de las personas, y comunidades sobre las necesidades del establecimiento de salud, y por ende, de su apropiación.	Sistema de Información de Proyectos e Infraestructura y Dotación- SIPID
	Porcentaje de proyectos con proceso de implementación de tecnología e innovación	El indicador mide el empleo de procesos, técnicas o recursos singulares o distintivos	Es el indicador que permite evidenciar buenas prácticas o el empleo de elementos diferentes a los tradicionales.	Sistema de Información de Proyectos e Infraestructura y Dotación- SIPID

b. Indicadores de gestión

Indicador	Descripción	Relevancia y uso del indicador
Indicador de viabilización de proyectos	El indicador mide el número de proyectos viabilizados por entidad territorial y por el MSPS	Es el indicador que permite medir el estado de evaluación de proyectos, los tiempos empleados para tal fin y su eficiencia
Indicador de asignación de recursos	El indicador mide el número de proyectos con asignación de recursos por entidad territorial, los prestadores públicos de servicios de salud y el MSPS	Es el indicador que permite medir el estado de financiación y asignación de recursos, los tiempos empleados y su consecución
Indicador de cumplimiento de programas	El indicador mide el nivel de avance global de cada uno de los programas del PMIDSN	Es el indicador que permite medir el estado de avance de líneas estratégicas de interés.
Indicador de estado de avance en la implementación de proyectos	El indicador mide el avance progresivo de los proyectos según su tipo, extensión, localización y fuente de financiación.	Es el indicador que permite medir el estado de avance de los proyectos, identificando retrasos, y permitiendo establecer los tiempos reales de ejecución y/o adquisición.
Indicador de asistencias técnicas	El indicador mide el número de asistencias técnicas brindadas por la entidad territorial y por el MSPS, dirigidas a facilitar la formulación y viabilización de proyectos.	Este indicador permite establecer el nivel de relacionamiento entre evaluadores, gestores y formuladores de proyectos en procura de facilitar su maduración.
Indicador de gestión de recursos	El indicador mide el número de acciones tendientes a la gestión de recursos para la financiación individual o general de proyectos.	Este indicador permite identificar el nivel de apalancamiento y gestión desarrollada para el cumplimiento de metas
Indicador de fortalecimiento institucional para la gobernanza y gobernabilidad	El indicador mide el número de acciones desarrolladas tendientes a fortalecer las instituciones y su capacidad de formular e implementar proyectos	Este indicador reconoce la incidencia del recurso humano sobre los resultados, y la articulación entre instituciones en procura de la obtención de mejores resultados

c. Indicadores temáticos

Indicador	Descripción	Relevancia y uso del indicador
Indicador de proyectos orientados en la implementación de la Atención Primaria en Salud	El indicador mide la proporción de proyectos del PMIDS que fortalecen y promueven la implementación de la APS	Es el indicador que permite medir y evaluar como la planeación territorial orienta los recursos y la oferta territorial en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud - APS

Indicador	Descripción	Relevancia y uso del indicador
Indicador de proyectos del PMIDS para el fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud en marco de las RIITS	El indicador mide la proporción de proyectos del PMIDS que se orientan al fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud, en términos de capacidad instalada, infraestructura y dotación que promuevan de manera progresiva la integralidad de la atención en salud en un territorio con el fin de garantizar la integralidad de la atención en salud en marco del nivel primario o complementario.	Permite identificar la proporción de recursos destinados a fortalecer la oferta pública a nivel territorial, a fin de reducir de manera progresiva las brechas existentes.

CAPÍTULO 4

Participación Social en los Proyectos

Artículo 28. *Participación ciudadana en los proyectos que hacen parte del PMIDS departamental o distrital.* Para el ejercicio de lo estipulado en el artículo 2.10.1.1.23. del Decreto número 780 de 2016, las organizaciones sociales y comunitarias podrán contar con información suficiente y veraz sobre la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura y dotación del PMIDS. Para ello los responsables de formulación y ejecución de dichos proyectos deberán implementar acciones que promuevan y permitan la participación ciudadana en la implementación de los PMIDS, y proveerán de información periódicamente al Ministerio de Salud y Protección Social para que sea consignada en el antes señalado Sistema de consulta web para el Seguimiento y Monitoreo de proyectos.

Parágrafo. Para efectos de que la participación que se realice sea incidente, los responsables de ejecución de los proyectos publicarán en sus páginas web “matrices de observaciones y respuestas” o instrumentos equivalentes, en los que se evidencie cómo la participación realizada es evaluada y valorada, señalando si el aporte realizado incidió en la toma de decisiones.

Artículo 29. *Fortalecimiento de la participación ciudadana en la veeduría de proyectos.* El seguimiento y evaluación de los PMIDS departamentales y distritales tomará en cuenta el fortalecimiento de procesos de veeduría y control de la gestión

pública con participación ciudadana. Para ello, las siguientes actividades serán adelantadas por los departamentos y distritos para mejorar la efectividad en el proceso de veeduría y control del PMIDS a su cargo:

- i. Fortalecimiento de los mecanismos de participación en salud: COPACO, Asociaciones de Usuarios de ESE, Veedurías y Comités de Ética Hospitalaria y, su representación en espacios de toma de decisiones como Juntas Directivas de Hospitales, y ser parte del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, entre otras instancias.
- ii. La formación de competencias para la gestión social en el territorio y la exigibilidad de la garantía del derecho a la salud, a partir del enfoque de promoción y calidad de vida.
- iii. Seguimiento, evaluación y sistematización de los procesos participativos con los actores involucrados.

CAPÍTULO 5

Procedimiento de Formulación de los PMIDS departamentales y distritales

Artículo 30. *Proceso de preparación y formulación de los PMIDS departamentales y distritales.* Para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales se adelantarán las siguientes etapas:

30.1 Etapa de Registro de iniciativas:

30.1.1 El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará el Aplicativo de Registro de Iniciativas para que las secretarías de salud departamentales o distritales otorguen permisos a los Usuarios creadores de iniciativas para la creación y administración de iniciativas en su jurisdicción.

30.1.2. Podrán ser Usuarios creadores de iniciativas los siguientes:

- Los prestadores de servicios de salud.
- Los departamentos o distritos donde no haya prestadores de servicios de salud y tal facultad deba ser ejercida por la entidad territorial.
- Las secretarías de salud departamentales o distritales para la inclusión de iniciativas de interés departamental.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas del orden nacional
- La Nación, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio del artículo 7° de la presente resolución.

30.1.3 Los Usuarios creadores de iniciativas registrarán en el Aplicativo de Registro las iniciativas de inversión que consideren pertinentes para solucionar un problema de infraestructura y dotación y/o dar cumplimiento a las metas determinadas en el PMIDSN. El conjunto de iniciativas constituirá la propuesta de “*Plan de Inversiones*”.

30.1.4 Los Usuarios creadores de iniciativas remitirán las iniciativas a las secretarías de salud departamentales o distritales, o quien cumpla sus funciones, dentro de los (10) primeros días calendario del mes de abril del año correspondiente a través del Aplicativo de Registro de Iniciativas. De no ser remitidas las iniciativas dentro del plazo establecido se entenderá que el usuario creador de iniciativas no tiene propuestas o proyectos a presentar.

Las secretarías de salud departamentales o distritales otorgarán permisos a los municipios para que, a través del Aplicativo de Registro de Iniciativas, presenten observaciones sobre las iniciativas localizadas en su jurisdicción, sobre aspectos de definición, gestión, financiación, impacto o asociación a metas. Dichas observaciones se realizarán durante la etapa de registro de iniciativas sin sobrepasar la fecha de remisión de estas a las secretarías de salud departamentales o distritales.

En caso de que sea necesario plantear nuevas sedes para la prestación de servicios. las secretarías de salud departamentales o distritales solicitarán al Ministerio de Salud y Protección Social la creación de esta en el Aplicativo de Registro de Iniciativas. Dicha solicitud se realizará dentro de la Etapa de registro.

Parágrafo 1. Para efectos del primer PMIDS, la información deberá ser remitida por los Usuarios creadores de iniciativas a las secretarías de salud departamentales o distritales, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la entrada en vigor de la presente resolución.

Parágrafo 2°. En el caso en que un proyecto hubiese sido aprobado o incluido previamente en el Plan Bienal de Inversiones en Salud vigente a la fecha, y se encuentre en ejecución, el mismo podrá continuar tal ejecución, siendo necesario que se incluya como iniciativa en el “*Plan de inversiones*” señalando en el Aplicativo de Registro de Iniciativas su estado. En todo caso, la iniciativa a registrar se deberá articular con otras iniciativas que se propongan para la sede. Si para dicho proyecto

se hacen necesarias fases adicionales que no cuenten con recursos y no se encuentren en ejecución se deberán incluir como fases de la nueva iniciativa para la sede, en concordancia con el artículo 8° de la presente resolución.

Parágrafo 3°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas del orden nacional, nacional, registrarán en el Aplicativo de Registro de Iniciativas la información de la inversión que proyectan, debiendo cumplir con los términos y procedimientos definidos en la presente resolución.

30.2 Etapa de evaluación del Plan de inversiones, de articulación y diligenciamiento de la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones departamental o distrital”

30.2.1 Las secretarías de salud departamentales y distritales diligenciarán la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones”, empleando el formato que determine la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social y/o Aplicativo de Registro de Iniciativas.

30.2.2 Las secretarías de salud departamentales y distritales deberán diligenciar la matriz dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del término definido en el numeral 30.1 de la presente resolución.

30.2.3 Una vez recibida la propuesta de “Plan de Inversiones” registrada en el Aplicativo de Registro de Iniciativas, las secretarías de salud departamentales o distritales incluirán en el aplicativo si tienen o no objeciones respecto a las iniciativas de inversión dentro de los diez (10) días calendario y solicitarán al Usuario creador de la iniciativa que realice los ajustes sugeridos. El Usuario creador de iniciativas contará con un plazo máximo de dos (2) días calendario para realizar el ajuste requerido, sin que dicha acción se extienda más allá del plazo establecido en esta etapa.

En caso en que no identifiquen iniciativas de proyectos que permitan dar cumplimiento a las metas del PMIDSN, las secretarías de salud departamentales o distritales solicitarán al Usuario creador de iniciativas del municipio respectivo el registro de la iniciativa. El Usuario creador de iniciativas contará con un plazo máximo de tres (3) días calendario para incluir la iniciativa que se haya sido requerida por el departamento o distrito, sin que dicha acción se extienda más allá del plazo establecido para la inclusión de objeciones por parte de las secretarías de salud departamentales o distritales.

30.2.4 Una vez terminado el plazo para la inclusión de objeciones, las secretarías de salud departamentales y distritales consolidarán el “Plan de Inversiones” que hará parte del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamental o distrital, para lo cual realizarán reuniones con los actores que consideren tienen competencia, en las que analizarán las iniciativas propuestas levantando las actas correspondientes. Para dicha acción, las secretarías de salud departamentales y distritales contarán con un plazo de 5 días calendario.

Parágrafo. Para efectos del primer PMIDS, las secretarías de salud departamentales y distritales deberán culminar la Etapa de Evaluación dentro de los quince (15) días calendario siguientes al vencimiento del término definido en el parágrafo 1° del numeral 30.1 de la presente resolución.

30.3 Etapa de presentación al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

30.3.1 En caso de que esté constituido el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, las secretarías departamentales o distritales de salud o la dependencia que tenga a cargo dichas competencias, presentarán la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones” y el “Plan de Inversiones”, ante dicho Consejo para el ejercicio de sus funciones, dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del término establecido en el numeral 30.1 de la presente resolución. De dicha presentación se dejará constancia en el acta o documento que constate la acción desarrollada, la cual deberá ser firmada por los participantes. Si el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud no se encuentra constituido, esta presentación no es obligatoria para el proceso de formulación del PMIDS departamental o distrital, en cuyo caso, la secretaría distrital o departamental de salud deberá allegar soportes de socialización con actores interesados en las inversiones a realizar, identificando de forma detallada el rol que dichos actores tienen en el proceso y se demuestre el nivel de participación incidente.

El acta de presentación ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud o su documento equivalente, se incluirá en el Aplicativo de Registro de Iniciativas, y se remitirá mediante oficio dirigido a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

30.3.2 Una vez cumplido el término definido en el numeral 30.1. de la presente resolución, las secretarías departamentales o distritales de salud remitirán mediante el Aplicativo de Registro de Iniciativas y oficio dirigido a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria del Ministerio de Salud

y Protección Social la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones” y el “Plan de inversiones. Si vencido el plazo señalado en el numeral 30.1 de la presente resolución, el departamento o distrito no ha remitido la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones” y el “Plan de inversiones”, los que se encuentren incluidos en el Aplicativo de Registro de Iniciativas se enviarán automáticamente para dar inicio a la Etapa de Evaluación. En tal caso, y si surtido el plazo de la Etapa de Evaluación aún no se cuenta con dicho soporte, la implementación del PMIDS quedará condicionada hasta tanto no se subsane la situación.

Parágrafo. Para efectos de la formulación del primer PMIDS departamental o distrital, la matriz deberá ser presentada por parte de las secretarías departamentales o distritales de salud al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del término establecido en el numeral 30.1 de la presente resolución.

