



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**DECRETO NÚMERO**

**DE 2022**

**( )**

Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud.

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial la que le confiere en al artículo 189, numeral 11, de la Constitución Política y en desarrollo de lo previsto en los artículos 5°, literal b), y 20 de la Ley 1751 de 2015 y

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 5° de la Ley 1751 determina, como una de las obligaciones del Estado, la de *“b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;”*

Que, por su parte, el artículo 20 de la misma norma dispone que *“el Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud”, la cual “se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación”.*

Que el artículo 65 de la Ley 1753 dispone que *“El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones”.*

Que para efectos de dicha formulación se requiere organizar el territorio con el fin de garantizar un mejor el acceso a los servicios de salud a la población y así mismo desarrollar los componentes, estrategias y enfoques que se deben tener en cuenta para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, su seguimiento, monitoreo y evaluación.

Que dicha reorganización exige adecuaciones en los actores que participan en el aseguramiento en términos de que su autorización, operación, requisitos habilitantes, entre otros aspectos, para que los mismos tengan en cuenta tanto la regionalización sanitaria como la Política de Atención Integral en Salud.

Que, de otra parte, se requiere realizar ajustes a la distribución de los recursos del SGP con el fin de garantizar la oferta de servicios en las zonas dispersas o marginadas en virtud de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1751 de 2015.

Que, finalmente, esta reorganización requiere fortalecer las capacidades de oferta del hospital públicos que prestan servicios primarios, a partir de la alineación de los planes de inversiones

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

----

territoriales con el plan cuatrienal que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En mérito de lo expuesto,

**DECRETA:**

**ARTÍCULO 1. Objeto.** Por medio del presente decreto se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria, con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud y se definen los componentes, enfoques y estrategias de la Política de Atención Integral en Salud.

**ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones previstas en el presente decreto se aplicarán a la población residente en el territorio, a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los demás sectores responsables de las acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales a la salud.

**Parágrafo.** Para efectos de este Decreto, se entenderá como Entidad Responsable del Aseguramiento en Salud a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud y del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los planes voluntarios en salud.

**ARTÍCULO 3.** Incorporar dentro del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, la siguiente parte que será la parte 11:

**PARTE 11**

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

**TÍTULO 1**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 2.11.1.1. Objeto.** La presente parte tiene por objeto establecer los componentes, estrategias, enfoques e instrumentos para la gestión del sistema de salud en la nación y territorios de la Política de Atención Integral en Salud con el fin de garantizar a las personas el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud. Los actores del sistema deberán subordinar sus prioridades e intereses a los objetivos de la política.

**Artículo 2.11.1.2. Regionalización funcional para la gestión sanitaria.** Sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales definidas en la Ley 715 de 2001, el Sistema de Salud, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y para el cumplimiento de sus fines, desarrollará sus funciones desde las acciones promocionales, el aseguramiento del riesgo pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, a través de la regionalización funcional, promoviendo así una gestión sanitaria que fortalezca la institucionalidad territorial, el cierre de brechas en salud, disminuyendo distancias, gastos bolsillo, barreras de autorización, reconocimiento de la red de prestación de servicios en su lugar de residencia y acercando los servicios de salud a las personas

Las regiones sanitarias son áreas funcionales que trascienden las escalas de gobierno municipal, distrital y departamental.

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

----

**Artículo 2.11.1.3 Definición de regiones y subregiones sanitarias.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la organización del territorio en áreas funcionales, desagregados en regiones y subregiones, para lo cual tendrá en cuenta la agrupación de subregiones conformadas por municipios y distritos geográficamente continuos que sean homogéneos e integrados entre sí, que compartan características socioeconómicas y culturales, pero que sean heterogéneas y diferentes entre ellas en cuanto a sus distintas interacciones que se den entre las personas y la sociedad y entre estas con sus espacios geográfico-ambientales

**Artículo 2.11.1.4. Articulación con el Plan decenal de salud pública** La política de atención integral en salud se implementará de manera armónica con los elementos estratégicos, acciones y metas propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública y en el Plan Nacional de Salud Rural, a través de todos los integrantes del sistema de salud y los demás sectores responsables de las acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales a la salud, quienes actuarán de forma integrada en el marco de sus competencias.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá analizar, a nivel regional y sub regional, el comportamiento epidemiológico demográfico de la población y sus determinantes sociales, así como definir y priorizar las necesidades en salud y establecer las metas respectivas. Las direcciones territoriales de salud deberán considerarlas para la formulación y ejecución del Plan de Desarrollo Territorial y el Plan Territorial de Salud.

