

MANUAL PARA LA CONFORMACIÓN, ORGANIZACIÓN, HABILITACIÓN, OPERACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS

**GUILLERMO ALFONSO
JARAMILLO MARTÍNEZ**
Ministro de Salud y Protección
Social

**JAIME HERNÁN URREGO
RODRIGUEZ**
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ
SALDARRIAGA**
Viceministro de la Protección Social

DAVID SCOTT JERVIS JALABE
Director de Prestación de Servicios
y Atención Primaria

CLARA M. SUÁREZ RODRÍGUEZ
Directora Epidemiología y Demografía

**CESAR LEONARDO PICON
ARCINIEGAS**
Jefe Oficina de Gestión Territorial
Emergencias y Desastres
Director Desarrollo del Talento
Humano en Salud (E)

TATIANA LEMUS PEREZ
Directora Promoción y Prevención (E)

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ
Directora Medicamentos y
Tecnologías en Salud

DANIEL FELIPE SOTO MEJÍA
Director de Regulación de la
Operación del
Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y
Pensiones

JOHN EDISÓN BETANCUR ROMERO
Director Regulación de beneficios,
Costos y tarifas del aseguramiento
en salud

OTONIEL CABRERA ROMERO
Director de Financiamiento Sectorial

YENNY PILAR TORRES CASTRO
Jefe Oficina Asesora de Planeación y
Estudios Sectoriales

DIDIER ANIBAL BELTRAN CADENA
Jefe Oficina de Tecnología de la
Información y la Comunicación (E)

MARITZA ISAZA GÓMEZ
Jefe de Oficina
Oficina de Promoción Social

LUZ ADRIANA ZULUAGA SALAZAR
Jefe de Oficina
Oficina de Calidad

LIDA MARCELA PEDRAZA JIMENEZ
Subdirectora de Prestación de Servicios (E)

GLORIA MILENA GRACIA CHARRY
Asesora - Despacho Viceministerio de
Salud Pública y Prestación de Servicios

HERNÁN DARIO AGUILAR RAMIREZ
Asesor - Despacho Viceministerio de
Protección Social.

ANA MILENA MONTES CRUZ
Profesional especializado - Subdirección
de Operación del Aseguramiento en Salud

**CATHERINE H. RAMIREZ
GUTIERREZ**
Líder técnico Subdirección de Prestación de
Servicios

SANDRA LILIANA FUENTES RUEDA
Profesional especializado - Subdirección
de Prestación de Servicios

ANGELA LUCILA BARRIOS DIAZ
Coordinadora Grupo de
Gestión de la Prestación de
Servicios de Salud

Equipo de trabajo

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Gina Paola González Ramírez

Octavio Henao Orrego

Gloria Edith Villota Enríquez

Lisbeth Astrid Florez Martínez

Jaime Alfonso Forero Henríquez

Carolina Manosalva

Isabel Rojas Lindarte

Libia Esperanza Forero García – Directora Prestación de Servicios y Atención Primaria hasta julio 2024.

Erika Alejandra Ramírez Gordillo hasta septiembre de 2024

Ana Mejía Parra hasta diciembre de 2024

Luis Guillermo González Rojas hasta noviembre de 2024

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97

Bogotá D.C., Colombia

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Siglas y abreviaturas
3. Objetivos
4. Consideraciones Generales
 - 4.1 Definición de las Redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS
 - 4.2 Completitud y suficiencia de las RIITS
 - 4.3 Atributos de las RIITS
 - 4.4 Gobernanza y participación en las RIITS
 - 4.4.1 Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud
 - 4.4.2 Instrumentos de planeación territorial para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud
 - 4.4.3 Sistema de información
5. Conformación de las RIITS
 - 5.1 Necesidades, potencialidades y prioridades en salud
 - 5.2 Análisis funcional de red
 - 5.2.1 Análisis del territorio y la población
 - 5.2.2 Identificación y análisis de la oferta de servicios en el territorio
 - 5.2.3 Identificación de actores comunitarios y servicios sociales
 - 5.3 Nivel primario
 - 5.3.1 Equipos de Salud Territorial
 - 5.3.2 Organización funcional de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS
 - 5.4 Nivel Complementario
 - 5.5 Determinación de las brechas para el acceso a servicios y tecnologías en salud
6. Organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
 - 6.1 Adscripción poblacional y territorial
 - 6.2 Organización territorial de las RIITS a nivel primario y complementario
 - 6.3 Mecanismos de operación a nivel primario
 - 6.4 Mecanismos administrativos para la organización y seguimiento institucional
7. Desarrollo de los criterios determinantes para la propuesta de conformación y organización de las Redes integrales e integradas territoriales de salud-RIITS
8. Habilitación de las RIITS
 - 8.1 Verificación de los criterios determinantes para la habilitación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.

9. Operación de las RIITS

- 9.1 Sistemas de apoyo para coordinación asistencial
- 9.2 Referencia y contrarreferencia
- 9.3 Novedades de la conformación y organización de la Red Integral e Integrada territorial de salud – RIITS y procedimiento para la gestión estas

10. Seguimiento y evaluación

- 10.1 Progresividad para la implementación de los Matriz de calificación de los criterios determinantes de las RIITS
- 10.2 Propuestas de alternativas estratégicas para el mejoramiento de la integración e integralidad de las RIITS

1. Introducción

La conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) como estrategia para el cuidado integral de la salud y la garantía del goce efectivo del derecho a la salud se enmarca en los principios de universalidad, equidad, calidad, continuidad e integralidad para dar respuesta efectiva a las condiciones y necesidades de las poblaciones y los territorios. En este contexto, la articulación y coordinación de los actores del sistema de salud conforme con las competencias y responsabilidades establecidas en la normatividad vigente, es esencial para garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos bajo un enfoque territorial y diferencial, centrado en las personas, las familias y las comunidades.

La configuración de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud desde un enfoque territorial y diferencial requiere del establecimiento de mecanismos de gobernanza en salud y gestión territorial integral en salud pública que fortalezcan la coordinación y participación de los actores del sector salud, los otros sectores, los actores sociales y comunitarias y la ciudadanía en general con servicios de salud más cercanos a las comunidades, con capacidad resolutoria desde el nivel primario de atención y en armonía con las dinámicas territoriales.

Los mecanismos de coordinación asistencial y la articulación efectiva entre los niveles primario y complementario de atención son elementos fundamentales para garantizar la continuidad de los servicios en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. De esta manera, se construye una red territorial que responde a las realidades del entorno y fortalece la capacidad resolutoria del sistema.

En concordancia con lo anterior, el presente manual tiene como propósito establecer los lineamientos y procedimientos necesarios para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud.

2. Siglas y abreviaturas

- APS: Atención Primaria en Salud
- CTSSS: Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
- EPS: Entidad Promotora de Salud
- ESE: Empresa Social del Estado
- ET: Entidad Territorial
- IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
- IVC: Inspección, Vigilancia y Control.
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
- PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
- PSS: Prestadores de Servicios de Salud
- PTS: Proveedores de Tecnologías en Salud
- REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
- RIITS: Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud
- MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
- SNS: Superintendencia Nacional de Salud

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Brindar elementos conceptuales, técnicos y operativos para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS en los niveles departamental, distrital, regional y subregional, conforme con lo establecido en la normatividad vigente.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1. Establecer los criterios para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS y su operación, seguimiento y evaluación.

3.2.2. Precisar el proceso de habilitación y novedades de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.

3.2.3. Promover la articulación sectorial e intersectorial en desarrollo de los principios de concurrencia y complementariedad, la participación comunitaria con el fin de fortalecer la gobernanza en salud, la gestión territorial integral en salud pública y el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

4. Consideraciones Generales

4.1 Definición de las Redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS

El abordaje de los conceptos de integralidad e integración son fundamentales para orientar la prestación de los servicios de salud en el Sistema de Salud, y la expresión de esta necesidad, enmarcados en un enfoque territorial se posiciona como una herramienta estratégica para acercar los servicios de salud a los lugares donde viven y se desarrollan las personas de manera efectiva, eficiente, equitativa y continua, con una atención que logre superar las restricciones de acceso que hoy afectan a las personas y sus familias.

Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS bajo la estrategia de atención primaria se configuran como parte importante de la garantía del acceso, integralidad y continuidad de la atención en salud de las personas y sus familias, con un enfoque territorial y de accesibilidad, con un fortalecimiento de la oferta pública y una estructuración progresiva de la red integral e integrada de servicios de salud a nivel nacional, regional, departamental, distrital, subregional y municipal. Para su consecución se conjugan las necesidades de la población, la garantía de la atención desde el ámbito local hacia el nacional tomando en consideración con eje central a las personas, familias y comunidades en sus territorios.

La red integral e integrada territorial de salud -RIITS se estructura en un nivel primario con servicios de baja y mediana complejidad y operación en el ámbito municipal y subregional intradepartamental e interdepartamental, así como un nivel complementario con servicios de salud de mediana y alta complejidad que cuentan con una mayor especialización y alta tecnología que opera y se complementa en los ámbitos subregional, distrital, departamental, regional y nacional.

El Nivel Primario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, es el componente en el que se integran los servicios de baja y mediana complejidad, prestados por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas, privadas y mixtas, las cuales se organizarán funcionalmente en Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS de manera progresiva; los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes. En este nivel se integran las acciones que realizan los Equipos de Salud Territorial/Equipos Básicos de Salud y se articulan los servicios prestados por entidades con objeto social diferentes a la prestación de servicios de salud.

El Nivel Complementario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud-RIITS, es el componente en el que se integran los servicios de salud de mediana y alta complejidad que cuentan con una mayor especialización, alta tecnología y talento humano en salud. En este nivel se busca fortalecer los procesos de coordinación asistencial en red, apoyo clínico, apoyo logístico y apoyo administrativo.

A continuación se presenta la metodología que permite inicialmente analizar el estado actual, las necesidades futuras y el nivel de progresión requerido para el cuidado integral de la salud y de manera posterior, los elementos que debe contener la propuesta de conformación de una RIITS en concordancia con los criterios determinantes establecidos en la normatividad vigente, el procedimiento a seguir para la habilitación, los elementos de verificación para establecer el nivel de integración e integralidad y tomar las decisiones que se requieran para el mejoramiento progresivo de la misma.

4.2 Completitud y suficiencia de las RIITS

Con el fin de garantizar a la población el derecho fundamental a la salud en el territorio nacional, mediante la eliminación de barreras de acceso que conlleven al cierre de brechas de inequidad y al cuidado integral de la salud en el marco del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo adoptado mediante el Decreto 858 de 2025 integra como uno de sus pilares las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, basados en los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales, salud familiar y comunitaria, diversidad e interculturalidad y diferencial territorial; con participación social, perspectiva de cuidado, soportado en la atención primaria en salud, para una respuesta efectiva y pertinente a los requerimientos de las comunidades en su territorio.

En este marco se configuran las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS bajo la estrategia de atención primaria como parte importante de la garantía del acceso, integralidad y continuidad de la atención en salud de toda la población, dentro del sector salud a nivel nacional. Lo anterior es considerado y se alinea con instrumentos de orden nacional como el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y los contenidos del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 que proponen fortalecer el Sistema de Salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud (APS) implementando un modelo preventivo, predictivo y resolutivo. Esto implica la coordinación de la Salud por parte del Estado, junto con las instituciones y la sociedad, para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a toda la población, cumpliendo entre otros, con criterios de Equidad.

Sobre el particular, las RIITS deberán apuntar a la reducción de inequidades en salud, componente fundamental de la justicia social que enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos poblacionales son el resultado de diferencias evitables, injustas o remediables en función de sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. Las mediciones de estas diferencias se denominan desigualdades, las cuales aluden también, a la distribución diferenciada de los recursos para la salud entre los distintos grupos de población (OMS, 2018). En este sentido, las RIITS apuntan a fortalecer el nivel primario y complementario con enfoque territorial, donde la oferta de servicios y tecnologías en salud se enfoque hacia las necesidades, potencialidades y prioridades en salud, a su vez, la conformación y organización de las RIITS apunta a la complementación y completitud de la oferta de servicios y tecnologías en salud, clave para garantizar la continuidad, integralidad y el acceso oportuno de la población. La completitud de las redes de servicios de salud se entiende como la garantía de que una red cuente con todos los servicios, grados de complejidad y componentes necesarios para responder de manera integral a las necesidades en salud de la población, sin generar barreras de acceso ni vacíos en la atención. La completitud implica que la red esté conformada por prestadores y proveedores con capacidad suficiente, oferta de servicios continua y articulada, así como con mecanismos de referencia y contrarreferencia efectivos. En este sentido, una red completa asegura que los usuarios puedan transitar de manera ordenada y segura entre ellos, en coherencia con el principio de integralidad establecido en la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

4.3 Atributos de las RIITS

Acorde a las disposiciones del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, basado en la atención primaria en salud, las Redes Integradas e Integradas Territoriales de Salud deberán organizarse y operar con la adaptación territorial que se requiera, para dar cumplimiento a los atributos dispuestos en la Resolución que adopta este Manual, respondiendo a lo siguiente:

- 4.1. **Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.
- 4.2. **Calidad e idoneidad profesional:** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en las personas, familias y comunidades, ser apropiados desde el punto de vista técnico – científico, sustentado en la formación, experiencia e idoneidad del talento humano en salud.
- 4.3. **Resolutividad.** Se refiere a la capacidad que tiene la organización de los servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, para satisfacer las demandas y necesidades en salud de la población garantizando la continuidad del cuidado y evitando derivaciones innecesarias.
- 4.4. **Complementariedad:** Garantía de la conformación y organización de la red en un territorio a partir de los acuerdos entre el sector público y privado para la atención en salud de acuerdo con las necesidades de las personas, familias y comunidades.
- 4.5. **Continuidad:** Busca garantizar a las personas, familias y comunidades, la provisión continua, articulada y coherente de servicios de salud, asegurando su disponibilidad y accesibilidad de manera ininterrumpida a lo largo del tiempo y en los niveles de atención, para una población previamente adscrita a un territorio específico, de forma que se responda oportunamente a sus necesidades y se preserve la integralidad del cuidado.
- 4.6. **Coordinación:** Proceso articulador y continuo liderado por la entidad territorial, mediante el cual los diferentes actores y sectores alinean sus acciones, intervenciones y recursos para garantizar que la atención a la población adscrita a un territorio sea integrada, oportuna, pertinente y sin interrupciones en los niveles primario, complementario y hacia la oferta de los otros sectores.

La coordinación implica establecer mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia, planificación conjunta y seguimiento de los procesos asistenciales, de manera que se preserve la longitudinalidad en el cuidado, se respondan de forma integrada las necesidades de salud de la población considerando sus características culturales y territoriales, y se reduzcan las barreras para el acceso a los servicios. Asimismo, facilita la acción intersectorial para incidir en los determinantes sociales de la salud y optimizar los resultados en salud de las personas, familias y comunidades.
- 4.7. **Equidad:** Se refiere a la no existencia de diferencias injustas y evitables o remediables respecto a la atención en salud a nivel social, económico, demográfico o geográfico.
- 4.8. **Eficiencia:** La mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.
- 4.9. **Integración:** Se refiere a sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional.

- 4.10. Integralidad:** Se refiere a la estructuración de la atención en salud con las instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud.
- 4.11. Intercambio de información:** Es el proceso sistemático, seguro y estandarizado para proveer y garantizar el flujo información clínica, administrativa y epidemiológica entre el nivel primario y complementario de la RIITS, que garantice la continuidad, pertinencia y oportunidad del cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades. Este proceso se rige bajo los estándares de seguridad y manejo de información del Estado colombiano.
- 4.12. Interculturalidad:** Se refiere al respeto por las diferencias culturales existentes en el país que implica el esfuerzo para desarrollar los mecanismos que integran esta diversidad en las políticas, en los servicios de salud y las condiciones de vida de la población. Lo anterior se desarrolla a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud.
- 4.13. Oportunidad:** Posibilidad que tienen las personas, familias y comunidades de obtener los servicios que requieren sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- 4.14. Pertinencia:** Calidad de una intervención, servicio o decisión clínica que asegura que esta sea adecuada, necesaria y coherente con las necesidades reales de salud de la persona, familia o comunidad, determinadas por la situación clínica, el contexto epidemiológico y los determinantes sociales y culturales del territorio, con la mejor evidencia científica disponible y/o las guías de práctica clínica vigentes, evitando procedimientos innecesarios, obsoletos o de bajo valor, en el nivel de complejidad requerido, garantizando que la atención se brinde en el escenario más cercano y resolutorio posible. En los contextos interculturales, se tendrá en cuenta los valores, preferencias y contexto cultural del usuario y su comunidad, respetando la autonomía y fomentando la participación informada.
- 4.15. Proximidad territorial:** Se refiere a la capacidad del sistema de salud en brindar servicios cercanos y accesibles de acuerdo con las necesidades, las características de la población y las condiciones territoriales.
- 4.16. Rentabilidad social:** Son las situaciones donde el Estado debe adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y sostenidas para garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos por la población, priorizando el bienestar y la satisfacción de sus necesidades sobre los criterios de rentabilidad económica.
- 4.17. Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- 4.18. Sistemática:** Es el conjunto de procesos, procedimientos y acciones organizadas y estructuradas en las que se realizan de manera ordenada, continua y planificada las metodologías, protocolos y mecanismos de control que aseguran la efectividad, calidad y sostenibilidad de las intervenciones, facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia y la mejora continua.

4.19. Suficiencia: Condición en la que la red cuenta con la disponibilidad y capacidad adecuada de servicios, tecnologías e intervenciones sanitarias para responder de manera integral, continua y oportuna a las necesidades reales de la población, garantizando la presencia y operatividad de los recursos técnicos, tecnológicos, administrativos, de gestión, del personal de salud, de infraestructura y financieros requeridos.

4.4 Gobernanza y participación en las RIITS

4.4.1 Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

La propuesta de red debe contemplar un modelo de gobernanza territorial que articule a todos los actores involucrados en el bienestar de la población, reconociendo sus competencias, recursos y capacidades. Dentro de esta estructura, la propuesta debe establecer formalmente la forma en la cual se Coordina la RIITS, donde confluyen representantes del sector salud, autoridades locales, prestadores de servicios, proveedores de tecnologías en salud, EPS, líderes comunitarios y otros sectores estratégicos.

Adicionalmente, deben fortalecerse las alianzas estratégicas con organizaciones e instituciones que actúan sobre determinantes específicos (agua potable, seguridad alimentaria, salud mental, vivienda, movilidad, empleo), bajo una lógica de corresponsabilidad institucional y territorial.

La propuesta de RIITS debe formular planes intersectoriales con objetivos compartidos, indicadores de impacto en determinantes sociales, responsabilidades definidas entre sectores y mecanismos de cogestión en el marco de los principios.

Finalmente, debe garantizarse un sistema de seguimiento y evaluación del componente intersectorial, que incorpore indicadores sensibles a inequidades, determinantes y condiciones de vida; así como mecanismos participativos de evaluación comunitaria, retroalimentación continua y toma de decisiones basada en evidencia territorial.

La planeación para la conformación y organización de las RIITS debe iniciarse con la definición de acciones para la disposición, análisis y tratamiento de la información, necesaria para el desarrollo del análisis funcional de red. Esta información constituye la base para orientar la conformación de la red de manera coherente con los lineamientos técnicos y normativos. De manera simultánea, se deben establecer estrategias de planeación institucionales que permitan consolidar una red articulada, progresiva y centrada en las personas, familias y comunidades, con criterios de equidad y pertinencia territorial.

En este marco, es imprescindible fortalecer la coordinación y la gestión entre los diferentes niveles de operación de la RIITS, promoviendo una articulación eficiente de actores y recursos. Se deben determinar mecanismos concretos para garantizar la participación social, así como estrategias de gestión intersectorial bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud. Además, la planeación y el seguimiento deben integrar el reconocimiento de las diversidades poblacionales, culturales y territoriales, asegurando que los procesos de atención y las modalidades de prestación se adapten a las particularidades del contexto local. Finalmente, la integración de la RIITS debe reflejarse en los procesos de planeación sectorial y territorial, articulándose con

instrumentos como el Plan Territorial de Salud y el Plan de Acción en Salud, garantizando su operatividad dentro del marco de la política pública.

4.4.1 Instrumentos de planeación territorial para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud

Las Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud – RIITS, en marco de la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud con enfoque territorial, implican la consideración de una serie de elementos esenciales que corresponden a un conjunto principios, estructuras y mecanismos que permitan transformar al sistema de salud hacia entornos más equitativos, resolutivos y centrados en la vida y bienestar de las personas. Esto implica establecer un conjunto de directrices para los actores en términos de cambios institucionales, inversión progresiva, articulación, participación y concurrencia para la garantía y el logro de las estructuras sostenibles en el tiempo.

En este marco, la implementación efectiva de las RIITS, requiere de una articulación estratégica con los instrumentos de planificación y gestión de la inversión en salud, en particular con los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación y el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE, ya que se erigen como una estrategia fundamental de orientar, no solamente la fuente de recursos, sino garantizar la organización de la oferta de servicios de las Empresas Sociales del Estado a nivel primario y complementario, y el correspondientes desarrollo físico, técnico y tecnológico en concordancia con las necesidades reales de la población, las características territoriales, los determinantes sociales de la salud y los objetivos de calidad y eficiencia en la prestación de servicios.

Las RIITS corresponden al objetivo macro al cual deberá apuntar la conformación y organización de la prestación de servicios de salud, para lo cual, las Entidades Territoriales deberán dar uso de los instrumentos de planificación estratégica que se disponen a través del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación y el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE, las cuales deberán estar en línea con el concepto de completitud y suficiencia de los servicios de salud, en pro de la reducción de inequidades y la garantía del acceso en torno a las características poblacionales, demográficas, geográficas, sociales, étnicas y demás condiciones y características actuales de los servicios.

Identificar entonces las condiciones actuales del territorio y las poblaciones deben permitir reflejar la disponibilidad y suficiencia de los servicios y por ende, la garantía de acceso a los mismos, aportando esto a la comprensión de la capacidad de la estructura de los servicios de salud en términos de medios, cantidad, calidad, disposición y adecuación de los mismos para atender las necesidades en salud de la población que abarcan, no únicamente las actividades y procedimientos de tratamiento ante situaciones que requieren atención, sino el conjunto de actividades que van desde acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar.

Este análisis implica que las Entidades Territoriales deberán identificar la capacidad actual en términos de infraestructura a lo largo del continuo de la atención, de lo cual se obtenga inicialmente una identificación de áreas geográficas y poblaciones de territorios que bajo sus condiciones no cuentan con el goce efectivo del derecho a la salud en el marco de las premisas de la APS. Así mismo, llevar estos análisis a los Planes Maestros de Inversiones en Salud en Infraestructura y Dotación y a la actualización de los

Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las E.S.E., (los cuales deberán contener la completitud de la oferta de servicios a nivel primario que se dispone en el presente manual), buscando avanzar en la implementación del sistema de salud basado en la estrategia APS y establecer un marco claro en la expansión y modernización de los servicios de salud, que garanticen la destinación de los recursos necesarios para el mejoramiento de las condiciones de los servicios de salud, permitiendo así, materializar el derecho fundamental a la salud a toda la población del territorio colombiano, cumpliendo con una disponibilidad y suficiencia necesarias para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo.