30.4 Etapa de articulación de propuestas con la Nación

30.4.1 Una vez recibida de las secretarías departamentales o distritales de salud la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones” y el “Plan de inversiones” a través del Aplicativo de Registro, la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, procederá dentro de los quince (15) días calendario siguientes a realizar el análisis de sus contenidos de acuerdo a los “Criterios para la articulación” señalados en el numeral 2 del Anexo número 1 que hace parte integral de la presente resolución.

30.4.2 Culminado el periodo de análisis, la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social citará de los diez (10) días calendario siguientes, “Mesas de articulación” con las secretarías de salud departamentales, las secretarías municipales de salud y los actores que tengan interés en la formulación de los PMIDS. con el fin de: (i) Revisar la justificación de necesidades de inversión identificadas, (ii) Articular las propuestas con las necesidades de la nación y otros entes territoriales (iii) Construir la programación de iniciativas de inversión consolidando así el “Plan de Inversiones”, que hará parte de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud distritales y departamentales (PMIDS).

30.4.3 En las “Mesas de articulación” citadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se revisarán las iniciativas de inversión que sean de importancia nacional o territorial en concordancia con el artículo 7 de la presente resolución.

30.4.4 Producto de las “Mesas de articulación” se elaborará un Acta donde consten las conclusiones, así como se incluirán versiones definitivas de: (i) la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones”; (ii) El Plan de Inversiones constituido por las iniciativas presentadas y evaluadas (con sus observaciones y objeciones si fuere el caso) y, (iii) La programación de implementación de las iniciativas de inversión. Dicha acta se denominará “Acta de articulación”.

El PMIDS departamental o distrital contendrá total o parcialmente las iniciativas de inversión, de acuerdo con los resultados de las “Mesas de articulación”.

30.5 Elaboración del Concepto Técnico de Aprobación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación Departamental o Distrital: Una vez realizadas las “Mesas de articulación” y suscrita el “Acta de articulación”, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la suscripción de la misma, emitirá el Concepto Técnico de Aprobación del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Salud (PMIDS) del departamento o distrito. Una vez aprobado el PMIDS a través del concepto técnico, este reemplazará el Plan Bienal de Inversiones en Salud vigente del departamento o distrito.

Parágrafo. En ejercicio de sus funciones, la Procuraduría General de la Nación y la Superintendencia Nacional de Salud podrán velar por el cumplimiento a los plazos señalados en el presente artículo.

Artículo - 31. *Procedimiento de ajuste regular al Plan de inversiones del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamental o distrital.* Atendiendo lo establecido el artículo 12 de la presente resolución se deberá adelantar el siguiente procedimiento para el ajuste regular de un PMIDS departamental o distrital:

31.1 Una vez la secretaría de salud departamental o distrital identifique la necesidad de ajuste, la presentará al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, si el mismo estuviese constituido. En caso de que el mismo no estuviese constituido, la secretaría distrital o departamental de salud deberá allegar soportes de socialización con actores interesados en las inversiones a realizar, identificando de forma detallada las observaciones que se hayan realizado respecto a la propuesta de ajuste.

31.2 La secretaría de salud departamental o distrital presentará mediante oficio solicitud de modificación dirigido a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual deberá incluir explicación de las causas que motivan la solicitud de ajuste y el acta de presentación al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, si el mismo estuviese constituido. La solicitud de ajuste deberá contener la descripción de la propuesta de modificación con la que se pretende atender la necesidad, el seguimiento al PMIDS aprobado (correspondiente al periodo entre la aprobación y la fecha de solicitud de ajuste) y la respectiva justificación técnica.

31.3 La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, analizará la propuesta de ajuste dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud y de considerarla procedente realizará dentro de los quince (15) días calendario siguientes al vencimiento del anterior término, una “Mesa de ajuste” con la participación de la secretaria departamental o distrital de salud solicitante. En dicha mesa podrán participar, además de la entidad territorial solicitante, los actores que se identifiquen como posibles interesados, quienes podrán ser invitados por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria según su pertinencia. De la “Mesa de ajuste” se levantará un “Acta de ajuste” donde conste la descripción, motivación y el alcance del ajuste.

Si la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria no considera procedente el ajuste, expedirá el concepto técnico de ajuste NEGATIVO e informará al departamento o distrito dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del término definido para realizar el análisis de la propuesta, indicando las razones por la cual no se aprueba la solicitud.

31.4 La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la suscripción del acta de la mesa de ajuste, expedirá el concepto técnico de ajuste y en caso de ser positivo se autorizará el ajuste al PMIDS, habilitando los usuarios correspondientes para realizar los cambios concertados en el Aplicativo de Registro de Iniciativas. Una vez realizados los cambios concertados en el aplicativo se entenderá el PMIDS como modificado.

Parágrafo. Cuando el ajuste solo implique cambios de forma en la denominación de la iniciativa o un error de transcripción, el mismo podrá hacerse por solicitud de la secretaría de salud departamental o distrital invocando dicha causal a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, quien estudiará la solicitud dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de solicitud y de considerarlo procedente informará a la secretaría de salud departamental o distrital correspondiente la aprobación del ajuste y habilitará a los usuarios correspondientes para realizar los cambios solicitados en el Aplicativo de Registro de Iniciativas. Una vez realizados los cambios de forma o error de transcripción en el aplicativo se entenderá el PMIDS como modificado.

Artículo 32. *Actualización Obligatoria del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud Departamentales y Distritales.* Cada cuatro (4) años, en concordancia con el periodo de Gobierno de las secretarías departamentales o distritales de salud, dentro de los seis (6) primeros meses de gobierno, se deberá presentar la actualización del Plan de Inversiones incluido en el Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud departamental o distrital, para lo cual se solicitará al Ministerio de Salud y Protección Social habilitar el Aplicativo de Registro de Iniciativas con el fin de actualizar aspectos específicas de costos, fuentes de financiación y duración, y se remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social versión actualizada de la programación de inversión.

Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social habilite la actualización en el Aplicativo de Registro de Iniciativas el departamento o distrito contará con quince (15) días calendario para realizar la actualización. En el caso en que la actualización realizada implique variaciones superiores en el costo de la iniciativa que sean superiores al treinta por ciento (30%) del valor inicialmente registrado, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá rechazar el ajuste y solicitar aclaración al departamento o distrito.

Parágrafo. Si después de haberse realizado una actualización obligatoria se hace necesario realizar ajustes adicionales, se deberá adelantar lo definido para el ajuste regular según el artículo 31 de la presente resolución.

Artículo 33. *Situaciones de declaratoria de calamidad pública, desastre o emergencia sanitaria en salud o emergencia nacional en salud pública, sanitaria y/o evento catastrófico.* En los casos en que una entidad territorial, municipal, distrital o departamental, de acuerdo con sus competencias y dando cumplimiento a la Ley 1523 de 2012, haya decretado, mediante acto administrativo, la calamidad pública o la emergencia sanitaria en salud en su territorio o que el Presidente de la República haya declarado la existencia de una situación de desastre y esta sea clasificada como municipal, distrital o departamental, según el caso, o, que el Ministerio de Salud y Protección Social haya declarado la emergencia nacional en salud pública o sanitaria y/o evento catastrófico, y se requiera ajustar el PMIDS, se aplicará lo siguiente:

33.1 Una vez las secretarías departamentales o distritales de salud identifiquen la necesidad de ajuste del PMIDS originada por calamidad pública, desastre o emergencia sanitaria en salud o emergencia nacional en salud pública, sanitaria y/o evento catastrófico, presentará la propuesta de ajuste a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio, en donde se describa la modificación con la que se pretende atender la necesidad en salud emergente y/o recuperar la infraestructura y dotación que haya sido afectada por la situación, con la respectiva justificación técnica.

33.2 La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (3) días calendario siguientes de recibida la solicitud, realizará una mesa de ajuste con la participación de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres de este Ministerio y la secretaría departamental o distrital de salud solicitante. De la mesa se levantará el acta donde conste la descripción y el alcance del ajuste.

33.3 La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio, dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la suscripción del acta de la mesa de ajuste, expedirá el concepto técnico de ajuste al PMIDS departamental o distrital respectivo.

33.4 Emitido el concepto técnico de ajuste al PMIDS, la secretaría departamental o distrital de salud solicitante lo socializará con el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, si el mismo estuviese constituido, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la comunicación de este por parte del Ministerio de Salud y Protección social, lo cual constará en el acta de dicho Consejo. En caso de que el mismo no estuviese constituido, la secretaría distrital o departamental de salud deberá allegar soportes de socialización con actores interesados en las inversiones a realizar, identificando de forma detallada las observaciones que se hayan realizado respecto a la propuesta de ajuste.

De dicha acta o soportes se remitirá copia a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (3) días calendario siguientes a su suscripción. Durante el mismo periodo se autorizará el ajuste al PMIDS, habilitando los usuarios correspondientes para realizar los cambios concertados en el Aplicativo de Registro de Iniciativas. Una vez realizados los cambios concertados en el aplicativo se entenderá el PMIDS como modificado.

Parágrafo. Podrán hacer uso del mecanismo definido en el presente artículo las secretarías departamentales o distritales de salud que ante una contingencia o emergencia funcional requieran inscribir una iniciativa dirigida a la recuperación inmediata de infraestructura y/o adquisición de equipos fijos y/o dotación hospitalaria. Se entiende como contingencia o emergencia funcional una situación sobreviniente, no prevista, que afecta ostensiblemente la prestación del servicio y pone en riesgo a los usuarios del servicio. Para efectos de la aplicación de este mecanismo, las secretarías departamentales o distritales de salud deberán presentar documentación y/o registro fotográfico de la situación en el que se demuestre y/o evidencie el grado de afectación. Las secretarías departamentales o distritales de salud podrán solicitar asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social para determinar las acciones necesarias para recuperar la funcionalidad de las instalaciones.

CAPÍTULO 6

Disposiciones Finales

Artículo 34. *Prohibiciones.* No podrán girarse recursos del orden nacional, departamental, distrital o municipal, ni realizarse ningún tipo de inversión en infraestructura y dotación en salud, a proyectos que no hagan parte del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamental o distrital aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 35. *Transición del Plan Bienal de Inversiones en Salud 2024-2025.* En tanto se formulan los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS) departamentales y distritales seguirá vigente el Plan Bienal de Inversiones en Salud 2024-2025 y los mecanismos para su ajuste. Si un proyecto perteneciente a dicho Plan Bienal culmina su ejecución durante dicha vigencia, no se deberá incluir en el Plan Maestro de la jurisdicción en la que se localice. Si requiere de intervenciones adicionales que no estaban contempladas en el Plan Bienal mediante el cual fue aprobado se deberán incluir en el Plan Maestro a formular como iniciativa.

Artículo 36. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de su expedición y deroga la Resolución número 2514 de 2012, y su modificatoria la Resolución número 2131 de 2021 y el artículo 4° de la Resolución número 5096 de 2017.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 24 de noviembre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

<div><div>ANEXO No. 1</div><div>Orientaciones para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales</div><div>TABLA DE CONTENIDO</div><div><div>PRESENTACIÓN 3</div><div>1. MATRIZ DE VALORACIÓN DE NECESIDADES E IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES 4</div><div>1.1 EJES DE ANÁLISIS 5</div><div>1.2 DEFINICIÓN DE PROBLEMAS A NIVEL DEPARTAMENTAL O DISTRITAL 19</div><div>1.3 DEFINICIÓN DE SOLUCIONES 19</div><div>1.3.1 Apuestas Estratégicas de los PMIDS 20</div><div>1.3.2 Tipos de iniciativas de inversión a considerar como parte de las soluciones 24</div><div>1.4 PLAN DE INVERSIONES DEL PMIDS DEPARTAMENTAL O DISTRITAL 31</div><div>2. CRITERIOS PARA LA ARTÍCULACIÓN 32</div></div></div>	<div><div>LISTA DE SIGLAS</div><div><div>APS</div><div>Atención Primaria en Salud</div></div><div><div>DNP</div><div>Departamento Nacional de Planeación</div></div><div><div>ESE</div><div>Empresas Sociales del Estado</div></div><div><div>IPS</div><div>Institución Prestadora de Servicios</div></div><div><div>IDEAM</div><div>Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales</div></div><div><div>INVIMA</div><div>Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos</div></div><div><div>MSPS</div><div>Ministerio de Salud y Protección Social</div></div><div><div>NSR – 10</div><div>Norma Sismo Resistente (Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente)</div></div><div><div>OPS/OMS</div><div>Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud</div></div><div><div>PMIDS</div><div>Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud</div></div><div><div>PTRRM</div><div>Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización</div></div><div><div>PND</div><div>Plan Nacional de Desarrollo</div></div><div><div>PNSR</div><div>Plan Nacional de Salud Rural</div></div><div><div>PDSP</div><div>Plan Decenal de Salud Pública</div></div><div><div>PTS</div><div>Planes Territoriales de Salud</div></div><div><div>PATR</div><div>Planes de Acción para la Transformación Regional</div></div><div><div>PDET</div><div>Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial</div></div><div><div>POT</div><div>Plan de Ordenamiento Territorial</div></div><div><div>PBOT</div><div>Plan Básico de Ordenamiento Territorial</div></div><div><div>EOT</div><div>Esquema de Ordenamiento Territorial</div></div><div><div>PDT</div><div>Planes de Desarrollo Territorial</div></div><div><div>PFTS</div><div>Planes Financieros Territoriales de Salud</div></div><div><div>PPI</div><div>Plan Plurianual de Inversiones</div></div><div><div>POAI</div><div>Plan Operativo Anual de Inversiones</div></div><div><div>RIITS</div><div>Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud</div></div><div><div>RIPS</div><div>Registros Individuales de Prestación de Servicios</div></div><div><div>SIHO</div><div>Sistema de Información Hospitalaria</div></div><div><div>SMART</div><div>Specific, Measurable, Action-oriented, Realistic, and Time-bound (Específico, medible, orientado a la acción, realista y con plazos determinados)</div></div><div><div>TICs</div><div>Tecnología de la Información y Comunicaciones</div></div></div>
--	--

