

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2024**

()

Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial 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 “Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia potencia mundial de la vida” modificadorio del artículo 65 de la Ley 715 de 2001 y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia potencia mundial de la vida”, Ley 2294 de 2023, en la parte 2 “Seguridad Humana y Justicia Social”, Catalizador B. “Superación de las privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar”, numeral 1 “Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo .”, en el literal a. “Colombia como territorio saludable con APS a partir de un modelo preventivo y predictivo”, se determina que se debe efectiva la APS a través de la reorientación de los servicios de salud, considerando que “(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”.

Que el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia potencia mundial de la vida”, modifica el artículo 65 de la Ley 751 de 2001, y establece que cada diez (10) años, en sincronía con el período del Plan Decenal de Salud, 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 sean de control especial.

Que en la referida norma se determina, que, para tal fin, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología.

Que, según lo expuesto, se debe definir la metodología para la implementación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud– PMIDS y la dotación, equipamiento y equipos biomédicos de control especial.

Que, en mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

RESUELVE

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto definir la metodología para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS y determinar la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial de la oferta.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo, están dirigidas a los departamento, distritos, municipios, Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y municipales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 3. Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS. Los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud-PMIDS son instrumentos de planeación estratégica formulados para desarrollar capacidades del Estado en todos los niveles de atención para resolver problemas de salud asociados a la infraestructura y dotación, y para mejorar la calidad de vida y salud de la población cerrando las brechas entre las necesidades de la población y la oferta cuantitativa y cualitativa.

Los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS tendrán una vigencia de diez (10) años. El primer Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS tendrá una vigencia de siete (7) años a partir del año 2024 para sincronizarse con la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública, según lo preceptuado en el artículo 164 de la Ley 2294 de 2023.

ARTÍCULO 4. Proceso para la formulación de los PMIDS. Para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS se adelantarán las siguientes acciones:

4.1 Evaluación general y formulación de propuestas de inversión. El departamento o distrito analizará los problemas de salud asociados a la infraestructura, la dotación y su causalidad para identificar alternativas de solución y definir propuestas de inversión, determinando uno o más proyectos que permitan superar o mejorar la situación problemática. Como resultado de este ejercicio, los Departamentos y Distritos deberán determinar los proyectos de inversión que requieren y diligenciar una “Matriz de valoración y propuestas” empleando el formato que determine la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria en los términos indicados por esta resolución.

4.2 Articulación con entes territoriales municipales. La definición de propuestas y proyectos que eventualmente se incorporen en los PMIDS departamentales y distritales serán producto de la concertación que se realice entre el orden departamental y el municipal. La presentación del PMIDS por parte de los departamentos incluirá los proyectos e iniciativas realizadas por los municipios de conformidad con lo establecido el parágrafo 2 del artículo 164 de la Ley 2294 de 2023

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

4.3 Concertación de Propuestas de inversión: Una vez recibida la “Matriz de valoración y propuestas”, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá realizar el análisis de sus contenidos de acuerdo con los criterios definidos en la metodología. El Ministerio de Salud y Protección Social convocará a mesas de concertación a los Departamentos y Distritos con la participación de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción, para concertar y precisar las propuestas de inversión y la programación de proyectos que harán parte de los PMIDS. De las mesas de concertación se elaboran actas que donde conste los análisis realizados, así como la propuesta de inversión concertada.

4.4 Presentación Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Los departamentos y distritos, a través de las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud o quien haga sus veces, presentarán la programación general de proyectos concertada, dentro de los diez (10) días siguientes a la realización de la mesa de concertación, de lo que se dejará constancia en el acta respectiva, especificando cada proyecto presentado.

4.5 Documento de proyectos del Plan Maestro: Recibidas las actas de los Consejos Territoriales una vez verificadas con las actas de concertación, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria expedirá el Documento de proyectos del Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud por departamentos y distritos.

ARTÍCULO 5. Programación de acciones para formulación de los PMIDS. Las acciones enunciadas en el artículo anterior se desarrollarán con la siguiente programación, para el primer Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS:

1. Evaluación general y formulación de propuestas de inversión: una vez se adopte esta Resolución y hasta quince (15) días calendario siguientes.
2. Articulación con entes territoriales municipales: culminada la Evaluación General y formulación de propuestas de inversión y hasta diez (10) días calendario siguientes.
3. Concertación de Propuestas de inversión: culminada la Articulación con entes territoriales y hasta diez (10) días calendario siguientes.
4. Presentación Consejo Territorial de Salud: dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de realización de la mesa de concertación.
5. Documento de proyectos del Plan Maestro: culminada la Presentación al Consejo Territorial de Salud y hasta quince (15) días calendario siguientes.

ARTÍCULO 6. Vinculación de los proyectos al Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud Departamentales y Distritales: Expedido por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el documento referido en el numeral 5 del artículo anterior, el mismo hará parte del Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud.

ARTÍCULO 7. Conformación del Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud Nacional. Los Documentos de proyectos del Plan Maestro (conteniendo el conjunto de proyectos y su programación), aunado al Documento de Directrices generales de implementación, desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, constituirán el Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Dotación en Salud – PMIDS departamental o distrital y nacional. Los Documentos de proyectos del Plan Maestro serán equivalentes a los Planes de inversiones.

ARTÍCULO 8. Ajustes de los Documentos de proyectos del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud. De manera justificada, el documento referido en el numeral 5 del artículo 5 puede ser objeto de ajuste a proyectos, para lo cual se adelantará el siguiente trámite:

- 8.1** El Departamento o Distrito solicitará a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria una mesa de ajuste, para lo que deberá remitir la justificación y la propuesta de modificación como requisito previo para ello.
- 8.2** La Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria analizará la solicitud y de considerarla procedente programará la “Mesa de ajuste”, cualquiera que sea la decisión, está deberá ser informada a la entidad solicitante.
- 8.3** De las mesas de ajuste se levantarán las actas correspondientes. Si se aprueba, el ajuste se presentará ante el Consejo Territorial de Salud en los diez días siguientes a realizar la “Mesa de ajuste”.
- 8.4** El acta del Consejo Territorial debe ser remitida a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria, una vez recibida se realizará el ajuste correspondiente al documento lo cual será informado a la entidad solicitante.

ARTÍCULO 9. Ajustes del Plan Maestro en Infraestructura y Dotación en Salud. Cada cuatro (4) años, en concordancia con el periodo de formulación de los planes departamentales y Distritales de Desarrollo, se podrán ajustar la totalidad de documentos que constituyen los planes maestros, para lo cual se deberá adelantar las etapas definidas en el artículo 4 de la presente resolución.

ARTÍCULO 10. Seguimiento al Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud Departamentales y Distritales: Los Departamentos y Distritos deberán remitir en los primeros cinco días de junio y del mes de noviembre de cada vigencia el reporte de información solicitado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Tomando en cuenta la información recibida, el Ministerio de Salud y Protección Social generará un informe de seguimiento a los Planes Maestros de Inversión en Salud Departamentales, Distritales y Nacional.

ARTÍCULO 11. Evaluación al Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud. La evaluación de los planes maestros se realizará en las siguientes fechas:

- 10.1** La primera evaluación se realizará en noviembre de 2026.
- 10.2** La segunda evaluación se realizará en noviembre de 2028.
- 10.3** La tercera evaluación se realizará en febrero del año 2030.

De cada evaluación se publicarán los informes correspondientes.

ARTICULO 12. Adopción de la metodología de formulación de los PMIDS. La presente resolución adopta la “Metodología para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS” cuyo documento técnico (Anexo 1) hace parte de la presente resolución.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

ARTICULO 13. Servicios de control especial de la oferta. En concordancia con artículo 65 de la Ley 2294 de 2023, la dotación, equipamiento y equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud considerados como de control especial de oferta, deberán ser los relacionados con los siguientes servicios:

13.1 Servicios de Nefrología - Diálisis Renal.

13.2 Servicios de Oncología, Radioterapia y Oncología clínica.

13.3 Servicios de medicina nuclear.

13.4 Servicios de Radiología e Imágenes Diagnosticas de Mediana y Alta Complejidad, de acuerdo con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación.