4.4.2 Sistema de información

Dentro del proceso de conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), es indispensable implementar el Sistema de Información Atención Primaria en Salud como sistema de información único, integral, interoperable y articulado que permita recopilar, consolidar, analizar y utilizar información en tiempo real, vinculando a todos los actores que conforman la red. Este sistema debe integrar variables clave como sexo, edad, lugar de residencia, pertenencia étnica y otras condiciones sociales y territoriales pertinentes, facilitando una comprensión integral de las condiciones de salud y necesidades de la población.

La red deberá establecer metodologías claras para el monitoreo del cumplimiento de los objetivos definidos en su modelo de gobernanza, tales como la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad, eficiencia, seguridad, integralidad y resolutivez. Este monitoreo no debe limitarse al análisis interno institucional, sino que debe contemplar mecanismos de rendición de cuentas, difusión pública de resultados y retroalimentación con los equipos operativos y las comunidades.

De igual manera, se deberán implementar estrategias para el seguimiento a los resultados en salud, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo el uso de indicadores establecidos en el marco del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y otras fuentes oficiales de información en salud pública y prestación de servicios.

La evaluación del desempeño debe considerar no solo la cobertura de servicios, sino también la efectividad de las intervenciones, la satisfacción de los usuarios, el cumplimiento de los protocolos y estándares de calidad, y la equidad en el acceso y los resultados. En este sentido, se espera que el sistema de información permita generar alertas tempranas frente a barreras o fallas en la atención, identificar brechas en la oferta, y promover acciones de mejora continua tanto a nivel institucional como territorial.

5. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS RIITS

5.1 Necesidades, potencialidades y prioridades en salud

Para este proceso, la Entidad Territorial y las entidades integrantes de los RIITS deberán considerar los siguientes aspectos:

- El procesamiento de datos con enfoque de Equidad que den cuenta de las necesidades diferenciadas de grupos poblacionales para materializar el Derecho a la Salud.
- Articulación intersectorial para el dimensionamiento de brechas e inequidades en la satisfacción de necesidades, con enfoque territorial.
- Proyección de las necesidades según dinámicas poblacionales y acciones dirigidas a garantizar la universalidad en el acceso a los servicios de salud.
- La consideración de las condiciones actuales y proyectadas de las regiones, subregiones y territorios, considerando condiciones geográficas y de accesibilidad.
- La progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, protección pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras) y principios complementarios de unidad, complementariedad, participación, corresponsabilidad y subsidiariedad.
- Potencialidades del territorio, con relación a las condiciones demográficas, geográficas, sociales, sus oportunidades y cómo los diferentes sectores pueden contribuir para solucionar sus principales conflictos.
- La articulación con el conjunto actual de políticas públicas y la identificación de necesidades en salud de las personas, familias y comunidad, atendiendo a lo identificado en el Plan Decenal de Salud Pública, Planes Territoriales de Salud, entre otros.
- Integrar la metodología dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de la situación de salud en el territorio, la priorización de problemas y necesidades sociales en salud, haciendo uso de la guía Conceptual y Metodológica para la construcción del Análisis de la Situación de salud en el Territorio incluida en el Lineamiento de Planeación Integral para la Salud, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.2 Análisis funcional de red

El análisis funcional de las RIITS, es el instrumento que permite describir e identificar las interacciones y relaciones de los actores, instituciones, recursos, bienes y servicios para la obtención del objetivo de garantizar una red conformada y organizada bajo principios de eficiencia, equidad y calidad del sistema.

Esta integración debe reflejarse en una organización que garantice el cuidado integral de la salud, iniciando desde el nivel primario hasta el nivel complementario, asegurando procesos eficientes de referencia y contrarreferencia. La coordinación dentro de la red es fundamental para que las personas, familias y comunidades accedan a servicios oportunos y adecuados a sus necesidades, lo cual implica la articulación de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, así como flujos de información y comunicación entre los diferentes actores que conforman la red.

Los análisis funcionales se conciben a partir de diferentes marcos de referencia, no obstante, incorporar este dentro de la prospectiva con enfoque de equidad permite la consolidación de la política pública para que responda de manera efectiva, anticipada y de conformidad con las poblaciones en salud.

Partir del enfoque de prospectiva con enfoque de equidad en salud posibilita anticipar y comprender los futuros posibles en el sistema de salud donde se reconocen e incorporan las desigualdades existentes en el acceso y la calidad de la atención en salud, con una planificación de una construcción de un sistema de salud justo e inclusivo, donde las personas, familias y comunidades tengan la misma posibilidad de acceder a los servicios independiente de sus condiciones económicas, sociales y culturales que pueden ser concebidas como potenciales brechas para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Esto implica identificar necesidades, potencialidades y prioridades de la población, promover la participación social en la toma de decisiones, anticipar y prevenir futuros problemas, así mismo, este enfoque potencia la capacidad de analizar las tendencias que pueden profundizar o transformar dichas inequidades, explorar diferentes escenarios y diseñar las estrategias y acciones orientadas hacia la equidad.

La prospectiva con enfoque de equidad es un proceso sistemático que inicia con la definición del alcance y los objetivos, delimitando el ámbito de análisis, los horizontes temporales y las prioridades de la población. A partir de esto se procede con la recolección y análisis de información a través de fuentes primarias y secundarias, aplicando métodos cualitativos y cuantitativos para comprender las inequidades existentes, identificar tendencias y reconocer factores que inciden en la equidad en salud. A partir de ellos se diseñan estrategias y acciones orientadas a enfrentar los desafíos y aprovechar las oportunidades de cada escenario, priorizadas según criterios de impacto, viabilidad y sostenibilidad.

Desde la perspectiva del goce efectivo del derecho a la salud, el análisis funcional de RIITS, no solamente se enfoca en la revisión del estado actual de prestación de servicios de salud y el acceso a tecnologías en salud, sino que tiene como objetivo evaluar la manera en la cual las interacciones entre los equipos de salud territoriales, la oferta disponible y su impacto en la accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención. A partir de lo cual es una herramienta estratégica que orienta los procesos de planificación, fortalecimiento institucional y toma de decisiones basada en la evidencia.

Este análisis toma un papel estratégico en la conformación y organización de las RIITS ya que permite evaluar de manera objetiva la estructura y el desempeño esperado de las RIITS tomando en consideración los componentes territoriales, poblacionales y diferenciales a fin de identificar en la situación actual las fortalezas, debilidades, duplicidades o brechas en la operación de la red en sus niveles de organización. No obstante, centrarse solamente en la situación actual puede conllevar a organizaciones no sostenibles respecto a las necesidades de la población, por lo cual incorporar el

concepto de prospectiva tiene como objetivo anticipar escenarios de cambio en el corto, mediano y largo plazo.

Este componente aplicado en los conceptos de análisis funcional de RIITS, para su conformación y organización posibilitan prever impactos sobre cambios demográficos, epidemiológicos, los cambios tecnológicos, la movilidad poblacional, el cambio climático y los impactos de los determinantes sociales de la salud transformando estos elementos en procesos estratégicos, adaptativos y disponibles; identificar las diferencias que pueden presentarse a nivel territorial no sólo implica identificarlas sino transformarlas en criterios para la asignación de recursos, intervención en las acciones desarrolladas por los actores y la implementación de mecanismos de participación social.

El análisis funcional de las RIITS requiere de un marco de referencia robusto que articule de manera coherente tres elementos fundamentales: i) la lógica funcional de las RIITS esperada, ii) la prospectiva aplicada a la planeación en salud y iii) la equidad en salud como principio de la conformación y organización de la red, esto permite una construcción de una visión integral que oriente la operación y gestión de la RIITS hacia la eficiencia y eficacia organizacional y la sostenibilidad técnica y financiera.

De manera operativa el análisis funcional de la RIITS, parte de analizar las necesidades de salud de la población, los servicios disponibles, las capacidades de cada nivel de atención y las conexiones entre ellos, para crear una red funcionalmente integral e integrada con enfoque territorial. Dentro de este análisis funcional se deben tener en cuenta factores como la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de tecnologías de información, la capacitación del personal y la participación comunitaria, asegurando que todos los elementos del sistema de salud trabajen de manera interdependiente para el logro de los resultados en salud.

El análisis funcional con enfoque de prospectiva y equidad en salud no se limita a la descripción de las condiciones actuales territoriales sobre la organización de la prestación de los servicios de salud sino se debe proyectar hacia la situación deseada que deberá progresivamente planificando en los niveles de progresión de la RIITS. Por lo anterior, se requiere una metodología estructurada que permita identificar brechas en el acceso, la calidad y la continuidad de la atención, al tiempo que incorpora la perspectiva de los actores del sistema, para fortalecer la capacidad de la RIITS para adaptarse a los contextos cambiantes, responder de manera equitativa y justa a las necesidades en salud de la población y orientar la toma de decisiones a nivel municipal, departamental, subregional y regional.

En este sentido, la entidad territorial departamental o distrital en coordinación con las EPS que operen en el territorio y los demás actores que harán parte de las RIITS, deben desarrollar esta metodología considerando los pasos que a continuación se describen:

5.2.1 Análisis del territorio y la población

Para abordar el análisis funcional se requiere una delimitación específica del territorio y de la población que no sólo debe ser una descripción geográfica sino una construcción integral que permita la comprensión de la distribución de las personas, las condiciones que determinan las necesidades en salud y los escenarios esperados. Esto implica el desarrollo de diferentes análisis desde la identificación de la distribución administrativa, el análisis de las dinámicas poblacionales, la caracterización poblacional permite identificar el reconocimiento de la diversidad del territorio, las desigualdades territoriales contemplando los determinantes sociales y ambientales, las consideraciones de la operación subregional funcional, los grupos étnicos, entre otros.

Por lo anterior, a partir del territorio, junto a los niveles de operación de las RIITS, cada entidad territorial (departamental y distrital), debe proyectar el estado actual y el ideal de los procesos de planificación, gestión y prestación de servicios, tomando como insumo el análisis de situación de salud (ASIS) municipal y departamental, el cual es el instrumento general de planificación por medio del cual se identifican las condiciones del territorio y se priorizan los eventos en salud. El mismo puede complementarse, entre otras fuentes de información, con la herramienta tecnológica que dispondrá la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, que permite visualizar la información a partir de los requerimientos del territorio.

De manera particular en el análisis de población y territorio, se requiere identificar:

- 1) Tamaño y densidad poblacional, localización y distribución en el territorio (georreferenciación de la población por cabecera, centro poblado y rural dispersa), proyección de población, dinámicas poblacionales, procesos migratorios, entre otros.
- 2) Diferencias territoriales y poblacionales, analizadas a través de la comparación entre departamentos tanto de los resultados en los desenlaces en salud, como de los servicios y de la priorización integrada, que incluya municipios con alta presencia étnica: municipios con alta recepción de población migrantes, municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET.
- 3) Caracterización demográfica, epidemiológica (priorización),
 - a) Caracterización por cursos de vida, socioeconómica, cultural, poblaciones vulnerables, entre otros, basado en enfoque poblacional diferencial (grupos étnicos, población con limitaciones de funcionalidad, víctimas, migrantes, poblaciones especiales).
 - b) Necesidades y prioridades de salud de la población.
- 4) Determinantes sociales y ambientales de la población del territorio
- 5) Caracterización del territorio (geográfico, ambiental), accesibilidad y asequibilidad de la población a servicios, entre otros.
 - a) Municipios o distritos: microterritorios y territorios de salud.
 - b) Departamento
 - c) Subregiones funcionales
 - d) Regiones funcionales
- 6) Accesibilidad geográfica: En este punto, es importante mencionar que existen diferentes formas de medir la accesibilidad geográfica: tiempo, distancia, medidas de gravedad, vías, así como medios de transporte para el acceso de la población al nivel primario y complementario.
- 7) Estado de la conectividad digital La conectividad es esencial no solo para que los prestadores accedan a servicios de salud digital, sino también para que los ciudadanos puedan utilizar estos servicios y ejercer su derecho a la información y comunicación, dado que permite que los ciudadanos puedan utilizar los servicios de telesalud y ejercer su derecho a la información y comunicación.

8) Elementos de disponibilidad de la oferta (considerandos conglomerados municipales)

- Calificación y tiempos de acceso según la modalidad de transporte
- Percepción de los tiempos de acceso
- Siniestralidad y concentración de accidentes a nivel nacional

La identificación de las condiciones de la población objeto a ser atendida en la RIITS en el nivel primario y en el nivel complementario, es la primera parte del proceso que deberán hacer las Entidades Territoriales para la conformación de las RIITS, paso esencial para organizar territorialmente la oferta de servicios, acorde a las disposiciones de establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. En este proceso, se deberá identificar las poblaciones con necesidades en salud, necesidades sentidas, no sentidas y potenciales.

Identificación de la población con necesidades en salud

Se requiere desarrollar un análisis diagnóstico de inequidades con el fin de comprender las desigualdades territoriales, sociales y culturales expresadas en el acceso y los resultados en salud. Para lo anterior se requiere realizar un análisis de necesidades de la población, para orientar a la conformación y organización de la RIITS que permita orientar la planeación de la red en intervenciones pertinentes, diferenciales y equitativas.

El análisis de necesidades de salud parte de la caracterización sociodemográfica de la población que estará a cargo de la RIITS y tomará en consideración los análisis anteriores poblacionales integrando esto con la información epidemiológica y clínica que permita identificar las condiciones de morbilidad y mortalidad actual y la esperada en concordancia con las necesidades y potencialidades de la población.

El análisis de necesidades de la población también debe ser prospectivo, anticipando cambios demográficos, epidemiológicos y ambientales con el fin de entender los efectos sobre la conformación y organización de la RIITS.

Población con necesidades no sentidas

Se caracteriza como un subconjunto de la población que presenta algún problema de salud que no son percibidos como necesidades de atención, lo cual genera una brecha importante en el acceso oportuno a los servicios. Muchas de estas personas desconocen que padecen una enfermedad o minimizan la gravedad de sus síntomas, lo que retrasa la búsqueda de ayuda médica. La falta de información y el desconocimiento sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano se convierten en factores determinantes que contribuyen a que la condición avance hasta etapas más complejas, aumentando el riesgo de complicaciones y costos para el sistema de salud.

Además, las barreras económicas, sociales y culturales juegan un papel central en esta situación. Barreras de acceso como la dificultad para costear consultas, la distancia a los centros de atención, la discriminación, la falta de confianza en el sistema limitan el acceso efectivo, dado lo anterior se requiere garantizar estrategias específicas de educación, comunicación y accesibilidad que permitan identificar, sensibilizar y atender a esta población, garantizando un abordaje más equitativo y preventivo en el territorio.

Población con necesidades potenciales

Se refiere a aquellos individuos que, aun sin presentar enfermedades o síntomas evidentes en el presente, se encuentran expuestos a factores que incrementan su probabilidad de desarrollar problemas de salud en el futuro. Dichos factores están relacionados con condiciones de vida desfavorables, antecedentes familiares de enfermedades, contextos de vulnerabilidad social o hábitos de vida poco saludables. Este grupo, por lo tanto, representa un desafío para los sistemas de salud, ya que su identificación temprana es fundamental para implementar estrategias preventivas y de promoción de la salud.

Entre sus características más relevantes se encuentran los riesgos sociales y ambientales, tales como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la violencia o la exposición a entornos contaminados, que deterioran progresivamente la salud. De igual forma, la presencia de factores de riesgo individuales como el consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física o una alimentación deficiente aumentan la posibilidad de que, con el tiempo, surjan enfermedades crónicas. También se suman las predisposiciones genéticas, derivadas de antecedentes familiares de diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares, que hacen necesario un seguimiento preventivo.

Un aspecto crítico en esta población es la falta de atención preventiva, pues muchas personas no realizan consultas periódicas ni buscan orientación en salud hasta que aparecen síntomas. Por ello, resulta indispensable que se fortalezca las acciones de promoción, educación y prevención, con un enfoque diferencial y comunitario que permita reducir riesgos, mejorar la calidad de vida y avanzar en la equidad en salud.

Población con necesidades sentidas

La población con necesidades sentidas en salud está conformada por aquellas personas que identifican y perciben que tienen un problema o condición que requiere atención médica. En este grupo, los individuos reconocen síntomas, malestares o limitaciones que afectan su bienestar físico, mental o social, lo que genera la sensación de necesitar cuidados o tratamientos.

Una de las principales características de esta población es el reconocimiento explícito de que existe un problema de salud, lo que motiva la búsqueda de atención médica en diferentes niveles, desde la consulta en el nivel primario hasta la utilización del nivel complementario; es importante denotar que estas necesidades impactan de manera directa la calidad de vida, generando dolor, incomodidad, limitaciones en las actividades cotidianas o afectaciones emocionales, lo que lleva a las personas a buscar soluciones concretas y eficaces.

Sin embargo, la forma en que estas necesidades se perciben y expresan está mediada por factores culturales, sociales y psicológicos, por lo cual, se deben diseñar estrategias sensibles y diferenciadas para responder a estas demandas, equilibrando la percepción de las personas con criterios técnicos y clínicos que permitan el cuidado integral de la salud. Esta especificidad puede para comprender el fenómeno deben agregarse con el fin de identificar la magnitud y la consolidación de las necesidades en salud.

Una vez se contabilizan las necesidades de la población es posible desagregar estas en consonancia con las condiciones poblacionales y territoriales. En esto es necesario, establecer un mecanismo de jerarquización y priorización de estas necesidades, para garantizar decisiones más justas y efectivas dentro de la conformación y organización de la RIITS. Tal como lo plantea la guía conceptual y metodológica para el ASIS (2024) jerarquizar implica organizar las acciones con base en criterios previamente definidos, mientras que priorizar se refiere a seleccionar y ordenar los problemas o situaciones más

relevantes. Utilizar este mecanismo posibilita la orientación eficiente de recursos y esfuerzos en el proceso de toma de decisiones, apoyándose en herramientas como la matriz de priorización, la cual integra criterios claros para identificar los problemas prioritarios a resolver.

El propósito entonces en el departamento y distrito se enmarca en identificar y priorizar las problemáticas del territorio a partir del análisis de situación de salud, lo que permitirá orientar estrategias y acciones con un enfoque integral y así, construir el plan de acción para la implementación de soluciones que respondan a las necesidades del territorio, asegurando la articulación de las decisiones con las realidades territoriales.

5.2.2 Identificación y análisis de la oferta de servicios en el territorio

La identificación y análisis de la oferta de servicios de salud son pasos esenciales en la construcción y consolidación de una red de atención en salud efectiva, integral e integrada. Este proceso no solo facilita una adecuada asignación de recursos y una gestión eficiente de los servicios, sino que también asegura que las necesidades de la población sean atendidas de manera oportuna y equitativa. La RIITS debe contar con una oferta que responda adecuadamente a la garantía del acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos bajo un enfoque territorial y diferencial, centrado en las personas, las familias y las comunidades.

El análisis de la oferta de servicios ayuda a identificar si los servicios de salud están distribuidos de manera geográfica adecuada y accesible para toda la población. Esto incluye evaluar la proximidad de los centros de atención, la disponibilidad de especialistas y la cobertura de servicios en áreas rurales o dispersas. Si la oferta de servicios está mal distribuida o no cubre las necesidades de ciertas poblaciones, se pueden tomar decisiones para mejorar la accesibilidad y asegurar que todos los individuos tengan igualdad de oportunidades para acceder a atención médica de calidad.

El análisis de la oferta de servicios permite detectar posibles áreas en las que no se está brindando la atención necesaria o donde existen brechas significativas. Al comparar la oferta con las necesidades de salud de la población, es posible identificar los servicios que deben ser reforzados, ampliados o mejorados, acorde a las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una identificación detallada y un análisis riguroso de la oferta de servicios de salud son fundamentales para una correcta planificación del sistema de salud. Con esta información, se pueden priorizar los recursos de manera estratégica, ajustando la inversión en infraestructura, personal de salud y tecnología, según las áreas que presenten mayor necesidad. Esto facilita la planificación de intervenciones a corto, mediano y largo plazo que respondan adecuadamente a las demandas y las tendencias de salud en la población.

Para lo anterior es necesario identificar los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos disponibles en el territorio, así como los proveedores de tecnologías en salud. Esto implica tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. La disponibilidad de servicios en cada uno de los territorios y micro territorios establecidos, incluyendo, lo correspondiente a los servicios disponibles con sus

grados de complejidad y las modalidades de prestación de cada uno de estos por sedes; identificando prestadores de servicios del nivel primario y complementario, incluido los Equipos de Salud Territorial.

2. Oferta de talento humano en salud en el territorio e implementación del Modelo Integral para la Planificación y Gestión del talento humano en salud.
3. Identificación de la cercanía de la población y el acceso geográfico, respecto a la condición de accesibilidad de la población a los prestadores de servicios de salud, para atenciones de primer nivel y complementarias.
4. Cobertura de los prestadores de servicios de salud, delimitación de los ámbitos de cobertura de los diferentes prestadores.
5. La identificación y georreferenciación de actores sociales donde se involucren actores intersectoriales, actores interinstitucionales relacionadas con el sector salud y actores de las organizaciones sociales y comunitarias.

A continuación, se describen los pasos necesarios para realizar una identificación detallada de la disponibilidad de la oferta de servicios de salud en el contexto de una red integral e integrada territorial de salud:

- a) Recopilar la información detallada sobre los servicios de salud disponibles en el territorio de interés.
- b) Realización de un mapeo geográfico de los servicios disponibles en el área de estudio para identificar su localización.
- c) Analizar si los servicios están distribuidos de manera equitativa, especialmente en áreas rurales o dispersas, y si los usuarios tienen acceso adecuado sin enfrentar barreras físicas (distancias largas, carreteras en mal estado, etc.).
- d) Evaluar si hay suficientes prestadores de servicios de salud en cada territorio y si se cubren todos los niveles de atención, desde la prevención hasta los servicios especializados.
- e) Verificar la cantidad y especialización del personal médico y de apoyo, incluyendo médicos generales, especialistas, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud.
- f) Disponibilidad de Equipos de salud territorial, en concordancia con los lineamientos de conformación, operación y seguimiento de los equipos de salud territorial desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social

En este análisis de oferta se tipifican los servicios de los niveles primario y complementario de atención disponibles en el territorio. También se identifican los servicios no disponibles en el territorio de acuerdo con los listados de servicios de salud que deben garantizarse en el nivel primario y complementario de las RIITS.

A continuación, se describen los pasos necesarios para realizar una identificación detallada de la disponibilidad de la oferta de servicios de salud en el contexto de una red integral e integrada territorial de salud:

- a) Recopilar la información detallada sobre los servicios de salud disponibles por microterritorio, territorio, municipio, subregión funcional, departamento, región y nación.
- b) Realización de un mapeo geográfico de los servicios disponibles en el área de estudio para identificar su localización.
- c) Analizar si los servicios están distribuidos de manera equitativa, especialmente en áreas rurales o dispersas, y si los usuarios tienen acceso adecuado sin enfrentar barreras físicas (distancias largas, carreteras en mal estado, etc.).

- d) Evaluar si hay suficientes prestadores de servicios de salud en cada municipio y subregión funcional y si se cubren todos los niveles de atención, desde la prevención hasta los servicios especializados.
- e) Verificar la cantidad y especialización del personal de salud y de apoyo, incluyendo médicos generales, especialistas, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud.
- f) Analizar la disponibilidad de tecnologías de información que faciliten la implementación de modalidades de atención por Telesalud.