TÍTULO 2.

PROPÓSITO Y ENFOQUES DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

**Artículo 2.11.2.1. Propósito de la Política de Atención Integral en Salud.** El propósito de la Política de Atención Integral en Salud es la generación de las mejores condiciones de atención en salud de la población garantizando la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la gestión intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

**Artículo 2.11.2.2. Enfoques de la política pública de atención integral en salud.** De conformidad con lo prevista en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, la Política de Atención Integral en Salud se basa en los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, diferencial poblacional y territorial.

**Artículo 2.11.2.3. Atención Primaria en Salud (APS).** Con base en lo previsto en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

1. Servicios de salud: Basados en las necesidades de salud de la población, resolutivos y orientados al resultado a partir de una oferta integral y adaptada a las condiciones poblacionales y del territorio, para la promoción y mantenimiento de la salud de las personas, familias y comunidades.
2. Acción intersectorial y transectorial: Intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la interacción coordinada a nivel nacional, regional y territorial

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

- 
- 
- para mejorar las condiciones en salud de las personas, familias y comunidades, impactando los determinantes sociales en salud.
3. Participación social, comunitaria y ciudadana: Inclusión de las personas, familias y comunidades como gestores de su estado de salud, y agentes activos del sistema, generando cambios en los modos, condiciones y estilos de vida en sus colectivos, entornos y ecosistemas.

**Artículo 2.11.2.4. Enfoque de salud familiar y comunitaria.** El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce la salud como una realidad social y resultado de las dinámicas de relación y desarrollo humano, incluye la acción estatal como garante de derechos, trasciende la idea de la responsabilidad de la salud centrada en el individuo, y reconoce a la familia y a la comunidad como sujetos de atención en salud.

**Artículo 2.11.2.5. Enfoque de cuidado de la salud.** El enfoque de cuidado de la salud, parte de la perspectiva de la ética del cuidado e implica la práctica o el ejercicio de libertad y autonomía de los sujetos para trascender hacia el cuidado de sí y el cuidado mutuo a nivel social, familiar y comunitario y cuidado del entorno. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social. Este enfoque da lugar y sentido a la acción de la política de atención integral en salud que se comprende como el cuidado de todos y todas en una construcción participativa.

**Artículo 2.11.2.6. Gestión integral del riesgo en salud.** La gestión integral del riesgo en salud se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del Sistema de Salud y otros sectores para identificar los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, así como las condiciones en salud ya establecidas para su intervención desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo para medir y evaluar el logro de resultados en salud y el bienestar de la población. La gestión integral del riesgo en salud impacta los modos, condiciones y estilos de vida, de tal manera que se anticipa a la materialización de riesgos en salud para que esta no se presente o se detecte y trate precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

La gestión integral del riesgo en salud tiene un componente colectivo a cargo de la entidad territorial y otro individual que es función primordial de la Entidad Responsable del Aseguramiento en Salud en conjunto con la gestión clínica que ejecuta su red de atención y el cuidado por parte del individuo y su familia.

**Artículo 2.11.2.7 Enfoque diferencial poblacional y territorial.** El enfoque poblacional y territorial implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de los servicios y de las atenciones en salud, reconociendo que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, etnia, condición de discapacidad o víctimas de la violencia, entre otras situaciones; el enfoque territorial implica el reconocimiento de las diferencias territoriales en cada uno de los ámbitos urbano, rural y rural disperso y a nivel de municipio, subregión, departamento y región.

**TÍTULO 3.**  
**MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD**  
**CENTRADO EN LAS PERSONAS**

**Artículo 2.11.3.1. Modelo integral de atención en salud.** La Política de Atención Integral en Salud se operacionaliza a través de un modelo centrado en el cuidado de las personas, familias y comunidades que aborda las situaciones sociales y las prioridades en salud de la población de

Continuación del Decreto "Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud".

