



Cundinamarca te Cuida

Modelo territorial de Cuidado Integral de la Salud

Cuidar la vida y promover el desarrollo humano sostenible en cada territorio

“Más cerca de la gente, más cerca del cuidado.”

Documento técnico de formulación

Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca

Bogotá D. C., 2026

Resumen ejecutivo

Cundinamarca te Cuida es la denominación pública del modelo territorial de cuidado integral de la salud de Cundinamarca. Como apuesta de política pública, busca fortalecer el acceso equitativo a servicios integrales, integrados, humanizados y con calidad, mediante una organización de la atención centrada en las personas, las familias y la comunidad, con enfoque territorial, diferencial y de curso de vida.

El modelo se fundamenta en el derecho a la salud, los derechos humanos, la Atención Primaria en Salud (APS), la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), el desarrollo humano sostenible y el bienestar integral. Su estructura se organiza en tres niveles de gestión —macro, meso y micro— y se despliega a través de cuatro estrategias: gobernanza multinivel para territorios saludables; cuidado integral de la salud en la red de atención; gestión de la salud pública en el territorio; y gestión del talento humano y la innovación en salud.

En su implementación, **Cundinamarca te Cuida** articula el cuidado primario de la salud, la gestión clínica integrada, la transformación digital, la alfabetización en salud, el paciente experto y la proximidad del cuidado, con el propósito de consolidar una red más integrada, cercana, resolutive y orientada a resultados. Su impacto esperado es reducir brechas de acceso, fortalecer la equidad territorial, mejorar la experiencia y los desenlaces en salud de la población, y consolidar una gestión pública más articulada y basada en evidencia.

Contenido

Resumen ejecutivo.....	2
1. PRESENTACIÓN DE CUNDINAMARCA TE CUIDA	5
2. FUNDAMENTO TÉCNICO Y CONCEPTUAL DE CUNDINAMARCA TE CUIDA	6
3. ESTRUCTURA DE CUNDINAMARCA TE CUIDA (CIS-PTRRM).....	9
3.1. Enfoques de Cundinamarca te Cuida.....	10
3.2. Marco de política de Cundinamarca te Cuida	11
4. MARCO ESTRATÉGICO DE CUNDINAMARCA TE CUIDA (CIS-PTRRM)	13
5. ESTRATEGIA GOBERNANZA MULTINIVEL.....	14
6. CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	15
6.1. Elementos esenciales para Cundinamarca te Cuida (CIS-PTRRM).....	17
6.1.1. Generación de valor en salud (GVS) como atributo esencial de integración de la Red:	17
6.1.2. Integración de la red de prestación de servicios y del ciclo de atención en salud	19
6.1.3. Programa de alfabetización en salud y paciente experto para que pacientes, familias y comunidades participen activamente en el cuidado de su salud	22
6.1.4. El curso de vida como ordenador de las atenciones	26
6.1.5. Proximidad del cuidado, con gestión intersectorial y participación social	27
6.2. Línea estratégica Cuidado Primario de la Salud centrado en las personas, las familias y la comunidad	29
6.3. Línea estratégica Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud	34
7. ESTRATEGIA GESTIÓN INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO Y LA INNOVACIÓN EN SALUD	38
7.1 Línea Humanización de la atención en salud	40
7.1.2 Línea Gestión del conocimiento y la innovación en salud	40
Acciones estratégicas:	41
7.1.3 Línea Fortalecimiento de competencias y capacidades del talento humano en salud	41
Acciones estratégicas:	41

Referencias	43
-------------------	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hoja de Ruta Formulación del Modelo	5
Figura 2. Fundamentos Conceptuales Cundinamarca te cuida	6
Figura 3. Dimensiones del Bienestar y el Desarrollo Humano Sostenible.....	7
Figura 4. Gestión Integral del Riesgo en Salud y Mejoramiento Continuo de la Calidad	8
Figura 5. Niveles de Gestión de Cundinamarca te cuida.....	9
Figura 6. Estructura de Cundinamarca te cuida	10
Figura 7. Marco Estratégico de Cundinamarca te cuida.....	14
Figura 8. Estrategia Gobernanza Multinivel para territorios Saludables.....	15
Figura 9. Estrategia Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios	16
Figura 10. Ciclo de la Atención en Salud	19
Figura 11. Integración Vertical y Horizontal de la Red de Atención	20
Figura 12. Mecanismos de Integración de la Red de Atención en salud	21
Figura 13. Pasos para la Implementación del Cuidado Primario	30
Figura 14. Operación del Cuidado Primario	31
Figura 15. Valoración Multidimensional Individual.....	32
Figura 16. Valoración Familiar Integral	32
Figura 17. Entornos saludables.....	33
Figura 18. Proceso de Gestión Comunitaria	33
Figura 19. Plan Integral de Cuidado Primario	34
Figura 20. Enfoque de Gestión Clínica Integral y Cuidado de la Salud.....	35
Figura 21. Proyecto ECHO y Telemedicina.....	37
Figura 22. Estrategia Gestión Integral del talento Humano y la Innovación en Salud	39