Análisis de disponibilidad de los servicios de salud

Se refiere a la verificación de la existencia de los servicios habilitados en el territorio indicando la oferta pública, privada o mixta y contabilizándose cada una de estas frente a la cantidad disponible en el departamento, a nivel subregional funcional y por cada municipio que las integre.

Para lo anterior se debe tomar en consideración los siguientes aspectos:

- Servicios de salud (prestadores públicos, privados y mixtos) por nivel primario y complementario, con complejidades, modalidades de prestación (intramural, extramural, telemedicina), capacidad instalada (infraestructura y dotación), personal de salud asociado a los servicios de salud, capacidad resolutiva, localización y cobertura del prestador (área de influencia).
- Con relación a los servicios también se analizará su pertinencia y adecuación a las características y necesidades de la población, así como la calidad (técnica y experiencia del usuario) y aceptabilidad de los mismos.
- Disponibilidad del personal de salud (cantidad, composición, distribución en el territorio, brechas y suficiencia)
- Limitaciones de la oferta disponible en los municipios y a nivel subregional funcional (calidad, pertinencia, producción, eficiencia)
- Relaciones funcionales entre prestadores
- Identificación de brechas de atención y demanda insatisfecha o no cubierta (nivel primario y complementario)
- Propuesta de alternativas de solución a brechas identificadas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades (gestión en salud e intersectorial, disponibilidad de talento humano).
- Progresión de la organización funcional de las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS públicas privadas y mixtas que se organicen de manera funcional como Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS
- Fortalecimiento de infraestructura en el marco del Plan Maestro de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud y Planes Territoriales de Salud.
- Priorización de acciones en el tiempo, en especial para el fortalecimiento del nivel primario.

De manera adicional, el análisis de disponibilidad permite identificar las necesidades en salud dentro y fuera de los municipios y a nivel subregional funcional con el fin de adecuar los niveles de operación de la RIITS; este proceso debe ser realizado en términos del nivel primario y nivel complementario de atención.

5.2.3. Identificación de activos sociales y comunitarios y servicios sociales

Las entidades territoriales deben establecer e implementar mecanismos para la identificación de activos sociales y comunitarios en los diferentes niveles territoriales—microterritorial, territorial, municipal, departamental o distrital—es fundamental para articular la gestión en salud con las estrategias de otros sectores y la participación activa de la sociedad. Según lo dispuesto en el Decreto 858 de 2025, estos mecanismos deben permitir un reconocimiento sistemático de recursos, capacidades y redes sociales existentes en los territorios, así como también la vinculación de acuerdos estratégicos que permitan identificar los aportes hacia la salud, facilitando la integración de las acciones de cuidado y promoción de la salud a nivel local. Así, se fortalecen los vínculos comunitarios y se promueve un abordaje integral que va más allá de la atención clínica, reconociendo el papel activo de las comunidades en su propio bienestar.

La Resolución 1597 de 2025, por su parte, establece los parámetros para la participación social organizada y el trabajo intersectorial, orientados a garantizar la continuidad y sostenibilidad de las estrategias integrales de cuidado. Esto implica que los mecanismos identificadores no solo deben mapear los activos sociales, sino también facilitar su conexión con acciones sectoriales y comunitarias ya implementadas, posibilitando un cuidado continuo, coordinado y contextualizado. De esta manera, se optimizan recursos y se garantiza la inclusión efectiva de las comunidades en los procesos de gestión y responsabilidad colectiva en salud, en consonancia con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

5.3 Nivel primario

El Nivel Primario de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, es el componente en el que se integran los servicios de baja y mediana complejidad, prestados por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas, privadas y mixtas, las cuales se organizarán funcionalmente en Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS de manera progresiva; los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes. En este nivel se integran las acciones que realizan los Equipos de Salud Territorial y se articulan los servicios prestados por entidades con objeto social diferentes a la prestación de servicios de salud.

En este sentido, cuando se realice la conformación y organización de las RIITS, la Entidad Territorial, en coordinación con las entidades participantes en el proceso, deberá avanzar en la constitución de Redes fortalecidas en el nivel primario a nivel territorial, donde se avance en la garantía de la oferta de servicios en todos los niveles de organización funcional, en línea con la capacidad ampliada y resolutiva en los prestadores-

Ahora bien, para la conformación del nivel primario, la oferta de servicios deberá apuntar a los siguientes servicios mínimos que deberán garantizar a nivel microterritorial, territorial o municipal, según corresponda:

Puesto de Salud:

Punto de atención del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter exclusivamente ambulatorio, que brinda atenciones de baja complejidad que se ofertan de manera programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, individuales y colectivas y que incluyen: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales generales en medicina, enfermería y odontología, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida. Generalmente ubicados en zonas rurales a nivel de corregimientos y veredas, y en zonas urbanas a nivel barrial. Es de carácter microterritorial o territorial intramunicipal – intradistrital.

Centro de Salud:

Punto de atención del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter exclusivamente ambulatorio, que brinda atenciones de baja y mediana complejidad, que se ofertan de manera programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, colectivas e individuales y que incluyen: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales especializados y generales en medicina, enfermería y odontología, otros profesionales de la salud, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida.

Corresponde al nodo de atención generalmente ubicados en zonas urbanas. Es de carácter territorial intramunicipal – intradistrital.

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel Primario – Municipal o distrital:

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel Primario (municipal o distrital) del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter ambulatorio y hospitalario, que brinda atenciones de baja y mediana complejidad, que se ofertan de manera inmediata y programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, colectivas e individuales y que incluyen: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales especializados y generales en medicina, enfermería y odontología, otros profesionales de la salud, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida.

Corresponde al punto de atención que como mínimo y por lineamiento de política pública deberán estar ubicados en cada una de las cabeceras de los 1.122 municipios, distritos y áreas no municipalizadas. Este portafolio corresponde al portafolio de garantías esenciales con el que debe contar cualquier municipio, distrito o área no municipalizada del país de manera independiente a su categoría y tamaño poblacional.

Es de carácter territorial intramunicipal – intradistrital. En el marco del modelo preventivo, predictivo y resolutivo propuesto por el gobierno nacional su actuación corresponde al ámbito de los territorios y microterritorios de salud e incorpora las acciones previstas para los Equipos de Salud Territoriales.

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel Primario - Subregional:

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel Primario – Subregional del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter ambulatorio y hospitalario, que brinda atenciones de baja y mediana complejidad, que se ofertan de manera inmediata y programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, colectivas e individuales y que incluyen: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales especializados y generales en medicina, enfermería, odontología y otros profesionales, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida. Se ubican en las centralidades principales de las subregiones funcionales y representan los puntos de referencia subregional, que brindan atenciones en su propio municipio de manera intramural y extramural y utilizando las modalidades extramural y telemedicina para aquellos servicios no disponibles en los demás municipios integrantes de la subregión en la que se enmarca su área de influencia.

Oferta el portafolio completo de los servicios establecidos para el nivel primario y por ello se constituye como un nodo de referencia que brinda atenciones las cabeceras municipales de manera intramural y extramural en su municipio, y de manera intramural y extramural mediante modalidades para aquellos servicios no disponibles en los demás municipios integrantes la subregión en la que opera.

5.3.1 Equipos de Salud Territorial

La conformación, operación y seguimiento de los Equipos de Salud Territoriales se dará en todo el territorio nacional y estará centrado en áreas rurales, dispersas, municipios PDET, ZOMAC, PNIS, municipios o áreas no municipalizadas. Lo anterior, considerando que estos equipos contribuyen a cerrar brechas de equidad, especialmente con poblaciones con dificultades de acceso a los servicios de salud (poblaciones rurales o dispersas; o en municipios con restricciones en la disponibilidad y/o suficiencia de servicios, tecnologías o talento humano en salud

Se recomienda para este ejercicio de revisión, mapeo territorial y análisis para la definición de territorios y microterritorios de salud, usar la cartografía social o dibujo de mapas, u otros, que permitan visualizar de manera integral el panorama situacional. Posteriormente, según el seguimiento a la operatividad de los Equipos de Salud Territoriales será posible realizar los ajustes requeridos según las dinámicas territoriales que se vayan identificando. Como resultado de este proceso, todos los integrantes del SGSSS y en cabeza de la entidad territorial municipal, deberán contar con un acta que dé cuenta del mapeo de territorios y microterritorios de salud, la definición de estos y los compromisos respectivos, con lo cual la secretaria de salud municipal emitirá un aval.

5.3.2 Organización funcional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del nivel primario como centros de Atención Primaria en Salud – CAPS

El fortalecimiento debe enfocarse en una estructura integral que aborde el enfoque de salud pública, poblacional y de determinantes sociales de la salud, diferencial y territorial, en desarrollo de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS.

Este fortalecimiento tiene como objetivo garantizar el acceso efectivo, equitativo, integral y de calidad a partir de los servicios de salud con base en un modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades.

Este proceso, tiene como propósito el funcionamiento territorial del nivel primario como base funcional y operativa del sistema de salud, con capacidad resolutoria a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud, los equipos territoriales de salud - equipos básicos de salud, una infraestructura y tecnología adecuada, y sistemas de información que aporten a la gestión de la atención en salud.

Además de fortalecer la estructura de la prestación de los servicios, se plantea este eje como un proceso que permite la redefinición del rol del Estado y de las entidades territoriales como autoridades en salud a través de un proceso de cualificación de las actividades de estos prestadores en el territorio.

Estos propósitos en términos de gobernanza demandan el desarrollo de capacidades a nivel territorial para la gestión en salud, con respecto a las habilidades, actitudes y conocimientos del talento humano, arreglos institucionales e interinstitucionales, estrategias para su desarrollo. En este manual se presenta una serie de criterios que permiten identificar si las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud de naturaleza pública, privada y mixta que conforman el nivel primario de atención, cumplen con los criterios para el fortalecimiento institucional que se describe a continuación, y podrán habilitarse como organización funcional y utilizar la denominación de Centro de Atención Primaria en Salud – CAPS.

Determinación para la organización funcional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud como centros de atención primaria en salud - CAPS

Para lo anterior se deberán adelantar al menos las siguientes acciones:

- **Alistamiento**

Para el alistamiento, la IPS deberá establecer la línea de base respecto a su organización y capacidad para la respuesta en salud acorde a las características y necesidades de la población del territorio. El análisis no sólo se realiza en función de cada una de las sedes, sino en términos del fortalecimiento e integración del nivel primario de la red.

- **Establecimiento de la línea de base**

Para dicho proceso se establece la línea de base, con el abordaje entre otros, de los siguientes aspectos:

- Población y territorio: tiene como propósito el reconocimiento de las personas, familias y comunidades a atender, con base en la complementación de la información del análisis funcional y otras fuentes, desde la atención primaria. En este análisis se deben contemplar las necesidades en salud de la población y las metas de atención por curso de vida y grupos poblacionales, considerando la planeación de las acciones promocionales y preventivas, los eventos de salud de mayor frecuencia, entre otros.

Para su desarrollo se deberán generar estrategias de participación y diálogo con la comunidad, que permitan reconocer condiciones en salud que desde la misma se perciben como necesidad plausible de intervención, las cuales se deben considerar en la configuración de los servicios y acciones a desarrollar desde la IPS.

Tabla 3. Población y territorio

Aspectos	Información	Línea de Base			Observaciones
		# personas	# familias	% de atención	
Análisis población - territorio	Aspectos básicos				
Análisis de necesidades en salud y su satisfacción, como parte del nivel primario.	Complementar la información de las personas, familias y comunidades, a partir del análisis funcional de red y otras fuentes.			Demanda efectiva	Abordaje familiar y comunitario. Por curso de vida y grupos poblacionales. Funcionalidad. Potencialidades comunitarias. Enfoque diferencial.
Reconocimiento de formas de cuidado propio en comunidad	Complementar la información con relación a prácticas de cuidado étnico, barrial, campesinas, entre otras.	¿Cuáles son las prácticas identificadas?	¿Cuáles son los actores que ejercen estas prácticas?		Tener en cuenta toda característica que permita la cogestión de servicios con participación de este tipo de formas de cuidado

- Capacidad de la IPS para responder a las necesidades de las personas, familias y comunidades del territorio, respecto al talento humano (perfiles, suficiencia y competencias), infraestructura y tecnología para el cumplimiento de las funciones de organización y atención a la población, prestación de servicios e intervenciones en salud y de apoyo a la gestión transectorial y participación social en el nivel primario.

Tabla 4 Participación en la Gestión Integral de la Salud

Intervenciones y acciones	Presta la intervención o desarrolla la actividad Si/No	Cubre toda la población o todas las necesidades identificadas en el territorio Si/No	Cuenta con capacidad para cubrir la totalidad de la necesidad (suficiencia) Si/No	Observaciones
Intervenciones colectivas: - Información, educación y comunicación para la salud. - Tamizaje - Jornadas de salud - Rehabilitación basada en comunidad - Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales.				Señalar en específico las que se prestan.
Apoyo a la gestión de procesos de salud pública: - Coordinación intersectorial - Participación Social - Gestión de las intervenciones colectivas - Desarrollo de capacidades - Gestión de las intervenciones individuales de detección temprana y protección específica - Gestión financiera de los recursos de salud pública.				Señalar en específico la que se prestan.

Adicionalmente, la identificación de los siguientes servicios, de acuerdo con las condiciones de la institución y el territorio:

Tabla 5 Servicios de Salud

Servicio de Salud	Cuenta con el servicio Si/No	Requiere el servicio para atención población Si/No	Suficiencia del servicio Si/No	Intramural	Extramural	Telemedicina	Observaciones
Grupo de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica:							
706. Laboratorio clínico	Si (IPS)						Disponibilidad y suficiencia del servicio. Listado de referencia según población y territorio. Selección modalidades pertinentes.
712. Toma de muestras de laboratorio clínico	Si (IPS y sedes)						
714. Servicio farmacéutico	Si (IPS, en otros, punto entrega o dispensación)						
717. Laboratorio citologías cérvico-uterinas							
728. Terapia ocupacional							
729. Terapia respiratoria	Si (IPS)						
739. Fisioterapia	Si (IPS)						
740. Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje							
744. Imágenes diagnósticas - ionizantes	Si (IPS Rayos X, Mamografía)						
745. Imágenes diagnósticas - no ionizantes	Si (Ecografía, ultrasonido)						
748. Radiología odontológica	Si						
749. Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas	Si						
Grupo de Atención Inmediata							
1101. Atención del parto	Si						
1102. Urgencias	Si (IPS)						
1103. Transporte asistencial básico	Si (IPS)						
1105. Atención prehospitalaria	Si (IPS)						
Grupo de Consulta Externa							
301. Anestesia	Si (IPS)						Especificar modalidades.
304. Cirugía general	Si (IPS)						Especificar modalidades.
312. Enfermería	Si						
320. Ginecología	Si						Especificar modalidades.
325. Medicina familiar	Si						Especificar modalidades.
328. Medicina general	Si						
329. Medicina interna	Si						Especificar modalidades.
333. Nutrición y dietética							
334. Odontología general	Si						
342. Pediatría	Si						Especificar modalidades.
344. Psicología	Si						
371. Otras consultas generales							

Servicio de Salud	Cuenta con el servicio Si/No	Requiere el servicio para atención población Si/No	Suficiencia del servicio Si/No	Intra mural	Extra mural	Telemedicina	Observaciones
420. Vacunación	Si						
Grupo de Internación							
120. Cuidado básico neonatal							
129. Hospitalización adultos	Si (IPS)						
130. Hospitalización pediátrica	Si (IPS)						
Grupo quirúrgico							
Cirugía general	Si (IPS)						Para procedimientos programados

En lo correspondiente a talento humano en salud:

Tabla 6. Disponibilidad y Suficiencia del Talento Humano

Talento Humano	Perfil	Cuenta con el personal Si / No	Cantidad	Suficiencia del talento humano para atención Sí / No	Observaciones
Talento humano asociado al servicio (Res 3100/19) y su suficiencia para atención de la población*.					Detallar perfiles por servicios a prestar y determinar suficiencia con relación a población a atender.
Talento humano para atenciones colectivas y poblacionales**.					
Capacidades del talento humano	Talento humano capacitado para abordaje familiar				
	Talento humano capacitado para abordaje comunitario.				
	Talento humano capacitado para abordaje de necesidades de rehabilitación.				
	Personal capacitado para abordaje diferencial.				
Equipos básicos de salud conformados.					Según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
Equipos básicos de salud por conformar.					Según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

*Señalar cada una de las profesiones que se explicitan para los servicios señalados

** Señalar de acuerdo con los convenios o contratos que tenga en vigencia para tal fin

- Disponibilidad de mecanismos de coordinación, incluido los sistemas de apoyo asistencial, logístico y administrativo, siendo estas las actividades, procesos, procedimientos y mecanismos, que orientan y facilitan las funciones asistenciales de los prestadores de servicios de salud y distintos actores, integrando sistemas de comunicación e información interoperables, que garanticen el acceso y manejo oportuno y efectivo de las personas para el cuidado óptimo de su salud.

Tabla 7 Procesos y Capacidades para la Coordinación Asistencial

Coordinación Asistencial	Aspectos	Cuenta con el mecanismo o proceso Si/No	Avance parcial	Desarrollo completo	Observaciones
	Articulación entre servicios				

Coordinación Asistencial	Aspectos	Cuenta con el mecanismo o proceso Si/No	Avance parcial	Desarrollo completo	Observaciones
Integración de los servicios al interior de la institución	Articulación modalidades intramural, extramural y telemedicina.				
Trabajo multidisciplinario	Integración entre el talento humano que presta servicios en modalidades intramural, extramural y telemedicina.				
	Comunicación y coordinación entre personal de salud y administrativo.				
Referencia y contrarreferencia -.	Gestión de información para cuidado en hogar				
	Gestión del tránsito de cuidado en salud desde servicios de modalidad extramural a los servicios intramurales				
	Gestión del proceso.				
	Gestión con otras entre IPS y sedes.				
	Gestión con nivel complementario de la red.				
	Derivación social (Que incluye servicios de otros sectores y comunitarios)				
Estandarización de procesos.	Estandarización de procesos con sus sedes y red.				
Educación en salud.	Mecanismos y estrategias para educación en salud a personas, familias y comunidades.				Promoción de hábitos saludables, adherencia a tratamiento y demás, que se generan en la atención y seguimiento.
Gestión de casos	Planteamiento de estrategia: población objeto, persona a cargo, implementación, articulación, entre otros, para alcanzar los objetivos de atención del paciente.				
Sistemas de información (interoperabilidad e integración) y gestión de reportes	Sistema de información clínico.				Incluye la historia clínica interoperable
	Sistema de información de intervenciones colectivas				
	Sistema de información administrativo.				
	Sistema de información financiero.				Integración con sistema único de información.
	Generación, gestión y reporte de información.				SIS APS, RIPS entre otros
Calidad técnica y experiencia del usuario.	Efectividad, seguridad y experiencia de la atención.				Resolución 256 de 2016.
	Satisfacción del servicio				Resolución 256 de 2016.
Información y orientación al usuario.	Información de acceso a servicios de la institución.				
	Mecanismos de solicitud de citas (presencial, telefónico, virtual)				
	Acceso a resultados de paraclínicos y otros (presencial, telefónico, virtual)				
	Horarios de atención de servicios y trámites administrativos.				
	Servicios y puntos de atención e información.				

Coordinación Asistencial	Aspectos	Cuenta con el mecanismo o proceso Si/No	Avance parcial	Desarrollo completo	Observaciones
	Información de contacto de equipo básico de salud asignado.				
Gestión de acceso a los servicios	Agendamiento de citas (sedes y modalidades), programadas y demandadas.				
	Acceso a servicios de salud sin agendamiento previo (atención de puertas abiertas, prioritaria, entre otras).				
	Promoción de la afiliación (de oficio, actualización en SAT, entre otros).				
Gestión de la cadena de suministros	Gestión de dispositivos				
	Gestión de medicamentos				Planeación, distribución a sedes y control, dispensación, articulación con equipos básicos, seguridad y adherencia.
Ayudas técnicas que están dentro del PBS	Mecanismos según normatividad vigente.				
Transporte de Usuarios	Mecanismos según normatividad vigente.				

- Mecanismos de gobernanza y participación social: el desarrollo de estos mecanismos mejora la atención en salud a través de la colaboración y la coordinación entre diversos actores. Al promover la participación, la transparencia y un enfoque en resultados, estas estructuras pueden abordar de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Tabla 8. Apoyo Gestión Transectorial y Participación Comunitaria

Transectorialidad y Participación Social y Comunitaria	Mecanismos de participación en prestación de servicios Si / No	Describa	Observaciones
Mecanismos y estrategias que posibiliten la participación en la gestión de la prestación de servicios de salud*.			
Organizaciones sociales y comunitarias que participan en la gestión de la prestación.			
Gestión del cuidado: transiciones y gestión intersectorial.			

*Gestión y construcción de servicios, planes y programas

Formulación del Plan de Progresividad para el fortalecimiento institucional

Con base en el análisis anterior, la IPS elabora un *Plan de progresividad para el fortalecimiento institucional* para la organización funcional como CAPS, con los siguientes aspectos:

Tabla 9. Plan de Progresividad para la Adaptación funcional de IPS o Sedes a CAPS

Aspectos	Línea de Base	Progresividad			
		% de avance Trimestre I	% de avance Trimestre II	% de Avance Trimestre III	% de avance Trimestre IV
Población y Territorio					
Participación en la Gestión Integral de la Salud					
Servicios de Salud					
Disponibilidad y Suficiencia del Talento Humano					
Procesos y Capacidades para la Coordinación Asistencial					
Apoyo Gestión Transectorial y Participación Comunitaria					
Organización CAPS y Sedes					

Condiciones para el fortalecimiento institucional de las IPS del nivel primario

Para el fortalecimiento institucional de las IPS en el nivel primario, se debe tomar en consideración variables demográficas, epidemiológicas, sociales, culturales y ambientales, asociadas con la población y el territorio, para su adecuación y pertinencia a las necesidades. Los servicios de salud que preste la IPS o sede, el talento humano, infraestructura, dotación y demás estándares responden a lo estipulado por la Resolución 3100 de 2019 o normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; en tanto que la suficiencia de estos servicios se establece en función de las necesidades de la población a atender frente a la capacidad de la institución.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud en marco del fortalecimiento institucional, debe generar una articulación entre la sede principal y las demás sedes que proveen los servicios en el territorio. La sede principal de la IPS se establece como el articulador y coordinador de la prestación de los servicios de salud en un territorio urbano o rural, al contar con la mayor capacidad resolutive, administrativa y talento humano para la atención de una población determinada, con la provisión de los servicios del componente primario de la red con sus diferentes sedes.

Esta institución prestará servicios para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en el alcance del nivel primario, para lo cual, según necesidades poblacionales y territoriales, contará con servicios de baja y mediana complejidad de los grupos de consulta externa general y especializada (especialidades básicas y medicina familiar), atención inmediata, internación, quirúrgico (cirugía general programada), de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, así como la prestación de intervenciones colectivas y acciones para el fomento de la salud y bienestar de la población.

