

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

ANEXO No. 1

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

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN3

1. MATRIZ DE VALORACIÓN DE NECESIDADES E IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES5

 2.1 EJES DE ANÁLISIS5

 2.2 DEFINICIÓN DE PROBLEMAS A NIVEL DEPARTAMENTAL O DISTRITAL 18

 2.3 DEFINICIÓN DE SOLUCIONES 19

 2.3.1 Apuestas Estratégicas de los PMIDS..... 19

 2.3.2 Tipos de iniciativas de inversión a considerar como parte de las soluciones..... 23

 2.4 PLAN DE INVERSIONES DEL PMIDS DEPARTAMENTAL O DISTRITAL29

3.CRITERIOS PARA LA CONCERTACION31

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

LISTA DE SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ESE	Empresas Sociales del Estado
IPS	Institución Prestadora de Servicios
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NSR – 10	Norma Sismo Resistente (Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente)
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PMIDS	Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud
PTRRM	Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización
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
POAI	Plan Operativo Anual de Inversiones
RIITS	Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
SIHO	Sistema de Información Hospitalaria
SMART	Specific, Measurable, Action-oriented, Realistic, and Time-bound (Específico, medible, orientado a la acción, realista y con plazos determinados)
TICs	Tecnología de la Información y Comunicaciones

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

PRESENTACIÓN

El objetivo principal del presente Anexo es facilitar la formulación de los Planes de Inversión de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud - PMIDS departamentales y distritales, de modo que las entidades territoriales 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. Consiste en la generación de lineamientos para la identificación y priorización proyectos de infraestructura y dotación que contribuyan a la solución de las necesidades identificadas en los departamentos y distritos, para la prestación de servicios integrales y de calidad para la población.

Dichos lineamientos buscan fortalecer y modernizar la infraestructura pública de salud y la dotación hospitalaria, especialmente en áreas con baja oferta de servicios. Esto permitirá a las entidades territoriales tomar decisiones estratégicas coherentes con los objetivos de desarrollo en materia de salud, evitando así la fragmentación de proyectos de corto plazo para asegurar una visión integral y sostenible de la oferta de sedes de prestadores públicos.

Estas orientaciones 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 que garanticen servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, y al fortalecimiento y modernización la red pública hospitalaria.

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.

Iniciativa: Corresponde a la definición inicial de la necesidad de inversión requerida para solucionar una problemática identificada. Se convierte en proyecto una vez es concertada e incluida en el PMIDS y se formula dando aplicación a la normatividad vigente en la materia.

Intervención: Se refiere a la acción específica al interior de un proyecto considerando la solución técnica que requiere.

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 2.5.3.8.1.2. Capítulo 8, Sección 1. Infraestructura Hospitalaria, del Decreto Único 780 de 2016).

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud: son todas las entidades, asociaciones y/o personas de naturaleza pública, que prestan de forma parcial y/o total servicios de salud de acuerdo a la normatividad vigente.

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 2.5.3.8.1.3. Capítulo 8, Sección 1. Infraestructura Hospitalaria, del Decreto Único 780 de 2016).

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 2.5.3.8.1.4. Capítulo 8, Sección 1. Infraestructura Hospitalaria, del Decreto Único 780 de 2016).

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 2.5.3.8.1.5. Capítulo 8, Sección 1. Infraestructura Hospitalaria, del Decreto Único 780 de 2016).

Proyecto: Desarrollo de una iniciativa que luego de ser formulado es llevado a cabo para satisfacer una necesidad y generar 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. Pueden hacer parte de un programa, cumplen una o más metas y se pueden ejecutar en forma independiente.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

1. MATRIZ DE VALORACIÓN DE NECESIDADES
E IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES

Los departamentos y distritos deberán diligenciar una “Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones” y enviarla mediante correo electrónico dirigido a pmids@minsalud.gov.co o mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos definidos en el Manual operativo que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social. La matriz tiene la siguiente estructura:

- a. **Ejes de análisis:** 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 determinados en este anexo.
- b. **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.
- c. **Propuesta de soluciones del Departamento o Distrito:** En este apartado los departamentos y distritos definirán una propuesta de solución a la problemática planteada, indicando la justificación que demuestra como la solución ataca las causas identificadas del problema. Para la construcción de las soluciones propuestas es preciso considerar las apuestas estratégicas existentes desde el ámbito nacional, entendidas como elementos transversales que pueden facilitar la definición de acciones y permitir la implementación de la visión del modelo. La propuesta de soluciones del Departamento o Distrito puede abarcar acciones o elementos que no necesariamente sean de índole físico, pero para efectos del PMIDS debe fundamentar la definición de iniciativas de inversión.

La estructura de la Matriz de valoración de necesidades e identificación de soluciones, corresponde a:

Ejes de análisis	Eje 1. Reducción de las brechas de capacidad instalada	Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica	Eje 3. Cumplimiento de sentencias y obligaciones judiciales	Eje 4. Gestión del riesgo	
				Reducción del riesgo asociado a fenómenos naturales y antrópicos	Resiliencia y adaptación por emergencias
Problemática departamental o distrital (respecto de cada uno de los ejes).					
Propuesta de soluciones del Departamento o Distrito (respecto de cada uno de los ejes).					