----

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

El modelo de atención en salud incluye: i) la identificación de las necesidades en salud de las personas, familia y comunidad y definiendo los grupo de riesgo, ii) las rutas de atención integral de atención para los problemas de salud pública priorizados que definen las acciones de promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, así como las respuestas intersectoriales efectivas que transformen los determinantes sociales y ambientales de la salud de la población, iii) rol de las entidades territoriales, iv) el rol de las entidades responsables del aseguramiento en salud v) la organización en redes integrales e integradas de prestadores y proveedores para la oferta integral y adaptada para la atención en salud y vi) sistemas de información interoperables para la toma de decisiones oportunos y efectivas.

**Artículo 2.11.3.2 Identificación de necesidades en salud.** Para la identificación de las necesidades en salud de las personas, familias, comunidades y poblaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una metodología unificada sistemática la cual debe incluir la identificación de las necesidades poblacionales a cargo de las entidades territoriales y la identificación de necesidades individuales a cargo de las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud. Así mismo, diseñará la herramienta que permita la recolección, consolidación y consulta de las necesidades de la población por cada uno de los actores del Sistema de Salud.

En lo poblacional se deberá incluir: i) la caracterización del contexto territorial, demográfico y social, ii) la identificación de los determinantes sociales y ambientales y su incidencia en la salud individual y poblacional, iii) la identificación de grupos de riesgo específicos, iv) el estado de salud de la población reflejado en las principales causas de morbilidad y mortalidad.

En lo individual se deberá incluir la descripción de las necesidades de salud de la población, identificación y clasificación de los riesgos individuales de cada uno de sus afiliados y la conformación de los grupos de riesgo de la población afiliada.

**Parágrafo 1.** Las Entidades Territoriales deben usar la información consignada en la identificación de necesidades en salud para la formulación y desarrollo del: i) Plan de Desarrollo Territorial, ii) Plan Territorial de Salud, iii) Planes de Acción en Salud y iv) de la Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en sus intervenciones colectivas y su articulación con lo individual, v) de la conformación y organización de las redes integradas y , vi) de la respuesta sectorial que contribuya a las metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente.

**Parágrafo 2.** Las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud deben usar la información de la identificación de las necesidades en salud de sus afiliados, para apoyar el autocuidado, minimizar el riesgo de aparición de condiciones en salud, planear las estrategias de atención, acorde a las necesidades y riesgos en salud identificados, hacer seguimiento y monitoreo de los grupos de riesgos en salud definidos y las estrategias para mantener actualizada esa información.

**Artículo 2.11.3.3 Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS.** Las Rutas Integrales de Atención en Salud describen el continuo de las intervenciones, los entornos donde estas se desarrollan y los responsables de su ejecución y permiten orientar y organizar la gestión de los agentes del Sistema de Salud para la atención de las personas, las familias y comunidades.

Continuación del Decreto "Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud".

----

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las prioridades nacionales en salud pública, define y elabora las Rutas Integrales de Atención en Salud y su adopción es obligatoria por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las Direcciones Territoriales de Salud coordinarán con las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud y las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores la adaptación e implementación gradual de las RIAS acorde con las necesidades y características de la población de su jurisdicción.

**Parágrafo.** Las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud podrán conformar otros grupos de riesgo y definir RIAS de acuerdo con las prioridades en salud de su población a cargo y de los riesgos individuales que está presente, estas RIAS deberán elaborarse de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 2.11.3.4. Rol de las entidades territoriales.** Las Entidades Territoriales son responsables del gobierno del Modelo Integral de Atención en Salud en el territorio. Por lo tanto, deben ejercer la gobernanza propiciando las condiciones para concertar las políticas públicas entre la Nación y las entidades territoriales y coordinando y articulando a los integrantes del Sistema de Salud y los demás sectores responsables de las acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales a la salud en su territorio, implementando y fortaleciendo los procesos para la Gestión de la Salud Pública previstos en las normas para este propósito, en consonancia con el artículo 2 de la Ley 1454 de 2011.

Las entidades territoriales son responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que es responsabilidad de las entidades responsables del aseguramiento en salud, las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores.