<p>ser solucionadas a través de proyectos de inversión en infraestructura y dotación.</p> <p>c. Propuesta de soluciones del departamento o distrito: En este apartado los departamentos y distritos definirán una propuesta de solución a la problemática planteada, indicando la justificación que demuestra como la solución ataca las causas identificadas del problema. Para la construcción de las soluciones propuestas es preciso considerar las apuestas estratégicas existentes desde el ámbito nacional, entendidas como elementos transversales que pueden facilitar la definición de acciones que requieren de la inversión en infraestructura y dotación. La propuesta de soluciones del departamento o distrito puede abarcar acciones o elementos que no necesariamente sean de índole físico, pero para efectos del PMIDS debe fundamentar la definición de iniciativas de inversión.</p> <p>La estructura de la “<i>Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones</i>”, corresponde a:</p> <table><tr><th>Ejes de análisis</th><th>Eje 1. Reducción de las brechas de capacidad instalada</th><th>Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica</th><th>Eje 3. Cumplimiento de sentencias y obligaciones judiciales</th><th colspan="2">Eje 4. Gestión del riesgo</th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th>Reducción del riesgo asociado a fenómenos naturales y antrópicos</th><th>Resiliencia y adaptación por emergencias</th></tr><tr><td>Problemática departamental o distrital (respecto de cada uno de los ejes).</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Propuesta de soluciones del departamento o distrito (respecto de cada uno de los ejes).</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>1.1 EJES DE ANÁLISIS</p> <p>Se definen como Ejes de Análisis de los PMIDS los siguientes:</p> <p><u>Eje 1. Reducción de brechas de capacidad instalada</u></p> <p>Para garantizar el continuo servicio de la atención en salud con la calidad que las personas y familias requieren (empleando sus atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, equidad y eficiencia) y, concretando el derecho fundamental a la salud, es necesario dimensionar las brechas en capacidad instalada en los territorios. En este sentido, se debe conocer la capacidad instalada de servicios de salud, así como las necesidades de atención en salud de modo que se analicen de forma conjunta en sus diferentes variables y se identifique la brecha existente. Lo anterior pretende asegurar el acceso a los servicios de salud a fin de promover el más alto nivel de bienestar individual, familiar y colectivo, de tal forma que se conformen rutas de atención integrales y adaptadas a las realidades de cada territorio.</p>	Ejes de análisis	Eje 1. Reducción de las brechas de capacidad instalada	Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica	Eje 3. Cumplimiento de sentencias y obligaciones judiciales	Eje 4. Gestión del riesgo						Reducción del riesgo asociado a fenómenos naturales y antrópicos	Resiliencia y adaptación por emergencias	Problemática departamental o distrital (respecto de cada uno de los ejes).						Propuesta de soluciones del departamento o distrito (respecto de cada uno de los ejes).						<p>Para dimensionar y comprender las brechas se plantean, a continuación, algunos elementos y componentes conceptuales, así como algunas fuentes de información, a considerar:</p> <p>En primer momento es necesario abordar las necesidades de servicios salud requeridas por la población en un determinado territorio. El estudio de estas necesidades busca identificar los servicios que deben prestarse allí, en los momentos asociados a acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con las características particulares del territorio. Es posible agrupar las necesidades en tres componentes:</p> <p>a. La cobertura de las atenciones que requieren grupos poblacionales definidos por la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal en los términos de la Resolución 3280 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya, para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, asociadas al perfil epidemiológico de la población.</p> <p>b. La necesidad en salud percibida, pero no satisfecha a lo largo del proceso institucional de la salud. Dicha necesidad, referida de manera específica a la población que presenta posibles eventos en salud, aunque no previsibles, o una urgencia y barreras de acceso a la atención en salud.</p> <p>c. La población con necesidad que refiere al uso efectivo ante una necesidad en salud, asociada al total de servicios prestados en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones y procedimientos.</p> <p>La capacidad instalada considera la identificación de los recursos físicos de infraestructura y dotación con los que cuenta el territorio, los prestadores y servicios habilitados en la red de prestación de servicios de salud, los dispositivos médicos y las tecnologías asociadas a la prestación de los servicios con oportunidad y calidad.</p> <p>Para dar cuenta de la capacidad instalada, se requiere abordar tres componentes:</p> <p>a. Identificación de los prestadores de servicios de salud según naturaleza jurídica y nivel de atención a nivel territorial, incluyendo un porcentaje de estos prestadores en condiciones inadecuadas o que están en proceso de implementación.</p> <p>b. Identificación de la infraestructura hospitalaria disponible, considerando los recursos con los que cuentan las instituciones (camas, servicios asistenciales habilitados incluidos los servicios de transporte asistencial básico y medicalizado).</p> <p>c. Identificación de la dotación hospitalaria disponible referido a equipo biomédico, equipo industrial de uso hospitalario según el nivel de complejidad de los servicios con los que cuentan los prestadores de servicios en salud.</p> <p>Dicha dotación incluye elementos tales como Tecnologías de la Información y Comunicaciones que permitan implementar sistemas de información digital, sistemas de telesalud y plataformas de gestión hospitalaria.</p>
Ejes de análisis	Eje 1. Reducción de las brechas de capacidad instalada	Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica	Eje 3. Cumplimiento de sentencias y obligaciones judiciales	Eje 4. Gestión del riesgo																					
				Reducción del riesgo asociado a fenómenos naturales y antrópicos	Resiliencia y adaptación por emergencias																				
Problemática departamental o distrital (respecto de cada uno de los ejes).																									
Propuesta de soluciones del departamento o distrito (respecto de cada uno de los ejes).																									
<p>Debe tenerse claridad sobre el número y proporción de hospitales con infraestructura o dotación hospitalaria inadecuada, con el fin de priorizar las propuestas de ampliación o reemplazo, posibilitando un incremento en la capacidad instalada, haciendo uso de los recursos físicos existentes, así como considerando las propuestas que ya se encuentran en estructuración, evaluación y/o implementación.</p> <p>Lo anterior debe estar acorde con la identificación del déficit de infraestructura y necesidad de servicios requeridos según el perfil epidemiológico. Con esta información puede estimarse la necesidad que se tendría de la capacidad instalada en infraestructura y dotación en salud (CEPAL, 2024, p. 21).</p> <p>Para facilitar la construcción de la problemática asociada a este eje se plantean, a continuación, algunas preguntas orientadoras:</p> <ol style="list-style-type: none">¿Cuáles son las principales características de las necesidades en salud del departamento o distrito que deben ser consideradas en las propuestas de infraestructura y dotación?¿Cuáles son las principales características del perfil de salud que deben ser consideradas en las propuestas de infraestructura y dotación?¿Cuál es la magnitud de necesidades en salud potenciales y cómo puede gestionarse a través de las propuestas en infraestructura y dotación?¿Cuáles son las principales problemáticas asociadas a la capacidad instalada del departamento?¿Cuáles son los principales elementos asociados a la infraestructura y dotación que se encuentran en condiciones deficitarias considerando los resultados de la brecha?¿Qué tipo de proyectos de infraestructura hospitalaria se encuentran en proceso en el departamento o distrito? ¿Qué capacidad tienen para disminuir las brechas identificadas?¿Qué proyectos de tecnologías digitales se tienen y/o pueden ser considerados?¿Qué servicios son necesarios según perfil de morbilidad y mortalidad y no están habilitados? Considerar tecnologías digitales.¿En el territorio, la prestación de servicios de salud se da bajo la presencia de prestador público exclusivo?¿La ESE garantiza los servicios trazadores de prestador público exclusivo de acuerdo con su nivel de complejidad? ¿Cuáles sí? ¿Cuáles no?¿En el municipio se ofertan y garantizan servicios de salud trazadores con prestador público exclusivo a través de la ESE o infraestructura pública administrada por terceros? <p>Indicadores para la medición de brechas de capacidad instalada</p> <p>Para este eje de inversión se pueden identificar indicadores cuantitativos que demuestran la existencia o tendencia del problema. Sus principales componentes y fuentes se especifican a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none">Tamaño y distribución de la población por grupos etarios: La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, pondrá a disposición esta información.	<ol style="list-style-type: none">2. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas: Esta información se puede consultar en https://rsvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/.3. Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos (para la tabulación de datos de mortalidad: lista 6/67¹): Razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad general, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales, porcentaje de partos institucionales y porcentaje de partos por cesárea.4. Cumplimiento de los programas: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de que tratan las Resoluciones 3280 de 2018 y 202 de 2021.5. Necesidad percibida: Datos de la encuesta de calidad de vida. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio pondrá a disposición esta información.6. Atenciones de consultas externas, hospitalizaciones, urgencias y procedimientos en salud: La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, pondrá a disposición esta información.7. Capacidad instalada: REPS y SIHO. Infraestructura, dotación hospitalaria y servicios habilitados. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio, pondrá a disposición esta información.8. Dotación equipos biomédicos: SIHO (dotación) y/o el aplicativo que para tal fin disponga la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio. <p><u>Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica</u></p> <p>Garantizar el derecho a la salud implica una revisión al componente espacial (geográfico) o de territorialización, relacionado con que las personas tengan oportunidades equitativas de atención, más allá de las divisiones políticas y administrativas, en términos de movilidad y cercanía (proximidad).</p> <p>El componente territorial tiene una incidencia en la calidad de vida de la población en satisfactores como acceso a equipamientos comunitarios de salud (sedes del nivel primario y complementario). En el contexto actual, para medir esta incidencia se utilizan dimensiones como la localización, distribución, asociaciones, interacciones y evoluciones espaciales, las cuales a su vez son indicativas de inequidades o brechas en salud.</p> <p>De tal forma, se puede interpretar que, para la superación de estas inequidades y el mejoramiento de la calidad en la atención, el componente espacial es pieza fundamental para garantizar el derecho constitucional a la salud, para lo cual se pueden implementar, entre otras, estrategias que incorporen la prestación móvil de servicios de salud, tecnologías de telesalud y soluciones digitales, para aquellos lugares de baja demanda o con menor cantidad de población, sin que esto sustituya la necesidad de contar con infraestructura física donde así se requiera.</p> <p>En una aproximación al término de accesibilidad geográfica, esta se define como la cercanía (proximidad) o fácil movilización (limitaciones o barreras) hacia los</p> <p><small>¹ Disponible en: https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/8.Lista_Mort%20OPS%20667.pdf</small></p>																								

prestadores de servicio. Para esto, la relación geográfica entre población y servicios de salud debe comenzar por garantizar que el acceso a los servicios en salud se de en condiciones de proximidad al lugar de residencia y entornos de la población. La accesibilidad geográfica será entendida entonces como la proximidad o cercanía espacial entre demanda (población) y oferta (infraestructura -equipamiento). En este punto, es importante mencionar que existen diferentes formas de medir la accesibilidad geográfica: tiempo, distancia, medidas de gravedad y rutas óptimas.

Dado que los estudios realizados a la fecha por el Ministerio de Salud y Protección Social se basan en tiempos promedios entre la infraestructura y la población, calculado a partir del uso predominante del transporte automotor, se considera oportuno incluir a estas mediciones, otras condicionantes que puedan tener incidencia en la proximidad, tales como las limitaciones o barreras en la movilidad.

Condicionantes para la accesibilidad espacial

- Barreras temporales y permanentes con impacto en la accesibilidad geográfica

Con el objetivo de entender las diferentes problemáticas territoriales en salud y apoyar la toma de decisiones relacionadas con la inversión, es necesario identificar las barreras físicas, accidentes, eventos o desastres naturales, barreras culturales o de seguridad que pueden afectar directamente la capacidad de las personas para acceder a los servicios que se prestan en la infraestructura de salud o la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante posibles emergencias, lo que puede alterar significativamente las condiciones normales de accesibilidad geográfica y generar desequilibrios importantes en el acceso a servicios de salud.

Estos eventos o barreras pueden afectar a la propia infraestructura de salud, pero principalmente afectan a los modos (formas de desplazamiento y vías de transporte) y medios (vehículos) que son utilizados frecuentemente para conectarse físicamente y, alteran principalmente la conectividad en zonas rurales o las preferencias de uso, ya que a menudo están ubicadas lejos de los centros urbanos o asentamientos mayores donde se concentra la infraestructura que presta los servicios de salud.

Debido a la frecuencia del evento, tipo de barrera y su nivel de afectación sobre la infraestructura de transporte se pueden clasificar en:

- Barreras o eventos permanentes:** Son obstáculos o limitaciones que persisten a lo largo del tiempo y afectan la accesibilidad a la infraestructura de salud de manera constante. Estas barreras son intrínsecas a la situación o características propias del entorno.

Entre otros, son eventos o barreras permanentes las asociadas a la deficiencia o mal estado de la infraestructura de transporte por mantenimiento, construcción, ausencia o pérdida de puntos de paso o pérdida de su capacidad de tránsito (pérdida de puentes, cables, pasos) que impidan o limiten su uso total o parcial para transportar personas o dotaciones hacia y desde la infraestructura de salud.