1.1 EJES DE ANÁLISIS

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

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

Eje 1. Reducción de brechas de capacidad instalada

Para garantizar el continuo de la atención en salud con la calidad que las personas y familias requieren (empleando sus atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, equidad y eficiencia) y, concretando el derecho fundamental a la salud, es necesario dimensionar las brechas en capacidad instalada en los territorios. En este sentido, se debe conocer la capacidad instalada de servicios de salud, así como las necesidades de atención en salud de modo que se analicen de forma conjunta en sus diferentes variables y se identifique la brecha existente. Lo anterior pretende asegurar el acceso a los servicios de salud a fin de promover el más alto nivel de bienestar individual, familiar y colectivo, de tal forma que se conformen rutas de atención integrales y adaptadas a las realidades de cada territorio.

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 de servicios salud requeridas por la población en un determinado territorio. El estudio de estas necesidades busca identificar los servicios que deben prestarse allí, en los momentos asociados a acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con las características particulares del territorio. Es posible agrupar las necesidades en tres componentes:

- a. La cobertura de las atenciones que requieren grupos poblacionales definidos por la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal en los términos de la Resolución 3280 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya, para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, asociadas al perfil epidemiológico de la población.
- b. La necesidad en salud percibida, pero no satisfecha a lo largo del proceso institucional de la salud. Dicha necesidad, referida de manera específica a la población que presenta posibles eventos en salud, aunque no previsibles, o una urgencia y barreras de acceso a la atención en salud.
- c. La población con necesidad que refiere al uso efectivo ante una necesidad en salud, asociada al total de servicios prestados en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones y procedimientos.

La capacidad instalada considera la identificación de los recursos físicos de infraestructura y dotación con los que cuenta el territorio, los prestadores y servicios habilitados en la red de prestación de servicios de salud, los dispositivos médicos y las tecnologías asociadas a la prestación de los servicios con oportunidad y calidad.

Para dar cuenta de la capacidad instalada, se requiere abordar cuatro componentes:

- a. Identificación de los prestadores de servicios de salud según naturaleza jurídica y nivel de atención a nivel territorial, incluyendo un porcentaje de estos prestadores en condiciones inadecuadas o que están en proceso de implementación.
- b. Identificación de la infraestructura hospitalaria disponible, considerando los recursos con los que cuentan las instituciones (camas, servicios asistenciales habilitados incluidos los servicios de transporte asistencial básico y

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

medicalizado). Identificación de los servicios habilitados de control especial, indicando el número de instituciones con dichos servicios.

- c. Identificación de la dotación hospitalaria disponible referido a equipo biomédico, equipo industrial de uso hospitalario según el nivel de complejidad de los servicios con los que cuentan los prestadores de servicios en salud.

Dicha dotación incluye elementos tales como Tecnologías de la Información y Comunicaciones que permitan implementar Sistemas de información digital, Sistemas de telemedicina y plataformas de gestión hospitalaria.

Debe tenerse claridad sobre el número y proporción de hospitales con infraestructura o dotación hospitalaria inadecuada, con el fin de priorizar las propuestas de ampliación o reemplazo, posibilitando un incremento en la capacidad instalada, haciendo uso de los recursos físicos existentes, así como considerando las propuestas que ya se encuentran en estructuración, evaluación y/o implementación.

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 propuestas de infraestructura y dotación?
2. ¿Cuáles son las principales características del perfil de salud que deben ser consideradas en las propuestas de infraestructura y dotación?
3. ¿Cuál es la magnitud de necesidades en salud potenciales y cómo puede gestionarse a través de las propuestas 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?
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?
7. ¿Qué proyectos de tecnologías digitales se tienen y/o pueden ser considerados?
8. ¿Qué servicios son necesarios según perfil de morbilidad y mortalidad y no están habilitados? Considerar Tecnologías digitales.
9. ¿En el territorio, la prestación de servicios de salud se da bajo la presencia de Prestador público exclusivo?
10. ¿La ESE garantiza los servicios trazadores de Prestador público exclusivo de acuerdo con su nivel de complejidad? ¿Cuáles sí? ¿Cuáles no?
11. ¿En el municipio se ofertan y garantizan servicios de salud trazadores con Prestador público exclusivo a través de la ESE o infraestructura pública administrada por terceros?

Indicadores para la medición de brechas de capacidad instalada

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:

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

1. **Tamaño y distribución de la población por grupos etarios:** La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, pondrá a disposición esta información.
2. **Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas:** Esta información se puede consultar en <https://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>.
3. **Tasa ajustada de mortalidad por grupos y subgrupos (para la tabulación de datos de mortalidad: lista 6/67¹):** Razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad general, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales, porcentaje de partos institucionales y porcentaje de partos por cesárea.
4. **Cumplimiento de los programas:** Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de que tratan las resoluciones 3280 de 2018 y 202 de 2021.
5. **Necesidad percibida:** Datos de la encuesta de calidad de vida. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio pondrá a disposición esta información.
6. **Atenciones de consultas externas, hospitalizaciones, urgencias y procedimientos en salud:** La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, pondrá a disposición esta información.
7. **Capacidad instalada:** Infraestructura, dotación hospitalaria y servicios habilitados. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio, pondrá a disposición esta información.
8. **Dotación equipos biomédicos:** SIHO (dotación) y/o el aplicativo que para tal fin disponga la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio.
9. **Información de tecnologías de telesalud y soluciones digitales disponibles:** Identificación de la disponibilidad de sistemas de información hospitalaria, y plataformas de telesalud.

Eje 2. Reducción del déficit de accesibilidad geográfica

Garantizar el derecho a la salud implica una revisión al componente espacial (geográfico) o de territorialización, relacionado con que las personas tengan oportunidades equitativas de atención, más allá de las divisiones políticas y administrativas, en términos de movilidad y cercanía (proximidad).