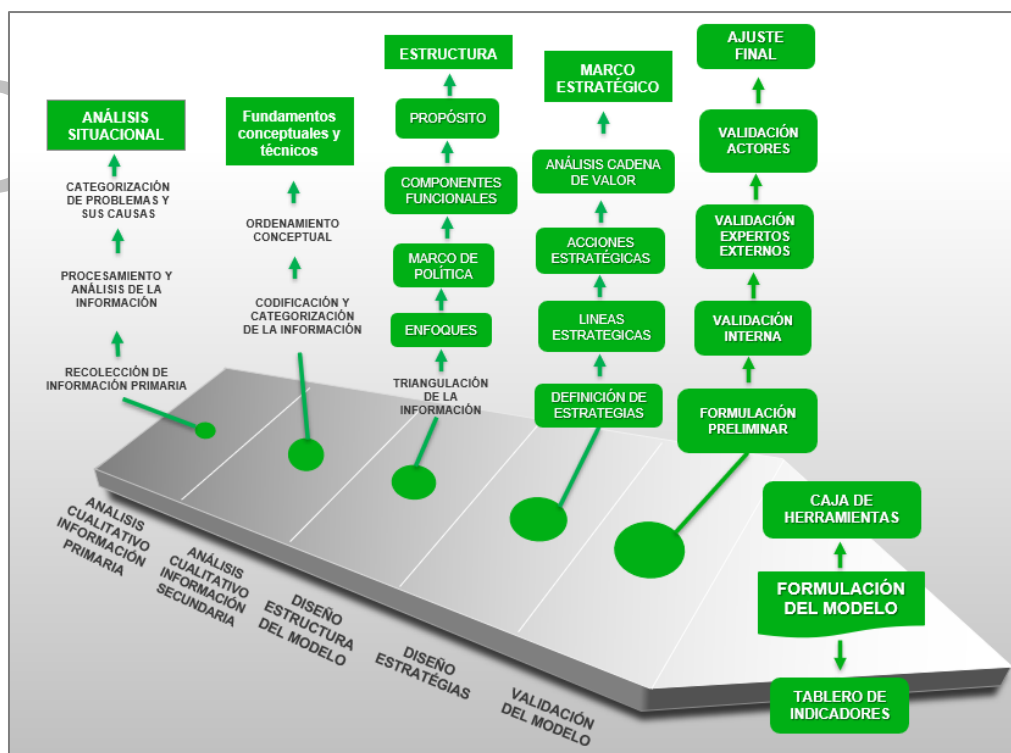
1. PRESENTACIÓN DE CUNDINAMARCA TE CUIDA

Cundinamarca te Cuida es la denominación pública del modelo territorial de cuidado integral de la salud del departamento. Su nombre técnico es “*Cuidado Integral de la Salud en el Contexto del Programa Territorial de Rediseño, Reorganización y Modernización de las Redes*”. Como instrumento de política pública articulado con el PTRRM, su propósito es fortalecer el acceso equitativo a servicios integrales de salud con calidad y humanización, y contribuir al goce efectivo del derecho a la salud en el más alto nivel posible.

Cundinamarca te Cuida, como política pública, establece como eje central de la red de prestación de servicios el cuidado integral de las personas, las familias y la comunidad. Para ello, toma como eje articulador de la gestión el curso de vida, así como la relación interdependiente entre el derecho a la salud y los derechos económicos y sociales, y, de manera consecuente, entre la salud, el bienestar y el desarrollo humano sostenible.

El referente metodológico para el diseño y la formulación del modelo es la teoría fundamentada. En la figura 1 se presenta, de manera esquemática, la hoja de ruta para su formulación:

Figura 1. Hoja de Ruta Formulación del Modelo



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La información primaria se recolectó en la consulta territorial denominada “Un café por la salud de Cundinamarca”, con la participación de actores territoriales en talleres realizados en las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca (RSC). La información secundaria se obtuvo mediante revisión narrativa de la literatura que incluyó, la consulta del marco normativo de

Colombia y Cundinamarca, instrumentos de planeación nacional y departamental, así como documentos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), revistas académicas indexadas y publicaciones gremiales, entre otras fuentes.

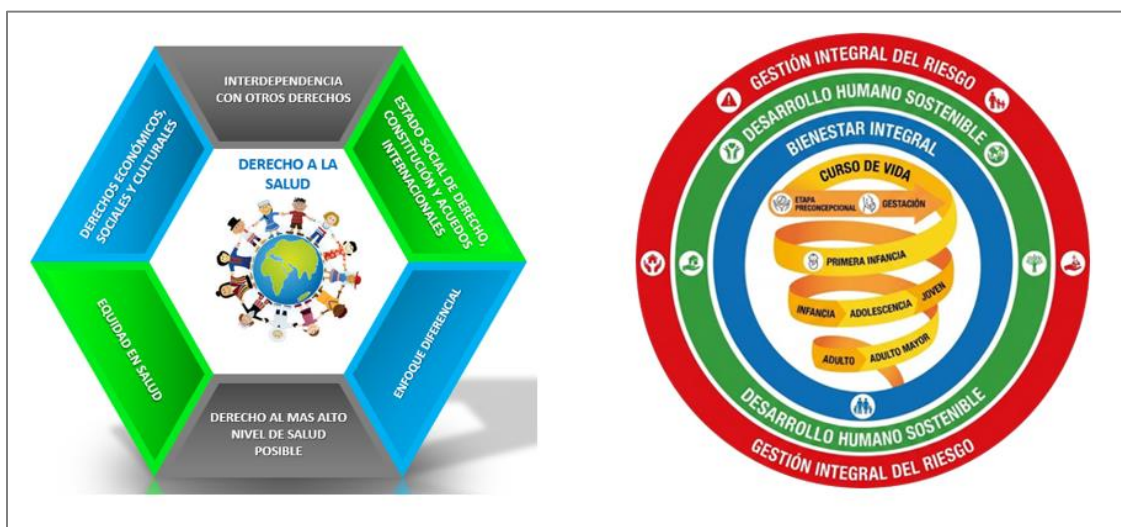
La información primaria y secundaria se procesó en el software Atlas.ti y se analizó mediante técnicas cualitativas como la codificación (abierta, axial y selectiva), la categorización (identificación de supercategorías, categorías, subcategorías y relaciones), así como el análisis y la conceptualización (triangulación, mapas mentales y mapas de relación). Posteriormente, se realizó el ordenamiento conceptual de las categorías teóricas y, con ello, la construcción del fundamento conceptual y técnico que orienta la formulación del modelo. De esta manera, el modelo es emergente y propio del departamento, responde a las problemáticas identificadas, al marco normativo vigente y a un análisis técnico documentado, además de haber sido validado con actores y grupos de interés.

