

DECRETO 351 DE 2025

(marzo 27)

Diario Oficial No. 53.072 de 28 de marzo de 2025

Diario Oficial disponible en la web de la Imprenta Nacional de Colombia el 29 de marzo de 2025

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

<Consultar la vigencia de esta norma directamente en los artículos que modifica y/o adiciona>

Por el cual se adiciona la Parte 13 del Libro 2 del Decreto número [780](#) del 2016 relativo al Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le confiere el artículo [49](#), el numeral 11 del artículo [189](#) y el artículo [208](#) de la Constitución Política de Colombia, el artículo [15](#) de la Ley 2294 de 2023, y en desarrollo de lo previsto en el Punto 1.3.2.1. del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera adicionado de manera transitoria a la Constitución Política mediante del Acto Legislativo número 02 de 2017 y

CONSIDERANDO:

Que el artículo [49](#) de la Constitución Política de la República de Colombia reconoce el derecho a la salud como un servicio público a cargo del Estado, cuyo acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud debe ser garantizado a todas las personas, por niveles de atención y con participación de la comunidad, consagrando que el Estado organizará, dirigirá y reglamentará la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que el artículo [64](#) ibidem fija como obligación del Estado proteger los derechos de la población campesina como sujeto de especial protección. Así mismo, estipula que corresponde al Estado garantizar el acceso de bienes y servicios en condiciones de libertad e igualdad material, aspecto que se hace extensivo al derecho fundamental de la salud.

Que el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera firmado en noviembre de 2016 entre el Gobierno nacional y las Fuerzas Armadas y Revolucionarias de Colombia -Ejército FARC-EP-, establece la responsabilidad del Estado en implementar acciones dirigidas a promover el desarrollo rural en el país, con miras a "erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de la ciudadanía". Así mismo, establece en el numeral 1.3.2.1. que el alcance del Plan Nacional para la Reforma Rural Integral (RRI) en materia de salud busca "acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio".

Que el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 señala que el Estado debe garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, e igualmente, en las zonas dispersas deberá adoptar

medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud.

Que el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015 estableció que el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Que los artículos [61](#) a [64](#) de la Ley 1438 de 2011 disponen que la prestación de servicios de salud dentro del actual sistema de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado, que las entidades territoriales en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos y que estas redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, establecen dentro del catalizador, "A. Punto 1. Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral" las acciones para la transformación del Plan Nacional de Desarrollo y el aporte al cumplimiento del Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz, y en relación con el Pilar Salud Rural identifica su alcance "Transformación: Seguridad humana y justicia social", en i) Formulación y puesta en marcha del PNS en Salud, ii) Fortalecimiento de estrategias de salud rural, mediante un modelo de salud promocional, preventiva y predictivo, basado en Atención Primaria en Salud con cobertura en todo el territorio nacional, iii) Fortalecimiento de la red pública hospitalaria, en especial en zonas rurales y con baja cobertura, a través de un plan maestro de infraestructura y dotación, iv) Avance en una política integral de trabajo digno y decente para el talento humano en salud en todos sus niveles y áreas de conocimiento, v) Desarrollo de estrategias de financiamiento que sostengan el modelo, la formalización del personal y la garantía de la calidad.

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, tiene como objetivo "sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, (...). Este proceso debe desembocar en la Paz Total, (...) para que todos podamos vivir una vida digna, basada en la justicia, es decir, en una cultura de la paz (...)". Para el cumplimiento de este objetivo, establece en el eje transversal "Paz Total" en su artículo 4o en virtud del cual se busca transformar los territorios, superar el déficit de derechos económicos, sociales, culturales, ambientales, y acabar con las violencias armadas.

Que el Plan Nacional de Salud Rural, que se adopta mediante el presente acto administrativo, se sustenta y articula con las directrices generales que desde la Constitución de 1991 se han consagrado en materia de planeación y gestión institucional, el desarrollo normativo del sector y los lineamientos internacionales en materia de salud, con el fin de propender por la integración de las políticas, estrategias y programas que inciden positivamente los determinantes sociales de la salud, y se direccionen al cierre de brechas poblacionales y territoriales.