El componente territorial tiene una incidencia en la calidad de vida de la población en factores como acceso a equipamientos comunitarios de salud (sedes del nivel primario y complementario). En el contexto actual, para medir esta incidencia se utilizan dimensiones como la localización, distribución, asociaciones, interacciones y evoluciones espaciales, las cuales a su vez son indicativas de inequidades o brechas en salud.

De tal forma, se puede interpretar que, para la superación de estas inequidades y el mejoramiento de la calidad en la atención, el componente espacial es pieza fundamental para garantizar el derecho constitucional a la salud, para lo cual se pueden implementar, entre otras, estrategias que incorporen la prestación móvil de servicios de salud, tecnologías de Telesalud y soluciones digitales, para aquellos lugares de baja demanda o con menor cantidad de población, sin que esto sustituya la necesidad de contar con infraestructura física donde así se requiera.

¹ Disponible en

https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/8.Lista_Mort%20OPS%20667.pdf

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

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

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

Condicionantes para la accesibilidad espacial

2.1 Barreras temporales y permanentes con impacto en la accesibilidad geográfica

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

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

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

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

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

También pueden existir barreras o eventos por motivos culturales, económicos o de seguridad que impidan o eviten la conectividad física o acceso desde y hacia una zona donde se localice una infraestructura de salud y que obligue a usar otros

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

modos y medios de transporte y/o que disminuyan la demanda o preferencia de uso de la infraestructura de salud.

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

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

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

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

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

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

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

Los tiempos establecidos en la siguiente tabla han sido ajustados a partir de las propuestas contenidas en el “*Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia*”, elaborado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud (2022) y en el “*Estudio modelo de regionalización funcional del territorio colombiano*” (2022).

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

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

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

Para este tipo de evaluación se sugiere un trabajo conjunto entre la Secretarías de Salud departamentales o distritales o la entidad que cumpla estas funciones, y las Empresas Sociales del Estado- ESE. De igual forma, es importante considerar que algunas ESE tienen facultad de operación en más de un municipio, por lo cual se 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).
4. ¿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. ¿Cuáles municipios o lugares donde se encuentra la infraestructura de salud y en los cuales, por efecto de barreras o cambio de más de un medio transporte, varía sensiblemente el tiempo promedio en llegar, o que por estas condicionantes sea necesario optar por otras rutas o medios menos frecuentes?
6. Para aquellos lugares o municipios con barreras o limitaciones de infraestructura de transporte ¿Existen otras formas de conectividad como conexión digital o TICs (acceso a internet fijo, móvil o satelital) que permitan mejorar la accesibilidad a servicios de salud?
7. ¿Cuál es el nivel de conectividad digital (internet fijo, móvil y/o satelital) en las instalaciones de salud del municipio y cómo afecta ello la implementación de la modalidad de telemedicina?
8. ¿Existen proyectos en curso para mejorar la infraestructura tecnológica (como sistemas de información hospitalaria y redes de datos) en los centros de salud y hospitales?

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

9. ¿Existen infraestructuras de salud localizadas en zonas con demanda de servicios de salud en las que sea limitada la prestación de servicios por la presencia barreras de idiomas, culturales, entre otras?

Preguntas orientadoras para dotación hospitalaria

1. ¿Cuáles son las dificultades que se presentan para dotar los puntos de atención más lejanos de los territorios?
2. ¿Con qué servicios públicos cuenta el lugar, que garanticen la operatividad de los equipos biomédicos?
3. ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar a los puntos de atención la dotación requerida?
4. ¿Con qué 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 biomédicos?
7. En caso de presentarse una emergencia donde se requiera asistencia de soporte vital en los puntos de atención más alejados y con accesibilidad geográfica difícil ¿Se cuenta con dotación que permita un traslado seguro?

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

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

1. Accesibilidad geográfica para equipamientos de Salud en cabeceras municipales elaborado por el DANE: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/territorio/accesibilidad-equipamientos/>
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). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>.
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 de accesibilidad:

- Tiempo promedio de acceso (desplazamiento) empleando transporte automotor (vehicular) a sedes públicas de prestación de servicio por municipio.
- Tiempo promedio de acceso (desplazamiento) empleando transporte automotor (vehicular) a sedes públicas de prestación de servicio por municipio del nivel complementario.
- Porcentaje de población por municipio con acceso a prestadores primarios a 60 minutos o menos, en transporte automotor (vehículo).
- Porcentaje de población por municipio con acceso a sedes públicas de prestación de servicios del nivel complementario a 120 minutos o menos, empleando transporte automotor (vehículo).
- Cantidad de servicios ofertados en zonas apartadas (lo cual implica más de 120 minutos en transporte automotor (vehículo) o una medida asociada a instituciones en la zona rural) con equipos biomédicos adecuados para la atención de pacientes según su condición.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

- Cantidad de mantenimientos realizados a los equipos biomédicos disponibles en zonas de atención apartadas.
- Proporción de instalaciones de salud con acceso a internet de alta velocidad fijo, móvil o satelital.
- Número de servicios de telemedicina ofrecidos en zonas rurales y apartadas.
- Frecuencia de uso de plataformas de salud digital por pacientes y personal médico.
- Número de unidades de transporte asistencial (básicas o medicalizadas), disponibles.
- Número de infraestructuras móviles y/o itinerantes disponibles.
-

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 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.

Así mismo es necesario considerar acuerdos, compromisos de gobierno (adquiridos en mingas, paros y procesos de formulación de otros planes o políticas públicas), diálogos vinculantes y en general procesos de participación incidente que de manera explícita hayan hecho requerimiento de inversiones en infraestructura y dotación, considerando en todo caso su planeamiento progresivo y racional, de acuerdo con los recursos disponibles y las posibilidades de operación de los prestadores de servicios.