Las diferentes sedes de la IPS de conformidad con las necesidades poblacionales prestan servicios de salud de consulta externa general, atención inmediata, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica a una población del área urbana o rural, así como acciones para el fomento de la salud y el bienestar de la población, y, a partir de las condiciones territoriales y poblacionales podrá prestar servicios de consulta externa especializada programada en modalidades intramural, extramural y telemedicina. Adicional, favorecerá la gestión conjunta con las comunidades para el manejo de condiciones de salud y sociosanitarias, integrando acciones sectoriales e intersectoriales, los dispositivos comunitarios del Plan de Salud Pública de

Intervenciones Colectivas - PIC y demás acciones de base comunitaria orientadas al cuidado, mantenimiento, recuperación, rehabilitación en salud e inclusión social, con la articulación de talento humano en salud, de otros sectores, organizaciones comunitarias, personal de salud propio e intercultural.

De manera adicional, a partir de las condiciones de los territorios se podrán proveer los servicios de salud requeridos en modalidad extramural a partir de estructuras móviles, terrestres, marítimas, fluviales o aéreas, con el fin de mejorar el acceso de las personas, familias y comunidades residentes en áreas rurales, dispersas o alejadas, o en situaciones de urgencia manifiesta o deficiencias en la accesibilidad a servicios de salud.

5.4 Nivel Complementario

El nivel complementario tiene como función principal brindar atención a aquellas condiciones que superan la capacidad resolutoria del nivel primario, garantizando así una respuesta oportuna y especializada a las necesidades más complejas de la población. Este nivel debe asegurar la continuidad de la atención en fases diagnósticas, terapéuticas, hospitalarias y quirúrgicas de mediana y alta complejidad, promoviendo la articulación efectiva con los demás niveles de atención. Además, debe desempeñarse como referente técnico y científico dentro de la red, liderando procesos de investigación y fortalecimiento del conocimiento clínico, y facilitando el proceso de contrarreferencia y retorno al nivel primario una vez se haya alcanzado la estabilización y recuperación del estado de salud de los usuarios.

En este sentido el nivel complementario de la RIITS debe ajustarse en el territorio a las condiciones de necesidades y perfil de la población, la carga de la enfermedad y las características demográficas, con priorización en servicios de alto impacto y con alta incidencia o prevalencia en el territorio. Estos prestadores de servicios y proveedores de tecnologías en salud deben estar ubicados de manera estratégica, buscando cubrir grandes porciones del nivel de operación territorial de la RIITS, considerando el acceso en desplazamiento y transporte, así como, la búsqueda de acceso a zonas rurales y dispersas teniendo en cuenta las modalidades de prestación de servicios requeridas.

5.5 Determinación de las brechas para el acceso a servicios y tecnologías en salud

Los análisis de las necesidades en salud y de la oferta disponible en el territorio debe buscar que los servicios disponibles en la red y la integración de las organizaciones respondan a las características y necesidades de la población del territorio, así como a la disposición de servicios de salud que deben garantizarse en el nivel primario y complementario.

En este sentido, la Entidad Territorial, en conjunto con las entidades vinculadas al proceso de conformación de las RIITS, deberán realizar el análisis de las necesidades, potencialidades y condiciones de acceso de su población, en conjunción con la oferta disponible de servicios de salud, para avanzar en la coordinación de acciones que permitan complementar la red hacia la completitud de los servicios y tecnologías que deben disponerse a nivel primario, acorde a lo establecido en el presente Manual.

Este contexto integra conceptos esenciales en la conformación y organización de las RIITS: 1) inicialmente el análisis de necesidades en salud para la comprensión integral del territorio, las características demográficas, epidemiológicas, sociales, culturales y ambientales; 2) una evaluación detallada del territorio para identificar si la capacidad de

este puede satisfacer las necesidades de forma adecuada, integral, equitativa y resolutive y 3) la organización de la oferta de servicios a nivel microterritorial, territorial, municipal y subregional, acorde al mínimo que debe garantizarse a nivel primario.

Estos elementos descriptores permiten identificar las principales brechas estructurales, funcionales y de resultados que pueden limitar la capacidad de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS), estas brechas no solo reflejan limitaciones técnicas u operativas, sino también desigualdades en la distribución de recursos, el acceso a servicios y la respuesta institucional frente a poblaciones.

Permiten evidenciar las brechas en infraestructura y capacidad instalada, incluyendo la concentración de la oferta en centros urbanos y visibilizan las limitaciones potenciales en infraestructura y dotación de los centros poblados, rurales y dispersos, que pueden prologar los tiempos de atención y tiene efectos sobre los desenlaces en salud de las poblaciones.

También se pueden identificar las brechas en personal de la salud, identificando la concentración de estos en ciertas zonas, la necesidad de programas de formación y de estrategias de retención con enfoque territorial. Así mismo, las brechas potenciales en la integración funcional de la red, particularmente en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, la carencia de interoperabilidad de las historias clínicas y de la información en salud, la débil articulación entre niveles de atención y la ausencia de transporte sanitario oportuno limitan la continuidad del cuidado.

Se identifican las brechas en el acceso a medicamentos, tecnologías y servicios complementarios en los territorios y por último, las brechas en resultados en salud, como mortalidad materna, mortalidad infantil, prevalencia de desnutrición, cobertura de vacunación y desenlaces de enfermedades crónicas pueden estar condicionadas por el componente socioeconómico, la ubicación geográfica y la pertenencia étnica, lo que confirma la persistencia de inequidades evitables y prevenibles.

Por lo tanto, el análisis funcional permite expresar las inequidades sociales y territoriales que requieren estrategias priorizar las intervenciones, orientar la inversión hacia donde más se necesita y avanzar en la construcción de una red territorialmente justa, socialmente incluyente y clínicamente efectiva.

Así mismo, permite plantear las estrategias a seguir, para que las RIITS avancen progresivamente hacia la completitud y complementariedad en la oferta de servicios, garantizando que a nivel territorial se mejoren las condiciones de acceso y reducción de inequidades en salud.

Por lo anteriormente mencionado, la determinación de las necesidades en salud de una población es un proceso fundamental para la planificación y gestión de servicios de salud. Este proceso permite identificar y comprender las condiciones de salud, los factores de riesgo, las barreras al acceso a la atención y las expectativas de la comunidad en relación con los servicios de salud.

Este es un proceso integral que combina la recolección de datos objetivos, el análisis de factores sociales y ambientales, y la consulta directa con la comunidad. Este proceso permite no solo identificar los problemas de salud actuales, sino también prever las condiciones de salud futuras y mejorar el acceso a la atención. La información obtenida es crucial para la formulación de políticas de salud, la asignación de recursos y la implementación de programas de prevención y tratamiento que respondan de manera efectiva a las necesidades de la población.

Con este referente, se puede planificar entonces las necesidades en términos de servicios de salud requeridos en un momento del tiempo dado, de acuerdo a los requerimientos propios de la población

En el proceso de análisis de la oferta de servicios de salud, es fundamental identificar las áreas donde esta no responde de manera adecuada a las necesidades de la población del territorio. Esto implica reconocer zonas con ausencia o insuficiencia de servicios, ya sea en atención ambulatoria, hospitalaria, especializada o de urgencias, lo cual genera barreras de acceso y riesgos en la continuidad del cuidado. Asimismo, deben identificarse brechas en la calidad de la atención, que se reflejen en deficiencias en la oportunidad, seguridad, resolutivez hacia los usuarios.

Por otra parte, es crucial evaluar las limitaciones en la capacidad de los prestadores, analizando si la infraestructura disponible, el número y tipo de personal de salud, y los recursos físicos y tecnológicos son suficientes y adecuados para atender la demanda y las necesidades del territorio. Este diagnóstico de brechas permite orientar decisiones estratégicas sobre expansión, fortalecimiento o reorganización de la red de servicios, en concordancia con los principios de equidad, eficiencia y enfoque territorial que guían la conformación de las RIITS.

En la conformación y organización de las RIITS es fundamental considerar criterios que respondan de manera efectiva a las características y necesidades del territorio y su población. La accesibilidad y proximidad deben ser garantizadas mediante una organización territorial que minimice barreras geográficas y económicas, asegurando que los servicios estén disponibles de forma oportuna para toda la población. La cobertura de servicios debe ser integral, abarcando desde la promoción y prevención, hasta la atención ambulatoria, especializada y hospitalaria, organizados de manera complementaria dentro de la red.

La continuidad de la atención requiere de una coordinación funcional entre los diferentes niveles del sistema para evitar interrupciones en los procesos de cuidado. Además, los factores sociales y demográficos, como la edad, las condiciones socioeconómicas, los factores culturales y los perfiles epidemiológicos, deben ser considerados al dimensionar la demanda y planificar la red. Finalmente, la interacción de las personas con los servicios de salud, influenciada por la percepción de calidad, la disponibilidad de recursos y la confianza en los profesionales, también determina el uso y la efectividad del sistema, por lo que debe incorporarse como un componente clave en el diseño de las RIITS.

6. Organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud

6.1 Adscripción poblacional

Es el proceso por el cual la Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS del nivel primario organizada funcionalmente como CAPS identifica las personas, familias y comunidades a las cuales brindará atención en un territorio determinado por ubicación geográfica, domicilio o lugar de trabajo para el cuidado integral de la salud bajo principios de integralidad, continuidad y longitudinalidad.

Dicha adscripción poblacional y territorial se implementa en el marco de la normatividad vigente y se realizará gradualmente a medida que la capacidad del nivel primario se fortalezca y se garanticen los servicios, el talento humano, dotación y la infraestructura necesaria para dar respuesta integrada, oportuna, pertinente y sin interrupciones.

La adscripción poblacional crea un vínculo estrecho entre la IPS del nivel primario y las personas, familias y comunidades, con el fin de establecer una relación de confianza, permanente y duradera con el talento humano, así como la coordinación del cuidado integral de la salud, para lo cual se realizarán las siguientes actividades:

- 6.1.1. Identificar la población residente mediante bases oficiales y se cruzan datos para depurar la información y evitar duplicidades.
- 6.1.2. Se analizan variables demográficas, epidemiológicas, sociales y geográficas para orientar en una adscripción equitativa y con enfoque diferencial, poblacional y territorial.
- 6.1.3. Se realiza la delimitación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS de nivel primario organizada funcionalmente como CAPS teniendo en cuenta su capacidad instalada y resolutive, la localización geográfica y su accesibilidad y se analiza la carga poblacional para evitar sobre o subutilización.
- 6.1.4. Una vez se cumplen los anteriores criterios, el comité de la RIITS asignan formalmente a cada persona o núcleo familiar a una Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS organizada funcionalmente como CAPS del nivel primario de atención de la RIITS, para ser su puerta de entrada y ser la responsable del seguimiento del cuidado integral de la salud de cada afiliado.
- 6.1.5. Se informa a cada persona o familia sobre la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS de nivel primario organizada funcionalmente como CAPS que le corresponde, los servicios disponibles en el nivel primario, los canales de atención y el procedimiento de referencia y contrarreferencia.
- 6.1.6. La Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS de nivel primario organizada funcionalmente como CAPS organiza sus equipos territoriales de salud y planifica e inicia las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión de riesgo en salud, sobre su población adscrita.
- 6.1.7. Se debe mantener por parte de las Entidades Promotoras de Salud o la entidad que haga sus veces autorizadas en el ámbito territorial y la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS de nivel primario organizada funcionalmente como CAPS, la información actualizada de la adscripción, asegurando que se cuente con la información que refleje en todo momento la población real del territorio.

6.2 Organización territorial de las RIITS a nivel primario y complementario

Equipos de Salud Territoriales

La conformación, operación y seguimiento de los Equipos de Salud Territoriales se dará en todo el territorio nacional y estará centrado en áreas rurales, dispersas, municipios PDET, ZOMAC, PNIS, municipios o áreas no municipalizadas. Lo anterior, considerando que estos equipos contribuyen a cerrar brechas de equidad, especialmente con poblaciones con dificultades de acceso a los servicios de salud (poblaciones rurales o dispersas; o en municipios con restricciones en la disponibilidad y/o suficiencia de servicios, tecnologías o talento humano en salud

La operatividad de los equipos de salud territoriales aporta en los siguientes procesos:

- La territorialización del cuidado integral de la salud por territorios y microterritorios de salud permite comprender e incidir sobre las realidades y condiciones territoriales de vida de las personas familias y comunidades en salud, y potencian la participación social y comunitaria en salud.
- Proyección de las transformaciones que se esperan en el territorio con la participación social, comunitaria e institucional, liderazgo en el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales y transectoriales.
- La salud familiar y comunitaria, el reconocimiento del valor social y comunitario del cuidado de la salud, la gestión integral del riesgo en salud y la materialización de los enfoques mediante la participación social y comunitaria.
- El fortalecimiento de las atenciones en salud, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia social y cultural.
- Reconocimiento e integración de dispositivos comunitarios y formas de cuidados propias e interculturales de los pueblos y comunidades a partir del análisis de los núcleos de inequidad sociosanitaria en los territorios.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública encaminada a la transformación cultural, movilización y organización social por la vida, salud y la equidad en salud

Como parte de la planeación para la conformación y operación de los Equipos de Salud Territoriales, se deben definir los territorios y microterritorios de salud en los cuales se va a operar. Este proceso requiere que los actores del sistema presenten en los municipios generen, en cabeza de la entidad territorial municipal, un espacio que permita el análisis de insumos de la Planeación territorial, del contexto territorial, social y cultural, y de los servicios de salud. En caso de requerir otros actores sociales y comunitarios claves en el proceso, como poblaciones étnicas, campesinas o con situación de conflicto armado, se convocarán los espacios necesarios según la dinámica del territorio y su reconocimiento.

Este proceso de análisis para la definición de los territorios y microterritorios de salud debe incluir, entre otros aspectos, la revisión de:

- Las dinámicas del contexto: social, ambiental, económico, político y cultural en el territorio, que incluye considerar las dinámicas familiares y comunitarias, la presencia de poblaciones étnicas y campesinas, víctimas del conflicto armado, entre otros.
- La división político-administrativa municipal, la concentración poblacional, y especialmente se toma como referente para la definición la dispersión geográfica y el número de familias en los territorios, así como los pueblos o comunidades en el caso de territorios étnicos que agrupan ciertas familias.
- La organización y funcionamiento de la oferta de servicios de salud, así como la identificación de la oferta de servicios sociales de cara a las situaciones de salud del territorio y resultados o transformaciones esperadas.

- La disponibilidad y suficiencia de talento humano y tecnologías en salud para garantizar las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatales y la respuesta a la detección de riesgos y condiciones que afecten la salud de las personas, familias y comunidades.
- La planeación de procesos de fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, de acuerdo con las necesidades detectadas.

Con relación a los territorios con presencia de pueblos y comunidades indígenas, se debe tener en cuenta que: la Atención primaria en Salud (...) “propia e intercultural” (APSI), es la estrategia que puede ser definida por los pueblos para dar operatividad a los modelos de cuidado desde sus sistemas de conocimiento, sus saberes, prácticas, usos y costumbres ancestrales en salud. En un primer momento la estrategia plantea la organización espacial del territorio para el cuidado integral de la salud, de acuerdo con las dinámicas de cada organización y la articulación de otros actores institucionales del SGSSS para la garantía de la integralidad del cuidado. Esta organización involucra a los cuidadores, metodologías, logística y sistema de información que contribuyan a la operatividad de las formas de cuidado. En un segundo momento de la estrategia establece el mecanismo orgánico y funcional de las comunidades desde sus sistemas de conocimiento. Sus procesos contribuyen al ejercicio de gobernabilidad y autoridad del territorio en lo relacionado con la planeación, seguimiento, evaluación del proceso de salud. Como tercer momento, establece la operatividad del modelo de cuidado basado en procesos de planeación a partir de la identificación de las condiciones de salud y buen vivir en el territorio, con énfasis en el fomento y protección de la vida en el territorio, a partir de los saberes y prácticas de los pueblos.

Tabla 1. Definición de Territorios y microterritorios de salud según dispersión y número de hogares familiares.

Dispersión poblacional		Número de hogares o familias por territorio	Número de hogares o familias por Microterritorio de salud
Dispersión alta	Más de 1:30 horas entre viviendas	240 hogares	Hasta 60 hogares
Dispersión media	Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas	400 hogares	Hasta 100 hogares
Dispersión baja	Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda	800 hogares	Hasta 200 hogares
Concentrado	Municipios (Cabeceras)	1.600 hogares	Hasta 300 hogares
Concentración alta	Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados	2.000 hogares	Hasta 500 hogares

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Se recomienda para este ejercicio de revisión, mapeo territorial y análisis para la definición de territorios y microterritorios de salud, usar la cartografía social o dibujo de mapas, u otros, que permitan visualizar de manera integral el panorama situacional. Posteriormente, según el seguimiento a la operatividad de los Equipos de Salud Territoriales será posible realizar los ajustes requeridos según las dinámicas territoriales que se vayan identificando. Como resultado de este proceso, todos los integrantes del SGSSS y en cabeza de la entidad territorial municipal, deberán contar con un acta que dé cuenta del mapeo de territorios y microterritorios de salud, la definición de estos y los compromisos respectivos, con lo cual la secretaria de salud municipal emitirá un aval.

Nivel Primario

Puesto de Salud:

Punto de atención del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter exclusivamente ambulatorio, que brinda atenciones de baja complejidad que se ofertan de manera programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, individuales y colectivas y que incluyen: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales generales en medicina, enfermería y odontología, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida. Generalmente ubicados en zonas rurales a nivel de corregimientos y veredas, y en zonas urbanas a nivel barrial. Es de carácter microterritorial o territorial intramunicipal – intradistrital.

Centro de Salud:

Punto de atención del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter exclusivamente ambulatorio, que brinda atenciones de baja y mediana complejidad, que se ofertan de manera programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, colectivas e individuales y que incluyen: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales especializados y generales en medicina, enfermería y odontología, otros profesionales de la salud, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida.

Corresponde al nodo de atención generalmente ubicados en zonas urbanas. Es de carácter territorial intramunicipal – intradistrital.

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel Primario – Municipal o distrital:

Punto de atención del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter ambulatorio u hospitalario, que brinda atenciones de baja y mediana complejidad, que se ofertan de manera inmediata y programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, colectivas e individuales y que incluyen: promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales especializados y generales en medicina, enfermería y odontología, otros profesionales de la salud, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida.

Corresponde al punto de atención que como mínimo y por lineamiento de política pública deberán estar ubicados en cada una de las cabeceras de los 1.122 municipios, distritos y áreas no municipalizadas. Este portafolio corresponde al portafolio de garantías esenciales con el que debe contar cualquier municipio, distrito o área no municipalizada del país de manera independiente a su categoría y tamaño poblacional.

Es de carácter territorial intramunicipal – intradistrital. En el marco del modelo preventivo, predictivo y resolutivo propuesto por el gobierno nacional su actuación corresponde al ámbito de los territorios y microterritorios de salud e incorpora las acciones previstas para los Equipos de Salud Territoriales.

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel Primario - Subregional:

Punto de atención del nivel primario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, de carácter ambulatorio y hospitalario, que brinda atenciones de baja y mediana complejidad, que se ofertan de manera inmediata y programada utilizando las modalidades intramural, extramural y telemedicina, mediante atenciones poblacionales, colectivas e individuales y que incluyen: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, desarrolladas por profesionales especializados y generales en medicina, enfermería, odontología y otros profesionales, tecnólogos y técnicos. Incorpora todo el conjunto de acciones de gestión de riesgo en salud individual y colectivo y las acciones de fomento de la salud, bienestar y calidad de vida. Se ubican en las centralidades principales de las subregiones funcionales y representan los puntos de referencia subregional, que brindan atenciones en su propio municipio de manera intramural y extramural y utilizando las modalidades extramural y telemedicina para aquellos servicios no disponibles en los demás municipios integrantes de la subregión en la que se enmarca su área de influencia.

Oferta el portafolio completo de los servicios establecidos para el nivel primario y por ello se constituye como un nodo de referencia que brinda atenciones las cabeceras municipales de manera intramural y extramural en su municipio, y de manera intramural y extramural mediante modalidades para aquellos servicios no disponibles en los demás municipios integrantes la subregión en la que opera.

La siguiente tabla muestra el detalle del portafolio de servicios definido para cada tipología:

Tabla 2. Portafolio de servicios por tipología del nivel primario

Grupo de Servicios	Código	Nombre Servicio	Tipología de Portafolio			
			Puesto de Salud	Centro de Salud	IPS de nivel primario - Municipal	IPS de nivel primario - Subregional
			Microterritorio: Urbano/Rural	Territorial Urbano	Municipal	Centralidades principales o secundarias*
Atención Inmediata	1101	ATENCIÓN DEL PARTO			X	X
	1102	URGENCIAS			X	X
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO			X	X
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			X	X
Consulta Externa	312	ENFERMERÍA	X	X	X	X
	328	MEDICINA GENERAL	X	X	X	X
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	X	X	X	X
	333	NUTRICIÓN DIETÉTICA Y		X	X	X
	344	PSICOLOGÍA		X	X	X
	371	OTRAS CONSULTAS GENERALES		X	X	X
	420	VACUNACIÓN	X	X	X	X
	320	GINECOBSTERICIA		X	X	X
	325	MEDICINA FAMILIAR		X	X	X
	329	MEDICINA INTERNA		X	X	X
342	PEDIATRÍA		X	X	X	

Grupo de Servicios	Código	Nombre Servicio	Tipología de Portafolio			
			Puesto de Salud	Centro de Salud	IPS de nivel primario - Municipal	IPS de nivel primario - Subregional
			Microterritorial: Urbano/Rural	Territorial Urbano	Municipal	Centralidades principales o secundarias*
	301	ANESTESIA			X	X
	304	CIRUGIA GENERAL			X	X
		OTRAS ESPECIALIDADES*				X
Internación	120	CUIDADO BASICO NEONATAL			X	X
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS			X	X
	129	HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA			X	X
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO		X	X	X
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	X	X	X	X
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	X	X	X	X
	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS			X	X
	728	TERAPIA OCUPACIONAL			X	X
	729	TERAPIA RESPIRATORIA			X	X
	739	FISIOTERAPIA			X	X
	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE			X	X
	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR				X
	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES - MAMOGRAFIA			X
744		IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES - RAYOS X			X	X
745		IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES - ECOGRAFIA			X	X
748		RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		X	X	X
749		TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	X	X	X	X
Quirúrgico		CIRUGÍA GENERAL			X	X
		OTRAS CIRUGÍAS*				X

Fuente: Elaboración propia

Nivel complementario

Los portafolios establecidos presentan las siguientes características generales:

- **Institución Prestadora de Servicios de Salud - Salud Mental:**

Corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de referencia departamental, distrital, regional y nacional especializados en la atención y tratamiento de personas con condiciones en salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas. Su carácter es especializado y operan de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS, apoyando el accionar de los niveles primario y complementario.

- **Unidades funcionales de cáncer adulto (UFCA) o infantil (UACAI):**

Corresponde a las organizaciones funcionales de referencia especializados en la atención y tratamiento de personas con cáncer. Su carácter es especializado y operan de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS, apoyando el accionar de los niveles primario y complementario.

- **Centros de Referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la Atención Integral de Enfermedades Huérfanas.**

Corresponde a las organizaciones funcionales de referencia para la Atención Integral de Enfermedades Huérfanas. Su carácter es especializado y operan de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS, apoyando el accionar de los niveles primario y complementario.