También pueden existir barreras o eventos por motivos culturales, económicos o de seguridad que impidan o eviten la conectividad física o acceso desde y hacia una zona donde se localice una infraestructura de salud y que obligue a usar otros modos y medios de transporte y/o que disminuyan la demanda o preferencia de uso de la infraestructura de salud.

- Barreras o eventos temporales:** Son obstáculos o limitaciones que surgen en respuesta a situaciones específicas o transitorias y pueden afectar temporalmente la accesibilidad a la infraestructura de salud. Estas barreras no son permanentes, pero si pueden ser repetitivas y pueden ser influenciadas por factores esporádicos como desastres naturales, emergencias de salud pública o cambios en el entorno socioeconómico.

Entre otros, son barreras o eventos temporales los asociados a las condiciones propias de la gestión del riesgo definida en el Decreto 1807 de 2014 y que se presenten frecuente o repentinamente en la zona o región de estudio, o condiciones climáticas extremas que comprometan la seguridad de las personas y como consecuencia generen cierres temporales de medios de transporte, interrumpan temporalmente el transporte, impliquen el uso de modos especializados de transporte para acceder a la infraestructura de salud o que obligue al uso de rutas o corredores alternos poco seguros o menos accesibles y de menor frecuencia de uso.

También son eventos temporales aquellos que por condiciones sociales o políticas conlleven bloqueos que impidan el acceso de la infraestructura de salud durante un periodo limitado de tiempo.

Los principales efectos de los eventos temporales y permanentes sobre diferentes modos de transporte son:

- Transporte terrestre:** Las barreras y eventos mencionados anteriormente pueden afectar principalmente el acceso a través de medios de transporte terrestre, como automóviles, autobuses y motocicletas.
- Transporte fluvial o marítimo:** En áreas donde el transporte fluvial o marítimo es común, eventos como inundaciones o bloqueos en puertos pueden afectar la accesibilidad a la infraestructura de salud al interrumpir el transporte de personas y suministros médicos.
- Transporte aéreo:** Aunque menos común en áreas rurales, los eventos climáticos adversos pueden afectar la accesibilidad a través del transporte aéreo al causar condiciones peligrosas para el aterrizaje y despegue.

Para valorar las propuestas de inversión en infraestructura de salud, soportadas en el diagnóstico de accesibilidad geográfica, los entes territoriales deberán priorizar las áreas, municipios o micro- territorios con tiempos de traslado con promedios superiores a los considerados como aceptables; adicionalmente, se deben estudiar las limitaciones por barreras permanentes o temporales.

De acuerdo con el tipo de infraestructura y según la población localizada en el territorio, se deberá priorizar inversiones que garanticen la localización de nuevos equipamientos en zonas de mayor densidad poblacional, entre tanto, en zonas con densidades bajas, se podrán priorizar otras estrategias diferentes a infraestructuras fijas (ej. tele salud o visitas médicas).

Los tiempos establecidos en la siguiente tabla han sido ajustados a del "Estudio de modelación de clústeres territoriales para la gestión integral en salud, basado en el análisis funcional de geografía sanitaria" (Minsalud, 2024).

Tiempo promedio de acceso al servicio de salud	Sedes de Prestadores del nivel primario	Sedes de Prestadores del nivel complementario
Ideal	Hasta 15 minutos	Hasta 30 minutos
Óptima	16-30 minutos	31-60 minutos
Buena	31-45 minutos	61-90 minutos
Aceptable	46-60 minutos	91-120 minutos
Deficiente	61-75 minutos	121-150 minutos
Crítica	Más de 76 minutos	Más de 151 minutos

Para el análisis de la accesibilidad geográfica y considerando que cada uno de los departamentos y distritos del país cuenta con espacios o situaciones singulares ocasionadas por su relación de colindancia con otras entidades territoriales, o incluso con regiones fronterizas, se recomienda evaluar las condiciones particulares de oferta y demanda para áreas geográficas que comparten o pueden compartir prestación de servicios o complementarse en la gestión en salud.

Para este tipo de evaluación se sugiere un trabajo conjunto entre la Secretarías de Salud departamentales o distritales o la entidad que cumpla estas funciones, y las Empresas Sociales del Estado- ESE. De igual forma, es importante considerar que algunas ESE tienen facultad de operación en más de un municipio, por lo cual se considera el ejercicio de la misma y las ventajas que ello conlleva en la toma de decisiones.

Para facilitar la construcción de la problemática asociada a este eje, se plantean a continuación algunas preguntas orientadoras:

Preguntas orientadoras de infraestructura

- ¿Cuál es el tiempo promedio que gasta la población de cada municipio en llegar a un centro de salud y a un hospital de la red pública?
- ¿Cuáles son los municipios o lugares del municipio que menos y más tiempo tardan en llegar a un servicio de salud?
- ¿Cuál es el medio de transporte más utilizado por la población de cada municipio para acceder a un servicio de salud? (Transporte público, vehículo particular, motocicleta, bicicleta, lancha, a pie, otro).
- ¿Cuáles son las principales barreras o limitaciones de la población para llegar hasta un centro de salud u hospital: fenómenos naturales, cambios climáticos, situaciones de seguridad, estado de las vías, costo del transporte, peajes, distancias excesivas, barreras culturales o idioma ¿Otro?
- ¿Cuáles municipios o lugares donde se encuentra la infraestructura de salud y en los cuales, por efecto de barreras o cambio de más de un medio transporte, varía sensiblemente el tiempo promedio en llegar, o que por estas condicionantes sea necesario optar por otras rutas o medios menos frecuentes?
- Para aquellos lugares o municipios con barreras o limitaciones de infraestructura de transporte ¿Existen otras formas de conectividad como conexión digital o

TICs (acceso a internet fijo, móvil o satelital) que permitan mejorar la accesibilidad a servicios de salud?

- ¿Cuál es el nivel de conectividad digital (internet fijo, móvil y/o satelital) en las instalaciones de salud del municipio y cómo afecta ello la implementación de la modalidad de telemedicina?
- ¿Existen proyectos en curso para mejorar la infraestructura tecnológica (como sistemas de información hospitalaria y redes de datos) en los centros de salud y hospitales?
- ¿Existen infraestructuras de salud localizadas en zonas con demanda de servicios de salud en las que sea limitada la prestación de servicios por la presencia barreras de idiomas, culturales, entre otras?

Preguntas orientadoras para dotación hospitalaria

- ¿Cuáles son las dificultades que se presentan para dotar los puntos de atención más lejanos de los territorios?
- ¿Con qué servicios públicos cuenta el lugar, que garanticen la operatividad de los equipos biomédicos?
- ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar a los puntos de atención la dotación requerida?
- ¿Con qué frecuencia se realizan actividades de mantenimiento en sus puntos de atención?
- ¿Cuántos puntos de atención cuentan con dotación suficiente y adecuada para la prestación de servicios?
- ¿La infraestructura existente garantiza la operatividad de los equipos biomédicos?
- En caso de presentarse una emergencia donde se requiera asistencia de soporte vital en los puntos de atención más alejados y con accesibilidad geografía difícil ¿Se cuenta con dotación que permita un traslado seguro?

Para este eje de inversión se pueden identificar indicadores cuantitativos que demuestran la existencia o tendencia del problema, para lo cual se plantean a continuación algunos ejemplos:

Fuentes de información, e indicadores asociados a la infraestructura y dotación

- Accesibilidad geográfica para equipamientos de Salud en cabeceras municipales elaborado por el DANE: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/territorio/accesibilidad-equipamientos/>
- Modelo de regionalización funcional del territorio colombiano, estudio de referencia para el desarrollo de la propuesta de reorganización de hospitales públicos. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/PSA/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>
- Estudio de modelación de clústeres territoriales para la gestión integral en salud, basado en el análisis funcional de geografía sanitaria. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/OA_S/territorializacion-salud-diseno-regiones-subregiones-funcionales-colombia.pdf