Que el Plan Nacional de Salud Rural, que se adopta mediante el presente acto administrativo, se establece como política orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud de los campesinos y las campesinas, los pueblos y comunidades étnicas, los y las trabajadoras de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, buscando contribuir a la superación de inequidades, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, la transformación estructural del campo y la creación de condiciones de bienestar y buen vivir; constituyéndose en una hoja de ruta para la comprensión integral de las necesidades sociales de la salud y el establecimiento de

una agenda social compartida para el cuidado de la salud en la ruralidad.

Que el presente decreto surtió el trámite de constatación de contenido al que hace referencia el numeral 6 del artículo 3o del Decreto número 1995 de 2016 ante la Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la implementación del Acuerdo Final (CSIVI), aspecto que se cumplió de conformidad con la certificación expedida por dicha instancia.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 8o de la Ley 1437 de 2011, así como en el artículo [2.1.2.1.14](#). del Decreto número 1081 de 2015, el presente instrumento fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para recibir comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, entre el 9 al 24 de agosto del 2024 y posterior publicación surtida entre el 17 al 22 de octubre de 2024.

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. Adiciónese la Parte 13 del Libro 2 del Decreto número [780](#) del 2016, el cual quedará así:

"Parte 13

Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)

Título I

Disposiciones Generales

Artículo [2.13.1.1](#). Objeto. El presente decreto tiene por objeto adoptar el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), conforme al anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo, en respuesta al Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, en adelante Acuerdo Final de Paz y, establecer las condiciones para su implementación en todo el territorio nacional.

Artículo [2.13.1.2](#). Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente decreto, tendrán aplicación en todo el territorio nacional para los siguientes actores:

- Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- Las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas.
- Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces.
- Las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados.
- Los Proveedores de tecnologías en salud.
- La Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
- Organizaciones sociales y comunitarias, comunidad en general y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud para la población de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Artículo 2.13.1.3. Líneas estratégicas del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), establece como líneas estratégicas: (i) Gobernanza y gobernabilidad, (ii) Modelo especial de salud pública para la ruralidad, (iii) Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales. Para su implementación se observará lo señalado en la Ley 1751 de 2015 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen o deroguen.

Artículo 2.13.1.4. Cobertura Territorial. El PNSR será de obligatorio cumplimiento en todos los departamentos, distritos y municipios del país con zonas rurales y zonas rurales dispersas. Su implementación se ejecutará de manera progresiva, en los municipios que cuenten con: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) y demás municipios priorizados para las regiones de paz, hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país.

Título II

Gobernanza y Gobernabilidad del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)

Artículo 2.13.2.1. Gobernanza y Gobernabilidad del PNSR. El Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la rectoría del PNSR. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal adoptarán el PNSR a través de la construcción participativa del componente territorial del PNSR y su armonización e integración en los Planes Territoriales de Salud, garantizando la participación de campesinos y campesinas, los pueblos, las comunidades étnicas y las diferentes formas de organización presentes en el territorio.

Para el periodo 2024-2027, las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal armonizarán los Planes Territoriales de Salud (PTS) con los contenidos del PNSR, con base en la guía que para este fin expedirá el Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir del 2028 y para las siguientes vigencias, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales incorporarán las líneas estratégicas del PNSR en el proceso de Planeación Integral para la Salud (PIS), en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2.13.2.2. Coordinación para la Salud Rural. La Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) dentro de sus competencias articulará las acciones intersectoriales que se definan en el Plan Nacional de Salud Rural con las estrategias del plan de acción intersectorial de salud pública establecido en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente.

Artículo 2.13.2.3. Comité Institucional de Salud Rural. El Ministerio de Salud y Protección Social conformará y reglamentará dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición del presente decreto, un Comité Institucional de Salud Rural integrado por las dependencias relacionadas con la implementación del PNSR según su estructura y funciones, para la coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones estratégicas contenidas en el PNSR.