**Artículo 2.11.3.5 Rol de las entidades responsables del aseguramiento en salud.** Para la operación del Modelo Integral de Atención en Salud, la entidad responsable del aseguramiento deberá: i) identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo, ii) Promover en sus afiliados el autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa de casos sospechosos de condiciones en salud, y de aquella con diagnóstico confirmado de condiciones crónicas y mala adherencia a su seguimiento médico y las demás que sean necesarias de acuerdo a su estado de salud; iii) Adaptar, adoptar e implementar las rutas integrales de atención, acorde a las necesidades en salud de su población de problemas prioritarios en salud, iv) Organizar las redes de atención en salud con enfoque territorial y garantizando el acceso efectivo de sus afiliados a los servicios y tecnologías en salud, v) garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios y tecnologías que se adapten a las condiciones poblacionales y de territorio en sus afiliados, con enfoque diferencial cuando este se requiera; vi) gestionar el riesgo primario y técnico en su población y en conjunción con su red, para lo cual puede hacer uso de incentivos en el marco de las modalidades de pago existentes, vii) Monitorear los resultados de los indicadores de gestión, calidad y resultados en salud de los prestadores y proveedores de su red, viii) Coordinar las acciones con otros actores responsables de los riesgos poblacionales, colectivos y los riesgos laborales. ix) garantizar que toda persona esté adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de su libre elección y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) y un proveedor de un paquete mínimo de medicamentos.

Las entidades responsables del aseguramiento en salud podrán hacer presencia en una, varias o todas las regiones sanitarias que se definirán según el artículo 2.11.1.3. del presente Decreto. En

Continuación del Decreto "Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud".

----

cada una de las regiones sanitarias, garantizarán la integralidad, continuidad y calidad en los servicios para la atención de los individuos, familias y comunidad.

En el caso de las EPS, el ámbito territorial de autorización corresponderá a la región y deberá operar en cada uno de los municipios que la componen. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar mecanismos diferenciales para la operación del aseguramiento en las regiones o subregiones que así lo ameriten de acuerdo con criterios de acceso, calidad, oportunidad y oferta.

Las entidades responsables del aseguramiento, una vez se determinen las regiones funcionales y subregiones contarán con un plazo máximo de 18 meses para su adaptación.

**Artículo 2.11.3.6 De la organización de servicios de salud.** La prestación de los servicios de salud se proveerá por prestadores que ofertan dentro de sus portafolios servicios primarios, complementarios o de ambas categorías, habilitados y registrados en el registro especial de prestadores-REPS.

Los prestadores de salud que ofertan servicios primarios proveerán atenciones de baja y mediana complejidad. En lo ambulatorio contará con profesionales generales de salud, apoyo diagnóstico, terapéutico, y tecnologías, de baja complejidad, además contará con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas en salud. En la modalidad de atención extramural contará con telesalud, equipos multidisciplinarios de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como de hospitalización en casa.

Los prestadores de servicios primarios son la puerta de entrada y el vínculo de contacto permanente de las personas, familias y comunidad con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde se realiza la atención integral y se consolida en plan integral de cuidado primario para cada persona.

El componente complementario estará conformado por prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud para la prestación y provisión de servicios y tecnologías de mediana y alta complejidad, necesarios para garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de servicios primario. Deberá contar con servicios de atención inmediata, ambulatorio, de internación, quirúrgicos, ayuda diagnóstica, soporte terapéutico.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los portafolios de servicios y tecnologías que harán parte del componente primario y complementario para las rutas integrales de atención en salud -RIAS de carácter obligatorio, así como el conjunto de servicios y tecnologías adicionales que deberán ser ofertados en todos los municipios del país.

**Artículo 2.11.3.7. Redes integrales e integradas de prestadores y proveedores.** Las entidades responsables del aseguramiento en salud deben conformar las redes de atención en salud, articulando los servicios primarios y complementarios habilitados de los prestadores de servicios de salud, y los proveedores de tecnologías en salud

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

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

-----

----

Los prestadores que ofertan servicios primarios deberán proveerse en el nivel municipal o subregional. Los que ofertan servicios complementarios tendrán un ámbito de influencia territorial subregional, regional o nacional. Los prestadores del componente primarios deben garantizar la disponibilidad plena de los servicios del prestador primario en cada nivel territorial subregional del país, bajo una o varias de las modalidades de prestación que la normativa vigente defina.

Las entidades responsables del aseguramiento deberán articular para cada subregión el componente primario con el complementario de acuerdo con los servicios habilitados en los municipios que conforman la subregión, los servicios que no se oferten en la subregión deben ser articulados con los servicios ofertados en los distritos o departamentos ubicados en la región, los servicios con oferta limitada deberán articularse con el ámbito nacional.