<div><p>Indicadores de accesibilidad:</p><ul style="list-style-type: none">- Tiempo promedio de acceso (desplazamiento) empleando transporte automotor (vehicular) a sedes públicas de prestación de servicio por municipio.- Tiempo promedio de acceso (desplazamiento) empleando transporte automotor (vehicular) a sedes públicas de prestación de servicio por municipio del nivel complementario.- Porcentaje de población por municipio con acceso a prestadores primarios a 60 minutos o menos, en transporte automotor (vehículo).- Porcentaje de población por municipio con acceso a sedes públicas de prestación de servicios del nivel complementario a 120 minutos o menos, empleando transporte automotor (vehículo).- Cantidad de servicios ofertados en zonas apartadas (lo cual implica más de 120 minutos en transporte automotor (vehículo) o una medida asociada a instituciones en la zona rural) con equipos biomédicos adecuados para la atención de pacientes según su condición.- Cantidad de mantenimientos realizados a los equipos biomédicos disponibles en zonas de atención apartadas.- Proporción de instalaciones de salud con acceso a servicio de internet de alta velocidad fijo, móvil o satelital.- Número de servicios de telemedicina ofrecidos en zonas rurales y dispersas.- Frecuencia de uso de plataformas de salud digital por pacientes y personal médico.- Número de unidades de transporte asistencial (básicas o medicalizadas), disponibles.- Número de infraestructuras móviles y/o itinerantes disponibles.<p><u>Eje 3. Cumplimiento de sentencias y obligaciones judiciales</u></p><p>Como soporte jurisprudencial para la implementación del Plan Maestro de Inversión en Infraestructura Equipamiento y Dotación en Salud, es importante tener en cuenta aquellas decisiones proferidas por las distintas autoridades judiciales en procura de reducir o subsanar una vulneración a los derechos fundamentales y para evitar perjuicios irremediables a la población usuaria del sistema de salud.</p><p>De manera particular, algunas de dichas decisiones se refieren a concertaciones con la comunidad y otras establecen de manera explícita la disposición de infraestructura; en estos últimos casos se presentan retos por las dificultades relacionadas con la sostenibilidad, el uso de los servicios por parte de la comunidad, el mantenimiento de estas infraestructuras, entre otros aspectos.</p><p>De manera consecuente, es importante identificar si existen sentencias, obligaciones judiciales, acuerdos, compromisos gubernamentales o fallos que a nivel general para la entidad territorial o para municipios en específico resultan de obligatorio cumplimiento, y, por ende, deben ser tomadas en cuenta como directrices para la determinación de soluciones.</p><p>Así mismo es necesario considerar acuerdos, compromisos de gobierno (adquiridos en mingas, paros y procesos de formulación de otros planes o políticas públicas), diálogos vinculantes y en general procesos de participación incidente que de manera explícita hayan hecho requerimiento de inversiones en infraestructura y dotación, considerando en todo caso su planeamiento progresivo y racional, de acuerdo con</p></div>	<div><p>los recursos disponibles y las posibilidades de operación de los prestadores de servicios.</p><p><u>Eje 4. Gestión del riesgo</u></p><p>Es un proceso integral que abarca la identificación, evaluación y mitigación de posibles riesgos, así como el estado de vulnerabilidad y el potencial impacto que puedan afectar a un sistema, proyecto, infraestructura o actividad frente a amenazas. En el contexto de la infraestructura y dotación de salud, este enfoque se centra en gestionar los riesgos asociados a fenómenos naturales que podrían afectar su integridad y estabilidad física, funcionamiento y capacidad de respuesta.</p><p>De acuerdo con los resultados de la evaluación y las medidas de mitigación identificadas en estudios o evaluaciones de riesgos, es necesario considerar que los proyectos de infraestructura hospitalaria y dotación biomédica prevean recursos y mecanismos de financiación específicos para abordar estos riesgos. Estas inversiones permiten implementar medidas preventivas y de mitigación que reduzcan la vulnerabilidad de la infraestructura de salud, fortalezcan su capacidad de resiliencia ante fenómenos naturales y aseguren una respuesta efectiva en caso de emergencia.</p><ul style="list-style-type: none">• Respuesta de la infraestructura y dotación ante amenazas y riesgos<p>La gestión de amenaza y riesgo ante fenómenos naturales se encuentra regulada por la Ley 1523 de 2012 la cual adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres definiendo los roles y responsabilidades de los entes públicos y privados para la prevención, preparación y recuperación frente a desastres naturales. Adicionalmente, mediante el Decreto 1807 de 2014 se reglamenta su incorporación en los territorios a través de los planes de ordenamiento territorial.</p><p>En este contexto las competencias, definiciones y clasificaciones específicas deben estar ajustadas a dicha normatividad o aquella que la modifique, reemplace o adicione, para ello es importante tener en cuenta los alcances de cada definición y clasificación con el objeto de establecer la respuesta que debe tener la infraestructura de salud ante dichos fenómenos para reducir el riesgo y/o aumentar la resiliencia ante los fenómenos naturales:</p><ul style="list-style-type: none">• Una Amenaza: se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno bien sea por efecto natural o intervención antrópica que pueda causar pérdidas o afectaciones materiales o humanas en un periodo de tiempo determinado y que se pueda presentar en un sitio específico por condiciones permanentes o temporales en periodos de tiempo determinados. La amenaza se clasifica en fenómenos como: sismos, inundaciones por desbordamiento en ríos con valles aluviales o costeros o avenidas torrenciales por crecientes súbitas de ríos, deslizamientos de tierra, movimientos de remoción en masa, incendios forestales, erupciones volcánicas, ente otros, siendo los comunes la remoción en masa e inundaciones, pero esto depende de las características del lugar. las amenazas son evaluadas respecto a su impacto sobre el territorio y la población que lo ocupa.</div>
<div><ul style="list-style-type: none">• La Vulnerabilidad: susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que un evento físico peligroso se presente. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de los seres humanos y sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos y de apoyo que pueden ser afectados por eventos físicos peligrosos (Ley 1523 de 2012).• El Riesgo: es la combinación de la probabilidad de la ocurrencia de un evento asociado a la amenaza y el potencial de generar daños o pérdidas a la población o la infraestructura existente o pérdidas financieras, es decir, la vulnerabilidad que tiene la población ante un evento. Se clasifica en niveles bajos, medios y altos según la probabilidad o peligro de ocurrencia de un evento determinado por las características del lugar o entorno.<p>Cuando se presentan amenazas que se clasifican en niveles de riesgo altos, donde la población y/o a la infraestructura de salud tengan condiciones de vulnerabilidad ante un posible evento, se deben efectuar de manera prioritaria medidas de mitigación ante el riesgo del evento que van desde la relocalización en caso de no tener la posibilidad de mitigarlos hasta propuestas puntuales en el entorno que permitan disminuir o mitigar el nivel de riesgo o el impacto de la amenaza.</p><p>En caso de que la infraestructura de salud se encuentre localizada en zonas con amenaza, deben tomarse medidas de mitigación con relación al nivel de riesgo para prevenirlos, fortalecer la capacidad de respuesta y aumentar la resiliencia ante un posible evento la ponga en riesgo junto con la dotación.</p><p>Entre otras, se consideran medidas de mitigación o prevención para la infraestructura o suelo donde se encuentra localizado:</p><ul style="list-style-type: none">- Estudios detallados para determinar la categorización del riesgo y establecer las medidas de mitigación correspondientes.- Diseño estructural o adecuación en cumplimiento de la norma de sismo resistencia vigente.- Reforzamiento estructural en caso de edificaciones.- Mecanismos de control, monitoreo y seguimiento continuo para verificar la estabilidad del suelo y la integridad estructural de las edificaciones, utilizando en lo posible sistemas de información en tiempo real para una vigilancia continua.- Control de erosión y drenaje del suelo para prevenir deslizamientos de tierra.- Acciones de mitigación físicas de contención en el suelo como diques, jarillones, contenedores.- Renaturalización de propuestas antrópicas que puedan aumentar el riesgo.<p>Medidas preventivas o de planificación tales como:</p><ul style="list-style-type: none">- Cumplimiento de la norma urbanística y las determinantes de ordenamiento territorial para evitar localizar la infraestructura de salud en zonas propensas a inundaciones, remoción en masa u otros riesgos naturales.- Capacitación y simulacros de evacuación ante la respuesta de emergencias en la edificación, apoyados por plataformas digitales de formación.- Implementación de sistemas de alerta temprana para notificar la inminencia de eventos para prever una respuesta rápida.</div>	<div><ul style="list-style-type: none">- Medidas de almacenamiento adecuado de medicamentos, dotación y suministros para garantizar una respuesta adecuada ante un evento².<p>En este orden de ideas, el Eje 2 “<i>Reducción del déficit de accesibilidad geográfica</i>” debe propiciar un diagnóstico que conduzca a que los departamentos y municipios y las Empresas Sociales del Estado, identifiquen las principales amenazas presentes en sus jurisdicciones y evalúen el riesgo sobre las infraestructuras y dotacionales en salud, lo que permita priorizar las inversiones de acuerdo con cada evaluación.</p><ul style="list-style-type: none">• Resiliencia y adaptación por emergencias<p>La resiliencia y adaptación por emergencias aplicada en salud, tiene por objeto reducir las pérdidas humanas, ambientales y materiales, a partir de la cultura de la prevención, integrando la planificación para la reducción de desastres en la meta de hospitales seguros, asegurando que las nuevas infraestructuras sean construidas con el nivel de resiliencia que fortalezca su capacidad de permanecer funcionales en situaciones de desastre e implementar medidas de mitigación para reforzar las infraestructuras existentes.</p><p>En este punto, la resiliencia debe ser entendida como la capacidad que tiene un sistema, comunidad o sociedad expuesta a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse, transformarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficiente, mediante la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas por conducto de la gestión del riesgo, esto en cumplimiento de la normatividad vigente.</p><p>En tal sentido, la OPS/OMS emitió la Resolución CD 45.R8 que adopta la iniciativa de “Hospitales seguros frente a desastres” como una política en la cual se garantice que los servicios e infraestructura en salud sigue funcionando en situaciones de emergencias. En esta línea, Colombia expide las Resoluciones 976 de 2009 y 2274 de 2021 que acogen y desarrollan la iniciativa de hospitales seguros.</p><p>La iniciativa de Hospitales Seguros contiene un enfoque previsor que permita la reducción del riesgo de desastres, mediante el objetivo de asegurar que los establecimientos de salud puedan resistir y seguir funcionando eficazmente en caso de desastres naturales u otros eventos catastróficos, a partir de la colaboración de múltiples actores y la implementación de estrategias de gestión del riesgo. En Colombia, las regiones donde se presenta la mayor cantidad de riesgos naturales del país (abordados en el numeral anterior) coinciden con las regiones donde se da la mayor concentración de establecimientos de la red de salud, por lo cual la iniciativa cobra una relevancia absoluta y acciones como las propuestas en infraestructura, capacitación de personal, fortalecimiento del monitoreo y evaluación del cumplimiento mejoran la capacidad de respuesta del sector salud.</p><p>Una evolución o ampliación del concepto de Hospital Seguro, se recoge en la iniciativa de hospitales resilientes frente a emergencias de salud y desastres de la OPS/OMS, la cual se soporta en 4 pilares: i) Fomentar hospitales seguros en lo estructural y en sus elementos no estructurales; ii) Hospitales sostenibles (SMART) para reducir el impacto que tienen en el cambio climático; iii) Hospitales inclusivos</p></div>

² Se aclara en todo caso, que este tipo de medida no implica el desarrollo de sedes que de manera exclusiva se dirijan a este tipo de acopio, considerando las competencias que en dicha materia determina la Ley 1523 de 2012 para otras autoridades.

para no dejar a nadie atrás; iv) Hospitales flexibles y adaptables en su organización y funciones con un enfoque de preparación multi-amenaza, basado en su evaluación estratégica del riesgo de desastres.

En Colombia, para la transición entre las iniciativas Hospitales Seguros y la iniciativa de Hospitales Resilientes se han establecido 4 lineamientos aplicables para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en todos los niveles y sectores:

- Ambientes sanos y seguros en las IPS, por medio de equipos biomédicos, procedimientos y actividades adecuadas que protejan y mantengan el mayor nivel de bienestar físico y mental de todos los trabajadores disminuyendo la probabilidad de que ocurran accidentes de trabajo o enfermedad laboral.
- Identificación y planeación de actividades de conocimiento, reducción y manejo de los factores de riesgo de las IPS.
- Implementación de normas legales vigentes en Colombia en materia de gestión de riesgo de emergencias y desastres.
- Cambios socio culturales en los funcionarios, pacientes, visitantes y personal flotante en las IPS, hacia la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud que garantice: a) La protección de la vida: la infraestructura de las IPS debe ser capaz de mantenerse en pie y resistir con daño mínimo a cualquier emergencia o desastre que se presente en la zona de localización. b) La protección a la función: En las IPS su talento humano debe seguir funcionando ante cualquier evento adverso, mantenerse y mejorar la prestación de servicios de salud como parte a la respuesta del sistema. c) La protección a la inversión: En las IPS, sus instalaciones como los equipos biomédicos y de mantenimiento deben seguir funcionando a pesar de sufrir daños, frente a emergencias y desastres.

Para facilitar la construcción de la problemática asociada a este eje, se plantean a continuación algunas preguntas orientadoras:

Preguntas orientadoras de infraestructura y dotación hospitalaria

1. ¿Cuáles son las principales amenazas naturales que ponen en riesgo a la infraestructura o dotación hospitalaria del municipio?³
2. ¿Cuáles condiciones climáticas o eventos asociados a la gestión del riesgo limitan el acceso, generan cierres, o limitan el uso de las sedes hospitalarias a su cargo? ¿Con qué frecuencia se presentan?
3. ¿El distrito o departamento ha identificado establecimientos de salud con alto grado de vulnerabilidad o que se encuentran localizados en zonas identificadas en riesgo alto mitigable o no mitigable? ¿Cuántos establecimientos? ¿Qué medidas de mitigación o prevención han implementado?
4. ¿El distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuenta con estudios básicos o de detalle de riesgo asociados a infraestructura o dotación hospitalaria de Salud?
5. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han dado cumplimiento a la Resolución 2132 de 2021 sobre obras de reforzamiento? ¿Cuántas no?

³ No se considera el riesgo por eventos en salud que pueden afectar la atención en salud, ejemplo epidemias, migraciones, eventos de salud pública.

6. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han sufrido afectaciones por emergencias ocasionadas por eventos naturales en los últimos 5 años?
7. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuentan con implementación de sistemas de alerta temprana ante eventos catastróficos y o programas de prevención?
8. En los procesos de gestión de riesgo ¿Cuántos protocolos se han implementado para cada dispositivo médico y equipo biomédico con los que cuenta la Institución?
9. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) están en la capacidad de responder a los requisitos de los usuarios después de una catástrofe natural?
10. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuentan con equipos biomédicos en condiciones adecuadas y que cumplen con requisitos mínimos que permitan presentar asistencia, mantener operatividad y dar solución rápida ante una emergencia?
11. ¿Cuántas IPS del municipio o departamento (incluidos sus municipios) cuenta con equipos de respaldo eléctrico que garanticen la prestación y operatividad de los equipos durante una emergencia?
12. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han implementado tecnologías digitales para el monitoreo continuo y la gestión del riesgo?
13. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han adoptado sistemas de telesalud para asegurar la continuidad de la atención médica durante emergencias?

Para este eje de inversión se pueden identificar indicadores cuantitativos que demuestran la existencia o tendencia del problema, para lo cual se plantean a continuación algunos ejemplos:

Fuentes de información e indicadores asociados a la infraestructura

1. Documento Técnico. Adopción de la iniciativa internacional ‘Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres’ en Colombia, y Resolución 625 de 2024.
2. Estudios de riesgo a nivel municipal o departamental, contenidos en instrumentos de ordenación del territorio.
3. Consolidado de atención de emergencias de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.
4. Sistema de información Ambiental de Colombia. <http://www.siac.gov.co>
5. Guía metodológica para la gestión del riesgo, (planes de gestión de riesgo departamental)- IDEAM.
6. Metodología para desarrollar análisis y evaluación del riesgo de desastres- DNP
7. Servicio Geológico Colombiano.
8. Reportes de implementación de tecnologías digitales en las IPS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Informes de telesalud y sistemas de alerta temprana implementados en las IPS, disponibles a través de las plataformas de gestión del riesgo y salud digital del Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuentes de información, e indicadores asociados a la dotación

1. Cantidad de incidentes y casos adversos presentados. (Fuente: reportes realizados al INVIMA).
2. Cantidad de pacientes remitidos por falta de disponibilidad de la tecnología. (Fuente: cantidad de pacientes gestionados por la causa, en referencia y contra referencia).
3. Cantidad de mantenimientos correctivos realizados. (Fuente: reportes de mantenimiento institucionales).

1.2 DEFINICIÓN DE PROBLEMAS A NIVEL DEPARTAMENTAL O DISTRITAL

Dado que los PMIDS intentan solucionar problemas asociados a la disponibilidad y suficiencia de infraestructura y dotación requeridas para la prestación de los servicios de salud, es necesario hacer una identificación precisa y priorizada de estas problemáticas. En tal sentido, se entiende un problema como *“un obstáculo en una situación concreta que media entre la realidad actual y las aspiraciones de un actor que participa en el juego social”*⁴.

Una vez identificado un problema este debe expresarse de la forma más clara, precisa e inequívoca posible. Para ello, se debe evitar enunciarlo como la falta de una solución, ya que de esa manera se estaría describiendo lo que quiere hacerse (la solución) y no en realidad el problema que existe. Por ejemplo, definir un problema como “la falta de un hospital”, no evidencia de manera clara el problema a resolver, ya que el problema puede estar delimitado por la “débil capacidad de respuesta del ente territorial para la prestación de los servicios de salud”; por tanto, para lograr definir de la mejor manera el problema, se recomienda adelantar un análisis de causalidad, construyendo un árbol del problema que refleje las causas que lo generan (factores determinantes), sus efectos (impacta en) y los hechos verificables y precisos que evidencian la existencia del mismo (se verifica en), que pueden asociarse a los indicadores señalados en los apartados correspondientes a cada eje de inversión. Estos hechos descriptores deben relacionarse para cada uno de los aspectos incluidos en el problema con el fin de precisarlo.

Preguntas orientadoras generales para la definición y análisis de problemas asociados a la infraestructura y dotación en salud:

1. ¿A quiénes afecta el problema y cómo los afecta?
2. ¿Cómo se evidencia la existencia del problema cualitativa y cuantitativamente?
3. ¿Qué servicios de salud se ven afectados por el problema?
4. ¿Cuáles son las posibles causas del problema y como se relacionan entre sí?
5. ¿Qué actores tienen interés de participar en la solución del problema y cuáles se opondrían a que el problema sea solucionado?
6. ¿Qué herramientas digitales se utilizan para el monitoreo y análisis de los problemas identificados?