13.5 Unidades de Cuidados intermedios e Intensivos Neonatal, Pediátrico y Adultos.

13.6 Servicios de Obstetricia de Mediana y Alta Complejidad.

13.7 Cirugía Cardiovascular.

13.8 Cirugía Neurológica.

13.9 Cirugía Ortopédica.

13.10 Cirugía de Trasplante e Implante.

ARTÍCULO 14. Proyectos e iniciativas de importancia nacional. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, podrá solicitar la inclusión en los documentos de proyectos, 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 de prestación de servicios. En cualquier caso, estos proyectos e iniciativas deberán articularse con la organización de la oferta de servicios territorial.

ARTÍCULO 15. Transición. Los planes bienales aprobados a la fecha de entrada en vigor de esta resolución seguirán vigentes hasta la expedición del Documento del Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud del Departamento o Distrito.

ARTÍCULO 15. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

ANEXO

“Metodología para la formulación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS”

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	7
2. ETAPAS PARA LA FORMULACIÓN DE LOS PLANES MAESTROS DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD – PMIDS.....	10
2.1 ETAPA DE EVALUACIÓN GENERAL Y FORMULACIÓN DE PROPUESTAS DE INVERSIÓN.....	10
2.2. ETAPA DE CONCERTACION	38
2.3. ETAPA DE PRESENTACIÓN A LOS CONSEJOS TERRITORIALES DE SALUD	39
2.4. ETAPA DE ADOPCIÓN	39
3. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	40
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN	40
4. AJUSTES DEL PLAN MAESTRO EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD - PMIDS.....	41
4.1 AJUSTE AL DOCUMENTO DE PROYECTOS	42
5. DEFINICIONES	42

Lista de Siglas

PMIDS	Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
RIITS	Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud
PTRRM	Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización
APS	Atención Primaria en Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNSR	Plan Nacional de Salud Rural
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PTS	Planes Territoriales de Salud
PATR	Planes de Acción para la Transformación Regional
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PBOT	Plan Básico de Ordenamiento Territorial
EOT	Esquema de Ordenamiento Territorial
PDT	Planes de Desarrollo Territorial –
PFTS	Planes Financieros Territoriales de Salud-
PPI	Plan Plurianual de Inversiones
MFMP	Marco Fiscal de Mediano Plazo
POAI	Plan Operativo Anual de Inversiones

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

1. PRESENTACIÓN

Se entiende a los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud como los Instrumentos de planeación estratégica que se formulan para desarrollar capacidad del Estado en todos los niveles de atención para la resolución de **problemas de salud** asociados a la infraestructura y dotación, así como para aportar en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población. Desde esta perspectiva, los PMIDS identifican las brechas que existen entre las necesidades de la población y la oferta existente en términos cuantitativos y cualitativos y, asignan recursos financieros que permiten la priorización de los proyectos y acciones en infraestructura y dotación hospitalaria, en procura de reducir las brechas y fortalecer el desarrollo de la estrategia de APS en el territorio nacional.

Los PMIDS guiarán, por tanto, en el corto, mediano y largo plazo, las decisiones de los entes territoriales y del gobierno nacional en materia de inversiones tendientes a mejorar la capacidad instalada para la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades identificadas y analizadas en los territorios y se formularán de acuerdo con la ley con una perspectiva de 10 años

Con el fin de avanzar en este camino, en una primera fase de construcción de los PMIDS los departamentos y distritos deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social un ejercicio de priorización de proyectos, previa identificación y definición de los principales problemas en salud asociados a la infraestructura y dotación.

Este documento metodológico y de lineamientos pretende facilitar la formulación de los planes de inversión de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud - PMIDS Nacional, departamentales y distritales de modo que, los departamentos y distritos, las Empresas Sociales del Estado y el Ministerio de Salud y Protección Social puedan dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 164 del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida” el cual ordena:

“ARTÍCULO 164. Modifíquese el artículo 65 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

ARTÍCULO 65. PLANES MAESTROS DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD –PMIDS DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Y NACIONAL. Cada diez (10) años, en sincronía con el período del Plan Decenal de Salud, 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, o quien haga sus veces, 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 sean de control especial, y no especial en lo que se considere prioritario, conforme a la metodología que defina el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

Las secretarías de salud departamentales y distritales, o quién haga sus veces, deberán presentar cada cuatro (4) años los Planes de Inversión dentro de los seis (6) primeros meses, en concordancia con el periodo de gobierno, y podrán hacer ajustes a los PMIDS, cada cuatro (4) años, o cuando se presenten contingencias que ameriten una revisión y ajuste.

El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales harán el seguimiento sobre los mismos, se priorizarán inversiones que requieran acompañamiento de la Nación en el mediano plazo, de acuerdo con la disponibilidad fiscal, articulando fuentes de financiación, según la reglamentación que se expida para el efecto. El Plan Maestro de Infraestructura y Dotación en Salud Nacional -PMIDSN- comenzará a regir a partir del año 2024.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras no se apruebe un nuevo PMIDS, continuarán vigentes las propuestas de inversión del plan anterior de no haberse concluido.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Los municipios en el marco de sus competencias en prestación de servicios presentarán sus proyectos a los departamentos, que deberán incluirlos en sus Planes de Inversiones de Infraestructura y dotación de la entidad territorial como capítulo independiente.

PARÁGRAFO TERCERO. En todo caso, mientras se consolidan los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud -PMIDS-, continuarán vigentes los Planes Bienales de inversión de las entidades territoriales."

Ahora bien, se hace necesario tener en cuenta que, dadas las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, le corresponde a la Nación, el impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, y de departamentos y distritos evaluar y proponer de manera autónoma sus necesidades y adelantar las gestiones que le correspondan para la implementación de los proyectos que sean requeridos.

Lo anterior fundamentado en lo que dicha disposición así mismo determina como competencias de las entidades territoriales en el sector salud:

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

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

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

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

En consecuencia y para facilitar la participación de departamentos y distritos en la construcción del Plan Maestro de Infraestructura y Dotación en Salud nacional y a su vez, la construcción de los planes departamentales y distritales, el Ministerio de Salud y Protección Social ha diseñado una herramienta metodológica que permite establecer y a su vez sistematizar las problemáticas, propuestas de solución y los proyectos de infraestructura y dotación planteados por las entidades territoriales para ser incluidos en los PMIDS.

Esta metodología y lineamientos guardan coherencia con las apuestas del Plan Nacional de Desarrollo frente a la garantía del derecho a la salud, en donde la Atención Primaria en Salud y la intervención de los determinantes sociales de la salud tienen un papel preponderante y pretende contribuir a través de la formulación de los PMIDS, a la realización de sus objetivos encaminados a conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, y al fortalecimiento y modernización la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios.

Ello, considerando que el documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida en su capítulo B. Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar numeral 1- Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo señala:

“Se propone optimizar el modelo de salud con enfoque promocional y preventivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), con gobernanza, interculturalidad, gestión del riesgo, participación vinculante y articulación de los actores del sistema de salud, que garantice servicios integrales de salud en promoción, prevención y atención. En desarrollo de la Ley 1751 de 2015 se busca mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutive frente a los desafíos presentes y contingentes”.

De la misma forma procura contribuir, a través de la identificación de proyectos de infraestructura y dotación, al cumplimiento de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031, en especial el Fin 1 *“Avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.”* en su Línea de acción 4. *“Acceso a servicios de salud para el cuidado integral de la vida y la salud - A 2031, Colombia garantizará el 100% de acceso efectivo a servicios de salud a la población”;* y el Fin 3 *“Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables”* en sus diferentes metas.

El PMIDS toma en cuenta un horizonte de demanda, considerando las necesidades de la población proyectada. Este horizonte de 10 años guía los objetivos y ejecución en el corto, mediano y largo plazo, consolidando una estrategia para el desarrollo de un modelo con visión supramunicipal, en lugar de la suma fragmentada de intervenciones.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

El objetivo principal es identificar y priorizar proyectos de infraestructura y dotación que aborden las necesidades identificadas en los territorios, garantizando servicios integrales y de calidad para la población. El énfasis radica en fortalecer y modernizar la infraestructura pública de salud, especialmente en áreas con baja oferta de servicios. Esto permitirá a los departamentos y municipios y al gobierno nacional tomar decisiones estratégicas coherentes con los objetivos de desarrollo en materia de salud. Evitar la fragmentación de proyectos de corto plazo es clave para asegurar una visión integral y sostenible en el desarrollo de la infraestructura de salud.