2. FUNDAMENTO TÉCNICO Y CONCEPTUAL DE CUNDINAMARCA TE CUIDA

El fundamento conceptual y técnico de **Cundinamarca te Cuida** constituye la base teórica y práctica que orienta la formulación del modelo. Mientras el componente conceptual define *qué* es el problema y desde qué enfoque se comprende, el componente técnico determina *cómo* se aborda y se resuelve.

Cundinamarca te Cuida se fundamenta en el derecho a la salud, en el marco de los derechos humanos, así como en la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), el desarrollo humano sostenible y el bienestar integral de las personas, las familias y la comunidad a lo largo del curso de vida, tal y como se esquematiza en la figura 2:

Figura 2. Fundamentos Conceptuales Cundinamarca te cuida



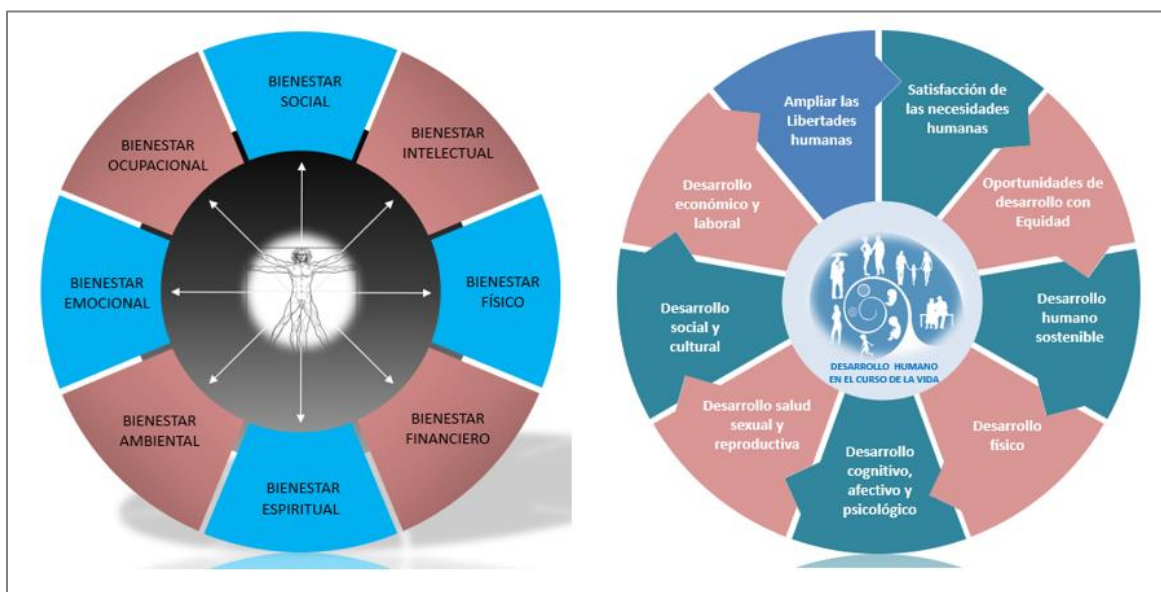
Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

El derecho a la salud es habilitante e interdependiente con los derechos humanos, así como con los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Esto significa que la salud es necesaria para el disfrute de los demás derechos y, a su vez, que el derecho a la salud no puede garantizarse plenamente sin la realización de los DESC. Estos derechos están consagrados en la Constitución Política de Colombia y en los tratados internacionales suscritos, por lo que son vinculantes y de obligatorio cumplimiento. Asimismo, es necesario considerar la equidad y el enfoque diferencial, dadas las desigualdades sociales y las inequidades existentes; por ello, se requiere un abordaje diferencial, territorial y poblacional.

El enfoque de curso de vida analiza cómo las experiencias pasadas y el contexto social, económico y ambiental moldean la salud y el desarrollo humano desde la gestación hasta la vejez. Concibe la salud como un proceso continuo, acumulativo y no fragmentado, en el que las decisiones presentes inciden en el bienestar futuro. Asimismo, reconoce las vidas interconectadas e interdependientes de las personas con su familia, la comunidad y los entornos en los que transcurre la vida.