Artículo 2.13.2.4. Mesas Técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales, previa reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en un término de (6) seis meses a partir de la vigencia

del presente decreto, conformarán mesas técnicas permanentes de salud rural como mecanismo de concertación de acciones intersectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la Salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas. Estas mesas sesionarán de manera trimestral y podrán ser desarrolladas a través de instancias constituidas en el territorio en el marco de la implementación de los Planes Territoriales de Salud (PTS). Los insumos resultantes del trabajo en las Mesas Técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural, serán presentados en la Comisión Intersectorial de Salud Pública para que, de acuerdo con sus competencias sean considerados.

Las Mesas Técnicas departamentales, distritales y municipales de salud rural tendrán interlocución con otras instancias incluidas aquellas relacionadas con el Sistema Nacional de Reforma Agraria y Desarrollo Rural y sus correspondientes subsistemas y garantizarán la participación de organizaciones sociales y comunitarias, incluidas las de género y mujer rural, campesinas y campesinos, las propias de los sistemas propios e interculturales de pueblos indígenas y los pueblos negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros y Rrom que coexistan en las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Título III

Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad

Artículo 2.13.3.1. Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad. Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quienes hagan sus veces, las Empresas Sociales del Estado o quienes hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas y demás actores que intervengan, de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud, concurrirán en la implementación del modelo especial en salud pública para la ruralidad.

Para los pueblos y comunidades étnicas, se concertarán los modelos de salud propios conforme con la normatividad vigente.

Hacen parte de este modelo los siguientes componentes que responden al Plan Marco de Implementación (PMI) definido en el Acuerdo Final de Paz:

- Componente 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud.
- Componente 2. Construcción, mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud.
- Componente 3. Personal de salud para la ruralidad.
- Componente 4. Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural.
- Componente 5. Adopción de enfoques para la salud rural.
- Componente 6. Salud de los trabajadores rurales.

Capítulo I

Redes integrales e integradas de servicios de salud

Artículo 2.13.3.1.1. Servicios de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus

veces, Empresas Sociales del Estado o la entidad que haga sus veces e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas en el marco de la organización y conformación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, deberán garantizar la prestación de servicios de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

De manera progresiva y para el fortalecimiento de la red pública, en cada municipio del país o área no municipalizada, debe funcionar al menos una sede principal del nivel primario y sedes satélites, ambas, pertenecientes a una Empresa Social del Estado o la entidad que haga sus veces con presencia en el municipio o municipio vecino, según el caso; estas sedes estarán articuladas con hospitales de referencia y contarán con la infraestructura, dotación, equipos, insumos, disponibilidad de transporte, red de comunicaciones y personal de salud, incluido el personal perteneciente a los equipos básicos de salud.

Se asegurará la distribución equitativa y suficiente de las sedes satélites en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, iniciando por los municipios definidos en el artículo [40](#) del presente decreto.

En aquellos municipios o áreas no municipalizadas donde una Empresa Social del Estado o entidad que haga sus veces tenga jurisdicción, esta operará como cabeza de red del nivel primario del respectivo municipio o área no municipalizada.

PARÁGRAFO 1o. Para la atención en las zonas rurales y zonas rurales dispersas se podrá operar con el soporte logístico y de transporte a cargo del Estado o en concurrencia con organismos internacionales, organizaciones sociales, y proveedores que se identifiquen en el marco de la organización, conformación y operación de las redes integrales e integradas en el territorio.

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes correspondientes en términos de habilitación de los servicios de salud con el fin de dar respuesta a las necesidades de la población rural con criterios de pertinencia étnica y cultural, adaptables a la morfología y geografía del territorio.

Artículo [2.13.3.1.2](#). Cuidado de las personas, familias y comunidades en el modelo especial de salud pública para la ruralidad. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal con las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar la prestación de servicios de salud a través de las sedes satélites de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces disponibles en las zonas rurales y zonas rurales dispersas con el fin de que la población que habita en la ruralidad acceda al centro de atención y/o que el centro de atención disponga los servicios de salud a una distancia que garantice la atención oportuna, pertinente y resolutive; así mismo y en el marco de la organización y conformación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, garantizarán la participación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas para la atención en salud de la población que habita en las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Artículo [2.13.3.1.3](#). Resolutividad de los Servicios de Salud en la ruralidad. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal con las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas, bajo el direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, deberán garantizar en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud, la resolutividad de la prestación de