Las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud, en concertación con las entidades territoriales, garantizarán la integralidad de los servicios y tecnologías en salud de acuerdo con el diagnóstico de las necesidades de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

**Parágrafo 1.** Las entidades responsables del aseguramiento deberán promover la libre elección del prestador o proveedor por parte del usuario dentro de la red subregional o regional habilitada. Cuando sea necesario direccionar a los usuarios para prestación de servicios, la entidad responsable de aseguramiento deberá agotar la oferta de servicios en el municipio en el que el usuario, habita o trabaja.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social será responsable de la habilitación y continuidad de las redes de prestación de servicio presentadas por las entidades responsables del aseguramiento. Estas, a través del aplicativo definido para tal fin, mantendrán la información actualizada de las redes de atención en salud para sus afiliados, incluyendo la IPS primaria de adscripción.

**Artículo 2.11.3.8. De la organización de la oferta de servicios de salud en hospitales públicos.** Los Hospitales públicos, mixtos y los terceros que operan infraestructura hospitalaria pública, pueden integrarse entre ellos para ofertar y prestar los servicios y hacer parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará la metodología para el desarrollo del “Plan territorial de rediseño, reorganización y modernización de las redes de prestaciones de hospitales públicos” en armonía con lo establecido en el presente decreto.

La integración podrá incorporar en su conformación estructuras funcionales o jurídicas, así: i) Redes de Hospitales públicos que se mantengan como personas jurídicas individuales, deberán integrarse funcionalmente, mediante, *convenios interadministrativos de integración*, para la prestación de servicios de salud y/o para el desarrollo de actividades de tipo administrativa de forma conjunta. Las Direcciones Departamentales de Salud participaran como coordinadores y garantes de cumplimiento de compromisos adquiridos en el convenio. ii) Redes de hospitales públicos cuya estructura se podrá ajustar a una persona jurídicas única, considerando lo definido en el artículo 7 de la ley 1966 de 2019 y las demás formas vigentes.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un marco de reglas básicas para operación funcional y de incentivos para estimular las integraciones estructurales o funcionales en redes, incluidos los previstos en el programa de fortalecimiento hospitalario.

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

----

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones por los cuales la infraestructura pública hospitalaria podrá ser administrada por terceros

**Artículo 2.11.3.9. Sistemas de información interoperables.** Todas las entidades responsables del aseguramiento, los prestadores de servicios de salud, operadores logísticos de tecnologías en salud y las direcciones territoriales de salud, que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información integrados que permitan la interoperabilidad de los datos y procesos en los diferentes aspectos del aseguramiento, la prestación de los servicios, salud pública y la financiación y flujo de recursos así como para la formulación implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud.

**Parágrafo. 1.** Sin perjuicio de los avances tecnológicos o innovaciones en la materia, los sistemas de información, así como los mecanismos y modelos de interoperabilidad de datos y procesos, deberán cumplir con los requisitos técnicos y tecnológicos, estructuras de información y funcionalidades definidas por el marco normativo vigente.

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

#### TÍTULO 4.

#### SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS EN SALUD

**Artículo 2.11.4.1. Instrumentación para el seguimiento, monitoreo de las Políticas Públicas.** El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá las herramientas de control que generen alertas tempranas, orienten la toma de decisiones oportuna, faciliten la rendición de cuentas y contribuyan a la implementación efectiva y gobernanza de la información, en coordinación y articulación con otros actores y sectores, en el marco de sus competencias con el fin de orientar o ajustar las políticas, programas, modelos, estrategias, acciones u otros que contribuyan a mejorar los resultados de salud de la población en Colombia.

La herramienta de seguimiento y monitoreo de políticas públicas estará integrada o armonizadas con otros instrumentos de seguimiento y monitoreo de actores involucrados, entre ellos, los definidos en el Plan Decenal de Salud Pública, Plan Nacional de Desarrollo, Planes Territoriales en Salud, compromisos nacionales e internacionales u otros pertinentes, que promuevan la gestión de conocimiento para la salud pública y que contribuyan al fortalecimiento del ecosistema del Sistema de Salud de que trata el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015.

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

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de 12 meses a partir de la aprobación de la presente norma, para concertar y diseñar la herramienta de seguimiento y monitoreo y definir los elementos básicos para la implementación de la misma que incluya entre otros: i) Liderazgo en la formulación y puesta en marcha del Plan de Seguimiento y Monitoreo, ii)

Continuación del Decreto "Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud".