Cundinamarca te Cuida, en consonancia con el enfoque de derechos humanos, se estructura a partir de situar en el centro a las personas, las familias y la comunidad a lo largo del curso de vida. En este marco, la salud se entiende como interdependiente del bienestar integral, el desarrollo humano sostenible y la gestión integral del riesgo. En la siguiente figura se presenta el abordaje de la salud desde las diferentes dimensiones del desarrollo humano y del bienestar integral:

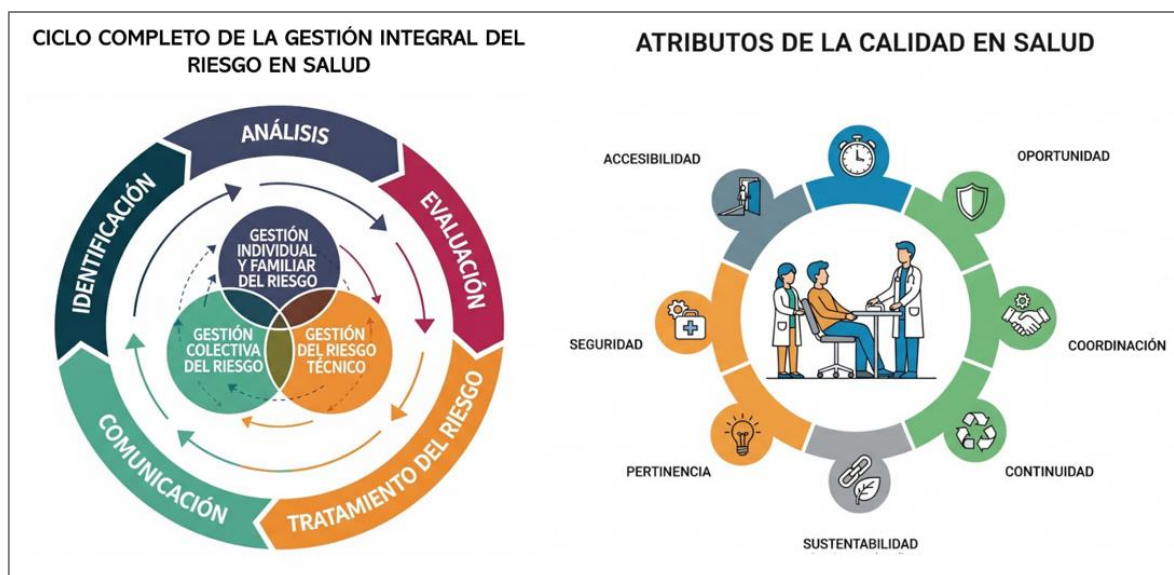
Figura 3. Dimensiones del Bienestar y el Desarrollo Humano Sostenible



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

El abordaje de la salud en **Cundinamarca te Cuida** también considera, como elementos técnicos transversales, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), el mejoramiento continuo de la calidad y la humanización de la atención en salud, como se muestra en la siguiente figura:

Figura 4. Gestión Integral del Riesgo en Salud y Mejoramiento Continuo de la Calidad



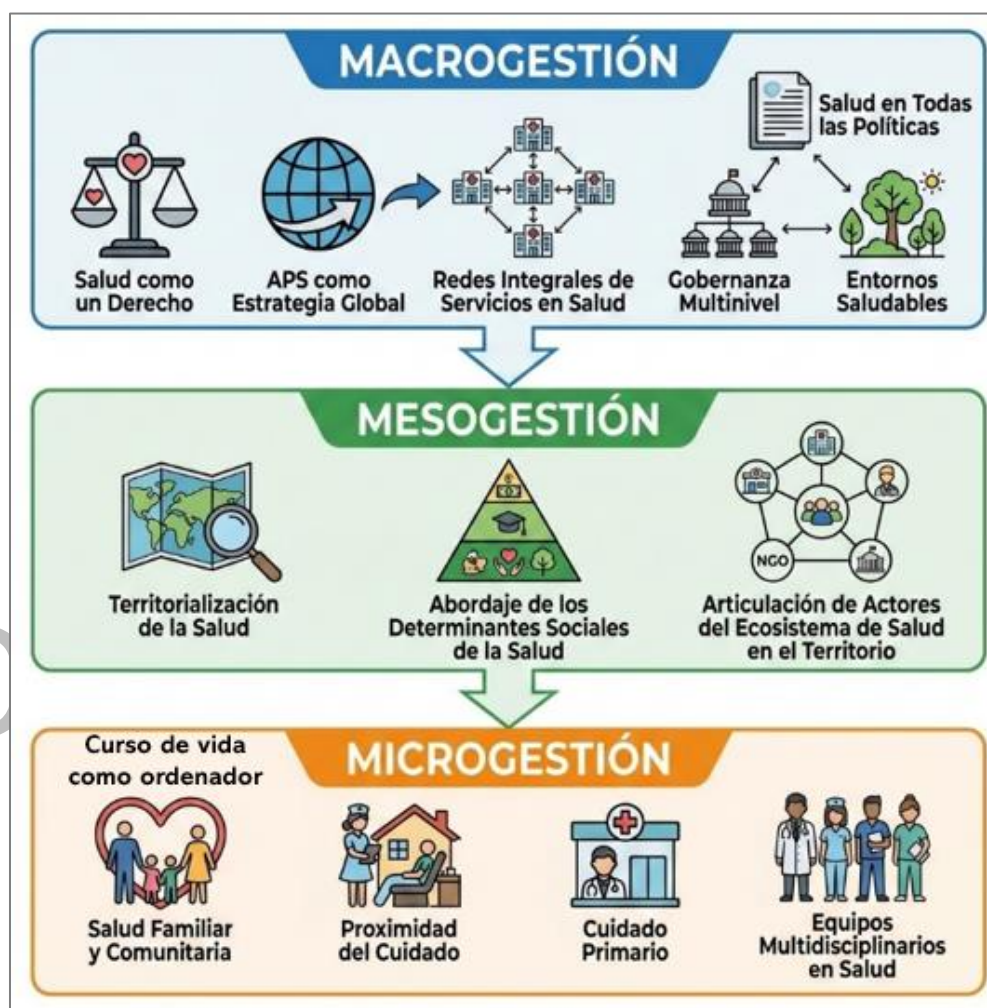
La GIRS implica articular la gestión colectiva e individual del riesgo, así como la gestión del riesgo técnico, entendida esta última como el conjunto de acciones estratégicas y operativas orientadas a identificar, evaluar y mitigar eventos adversos prevenibles en la atención del paciente. Su objetivo principal es asegurar la calidad, la pertinencia y la continuidad asistencial, con el fin de mejorar la seguridad y la efectividad de la atención en salud. Asimismo, la GIRS debe contemplar todo el ciclo de gestión del riesgo: identificación, análisis, evaluación, tratamiento y comunicación a los grupos de interés, incluidas las personas afectadas.