servicios de salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces deberán incluir en el procedimiento de suministros de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) o el que haga sus veces, mecanismos para la entrega completa e inmediata de medicamentos a la población rural, a través de las sedes de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas con oferta de servicios de salud disponible en las zonas rurales y rurales y dispersas y los Equipos Básicos de Salud, a través de las modalidades intramural o extramural (atención domiciliaria, unidades móviles o jornadas). Cuando la entrega de medicamentos sea incompleta, esta se deberá garantizar dentro de las 48 horas siguientes en los términos establecidos en el artículo [131](#) del Decreto Ley 019 de 2012.

Los procesos de referencia y contrarreferencia desarrollados al interior de las redes integrales e integradas de servicios de salud deberán fortalecer la capacidad de transporte del personal de salud y de los ciudadanos, para lo cual incorporarán modos de traslado adaptados a las condiciones de las zonas rurales y rurales dispersas a través de transporte aéreo (helicoptero u otro), fluvial - marítimo (hidroaviones u otros), terrestre y demás medios no convencionales, los cuales serán incluidos en las modalidades de contratación y pago de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces.

PARÁGRAFO 1o. La atención en salud a través de la modalidad telemedicina no deberá ir en detrimento de la garantía del acceso físico de la población a servicios de salud en las modalidades intramural y extramural.

Artículo [2.13.3.1.4. Equipos Básicos de Salud para la Ruralidad.](#) Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal con las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas mixtas, bajo el direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, deberán garantizar la operación permanente y continua de equipos básicos de salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas bajo los criterios de calidad e idoneidad establecidos por la normatividad vigente. Los equipos básicos de salud realizarán atenciones para el cuidado de la salud conforme a lo establecido en el anexo técnico que hace parte integral del presente decreto.

Capítulo II

Construcción, Mejoramiento de la Infraestructura y la Dotación en Salud

Artículo [2.13.3.2.1. Construcción, Recuperación y Mejoramiento de la Infraestructura, y Dotación para la Ruralidad.](#) El Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán priorizar en el corto y mediano plazo dentro de los Planes Bienales de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), según corresponda, los proyectos dirigidos a la construcción de obra nueva, ampliación, adecuación, remodelación, reforzamiento sísmico estructural, reposición de Infraestructura, telesalud, la dotación y modernización de sedes de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, para las zonas rurales y zonas rurales dispersas y hospitales de referencia para estas sedes, garantizando en ellos

la inclusión de todos los componentes que permitan su óptimo funcionamiento, empleando las fuentes de financiación que garanticen la gestión integral de proyectos y la disponibilidad de recursos que se requieran. En los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), se establecerán metas de inversión.

El desarrollo de infraestructura en salud en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, en contexto con el hábitat natural, social y cultural debe contar con la participación integral de las comunidades en todas las etapas del o los proyectos, incluyendo iniciativas autónomas desde los sistemas de conocimiento, saberes y practicas socio culturales y regionales. Para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes correspondientes a las normas de viabilización y ejecución de proyectos.

Artículo 2.13.3.2.2. Priorización de recursos para la financiación de proyectos de Construcción, Recuperación y Mejoramiento de la Infraestructura y Dotación para la Ruralidad. El Ministerio de Salud y Protección Social durante el periodo 2025-2031, plazo previsto inicialmente para el cumplimiento del Acuerdo Final de Paz, destinará mínimo el 50% del total de recursos asignados en este periodo a la partida orientada a la financiación de proyectos de infraestructura y dotación en salud, para las intervenciones requeridas en las sedes de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, para las zonas rurales y zonas rurales dispersas y hospitales de referencia de estas sedes conforme a lo establecido en el artículo 14 del presente decreto.