En última instancia, esta planificación estratégica contribuirá a mejorar la calidad de vida y la salud de la población a lo largo del tiempo, alineándose con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Decenal de Salud Pública.

Teniendo en cuenta que el primer semestre de 2024 es un período de planeación estratégica para las entidades territoriales del país, en donde se definen entre otros los planes de desarrollo territorial y planes territoriales de salud para el cuatrienio, esta metodología y lineamientos para la construcción de PMIDS, contribuirá a la formulación de estos planes y les permitirá tener la coherencia necesaria en materia de planeación de recursos para la salud guardando el principio de integralidad en la prestación de los servicios, el cual busca, entre otros objetivos, asegurar resultados en la salud las personas y garantizar el continuo de la atención desde lo promocional hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; basado en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Dado que los PMIDS deben estar sincronizados con el Plan Decenal de Salud Pública, los primeros PMIDS serán formulados para un período que se irá hasta el año 2031.

2. ETAPAS PARA LA FORMULACIÓN DE LOS PLANES MAESTROS DE INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD – PMIDS

Para la elaboración y adopción de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS las entidades territoriales deberán de aportar información para la construcción en cuatro (4) etapas:

- 2.1** Evaluación general y formulación de propuestas de inversión.
- 2.2** Concertación
- 2.3** Presentación a los Consejos Territoriales de Salud
- 2.4** Adopción

2.1 ETAPA DE EVALUACIÓN GENERAL Y FORMULACIÓN DE PROPUESTAS DE INVERSIÓN

En etapa de evaluación general y propuestas de inversión, los departamentos y distritos definirán las principales necesidades de salud asociados a carencias en infraestructura y dotación para la prestación de los servicios. En primer lugar, el ente territorial realizará un análisis de problemas y su causalidad con el fin de identificar de manera precisa alternativas de solución y definir propuestas de inversión,

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

determinado uno o más proyectos que permitan superar o mejorar la situación problemática.

Como resultado de este ejercicio de planeación, los entes territoriales deberán desarrollar la “Matriz de valoración y propuestas de inversión” donde se consignarán dichos resultados y adicionalmente deberán diligenciar el aplicativo de proyectos como se explica a continuación:

2.1.1 Matriz de valoración y propuestas de inversión

Los Departamentos y distritos deberán diligenciar la “Matriz de valoración y propuestas de inversión” y enviarla mediante correo electrónico dirigido a PMIDS@minsalud.gov.co en los términos definidos en la Resolución que adopta esta metodología. La mencionada matriz tiene la siguiente estructura:

- Ejes de inversión:** Son categorías alineadas a los objetivos de política pública en materia de salud a nivel nacional, frente a las cuales se genera información diagnóstica con las fuentes e indicadores sugeridos.
- Problemática departamental o distrital:** en este apartado se presentan las principales problemáticas identificadas en el proceso diagnóstico, que deben ser solucionadas a través de proyectos de inversión en infraestructura y dotación.
- Propuesta de Inversión:** 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 y permitir la implementación de la visión del modelo. Las soluciones propuestas pueden desarrollarse tanto en el nivel primario como en el complementario.

Los elementos anteriormente descritos hacen parte del diligenciamiento de la Matriz de Valoración y propuestas que se señala a continuación y cuya estructura de análisis se aborda en la siguiente tabla:

Ejes de inversión	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	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial
Propuesta de intervenciones del Departamento o Distrito	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial	Campo por diligenciar por parte del ente territorial

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

2.1.2 Ejes de inversión

Se definen como Ejes de Inversión de los PMIDS los siguientes:

Eje 1. Reducción de brechas de capacidad instalada

Para garantizar el continuo de la atención en salud con la oportunidad y calidad que las personas y familias requieren, 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 para, una vez desarrollado este análisis, se identifique la brecha existente. Lo anterior pretende asegurar el acceso a un servicio de salud orientado a 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.

Para dimensionar y comprender las brechas se plantean, a continuación, algunos elementos y componentes conceptuales, así como algunas fuentes de información, a considerar:

En primer momento es necesario abordar las necesidades en salud requeridas por las condiciones de la población. El estudio de las necesidades de servicios de salud busca identificar los servicios que deben prestarse en un territorio según su población en los momentos asociados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es posible agrupar las necesidades en tres componentes dados por:

- i) La cobertura de las atenciones que requieren grupos poblacionales definidos por la Resolución 03280 de 2018 o la norma que la modifique adicione 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. Considerar indicadores puntuales y trazadores.
- ii) La necesidad en salud percibida pero que no se satisface a lo largo del proceso institucional de la salud, referida a la población que tienen una eventualidad en salud o una urgencia y presenta barreras de acceso a la atención en salud que requieren.
- iii) La población con necesidad efectiva, que refiere al uso efectivo ante una necesidad en salud, asociada al total de servicios prestados en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones y procedimientos.

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 la tecnología asociados a la prestación de los servicios con oportunidad y calidad. Para dar cuenta de la capacidad instalada, se requiere abordar cuatro componentes:

- i) Identificación de los prestadores de servicios de salud según naturaleza jurídica y nivel de complejidad a nivel territorial, incluyendo un porcentaje de estos prestadores en condiciones inadecuadas o que están en proceso de implementación.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

- ii) Identificación de la infraestructura hospitalaria disponible, considerando los recursos con los que cuentan las instituciones (camas, servicios asistenciales habilitados y ambulancias.)
- iii) Identificación de los servicios habilitados de control especial, indicando el número instituciones con dichos servicios habilitados. Los servicios considerados como de control especial son: Nefrología - Diálisis Renal; Oncología, Radioterapia y Oncología clínica; Medicina nuclear; Radiología e Imágenes Diagnósticas de Mediana y Alta Complejidad, de acuerdo con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación; Unidades de Cuidados intermedios e Intensivos Neonatal, Pediátrico y Adultos; Cirugía Cardiovascular; Cirugía Neurológica; Cirugía Ortopédica; Cirugía de Trasplante e Implante.
- iv) Identificación de la dotación hospitalaria disponible en lo referente a equipo biomédico, equipo industrial de uso hospitalario de baja, mediana y alta complejidad funcional con los que cuentan los prestadores de servicios en salud, así como los equipos de mediana y alta complejidad utilizados en los servicios de control especial de acuerdo con lo establecido en la resolución 2514 del 2012 artículo 2 (Servicios de salud de control especial de oferta) y los lineamientos de la resolución 2053 de 2019, junto con la resolución 0400 del 2024 la cual modifica el artículo 7 de la 2053.

Debe tenerse claridad sobre el número y proporción de hospitales con infraestructura o dotación hospitalaria inadecuada, para priorizar las intervenciones de reemplazo o ampliación a que haya lugar, posibilitando un incremento en la capacidad instalada con los recursos físicos ya existentes que requieren adecuaciones. De otra parte, se deben considerar las intervenciones que ya se encuentran previstas y en curso. 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).

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

1. ¿Cuáles son las principales características de las necesidades en salud del departamento o distrito que deben ser consideradas en las intervenciones de infraestructura y dotación?
2. ¿Cuáles son las principales características del perfil de salud que deben ser consideradas en las intervenciones de infraestructura y dotación?
3. ¿Cuál es la magnitud de necesidades en salud potenciales y cómo puede gestionarse a través de las intervenciones en infraestructura y dotación?
4. ¿Cuáles son las principales problemáticas asociadas a la capacidad instalada del departamento?
5. ¿Cuáles son los principales elementos asociados a la infraestructura y dotación que se encuentran en condiciones deficitarias considerando los resultados de la brecha?

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

6. ¿Qué tipo de proyectos de infraestructura hospitalaria se encuentran en proceso en el departamento, o distrito? ¿Qué capacidad tienen para disminuir las brechas identificadas?

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:

Necesidades en salud

Tamaño y distribución población por grupos etarios. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria pondrá a disposición esta información.

Tasa de mortalidad por enfermedades por causas (enfermedades transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, todas las demás). Consultar en: <https://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>

- Reporte 1. Tasa ajustada de mortalidad por (grupos y subgrupos lista 6/67).
- Razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad en menores de un año, tasa de mortalidad infantil, 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, porcentaje de partos por cesárea. Esta información se pondrá a disposición por parte de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y pueden complementarse con los análisis de situación de salud (ASIS) departamental y municipales.