La gestión del riesgo primario y técnico, de manera transversal, se articula con el mejoramiento continuo de la calidad, la humanización de la atención en salud y los atributos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad, pertinencia, coordinación y sustentabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Niveles de gestión de Cundinamarca te Cuida (CIS-PTRRM): La gestión integral de **Cundinamarca te Cuida (CIS-PTRRM)** se desarrolla en tres niveles: la macrogestión, entendida como la rectoría y el direccionamiento estratégico a cargo de la Secretaría Departamental de Salud; la mesogestión, relacionada con la territorialización de la salud en las RSC; y la microgestión, correspondiente a la operacionalización del modelo en los

municipios, los hospitales y los microterritorios. En la siguiente figura se presentan los fundamentos técnicos que orientan la gestión del modelo en cada uno de estos niveles.

Figura 5. Niveles de Gestión de Cundinamarca te cuida

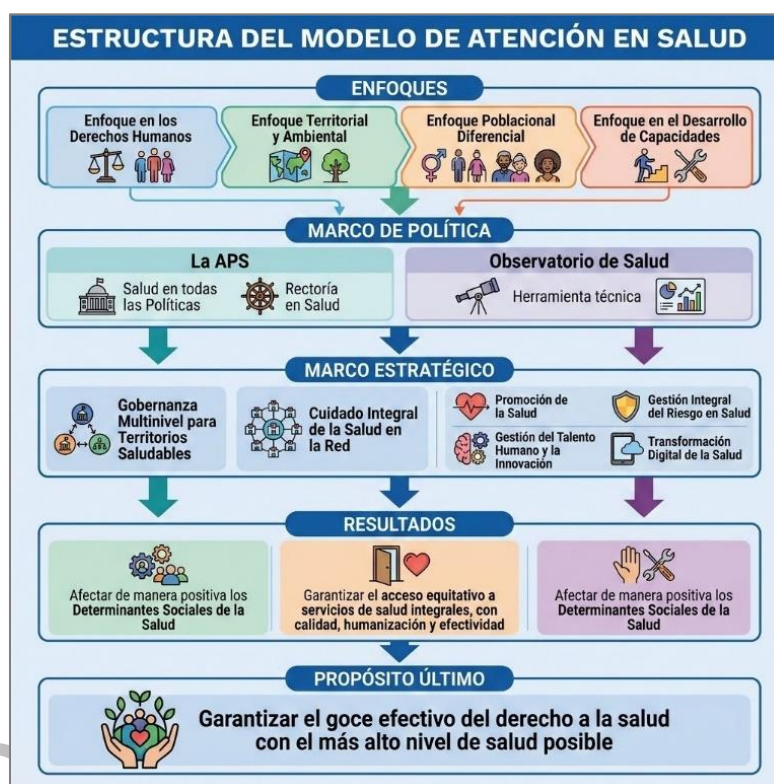


Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

3. ESTRUCTURA DE CUNDINAMARCA TE CUIDA (CIS-PTRRM)

La estructura de **Cundinamarca te Cuida** está conformada por: Los enfoques transversales (perspectiva de foco y diferenciación), el marco de política (decisiones y direccionamiento estratégico de los actores), el marco estratégico (cómo se va a lograr), los resultados (para qué) y el propósito (fin último y teleológico), como se muestra en la figura 6:

Figura 6. Estructura de Cundinamarca te cuida



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

3.1. Enfoques de Cundinamarca te Cuida

Los enfoques son transversales y constituyen la perspectiva que debe reflejarse en todas las acciones e intervenciones del modelo el enfoque en derechos humanos, el enfoque poblacional diferencial y el enfoque territorial y ambiental fueron tomados del plan de desarrollo del departamento de Cundinamarca 2024 – 2028 “Gobernando: Mas que un plan” (Gobernación de Cundinamarca, 2024). Su propósito es responder a contextos y dimensiones específicas y diferenciadas, de manera que orienten y den sentido a la actuación institucional según las particularidades del territorio y la población:

- **Enfoque de derechos humanos:** reconoce a la población como titular de derechos y orienta la acción institucional hacia la justicia social, la equidad, la inclusión y la no discriminación, mediante planes y políticas públicas que prevengan y atiendan vulneraciones. El derecho a la salud es habilitante para el disfrute de los demás derechos y, a su vez, es interdependiente con los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).
- **Enfoque poblacional-diferencial:** propone analizar a las personas y a los colectivos desde sus particularidades —ciclo vital, condición o situación, e identidad o diversidad— para visibilizar desigualdades, identificar barreras de acceso, incorporar a los grupos en la planeación y el presupuesto, y medir el goce efectivo de sus derechos.