1.3 DEFINICIÓN DE SOLUCIONES

Una vez delimitado el problema a resolver, se debe construir la propuesta específica que permita atacar las causas que generan el mismo; esta propuesta se debe expresar en términos de resultados esperados y deseados, y evidenciarán el

⁴ MATUS, Carlos. “METODO PES: GUÍA DE ANÁLISIS TEÓRICO” Fundación Altadir. Caracas, junio de 1994.

impacto sobre las condiciones de calidad de vida y salud de la población a la cual van dirigidas las acciones del ente territorial; estas propuestas permitirán además definir una agenda social y financiera en los diferentes niveles de gobierno.

Es importante mencionar que, para resolver un problema, pueden identificarse varias propuestas, algunas relacionadas con la infraestructura y dotación. Es sobre estas que se espera se planteen como iniciativas a priorizar y que formarán parte del Plan Maestro de Infraestructura y Dotación en Salud departamental o distrital.

Dado que la “propuesta” debe evidenciar la transformación del problema a resolver, se recomienda redefinir la connotación negativa del problema (en nuestro ejemplo: débil capacidad de respuesta del ente territorial para la prestación de los servicios de salud) y expresarlo con una connotación positiva deseada (fortalecer la capacidad de respuesta del ente territorial para la prestación de los servicios de salud), connotación que servirá para la identificación de diferentes alternativas de solución (adecuación y ampliación de la infraestructura existente, habilitación de nuevos servicios, integración de tecnologías digitales, etc.) gestionando las mismas conforme a los procesos de planeación territorial y según las fuentes de financiación, presentando en la matriz aquellas alternativas que se relacionen con la infraestructura y la dotación en salud (iniciativas de inversión).

Ahora bien, para el planteamiento de soluciones para cada uno de los problemas identificados por ejes que hacen parte de la *“Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones”* se debe considerar las “apuestas” que buscan sintetizar la visión en materia de política pública, permiten el planteamiento de soluciones dando respuesta directa al problema y al mismo tiempo materializan la búsqueda por el cumplimiento de objetivos de mayor calado.

Se aclara sin embargo que una solución puede estar compuesta por múltiples propuestas (en múltiples modalidades), pero que, en conjunto, responde integralmente a la problemática detectada. Así mismo, las soluciones propuestas pueden desarrollarse tanto para sedes del nivel primario como para el nivel complementario, consideración la reglamentación vigente o que se expida para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS

1.3.1 Apuestas Estratégicas de los PMIDS

La construcción de propuestas de solución o inversión parte de considerar las siguientes apuestas estratégicas entendidas como objetivos de política pública transversales al PMIDS alineadas con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública y el Plan Nacional de Desarrollo entre otros:

Apuesta 1. Implementación de políticas públicas

Corresponde a la implementación de las políticas públicas adoptadas, las inscritas en la planeación del orden nacional y territorial y los planes que las implementan. Se entiende de ello que la formulación de los PMIDS busca armonizarse con los objetivos y mandatos de estas políticas, planes y normas para conseguir mayores avances frente a los objetivos propuestos en cada una de ellas.

<p><u>Apuesta 2. Conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITS.</u></p> <p>Corresponde a la búsqueda por mejorar la atención integral en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, resolutiveidad y aceptabilidad, bajo el enfoque de gestión integral de la salud, que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y territoriales, se requiere procesos de organización y gestión de los servicios de salud, que conlleven a mejores resultados de salud y estar de la población, en un marco de garantía del derecho a la salud, equidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema.</p> <p>La conformación de RIITS implica la consideración de una serie de elementos esenciales que corresponden a un conjunto principios, estructuras y mecanismos que permitan transformar al sistema de salud hacia entornos más equitativos, resolutivos y centrados en la vida y bienestar de las personas. Ello requiere de una articulación estratégica con los instrumentos de planificación y gestión de la inversión en salud, en particular con los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación, ya que se erigen como una estrategia fundamental de orientar, no solamente la fuente de recursos, sino garantizar el desarrollo físico, técnico y tecnológico en concordancia con las necesidades reales de la población, las características territoriales, los determinantes sociales de la salud y los objetivos de calidad y eficiencia en la prestación de servicios.</p> <p><u>Apuesta 3. Adaptación al cambio climático.</u></p> <p>Los efectos del cambio climático afectan a los países en varios niveles. El sector salud se ve afectado en sus infraestructuras y dotaciones, que al aumentar su vulnerabilidad o viéndose mermada su capacidad, inciden en su potencial de desarrollo y respuesta. Para hacer frente al cambio climático existen dos estrategias: las medidas de mitigación y las medidas de adaptación.</p> <p>Las medidas de mitigación están enfocadas a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero o a mejorar la captura de los mismos a través de sumideros de carbono; para el caso de infraestructura se centran en el ahorro de agua, energía y manejo adecuado de residuos, entre otros, mediante la implementación de medidas activas y pasivas desde el diseño de las edificaciones.</p> <p>Las medidas de adaptación están orientadas a reducir la vulnerabilidad y riesgos generados por la variabilidad y el cambio climático; para el caso de infraestructura están dirigidas a fortalecer la resiliencia de los edificios.</p> <p>Entre otras, se consideran medidas de mitigación o prevención para la infraestructura o suelo donde se encuentra localizado:</p> <ul style="list-style-type: none">- Implementación de elementos para el tratamiento y manejo de aguas residuales realizando separación en la fuente.- Re- uso de aguas domésticas (siempre y cuando su utilización no afecte seguridad de los pacientes).- Empleo de elementos para el ahorro de consumo de agua potable.- Empleo de energía solar para sistemas de respaldo y calefacción.- Empleo de elementos para la mejora de la eficiencia energética.- Empleo de energías renovables.	<ul style="list-style-type: none">- Maximizar el uso de recursos naturales y manejo de envoltentes.- Integración de sistemas de salud digital y telesalud para monitorear el impacto del cambio climático en la salud de la población y mejorar la respuesta ante emergencias climáticas. <p>Los elementos antes señalados corresponderán a las disposiciones normativas vigentes y a los parámetros técnicos que para tal fin emita el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><u>Apuesta 4. Implementación de la Atención Primaria en Salud – APS.</u></p> <p>El Gobierno Nacional ha construido el documento de las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “<i>COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA</i>”, en el que propone que el país avance hacia la protección de los derechos y de las libertades. Las transformaciones que se plantean para que la seguridad humana y la justicia social sean una realidad para Colombia están orientadas a la garantía de los derechos y del bienestar integral de la población. Es así que la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023, mediante la cual se expide el “<i>PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022- 2026 - COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA</i>” establece los “<i>Ejes de Transformación</i>” del Plan Nacional de Desarrollo, que en su eje 2 establece:</p> <p>“(…) 2. Seguridad humana y justicia social. Transformación de la política social para lo adaptación y mitigación del riesgo, que integra la protección de la vida con la seguridad jurídica e institucional, así como la seguridad económica y social. Parte de un conjunto de habilitadores estructurales como un sistema de protección social universal y adaptativo; una infraestructura física y digital para la vida y el buen vivir; la justicia como bien y servicio que asegure la universalidad y primacía de un conjunto de derechos y libertades fundamentales; y la seguridad y defensa integral de los territorios, las comunidades y las poblaciones. Estos habilitadores estructurales brindan las condiciones para la superación de las privaciones y la expansión de las capacidades en medio de la diversidad y la pluralidad. (….)” (Negrilla fuera de texto).</p> <p>De dicho Plan, hace parte la estrategia denominada: “<i>Salud para la Vida: hacia un sistema garantista, universal</i>”; en donde la Atención Primaria en Salud -APS es base para desarrollar un modelo de salud promocional, preventivo y predictivo con “<i>gobernanza, interculturalidad, participación vinculante, descentralización que garantice servicios integrales de salud en promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación sin ninguna discriminación en todo el territorio nacional y en articulación con el sistema de cuidado y toda la intersectorialidad responsable de la garantía de derechos</i>”. (Bases PND, 2023, p.82).</p> <p>Colombia como territorio saludable con Atención Primaria en Salud (APS) a partir de un modelo preventivo, busca hacer efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud y el cumplimiento efectivo de las competencias de los integrantes del Sistema de Salud, para lo cual en la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023 “<i>Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026</i>” se establece:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud”</i> <p>Se considera adicionalmente que la Atención Primaria en Salud – APS es una estrategia que permite:</p> <p>Universalidad: el acceso efectivo a los servicios de salud reduciendo las barreras de acceso, no solo de afiliación sino de aumento del primer contacto de las poblaciones al sistema de salud con una mayor oferta de servicios, por lo cual, requiere de inversión en infraestructura física y dotación hospitalaria acorde a las condiciones de las poblaciones y las proyecciones realizadas de necesidad.</p> <p>Territorialización: como la acción que permite a través del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y de las personas, familias y comunidades que lo conforman, proyectar la cercanía y accesibilidad a los servicios de salud.</p> <p>1.3.2 Tipos de iniciativas de inversión a considerar como parte de las soluciones</p> <p>De forma articulada a los planteamientos de organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, las iniciativas de inversión en infraestructura y dotación se asocian a dichas redes, así:</p> <p><u>Sedes de prestadores públicos del nivel primario</u></p> <p>Se definen como las sedes de los prestadores, que haciendo parte de la red, están conformados por organizaciones y equipos básicos de salud para resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, con la responsabilidad en salud de una población y su territorio en el cual habitan, estudian, descansan, se recrean y trabajan las personas, las familias y las comunidades. Para efectos de la formulación de los PMIDS, las decisiones concernientes guardan relación únicamente con las sedes o espacios físicos requeridos para el funcionamiento de dichos prestadores.</p> <p>Adicionalmente, son considerados como el primer contacto de las personas con el sistema de salud, y actúan como nodos articuladores que facilitan la coordinación entre sistemas de cuidados para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida; integra las formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de comunidades étnicas y campesinas, las estructuras propias de salud, así como los servicios sociales, sociosanitarios y ambientales del territorio, incluidos los dispositivos comunitarios del Plan de Propuestas Colectivas en Salud. Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá reglamentar y/o ajustar las disposiciones que regulan la definición de estos prestadores en el marco de la conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud.</p>
<p>(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;</p> <p>(ii) Conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garanticen servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones;</p> <p>(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;</p> <p>(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.</p> <p>(v) Se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado”.</p> <p>La estrategia de APS, es definida por la Organización Mundial de la Salud –OMS, como:</p> <p>“(…), la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.</p> <p>De manera reciente, vincula la APS con la equidad en salud, así:</p> <p>“Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de propuestas intersectoriales”.</p> <p>Adicionalmente, el Eje Estratégico 4 - Atención Primaria en Salud del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 de la Resolución 2367 de 2023 se pretende contribuir al logro de:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Un Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.</i>	