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.

De acuerdo con los resultados de la evaluación y las medidas de mitigación identificadas en estudios o evaluaciones de riesgos, es necesario considerar que los proyectos de infraestructura hospitalaria y dotación biomédica prevean recursos y mecanismos de financiación específicos para abordar estos riesgos. Estas inversiones permiten implementar medidas preventivas y de mitigación que reduzcan la vulnerabilidad de la infraestructura de salud, fortalezcan su capacidad de resiliencia ante fenómenos naturales y aseguren una respuesta efectiva en caso de emergencia.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

4.1 Respuesta de la infraestructura y dotación ante amenazas y riesgos

La gestión de amenaza y riesgo ante fenómenos naturales se encuentra regulada por la Ley 1523 de 2012 la cual adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres definiendo los roles y responsabilidades de los entes públicos y privados para la prevención, preparación y recuperación frente a desastres naturales. Adicionalmente, mediante el Decreto 1807 de 2014 se reglamenta su incorporación en los territorios 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:

- Una **Amenaza**: se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno bien sea por efecto natural o intervención antrópica que pueda causar pérdidas o afectaciones materiales o humanas en un periodo de tiempo determinado y que se pueda presentar en un sitio específico por condiciones permanentes o temporales en periodos de tiempo determinados. La amenaza se clasifica en fenómenos como: sismos, inundaciones por desbordamiento en ríos con valles aluviales o costeros o avenidas torrenciales por crecientes súbitas de ríos, deslizamientos de tierra, movimientos de remoción en masa, incendios forestales, erupciones volcánicas, entre 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.

Cuando se presentan amenazas que se clasifican en niveles de riesgo altos, donde la población y/o a la infraestructura de salud tengan condiciones de vulnerabilidad ante un posible evento, se deben efectuar de manera prioritaria medidas de mitigación ante el riesgo del evento que van desde la relocalización en caso de no tener la posibilidad de mitigarlos hasta propuestas puntuales en el entorno que permitan disminuir o mitigar el nivel de riesgo o el impacto de la amenaza.

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

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

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, utilizando en lo posible sistemas de información en tiempo real para una vigilancia continua.
- Control de erosión y drenaje del suelo para prevenir deslizamientos de tierra.
- Acciones de mitigación físicas de contención en el suelo como diques, jarillones, contenedores.
- Renaturalización de propuestas antrópicas que puedan aumentar el riesgo.

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, apoyados por plataformas digitales de formación.
- 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 “*Reducción del déficit de accesibilidad geográfica*” 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.

4.2 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.

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

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

emergencias. En esta línea, Colombia expide las resoluciones 976 de 2009 y 2274 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 propuestas 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 multi- amenaza, basado en su evaluación estratégica del riesgo de desastres.

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

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

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

Preguntas orientadoras de infraestructura y dotación hospitalaria

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

1. ¿Cuáles son las principales amenazas naturales que ponen en riesgo a la infraestructura o dotación hospitalaria del municipio?²
2. ¿Cuáles condiciones climáticas o eventos asociados a la gestión del riesgo limitan el acceso, generan cierres, o limitan el uso de las sedes hospitalarias a su cargo? ¿Con qué frecuencia se presentan?
3. ¿El distrito o departamento ha identificado establecimientos de salud con alto grado de vulnerabilidad o que se encuentran localizados en zonas identificadas en riesgo alto mitigable o no mitigable? ¿Cuántos establecimientos? ¿Qué medidas de mitigación o prevención han implementado?
4. ¿El distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuenta con estudios básicos o de detalle de riesgo asociados a infraestructura o dotación hospitalaria de Salud?
5. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han dado cumplimiento a la Resolución 2132 de 2021 sobre obras de reforzamiento? ¿Cuántas no?
6. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han sufrido afectaciones por emergencias ocasionadas por eventos naturales en los últimos 5 años?
7. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuentan con implementación de sistemas de alerta temprana ante eventos catastróficos y o programas de prevención?
8. En los procesos de gestión de riesgo ¿Cuántos protocolos se han implementado para cada dispositivo médico y equipo biomédico con los que cuenta la Institución?
9. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) están en la capacidad de responder a los requisitos de los usuarios después de una catástrofe natural?
10. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) cuentan con equipos biomédicos en condiciones adecuadas y que cumplen con requisitos mínimos que permitan presentar asistencia, mantener operatividad y dar solución rápida ante una emergencia?
11. ¿Cuántas IPS del municipio o departamento (incluidos sus municipios) cuenta con equipos de respaldo eléctrico que garanticen la prestación y operatividad de los equipos durante una emergencia?
12. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han implementado tecnologías digitales para el monitoreo continuo y la gestión del riesgo?
13. ¿Cuántas IPS del distrito o departamento (incluidos sus municipios) han adoptado sistemas de telesalud para asegurar la continuidad de la atención médica durante emergencias?