- **Institución Prestadora de Servicios de Salud - Departamental o Distrital:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel complementario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS de carácter ambulatorio y hospitalario, que brinda atención de mediana y alta complejidad, que se ofertan de manera programada y de urgencias. Incluye los servicios de consulta externa especializada, consulta por profesionales de la salud como optómetra, nutricionista y psicología; servicio de urgencias por médico general y especialidades básicas; atención del parto de alto riesgo; internación de mediana complejidad soportada en el médico especialista, para adultos, neonatal, pediátrica y obstétrica, internación en unidad de cuidados intermedios e intensivos; procedimientos quirúrgicos programados y de urgencias de carácter ambulatorio y hospitalario por especialidades básicas y complementarias; apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por laboratorio clínico y de patología; radiología, tomografía, ultrasonido, mamografía, endoscopia, ecocardiografía y diagnóstico cardiovascular; rehabilitación y terapias (física, respiratoria, rehabilitación cardíaca, ocupacional y del lenguaje), unidad renal, quimioterapia, servicio de transfusión sanguínea, servicio farmacéutico y transporte asistencial básico y medicalizado.

- **Institución Prestadora de Servicios de Salud - Regional:**

Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel complementario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS de carácter ambulatorio y hospitalario, que brinda atención de mediana y alta complejidad, que se ofertan de manera programada y de urgencias. Incluye los servicios de consulta externa por médico general y especialistas, enfermería, atención por odontología general y especializada, consulta con profesionales de la salud como optómetra, nutricionista y psicología; servicio de urgencias por médico general y especialidades básicas; atención del parto de alto riesgo; internación de mediana complejidad soportada en el médico especialista, para adultos, neonatal, pediátrica y obstétrica, internación en unidad de cuidados intermedios e intensivos; procedimientos quirúrgicos programados y de urgencias de carácter ambulatorio y hospitalario por especialidades básicas y complementarias; apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por laboratorio clínico y de patología; radiología, tomografía, ultrasonido, mamografía, endoscopia, ecocardiografía y diagnóstico cardiovascular; rehabilitación y terapias (física, respiratoria, rehabilitación

cardiaca, ocupacional y del lenguaje), unidad renal, quimioterapia, servicio de transfusión sanguínea, servicio farmacéutico y transporte asistencial básico y medicalizado.

- **Centros de referencia - Nacional:**

Punto de atención del nivel complementario de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS de carácter ambulatorio y hospitalario, que brinda atención de alta complejidad, de carácter especializado (ejemplo: Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta).

Continuidad del cuidado a través de la concurrencia y complementariedad

De manera adicional y para garantizar la continuidad del cuidado integral de la salud a través de la concurrencia y complementariedad entre el plan de beneficios en salud, el plan de intervenciones colectivas y la oferta de otros sectores se establecerán mecanismos en el marco de la gestión territorial integral en salud pública.

6.3 Mecanismos de operación al nivel primario.

Una vez conformado el comité de la RIITS la entidad territorial deberá organizar su capacidad institucional y logística que le permita desarrollar las siguientes funciones:

- Construir escenarios de organización del nivel primario de las RIITS de acuerdo con el análisis funcional de red que incluya los activos sociales y comunitarios en los diferentes niveles territoriales—microterritorial, territorial, municipal, departamental o distrital—.
- Plantear los mecanismos de integración, articulación y coordinación eficiente de los prestadores de servicios de salud, sociales, activos comunitarios e intersectoriales, para la organización del nivel primario de las RIITS.
- Mantener permanente comunicación con los prestadores que hacen parte del nivel primario de la Red a través de los mecanismos de coordinación asistencial establecidos.
- Realizar los arreglos de gestión del nivel primario de las RIITS, incluyendo, entre otros aspectos:
 - Organización con los prestadores de servicios de salud y equipos territoriales de salud responsables de gestionar servicios específicos a través del continuo de la atención, propiciando la creación de estructuras organizacionales matriciales y líneas de servicio clínico.
 - La centralización e integración de funciones de apoyo clínico, logístico y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos y tecnologías en salud para promover la eficiencia global de la RIITS.
 - La implementación de mecanismos de gestión y evaluación de tecnologías médicas para racionalizar la incorporación en los portafolios de servicios de las instituciones que conforman el nivel primario de las RIITS.

- Desarrollar el Modelo Integral para la Planificación y Gestión del talento humano en salud con base en las necesidades identificadas en el marco de la operación del nivel primario de la RIITS en el departamento y distrito.
- La armonización de los planes de desarrollo territoriales organizacional de las instituciones que conforman la RIITS para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo.
- Diseñar e implementar un Modelo Integrado de Gestión Basada en Resultados que asegure que los procesos, productos y servicios del nivel primario de la RIITS que contribuyan al logro de resultados claramente definidos.
- Asegurar que el nivel primario de la RIITS alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red.
- Normalizar y documentar las funciones clínicas y administrativas del nivel primario de la RIITS.
- Las demás que le sean otorgadas por el comité de coordinación del nivel primario de las RIITS.

6.4 Mecanismos administrativos para la organización y seguimiento institucional

Para la operación de la RIITS se requiere garantizar el desarrollo de los acuerdos de voluntades con cada una de las EPS que se encuentren en el territorio, acorde a la organización subregional establecida en la Resolución 1789 de 2025. En este sentido se requiere definir unos criterios mínimos que deben tenerse en cuenta en las relaciones entre las EPS, los prestadores de servicios y los proveedores de tecnologías en salud enfocados principalmente en la territorialización, la resolutivez y la permanencia de las acciones, que son fundamentales para garantizar que la atención en salud sea más accesible, continua, próxima y centrada en las necesidades de la población. Estos parámetros permiten una orientación prioritaria hacia la oferta disponible en el territorio, fortaleciendo el nivel primario y asegurando el cuidado integral de la salud en el nivel complementario y en la oferta de otros sectores.

De otra parte, facilita la organización e integración funcional en red, evitando la fragmentación y asegurando que la coordinación asistencial, administrativa y logística fluyan a lo largo de los niveles de atención sin distorsiones. Por último, la permanencia de las acciones, mediante acuerdo de voluntades de mediano y largo plazo con metas e incentivos alineados a los resultados contribuye a la sostenibilidad del sistema, promueve la calidad de los servicios, fortalece la relación entre las EPS, los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías y las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, teniendo como objetivo el goce efectivo del derecho a la salud.

Los acuerdos de voluntades deben orientarse al logro de resultados en salud y del desempeño de la red y en este sentido se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

Tabla 43. Parámetros mínimos

Parámetro	Descripción	Implementación	Actor para el acuerdo de voluntades
Población y territorio cargo	<p>La EPS debe garantizar los procedimientos y tecnologías en salud a su población afiliada en el territorio asignado. Esto implica contratar prioritariamente con IPS ubicadas en el mismo territorio donde reside la población afiliada.</p> <p>Si la oferta se encuentra habilitada en el microterritorio, territorio, municipio, subregión distrito y departamento en la definición se deben minimizar las remisiones fuera del territorio por disponibilidad del servicio.</p> <p>Se debe garantizar que la población se encuentre adscrita a una IPS en el municipio de residencia, bajo el criterio de proximidad.</p>	<p>Elaborar mapa georreferenciado de afiliados por microterritorio, territorio, municipio, departamento y subregión</p> <p>Priorizar en la organización de la RIITS la oferta en el municipio de residencia de la población afiliada, priorizando la definición de acuerdos con estos para garantizar la proximidad de los servicios para la población afiliada.</p> <p>Georreferenciar afiliados por microterritorio y territorio</p> <p>Establecer contratos con prestadores del municipio habilitados.</p> <p>Vincular los prestadores de servicios de salud de referencia y apoyo en el mismo departamento o subregión.</p> <p>Establecer cláusulas de cobertura y responsabilidad poblacional.</p> <p>En los casos que en la organización de la RIITS de la EPS por disponibilidad y suficiencia deba contratar servicios fuera del microterritorio, territorio, municipio, subregión, distrito y departamento se requiere una justificación documental donde se aporten los criterios que se tienen en cuenta en esta definición.</p>	<p>Prestadores de servicios de salud ubicados en el territorio donde reside la población afiliada.</p>
Oferta habilitada disponible	<p>La EPS debe contratar con prestadores que estén habilitados en el REPS y cuenten con capacidad resolutive de conformidad con el análisis funcional de la RIITS</p>	<p>Validar la habilitación de los servicios y la capacidad en infraestructura, talento humano y dotación en condiciones de suficiencia.</p>	<p>Prestadores de Servicios de Salud con servicios habilitados dentro del territorio.</p>
Capacidad resolutive del Nivel primario	<p>La EPS debe contratar inicialmente con los prestadores de servicios de salud que garanticen la suficiencia de los servicios del nivel primario donde se resuelva la mayor parte de la demanda de salud de sus afiliados.</p>	<p>Definir la adscripción poblacional a la IPS primaria en el municipio, con equipo territorial y continua y cobertura continua.</p> <p>Demostrar a partir del análisis funcional de RIITS la contratación de las IPS con mayor suficiencia de servicios, siendo de manera prioritaria la contratación con la oferta pública del territorio.</p>	<p>Prestador de servicios de salud, prioritariamente la oferta pública por municipio o microterritorio con suficiencia de los servicios del Nivel primario.</p> <p>Prestadores de servicios de salud contratados, desde el municipio de residencia del afiliado, y será de carácter obligatoria con las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública del municipio cuando: sea el único prestador de servicios de salud con la capacidad instalada requerida en el municipio o área de influencia de los servicios de salud requeridos.</p>
Integración funcional	<p>La RIITS debe estar articulada mediante mecanismos formales de referencia y contrarreferencia y sistemas de información interoperables.</p>	<p>Establecer protocolos clínicos y administrativos entre IPS primaria y complementaria.</p> <p>Garantizar la referencia y contrarreferencia ambulatoria y hospitalaria</p>	<p>Prestadores de servicios de salud del nivel complementario de atención de la RIITS con contrato vigente con la EPS y definición de la</p>

Parámetro	Descripción	Implementación	Actor para el acuerdo de voluntades
			coordinación con la IPS de enlace en el nivel primario de la atención.
Continuidad y oportunidad	Garantizar la atención sin interrupciones y con la oportunidad requerida por la población cumpliendo los principios de las RIITS.	Establecer indicadores de oportunidad y mecanismos de seguimiento contractual.	IPS que demuestren capacidad de cumplir tiempos de atención en el marco de los estándares de calidad establecidos.
Permanencia de las acciones en salud	La EPS debe establecer acuerdos de mediano y largo plazo que aseguren la continuidad del cuidado integral de la salud, el cumplimiento de los resultados en salud, la estabilidad de la RIITS, la generación de incentivos y el mejoramiento en la calidad de la atención	Establecer contratos de mediano y largo plazo, a fin de reducir la fragmentación en la continuidad de la atención en salud. Alinear pagos e incentivos con resultados en salud Monitorear calidad, oportunidad y satisfacción de usuarios para ajustar acciones.	Prestadores de servicios de salud con contratos a mediano y largo plazo, e inclusión de metas e incentivos.
Equidad y accesibilidad	Debe priorizar la contratación con prestadores de servicios de salud que aseguren acceso a poblaciones rurales, dispersas y vulnerables.	Incluir las sedes de los prestadores de servicios de salud disponibles en el territorio e incluir explícitamente la atención a través de modalidades extramural o por telemedicina.	Prestadores de servicios de salud con proximidad a la población o con facilidad de desplazamiento hacia zonas rurales y dispersas. cercanas a comunidades o con capacidad de desplazamiento a ellas.
Gobernanza, Transparencia y Participación Social	La gobernanza de la RIITS es una responsabilidad compartida. Los contratos deben establecer la obligación de los prestadores de participar en los espacios de coordinación de la red.	Gobernanza, Transparencia y Participación Social	Prestadores de servicios de salud del nivel primario y complementario de atención de las RIITS con las EPS, en articulación la autoridad territorial

7. Desarrollo de los criterios determinantes para la propuesta de conformación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud-RIITS

El presente apartado desarrolla los criterios determinantes establecidos para la conformación, organización, operación, habilitación seguimiento y evaluación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en coherencia con la normatividad vigente. Estos criterios constituyen los ejes técnicos y funcionales fundamentales que permiten evaluar la viabilidad, pertinencia, coherencia y capacidad resolutoria de las redes, con base en las características demográficas, epidemiológicas, geográficas y socioculturales del territorio y la población a cargo.

Cada uno de los criterios determinantes se desarrollan para orientar el proceso de integración articulada de los diferentes niveles de atención, servicios y actores, garantizando el acceso efectivo, la continuidad del cuidado, la calidad, la oportunidad y

la integralidad en la atención de las personas, familias y comunidades. Asimismo, estos criterios facilitan el monitoreo y la verificación de condiciones mínimas para la operación de las redes bajo principios de equidad, eficiencia, enfoque diferencial y territorialización.

En este sentido, el desarrollo de los criterios determinantes permite no solo estructurar técnicamente la propuesta de RIITS, sino también el desarrollo de la propuesta de conformación y organización a partir de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, que deberán presentarse en un documento para cada departamento y distrito, tomando en consideración los siguientes aspectos:

7.1 Atención primaria en salud- APS como eje transversal de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud - RIITS con servicios en los niveles primario y complementario centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y la diversidad de la población

La propuesta de conformación de la RIITS debe dejar claramente establecida la Atención Primaria en Salud (APS) como el eje transversal y principio ordenador de la red. Esto implica que tanto el nivel primario como el complementario de atención se organicen de manera articulada y en coherencia con el modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad.

La APS debe orientar la organización funcional de la red, garantizando que los servicios de salud se diseñen e implementen con base en las necesidades reales y potenciales de la población, en consideración de los determinantes sociales de la salud y las condiciones de las personas, familias y comunidades en el territorio. El documento debe describir cómo se integrarán los enfoques diferenciales, de género, étnico, intercultural y territorial, de modo que se asegure la equidad, la pertinencia, la accesibilidad y la calidad en la prestación de los servicios. Además, se debe mostrar cómo se priorizarán las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el primer nivel, con mecanismos claros de articulación con el nivel complementario para garantizar la continuidad, integralidad y resolutivez de la atención.

7.2 Acceso o primer contacto desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS con definición de población y territorio a cargo, atención extramural a través de equipos de salud territoriales con abordaje por entornos de vida cotidiana e implementación de mecanismos participativos para el reconocimiento y la comprensión de las necesidades y preferencias en salud y la planeación de la respuesta en salud.

El documento de propuesta debe evidenciar cómo se garantizará que el acceso al sistema de salud y el primer contacto de la población se realice a través del nivel primario, que debe actuar como puerta de entrada y articulador principal de la atención. Esto requiere que se presente una delimitación clara del territorio y de la población a cargo, con caracterización demográfica, epidemiológica, social y cultural que permita identificar riesgos, necesidades y preferencias en salud. Se debe describir la conformación y despliegue de equipos básicos de salud territoriales, responsables de la atención extramural y del abordaje de los diferentes entornos de vida cotidiana, tales como el hogar, la escuela, los espacios laborales y comunitarios.

Es indispensable que la propuesta detalle los mecanismos participativos que se implementarán para reconocer y comprender las necesidades y expectativas de la

población, garantizando que estos insumos sean incorporados en la planeación y gestión de la respuesta en salud.

7.3 Servicios de salud resolutivos, integrados, integrales y continuos desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS en el nivel municipal hasta el nivel complementario en los ámbitos municipal, subregional, departamental o distrital, regional y nacional

La propuesta de RIITS debe demostrar que la organización de servicios estará orientada a garantizar su resolutividad, integralidad e integración en todos los niveles de atención. Esto significa que, desde el nivel primario en los municipios hasta el nivel complementario en los ámbitos subregionales, departamentales, distritales, regionales y nacionales, la red debe estar estructurada como un conjunto funcional y no fragmentado. La propuesta debe describir cómo se realizará el cuidado integral de la salud, asegurando la continuidad en los procesos de cuidado y evitando duplicidad de servicios, demoras o pérdida de seguimiento de los usuarios.

Se espera además que se identifiquen claramente los mecanismos de coordinación asistencial, los protocolos clínicos y administrativos, así como los flujos de remisión y contrarreferencia. También deben establecerse evidencias de la integración de los diferentes prestadores en el territorio, con base en criterios de complementariedad, capacidad instalada y pertinencia epidemiológica, para garantizar la continuidad y la calidad de la atención.

7.4 Cuidado integral de la salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación hasta los cuidados paliativos.

El criterio de cuidado integral de la salud debe reflejarse en la propuesta como un principio estructurante que asegure que las personas y comunidades accedan a servicios de salud a lo largo de todo el continuo de cuidado. Esto abarca desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La propuesta debe incluir la descripción detallada de los programas y servicios de promoción y prevención dirigidos a los diferentes grupos poblacionales según curso de vida y condiciones de riesgo. Igualmente, debe plantear los mecanismos para garantizar un diagnóstico temprano y oportuno, así como la disponibilidad y articulación de servicios de tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con las necesidades de la población. Este cuidado debe estar orientado por un enfoque de curso de vida y por el conocimiento de los determinantes sociales, e incluir la articulación intersectorial para intervenir sobre las condiciones que afectan la salud, tales como el acceso a educación, agua, vivienda, seguridad alimentaria y empleo.

7.5 Personal de salud suficiente, valorado, competente y comprometido

La disponibilidad, suficiencia y competencia del personal de salud determinan la calidad, continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención en salud, es indispensable mencionar que este criterio no solo debe valorarse desde la perspectiva cuantitativa, sino también cualitativa, organizacional y estratégica.

Por lo anterior, el análisis y planeación debe contemplar aspectos fundamentales como: la suficiencia en número de profesionales y trabajadores por tipo de servicio, la pertinencia de sus perfiles y competencias frente a los requerimientos de la atención en salud en el departamento y distrito y la implementación de políticas institucionales y territoriales orientadas a su gestión, desarrollo, bienestar y permanencia. En este sentido el documento debe desarrollar un apartado que incluya:

- La **definición de perfiles y competencias requeridas** para cada uno de los profesionales y cargos que integran la red, de acuerdo con su rol asistencial, comunitario, administrativo o de gestión.
- El establecimiento de **políticas de gestión del talento humano** en salud, que consideren procesos de capacitación continua, fortalecimiento de capacidades, desarrollo profesional, bienestar laboral y condiciones dignas de trabajo.
- La incorporación de **políticas organizacionales** que aseguren una planeación estratégica del personal de salud, alineada con los procesos administrativos, logísticos y operativos requeridos para el funcionamiento de la red.

Se requiere presentar un apartado que permita diagnosticar, planificar e intervenir sobre el personal de la salud, incluyendo:

- a) **Análisis de la demanda de servicios:** A partir de las necesidades en salud se requiere identificar los perfiles profesionales requeridos.
- b) **Evaluación del personal disponible:** Caracterizar la oferta actual del personal en salud disponible en el departamento o distrito, evaluando su distribución geográfica, formación, experiencia, competencias certificadas y condiciones de vinculación laboral.
- c) **Identificación de brechas:** Se deben identificar brechas tanto cuantitativas como cualitativas, que afectan la capacidad resolutoria de la red.
- d) **Diseño de propuestas de mejora:** En el apartado del documento se deben incluir las estrategias para cerrar las brechas identificadas.

7.6 Resolutividad en el nivel primario de la RIITS con énfasis en el nivel microterritorial, territorial y municipal que incluya diferentes niveles de desarrollo y se apalanque en los dispositivos sectoriales y comunitarios disponibles.

En el marco de la conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), es obligatorio incluir en el documento de propuesta la estructuración adecuada del nivel primario, como base del modelo de atención en salud. Esta organización debe garantizar el acceso efectivo, equitativo y continuo a servicios de salud de baja y mediana complejidad, prestados de manera fortalecida y multidisciplinaria. Dicho nivel debe estar centrado en el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades, con capacidad resolutoria, articulado funcionalmente con los niveles complementarios y regido por un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia.

El fortalecimiento del nivel primario debe ocupar un lugar central en la propuesta, pues constituye la base para la resolutividad de las RIITS. La propuesta debe detallar las capacidades clínicas, comunitarias y organizativas que se garantizarán en el nivel primario, con la conformación de equipos de salud territoriales capaces de abordar la mayoría de las necesidades de la población en el territorio.

Se debe incluir la manera en que se organizarán los servicios para dar respuesta a los principales problemas de salud en el ámbito comunitario, microterritorial, territorial, municipal y subregional funcional, reduciendo al máximo la dependencia del nivel complementario y evitando remisiones innecesarias. La propuesta debe indicar cómo se utilizarán los dispositivos sectoriales y comunitarios disponibles, tales como puestos y centros de salud, hospitales locales, unidades móviles, redes de apoyo comunitario y recursos intersectoriales, para ampliar la capacidad resolutive del primer nivel.

Además, se debe explicar cómo se promoverá la participación comunitaria y el vínculo entre los equipos de salud y la población, como estrategia para fortalecer la confianza y garantizar la continuidad del cuidado.

7.7 Operación de las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS del nivel primario.

La propuesta deberá identificar las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que harán parte del nivel primario en cada territorio, así como los equipos de salud territorial, los cuales estarán a cargo de una población determinada, definida geográfica y demográficamente, y prestarán servicios en función de las necesidades reales y potenciales en salud. Atendiendo a las disposiciones de la organización territorial dispuesta en el presente Manual.

7.8 Nivel complementario con adopción e implementación de procesos para el trabajo en redes y el fortalecimiento de los procesos de referencia y contrarreferencia digital.

La propuesta debe definir de manera explícita la organización y el fortalecimiento del nivel complementario de atención dentro de la RIITS, asegurando su articulación efectiva con el nivel primario. Esto implica incluir la identificación y georreferenciación de los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, así como la caracterización de su portafolio de servicios especializados, capacidad instalada en infraestructura, talento humano, tecnologías biomédicas, camas hospitalarias, servicios de urgencias, cuidados intensivos, cirugías y atención en salud mental.

Se debe describir la manera en que estos prestadores se integrarán funcionalmente al nivel primario, a través de protocolos de referencia y contrarreferencia, canales de comunicación clínica, y procesos de acompañamiento en la atención posterior en el primer nivel. La propuesta debe incluir además la implementación de sistemas digitales interoperables para la referencia y contrarreferencia, que permitan la trazabilidad de la atención, el acceso en tiempo real a la historia clínica y el seguimiento efectivo de los casos. Igualmente, se deben detallar los mecanismos de coordinación interinstitucional y territorial, incluyendo la articulación con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), así como los protocolos de activación en situaciones críticas.

7.9 Organización del Nivel complementario de Atención en las RIITS

Este nivel está conformado por instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen atención especializada en mediana y alta complejidad, tales como hospitalización especializada, cirugía general y especializada, diagnóstico clínico avanzado, cuidados intermedios e intensivos, salud mental con hospitalización, y procedimientos terapéuticos de alta tecnología. Su operación dentro de la red debe

articularse armónicamente con el nivel primario, bajo una lógica de complementariedad, no de fragmentación.