<p>Hacen parte de las iniciativas de inversión del nivel primario aquellas que se realicen en IPS con servicios de baja y mediana complejidad que oferten servicios del grupo de internación, de consulta externa y apoyo y complementación de terapéutica, en concordancia con las definiciones de la Resolución 1441 de 2016 y la Política de Atención Integral en Salud — PAIS adoptada mediante Resolución 429 de 2016, o las normas que les modifiquen, hagan sus veces o sustituyan, dirigidas a:</p> <ul style="list-style-type: none">- La implementación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la promoción y mantenimiento de la salud y la salud materno-perinatal.- Las acciones de recuperación de la salud previstas en los servicios de atención a la morbilidad general que demanda la población. <p>Se entiende ello que se busca favorecer la prestación de servicio de salud individual de baja y mediana complejidad hasta las especialidades básicas y la medicina familiar de manera gradual y progresiva, en las modalidades de prestación de servicios intra, extramural y telemedicina; así como las atenciones familiares e propuestas comunitarias, incluida la salud ambiental, las cuales se articulan con los servicios socio-sanitarios y de cuidado existentes en el territorio, y con otros sectores con miras a la afectación positiva de determinantes sociales de la salud.</p> <p>Cumplimiento de condiciones de accesibilidad universal</p> <p>El principio de la accesibilidad universal reviste una importancia significativa para garantizar la equidad y la inclusión del enfoque diferencial en la prestación integral del servicio de salud, así como las adecuadas condiciones de la infraestructura es donde es prestado. Tiene como objeto que las instalaciones puedan ser usadas manera segura, cómoda, inclusiva y sin barreras, por todas las personas, independientemente de sus condiciones funcionales.</p> <p>Para ello se deben prever esfuerzos de promoción e inversión para que tanto la infraestructura de salud existente como la proyectada, incorporen los ajustes razonables para garantizar la accesibilidad universal y así la garantía del derecho a la salud de todas las personas.</p> <p>Para tal fin, el Decreto Reglamentario 1538 de 2005 compilado en el Decreto único 1077 de 2015, establece en su Capítulo 3 la accesibilidad a edificios abiertos al público, señalando como obligatorias Normas Técnicas Colombianas en materia de accesibilidad.</p> <p>Adicionalmente, aunque el reglamento colombiano de la construcción sismo resistente NSR - 10 hace énfasis en la seguridad estructural y las medidas de diseño frente a condiciones de evacuación e incendios, también incorpora criterios de accesibilidad universal desde el diseño o construcción. Esta disposición incluye requerimientos respecto a los elementos físicos necesarios para prever condiciones de movilidad reducida tales como rampas, ascensores, alturas mínimas, dimensiones de pasillos, entre otros que son relevantes para las edificaciones de salud.</p> <p>En complemento, y específicamente para los servicios de salud, la Resolución 3100 de 2019 ofrece en su anexo técnico estándares y criterios para los prestadores de servicios de salud, determinando acciones de adaptación tales como materiales de piso antideslizantes, sistemas alternativos de elevación, entre otros aspectos, en</p>	<p>desarrollo de la Resolución 4445 de 1996 que determina condiciones de salubridad y tránsito.</p> <p>En cumplimiento de dichas disposiciones, se plantean como necesarias acciones que promuevan el mejoramiento de la accesibilidad universal, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Instalación de rampas y ascensores para garantizar el acceso a personas con movilidad reducida.- Adecuación de puestos y pasillos para permitir el paso suficiente para la movilidad reducida y la eliminación de obstáculos.- Baños y espacios con alturas adecuadas para todas las tallas y condiciones de movilidad.- Acceso a información y señalización táctil, visual, sonora para orientar a personas con discapacidad auditiva o visual.- Señalética simple y clara para la comprensión de personas con dificultades cognitivas.- Diseño de espacios con colores y contrastes adecuados que eviten la posible sobrecarga sensorial.- Iluminación adecuada y controlada según necesidades de personas con sensibilidad visual o sensorial. <p>Sin perjuicio de lo anterior, es necesario que el diseño de las infraestructuras hospitalarias incorpore criterios de inclusión en el mobiliario y espacios internos tales como baños, salas de espera, salas de lactancia materna, entre otros.</p> <p>Inclusión de servicios socio sanitarios y socio ambientales</p> <p>En búsqueda de abordar las causas del proceso salud-enfermedad, es obligación del Estado desarrollar acciones afirmativas en favor de las poblaciones con mayor vulnerabilidad o debilidad manifiesta atendiendo a sus especiales condiciones, que garanticen su protección en el marco de la igualdad y la solidaridad como pilares del ordenamiento colombiano. En este sentido, corresponde a todo el sistema de protección social (Ley 789 de 2002) y demás institucionalidad relacionada con la inclusión social y reconciliación, según competencias, la articulación para la provisión de servicios socio-sanitarios, socioambientales, pertinentes, continuos, oportunos e integrales.</p> <p>En tal sentido, se recomienda que el planteamiento de propuestas se encuentre orientada a la protección, autocuidado, cuidado continuo, recuperación de la capacidad y la autonomía de las personas que se encuentran en desigualdad o desventaja al respecto debido a sus características, situaciones, condiciones o por ubicarse en un entorno desfavorable (MSPS – Oficina de Promoción Social, 2023).</p> <p>Ello implica la inclusión de áreas, ambientes o servicios adaptados a las condiciones particulares de las comunidades y su carga de enfermedad, así como la incorporación de ajustes razonables en los elementos en la infraestructura y dotación biomédica, en función de las condiciones socio culturales y del entorno. Lo anterior, con el fin de garantizar las condiciones para que el diálogo de saberes se constituya en un elemento pedagógico estructurante de una nueva cultura de la salud en la que se reconozcan las diversas tradiciones y concepciones del proceso salud-enfermedad. Dichos elementos se incluirán especialmente en ambientes</p>
<p>como las salas de partos, salas de espera, ambientes del grupo de internación hospitalaria y huertas tradicionales, entre otros según las especificidades culturales.</p> <p>Modalidades de implementación de proyectos para sedes del nivel primario</p> <p>En concordancia con las definiciones establecidas en el artículo 3 de la Resolución 2053 de 2019, o la norma que le modifique, sustituya o haga sus veces, las propuestas en salud pueden ser implementadas bajo una o más modalidades de intervención. En función a ello se contemplan como principales modalidades de intervención las siguientes:</p> <p>Propuestas en sedes nuevas: se entienden como instalaciones correspondientes a sedes de prestación de servicios construidas en modalidad de obra nueva, de adecuación de instalaciones existentes que no prestaban a la fecha servicios de salud y en general en localizaciones donde no existiera cobertura de servicios.</p> <p>Propuestas en sedes existentes: se entienden como instalaciones correspondientes a sedes hospitalarias existentes en las cuales se prestan (o prestaron) servicios de salud contemplando total o parcialmente la capacidad instalada prevista y acordada en el marco de la formulación de los proyectos de inversión. Se entiende de ello que las propuestas estarían dirigidas a implementar servicios adicionales o elementos que favorezcan la afectación de determinantes sociales de salud, entre otros. Los mismos pueden incluir actividades como:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mejoramiento físico: dirigidas a mejorar las condiciones físicas de las instalaciones para el cumplimiento de estándares de habitación, la mejora en el confort de las instalaciones o la transformación de áreas existentes para cambiar su función.- Reforzamiento estructural: dirigidas a implementar actividades físicas para la actualización del sistema estructural de una edificación, con el objeto de llevarla a los niveles de seguridad sismorresistente de acuerdo con los requisitos de la Ley 400 de 1997 y el Reglamento Colombiano de Construcción sismorresistente, con sus decretos reglamentarios, o las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.- Restauración arquitectónica: En bienes declarados como de interés cultural (de interés patrimonial) por medio de un acto administrativo expedido por una autoridad patrimonial. Las acciones de restauración se dirigen a salvaguardar, recuperar y poner en funcionamiento las edificaciones reconociendo y poniendo en valor los elementos que fundamentan su declaratoria.- Adecuaciones para la incorporación de medidas de mitigación y sostenibilidad: dirigidas a la implementación de medidas activas y pasivas para la adaptación al cambio climático, según se establezcan en la normatividad vigente en la materia. <p>Así mismo, deben de contar con una dotación en concordancia con lo definido en su estándar de procesos prioritarios, capacidad instalada y servicios ofertados.</p>	<p>Estos prestadores de salud deben contar como mínimo con las siguientes tecnologías:</p> <p>Dotación de proyectos para sedes del nivel primario</p> <p>Se entiende como tecnología de baja complejidad que permite una atención eficiente y oportuna para realizar las actividades relacionadas con la detección temprana de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación básica.</p> <p>Estos equipos biomédicos son utilizados en procedimientos de diagnóstico, terapia y/o rehabilitación, y que por el carácter de su tecnología, presentan y/o requieren de acuerdo a su tipo una serie de elementos y condiciones básicas, que se relacionan entre sí en cuanto al costo, requerimientos de infraestructura, mantenimiento y riesgo asociado al paciente; este tipo de tecnología es de uso común en servicios de los grupos de consulta externa, internación, atención inmediata, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y tratamiento de problemas de salud de menor severidad.</p> <p>En casos excepcionales, se podrá contar con dotación tecnológica de mediana complejidad para procedimientos de diagnóstico, terapia y/o rehabilitación. Dicha excepción corresponde a elementos y condiciones moderadamente especializadas que se relacionan entre sí en cuanto a su costo, requerimientos de infraestructura, mantenimiento operativo y riesgo asociado al paciente. La planeación, adquisición e instalación y operación de dichos equipos implican pericia técnica intermedia.</p> <p><u>Sedes de prestadores públicos del nivel complementario.</u></p> <p>Se entienden como las sedes de los prestadores, que haciendo parte de la red, cuentan con las condiciones físicas de mayor requerimiento tecnológico y su dotación, para la atención en salud de aquellos eventos con un talento humano en salud no disponible en instituciones que atienden servicios de baja complejidad con una garantía de la integralidad, continuidad y resolutivez para la población.</p> <p>Lo anterior, como una estrategia que coadyuve a la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, incluyendo la implementación de mecanismos del sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Como en el caso de las propuestas para las sedes del nivel primario, pueden incluir actividades como el desarrollo de sedes nuevas y mejora de las existentes, incluyendo el mejoramiento físico, el reforzamiento estructural, la implementación de medidas de mitigación y sostenibilidad, pero en especial, dirigidas al fortalecimiento de servicios estratégicos para la conformación de redes empleando tecnologías y dotación de control especial de la oferta.</p> <p>A nivel general se entiende que estas sedes responden a:</p> <ul style="list-style-type: none">- La atención integral para la prestación de servicios con mayor requerimiento tecnológico requerida en el territorio.- La atención integral de enfermedades de alto costo, y de enfermedades huérfanas.

- La atención integral en urgencias (sin dejar de considerar que los servicios de esta índole van a lo largo de la atención).
- La atención integral de enfermedades crónicas no transmisibles y en cuidados paliativos (sin dejar de considerar que los servicios de esta índole van a lo largo de la atención).

En relación con la dotación hospitalaria, la misma se dirige al cuidado de pacientes graves y recuperables, con riesgo inminente de muerte, sujetos a la inestabilidad de las funciones vitales, las cuales requieren asistencia médica y de enfermería permanente y especializada. También comprende otros componentes de la atención en salud como actividad física, apoyo emocional o nutrición pertinente y de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que faciliten la implementación de la modalidad de telemedicina, entre otros. Estos prestadores de salud se componen de las siguientes tecnologías:

Dotación de Sedes del nivel complementario

Se entiende como tecnología de mediana y alta complejidad que permite una atención eficiente y oportuna para realizar las actividades relacionadas con la detección temprana de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación avanzados e intensivos. Hacen uso de elementos y condiciones especializadas que se relacionan entre sí en cuanto al costo de adquisición, requerimientos de infraestructura, mantenimiento operativo y riesgo asociado al paciente.

En cuanto a los servicios de control especial se debe contar con tecnología de alta complejidad adecuada que deben cubrir la totalidad de la atención requerida para procedimientos de diagnóstico, terapia y/o rehabilitación, lo cual hace que las previsiones técnicas asociadas demanden de un alto nivel de pericia al momento de su planeación, adquisición, instalación y operación relacionados con los servicios establecidos en la presente Resolución.

Modalidades de implementación de proyectos de dotación hospitalaria:

Incluye entre otros, las siguientes:

- **Dotación hospitalaria y equipamiento fijo:** dirigidas a la adquisición de elementos y mobiliario requeridos para cumplir los estándares de habilitación, y en general hacer funcional las instalaciones. Pueden incluir acciones para el fortalecimiento de servicios estratégicos, dirigidas a incluir o fortalecer servicios de interés para la conformación de redes. Incluyen:
 - **Reposición por obsolescencia:** dirigida a la adquisición de equipos para la reposición de aquellos a los cuales se les haya agotado su ciclo de vida (bajo análisis de costo – beneficio), o cuyo desempeño se considera insuficiente en comparación con las nuevas máquinas, equipos y tecnologías introducidos en el mercado.
 - **Reposición por tercerización:** para remplazo de equipos que se encuentran alquilados, o bajo figuras de arrendamiento o similares.
 - **Dotación de servicios de alta complejidad:** Adquisición de dotación y tecnologías requeridas para poner en funcionamiento

servicios que han sido contruidos, mejorados o ampliados y que correspondan a niveles de atención de mediana y alta complejidad.

- **Renovación tecnológica** corresponde a la adquisición de equipos para generar mejoras sustanciales en la prestación de servicios al incluir innovaciones, de manera en que se aumente la eficacia, la gestión de información y la interacción entre profesionales y pacientes.
- **Adquisición o reposición de Equipamiento fijo:** corresponde a la adquisición de equipo(s) técnico mecánico fijo(s) requerido(s) para el correcto funcionamiento de la edificación.
- **Suministro e instalación de Mobiliario:** adquisición e instalación de muebles complementarios para el desarrollo de funciones administrativas vinculadas al servicio, facilitar la labor de los profesionales de la salud y brindar comodidad a usuarios.
- **Transporte asistencial:** correspondiente a transporte de características específicas para facilitar el acceso de la población a los servicios de salud y permita ampliar la prestación de estos servicios en comunidades y territorios históricamente aislados. Puede estar compuesto por: Camionetas, Ambulancias no medicalizadas (TAB), Ambulancias Medicalizadas (TAM), unidades primarias móviles, o en general vehículos adaptados para el transporte de personal médico o pacientes de acuerdo a las condiciones de terreno.
- **Tecnologías de la información y comunicaciones:** de la inversión necesaria para la implementación de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TICs (incluyendo adecuaciones de redes secas), así como la adquisición de elementos de hardware y software dirigidos a facilitar la implementación de la telesalud incluyendo, entre otras, la prestación de servicios en modalidad de telemedicina en sus diferentes categorías. Se desarrolla bajo las siguientes modalidades:
 - **Inversiones en sedes de prestación exclusiva de servicios en modalidad de telemedicina:** entendida como la intervención física de carácter mixto (infraestructura y dotación hospitalaria- de elementos físicos y de conectividad para la telesalud) en la que se generan acciones para que la totalidad de áreas físicas de una sede, se adapten a la prestación de servicios en modalidad de telemedicina.
 - **Inversiones para la adaptación parcial de sede para la prestación de servicios en modalidad de telemedicina:** entendida como la intervención física de carácter mixto (infraestructura y dotación hospitalaria- de elementos físicos y de conectividad para la telesalud) en la que se generan acciones para que algunas de las áreas físicas de una sede se adapten para la prestación de servicios en modalidad de telemedicina.

Requerimientos de infraestructura para proyectos de dotación hospitalaria

La instalación de equipos, mobiliario y tecnologías consideradas como dotación hospitalaria implica que la infraestructura donde se instale se deba adaptar considerando las condiciones de operación del equipo, a su volumen, y a requisitos que cada fabricante específica para su correcto funcionamiento.