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

Fuentes de información e indicadores asociados a la infraestructura

1. Documento Técnico. Adopción de la iniciativa internacional ‘Hospitales Resilientes Frente a Emergencias de Salud y Desastres’ en Colombia, y Resolución 625 de 2024.
2. Estudios de riesgo a nivel municipal o departamental, contenidos en instrumentos de ordenación del territorio.
3. Consolidado de atención de emergencias de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

² No se considera el riesgo por eventos en salud que pueden afectar la atención en salud, ejemplo epidemias, migraciones, eventos de salud pública.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones"- Anexo No. 1

4. Sistema de información Ambiental de Colombia. <http://www.siac.gov.co>
5. Guía metodológica para la gestión del riesgo, (planes de gestión de riesgo departamental)- IDEAM.
6. Metodología para desarrollar análisis y evaluación del riesgo de desastres- DNP
7. Servicio Geológico Colombiano.
8. Reportes de implementación de tecnologías digitales en las IPS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Informes de telesalud y sistemas de alerta temprana implementados en las IPS, disponibles a través de las plataformas de gestión del riesgo y salud digital del Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuentes de información, e indicadores asociados a la dotación

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

1.2 DEFINICIÓN DE PROBLEMAS A NIVEL DEPARTAMENTAL O DISTRITAL

Dado que los PMIDS intentan solucionar problemas asociados a la disponibilidad y suficiencia de infraestructura y dotación requeridas para la prestación de los servicios de salud, es necesario hacer una identificación precisa y priorizada de estas problemáticas. En tal sentido, se entiende un problema como *"un obstáculo en una situación concreta que media entre la realidad actual y las aspiraciones de un actor que participa en el juego social"*³.

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

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

1. ¿A quiénes afecta el problema y cómo los afecta?
2. ¿Cómo se evidencia la existencia del problema cualitativa y cuantitativamente?
3. ¿Qué servicios de salud se ven afectados por el problema?

³ MATUS, Carlos. "METODO PES: GUIA DE ANÁLISIS TEÓRICO" Fundación Altadir. Caracas, junio de 1994.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

4. ¿Cuáles son las posibles causas del problema y como se relacionan entre sí?
5. ¿Qué actores tienen interés de participar en la solución del problema y cuáles se opondrían a que el problema sea solucionado?
6. ¿Qué herramientas digitales se utilizan para el monitoreo y análisis de los problemas identificados?

1.3 DEFINICIÓN DE SOLUCIONES

Una vez delimitado el problema a resolver, se debe construir la propuesta específica que permita atacar las causas que generan el mismo; esta propuesta se debe expresar en términos de resultados esperados y deseados, y evidenciarán el impacto sobre las condiciones de calidad de vida y salud de la población a la cual van dirigidas las acciones del ente territorial; estas propuestas permitirán además definir una agenda social y financiera en los diferentes niveles de gobierno.

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

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

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

Se aclara sin embargo que una solución puede estar compuesta por múltiples propuestas (en múltiples modalidades), pero que, en conjunto, responde integralmente a la problemática detectada. Así mismo, las soluciones propuestas pueden desarrollarse tanto para sedes del nivel primario como para el nivel complementario en el marco de las definiciones de la Resolución 1441 de 2016 o la norma que le modifique, haga sus veces o sustituya, así como de la reglamentación para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento al nivel de progresión, transición y evaluación de las redes integrales e integradas territoriales de salud.

1.3.1 Apuestas Estratégicas de los PMIDS

La construcción de propuestas de solución o inversión parte de considerar las siguientes apuestas estratégicas entendidas como objetivos de política pública

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

transversales al PMIDS alineadas con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública y el Plan Nacional de Desarrollo entre otros:

Apuesta 1. Implementación de políticas públicas

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

Apuesta 2. Conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITS

Corresponde a la búsqueda por mejorar la atención integral en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, resolutiveidad y aceptabilidad, bajo el enfoque de gestión integral de la salud, que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y territoriales, se requiere procesos de organización y gestión de los servicios de salud, que conlleven a mejores resultados de salud y estar de la población, en un marco de garantía del derecho a la salud, equidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema.

La conformación de RIITS implica la consideración de una serie de elementos esenciales que corresponden a un conjunto principios, estructuras y mecanismos que permitan transformar al sistema de salud hacia entornos más equitativos, resolutivos y centrados en la vida y bienestar de las personas. Ello requiere de una articulación estratégica con los instrumentos de planificación y gestión de la inversión en salud, en particular con los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación, ya que se erigen como una estrategia fundamental de orientar, no solamente la fuente de recursos, sino garantizar el desarrollo físico, técnico y tecnológico en concordancia con las necesidades reales de la población, las características territoriales, los determinantes sociales de la salud y los objetivos de calidad y eficiencia en la prestación de servicios.

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 y dotaciones, que al aumentar su vulnerabilidad o viéndose mermada su capacidad, inciden en su potencial de desarrollo y respuesta. Para hacer frente al cambio climático existen dos estrategias: las medidas de mitigación y las medidas de adaptación.

Las medidas de mitigación están enfocadas a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero o a mejorar la captura de los mismos a través de sumideros de carbono; para el caso de infraestructura se centran en el ahorro de agua, energía y manejo adecuado de residuos, entre otros, mediante la implementación de medidas activas y pasivas desde el diseño de las edificaciones.

Las medidas de adaptación están orientadas a reducir la vulnerabilidad y riesgos generados por la variabilidad y el cambio climático; para el caso de infraestructura están dirigidas a fortalecer la resiliencia de los edificios.

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

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

- 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.
- Integración de sistemas de salud digital y telesalud para monitorear el impacto del cambio climático en la salud de la población y mejorar la respuesta ante emergencias climáticas.

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.

Apuesta 4. Implementación de la Atención Primaria en Salud - APS

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 avance hacia la protección de los derechos y de las libertades. Las transformaciones que se plantean para que la seguridad humana y la justicia social sean una realidad para Colombia están orientadas a la garantía de los derechos y del bienestar integral de la población. Es así que la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023, mediante la cual se expide el “*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).