----

Coordinación y articulación de actores involucrados; iii) Estructuración funcional y operativa, iv) Identificación y asignación de recursos; v) Gestión del conocimiento y vi) Mecanismos de seguimiento, control de riesgo y mejora.

**Artículo 2.11.4.2. Gestión Integral Territorial en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el monitoreo, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuesta en el sistema a nivel territorial. La dirección territorial de salud será la autoridad responsable del funcionamiento del modelo de la gestión, a través de las herramientas metodológicas y tecnológicas que disponga el ministerio y los actores involucrados de manera articulada.

**Parágrafo.** Para el cumplimiento del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación se requiere la Integración y ajustes de los sistemas de información o herramientas de seguimiento vigentes que permitan dar cuenta de los resultados en salud departamentales y municipales.

### OTRAS DISPOSICIONES

**ARTÍCULO 4. Objeto.** Sustitúyase el artículo 2.4.2.6 del Título 2 del Capítulo 4 del Decreto 780 de 2016.

**2.4.2.6. Criterios para la distribución y asignación del subcomponente del Subsidio a la Oferta, de los recursos de la participación en salud del Sistema General de Participaciones.** En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 52.2. del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, los recursos de este subcomponente se distribuirán entre los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo 2.4.1.3 del presente decreto, con base en la metodología que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social para definir las ESE o infraestructura pública administrada por terceros, ubicados en zonas alejadas o de difícil acceso, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

Dicha metodología deberá tener en cuenta los siguientes criterios: población; ruralidad; pobreza; densidad poblacional; así como la organización de conjuntos o portafolios de servicios de salud primarios; el costeo de estos conjuntos primarios de servicios de salud; y la estimación de los recursos requeridos del subcomponente de subsidio a la oferta para financiar estos portafolios.

El Ministerio de Salud y Protección Social remitirá al DNP el listado de las entidades territoriales, así como el valor de los recursos requeridos para garantizar la prestación de los portafolios de servicios de salud primarios ESE o infraestructura pública administrada por terceros, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios. Con base en dichos resultados, el DNP distribuirá de manera proporcional a la estimación de los recursos requeridos para cofinanciar dichos servicios de salud primarios en cada entidad territorial donde se ubican dichas ESE e infraestructura pública administrada por terceros.

La sumatoria de lo obtenido por la aplicación de los criterios mencionados en el presente artículo, se asignará a los municipios certificados y a los distritos referidos en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto. Así mismo, a los departamentos se les asignarán los recursos de sus entidades territoriales no certificadas en salud, así como los recursos de las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

Los recursos de este subcomponente serán girados por la Nación a la cuenta maestra de las ESE e infraestructura pública administrada por terceros que para el efecto inscriban ante el Ministerio de Salud y Protección Social para la administración de dichos recursos.

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

----

**Parágrafo 1.** Las ESE y la infraestructura pública administrada por terceros, que reciban recursos de oferta definidos en este artículo, deberán suscribir un convenio de garantía de oferta de disponibilidad de servicios primarios con la respectiva dirección departamental o distrital de salud.

**Parágrafo 2.** Los recursos de este subcomponente deberán ser utilizados en la operación corriente de la prestación de los servicios y tecnologías requeridos para garantizar los servicios de salud primarios.

**Parágrafo 3.** Los administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud deberán remitir la información de que tratan los artículos 2.5.3.8.2.2 al 2.5.3.8.2.6. del presente decreto, de acuerdo con los procedimientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 5.** Modificar el artículo 2.5.2.3.1.3 del Decreto 780 de 2016, en los siguientes términos:

**“Artículo 2.5.2.3.1.3. Definiciones.** Para efectos de la aplicación del presente capítulo, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**Administración de recursos del sector:** manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos financieros del aseguramiento en salud que realizan las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente decreto, con el fin de cumplir las funciones que le han sido asignadas en el ordenamiento jurídico vigente. Esta función incluye las medidas implementadas para las entidades mencionadas, para permitir el seguimiento y control al uso de estos por parte de las entidades competentes.

**Ámbito territorial de autorización:** De acuerdo con lo establecido en la Regionalización funcional para la Atención Sanitaria descrita en el artículo 2.11.3.5 del presente Decreto, se define el ámbito territorial como las regiones , en el que la Entidad Promotora de Salud o una nueva entidad se encuentra autorizada para operar el aseguramiento en salud.