- **Enfoque territorial y ambiental:** concibe el territorio como un espacio de interacción social e identidad, y el ambiente como un entorno vital y ecosistémico. Por ello, promueve intervenciones ajustadas a las realidades provinciales y urbano-rurales, con participación, flexibilidad, articulación multinivel y priorización, así como acciones de protección de ecosistemas y gestión del riesgo.
- **Enfoque de desarrollo de capacidades:** Sustentado en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), concibe el fortalecimiento de las capacidades de las personas, las organizaciones y las comunidades como motor del desarrollo. En el ámbito de la salud, este enfoque se concreta en comunidades de aprendizaje, liderazgo, acceso al conocimiento, investigación-acción participativa y apropiación social del conocimiento, mediante la articulación de actores en ecosistemas de innovación y emprendimiento (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

3.2. Marco de política de Cundinamarca te Cuida

El marco de política está conformado por decisiones políticas, normativas y técnicas innegociables, respaldadas por el marco normativo, técnico, competencial y por los consensos alcanzados. Estas orientaciones fortalecen el direccionamiento estratégico de los actores institucionales, académicos, sociales y comunitarios, así como de los sectores e instancias intersectoriales, para la gestión del cuidado integral de la salud y su implementación en las RSC y en las redes de atención en salud. A continuación, se describen los fundamentos técnicos y normativos del marco de política:

Atención Primaria en Salud (APS): La APS es la estrategia global del modelo y, de acuerdo con la OMS, constituye el enfoque fundamental para alcanzar la meta establecida en el pacto 30-30-30 por la salud universal, así como un pilar esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La APS está establecida como estrategia fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), el modelo preventivo, predictivo y resolutivo definido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia potencia mundial de la vida” y el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031. Además, existe amplia evidencia de que la APS es “el enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social” (Organización Mundial de la Salud, 2026).

De acuerdo con la renovación de la APS en las Américas, complementada con el enfoque de APS para la salud universal, los elementos esenciales de la APS que se implementarán en el modelo de Cundinamarca son los siguientes:

- La ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados, de calidad y centrados en las personas, las familias y las comunidades.
- El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud mediante procesos de diálogo y participación social.

- El fortalecimiento de la coordinación y la acción intersectorial para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud.
- El primer contacto implica que la atención primaria sea la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de los nuevos problemas de salud y el espacio donde se resuelva la mayoría de ellos.
- La atención integral, integrada y continua implica que el portafolio de servicios disponibles sea suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, la atención curativa, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el apoyo para el autocuidado.
- La orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en la APS no se sustente exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, incorpora la perspectiva de la salud pública al utilizar la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y definir el orden de prioridad de las intervenciones. En este marco, la familia y la comunidad se consideran ejes fundamentales de la planificación y la intervención del sistema.
- El énfasis en la promoción y la prevención es fundamental en un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo efectivas, éticas, fortalecen la capacidad de las comunidades y las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud y resultan esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud.
- Los cuidados apropiados significan que el sistema de salud no se limita a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona de manera integral y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo del curso de vida, y garantizando al mismo tiempo intervenciones seguras, sin daños ni perjuicios.
- El talento humano adecuado incluye proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Estos deben contar con los conocimientos y las habilidades requeridas, actuar conforme a principios éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto.

La salud en todas las políticas: La Salud en Todas las Políticas es un enfoque de política pública que considera de manera sistemática las implicaciones sanitarias de las decisiones adoptadas en todos los sectores, como transporte, educación, vivienda y agricultura. Su objetivo principal es evitar impactos negativos en la salud y promover sinergias que mejoren la equidad sanitaria y el bienestar de la población. Este enfoque parte de la premisa de que la salud de las personas no depende únicamente del sistema sanitario, sino también de los determinantes sociales de la salud, entendidos como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (Organización Mundial de la Salud, 2010). Los principios orientadores de la Salud en Todas las Políticas, que se desarrollarán en el marco estratégico, son los siguientes:

- **Equidad en salud:** Reducir las brechas injustas y evitables en el estado de salud entre diferentes grupos sociales.

- **Gobernanza intersectorial:** La salud es una responsabilidad compartida de todo el gobierno, no solo del Ministerio de Salud.
- **Sostenibilidad:** Las políticas deben promover un bienestar a largo plazo que sea compatible con el desarrollo económico y ambiental.
- **Transparencia y rendición de cuentas:** Los gobiernos deben ser responsables de los efectos de sus políticas no sanitarias sobre la salud pública.

Observatorio del Modelo de Atención en Salud: El observatorio es una herramienta técnica para la toma de decisiones informadas y basadas en evidencia. Permite identificar brechas y desigualdades en salud, con el fin de fortalecer la rectoría por parte de la Entidad Territorial en Salud, así como el direccionamiento estratégico de los actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, favoreciendo la articulación y la sinergia en la implementación de planes, programas y proyectos.

Asimismo, el observatorio facilita el análisis de datos y la generación de conocimiento útil para fortalecer la gestión estratégica, táctica y operativa, así como la innovación y la apropiación social del conocimiento. También contribuye al análisis, monitoreo y difusión de información en salud que respalde la formulación de políticas públicas y la gestión territorial, considerando las diferencias entre contextos territoriales y poblacionales. Su propósito es consolidarse como un centro de conocimiento territorial y un espacio de diálogo y transparencia.