Si vencido el plazo previsto no se cumplen las metas de inversión señaladas en el artículo 14, la destinación de los recursos prevista en el presente artículo se mantendrá hasta el cumplimiento de las metas incluidas en los planes Bienales de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), según corresponda. Para tal efecto, las entidades territoriales cofinanciarán los proyectos de inversión que permitan el cumplimiento de las metas previstas.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el marco de sus competencias deberán priorizar en el corto y mediano plazo de sus recursos propios, de los recursos asignados a través del Sistema General de Regalías, y demás fuentes de financiación, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, las inversiones necesarias para la ejecución de los proyectos en las sedes de Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, para las zonas rurales y zonas rurales dispersas y en los hospitales de referencia para estas sedes, incluidos en los planes Bienales de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), según corresponda, lo anterior.

PARÁGRAFO. El seguimiento en la asignación de los recursos para la financiación de proyectos de infraestructura y dotación en salud se realizará en conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 2.13.3.2.3. Proyectos de Transporte Asistencial en Salud para la Ruralidad. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal y las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, deberán priorizar la presentación de proyectos de Transporte Asistencial de baja y de mediana complejidad y vehículos de transporte extramural (modalidad marítima, fluvial y terrestre) para operar en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, ante el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de soportar la ejecución del Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad.

Capítulo III

Personal de Salud para la ruralidad

Artículo 2.13.3.3.1. Planificación y Gestión del Personal de Salud para la Ruralidad. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales realizará la planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud para la ruralidad, dando prioridad a las características y necesidades de las zonas rurales y rurales dispersas con el fin de superar las brechas existentes entre lo urbano y lo rural y lograr los resultados del PNSR.

Para tal efecto se desarrollarán acciones relacionadas con: i) el aumento gradual y progresivo de plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) y escenarios de práctica formativa, ii) el fortalecimiento de las condiciones de empleo y trabajo digno y decente, iii) la generación de incentivos para la permanencia y iv) la integración con los procesos de construcción de escenarios de paz, reconciliación y reincorporación socioeconómica.

Artículo 2.13.3.3.2. Servicio social obligatorio en zonas rurales y zonas rurales dispersas. Las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, que tengan sedes en las zonas rurales y zonas rurales dispersas, deberán incorporar dentro de su estructura funcional y misional, los procesos de docencia-servicio para ser escenario de práctica formativa y disponer de plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) en la ruralidad en concordancia con lo dispuesto en la Ley 2272 de 2022 y demás normatividad vigente.

Como incentivo para la permanencia en las zonas rurales y zonas rurales dispersas los profesionales que presten el servicio social obligatorio en las zonas rurales y rurales dispersas tendrán una disminución en el plazo hasta en un término de seis (6) meses sin perjuicio de aquellos que voluntariamente lo quieran realizar en un año, en el marco de la planeación y gestión del talento humano en salud.

Artículo 2.13.3.3.3. Personal comunitario para la promoción de la salud en la ruralidad. Las comunidades campesinas y demás poblaciones que habitan en la ruralidad realizarán ante las entidades territoriales del orden municipal y las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, la nominación de líderes y lideresas u otros miembros de la comunidad para la formación como personal comunitario para la promoción de la salud o el perfil que haga sus veces de acuerdo con los requisitos establecidos por la normativa vigente. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará un plan integral de formación en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital, municipal y las instituciones a cargo de la formación de este perfil, acorde con el proceso de planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector.

Las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces, o las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas que conformen Equipos Básicos de Salud, integrarán a estos equipos, este personal.

Capítulo IV

Participación de las organizaciones sociales y comunitarias para la salud rural

Artículo 2.13.3.4.1. Organización social y comunitaria para la salud rural. En las instancias de articulación interinstitucional para el desarrollo del PNSR, los diferentes niveles de gobierno

deberán garantizar la participación activa de las organizaciones campesinas y demás representatividades de liderazgos comunitarios rurales, a fin de permitir la construcción conjunta de acciones de formulación, implementación, seguimiento y evaluación del PNSR, incluidas sus iniciativas autónomas basadas en sus sistemas de organización, conocimiento, saberes y prácticas socioculturales en salud.