Cumplimiento de los programas: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) al consultar, tener en cuenta los reportes de Resolución 202 de 2021, Resolución 3280 de 2018.

Necesidad percibida: Datos de la Encuesta de calidad de vida, la necesidad percibida se entiende más por acceso dada una necesidad en salud. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria pondrá a disposición esta información.

Atenciones de consultas externas, hospitalizaciones, urgencias y procedimientos en salud. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria pondrá a disposición esta información.

Capacidad instalada: Infraestructura, Dotación hospitalaria y Servicios habilitados. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria pondrá a disposición esta información.

Dotación equipos biomédicos: SIHO (dotación).

Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica.

En consideración a lo descrito en el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo de 2009, se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y debe garantizarse que todas las personas tengan acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Adicionalmente, la Ley 1751 de 2015 establece que el

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

derecho a la salud debe emprender acciones que permitan o garanticen el goce efectivo del servicio en condiciones de igualdad de oportunidades para todos.

Según lo anterior, hablar del 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 a movilidad y cercanía.

El componente territorial tiene una incidencia en la calidad de vida de la población en satisfactores como acceso a equipamientos comunitarios de salud (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. 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.

Una aproximación al término de accesibilidad geográfica, definiéndola como la cercanía (proximidad) o fácil movilización (limitaciones o barreras) hacia los prestadores de servicio. De la misma forma, la relación geográfica, población y servicios de salud deben comenzar por garantizar que el acceso a los servicios en salud deben darse en condiciones de cercanía 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 se basan en tiempos promedios entre la infraestructura y la población, se considera oportuno incluir a estas mediciones otras condiciones que puedan tener incidencia en la proximidad, tales como las limitaciones o barreras en la movilidad.

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 a 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

Debido a la frecuencia del evento, tipo de barrera y su nivel de afectación sobre la infraestructura 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 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 alternas poco seguras 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

- **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 propuestas de inversión en infraestructura de salud, soportadas en el diagnóstico de accesibilidad geográfica, los entes territoriales deberán priorizar las áreas, municipios o subregiones con tiempos promedios de desplazamiento superiores a los relacionados en la siguiente tabla, por temas de proximidad espacial y barreras permanentes o temporales, según el tipo de infraestructura y según la población localizada en el territorio, garantizando la localización de nuevos equipamientos en zonas de mayor densidad poblacional. Entre tanto, en zonas con densidades bajas podrá priorizar otras estrategias diferentes a infraestructuras fijas (ej. telemedicina o visitas médicas).

Tiempo promedio de acceso al servicio de salud	Nivel primario	Nivel complementario
Ideal	Hasta 15 minutos	Hasta 30 minutos
Óptima	16-30 min	31-60 min
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 Dirección Territorial de Salud departamental o distrital y las Empresas Sociales del Estado. De igual forma, es importante considerar que algunas ESE tienen facultad de operación en más de un municipio, por lo cual se debe considerar dicha facultad, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y área de influencia de cada una.

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

Preguntas orientadoras de infraestructura

1. ¿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?
2. ¿Cuáles son los municipios o lugares del municipio que menos y más tiempo tardan en llegar a un servicio de salud?
3. ¿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).

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

4. Identifique 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, otros.
5. Identifique municipios o lugares donde se encuentra la infraestructura de salud y en los cuales, por efecto de barreras o necesidad uso o cambio de más de un medio transporte, varíe sensiblemente el tiempo promedio en llegar. O por esta variación es necesario optar por otras rutas o medios menos frecuentes.
6. Identifique infraestructura de salud existente donde se presenta baja demanda de infraestructura de salud por barreras de idiomas, choques culturales, entre otros.

Preguntas orientadoras Dotación hospitalaria

1. ¿Cuáles son las dificultades que se presentan a la hora de dotar los puntos de atención más lejanos de los territorios?
2. ¿Con que servicios públicos cuenta que garanticen la operatividad de los equipos?
3. ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar a los puntos de atención la dotación requerida?
4. ¿Con que frecuencia se realizan actividades de mantenimiento en sus puntos de atención?
5. ¿Cuántos puntos de atención cuentan con dotación suficiente y adecuada para la prestación de servicios?
6. ¿La infraestructura existente garantiza la operatividad de los equipos?
7. ¿En caso de presentarse emergencia donde se requiere 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?
8. Identifique las dificultades que se presentan en cuanto a dotación se refiere durante el proceso de atención a pacientes que llegan en primera instancia a los puntos de atención más cercanos
9. Identifique el estado actual en el que se encuentran los equipos con los que presta servicios a las comunidades más cercanas

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

1. Accesibilidad geográfica para equipamientos de Salud en cabeceras municipales elaborado por el DANE:
<https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/territorio/accesibilidad-equipamientos/>

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

2. 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).
3. Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

Indicadores:

- Tiempo promedio de acceso (desplazamiento) a centros de salud por municipio.
- Tiempo promedio de acceso (desplazamiento) a hospitales por municipio.
- Porcentaje de población por municipio con acceso a centros de salud a menos de 60 minutos
- Porcentaje de población por municipio con acceso a hospitales a menos de 120 minutos.
- Cantidad de equipos médicos disponibles en zonas rurales
- Cantidad de servicios ofertados en zonas apartadas (apartados implica más de 120 minutos o una medida asociada a instituciones en la zona rural) con equipos adecuados para la atención de pacientes según su condición.
- Cantidad de mantenimientos realizados a los equipos disponibles en zonas de atención apartadas

Eje 3. Cumplimiento de sentencias y obligaciones judiciales

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.

De manera particular, algunas de dichas decisiones (sentencias o fallos) 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.

De manera consecuente, es importante identificar si existen sentencias 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.

Eje 4. Gestión del riesgo

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.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Es crucial incluir un eje de inversión dedicado a prever presupuestos y mecanismos de financiación específicos para abordar estos riesgos. Esta inversión permite 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.

Respuesta de la infraestructura y dotación ante amenazas y riesgos

La gestión de amenaza y riesgo ante fenómenos naturales se encuentra regulado por la ley 1523 de 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones” y define 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 2018 se reglamenta su incorporación en los territorios través de los planes de ordenamiento territorial. 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:

- **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.
- 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.

Las amenazas cuando 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 deben efectuar de manera prioritaria medidas de mitigación ante el riesgo del

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

evento que van desde la relocalización en caso de no tener la posibilidad de mitigarlos hasta intervenciones puntuales en el entorno que permitan disminuir o mitigar el nivel de riesgo o el impacto de la amenaza.

En caso de que la infraestructura de salud se encuentre localizada en zonas con amenaza debe tomar medidas de mitigación con relación al nivel de riesgo para prevenirlos y fortalecer la capacidad de respuesta y aumentar la resiliencia ante un posible evento que ponga en riesgo la infraestructura, la dotación atención que se presta en ella.

Entre otras, se consideran medidas de mitigación o prevención para la infraestructura o suelo donde se encuentra localizado:

- 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
- 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 intervenciones antrópicas que puedan aumentar el riesgo.

Medidas preventivas o de planificación tales como:

- 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.
- Implementación de sistemas de alerta temprana para notificar la inminencia de eventos para prever una respuesta rápida.
- Medidas de almacenamiento adecuado de medicamentos, dotación y suministros para garantizar una respuesta adecuada ante un evento.

En este orden de ideas, el eje 2 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.

Resiliencia y adaptación por emergencias

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.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

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.

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, 2274 y 2385 de 2021, que acogen y desarrollan la iniciativa de hospitales seguros.

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 intervenciones en infraestructura, capacitación de personal, fortalecimiento del monitoreo y evaluación del cumplimiento mejoran la capacidad de respuesta del sector salud.

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 para no dejar a nadie atrás; iv) Hospitales flexibles y adaptables en su organización y funciones con un enfoque de preparación multiamenaza, 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, 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

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

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 médicos 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?
(No se considera el riesgo por eventos en salud que pueden afectar la atención en salud, ejemplo epidemias, migraciones, eventos de salud pública)
2. ¿Cuáles condiciones climáticas o eventos asociados a la gestión del riesgo y con qué frecuencia limitan el acceso o generar cierres o limitación de uso de infraestructura o dotación hospitalaria?
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? ¿Qué medidas de mitigación o prevención han implementado?
4. El distrito o departamento (incluidos 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 y cuántas no?
6. Cuántas IPS en el distrito o departamento (incluidos sus municipios) han implementado planes para ambientes sanos y seguros?
7. Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han sufrido afectaciones emergencias por eventos naturales en los últimos 5 años?
8. 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.
9. ¿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?
10. ¿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?
11. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuentan con equipos biomédicos en condiciones adecuadas y que cumplen con requisitos

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

mínimos que permitan presentar asistencia, mantener operatividad y dar solución rápida ante una emergencia?