De dicho Plan, hace parte la estrategia denominada: “*Salud para la Vida: hacia un sistema garantista, universal*”; en donde la Atención Primaria en Salud -APS es base para desarrollar un modelo de salud promocional, preventivo y predictivo 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*” (Bases PND, 2023, p.82).

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:

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

- (i) “desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales;
- (ii) conformar redes integrales e integradas territoriales de salud, en las que participan prestadores públicos, privados y mixtos que garantizan servicios con calidad, oportunidad y pertinencia, cerca de donde viven las poblaciones;
- (iii) **se recuperará, fortalecerá y modernizará la red pública hospitalaria, en particular en las zonas con baja oferta de servicios, apoyado en la ejecución de un plan maestro de inversiones en infraestructura y dotación;**
- (iv) se formulará e implementará una nueva política de talento humano en salud, con enfoque de género, mejoramiento de la pertinencia, la cobertura y distribución del talento humano en el territorio nacional.
- (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 propuestas intersectoriales.”

Adicionalmente, el Eje Estratégico 4 - Atención Primaria en Salud del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 de la Resolución 2367 de 2023 se pretende contribuir al logro de:

- *Un Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio.*
- *Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud”*

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

Se considera adicionalmente que la Atención Primaria en Salud – APS es una estrategia que permite:

Universalidad: el acceso efectivo a los servicios de salud reduciendo las barreras de acceso, no solo de afiliación sino de aumento del primer contacto de las poblaciones al sistema de salud con una mayor oferta de servicios, por lo cual, requiere de inversión en infraestructura física y dotación hospitalaria acorde a las condiciones de las poblaciones y las proyecciones realizadas de necesidad.

Territorialización: como la acción que permite a través del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y de las personas, familias y comunidades que lo conforman, proyectar la cercanía y accesibilidad a los servicios de salud.

1.3.2 Tipos de iniciativas de inversión 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 iniciativas de inversión en infraestructura y dotación se asocian a dichas redes, así:

Sedes del nivel primario

Se definen como las sedes de los prestadores, que haciendo parte de la red, están conformados por organizaciones y equipos básicos de salud para resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, con la responsabilidad en salud de una población y su territorio en el cual habitan, estudian, descansan, se recrean y trabajan las personas, las familias y las comunidades. Para efectos de la formulación de los PMIDS, las decisiones concernientes guardan relación únicamente con las sedes o espacios físicos requeridos para el funcionamiento de dichos prestadores.

Adicionalmente, son considerados como el primer contacto de las personas con el sistema de salud, y actúan como nodos articuladores que facilitan la coordinación entre sistemas de cuidados para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida; integra las formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de comunidades étnicas y campesinas, las estructuras propias de salud, así como los servicios sociales, sociosanitarios y ambientales del territorio, incluidos los dispositivos comunitarios del Plan de Propuestas Colectivas en Salud. Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá reglamentar y/o ajustar las disposiciones que regulan la definición de estos prestadores en el marco de la conformación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud.

Hacen parte de las iniciativas de inversión del nivel primario aquellas que se realicen en IPS con servicios de baja y mediana complejidad que oferten servicios del grupo de internación, de consulta externa y apoyo y complementación de terapéutica, en concordancia con las definiciones de la Resolución 1441 de 2016 y la Política de Atención Integral en Salud — PAIS adoptada mediante Resolución 429 de 2016, o las normas que les modifiquen, hagan sus veces o sustituyan, dirigidas a:

- 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.

Continuación de la Resolución: *“Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1*

Se entiende ello que se busca favorecer la prestación de servicio de salud individual de baja y mediana complejidad hasta las especialidades básicas y la medicina familiar de manera gradual y progresiva, en las modalidades de prestación de servicios intra, extramural y telemedicina; así como las atenciones familiares e propuestas comunitarias, incluida la salud ambiental, las cuales se articulan con los servicios socio-sanitarios y de cuidado existentes en el territorio, y con otros sectores con miras a la afectación positiva de determinantes sociales de la salud.

Cumplimiento de condiciones de accesibilidad universal

El principio de la accesibilidad universal reviste una importancia significativa para garantizar la equidad y la inclusión del enfoque diferencial en la prestación integral del servicio de salud, así como las adecuadas condiciones de la infraestructura es donde es prestado. Tiene como objeto que las instalaciones puedan ser usadas manera segura, cómoda, inclusiva y sin barreras, por todas las personas, independientemente de sus condiciones funcionales.

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.

Para tal fin, el Decreto Reglamentario 1538 de 2005 compilado en el Decreto único 1077 de 2015, establece en su Capítulo 3 la accesibilidad a edificios abiertos al público, señalando como obligatorias Normas Técnicas Colombianas en materia de accesibilidad.

Adicionalmente, aunque el reglamento colombiano de la construcción sismo resistente NSR - 10 hace énfasis en la seguridad estructural y las medidas de diseño frente a condiciones de evacuación e incendios, también incorpora criterios de accesibilidad universal desde el diseño o construcción. Esta disposición incluye requerimientos respecto a los elementos físicos necesarios para prever condiciones de movilidad reducida tales como rampas, ascensores, alturas mínimas, dimensiones de pasillos, entre otros que son relevantes para las edificaciones de salud.

En complemento, y específicamente para los servicios de salud, la Resolución 3100 de 2019 ofrece en su anexo técnico estándares y criterios para los prestadores de servicios de salud, determinando acciones de adaptación tales como materiales de piso antideslizantes, sistemas alternativos de elevación, entre otros aspectos, en desarrollo de la Resolución 4445 de 1996 que determina condiciones de salubridad y tránsito.