Dentro de las condiciones de adaptación de la infraestructura para la instalación de dotación se encuentran las siguientes:

- Requerimientos específicos del ambiente (altura libre, temperatura, iluminación, insonorización, o condiciones especiales de protección).
- Desagües (con o sin tratamiento específico de aguas residuales).
- Alimentación eléctrica convencional.
- Alimentación eléctrica especial (alimentación eléctrica superior a los 208 VAC / 60 Hz y/o conexiones eléctricas trifásicas, y/o tablero eléctrico dedicado, y/o transformador seco, y/o alguna instalación eléctrica excepcional).
- Disponibilidad de agua potable (fría y/o caliente y/o tratada).
- Conexión de vapor o gas LP.
- Disponibilidad de Gases medicinales (oxígeno, aire, CO₂, N₂O, u otro) y/o vacío.
- Requerimientos telemáticos (cableado estructurado y/o fibra óptica y/o puntas de red).
- Obra civil respecto a soportes, refuerzos en el piso, modificaciones o remodelaciones en paredes y/o pisos y/o losas y/o cielos rasos y/o ductos y/o utilización de equipo especial para la instalación del equipo (p. ej.: Grúa, saca núcleos, etc.).
- Obra civil respecto a blindajes de protección para equipos generadores de radiación ionizante y a jaulas Faraday o similar.

Preguntas orientadoras para el planteamiento de soluciones

Se plantean a continuación algunas preguntas orientadoras para el planteamiento de soluciones:

1. ¿Cómo media la solución escogida cada una de las causas del problema planteadas?
2. ¿Cómo mejoraría la solución escogida cuantitativa y cualitativamente las evidencias o indicadores del problema?
3. ¿Qué actores tienen injerencia (governabilidad- toma de decisiones-presupuesto) en la solución escogida y cuáles pueden ser aliados para implementarla?
4. ¿Qué actores se opondrían a que se implemente la solución planteada?
5. ¿Cómo impacta el medio ambiente la solución planteada?

1.4 PLAN DE INVERSIONES DEL PMIDS DEPARTAMENTAL O DISTRITAL

El conjunto de decisiones y soluciones propuestas se registrará en el Aplicativo de Registro de Iniciativas, a través del suministro de información de cada una de las iniciativas de inversión de Infraestructura y Dotación propuestas por el departamento o distrito, en desarrollo a las problemáticas y propuestas de solución.

Durante el proceso de articulación, se definirán las iniciativas aprobadas y se construirá la “programación de iniciativas de inversión”, la cual corresponde a una

línea de tiempo en la que se visualizan todas las inversiones del territorio, se determina su inicio y fin, se detecta el nivel de complementariedad entre ellas a fin de conocer el nivel de importancia y flujo de recursos requerido para la implementación del PMIDS.

La programación de iniciativas a elaborar se puede ejemplificar así:

Iniciativa		Municipio																									Costo total de inversión (cifras en pesos)	
Trimestre			2026			2027			2028			2029			2030			2031										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
Iniciativas de inversión en infraestructura																												
Iniciativa 1	XX																										\$	5.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	10.000.000,00
Iniciativas de inversión en dotación																												
Iniciativa 1	XX																										\$	15.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	25.000.000,00
Iniciativa 3	XX																										\$	50.000.000,00
Iniciativa 4	XX																										\$	60.000.000,00
Iniciativas de inversión en dotación (equipo fijo)																												
Iniciativa 1	XX																										\$	25.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	50.000.000,00
Iniciativas de inversión en desarrollo (TIQs)																												
Iniciativa 1	XX																										\$	15.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	5.000.000,00
Iniciativa 3	XX																										\$	25.000.000,00
Iniciativas de inversión en dotación infraestructura pólitos																												
Iniciativa 1	XX																										\$	5.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	5.000.000,00
Iniciativas de inversión en dotación transporte (vehículo / terreno)																												
Iniciativa 1	XX																										\$	5.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	5.000.000,00
Iniciativas de inversión mixtas																												
Iniciativa 1	XX																										\$	25.000.000,00
Iniciativa 2	XX																										\$	25.000.000,00
Iniciativa 3	XX																										\$	50.000.000,00
Iniciativa 4	XX																										\$	15.000.000,00
			Total costo de PMDS departamental / distrito																								\$	420.000.000,00

Recomendación general para todo tipo de proyecto:

Un proyecto puede abarcar más de un plazo de intervención dependiendo de la extensión y complejidad de actividades a desarrollar. En ese sentido se recomienda no "fraccionar" los proyectos, es decir, si es necesaria la intervención sucesiva de una o más áreas de una edificación existente o de un servicio (Urgencias, Hospitalización, Unidades de Cuidados Intensivos, Quirófanos), se recomienda incluir un solo proyecto en el que se identifiquen progresivamente las propuestas y las condiciones necesarias para que cada una de ellas se desarrolle (planes de contingencia, proyectos específicos complementarios, entre otros).

2.CRITERIOS PARA LA ARTICULACIÓN

Una vez recibida la “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones”, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a realizar el análisis de sus contenidos considerando para ello, además de las orientaciones de este Anexo, los siguientes criterios:

- **Integralidad de los servicios:** garantizado que los mismos se presten de manera oportuna y eficiente, suministrando los servicios y tecnologías necesarios para sobrellevar la enfermedad y para garantizar al usuario una

vida en condiciones dignas (Corte Constitucional, sentencia T-402 de 2018, T-017 de 2021).

- **Calidad y sus características:** atributo que propende por proveer servicios manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Son características de esta la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- **Racionalidad:** considerando alternativas o posibilidades de solución, y en el marco de la elección, considerar las restricciones, consecuencias y mayores beneficios para el conjunto de población que se busca beneficiar.
- **Suficiencia:** incluyendo decisiones que generarán un volumen de servicios proporcional y adecuado para la población (y su crecimiento), en procura de generar niveles de satisfacción y reducción de efectos indeseados.
- **Eficiencia:** en procura de emplear de la mejor manera los recursos disponibles para la obtención de los mejores resultados para el conjunto de población y su aumento progresivo.
- **Innovación:** identificando si existen tecnologías, procesos, formas o combinación de estos, distintos a los tradicionales, que permitan conseguir los resultados esperados o generando procesos de transformación.
- **Enfoque poblacional, diferencial, de género y epidemiológico:** implica reconocer que las personas y colectivos tienen características y necesidades particulares que requieren respuestas diferenciales por parte del Estado, y en el caso de los servicios de salud, comprendiendo los diferenciales principales de poblaciones de mayor grado de vulnerabilidad (morbilidad, mortalidad y carga de enfermedad, etc.).

Lo anterior, en procura de tomarlas en consideración en el desarrollo de las “Mesas de articulación”, y propender porque las iniciativas de inversión guarden coherencia con los objetivos de las políticas nacionales y territoriales en salud.

(C. F.).

MINISTERIO DEL TRABAJO

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 4402 DE 2025

(noviembre 26)

por la cual se reglamenta el reconocimiento y certificación de la experiencia laboral de las personas privadas de la libertad

El Ministro del Trabajo, en uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas en los numerales 2, 3, 7, 9 y 11 del artículo 20 del Decreto número 4108 de 2011, y en desarrollo de lo previsto en el artículo 19 de la Ley 2466 de 2025, los artículos 79, 81, y 84 de la Ley 65 de 1993 y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política en el artículo 25 reconoce el trabajo como un derecho de toda persona que debe desarrollarse en condiciones dignas y justas; y, al tenor del artículo 13 garantiza la igualdad real y efectiva ordenando adoptar medidas en favor de grupos en situación de debilidad o discriminación, como quienes han estado privadas de la libertad.

Que, como parte del bloque de constitucionalidad, Colombia ha incorporado obligaciones internacionales que exigen orientar el régimen penitenciario hacia la rehabilitación y la reintegración social. Por ejemplo el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone en el artículo 10.3 que “el régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados”, y fue aprobado en Colombia por la Ley 74 de 1968; por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece en el artículo 5.6 que “las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados”, aprobada por la Ley 16 de 1972. Asimismo, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, llamadas también Reglas Mandela, constituyen referente técnico internacional sobre trabajo penitenciario con fines formativos y productivos.

Que la Ley 65 de 1993, por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario, en virtud de los artículos 79, 81 y 82, regula el trabajo penitenciario como derecho y obligación social, concebido como medio terapéutico acorde con la finalidad resocializadora, crea juntas de evaluación del trabajo y faculta al director del establecimiento para certificar las jornadas realizadas conforme a los reglamentos y prevé la redención de pena por trabajo.

Que, en desarrollo de dicho marco legal, el Decreto número 1758 de 2015 adicionó al Decreto número 1069 de 2015 el Capítulo 10 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2, denominado “Condiciones especiales de trabajo de las personas privadas de la libertad”, regulando, entre otros aspectos, la definición del trabajo penitenciario, la remuneración, la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y la jornada máxima, en coordinación entre el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio del Trabajo.

Que el artículo 19 de la Ley 2466 de 2025 dispuso que “las actividades productivas y ocupacionales desarrolladas por la población privada de la libertad serán reconocidas como experiencia laboral previa certificación de las entidades correspondientes”, con la finalidad de posibilitar el ingreso al mercado laboral, mitigar la discriminación y disminuir la reincidencia, y ordenó al Ministerio del Trabajo expedir la reglamentación necesaria en un término de seis (6) meses.

Que la reglamentación que se adopta no crea nuevas instituciones ni materias de reserva de ley, sino que se limita a operativizar el reconocimiento legal de la experiencia laboral adquirida por las personas privadas de la libertad, definiendo sujetos, contenido mínimo, soportes, procedimientos y validaciones de la certificación, en armonía con la finalidad resocializadora del tratamiento penitenciario y con los estándares internacionales citados.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Reconocimiento de la Experiencia Laboral de Personas Privadas de la Libertad

Artículo 1°. Objeto. La presente Sección tiene por objeto reglamentar el reconocimiento como experiencia laboral de las actividades de trabajo, producción u ocupacionales desarrolladas por las personas privadas de la libertad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 2466 de 2025. Se establecen las definiciones aplicables, las autoridades competentes y el procedimiento para la certificación de dicha experiencia, los mecanismos de interoperabilidad y protección de datos en el manejo de la información correspondiente, los efectos jurídicos de la certificación en el ámbito laboral, así como las medidas de coordinación interinstitucional y disposiciones transitorias para la adecuada implementación de esta reglamentación.

Artículo 2°. Definiciones. Para los efectos de esta Sección, se adoptan las siguientes definiciones:

2.1. Persona privada de la libertad (PPL): Es toda persona que se encuentre cumpliendo medida de aseguramiento o pena privativa de la libertad en establecimiento penitenciario o carcelario, en centros de reclusión especial, o que esté cumpliendo prisión domiciliaria o pena sustitutiva bajo vigilancia estatal, de conformidad con la ley penal y penitenciaria vigente. Incluye tanto a personas condenadas como a detenidos preventivamente que participen en actividades productivas u ocupacionales certificables.

2.2. Actividades productivas y ocupacionales: Son las labores materiales, artísticas, intelectuales, industriales, agrícolas, de servicios o de cualquier otro tipo lícito que las personas privadas de la libertad realizan durante su reclusión, en el marco de programas de trabajo penitenciario, talleres productivos, convenios de resocialización laboral, actividades formativas con componente práctico, o tareas de mantenimiento u operación interna del establecimiento carcelario asignadas como parte de su tratamiento penitenciario. Estas actividades pueden ser desarrolladas bajo la coordinación del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec), de entidades públicas, privadas o comunitarias con las que existan convenios de cooperación, o por iniciativa propia del recluso autorizada por la administración penitenciaria.

2.3. Experiencia laboral penitenciaria: Es el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y prácticas laborales adquiridas o demostradas por una persona durante el desarrollo de actividades productivas y ocupacionales en condición de persona privada de la libertad. Para efectos de su valoración externa, dicha experiencia laboral se mide principalmente en términos del tiempo de dedicación, la naturaleza de las tareas desempeñadas y las competencias desarrolladas conforme quede acreditado en la certificación expedida por la autoridad competente.

2.4. Certificación de experiencia laboral: Es el documento público expedido por la entidad o autoridad competente, mediante el cual se hace constar de manera fidedigna la información relativa a las actividades laborales, productivas u ocupacionales realizadas por una persona privada de la libertad, incluyendo la identificación del recluso, la descripción de las labores desempeñadas, el lugar donde se realizaron, y los periodos o jornadas efectivamente cumplidas. Esta certificación servirá de prueba idónea de la experiencia laboral adquirida por el exrecluso frente a potenciales empleadores y entidades, sin que implique el reconocimiento retroactivo de una relación laboral formal durante el tiempo de reclusión ni la creación de obligaciones prestacionales distintas de las previstas en la ley.

2.5. Entidad correspondiente competente: Es la entidad pública encargada de emitir la certificación de experiencia laboral penitenciaria. En la jurisdicción ordinaria de carácter nacional, la entidad competente será el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), a través de los directores de los establecimientos de reclusión o de los funcionarios designados para tal efecto, de acuerdo con las normas penitenciarias vigentes. Tratándose de centros de reclusión especial que no estén bajo la administración directa del Inpec, la certificación deberá ser expedida por la autoridad pública responsable de la respectiva institución. En los eventos de prisión domiciliaria, vigilancia electrónica u otras medidas