4. MARCO ESTRATÉGICO DE CUNDINAMARCA TE CUIDA (CIS-PTRRM)

El marco estratégico del modelo busca responder a las principales problemáticas identificadas en el departamento para garantizar el acceso a servicios de salud integrales e integrados, con calidad y humanización. En este sentido, orienta la solución de los núcleos problemáticos que obstaculizan o vulneran el derecho a la salud de la población en Cundinamarca y, al mismo tiempo, articula y potencia la gestión de los actores institucionales y comunitarios en el marco de sus competencias y responsabilidades.

El modelo **Cundinamarca te Cuida** pone como eje central de la gestión el cuidado integral de la salud de las personas a lo largo del curso de vida, así como de la familia y la comunidad. Para el despliegue de sus estrategias y el logro de los resultados esperados, cuenta con herramientas técnicas esenciales, entre ellas: el desarrollo de un observatorio del modelo de atención, el fortalecimiento del sistema integral de información para la APS y la transformación digital de la salud. Estas herramientas apoyan la gestión del modelo, la atención centrada en la persona y la toma de decisiones inteligentes y oportunas basadas en datos.

El marco estratégico está conformado por cuatro estrategias y sus respectivas líneas estratégicas, que se despliegan en una cadena de valor mediante acciones y procesos estratégicos. Cada una de estas estrategias busca dar una respuesta integral y sistémica a las principales categorías de problemas y a sus causas. Las cuatro estrategias definidas son las siguientes:

- Gobernanza multinivel para territorios saludables.
- Cuidado integral de la salud en la red de atención en salud.
- Gestión de la salud pública en el territorio.
- Gestión del talento humano y la innovación en salud.

En la figura 7 se presenta, de manera esquemática, el marco estratégico de Cundinamarca te cuida (CIS-PTRRM):

Figura 7. Marco Estratégico de Cundinamarca te cuida



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

5. ESTRATEGIA GOBERNANZA MULTINIVEL

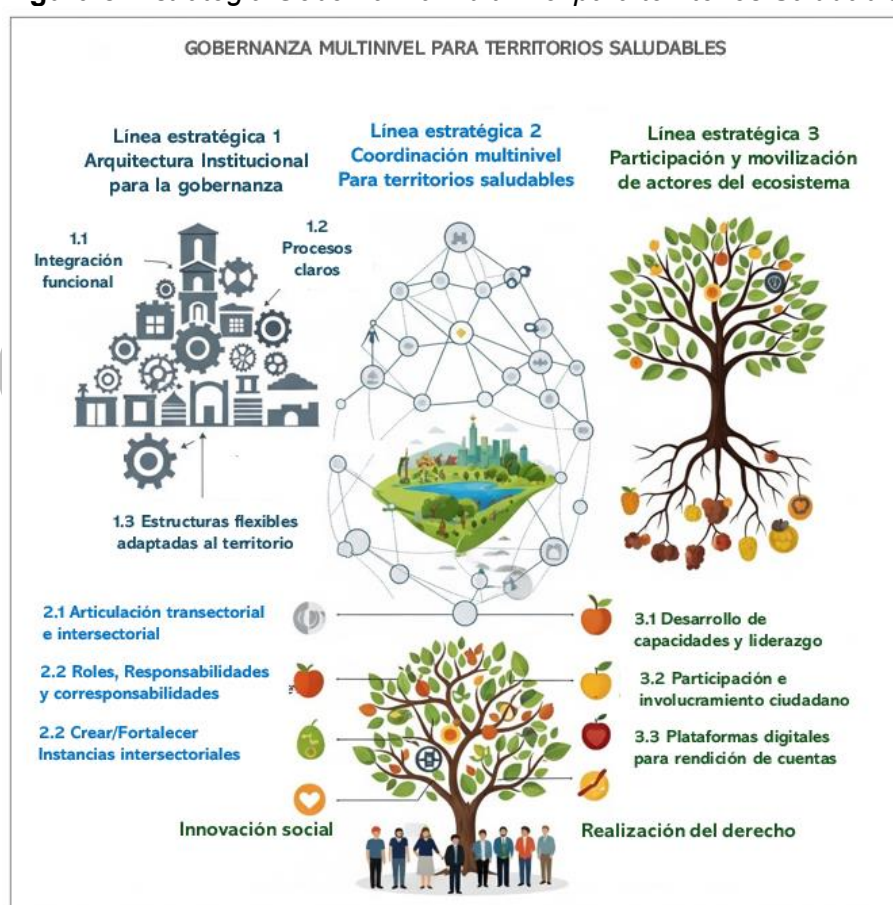
La gobernanza se define como una forma de conducir el sector salud caracterizada por la participación y la coordinación de actores, la toma de decisiones y la implementación concertada de políticas públicas, bajo una rectoría orientada al cumplimiento de un objetivo común: garantizar el derecho a la salud de la población mediante la prestación de servicios con eficiencia, suficiencia y calidad. La gobernanza multinivel para territorios saludables en Cundinamarca se entiende como un modelo de coordinación y corresponsabilidad entre los distintos niveles de gobierno y los actores no estatales —comunidades, academia, sector privado y sociedad civil—, orientado a:

- Integrar políticas públicas con enfoque territorial y de determinantes sociales de la salud.

- Fortalecer capacidades locales para la toma de decisiones informadas.
- Promover la participación ciudadana en la planificación, implementación y evaluación de políticas.
- Alinear agendas globales y locales, como el PDSP, los ODS y los principios OCDE.