12 ¿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?

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. MSPS (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. IDEAM (planes de gestión de riesgo departamental)
6. Metodología para desarrollar análisis y evaluación del riesgo de desastres. DNP
7. Servicio Geológico Colombiano

En este punto se hace algún tipo de aproximación para identificar los niveles de severidad de las afectaciones)

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 cuestión en referencia y contra referencia)
3. Cantidad de mantenimientos correctivos realizados. (Fuente: reportes de mantenimiento institucionales)

2.1.3 Definición de problemas a nivel departamental o distrital

Dado que los PMIDS intentan solucionar problemas de la Salud asociados a la infraestructura y dotación disponibles para la prestación de los servicios, es necesario hacer una identificación precisa y priorizada de estas problemáticas.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Un problema es un obstáculo en una situación concreta que media entre la realidad actual y las aspiraciones de un actor que participa en el juego social (Matus 1994)

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 de baja y mediana complejidad”; 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?

2.1.4 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 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 intervenciones, algunas relacionadas con la infraestructura y dotación. Es sobre estas que el Ministerio de Salud y Protección Social espera recibir información que permita, en una siguiente fase, priorizar los que formarán parte del Plan Maestro de Infraestructura y Dotación en Salud del nivel nacional y que facilitarán, por tanto, la construcción de los planes departamentales y distritales.

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 de baja y mediana complejidad) y expresarlo con una connotación positiva

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

deseada (Fortalecer la capacidad de respuesta del ente territorial para la prestación de los servicios de salud de baja y mediana complejidad), connotación que servirá para la identificación de diferentes alternativas de solución (adecuación y ampliación de la infraestructura existente, habilitación de nuevos servicios, etc.) gestionando las mismas conforme a los procesos de planeación territorial y según las fuentes de financiación, presentando en la presente matriz aquellas alternativas que se relacionen con la infraestructura y la dotación en salud (proyectos).

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

Se entiende entonces que una solución puede estar compuesta por múltiples intervenciones (en múltiples modalidades), pero que en conjunto responde integralmente a la problemática detectada.

La construcción de propuestas de intervención parte de considerar las siguientes apuestas y estrategias:

Apuesta 1. Implementación de servicios estratégicos

Bajo la perspectiva de la intención de conformar redes de servicios de diferentes características, se hace necesario el fortalecimiento, ampliación y mejora de servicios de salud dirigidos a aumentar la capacidad instalada específica en función de los siguientes tipos de redes:

Tipo de red	Subtipo	Servicios a fortalecer
Redes funcionales	Red para la atención del cáncer	De conformidad con lo establecido por la normatividad vigentes resolución de habilitación de UFCA y UACAI
	Red de salud mental	Servicios del grupo: Consulta externa, de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, Internación y/o Atención Inmediata. (incluir los servicios referidos sobre la Ley de Salud mental)
	Red para la atención de enfermedades de alto costo y de enfermedades huérfanas	Servicios de carácter Quirúrgico, Consulta externa y/o de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica que de atención a enfermedades de Alto costo y/o Huérfanas. De acuerdo a lo establecido en la Resolución de habilitación de centros de referencia de enfermedades huérfanas
	Red para la atención integral en cuidado paliativos	Servicios de los grupos de Consulta externa, Internación y/u Otros (como Atención domiciliaria) considerados como servicios de cuidados paliativos.
Redes de interés:	Red para la atención de urgencias (Sistema de Emergencias Médicas)	Servicios del Grupo de Atención inmediata (El SEM no aplica en todos los territorios como una única unidad entonces delimitar el alcance que es

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Tipo de red	Subtipo	Servicios a fortalecer
		diferente a la red de atención en urgencias)
	Red para la atención en Salud para la Población Materno Perinatal	Servicios ginecobstétricos y pediátricos de carácter Quirúrgico, Consulta externa, Atención inmediata y/o de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. (en función de lo requerido por la RMP)
	Red de servicios de trasplantes y tejidos	Servicios Quirúrgicos, de Consulta externa, Atención inmediata, Internación y/o Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica referentes a trasplantes y tejidos, así como consideraciones del INVIMA
	Red de bancos de sangre	Servicios de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica referentes a Bancos de sangre, así como consideraciones del INVIMA
	Red de laboratorios de salud pública	Servicios de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica referentes a Laboratorios
	Red de prestadores de servicios de telemedicina	Servicios con modalidad Telemedicina (me deja inquieta este componente en tanto que la telemedicina es una modalidad de prestación de servicios y por tanto en la organización de la red y de acuerdo con las necesidades en salud se implementa. Dejar este tipo de particularidades es importante señalarla, pero en términos de la funcionalidad de la provisión de los servicios no se hace claro el enfoque) Los componentes relacionados con proveedores de tecnologías y los gestores farmacéuticos no se están considerando de manera puntal, aunque son un soporte clave de la prestación de los servicios de salud)

Apuesta 2. Prestación de servicios con visión subregional conformando redes territoriales integrales e integradas

Para garantizar la respuesta oportuna y efectiva a las necesidades en salud se requiere de un primer nivel de atención fortalecido que incorpore de manera progresiva especialidades básicas de acuerdo con las necesidades de los territorios y garantice el acceso a servicios de cuidado socio-sanitario de distinta complejidad. Lo anterior requiere de acciones territorializadas que prioricen que las personas, familias y comunidades puedan resolver sus necesidades en cercanía a sus lugares de residencia, atendiendo a la movilidad real de las personas y superando los límites de la división político-administrativa.

Para ello, en el ejercicio de planear las soluciones de las necesidades en infraestructura y dotación de salud deberá considerarse la existencia de Áreas Geográficas para la gestión en salud, acorde a las disposiciones establecidas en el Decreto 1599 de 2022. Al respecto, es necesario precisar que estas áreas geográficas para la gestión en salud tienen como propósito organizar funcionalmente la manera de prestar los servicios de salud territorialmente, llevando a organizar las

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

acciones de aseguramiento, prestación de servicios y la salud pública con un enfoque territorial, promoviendo así una gestión en salud que fortalezca, la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud. Estas áreas geográficas atienden a la necesidad de organizar funcionalmente el aseguramiento y la oferta de servicios bajo criterios de contigüidad, territorialización, continuidad, integralidad y respeto por los saberes propios, sin desconocer la autonomía administrativa y financiera para las entidades territoriales definidas por Ley 715 de 2001.

Una vez se reglamenten estas áreas geográficas para la gestión en salud, se establecerán un conjunto de regiones y subregiones, con el fin de hacer agrupaciones de unidades geográficas espacialmente contiguas, que compartan características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. Siendo así, una vez se disponga de los actos administrativos que reglamente las áreas geográficas para la gestión en salud, se deberán tener como referentes geográficos, no solo a Departamentos, Distritos y Municipios, sino también a estas áreas geográficas.

Apuesta 3. Adaptación al cambio climático

Los efectos del Cambio Climático afectan a los países en varios niveles. El sector Salud se ve afectado en sus infraestructuras incidiendo en su capacidad de desarrollo y respuesta. Para hacer frente al cambio climático existen dos estrategias: las medidas de mitigación y las medidas de adaptación.

Las medidas de mitigación están enfocadas en 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 otras, mediante la implementación de medidas activas y pasivas desde el diseño de las edificaciones.

Para las medidas de adaptación están orientadas en reducir la vulnerabilidad y riesgos generados por la variabilidad y el Cambio climático; para el caso de infraestructura están dirigidas en fortalecer la resiliencia de los edificios.

Entre otras, se consideran medidas de mitigación o prevención para la infraestructura o suelo donde se encuentra localizado:

- 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.
- Maximizar el uso de recursos naturales y manejo de envoltentes.