La propuesta de conformación de la RIITS debe incorporar de forma explícita los siguientes contenidos relacionados con el nivel complementario:

- a) **Identificación y georreferenciación de los prestadores complementarios en el territorio**, teniendo en cuenta criterios de cobertura poblacional, tiempos de traslado, accesibilidad geográfica, pertinencia epidemiológica y resolutivez.
- b) **Caracterización de la oferta de servicios especializados disponibles**, con detalle del portafolio habilitado, capacidad instalada, talento humano, tecnología biomédica, camas hospitalarias y servicios de urgencias, cuidados intensivos, cirugía, diagnóstico por imágenes, laboratorio clínico especializado y atención en salud mental.
- c) **Articulación funcional con el nivel primario**, incluyendo los protocolos de referencia y contrarreferencia, los canales de comunicación clínica, la contrarreferencia, y el acompañamiento posterior en el primer nivel.
- d) **Interacción con el CRUE**, describiendo los mecanismos de activación, la disponibilidad de camas y servicios críticos, y los acuerdos de recepción y atención inmediata en situaciones de emergencia.
- e) **Mecanismos de coordinación interinstitucional y territorial**, que aseguren la conexión con otros niveles de atención, especialmente en procesos de hospitalización domiciliaria, rehabilitación o seguimiento ambulatorio especializado.
- f) **Sistema de información interoperable**, que permita el acceso en tiempo real a la historia clínica, registros de referencia, contrarreferencia y resultados diagnósticos, con garantía de trazabilidad y continuidad del cuidado.

7.10 Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención de la RIITS.

La implementación de un sistema efectivo de referencia y contrarreferencia es un componente esencial para garantizar la continuidad, integralidad y calidad de la atención en salud. Este sistema constituye una estrategia de articulación clínica y operativa entre los diferentes niveles de atención, que permite orientar a los usuarios dentro de la RIITS, según su condición de salud, facilitando el acceso oportuno a los servicios que requieren y optimizando el uso de los recursos disponibles.

Por lo anterior, la propuesta de red debe contemplar, en primer lugar, un diagnóstico detallado del estado actual de los procesos de referencia y contrarreferencia en el territorio, incluyendo la identificación de las poblaciones a cargo, los tiempos promedio de traslado, la localización de los prestadores y los medios de transporte disponibles. Asimismo, analizar las condiciones operativas de los mecanismos actuales de derivación, los flujos clínicos esperados, las capacidades resolutivas de los prestadores.

Las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud que forman parte de la RIITS deben presentar los procedimientos estandarizados para la gestión del proceso de referencia y contrarreferencia, que deben incluir entre otros aspectos:

- a) La identificación de responsables del proceso dentro de cada institución (procedimientos institucionales).
- b) La atención oportuna según los criterios de triage.
- c) El diligenciamiento y envío de los formatos establecidos.
- d) La garantía de que el usuario será atendido en el menor tiempo posible, especialmente cuando se trate de condiciones clasificadas como prioritarias o emergentes.
- e) La retroalimentación clínica posterior al manejo, como parte fundamental de la contrarreferencia.

Se debe incluir en este apartado el funcionamiento operativo del sistema con base en su articulación donde la referencia debe permitir escalar la atención cuando se requiera mayor complejidad, mientras que la contrarreferencia asegura el retorno del paciente al nivel primario para su seguimiento.

En este sentido, la propuesta de red deberá definir los mecanismos de comunicación bidireccional, tanto clínica como administrativa, que permitan la trazabilidad del paciente, el seguimiento de su proceso y la coordinación entre actores. De igual manera, debe incluirse la estrategia de referencia territorial de urgencias, coordinada con el CRUE departamental o distrital, para garantizar el acceso inmediato y ordenado a los servicios de urgencias disponibles dentro de la red, especialmente en situaciones de alta demanda, emergencias o eventos masivos.

Finalmente, se deben establecer mecanismos de seguimiento y evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia, a través de indicadores que deberán formar parte del sistema de evaluación del desempeño de la RIITS, a fin de identificar áreas de mejora, orientar acciones correctivas y garantizar una atención centrada en las personas, las familias y las comunidades.

7.11 Red de transporte y comunicaciones coordinando los recursos físicos, tecnológicos, logísticos y de gestión que permitan el traslado oportuno y seguro de la población a lo largo de la RIITS, a partir de esquemas de coordinación interinstitucional y el uso de tecnologías de información y comunicación

El documento de propuesta para la conformación y organización de la RIITS debe incluir de manera obligatoria los siguientes contenidos:

- a) Diagnóstico de la red de transporte y comunicaciones en el territorio, que identifique:
 - Los flujos actuales de traslado y sus condiciones (estado de vías, tiempos promedio de recorrido, disponibilidad de medios de transporte).
 - Las brechas de acceso territorial a servicios de salud.
 - Los prestadores con oferta limitada por restricciones de conectividad o movilidad.
 - Las barreras geográficas, climáticas, y ambientales que inciden en el desplazamiento seguro y oportuno.
- b) Inventario y caracterización de los recursos disponibles para el traslado asistencial y administrativo, incluyendo:
 - Ambulancias medicalizadas y básicas.

- Vehículos de apoyo logístico.
 - Equipos de radiocomunicación, conectividad satelital o terrestre.
 - Sistemas digitales de gestión del transporte.
 - Centros de monitoreo, incluyendo el CRUE.
- c) Esquema de coordinación interinstitucional, que describa los convenios, alianzas y protocolos existentes o proyectados con para el uso compartido de recursos de transporte y comunicación, especialmente en zonas rurales o dispersas.
- d) Modelo operativo de referencia territorial de urgencias y atención prehospitalaria, detallando:
- El funcionamiento articulado con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE).
 - El traslado de pacientes críticos o con condiciones de riesgo vital.
 - La integración con los prestadores de salud y los centros de recepción.
- e) Estándares de seguridad y calidad para el traslado de pacientes, tales como:
- Protocolos para estabilización y acompañamiento durante el desplazamiento.
 - Criterios de priorización según condición clínica, triage o situación territorial.
 - Equipos mínimos requeridos para el transporte según el tipo de paciente.
 - Capacitación del personal responsable del traslado (conductor, auxiliar, paramédico, etc.).
- f) Estrategia de acceso equitativo a transporte en zonas rurales, dispersas o con población diferencial, garantizando:
- Medios alternativos de movilidad (fluvial, aéreo, marítimo).
- g) Sistema de monitoreo y evaluación del componente de transporte y comunicaciones, con indicadores como:
- Tiempo promedio de respuesta ante eventos críticos.
 - Porcentaje de traslados realizados en condiciones seguras y eficaces.
 - Número de referencias que requieren transporte especializado.
 - Cobertura geográfica del sistema de comunicaciones entre prestadores.
- h) Plan de mantenimiento, reposición y expansión de la red de transporte, incluyendo:
- Criterios de priorización para la inversión en vehículos y tecnologías.
 - Planes de mantenimiento preventivo y correctivo.
 - Modelos de sostenibilidad financiera

7.12 Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

La propuesta de red debe contemplar un modelo de gobernanza territorial que articule a todos los actores involucrados en el bienestar de la población, reconociendo sus competencias, recursos y capacidades. Dentro de esta estructura, la propuesta debe

establecer formalmente la forma en la cual se Coordina la RIITS, donde confluyen representantes del sector salud, autoridades locales, prestadores de servicios, EPS, líderes comunitarios y otros sectores estratégicos.

Adicionalmente, deben fortalecerse las alianzas estratégicas con organizaciones e instituciones que actúan sobre determinantes específicos (agua potable, seguridad alimentaria, salud mental, vivienda, movilidad, empleo), bajo una lógica de corresponsabilidad institucional y territorial.

De manera complementaria, el componente de participación social debe ser un eje transversal del modelo de red.

La propuesta de RIITS debe formular planes intersectoriales con objetivos compartidos, indicadores de impacto en determinantes sociales, responsabilidades definidas entre sectores y mecanismos y acuerdos de cogestión en el marco de los principios de concurrencia y complementariedad.

Finalmente, debe garantizarse un sistema de seguimiento y evaluación del componente intersectorial, que incorpore indicadores sensibles a inequidades, determinantes y condiciones de vida; así como mecanismos participativos de evaluación comunitaria, retroalimentación continua y toma de decisiones basada en evidencia territorial.

7.13 Esquemas de participación social ampliada.

La propuesta de conformación y organización de una RIITS debe contemplar explícitamente mecanismos, estructuras y procesos que aseguren una participación amplia, plural, incidente y sostenida de la población, con enfoques de equidad, territorialidad, inclusión y enfoque diferencial.

Como punto de partida, se requiere que el proceso de organización de la RIITS se fundamente en un diagnóstico participativo del territorio, construido colectivamente con las comunidades, a partir del cual se identifiquen barreras de acceso a los servicios, prácticas sociales de cuidado, actores clave y expectativas frente al sistema de salud.

Asimismo, la propuesta debe incluir el mapeo de actores sociales y comunitarios, identificando organizaciones, líderes, colectivos, grupos étnicos, mujeres, juventudes, personas mayores, personas con discapacidad, comunidades rurales, víctimas del conflicto armado, entre otros, que puedan aportar a la gobernanza de la red, al cuidado comunitario, al seguimiento de la atención y a la exigibilidad del derecho a la salud.

La propuesta también debe establecer con claridad la articulación con la Política de Participación Social en Salud, asegurando que los esquemas de participación se alineen con sus principios (corresponsabilidad, equidad, autonomía, transparencia, interculturalidad y diversidad) y con sus mecanismos operativos, tales como los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), las veedurías ciudadanas, los procesos de planeación participativa, la rendición de cuentas y la vigilancia comunitaria en salud.

7.14 Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico

La propuesta de conformación y organización de una Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) debe incorporar de manera obligatoria un componente específico orientado a la gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y

logístico, como soporte esencial para garantizar la efectividad del modelo de atención y la operación armónica de todos los niveles del sistema en el territorio.

Entre los aspectos que deben incluirse en este apartado se encuentran:

- Formación continua y acompañamiento técnico entre niveles de atención: La propuesta debe contemplar estrategias de fortalecimiento de la capacidad resolutoria del nivel primario mediante procesos de formación continua y acompañamiento de los profesionales del nivel complementario, con énfasis en micro territorios, zonas rurales y servicios cercanos a la comunidad.
- Desarrollo de competencias asistenciales en los equipos básicos de salud: Se debe describir cómo se garantizará la progresiva incorporación de competencias clínicas en los equipos básicos, incluyendo la realización de intervenciones menores y ambulatorias durante visitas domiciliarias, y la identificación y gestión de remisiones a servicios especializados.
- Gestión del componente administrativo de la RIITS: La propuesta debe prever la incorporación de personal responsable de los procesos administrativos dentro de los equipos básicos de salud, encargado del diligenciamiento de registros, caracterización poblacional y soporte documental para la planeación local de servicios.
- Integración de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico: Este punto debe detallar las estrategias para centralizar e integrar estos sistemas, el uso de tecnologías de la información (como historias clínicas electrónicas interoperables), y la articulación con otros actores de la red para garantizar la continuidad del cuidado.
- Sistema de apoyo clínico y administrativo: La RIITS debe contar con procesos estandarizados para la gestión clínica, promoviendo el trabajo colaborativo, la comunicación efectiva entre profesionales y la seguridad de los datos. En el ámbito administrativo, se debe asegurar la eficiencia en la gestión de recursos, el cumplimiento normativo, la trazabilidad de los procesos y una adecuada orientación al usuario.

8. Habilitación de las RIITS

El procedimiento de habilitación con el Ministerio de Salud y Protección Social se desarrollará a partir de las siguientes actividades:

- a) Desarrollo de análisis funcional de RIITS. El departamento o distrito, a partir de los instrumentos metodológicos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollará el análisis funcional de la RIITS incluyendo los componentes de población y territorio, oferta de servicios, análisis de brechas y plan de intervención y generará el informe documental correspondiente que presente la situación actual del territorio. Dicho análisis debe aplicarse a nivel subregional funcional y por municipio que la conforme.
- b) Desarrollo de los procesos documentales para los criterios determinantes. Para dar cumplimiento a los criterios determinantes de la conformación y organización de las RIITS el departamento o, distrito documentará las formas y los mecanismos establecidos para el cumplimiento de los criterios

determinantes de acuerdo con los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- c) Presentación de la propuesta de RIITS. La Secretaría de Salud departamental o distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias presentará mediante comunicación formal el documento de la propuesta de RIITS en las condiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, una vez se cuente con la aprobación de esta por parte del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
- d) Envío de información al Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez se consolida la información por parte de la Secretaría de Salud departamental o distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, se procede al envío y la radicación de la propuesta ante el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Módulo de RIITS o el mecanismo dispuesto por el Ministerio, este proceso se deberá realizar durante los tres (3) meses posteriores a la expedición de la presente resolución.

El envío se debe realizar a los siete (7) días hábiles de aprobación de la propuesta de RIITS por parte del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud -CTSSS.

- e) Habilitación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un periodo no superior a treinta (30) días, analizará la propuesta de conformación y organización y verificará el cumplimiento de los criterios establecidos en el “Manual para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS”.

Para lo anterior tendrá en cuenta la evaluación del análisis de progresión de la RIITS, el cumplimiento de los criterios establecidos, y el nivel de integración que es resultante del análisis. En este caso, el Ministerio de Salud y Protección Social una vez calificado los resultados definirá el resultado de la habilitación.

De considerar que cumple, el Ministerio generará la constancia de habilitación de la RITSS, dicho soporte podrá ser descargado por las entidades a partir de la herramienta tecnológica establecida para tal fin.

De no considerar procedente la propuesta de conformación y organización, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Módulo de RIITS o el instrumento establecido para tal fin, reportará los factores causales de incumplimiento y las secretarías departamentales y distritales de salud o la entidad que haga sus veces, contará con un periodo no superior a treinta (30) días calendario para ajustar y devolver el proceso en la herramienta tecnológica establecida para tal fin.

- a. Ingreso del departamentoo distrito al programa de fortalecimiento de capacidades territoriales. En caso que la propuesta y los soportes no cumplan con los criterios establecidos en el “Manual para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS”, el

departamento o distrito será incorporado en el programa de fortalecimiento de capacidades de conformación y organización de la RIITS. El plazo para la presentación de la misma no puede superar los doce (12) meses definidos para la presentación de la propuesta y el territorio deberá nuevamente volver a presentar la propuesta en los términos establecidos en este manual.

8.1 Verificación de los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.

A continuación, se presentan elementos propuestos para la verificación de cada uno de los criterios determinantes para la conformación y organización de las RIITS, los cuales cubren los elementos de la planificación de la gestión de esta en el territorio. Los siguientes elementos son de tipo ilustrativo y no limitan la posibilidad de acceder a otros elementos para la evaluación.

Debe tenerse en cuenta que la verificación debe soportarse en términos del cumplimiento del estándar y no se requiere que se generen evidencias adicionales a los resultados a considerar. No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social en los casos que considere pertinente en el procedimiento de habilitación podrá solicitar una ampliación en términos documentales o de explicación de los resultados frente a la habilitación de la RIITS correspondiente.

8.1.1 Atención primaria en salud- APS como eje transversal de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud - RIITS con servicios en los niveles primario y complementario centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y la diversidad de la población.

La verificación de este criterio busca asegurar que la Atención Primaria en Salud - APS no sea únicamente un principio declarado, sino que esté efectivamente incorporada como eje transversal en el diseño y operación de la RIITS. Esto implica revisar la existencia de un modelo explícito de APS en los documentos oficiales del territorio, pero también comprobar que este modelo se traduzca en prácticas de atención concretas, en la organización de los servicios y en los procesos comunitarios.

Debe revisarse si el modelo de APS está centrado en la persona, la familia y la comunidad, y si contempla de manera explícita los enfoques diferencial, de género, cultural e intercultural. Asimismo, se debe verificar la implementación de las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud y la atención de la población materno-perinatal, la articulación entre los diferentes niveles de atención y la inclusión de procesos de participación comunitaria que garanticen que la población tenga un rol activo en la planeación y gestión de los servicios.

Para poder realizar la verificación se establecen para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 11. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

Categoría	Indicador	Escala de valoración
Modelo APS definido	Existencia de un modelo explícito centrado en la persona, familia y comunidad	Si
		Parcialmente
		No
Enfoques diferenciales	Inclusión de enfoque cultural, de género e intercultural en los servicios	Si
		Parcialmente
		No

Categoría	Indicador	Escala de valoración
Cuidado integral de la salud	Personas, familias y comunidades con cobertura, acceso y logro de los resultados en salud.	Si
		Parcialmente
Participación comunitaria	Evidencia de participación comunitaria en la planeación	No
		Si
		Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 12. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Atención primaria en salud- APS como eje transversal de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud - RIITS con servicios en los niveles primario y complementario centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y la diversidad de la población.	No existe modelo claro ni enfoques diferenciales.	Modelo parcial con inclusión limitada y aplicación fragmentada.	Modelo estructurado, implementado y evaluado, con integración plena de enfoques diferenciales y participación comunitaria.

8.1.2 Acceso o primer contacto desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS con definición de población y territorio a cargo, atención extramural a través de equipos de salud territoriales/equipos básicos de salud con abordaje por entornos de vida cotidiana e implementación de mecanismos participativos para el reconocimiento y la comprensión de las necesidades y preferencias en salud y la planeación de la respuesta en salud.

La verificación de este criterio se centra en comprobar que el acceso inicial a la atención en salud se realice a través del nivel primario, garantizando así que este nivel sea la puerta de entrada real a la RIITS. Esto requiere constatar la existencia de una delimitación territorial clara y la definición de la población a cargo, con caracterización demográfica, epidemiológica, cultural y social actualizada.

También se debe verificar la conformación, suficiencia y operación de los equipos básicos de salud / equipos territoriales de salud, y si efectivamente realizan atención extramural en los entornos cotidianos de vida de las comunidades, como hogares, escuelas, lugares de trabajo y espacios comunitarios. La evaluación debe incluir la identificación de mecanismos participativos para conocer las necesidades y preferencias en salud, valorando si estos se utilizan como insumo para ajustar la oferta y la planeación de los servicios.

La evidencia puede obtenerse a través de documentos de adscripción poblacional, informes de actividades extramurales, registros de visitas domiciliarias, bases de datos de caracterización poblacional, así como entrevistas y encuestas con usuarios y líderes comunitarios para corroborar la percepción sobre el acceso al primer nivel como puerta de entrada al sistema.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 13. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

Categoría	Indicador	Escala de valoración
Territorio definido	Delimitación geográfica y demográfica de la población a cargo	Sí
		Parcialmente
		No
Equipos territoriales/Equipos básicos	Conformación y operación de equipos básicos de salud	Menos del 20%
		Del 20–80%
		Más del 80%
Atención extramural	Proporción de atenciones realizadas en entornos cotidianos (hogar, escuela, comunidad)	Menos del 20%
		Del 20–80%
		Más del 80%
Participación social	Implementación de mecanismos participativos para identificar necesidades	Sí
		Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 14. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Acceso o primer contacto desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS con definición de población y territorio a cargo, atención extramural a través de equipos de salud territoriales con abordaje por entornos de vida cotidiana e implementación de mecanismos participativos para el reconocimiento y la comprensión de las necesidades y preferencias en salud y la planeación de la respuesta en salud.	No hay claridad sobre territorio ni mecanismos de primer contacto.	Definición parcial, con acceso limitado desde el nivel primario.	Territorio y población claramente definidos, equipos operativos y acceso garantizado desde el nivel primario.

8.3 Servicios de salud resolutivos, integrados, integrales y continuos desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS en el nivel municipal hasta el nivel complementario en los ámbitos municipal, subregional, departamental o distrital, regional y nacional.

Este criterio busca verificar que la RIITS funcione como una red integrada y no fragmentada, garantizando que los servicios de salud sean resolutivos, continuos e integrales desde el nivel primario hasta el complementario.

Debe evaluarse la articulación funcional entre prestadores de distintos niveles, la existencia de protocolos de coordinación asistencial (incluyendo referencia y contrarreferencia), y la disponibilidad de servicios suficientes en cada nivel para cubrir las necesidades del territorio. La verificación también debe analizar si existen instancias de gobernanza de red que promuevan la integración y si se mide el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la continuidad y resolutividad de la atención. (Las PQRD y tutelas pueden aportar al análisis del cumplimiento de este criterio)

Las evidencias se pueden recoger en acuerdos interinstitucionales, convenios de operación de red, manuales de referencia y contrarreferencia, bases de datos de flujo de pacientes, informes de gestión de la red y entrevistas con usuarios que hayan transitado entre niveles.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 15. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Coordinación asistencial</i>	Protocolos de referencia y contrarreferencia entre niveles	Sí Parcialmente No
<i>Cobertura de servicios</i>	Porcentaje de servicios disponibles que cubren todo el continuo de atención	Menos del 20% De 20–80% Más del 80%
<i>Integración de prestadores</i>	Evidencia de articulación funcional entre prestadores de distintos niveles	Sí Parcialmente No
<i>Coordinación asistencial</i>	Protocolos de referencia y contrarreferencia entre niveles	Sí Parcialmente No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 16. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Servicios de salud resolutivos, integrados, integrales y continuos desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS en el nivel municipal hasta el nivel complementario en los ámbitos municipal, subregional, departamental o distrital, regional y nacional.	Red fragmentada, sin continuidad ni articulación.	Red parcialmente integrada, con cobertura limitada.	Red plenamente articulada, continua y resolutive en todos los niveles.

8.4 Cuidado integral de la salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación hasta los cuidados paliativos.

La verificación de este criterio busca comprobar que la atención en salud cubra todo el continuo del cuidado: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Se trata de revisar si el territorio ha organizado su red para garantizar que cada fase del cuidado esté disponible y articulada, evitando interrupciones o barreras.

La verificación implica analizar la existencia de programas de promoción y prevención diferenciados por curso de vida y riesgo; la disponibilidad de servicios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; el acceso a programas de rehabilitación tanto comunitarios como especializados; y la existencia de servicios de cuidados paliativos que respondan a las necesidades de pacientes en fases terminales.

La evidencia puede incluir planes de salud pública, reportes de cobertura de programas preventivos, registros de diagnósticos tempranos, disponibilidad de servicios de rehabilitación, programas de cuidados paliativos documentados y percepción de los usuarios sobre la integralidad del cuidado recibido (Las PQR y tutelas pueden aportar al análisis del cumplimiento de este criterio).

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 17. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Promoción y prevención</i>	Programas diferenciados por curso de vida y riesgo	Sí Parcialmente No

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Diagnóstico y tratamiento</i>	Disponibilidad de servicios oportunos en el nivel primario	Menos del 20%
		De 20–80%
		Más del 80%
<i>Rehabilitación</i>	Acceso a programas de rehabilitación comunitaria	Sí
		Parcialmente
		No
<i>Cuidados paliativos</i>	Disponibilidad de servicios de atención paliativa	Sí
		Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo a la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 18. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Cuidado integral de la salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación hasta los cuidados paliativos	No hay continuidad ni cobertura del cuidado integral.	Cobertura parcial de fases del cuidado.	Cobertura integral del cuidado en todas sus fases.

8.5 Personal de salud suficiente, valorado, competente y comprometido.

Dentro de este criterio se busca verificar si el personal de salud disponible en número, formación y distribución es suficiente para la conformación y organización de la RIITS. Con lo anterior se puede establecer la sostenibilidad y efectividad del trabajo en red frente a la capacidad de respuesta de estos a las necesidades territoriales.