En cumplimiento de dichas disposiciones, se plantean como necesarias acciones que promuevan el mejoramiento de la accesibilidad universal, entre ellas:

- 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.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

- 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.

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario que el diseño de las infraestructuras hospitalarias incorpore criterios de inclusión en el mobiliario y espacios internos tales como baños, salas de espera, salas de lactancia materna, entre otros.

Inclusión de servicios socio sanitarios y socio ambientales

En búsqueda de abordar las causas del proceso salud-enfermedad, es obligación del Estado desarrollar acciones afirmativas en favor de las poblaciones con mayor vulnerabilidad o debilidad manifiesta atendiendo a sus especiales condiciones, que garanticen su protección en el marco de la igualdad y la solidaridad como pilares del ordenamiento colombiano. En este sentido, corresponde a todo el sistema de protección social (Ley 789 de 2002) y demás institucionalidad relacionada con la inclusión social y reconciliación, según competencias, la articulación para la provisión de servicios socio-sanitarios, socioambientales, pertinentes, continuos, oportunos e integrales.

En tal sentido, se recomienda que el planteamiento de propuestas se encuentre orientada a la protección, autocuidado, cuidado continuo, recuperación de la capacidad y la autonomía de las personas que se encuentran en desigualdad o desventaja al respecto debido a sus características, situaciones, condiciones o por ubicarse en un entorno desfavorable (MSPS- Oficina de Promoción Social, 2023).

Ello implica la inclusión de áreas, ambientes o servicios adaptados a las condiciones particulares de las comunidades y su carga de enfermedad, así como la incorporación de ajustes razonables en los elementos en la infraestructura y dotación biomédica, en función de las condiciones socio culturales y del entorno. Lo anterior, con el fin de garantizar las condiciones para que el diálogo de saberes se constituya en un elemento pedagógico estructurante de una nueva cultura de la salud en la que se reconozcan las diversas tradiciones y concepciones del proceso salud-enfermedad. Dichos elementos se incluirán especialmente en ambientes 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 de proyectos para sedes del nivel primario

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

Propuestas en sedes nuevas: se entienden como instalaciones correspondientes a sedes de prestación de servicios construidas en modalidad de obra nueva, de adecuación de instalaciones existentes que no prestaban a la fecha servicios de salud y en general en localizaciones donde no existiera cobertura de servicios.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

Propuestas en sedes existentes: se entienden como instalaciones correspondientes a sedes hospitalarias existentes en las cuales se prestan (o prestaron) servicios de salud contemplando total o parcialmente la capacidad instalada prevista y acordada en el marco de la formulación de los proyectos de inversión. Se entiende de ello que las propuestas estarían dirigidas a implementar servicios adicionales o elementos que favorezcan la afectación de determinantes sociales de salud, entre otros. Los mismos pueden incluir actividades como:

- **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.
- **Restauración arquitectónica:** En bienes declarados como de interés cultural (de interés patrimonial) por medio de un acto administrativo expedido por una autoridad patrimonial. Las acciones de restauración se dirigen a salvaguardar, recuperar y poner en funcionamiento las edificaciones reconociendo y poniendo en valor los elementos que fundamentan su declaratoria.
- **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.

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 de proyectos para sedes 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 biomédicos son utilizados en procedimientos de diagnóstico, terapia y/o rehabilitación, y que por el carácter de su tecnología, presentan y/o requieren de acuerdo a su tipo una serie de elementos y condiciones básicas, que se relacionan entre sí en cuanto al costo, requerimientos de infraestructura, mantenimiento y riesgo asociado al paciente; este tipo de tecnología es de uso común en servicios de los grupos de consulta externa, internación, atención inmediata, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y tratamiento de problemas de salud de menor severidad.

En casos excepcionales, se podrá contar con dotación tecnológica de mediana complejidad para procedimientos de diagnóstico, terapia y/o rehabilitación. Dicha excepción corresponde a elementos y condiciones moderadamente especializadas que se relacionan entre sí en cuanto a su costo, requerimientos de infraestructura, mantenimiento operativo y riesgo asociado al paciente. La planeación, adquisición e instalación y operación de dichos equipos implican pericia técnica intermedia.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

Sedes del nivel complementario

Se entienden como las sedes de los prestadores, que haciendo parte de la red, cuentan con las condiciones físicas de mayor requerimiento tecnológico y su dotación, para la atención en salud de aquellos eventos con un talento humano en salud no disponible en instituciones que atienden servicios de baja complejidad con una garantía de la integralidad, continuidad y resolutiveidad para la población.

Lo anterior, como una estrategia que coadyuve a la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, incluyendo la implementación de mecanismos del sistema de referencia y contrarreferencia.

Como en el caso de las propuestas para las sedes del nivel primario, pueden incluir actividades como el desarrollo de sedes nuevas y mejora de las existentes, incluyendo el mejoramiento físico, el reforzamiento estructural, la implementación de medidas de mitigación y sostenibilidad, pero en especial, dirigidas al fortalecimiento de servicios estratégicos para la conformación de redes empleando tecnologías y dotación de control especial de la oferta.

A nivel general se entiende que estas sedes responden 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, y de enfermedades huérfanas.
- La atención integral en urgencias (sin dejar de considerar que los servicios de esta índole van a lo largo de la atención).
- La atención integral de enfermedades crónicas no transmisibles y en cuidado paliativos (sin dejar de considerar que los servicios de esta índole van a lo largo de la atención).