**Capacidad científica:** conjunto de procesos, actividades y recursos humanos orientados a la gestión de los riesgos del aseguramiento en salud de la población afiliada, la representación del afiliado ante otros actores del sistema, la articulación y garantía de prestación de los servicios de salud y la administración del riesgo financiero.

**Capacidad técnico-administrativa:** cumplimiento de los requisitos legales, administrativos, contables, logísticos y de talento humano, que soportan las actividades y los servicios que acreditan el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento en salud.

**Capacidad tecnológica:** conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, tecnologías y sistemas de información que permiten garantizar el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento en salud.

**Código de Conducta y Buen Gobierno:** normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrollan las entidades para la gestión íntegra, eficiente y transparente de su dirección o gobierno. Está conformado por disposiciones de autorregulación voluntarias y algunas obligatorias establecidas por las entidades de control, las cuales deben ser difundidas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en el interior y en el exterior de la entidad.

**Condiciones de autorización:** conjunto de documentos, soportes y estudios de orden financiero, técnico-administrativo, tecnológico y científico, que deben presentar las entidades interesadas en operar el aseguramiento en salud como requisito para obtener o actualizar la autorización de funcionamiento.

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

----

**Condiciones de habilitación:** conjunto de estándares básicos que demuestran la capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica para ejercer las funciones de operación del aseguramiento en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas al sistema.

**Condiciones de permanencia:** conjunto de estándares que demuestran condiciones de capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica directamente relacionadas con la efectividad y seguridad para sus afiliados en la ejecución de sus funciones como EPS y en la destinación de los recursos financieros del sector, cuyo incumplimiento debe dar origen a procesos de revocatoria de la autorización de funcionamiento.

**Habilitación de una EPS:** cumplimiento permanente de las condiciones técnico administrativas, científicas y tecnológicas de habilitación, que le permiten a la EPS ejercer sus funciones.

**Operación del aseguramiento en salud:** organización, gestión, implementación y revisión continua de actividades y servicios para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud definidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, por parte de las entidades a las que hace referencia el presente capítulo.

**Representación del afiliado:** facultad de la EPS de actuar en nombre del afiliado ante los demás actores del sistema, para lograr que este obtenga una atención integral en salud, asequible, oportuna, pertinente, segura y continua, sin perjuicio de la autonomía del usuario

**Sistema de Gestión de Riesgos:** conjunto de políticas, procesos y procedimientos que permiten la identificación, evaluación, control y seguimiento de los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento en salud”.

**ARTÍCULO 6.** Modificar el artículo 2.5.2.3.2.7 del Decreto 780 de 2016, en los siguientes términos:

**“Artículo 2.5.2.3.2.7. Actualización y vigencia de la autorización de funcionamiento de EPS autorizadas.** La Superintendencia Nacional de Salud actualizará el acto administrativo que autoriza el funcionamiento de las EPS que se encuentren autorizadas o habilitadas para funcionar, lo cual se llevará a cabo dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de las disposiciones aquí previstas, plazo dentro del cual se mantendrá vigente el certificado actual.

El acto administrativo de actualización especificará: i) el código para efectos de identificación, ii) el ámbito territorial donde se autoriza a la entidad para la operación del aseguramiento en salud, y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada para operar.

Para efectos del ámbito territorial de la autorización, se tendrán en cuenta la(s) región(es) sanitarias donde la EPS disponga de afiliados y se encuentre operando de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en el corte del mes inmediatamente anterior a la fecha de actualización del certificado. La Superintendencia Nacional de Salud ampliará el alcance territorial del certificado de autorización, en los departamentos y regiones donde tenga presencia la entidad y garantizando en todo caso un debido proceso.

La vigencia de la autorización de funcionamiento para estas EPS será renovada por periodos de cinco (5) años contados a partir de la fecha de expedición de la autorización de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad.

Continuación del Decreto "Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud".

-----

----

Las EPS con autorización actualizada tendrán un plazo de un (1) año contado a partir de la expedición, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de la reglamentación sobre habilitación y permanencia, para adaptar y ajustar su capacidad a las condiciones previstas. La Superintendencia Nacional de Salud, previo al cumplimiento del plazo establecido, programará la visita para el seguimiento y verificación de estas.