Por lo anterior, se requiere contar con mecanismos de verificación sobre la suficiencia del personal de la salud de acuerdo con las necesidades territoriales, la distribución equitativa de estos entre áreas urbanas y rurales, la formación continua y el mejoramiento de las competencias adaptadas al modelo de salud, las condiciones de trabajo dignas y decentes, el compromiso institucional y la participación del personal de la salud en la conformación y organización de la RIITS y las mejoras continuas.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 19. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Suficiencia del personal de salud</i>	Personal de salud por perfiles requeridos para la atención en salud por habitante	Valores a partir de la definición de un estándar para cada perfil requerido en el territorio
<i>Cobertura en zonas rurales o dispersas</i>	Porcentaje de IPS ubicadas en zona rural con personal de salud permanente	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
		Más del 80%
<i>Fortalecimiento de competencias</i>	Porcentaje del personal que ha recibido formación en APS y cuidado integral de la salud.	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
		Más del 80%
<i>Estabilidad laboral</i>	Porcentaje del personal con contratos con vigencia de más de 12 meses o con cargo de planta	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
		Más del 80%
<i>Evaluación del desempeño</i>	Existencia y uso de mecanismos de evaluación periódica del personal	Sí
		Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 20. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Personal de salud suficiente, valorado, competente y comprometido	Hay escasez de personal, rotación elevada, baja capacitación y condiciones laborales inadecuadas. No hay motivación ni trabajo articulado en red.	Hay personal de salud en la mayoría de los puntos de atención, pero con deficiencias en formación, alta rotación, precariedad contractual o ausencia en zonas dispersas.	La red cuenta con personal suficiente, bien distribuido, capacitado y con estabilidad laboral. Se promueve el compromiso institucional, el reconocimiento y el desarrollo profesional.

8.6 Resolutividad en el nivel primario de la RIITS con énfasis en el nivel microterritorial, territorial, municipal y subregional funcional, que incluya diferentes niveles de desarrollo y se apalanque en los dispositivos sectoriales y comunitarios disponibles.

Este criterio verifica la capacidad del nivel primario para resolver de manera efectiva la mayoría de las necesidades de salud de la población en el ámbito microterritorial, municipal y comunitario. La verificación busca constatar que el nivel primario tenga la infraestructura, el talento humano, los recursos tecnológicos y la organización necesarios para resolver la mayor parte de los problemas de salud sin necesidad de remitir de manera recurrente al nivel complementario.

Se deben analizar indicadores de resolutividad, como el porcentaje de atenciones resueltas en el primer nivel, la existencia de protocolos de coordinación asistencial, la cobertura de servicios de primer nivel, la implementación de estrategias de atención extramural y telemedicina, y el uso de dispositivos comunitarios para ampliar la cobertura.

Este criterio se mide con el fin de establecer la base territorial de la RIITS, a fin de garantizar el acceso inicial a los servicios de salud, posibilitar el cuidado integral de la salud, la integralidad en la atención, la resolución de los eventos en salud más frecuentes, la funcionalidad, la organización y la resolutividad de este.

En este sentido se requiere contar con elementos de tipo operativo, como de estructuras entre las cuales se consideran los equipos básicos de salud, la coordinación asistencial entre los niveles, la gestión integral territorial, la integración funcional entre los niveles primario y complementario de atención y la capacidad de respuesta ante las necesidades en salud a partir del territorio. De igual manera se debe corroborar la coincidencia entre la oferta habilitada y la que se encuentra realmente en funcionamiento, identificando las necesidades de mejora. Debe tenerse en cuenta la evaluación de los casos en que el nivel primario incluya servicios de mediana complejidad.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 21. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

Categoría	Indicador	Escala de valoración
<i>Cobertura de los equipos básicos / equipos de salud territorial</i>	Porcentaje de población asignada a un equipo	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
		Más del 80%
<i>Equipos de Salud Territorial / Equipos básicos de salud activos</i>	Cantidad de equipos planificados en un territorio respecto a los equipos efectivamente contratados y en operación	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
		Más del 80%

<i>Puerta de entrada efectiva</i>	Porcentaje de atenciones finalizadas en el nivel primario en el municipio de residencia	Menos del 20% Entre el 20% y el 80% Más del 80%
<i>Coordinación asistencial</i>	Existencia de protocolos de referencia y contrarreferencia en el nivel ambulatorio y hospitalario	Si Parcialmente No
<i>Acceso a la atención en salud en zonas con barreras de acceso</i>	Proporción de atenciones en salud, en modalidad extramural o telemedicina respecto al total de atenciones	Menos del 20% Entre el 20% y el 80% Más del 80%

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 22. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Resolutividad en el nivel primario de la RIITS con énfasis en el nivel microterritorial, territorial y municipal que incluya diferentes niveles de desarrollo y se apalanque en los dispositivos sectoriales y comunitarios disponibles.	Primer nivel débil, sin cobertura ni resolutividad.	Cobertura parcial, integración limitada.	Cobertura plena, resolutividad alta y coordinación efectiva.

8.7 Nivel complementario con adopción e implementación de procesos para el trabajo en redes y el fortalecimiento de los procesos de referencia y contrarreferencia digital.

La verificación de este criterio busca comprobar que el nivel complementario esté plenamente articulado con el nivel primario y que existan mecanismos eficaces de referencia y contrarreferencia soportados en sistemas digitales interoperables. Se trata de evaluar no solo la existencia de servicios especializados en el territorio, sino también su disponibilidad, cobertura, distribución geográfica y mecanismos de integración con el nivel primario. La hospitalización evitable u “hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria” o “condiciones sensibles al cuidado ambulatorio” frecuentemente se encuentran asociadas a débil capacidad resolutoria del nivel primario, necesidad de pruebas diagnósticas no realizadas, inadecuado control de patologías crónicas y deficiencias en educación sanitaria, entre otros aspectos.

Debe revisarse la identificación y georreferenciación de prestadores de mediana y alta complejidad, la disponibilidad de servicios de especialidad, la existencia de protocolos de referencia y contrarreferencia, y el uso de herramientas digitales que permitan dar trazabilidad al proceso de atención, garantizar la continuidad del cuidado y facilitar la comunicación entre niveles.

Pueden considerarse 23 o más especialidades dentro de las cuales se encuentran las básicas (medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y anestesiología), las de mayor complejidad (cardiología, neurología, ortopedia, urología, oftalmología, otorrino, dermatología, gastroenterología, neumología); las de apoyo diagnóstico y terapéutico (radiología, fisiatría, patología, oncología; y especialidades de cuidado crítico (cuidado intensivo, neonatología, nefrología, intervencionista, etc), razón por la cual se debe analizar la pertinencia y la complementariedad y la interdependencia de servicios, garantizando la continuidad y calidad en la atención.

La verificación incluye la revisión de redes de referencia, plataformas de interoperabilidad, convenios interinstitucionales, protocolos clínicos, estadísticas de flujo de pacientes entre niveles y entrevistas con usuarios que hayan requerido referencia al nivel complementario.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 23. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Integración funcional</i>	Flujo coordinado entre el nivel primario y complementario de la RIITS	Si Parcialmente No
<i>Cobertura geográfica de especialidades médicas quirúrgicas</i>	Cantidad de IPS con disponibilidad de servicios especializados de acuerdo con las necesidades de la población	Menos del 20% Entre el 20% y el 80% Más del 80%
<i>Acceso a atenciones especializadas</i>	Porcentaje de atenciones especialidades médicas ofrecidas en modalidad ambulatoria	Menos del 20% Entre el 20% y el 80% Más del 80%
<i>Protocolos y guías de atención</i>	Existencia de protocolos y guías de atención para la prestación de servicios especializados	Si Parcialmente No
<i>Acceso a la atención especializada bajo la modalidad de telemedicina para poblaciones con barreras de acceso geográficas</i>	Proporción de atenciones especializadas en la modalidad de telemedicina para poblaciones con barreras de acceso geográficas	Menos del 20% Entre el 20% y el 80% Más del 80%

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 24. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Nivel complementario con adopción e implementación de procesos para el trabajo en redes y el fortalecimiento de los procesos de referencia y contrarreferencia digital.	La mayoría de los servicios especializados dependen del entorno hospitalario. No hay protocolos claros ni modalidades ambulatorias, y hay alta tasa de hospitalizaciones innecesarias.	Hay disponibilidad parcial de servicios especializados fuera del hospital, con algunas barreras de acceso, cobertura limitada o falta de integración con el nivel primario	Los servicios especializados están disponibles de forma ambulatoria y domiciliaria cuando corresponde, con protocolos definidos, amplia cobertura y bajos niveles de hospitalización evitable.

8.8 Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención de la RIITS.

Para la verificación se requiere la existencia de protocolos formalmente adoptados a lo largo de la RIITS donde se definan los flujos, condiciones clínicas priorizadas, tiempos de respuesta y responsabilidades de los actores en cada nivel de atención. De manera adicional se deben considerar herramientas tecnológicas interoperables para identificar la trazabilidad del tránsito del paciente a nivel ambulatorio y hospitalario, el acceso

oportuno a la información y la generación automática de reportes sobre oportunidad y continuidad de la atención.

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, también es un actor de especial importancia en el sistema de referencia y contrarreferencia en casos de urgencias y emergencias, para garantizar eficiencia y la equidad. Sus funciones específicas incluyen entre otras la coordinación y regulación de referencias en urgencias y emergencias, gestión de la contrarreferencia, articulación con la red de prestadores y componentes del sistema de emergencias médicas - SEM, y garantía de principios del sistema de salud.

De manera adicional, se requiere contar con implementación de indicadores que midan la efectividad del proceso, como el porcentaje de referencias efectivas, contrarreferencias cumplidas, tiempos de respuesta, y la satisfacción del usuario. La RIITS debe demostrar también la operatividad y la coordinación asistencial para el seguimiento a casos, y la disposición de personal para la articulación en los diferentes niveles de atención.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 25. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Mecanismos formalizados de referencia y contrarreferencia ambulatoria y hospitalaria</i>	Manual o instrumento institucional de gestión de referencias implementado.	Si Parcialmente No
	Porcentaje de prestadores con mecanismos de derivación definidas según niveles de atención.	25% 50% 75% 100%
	% de referencias y contrarreferencias con trazabilidad completa	25% 50% 75% 100%
	<i>Auditoría interna</i>	Tiempos promedio de respuesta y aceptación de referencias
<i>Uso de herramientas tecnológicas e interoperabilidad</i>	Existencia de sistema digital de referencia y contrarreferencia en los actores con competencias	Si Parcialmente No
	Nivel de satisfacción del usuario con la atención entre niveles	25% 50% 75% 100%

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 26. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención de la RIITS	No se han implementado mecanismos formales de referencia y contrarreferencia. Los flujos de atención entre niveles son empíricos o desarticulados. No	Existen protocolos de referencia y contrarreferencia, pero su aplicación es heterogénea y presenta deficiencias en tiempos, respuesta, articulación entre prestadores o	Los mecanismos de referencia y contrarreferencia están formalizados, actualizados y plenamente operativos en todos los niveles de la red. Se cuenta con sistemas tecnológicos

Criterio	1	2	3
	hay protocolos funcionales ni trazabilidad en los traslados de usuarios. Existe alta fragmentación, pérdida de continuidad y duplicidad de atenciones.	trazabilidad. El uso de tecnologías es limitado o no está articulado. La continuidad de la atención es intermitente.	interoperables, trazabilidad en tiempo real, equipos responsables y seguimiento al usuario. La atención es continua, integral y centrada en el paciente.

8.9 Red de transporte y comunicaciones coordinando los recursos físicos, tecnológicos, logísticos y de gestión que permitan el traslado oportuno y seguro de la población a lo largo de la RIITS, a partir de esquemas de coordinación interinstitucional y el uso de tecnologías de información y comunicación.

Se requiere contar con una red de transporte (fluvial, terrestre y aérea) y de comunicaciones para garantizar el acceso efectivo, oportuno y seguro a los servicios de salud a lo largo del territorio, en especial para las personas que requieren atención en un punto diferente al de su lugar de residencia. Se requiere la existencia y operatividad de un sistema articulado y suficiente de transporte asistencial y administrativo, terrestre, fluvial o aéreo, según las condiciones geográficas del territorio, que garantice el acceso oportuno de la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención. Este sistema debe estar soportado por un inventario actualizado de vehículos disponibles (ambulancias básicas, medicalizadas, transporte fluvial, y aéreo entre otros), sus condiciones técnicas, flujos definidos y tiempos de respuesta estimados, así como los convenios o contratos formalizados entre los diferentes prestadores y entidades territoriales que aseguren su funcionamiento continuo y coordinado.

En cuanto a comunicaciones, se debe contar con plataformas tecnológicas e infraestructuras de conectividad que permitan la interacción efectiva entre los distintos niveles de atención, la transmisión de información clínica en tiempo real, el seguimiento remoto de casos, la referencia y contrarreferencia oportuna, y la articulación con los sistemas de vigilancia epidemiológica y de gestión del riesgo. Esto implica disponer de sistemas interoperables de información en salud, con protocolos de uso definidos, acceso autorizado para el personal de salud, y mecanismos de seguridad y confidencialidad de la información.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 27. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

Categoría	Indicador	Escala de valoración	
<i>Existencia de red de transporte funcional y adaptada al territorio</i>	Porcentaje de zonas del territorio con rutas de traslado asistencial definidas	25% 50% 75% 100%	
	<i>Coordinación interinstitucional y gestión de recursos logísticos</i>	Número de convenios intersectoriales vigentes	25% 50% 75% 100%

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Uso de tecnologías de información y comunicación para trazabilidad</i>	Porcentaje de traslados con registro digital y trazabilidad	25% 50% 75% 100%
	Funcionamiento del CRUE u otro sistema de coordinación 24/7	Si Parcialmente No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 28. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con una organización que contemple un primer nivel de atención multidisciplinario que aborde a toda la población y que integra y coordina el cuidado integral de la salud, y un nivel complementario conformado por servicios especializados y con mayor requerimiento tecnológico coordinados a través de un sistema de referencia y contrarreferencia	No existe o es incipiente la red de transporte y comunicaciones. No hay coordinación efectiva ni protocolos definidos. No se tienen en cuenta condiciones culturales, de género ni barreras físicas del territorio..	La red de transporte existe, pero su implementación es parcial y con dificultades en la coordinación interinstitucional. Se están desarrollando esquemas de TIC, pero no hay cobertura total ni adaptabilidad a las diversidades territoriales.	Existe una red formalizada, funcional e integrada de transporte y comunicaciones. Está articulada interinstitucionalmente y basada en tecnologías de la información. Se adapta a las características culturales, geográficas, de género y diversidad. Asegura el traslado oportuno, continuo y seguro del usuario.

8.9 Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Se requiere analizar la coordinación del sector salud y protección social con los demás actores y otros actores sociales con el fin de incidir en elementos estructurales sociales, económicos, culturales y ambientales que afectan la salud, el objetivo es un trabajo no sólo aislado de salud sino de una red colaborativa con el fin de transformar realidades que generan desigualdad y potencial exclusión.

Por lo tanto, se requiere verificar la existencia de alianzas intersectoriales, articulación del sector salud con otras políticas sectoriales, el desarrollo de planes, programas y políticas para intervención de manera positiva los determinantes de la salud y la reducción de las brechas en acceso y en resultados en salud. Implica el análisis de redes, análisis cualitativas y mixtas, evaluación de intervenciones intersectoriales y monitoreo participativo basado en comunidad, realizando un monitoreo periódico de inequidades y presupuestos integrados.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 29. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Instancias sectoriales activas</i>	Existencia y funcionamiento de comités, mesas técnicas o consejos territoriales que incluyen salud y otros sectores	Si Parcialmente No
<i>Proyectos con enfoque de determinantes</i>	Existencia de proyectos intersectoriales	Si Parcialmente

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Análisis de inequidades en salud</i>		No
	Evidencia de la realización de estudios de inequidades en salud	Si
	datos desagregados por territorio, grupo étnico, nivel socioeconómico, género	Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 30. Escala de valoración del criterio determinante

Atributo	Criterio	1	2	3
9.8. Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	El sector salud trabaja de forma aislada. No hay coordinación con otros sectores, ni acciones estructurales sobre determinantes ni enfoque de equidad territorial.	Hay coordinación ocasional o limitada con otros sectores. Se identifican determinantes, pero con acciones aisladas o poco sostenidas. El enfoque de equidad no está transversalizado.	Existen instancias intersectoriales activas, planes conjuntos y acciones concretas sobre determinantes. Hay uso de información para reducir desigualdades y enfoque de equidad en políticas de salud.

8.10 Esquema de participación social amplia

Identificar como la comunidad cuenta con espacios efectivos, representativos y continuos para incidir en las decisiones, control social, la planeación, la ejecución y la evaluación de la conformación de las RIITS y su impacto sobre las necesidades de la población como un mecanismo que contribuya a la corresponsabilidad y la legitimidad territorial de las decisiones en salud.

En este sentido se considera relevante identificar la existencia de instancias formales de participación social en salud, los mecanismos de consulta, información y retroalimentación a la comunidad, la formación y empoderamiento de los actores comunitarios Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 31. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Instancias activas de participación</i>	Existencia y funcionamiento del Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), mesas de salud, veedurías o comités territoriales	Si
		Parcialmente
		No
<i>Estrategias de información comunitaria</i>	Existencia de medios usados para informar a la comunidad	Si
		Parcialmente
		No
<i>Participación en el seguimiento de la red</i>	Evidencia de auditorías, veedurías ciudadanas, encuestas de experiencia usuaria	Si
		Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 32. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
----------	---	---	---

Esquemas de participación social amplia	No existen espacios reales de participación o son simbólicos. No hay representación diversa, no se socializan decisiones ni se promueve el control social.	La participación es formal y con cierta regularidad, pero su incidencia es baja o limitada a temas informativos. Algunos sectores están subrepresentados.	Hay múltiples instancias de participación activa, representativa y con incidencia real. Se promueve la formación comunitaria, hay auditoría social y retroalimentación continua
---	--	---	---

8.11 Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

En este caso, este criterio busca verificar si los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico que soportan la atención en salud funcionan de manera articulada, eficientes y coordinada para garantizar la continuidad del cuidado, la calidad de los servicios y el uso racional.

En este sentido se requiere contar con mecanismos de articulación funcional, la gestión centralizada de los recursos logísticos, los sistemas de información interoperables, procesos administrativos integrados y la disponibilidad de recursos de apoyo integrados.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 33. Mediciones propuestas para la verificación del cumplimiento del criterio

<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de valoración</i>
<i>Gestión compartida de insumos y medicamentos</i>	Existencia de sistemas integrados de inventario, compras conjuntas o distribución territorial	Si Parcialmente No
<i>Integración de procesos administrativos</i>	Instituciones prestadoras de servicios de salud que comparten procesos de agendamiento, facturación o gestión de autorizaciones	Menos del 20% Entre el 20% y el 80% Más del 80%

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo a la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 34. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	Cada institución gestiona sus sistemas de forma aislada. No hay coordinación logística ni interoperabilidad, y existen barreras frecuentes para el soporte a la atención clínica.	Existen algunos sistemas articulados, pero con fallas en interoperabilidad, tiempos de respuesta, o duplicación de procesos. La gestión es parcial o segmentada.	Los sistemas clínicos, administrativos y logísticos están articulados entre sí. Hay interoperabilidad, procesos compartidos y resultados eficientes. Soportan integralmente la atención.

8.12 Sistema de Información Atención Primaria en Salud SI-APS de la RIITS, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este indicador tiene como objetivo identificar la existencia de un sistema de información integrado que permita recolectar, compartir, analizar y utilizar la información de forma oportuna, interoperable y centrada en la población, sus necesidades y las condiciones territoriales a fin de garantizar la toma de decisiones, el monitoreo al desempeño de la red, la trazabilidad del proceder de atención en salud y la identificación de inequidades.

El Sistema de Información Atención Primaria en Salud SI-APS de la RIITS, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, favorece la interoperabilidad entre los sistemas de información de los actores que conforman la RIITS, la unificación y centralización de bases de datos clínicos y administrativos, la seguridad, confidencialidad y gobernanza de datos y talento humano capacitado para la gestión de información. Se requiere verificación de la existencia de metas y objetivos claros, planeas operativos articulados con los resultados esperados e indicadores de desempeño, la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación con enfoque de resultados en salud.

Para poder realizar la verificación se establecen como propuesta de abordaje para analizar su estado en el territorio las siguientes mediciones:

Tabla 35. Mediciones de verificación del cumplimiento del criterio

Categoría	Indicador	Escala de valoración
Nivel de interoperabilidad	Porcentaje de IPS conectadas a un sistema interoperable	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
Acceso compartido a la información	Porcentaje de IPS con acceso a tableros de control, sistemas de monitoreo o información consolidada	Menos del 20%
		Entre el 20% y el 80%
Gobernanza de datos	Existencia de protocolos de gestión, privacidad, uso y calidad de datos	Si
		Parcialmente
		No

Nota: Se podrán utilizar otros elementos para la verificación los cuales deben estar soportados tanto por la evidencia o garantizar una justificación a nivel técnico que lo soporte

De acuerdo con la evaluación del criterio, la escala de valoración del criterio determinante es la siguiente:

Tabla 36. Escala de valoración del criterio determinante

Criterio	1	2	3
Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes	Los actores de la red operan con sistemas fragmentados. No se recopilan datos clave ni se comparten. La información no guía la toma de decisiones ni la gestión territorial.	Hay varios sistemas con limitada interoperabilidad. Se captura parte de las variables requeridas, pero el uso analítico o la integración es baja. Hay barreras técnicas o humanas.	La red dispone del SI-APS con información compartida, desagregada y usada activamente para gestión clínica y territorial. Se respetan estándares de gobernanza de datos.

9. Operación de las RIITS

9.1 Sistemas de apoyo para coordinación asistencial

La coordinación asistencial de las RIITS se requiere establecer el conjunto de actividades, procesos, procedimientos y mecanismos, que orientan y facilitan las funciones asistenciales de los prestadores de servicios de salud y distintos actores, integrando sistemas de comunicación e información interoperables, que garanticen el acceso y manejo oportuno y efectivo de las personas para el cuidado óptimo de su salud, garantizando la implementación progresiva de los atributos de la APS como integralidad, continuidad y resolutivez.

Para la adecuada articulación asistencial, se requiere incorporar en el diseño institucional el proceso de articulación asistencial que debe relacionarse de manera transversal con los procesos y procedimientos institucionales, estratégicos, misionales, de control y de apoyo.

Para favorecer la coordinación asistencial se tendrán en cuenta tres tipos de coordinación: clínica, administrativa y financiera, que deben actuar de manera simultánea para brindar una atención a las personas, familias y comunidades, de manera continua, integral, oportuna y satisfactoria.

- **Coordinación clínica:** Corresponde a la coordinación que se realiza en la atención, para garantizar procesos asistenciales secuenciales y articulados tanto en el nivel primario como complementario y el seguimiento efectivo por parte de profesionales en salud. Incluye la comunicación entre el personal de salud para conocer, gestionar, transferir y utilizar la información clínica de las personas para garantizar la continuidad de la atención y la confidencialidad de los datos.
- **Coordinación administrativa y financiera:** es el conjunto de actividades y mecanismos que se articulan entre la gestión administrativa y financiera para apoyar los procesos asistenciales garantizando su cumplimiento efectivo. Esta coordinación, permite planificar acciones para la continuidad de la atención, prever y manejar contratiempos, optimizar la toma de decisiones, mantener el equilibrio financiero, la sostenibilidad y garantizar la continuidad de las atenciones en salud.