Capítulo V

Adopción de enfoques para la salud rural

Artículo [2.13.3.5.1. Enfoque Diferencial y otros enfoques para la salud rural.](#) Los actores involucrados en la implementación del PNSR, deberán integrar como acción afirmativa positiva en sus planes, programas y estrategias, las particularidades y requerimientos de las poblaciones rurales, considerando entre otras, condiciones y situaciones el género, la condición socioeconómica, la orientación sexual, la pertenencia étnica, la discapacidad, la afectación por violencias incluidas las víctimas del conflicto armado y otros enfoques como el territorial, poblacional, reparador, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud familiar y comunitaria.

Artículo [2.13.3.5.2. Enfoque étnico e intercultural.](#) Los actores involucrados en la implementación del PNSR, deberán incorporar un enfoque étnico e intercultural que contemple las visiones, prácticas y saberes de los pueblos indígenas, negros, afrodescendientes, raizales, palenqueros, Rrom y demás pueblos étnicos localizados en la ruralidad, respetando y promoviendo sus sistemas de conocimiento y cosmovisiones sobre la salud y el cuidado de la vida.

Artículo [2.13.3.5.3. Enfoque de Género.](#) Los actores involucrados en la implementación del PNSR, incorporarán en sus programas el enfoque de género de tal manera que contribuyan a la erradicación de las violencias basadas en género, se garantice la no discriminación y la participación incidente de mujeres, sectores LGBTIQ+, poblaciones por condición y/o situación en la toma de decisiones en salud.

Artículo [2.13.3.5.4. Salud Plena para las Mujeres.](#) El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en marcha programas de salud de la mujer rural, con el fin de desarrollar acciones para garantizar la salud plena y efectiva de las mujeres a servicios de salud de calidad desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Lo anterior se realizará garantizando la participación incidente de las mujeres rurales.

Las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y demás actores del sistema de salud en el territorio, implementarán el programa de salud de la mujer rural con base en el análisis de las inequidades de género y análisis de situación de salud y cuidado de la mujer en materia de salud sexual y salud reproductiva, salud mental, violencia contra las mujeres, salud y trabajo, salud y ambiente, y todo lo demás que aporte a mejorar las condiciones de vida, el buen vivir y la salud de las mujeres rurales.

Artículo [2.13.3.5.5. Atención integral a las víctimas en el Plan Nacional de Salud Rural.](#) Los diferentes actores del sistema de salud darán cumplimiento a lo definido en materia de garantía del derecho a la salud integral y atención psicosocial a víctimas en cumplimiento del artículo 37 de la Ley 2421 de 2024.

La atención psicosocial y en salud integral para las víctimas pertenecientes a los pueblos indígenas, negros, afrodescendientes, raizales, palenqueros, Rrom y demás pueblos étnicos localizados en la ruralidad, deberá contar con pertinencia cultural, perspectiva de mujer, y de género.

Capítulo VI

Salud de los trabajadores rurales

Artículo 2.13.3.6.1. Promoción y prevención de la salud en las actividades productivas de la ruralidad. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal y demás actores del sistema de salud en el territorio, deberán incluir en el marco de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad la identificación y atención en salud relacionados con el trabajo y aquellas dirigidas al abordaje de la salud en el trabajo en las unidades productivas informales, así como acciones de prevención de los accidentes y enfermedades para la población de trabajadores rurales presente en los territorios, e incluirán en el eje predictivo del modelo de salud, la identificación de patologías de origen laboral.

Los Equipos Básicos de Salud harán la identificación de patologías vinculadas con el trabajo de la población bajo su territorio e identificada la persona con una patología de este tipo, se referirá a un área especializada de medicina del trabajo de la red integrada de servicio de salud de su correspondencia territorial o de la Administradora de Riesgos Laborales que corresponda.

Título IV

Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales

Artículo 2.13.4.1. Monitoreo y garantía de la calidad en salud para la ruralidad. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal y demás actores del sistema de salud en el territorio deberán fortalecer el monitoreo de la calidad en salud y garantizar que los servicios que se brinden a las personas, familias y comunidades de las zonas rurales y zonas rurales dispersas cumplan con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y demás que aporten en la mejora de los resultados y la garantía del derecho fundamental a la salud a dicha población.