**Parágrafo 1.** Para las entidades que se encuentren con medida administrativa especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, la actualización del acto administrativo que autoriza su funcionamiento será en las condiciones y plazos que para el efecto establezca dicha entidad".

**Parágrafo 2.** Las EPS deberán priorizar los pagos a las ESE e infraestructura pública administrada por terceros que sean monopolio en servicios trazadores, con el fin de garantizar la prestación de los portafolios de servicios de salud primarios".

**ARTÍCULO 7.** Se modifica el numeral 3.3 del artículo 2.5.2.3.3.1. del Decreto 780 de 2016 con el siguiente texto:

3.3 Red de atención integral e integrada en salud.

Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2. del presente Capítulo que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud deben conformar las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de conformidad con el artículo 2.11.3.8. del presente Decreto.

La coordinación de la red debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red.

**ARTÍCULO 8.** Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.3.3.3. del Decreto 780 de 2016:

**ARTÍCULO 2.5.2.3.3.3. De la operación territorial.** Las entidades destinatarias de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, operarán el aseguramiento en salud en el ámbito territorial en el que hayan sido autorizadas, debiendo ofrecer para sus afiliados en cada municipio, distrito, subregión, departamento y regiones sanitarias, las coberturas de servicios y atención integral en salud para todos los afiliados.

Para la atención de los usuarios en cada municipio donde se opere el aseguramiento en salud, las entidades responsables del aseguramiento deberán garantizar los mecanismos de atención al usuario presencial, telefónico y virtual acorde a las regiones sanitarias, previstos en las disposiciones normativas sobre la materia.

**ARTÍCULO 9.** Por el cual se modifica el artículo 2.5.1.1.1. del Decreto 780 de 2016.

**ARTÍCULO 2.5.1.1.1. Campo de aplicación.** Las disposiciones del presente Título se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, Gestores Farmacéuticos, Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

----

SOGCS, de que trata este Título, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

**PARÁGRAFO.** Salvo los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

**ARTÍCULO 10.** Por el cual se modifica el artículo 2.5.1.3.2.1.del Decreto 780 de 2016.

**ARTÍCULO 2.5.1.3.2.1. Condiciones de capacidad tecnológica y científica.** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, deberán adaptarse a las condiciones particulares de los territorios y las poblaciones de acuerdo con lo establecido en la Regionalización para la Atención Sanitaria descrita en los artículos 3.5.2.1.1 y 3.5.2.1.2 del presente Decreto.

**PARÁGRAFO.** Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

**ARTÍCULO 11.** Por el cual se modifica el artículo .5.3.8.3.1.2. del Decreto 780 de 2016.

**ARTÍCULO 2.5.3.8.3.1.2. Programa de fortalecimiento de capacidades de oferta en el hospital público primario.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un plan cuatrienal de inversiones para el fortalecimiento de la red pública en relación con las capacidades requeridas para garantizar la oferta de servicios primarias, en infraestructura, tecnologías en salud, sistemas de información y desarrollo de competencias laborales para el personal de salud en aquellas instituciones que hagan parte de la atención de servicios primarios. Estos planes deberán alinearse con los planes bienales de inversiones territoriales y deberá desarrollarse de manera progresiva en etapas anuales y actualizarse cada cuatro años.

Se deberá dar prioridad en estas inversiones a los prestadores públicos primarios y en especial aquellos que sean financiados con recursos de oferta-SGP y cumplan con lo definido en la integración en redes primarias subregionales y los indicadores de cumplimiento de los convenios de garantía de la disponibilidad de servicios.

**TÍTULO 5**  
**DISPOSICIONES FINALES**

**ARTÍCULO 12. Vigencia.** El presente decreto rige a partir de la fecha de publicación y sustituye los

Continuación del Decreto “Por el cual se realizan ajustes a la organización y funcionamiento del sistema de salud y de sus actores, en el marco de una regionalización sanitaria y la Política de Atención Integral en Salud., con el fin de garantizar el acceso a toda la población a los servicios de salud”.

-----  
-----  
artículos artículo 2.4.2.6 del Título 2 del Capítulo 4; artículo 2.5.2.3.1.3, artículo 2.5.2.3.2.7; numeral 3.3 del artículo 2.5.2.3.3.1; artículo 2.5.2.3.3.3.; artículo 2.5.1.1.1, artículo .5.3.8.3.1.2 del Decreto 780 de 2016.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,**

Dado en Bogotá, D.C.,

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,