Para lograr una atención continua y sin fraccionamiento, la coordinación asistencial incluye aquellas adecuaciones en la organización, gestión, y articulación entre los servicios que permiten, que la persona transite entre los diferentes niveles de atención de la red, para el cuidado integral de su salud. Se han definido entre otros los siguientes mecanismos de coordinación:

- Mecanismos de Organización e Integración de estructuras institucionales con punto de enlace.
- Mecanismos de articulación para entrega de medicamentos y dispositivos médicos.
- Mecanismos de Integración de sistemas de información.
- Mecanismos de gestión que incrementen capacidad resolutivez y aumento de autonomía de los profesionales de salud.

A su vez, se deben establecer unos mecanismos de organización e integración de estructuras institucionales, que se centran en la integración de estructuras de gestión asistencial y administrativas del nivel primario y complementario, que facilitan la articulación, entre los cuales se encuentran:

- **Punto de Enlace:** se recomienda contar con persona o equipo que permita gestionar el enlace institucional en el prestador asignado, donde se identifiquen y

se articulen las necesidades de las personas y aquellas provenientes de la comunidad (Equipos Territoriales de Salud), se gestionen las actividades de identificación, clasificación, direccionamiento y seguimiento a los diferentes servicios de salud, socio comunitarios y atención al usuario.

- La Coordinación de Procesos Asistenciales: debe ser encabezado por un líder o coordinador asistencial de los prestadores, el cual será el responsable de las tareas de planificación y coordinación de las respectivas áreas y servicios. Además, deberá realizar seguimiento, mediciones de sus procesos y determinación de acciones correctivas y de mejora.
- Fortalecimiento de la comunicación y el trabajo en equipo. Es necesario establecer una comunicación fluida y efectiva entre los diferentes líderes o enlaces de cada servicio, así como con los enlaces de diferentes prestadores o instituciones que se requieran articular para lograr la atención integrada y continua de las personas.
- Mecanismo de participación con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Se debe promover la participación de las personas en la toma de decisiones sobre la atención en salud, la autonomía y el diligenciamiento del consentimiento informado y demás documentos asociados, mediante el uso de plataformas digitales o de los recursos disponibles y sistemas de información interoperables que faciliten el acceso a la información. Se garantizará una atención de calidad, asegurando que cada persona reciba cuidados centrados en sus necesidades específicas.
- Reuniones clínicas conjuntas: Se deben establecer reuniones clínicas periódicas y permanentes entre profesionales de salud y administrativos, para discutir casos prioritarios de orden asistencial o administrativo y coordinar planes de tratamiento y proponer acciones de mejora en los diferentes prestadores, dejando constancia documentada de las mismas.
- Formación continua: Se deben establecer estrategias para fomentar la participación en programas de formación continua para el personal de salud y el personal administrativo, con el fin de mantenerlos actualizados sobre temas que se requieran.

9.2 Referencia y contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia en la red integral e integrada territorial de salud es un componente esencial para garantizar la atención continua y de calidad a los pacientes, promoviendo un enfoque integral e integrado en el cuidado de la salud. Este sistema facilita la coordinación entre los diferentes niveles de atención en el ámbito territorial, optimizando el flujo de pacientes y asegurando que reciban la atención adecuada en el momento oportuno. En el contexto de la red integral e integrada territorial de salud, la interacción del sistema de referencia y contrarreferencia es crucial para lograr una cobertura universal y equitativa, evitando la fragmentación de los servicios y mejorando la eficiencia del sistema.

El Sistema de referencia y contrarreferencia es el componente articulador de RIITS, que conlleva a:

- Mejora la fragmentación de los servicios
- Reduce los retrasos en la atención y la duplicidad de esfuerzos.
- Evita la interrupción de los tratamientos y el desplazamiento innecesario
- Facilita la integración y comunicación de los diferentes niveles de atención,
- Mejora la calidad y satisfacción de los usuarios...
- Permite una gestión eficiente dentro del sector salud.
- Presta adecuadamente a los usuarios los servicios de salud con, oportunidad, pertinencia, eficacia y eficiencia

El sistema de referencia se refiere al proceso mediante el cual un paciente es remitido desde un nivel de atención de salud más básico o primario a un nivel superior, especializado o especializado, cuando su condición médica requiere un tratamiento o diagnóstico más avanzado. Este proceso garantiza que los pacientes sean atendidos de manera adecuada según la complejidad de su enfermedad o necesidad médica, asegurando la correcta atención y reduciendo la sobrecarga en los servicios de atención primaria.

Por otro lado, el sistema de contrarreferencia implica el proceso inverso, en el cual un paciente, luego de haber recibido atención en un nivel especializado o terciario, es devuelto al nivel primario o de menor complejidad para continuar con su tratamiento y seguimiento. La contrarreferencia asegura que el paciente reciba un seguimiento continuo, lo cual es fundamental para la gestión de enfermedades crónicas o el control postoperatorio, y facilita una atención continua, evitando que el paciente quede huérfano de atención tras haber recibido tratamiento especializado.

Ambos sistemas son necesarios para asegurar una gestión adecuada de los recursos y evitar la duplicación de esfuerzos, garantizando que los pacientes reciban la atención más apropiada en el nivel adecuado. Esta interacción también fomenta la continuidad del cuidado, un principio clave en la organización de una red de salud efectiva.

La integración de los niveles de atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia es crucial para evitar la saturación de los niveles más complejos del sistema de salud, mientras se garantiza que los pacientes reciban el nivel de atención más adecuado. De igual forma, la contrarreferencia permite que los pacientes regresen a su comunidad para continuar su tratamiento sin necesidad de regresar a un hospital especializado, lo que optimiza el uso de los recursos del sistema.

La comunicación efectiva es el pilar fundamental en el sistema de referencia y contrarreferencia. La información clara y completa sobre el estado del paciente, el tratamiento recibido y las recomendaciones médicas es esencial para garantizar la continuidad de la atención. Los sistemas de información, como las historias clínicas electrónicas, pueden facilitar esta comunicación y asegurar que todos los profesionales de salud involucrados en el cuidado del paciente tengan acceso a los datos relevantes, evitando errores y redundancias.

La comunicación debe ser bidireccional: los niveles de atención primaria deben poder derivar pacientes a niveles más complejos de manera eficiente, y también deben recibir retroalimentación sobre el tratamiento recibido en los niveles superiores. Esta retroalimentación es clave, ya que permite ajustar el tratamiento y continuar el seguimiento del paciente de forma adecuada.

Para lo anterior se debe tener en cuenta:

- La coordinación entre los profesionales de salud de diferentes niveles es crucial para garantizar que el paciente reciba una atención continua y sin interrupciones. Los médicos de atención primaria, los especialistas de segundo nivel y los médicos hospitalarios deben trabajar de manera conjunta y coordinada. Esta colaboración multidisciplinaria facilita la toma de decisiones clínicas informadas, lo que contribuye a la mejora de la calidad de la atención.
- Los equipos de salud territorial en el nivel primario de atención juegan un papel crucial en la referencia de los pacientes a niveles superiores. Estos equipos deben estar capacitados para evaluar adecuadamente las necesidades de atención especializada y saber cuándo derivar a los pacientes al siguiente nivel. Además, deben poder realizar un seguimiento adecuado del paciente una vez que regrese a su comunidad después de haber recibido atención especializada, asegurando una contrarreferencia efectiva.
- La adecuación de protocolos y normativas es esencial para que el sistema de referencia y contrarreferencia funcione correctamente. Los protocolos médicos deben ser claros y estandarizados para guiar tanto a los profesionales de salud

como a los pacientes en el proceso de derivación y retorno. De igual manera, las normativas sobre tiempos de espera, rutas de derivación y criterios de prioridad deben estar bien definidas, lo que facilita una atención oportuna y evita retrasos en la atención médica.

- La incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la gestión del sistema de referencia y contrarreferencia es fundamental para mejorar la eficiencia. Las historias clínicas electrónicas, las plataformas de gestión de citas, y la telemedicina permiten a los proveedores de salud tener un acceso inmediato a los registros médicos de los pacientes, independientemente de su ubicación. Esto asegura que la referencia y contrarreferencia se realicen de forma más rápida, precisa y eficiente.

9.3 Novedades de la conformación y organización de la Red Integral e Integrada territorial de salud – RIITS y procedimiento para la gestión estas

Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social habilite la Red Integral e Integrada Territorial de Salud – RIITS, la Secretaría de Salud departamental o distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias podrá realizar los ajustes requeridos en la red, previo aval del Comité de Coordinación de la RIITS, bajo el procedimiento de novedades. Las novedades deben reportarse a través del Módulo de RIITS o el instrumento definido por parte del Ministerio, con un plazo máximo de quince (15) días calendario posteriores a la ejecución de la modificación en la estructura de la red.

Las novedades a ser reportadas son las siguientes:

- Ingreso de un servicio de salud en el nivel primario
- Salida de un servicio de salud en el nivel primario
- Ingreso de un nuevo servicio de salud en el nivel primario
- Ingreso de un servicio de salud en el nivel complementario de atención
- Salida de un servicio de salud en el nivel complementario de atención
- Ingreso de un nuevo servicio de salud en el nivel complementario de atención
- Ingreso de un prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud en el nivel primario
- Ingreso de un prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud en el nivel complementario de atención
- Salida de un prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud en el nivel primario
- Salida de un prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud en el nivel complementario de atención
- Ingreso de una institución prestadora de servicios de salud con adaptación funcional en CAPS
- Salida de una institución prestadora de servicios de salud con adaptación funcional en CAPS
- Ingreso de una Entidad Promotora de Salud o la entidad que haga sus veces para la gestión de la prestación de los servicios de salud en el departamento o distrito.
- Salida de una Entidad Promotora de Salud o la entidad que haga sus veces para la gestión de la prestación de los servicios de salud en el departamento o distrito.

Las novedades realizadas por parte de la Secretaría de Salud departamental o distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, registrará en el módulo de RIITS o el instrumento establecido para tal fin cada una de las novedades a partir del siguiente procedimiento:

- La Secretaría de Salud departamental o distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias deberá diligenciar el formato de novedades establecido por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, identificando los datos requeridos para el establecimiento de la novedad.
- Incluir el análisis funcional de RIITS con el análisis del efecto de la novedad dentro de la completitud de la red así como los efectos sobre el nivel de progresión de la red.
- Incluir el acuerdo de voluntades o el acuerdo establecido por la normatividad vigente que establezca la relación entre los actores y su inclusión en marco de la conformación y organización de la RIITS.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar las siguientes acciones para el trámite de la novedad correspondiente:

- Ingresar al Módulo de RIITS o el instrumento establecido para tal fin, para seleccionar la novedad a gestionar.
- Verificar que la Secretaría de Salud departamental o distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias haya soportado de acuerdo con los lineamientos establecidos para las novedades.
- Aprobar la novedad en caso de cumplimiento de los requisitos en términos del análisis funcional y el nivel de progresión se procede a generar el reporte, su correspondiente aprobación y registro en el módulo de RIITS.

10. Seguimiento y evaluación

10. 1 Progresividad para la implementación de los Matriz de calificación de los criterios determinantes de las RIITS

El estado de la RIITS y su correspondiente análisis conlleva a la especificación del cumplimiento en el desarrollo de los procesos de integración, en este sentido, a continuación, se presenta la evaluación de los niveles de desarrollo en la conformación y organización de la red en concordancia con los criterios determinantes y el grado de integración, por lo anterior se plantean las siguientes escalas de valoración:

Tabla 41. Escala de valoración de los niveles de progresión de la RIITS

Criterios determinantes		0	1	2	3
1	Atención primaria en salud- APS como eje transversal de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud - RIITS con servicios en los niveles primario y complementario centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y la diversidad de la población.	0%	30%	65%	100%
2	Acceso o primer contacto desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS con definición de población y territorio a cargo, atención extramural a través de equipos de salud territoriales con abordaje por entornos de vida cotidiana e implementación de mecanismos participativos para el reconocimiento y la comprensión de las necesidades y preferencias en salud y la planeación de la respuesta en salud..	0%	30%	65%	100%
3	Servicios de salud resolutivos, integrados, integrales y continuos desde el nivel primario de la red integral e integrada territorial de salud – RIITS en el nivel municipal hasta el nivel complementario en los ámbitos municipal, subregional, departamental o distrital, regional y nacional.	0%	30%	65%	100%

Criterios determinantes		0	1	2	3
4	Cuidado integral de la salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación hasta los cuidados paliativos.	0%	30%	65%	100%
5	Personal de salud suficiente, valorado, competente y comprometido.	0%	30%	65%	100%
6	Resolutividad en el nivel primario de la RIITS con énfasis en el nivel microterritorial, territorial y municipal que incluya diferentes niveles de desarrollo y se apalanque en los dispositivos sectoriales y comunitarios disponibles.	0%	30%	65%	100%
7	Nivel complementario con adopción e implementación de procesos para el trabajo en redes y el fortalecimiento de los procesos de referencia y contrarreferencia digital.	0%	30%	65%	100%
8	Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención de la RIITS.	0%	30%	65%	100%
9	Red de transporte y comunicaciones coordinando los recursos físicos, tecnológicos, logísticos y de gestión que permitan el traslado oportuno y seguro de la población a lo largo de la RIITS, a partir de esquemas de coordinación interinstitucional y el uso de tecnologías de información y comunicación.	0%	30%	65%	100%
10	Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	0%	30%	65%	100%
11	Esquemas de participación social amplia.	0%	30%	65%	100%
12	Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.	0%	30%	65%	100%
13	Sistema de Información Atención Primaria en Salud SI-APS de la RIITS, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	0%	30%	65%	100%
15	Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.	0%	30%	65%	100%

Para calcular el valor total de la propuesta de RIITS, se realiza un promedio simple de los criterios determinantes, dado que no existe una jerarquía superior sobre los mismos que permita una medición diferencial y que cada uno de los elementos considerados tiene la misma importancia para la conformación y organización de esta en el territorio.

De acuerdo con los resultados obtenidos y la valoración se requieren considerar los siguientes niveles de progresión de la RIITS:

Tabla 42. Valoración de la RIITS

0% a 10%	La RIITS propuesta no presenta los requisitos mínimos establecidos, por lo que se requiere reconfigurar totalmente la propuesta y realizar una nueva presentación.
10% a 30%	La RIITS propuesta no es funcional, los niveles de integración e integralidad son mínimos lo cual requiere un ajuste sobre los diferentes criterios determinantes e incorporarlos en un plan de acción con seguimiento mensual.
30% a 65%	La RIITS propuesta es parcialmente funcional, los niveles de integración deben ser fortalecidos y los mecanismos de gestión, por lo que se requiere un ajuste que será incorporado en el plan de acción con seguimiento trimestral.
65% a 95%	La RIITS propuesta es significativamente funcional y requiere la realización de ajustes puntuales sobre los criterios determinantes los cuales deberán ser reflejados en un plan de acción con seguimiento semestral.
95% a 100%	La RIITS propuesta es totalmente funcional y no se requiere realizar ajustes en la conformación y organización, no obstante, en los casos de no tener el 100% se debe realizar un plan de acción con seguimiento anual.

Estos niveles de progresión son los que determinan la RIITS que se habilita en el territorio a partir del procedimiento que se menciona en el siguiente numeral.

10.2 Propuestas de alternativas estratégicas para el mejoramiento de la integración e integralidad de las RIITS

Una vez se realiza la verificación del cumplimiento de los criterios determinantes en la propuesta de la RIITS se requiere a partir de su nivel de integración se debe establecer un plan de acción de acciones a corto, mediano y largo plazo entre los actores de la RIITS el cual de manera posterior será validado por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales pueden entre otras tener en cuenta las siguientes estrategias:

Tabla 45. Estrategias para el mejoramiento de las RIITS

Criterios para la conformación y organización de las RIITS	Estrategias
<p>1</p> <p>Análisis de la Población y territorio, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un mecanismo que permita el desarrollo y la actualización del perfil de necesidades del territorio, como mínimo anualmente. • Integrar de manera progresiva el análisis de necesidades a los procesos de toma de decisiones de la conformación y organización de las RIITS, incluyendo los aspectos de tipo administrativo y operativo. • Proveer al territorio de herramientas de georreferenciación de la población, sus necesidades, los potenciales riesgos y el estado de los determinantes de la salud. • Establecer sistemas de información interoperables en el territorio, para el análisis y la toma de decisiones en lo correspondiente a RIITS. • Analizar las PQR y tutelas
<p>2</p> <p>Oferta de servicios de salud para la prestación de servicios de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mecanismos de información y salidas de información para establecer las brechas de servicios de salud en función del territorio y los mecanismos de adaptación en torno a los niveles de operación territorial de la RIITS. • Fortalecer la referencia y contrarreferencia en el territorio, de acuerdo con las competencias y funciones de cada uno de los actores, a través del comité de coordinación de la RIITS. • Fortalecimiento de las modalidades extramural y de telesalud para mejorar el acceso a los servicios de salud a nivel territorial. • Analizar las PQR y tutelas
<p>3</p> <p>Modelo con enfoque en la estrategia de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar la atención en contextos territoriales y familiares, con cobertura de la atención domiciliario y el establecimiento de mecanismos de evaluación participativa del desempeño • Fortalecer la participación comunitaria en el diseño del modelo, con articulación de las estrategias para el fortalecimiento de las acciones de salud a nivel territorial • Establecer las estrategias y mecanismos que posibiliten el desarrollo de las acciones en marco de la atención primaria en salud y la articulación en el componente operativo y de gestión de la RIITS
<p>4</p> <p>Personal de salud suficiente, valorado, competente y comprometido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un diagnóstico territorial del personal de salud, con análisis de brechas por servicios y por ubicación geográfica. • Implementación de planes de retención del personal de salud a partir de incentivos que mejoren la cobertura territorial, con contratación estable y justa. • Fomentar mecanismos de evaluación de desempeño y los espacios de participación del personal en las decisiones estratégicas de la RIITS. • Cruzar información de diferentes fuentes: observatorio de salud, ReTHUS, encuesta nacional de salud. • Evaluar tasa de retención de talento humano.

Criterios para la conformación y organización de las RIITS		Estrategias
5	Nivel primario fortalecido	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación progresiva de los equipos básicos en salud, con presencia urbana y rural. Además de incremento en la contratación de personal de salud multidisciplinario. • Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación del primer nivel de atención. • Establecimiento de sistemas de referencia y contrarreferencia eficientes • Generación de modelos que fomenten la atención en modalidad extramural y de telesalud. • Fortalecimiento de la atención ambulatoria especializada de acuerdo con los niveles de operación de las RIITS y las necesidades de la población, incluyendo la atención domiciliaria para determinados grupos poblacionales con vulnerabilidad. • Promover el uso de la telesalud para la ampliación de la cobertura y minimizar las barreras de acceso • Establecimiento de protocolos para la derivación y pertinencia en función de las necesidades de la población • Monitoreo de indicadores para medir la eficacia de los niveles de atención de la RIITS. • Evaluar la hospitalización evitable por condiciones sensibles a la atención ambulatoria. • Identificar el desempeño de las especialidades básicas, de mayor complejidad, de apoyo diagnóstico y de cuidado crítico.
6	Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar o actualizar protocolos interinstitucionales, la validación de rutas, la gestión y coordinación entre los sistemas de las EPS y el CRUE, con el establecimiento de equipos territoriales para la implementación. • Fortalecer la interoperabilidad entre plataformas y sistemas de información, la implementación de seguimiento activo, la garantía de la conectividad en zonas rurales. • Implementación de la evaluación periódica de la satisfacción del usuario • Evaluar la oportunidad en la referencia hospitalaria por parte del CRUE.
7	Red de transporte y comunicaciones coordinando	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar análisis y evaluación a nivel territorial de la accesibilidad física y económica de la población tomando en consideración las condiciones geográficas, ambientales y de relaciones sociales existentes a nivel municipal, departamental, subregional y regional. • Establecer los mecanismos de la planificación de la gestión interinstitucional para garantizar el transporte, con fortalecimiento de convenios entre sectores. • Incorporar en la RIITS de manera explícita las condiciones geográficas, climáticas y socioculturales, con la consolidación de un sistema de transporte acorde a las necesidades de la población y el lugar de vivienda, con conectividad a través de las tecnologías de la información y comunicación entre los diferentes actores que conforman la RIITS. • Mapear rutas actuales y zonas críticas sin cobertura, con el establecimiento de rutas asistenciales mínimas por nivel de atención. • Conformar mesas técnicas territoriales para transporte asistencial, incluyendo la gestión del transporte en el plan operativo de la red. • Integrar CRUE a la red y garantizar cobertura continua, incluyendo el diseño de protocolos específicos para traslado de poblaciones con necesidades especiales.
8	Acción intersectorial efectiva, y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer o fortalecer los comités intersectoriales en el nivel territorial y los consejos de política social. • Diseñar estrategias para implementar intervenciones integradas entre los sectores, con inclusión en el monitoreo a partir de indicadores de determinantes sociales y de equidad en los planes de desarrollo. • Análisis de redes, análisis cualitativas y mixtas, evaluación de intervenciones intersectoriales y monitoreo participativo basado en comunidad, realizando un monitoreo periódico de inequidades y presupuestos integrados. •

Criterios para la conformación y organización de las RIITS		Estrategias
9	Esquemas de participación social amplia.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las capacidades territoriales a partir de los COPACOS u otras instancias institucionales con el fin de garantizar que las decisiones en salud en el territorio sean públicas, comprensibles y concertadas. Establecer mecanismos de veeduría ciudadana, participación en comités técnicos y revisión de indicadores.
10	Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar un modelo unificado de operación logística y administrativa para la RIITS. Implementar o fortalecer las plataformas interoperables de la información en salud y administrativa entre los actores que integran la RIITS. Establecer mecanismos de centralización de compras o distribución de insumos y medicamentos. Fortalecer los procesos de gestión de calidad, auditoría y monitoreo del desempeño administrativo y logístico. para mejorar cobertura, oportunidad y reducción de costos. Desarrollo de intervenciones de promoción de la Salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos según guías y protocolos de Atención en Salud a partir de las necesidades de la población. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en concordancia con las condiciones del territorio y los requerimientos de coordinación asistencial Desarrollar o adoptar sistemas de información interoperables, entre los actores que integran la RIITS.
11	Sistema de Información Atención Primaria en Salud SI-APS	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de una plataforma del SI-APS interoperable territorial entre los actores que conforman la RIITS, con trazabilidad y acceso compartido. Desarrollar tableros de control a nivel territorial de acuerdo con las desagregaciones requeridas. Capacitar al personal en el uso y gestión de información, análisis territorial. Adaptar políticas de gobernanza de datos que garanticen confidencialidad, seguridad, ética y transparencia en el uso de la información. Diseñar y usar tableros de control del desempeño de la RIITS de manera periódica. Asignar recursos o incentivos con base en el cumplimiento de las metas establecidas en la RIITS. Fortalecer las capacidades territoriales en planificación, monitoreo, análisis de datos y evaluación.
12	Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar prestadores sin habilitación vigente o con potencial vencimiento y con procesos de validación y depuración de la información. Apoyar procesos de habilitación a través de asistencia técnica territorial y el cumplimiento de los integrantes de la red cumplan con la normativa vigente. Fortalecer procesos de inspección, vigilancia y control desde la entidad territorial. Establecer planes de mejora para prestadores con hallazgos críticos. Adaptar procesos de habilitación a condiciones geográficas y culturales, en línea con el marco normativo.