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

Dotación de Sedes del nivel complementario

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

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

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

Modalidades de implementación de proyectos de dotación hospitalaria:

Incluye entre otros, las siguientes:

- **Dotación hospitalaria y equipamiento fijo:** dirigidas a la adquisición de elementos y mobiliario requeridos para cumplir los estándares de habilitación, y en general hacer funcional las instalaciones. Pueden incluir acciones para el fortalecimiento de servicios estratégicos, dirigidas a incluir o fortalecer servicios de interés para la conformación de redes. Incluyen:
 - **Reposición por obsolescencia:** dirigida a la adquisición de equipos para la reposición de aquellos a los cuales se les haya agotado su ciclo de vida (bajo análisis de costo – beneficio), o cuyo desempeño se considera insuficiente en comparación con las nuevas máquinas, equipos y tecnologías introducidos en el mercado.
 - **Reposición por tercerización:** para remplazo de equipos que se encuentran alquilados, o bajo figuras de arrendamiento o similares.
 - **Dotación de servicios de alta complejidad:** Adquisición de dotación y tecnologías requeridas para poner en funcionamiento servicios que han sido construidos, mejorados o ampliados y que correspondan a niveles de atención de mediana y alta complejidad.
 - **Renovación tecnológica:** corresponde a la adquisición de equipos para generar mejoras sustanciales en la prestación de servicios al incluir innovaciones, de manera en que se aumente la eficacia, la gestión de información y la interacción entre profesionales y pacientes.
- **Adquisición o reposición de Equipamiento fijo:** corresponde a la adquisición de equipo(s) tecno mecánico fijo(s) requerido(s) para el correcto funcionamiento de la edificación.**Suministro e instalación de Mobiliario:** adquisición e instalación de muebles complementarios para el desarrollo de funciones administrativas vinculadas al servicio, facilitar la labor de los profesionales de la salud y brindar comodidad a usuarios.
- **Transporte asistencial:** correspondiente a transporte de características específicas para facilitar el acceso de la población a los servicios de salud y permita ampliar la prestación de estos servicios en comunidades y territorios históricamente aislados. Puede estar compuesto por: Camionetas, Ambulancias no medicalizadas (TAB), Ambulancias Medicalizadas (TAM), unidades primarias móviles, o en general vehículos adaptados para el transporte de personal médico o pacientes de acuerdo a las condiciones de terreno.
- **Tecnologías de la información y comunicaciones:** de la inversión necesaria para la implementación de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TICs (incluyendo adecuaciones de redes secas), así como la adquisición de elementos de hardware y software dirigidos a facilitar la implementación de la telesalud incluyendo, entre otras, la prestación de servicios en modalidad de telemedicina, tele- experticia y la tele- educación en salud.

Requerimientos de infraestructura para proyectos de dotación hospitalaria

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

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

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

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

Preguntas orientadoras para el planteamiento de soluciones

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

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

1.4 PLAN DE INVERSIONES DEL PMIDS DEPARTAMENTAL O DISTRITAL

El conjunto de decisiones y soluciones propuestas se registrará en el Aplicativo de Registro de Iniciativas incluyendo la información de identificación de cada una de las iniciativas de inversión de Infraestructura y Dotación propuestos por el departamento o distrito para su Plan Maestro de Inversiones debidamente alineados y correspondientes a las problemáticas y propuestas de solución.

Durante el proceso de articulación, se definirán las iniciativas aprobadas y se construirá la “programación de iniciativas de inversión”, la cual corresponde a una línea de tiempo en la que se visualizan todas las inversiones del territorio, se determina su inicio y fin, se detecta el nivel de complementariedad entre ellas a fin de conocer el nivel de importancia y flujo de recursos requerido para la implementación del PMIDS.

Continuación de la Resolución: *“Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1*

Recomendación general para todo tipo de proyecto:

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

Continuación de la Resolución: “Por la cual se define la metodología para formular, actualizar y ajustar los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS departamentales y distritales, y se dictan otras disposiciones”- Anexo No. 1

2.CRITERIOS PARA LA ARTICULACIÓN

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

- **Integralidad de los servicios:** garantizado que los mismos se presten de manera oportuna y eficiente, suministrando los servicios y tecnologías necesarios para sobrellevar la enfermedad y para garantizar al usuario una vida en condiciones dignas (Corte Constitucional, sentencia T-402 de 2018, T-017 de 2021).
- **Calidad y sus características:** atributo que propende por proveer servicios manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Son características de esta la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- **Racionalidad:** considerando alternativas o posibilidades de solución, y en el marco de la elección, considerar las restricciones, consecuencias y mayores beneficios para el conjunto de población que se busca beneficiar.
- **Suficiencia:** incluyendo decisiones que generarán un volumen de servicios proporcional y adecuado para la población (y su crecimiento), en procura de generar niveles de satisfacción y reducción de efectos indeseados.
- **Eficiencia:** en procura de emplear de la mejor manera los recursos disponibles para la obtención de los mejores resultados para el conjunto de población y su aumento progresivo.
- **Innovación:** identificando si existen tecnologías, procesos, formas o combinación de estos, distintos a los tradicionales, que permitan conseguir los resultados esperados o generando procesos de transformación.
- **Enfoque poblacional, diferencial, de género y epidemiológico:** implica reconocer que las personas y colectivos tienen características y necesidades particulares que requieren respuestas diferenciales por parte del Estado, y en el caso de los servicios de salud, comprendiendo los diferenciales principales de poblaciones de mayor grado de vulnerabilidad (morbilidad, mortalidad y carga de enfermedad, etc.).

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