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.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Apuesta 4. Implementación de la APS

Conforme con el marco constitucional y legal descrito, el Gobierno nacional ha construido el documento de las **Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA”**, en el que propone que el país se convierta en una potencia mundial de vida y garantice el vivir sabroso de toda la población, lo cual implica avanzar 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 “**PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2022- 2026 - COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA**” establece los “*Ejes de Transformación*” del Plan Nacional de Desarrollo, que en su eje 2 establece:

*“(...) 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).

Del cual hace parte la **estrategia** denominada: “*Salud para la Vida: hacia un sistema garantista, universal*”; en donde la **Atención Primaria en Salud (APS)** ocupa un papel central con 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.

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 “*Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026*” se establece:

“

- (i) desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales;
- (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones;
- (iii) **se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios**, apoyado en la

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

ejecución de un **plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación**;

- (iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional y
- (v) se fortalecerá el aseguramiento en salud para el cuidado integral de toda la población, bajo el control y regulación del Estado”.

La estrategia de APS, es definida por la Organización Mundial de la Salud –OMS, como:

“(…), 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.”

De manera reciente, vincula la APS con la equidad en salud, así:

“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 intervenciones intersectoriales.”

En este contexto, una estrategia definida en 1987 por la OMS en la Declaración de Alma Ata y que aún hoy se trata de hacer realidad en Colombia (ver propósito de la Ley 1438 de 2011), tiene relación entre otras, con las reflexiones teórico - epistemológico, lo político, y la praxis de la justicia social en salud presentada previamente, así como con políticas y sistemas de cuidado.

Es así como, existen numerosos estudios que demuestran el beneficio del funcionamiento de los sistemas de salud basados en APS y el potencial de impacto en el bienestar y la calidad de vida de la población, siendo importante mencionar la influencia que tiene la **construcción de la infraestructura física, para la eliminación de las barreras de acceso**, tal como se evidenció en el estudio de 10 años realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID relacionado con las inversión en APS, casos Brasil/Chile/Colombia para el período 2010-2020.

En función de los diferentes elementos que dan muestra de la crisis estructural del sistema de salud en cuanto a la garantía del derecho a la salud, se hace urgente y necesario trascender de una atención básica a dar respuesta integral a las necesidades sociales de la salud y orientado al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud – APS como una estrategia que permite:

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Universalidad: el acceso efectivo a los servicios de salud reduciendo las barreras de acceso, no solo de afiliación sino de aumentar el primer contacto de las poblaciones al sistema de salud con una mayor oferta de servicios de tipo resolutivo y una mayor puerta de entrada a través de los Centros de Atención primaria en Salud - CAPS, por lo cual se requiere de inversión en infraestructura física que acorde a las condiciones y proyecciones realizadas de necesidad de los mismos se pueden ampliar, remodelar, reponer o hacer una construcción nueva.

Territorialización: como la metodología 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 resolutivos de salud.

2.1.5 Tipos de intervenciones a considerar como parte de las soluciones

De forma articulada a los planteamientos de organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, las intervenciones en infraestructura y dotación se asocian a los niveles primario y complementarios de dichas redes, así:

Nivel primario

Se define como el componente de la red conformado 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. Adicionalmente, es considerado el primer contacto de las personas con el sistema de salud, y actúa como nodo articulador que facilita 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 Intervenciones Colectivas en Salud.

Hacen parte de las intervenciones del nivel primario aquellas que se realicen en hospitales, centros y puestos de salud dirigidas a:

- 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.

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 intervenciones 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Cumplimiento de condiciones de accesibilidad universal

El principio de la accesibilidad universal reviste una importancia significativa para garantizar la equidad e 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.

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.

Al respecto, 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., es una norma importante Este referente incluye disposiciones respecto a los elementos físicos necesarios para prever condiciones de movilidad reducida como rampas, ascensores, alturas mínimas, dimensiones de pasillos, entre otros que son relevantes para las edificaciones de salud. Por su parte específicamente para salud se encuentra la Resolución 3100 de 2019 que ofrece en su anexo técnico estándares y criterios para la infraestructura determinando acciones de adaptación como materiales de piso antideslizantes, sistemas alternativos de elevación, entre otros aspectos y la Resolución 4445 de 1997 que determina condiciones de salubridad y tránsito.

Si bien estas normas no abordan directa o específicamente la accesibilidad universal, si establecen los requisitos mínimos para el adecuado funcionamiento de las edificaciones en términos de accesibilidad física y eliminación de barreras, que promueven la inclusión en su uso.

Algunas de las acciones que promueven el mejoramiento de la accesibilidad universal son:

- 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Adicional a la accesibilidad universal para garantizar la inclusión de las personas con discapacidad, es necesario que el diseño incorpore criterios de inclusión de género en el mobiliario y espacios internos tales como baños, salas de espera, salas de lactancia materna, entre otros.

Inclusión de servicios socio sanitarios y socio ambientales

En búsqueda de abordar las causas de 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.

En tal sentido, se recomienda que el planteamiento de intervenciones 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).

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. o 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 se reconozcan las diversas tradiciones y concepciones del proceso salud-enfermedad. Dichos elementos se incluirán especialmente en ambientes como las salas de partos, salas de espera, ambientes del grupo de internación hospitalaria y huertas tradicionales, entre otros según las especificidades culturales.

Modalidades de implementación

En concordancia con las definiciones establecidas en el artículo 3 de la Resolución 2053 de 2019 y sus modificaciones, las intervenciones en sedes pueden ser implementados bajo una o más modalidades de intervención. En función a ello se contemplan como principales modalidades de intervención las siguientes:

Intervenciones 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.

Intervenciones en sedes existentes: se entienden como instalaciones correspondientes a sedes existentes de prestadores de servicios en las cuales se prestaba a la fecha servicios de salud contemplando total o parcialmente la capacidad instalada prevista y acordada en el marco de la formulación de los

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

proyectos de inversión. Se entiende de ello que las intervenciones 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:

- **Mejoramiento físico:** dirigidas a mejorar las condiciones físicas de las instalaciones para el cumplimiento de estándares de habilitación, 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.
- **Dotación hospitalaria:** dirigidas a la adquisición de elementos y mobiliario requeridos para cumplir los estándares de habilitación, y en general hacer funcional las instalaciones.
- **Fortalecimiento de servicios estratégicos:** dirigidas a incluir o fortalecer servicios de interés para la conformación de redes funcionales o de interés establecidos como del nivel primario.
- **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.
- **Respuestas móviles o itinerantes:** unidades móviles terrestres o fluviales en las que se prestan servicios de salud específicos, cuyo propósito es brindar atención a poblaciones de difícil acceso, alto grado de vulnerabilidad o de interés específico.

En relación con la dotación hospitalaria, los prestadores de servicios de salud incluidos dentro del nivel primario de atención y oferentes que presten servicios relacionados con el cuidado básico (mínimo) a pacientes estables desde el punto de vista clínico y de enfermería, autónomos y autosuficientes y cuidado intermedio a pacientes estables desde el punto de vista clínico y de enfermería, con parcial dependencia del profesional de enfermería, deben contar o incluir equipamiento utilizado en cuidados a pacientes que se recuperaran sin riesgo inminente de muerte, sujetos a la inestabilidad de las funciones vitales, requiere asistencia de enfermería y médica permanente y especializada.

Así mismo, deben de contar con una dotación en concordancia con lo definido en su estándar de procesos prioritarios, capacidad instalada y servicios ofertados. Estos prestadores de salud deben contar como mínimo con las siguientes tecnologías:

Dotación del Nivel Primario

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.

Estos equipos médicos 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

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

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 como consulta externa, hospitalización, urgencias, apoyo diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad.

A su vez se debe contar en ciertos casos con una dotación tecnológica de mediana complejidad en donde son aquellos equipos médicos utilizados en procedimientos de diagnóstico, terapia y/o rehabilitación intermedios, que por el carácter de su tecnología presentan y requieren de una serie de 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, lo cual hace que las provisiones técnicas exijan una medianía de pericia al momento de su planeación, adquisición, instalación y operación.

Nivel Complementario

Se define como el componente de la red conformado a través de organizaciones para la prestación de servicios individuales con mayor requerimiento tecnológico, para la atención en salud de aquellos eventos con un talento humano en salud no disponible en el nivel primario con una garantía de la integralidad, continuidad y resolutivez para la población.