Título V

Financiamiento de la salud rural

Artículo 2.13.5.1. Financiamiento de la salud rural. El Plan Nacional de Salud Rural se financiará con cargo a los recursos del Sistema de Salud y demás recursos destinados para el aseguramiento u otros fines, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o entidad que haga sus veces; por los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) asignados a las Entidades Territoriales, recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) que para el efecto se asignen y por los recursos propios destinados por las Entidades Territoriales para tal fin, atendiendo la normativa vigente y los usos señalados por la ley para cada fuente y sujeto a las disponibilidades y a las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo y Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Los proyectos de inversión formulados con el fin de fortalecer la infraestructura y dotación en salud de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, el fortalecimiento del transporte asistencial

en todas sus modalidades y demás inversiones requeridas para garantizar la operación del Plan Nacional de Salud Rural, podrán financiarse con recursos del Sistema General de Regalías, cooperación internacional, recursos del crédito y demás recursos de capital que puedan ser utilizados para este fin; estos proyectos de inversión también se financiarán a través del mecanismo de obras por impuestos.

Artículo 2.13.5.2. Recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y rurales dispersas. Con el propósito de incentivar el acceso efectivo a los servicios de salud, en los municipios en donde se reconoce la prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para zonas especiales por dispersión geográfica, la prima adicional para zona alejada y la prima adicional para el departamento de Guainía; estas contribuirán a la prestación de servicios de salud en las zonas rurales y rurales dispersas.

La aplicación de los recursos correspondientes deberá reflejarse en la contratación, con prioridad de las Empresas Sociales del Estado o las entidades que hagan sus veces o en su defecto, de los prestadores de servicios de salud privados y mixtos, siempre y cuando operen en el territorio y garanticen la atención en salud, en las zonas rurales y rurales dispersas.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los indicadores de seguimiento a la prestación de servicios en zonas rurales y zonas rurales dispersas para los municipios a los que se les reconoce la prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para zonas especiales por dispersión geográfica, la prima adicional para zona alejada y la prima adicional para el departamento de Guainía, los cuales deberán incluirse en los acuerdos de voluntades suscritos entre las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, o las entidades que hagan sus veces, con los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud. Los acuerdos de voluntades que se encuentren vigentes a la fecha de determinación de dichos indicadores se ajustarán para su inclusión.

Título VI

Seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Rural

Artículo 2.13.6.1. Seguimiento y evaluación a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural. El seguimiento al Plan Nacional de Salud Rural se realizará a través del plan de acción anual, de los indicadores del Plan Marco de Implementación (PMI) del Acuerdo Final de Paz en el Sistema Integrado de Seguimiento al Postconflicto (SIIPO), de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales integrarán a este seguimiento las acciones descritas en el anexo técnico que hace parte integral del presente decreto incorporándolas al proceso de monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud y realizarán el reporte trimestral de los indicadores en el Plan de Acción en Salud de los Planes Territoriales de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará el reporte y seguimiento trimestral en el aplicativo definido para tal fin.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, realizarán el reporte respectivo ante la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

La Superintendencia Nacional de Salud creará mecanismos de seguimiento a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces sobre los indicadores del PMI del Acuerdo

Final de Paz y de los indicadores del anexo técnico, que permitan identificar la calidad y oportunidad de la atención en salud en zonas rurales y rurales dispersas y los recursos destinados para este fin.

La evaluación, se realizará en los términos y periodicidades que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Título VII

Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 2.13.7.1. Inspección, Vigilancia y Control del PNSR. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de la presente normatividad y el seguimiento de los indicadores para el Mejoramiento Continuo para Garantizar la Calidad en Salud.



ARTÍCULO 2o. VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 27 de marzo de 2025.

GUSTAVO PETRO URREGO

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

<Anexo publicado en el Diario Oficial>

<Consultar PDF del Diario Oficial directamente en el siguiente enlace:

https://normograma.com/documentospdf/PDF/D0351025_ANEXO.pdf



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Legislación ARP - Riesgos Profesionales

ISSN 2256-182X

Última actualización: 30 de septiembre de 2025 - (Diario Oficial No. 53.251 - 30 de septiembre de 2025)