Corresponde a la intervención en servicios de mediana y alta complejidad, dirigidas a:

- La atención integral para la prestación de servicios con mayor requerimiento tecnológico requerida en el territorio.
- La atención integral de enfermedades de alto costo, enfermedades crónicas no transmisibles y de enfermedades huérfanas.
- La atención integral en urgencias (las urgencias van a lo largo de la atención tanto a nivel primario como complementario).
- La atención integral en cuidado paliativos.

Lo anterior, como una estrategia que coadyuve a la conformación de los nodos funcionales de las RIITS, incluyendo el apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y la implementación de mecanismos del sistema de referencia y contrarreferencia

Como en el caso de las intervenciones de 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 o medidas de mitigación y sostenibilidad, pero en especial, dirigidas al fortalecimiento de servicios estratégicos para la conformación de redes funcionales o de interés establecidos empleando tecnologías y dotación de control especial de la oferta.

En relación con la dotación hospitalaria, la misma se dirige al cuidado de pacientes graves y recuperables, con riesgo inminente de muerte, sujetos a inestabilidad de las funciones vitales requieren asistencia de enfermería y medica permanente y especializada. Pero también comprende otros componentes de la atención en salud como actividad física, apoyo emocional o nutrición pertinente, entre muchos otros, acompañan el proceso. Estos prestadores de salud deben contar como mínimo con las siguientes tecnologías:

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

Dotación 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.

Estos equipos por el carácter de su tecnología presentan y requieren de una serie de elementos y condiciones mediana y altamente 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 habilitados 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 siguientes servicios:

- Servicio De Nefrología- Diálisis Renal
- Servicio De Oncología, Radio Terapia Y Oncología Clínica
- Servicio De Medicina Nuclear
- Servicio De Radiología E Imágenes Diagnosticas De Median Y Alta Complejidad De Acuerdo Con El Sistema Único De Habilitación
- Unidades de cuidados intermedios e intensivos neonatal, pediátrico y adultos
- Servicios De Obstetricia De Mediana Y Alta Complejidad
- Cirugías Cardiovascular, Neurológica, Ortopédica Y De Trasplante E Implantables

Requerimientos de infraestructura para proyectos de dotación hospitalaria:

Las necesidades de infraestructura varían en función a las condiciones de operación del equipo, al tipo y a la cantidad de previstas o requisitos que cada fabricante requiera para su correcto funcionamiento.

Dentro de las condiciones de infraestructura para el funcionamiento correcto y una adecuada instalación de los equipos médicos, con respecto al diseño de planos constructivos, construcción y/o modificación de la infraestructura, se valoran al menos los siguientes requisitos:

- Si el equipo no requiere de alguna condición especial de infraestructura.
- Desagües (con o sin tratamiento específico de aguas residuales).
- Alimentación eléctrica convencional (tomacorriente 120 VAC / 60 Hz).
- 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). ✓ Agua potable (fría y/o caliente y/o tratada).
- Aire acondicionado (mini-split o sistema centralizado).
- Conexión de vapor o gas LP. ✓ Gases medicinales (oxígeno, aire, CO₂, N₂O, u otro) y/o vacío.
- Requerimientos telemáticos (cableado estructurado y/o fibra óptica y/o puntas de red).

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

- 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 ataca o 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?

2.1.6 Plan de inversiones

El conjunto de decisiones y soluciones propuestas se sintetizará en un archivo formato Excel fundamentado en las herramientas existentes dispuestas por el MSPS, es decir, la aplicación web para Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud (PBIS), incluyendo la siguiente información:

Identificación técnica general del proyecto: para cada proyecto formulado se deben identificar los aspectos técnicos generales, los cuales permitirán identificar la localización, características, responsables y demás atributos necesarios para caracterizar el proyecto:

- Número de proyecto
- Nombre del proyecto
- Código de departamento (DIVIPOLA)
- Nombre del departamento
- Código del municipio (DIVIPOLA)
- Nombre del municipio
- Dirección (nomenclatura) del predio donde se localiza el proyecto
- Cédula catastral donde se localiza el proyecto o información de saneamiento patrimonial disponible.
- Georreferenciación del proyecto: se debe suministrar información de las coordenadas donde se localiza el proyecto, para lo cual se debe proporcionar información de latitud y longitud, a partir de valores numéricos en formato decimal (con 6 decimales) y sin letras o caracteres especiales (ej.: Latitud 4,854589 Longitud -72,367543)
- Código de habilitación de la sede (si es nueva y no se tiene indicarlo)
- Entidad responsable

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Identificación específica de la inversión: para cada proyecto propuesto se deben identificar aspectos concretos de la inversión, el tipo de actuación, recursos y fuentes:

- Tipo de proyecto: Infraestructura, dotación y/o equipamiento fijo.
- Modalidad de intervención: de acuerdo a las categorías establecidas en la Resolución 2053 de 2019, y las normas que la modifican, sustituyen o hagan sus veces.
- Estado del proyecto: no iniciado, en ejecución, suspendido, terminado, no se realiza, otro.
- Nivel de proyecto: 1, 2 o 3 nivel
- Ámbito de impacto del proyecto: Nacional, departamental, distrital o municipal
- Población a beneficiar
- Capacidad a atender con la inversión
- Área del predio en metros cuadrados (infraestructura).
- Área construida (infraestructura)
- Descripción de equipos y dotación correspondientes a la inversión

Identificación financiera general del proyecto: para cada proyecto propuesto se deben determinar los siguientes aspectos:

- Plazo de ejecución: corto plazo (2025-2026) mediano plazo (2027-2029) largo plazo (2030-2031)
- Valor total de la obra correspondiente a infraestructura: estimación en pesos del valor de la intervención del componente de infraestructura.
- Valor total de la dotación: estimación en pesos del valor de la intervención del componente de dotación.
- Costo total: sumatoria del valor total en infraestructura y dotación
- Fuente de financiación de los recursos (propios, PGN, Departamentales, regalías, otros)

Recomendaciones:

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, UCI, quirófanos), se recomienda incluir un solo proyecto en el que se identifiquen progresivamente las intervenciones y las condiciones necesarias para que cada una de ellas se desarrolle (planes de contingencia, proyectos específicos complementarios, entre otros).

2.2. ETAPA DE CONCERTACION

Una vez recibida la “Matriz de valoración y propuestas”, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a revisar sus contenidos considerando para ello los siguientes criterios:

- Integralidad, continuidad, longitudinalidad

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

- Calidad y sus atributos
- Gestión del riesgo
- Articulación
- Pertinencia
- Racionalidad
- Suficiencia
- Referencia y contra - referencia
- Seguridad del paciente
- Eficiencia
- Innovación
-

Lo anterior, en procura de asistir técnicamente a las entidades territoriales y procurar que las propuestas de inversión guarden coherencia con los objetivos de las políticas nacionales y territoriales en salud tales como la conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud y la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Una vez realizada esta evaluación, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a convocar a los departamentos y distritos a mesas de concertación con el fin de revisar, discutir y precisar la pertinencia, alcance y viabilidad general de las propuestas de inversión que se incluirán en los Planes Maestros de Inversión departamentales, distritales y Nacional. En las mesas de concertación podrán participar representantes de las comunidades étnicas que manifiesten interés en dichos planes.

De la misma forma, como producto de estas mesas de diálogo se realizará la programación general y financiera de los proyectos de tal forma en que sean integrados en el plan plurianual de inversión del PMIDS nacional.

Como producto de este proceso se generarán actas que evidencien la participación de las entidades territoriales la construcción del Instrumento.

2.3. ETAPA DE PRESENTACIÓN A LOS CONSEJOS TERRITORIALES DE SALUD

Los departamentos y distritos, a través de las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, según el caso o quien haga sus veces, presentarán la programación general de proyectos concertada a sus Consejos Territoriales de Salud departamental o distrital, dentro de los diez (10) días siguientes a la finalización de la mesa de concertación, de lo que se dejará constancia en el acta respectiva, especificando cada proyecto presentado.

2.4. ETAPA DE ADOPCIÓN

El Plan Maestro de Infraestructura y Dotación en Salud por Departamentos y Distritos se adoptará mediante documento suscrito por la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los documentos que conformarán al Plan Maestro de Infraestructura y Dotación en Salud (conteniendo el conjunto de proyectos y su programación) aunado al documento de Directrices generales de implementación, desarrollado por el

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Ministerio de Salud y Protección Social, constituirán el Plan de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud-PMIDS departamental, distrital y nacional. Los documentos de proyectos del Plan Maestro serán equivalentes a los Planes de Inversiones.

3. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Se entiende por seguimiento como el conjunto de acciones para identificar el avance progresivo del plan en todas sus dimensiones y componentes. Se aclara en todo caso que el seguimiento es comprehensivo y mide los avances de las intervenciones en tiempo y espacio, mientras que la evaluación es focalizada y se centra en examinar la causalidad entre las intervenciones y sus efectos sobre la población. El sistema de seguimiento y monitoreo será desarrollado por el MSPS a partir de un sistema de indicadores Incluyendo al menos los siguientes grupos:

Los indicadores de logro: deben permitir determinar la obtención final de resultados según las características del nivel de complejidad de los servicios, los tipos de intervención o aspectos cuantitativos definidos en las metas. Con estos indicadores se busca establecer el estado de la prestación tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Los Indicadores de gestión: se concentran en medir los avances progresivos de los proyectos del Plan Maestro de acuerdo a las diferentes etapas que contemplen (estructuración, prefactibilidad, factibilidad, ejecución, puesta en funcionamiento) o las que sucesivamente se identifiquen para completar el conjunto de intervenciones necesarias (por ejemplo: etapa 1: plan de contingencia, etapa 2: intervención en urgencias y consulta externa, etapa 3: intervención de área administrativa). Su medición considera aspectos como la gestión predial, la consecución de recursos, los procesos contractuales, o la progresividad de la ejecución física, incluyendo mediciones que establezcan cantidad de acciones, tiempo o recursos empleados para desarrollarlas

Los indicadores temáticos: se centran en la medición de los avances con respecto a temáticas estratégicas del plan, tales como son aspectos ambientales, de disponibilidad de recursos tecnológicos y de aspectos de relación con el entorno, tales como la relación con la comunidad externa, la inclusión de poblaciones, el manejo de aspectos patrimoniales, de articulación intersectorial o con la incorporación de medidas para la adaptación al cambio climático, entre otros.

Los Departamentos y Distritos deberán remitir en los primeros cinco (5) días del mes de junio y del mes de noviembre de cada vigencia el reporte de información que le sea solicitado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, sobre la información recibida el Ministerio generará un informe de seguimiento a los Planes Maestros de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud Departamentales y Distritales.

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN

El tipo de evaluación a implementar será de seguimiento es decir se debe realizar una vez se ha implementado cierto volumen de acciones y proyectos, estableciendo

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

el estado de los resultados mediatos y alejados, consolidados en el tiempo y centrándose en los impactos del proyecto.

La misma se debe desarrollar incluyendo al menos lo siguiente:

- Consolidado de comportamiento de indicadores en el periodo de medición.
- Discrepancias entre lo previsto y lo ejecutado.
- Impacto social económico directo e indirecto del plan maestro.
- Factores que afectan el desarrollo del plan maestro.
- Aprendizajes y recomendaciones para el ajuste y mejora del plan maestro.

La evaluación integral del plan maestro se adelantará en las fechas estipuladas en la resolución de adopción de este documento.

4. AJUSTES DEL PLAN MAESTRO EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD - PMIDS

Cada cuatro (4) años en concordancia con el periodo de formulación de los planes departamentales y Distritales de Desarrollo y de acuerdo con lo estipulado en el artículo 164 del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, se podrán ajustar los Planes de Inversiones del Plan Maestro en Infraestructura y Dotación en Salud.

Se considera que puede existir un conjunto de causas estructurales que haga necesaria el ajuste a los Planes de Inversión de los PMDIS:

- Cambios en los niveles de demanda.
- Cambios en la disponibilidad de recursos para infraestructura física o tecnológica.
- Cambios normativos de orden nacional que limiten el desarrollo de proyectos.
- Cambios normativos que obliguen al cumplimiento de condiciones de alta importancia tales como reforzamiento estructural, restauración de inmuebles, accesibilidad universal, o construcción sostenible.

De manera justificada y sin que implique reformulación del Plan maestro, el plan de inversiones puede ser objeto de ajuste, en particular, en aspectos específicos como los que se enuncian a continuación:

Cambios en la priorización de proyectos o intervenciones: sólo se podrán ajustar los proyectos una vez por vigencia. Se deberá soportar tal cambio en razones de conveniencia asociadas a la obtención de mejor utilización de recursos o tiempo, o ante circunstancias ajenas al control de la universidad, tales como la emisión de conceptos, sentencias o directrices emitidas por entes competentes en la materia. El sistema de gobernanza deberá indicar cuales son los pasos e instancias a tener en cuenta para obtener el ajuste.

Ajustes de indicadores y sistema de evaluación: sólo se podrán ajustar indicadores, estándares y mecanismos de evaluación, una vez por vigencia. Se deberá soportar tal cambio en razones de cambio normativo, en justificación de evaluación de conveniencia para la gestión y control o en limitaciones administrativas, económicas o técnicas para llevar a cabo la medición. Se debe

Continuación de la resolución "Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones"

realizar bajo el mismo procedimiento de los cambios de priorización de acciones o proyectos.

4.1 AJUSTE AL DOCUMENTO DE PROYECTOS

De manera justificada, el documento puede ser objeto de ajuste a proyectos, para lo cual se adelantará el siguiente trámite:

- El Departamento o Distrito solicitará a la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria la realización de una mesa de ajuste, para lo cual deberá remitir la justificación y la propuesta de modificación como requisito previo para la realización de la misma.
- La Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria analizará la solicitud y de considerarla procedente programará la mesa de ajuste, cualquiera que sea la decisión, esta deberá ser informada a la entidad solicitante.
- De las mesas de ajuste se levantarán las actas correspondientes. De ser aprobado el ajuste este deberá ser presentado ante el Consejo Territorial de Salud dentro de los diez (10) días siguientes a la realización de la Mesa de Ajuste.
- El acta del Consejo Territorial debe ser remitida a la DPS y AP, una vez recibida se realizará el ajuste correspondiente al documento lo cual será informado a la entidad solicitante.

El ajuste no podrá extenderse por un periodo superior a cuatro (4) meses en la misma vigencia en la que es autorizado.

5. DEFINICIONES

Para la aplicación de la metodología que se define mediante el presente acto administrativo, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Accesibilidad geográfica: Distancia entre la oferta del servicio y la población que busca satisfacer sus necesidades sanitarias.

Acciones: Corresponden a actividades de gestión que facilitan la implementación del PMIDS. Se entiende que las mismas no demandan recursos de inversión, no obstante, pueden requerir de recursos de personal para su implementación.

Capacidad instalada: Se entiende como la disponibilidad (posibilidad de absorber la demanda) de infraestructura, tecnología y dotación necesaria para producir determinados bienes o servicios

Intervención: Se refiere a la acción específica al interior de un proyecto considerando la solución técnica que requiere. Para efectos de los PMIDS se emplearán las definiciones establecidas en el Artículo 3 de la Resolución 2053 de 2019, o la norma que la modifique o haga sus veces.

Infraestructura hospitalaria: Comprende los edificios, instalaciones físicas, redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes locales, redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones (Artículo 2, Decreto 1769 de 1994).

Continuación de la resolución “Por la cual se define la metodología para formular los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS, se determina la infraestructura, dotación, equipamiento de control especial y se dictan otras disposiciones”

Dotación hospitalaria: Comprende el equipo industrial de uso hospitalario, el equipo biomédico, los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales, y los equipos de comunicaciones e informática (Artículo 3, Decreto 1769 de 1994).

Equipo industrial de uso hospitalario. Corresponde a las plantas eléctricas, los equipos de lavandería y de cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario (Artículo 4, Decreto 1769 de 1994).

Equipo biomédico. Corresponde a todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, mecánicas y/o híbridas; desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud (Artículo 5, Decreto 1769 de 1994).

Proyecto: Conjunto de intervenciones que llevadas a cabo satisfacen una necesidad y generan cambios o efectos que dan cumplimiento a una meta o intención. Requieren de recursos, planeación, gestión y la disposición de niveles de la organización para su implementación. Hacen parte de un programa, cumplen un determinado objetivo y se pueden ejecutar en forma independiente.