Alcance general de la estrategia: La estrategia busca articular capacidades, decisiones y recursos entre los distintos niveles de gobierno —departamental, municipal y nacional— y los actores sociales, con el fin de transformar el territorio en un entorno más equitativo, sostenible y saludable. Su alcance es amplio y estructural, y se refleja en diversos instrumentos de planificación y gestión pública del departamento. La gobernanza multinivel se despliega a través de las siguientes líneas y acciones estratégicas, como se muestra a continuación:

Figura 8. Estrategia Gobernanza Multinivel para territorios Saludables



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6. CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD EN LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La estrategia Cuidado integral de la salud en la red de prestación de servicios se despliega a través de dos líneas estratégicas sinérgicas y complementarias, como son:

- Gestión clínica integrada y cuidado de la salud.

- Cuidado primario de la salud centrado en las personas, las familias y la comunidad.

Figura 9. Estrategia Cuidado Integral de la Salud en la Red



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La línea estratégica **Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud** enfatiza la atención de la enfermedad y la **GIRS**, articulándose de manera longitudinal a lo largo de toda la red —alta, mediana y baja complejidad—. Incluye, además, la atención domiciliaria y la atención extramural desarrollada por los **EMS**. Los Hospitales de Alta Complejidad del Departamento lideran la implementación de esta línea estratégica mediante un modelo único de gobernanza clínica para la red y la conformación de equipos clínicos integrados, con el fin de lograr un abordaje integral y humanizado del paciente y su familia, optimizar los desenlaces y resultados clínicos, y fortalecer la GIRS efectiva con participación del paciente y su familia.

La línea estratégica **Cuidado Primario de la Salud centrado en las personas, las familias y la comunidad** enfatiza las acciones de promoción de la salud y de la GIRS, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), así como la atención oportuna y resolutoria de las enfermedades prevalentes en el lugar más cercano a la residencia de la población. El modelo de cuidado en el territorio se implementa con enfoque de salud familiar y comunitaria, y se articula con la estrategia Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables (Organización Panamericana de la Salud, 2022) y de la estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS), establecida por el MSPS.

6.1. Elementos esenciales para Cundinamarca te Cuida (CIS-PTRRM)

El eje de la estrategia *Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios* es el mantenimiento de la salud de la persona y su familia. Para ello, se requiere de manera transversal el desarrollo de los siguientes elementos esenciales:

- Generación de valor en salud como atributo esencial de la integración.
- Integración de la red y del ciclo de atención en salud.
- Telesalud como elemento esencial para la integración de la red.
- Programa de alfabetización en salud para que pacientes, familias y comunidades participen activamente en el cuidado de su salud.
- El curso de vida como ordenador de las atenciones (Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS).
- La proximidad del cuidado, con gestión intersectorial y participación social.

Estos elementos se desarrollan a continuación:

6.1.1. Generación de valor en salud (GVS) como atributo esencial de integración de la Red:

La GVS (Value-Based Healthcare) es un modelo de transformación sanitaria que busca reorientar los sistemas de salud hacia aquello que realmente importa para el paciente, obtener mejores resultados en salud. A diferencia de los modelos tradicionales basados en el volumen de servicios o en el pago por evento, este enfoque se centra en la eficiencia y la efectividad clínica. De acuerdo con el concepto de valor propuesto por Michael Porter, la GVS se define mediante la relación entre resultados y costos (Porter, 2010):

- **Resultados:** No se limitan a los indicadores clínicos; también incluyen la funcionalidad, la calidad de vida y la recuperación del paciente. Este componente se articula especialmente con el enfoque de curso de vida y con el desarrollo de capacidades funcionales.
- **Costos:** Representan el gasto acumulado de todos los servicios e intervenciones requeridos para atender una condición específica durante todo el proceso de atención.

Tomando como referencia los pilares de implementación de la Agenda de Porter (Porter, 2010), para desarrollar la GVS en la red de atención de Cundinamarca se proponen siete líneas de acción:

- **Unidades de práctica integrada:** Organizar la atención en torno a la condición médica del paciente y no a especialidades aisladas. La atención se desarrolla mediante equipos clínicos integrados y comunidades de práctica clínica orientadas a documentar, aprender y escalar las mejores prácticas en la red.
- **Medición de resultados y costos:** Implementar sistemas que permitan medir desenlaces clínicos y costos por paciente, utilizando metodologías como TDABC (Time-Driven Activity-Based Costing). En Colombia, este avance se ha apoyado en

experiencias con los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) para la medición de costo-efectividad.

- **Pagos basados en valor:** Evolucionar de esquemas de pago por servicios individuales hacia paquetes de pago por ciclo de cuidado (*bundled payments*).
- **Ciclo integral de atención en salud en la red:** Reducir progresivamente la fragmentación entre los distintos niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.
- **Expansión geográfica:** Concentrar la alta complejidad en centros de excelencia y distribuir de manera capilar la atención primaria en el territorio.
- **Fortalecimiento de la integración técnica y logística de la red:** Implementar mecanismos de integración que mejoren la capacidad resolutive con eficiencia, efectividad y eficacia, y permitan pasar de una competencia de suma cero a una atención colaborativa que agregue valor.
- **Plataformas de TI habilitadoras:** Contar con historias clínicas interoperables que permitan el seguimiento de datos en tiempo real y fortalezcan la transformación digital de la salud, mediante plataformas que apoyen la gestión clínica integrada, el cuidado primario y la educación y promoción de la salud con la comunidad.

La implementación de la GVS en la red de prestación requiere un liderazgo sólido para la gestión del cambio y comprende las siguientes fases y pasos:

- **Fase A. Estratificación y selección:** identificar condiciones prioritarias, iniciando con patologías de alto impacto —por ejemplo, diabetes, falla cardíaca o cáncer de mama— donde la variabilidad clínica es alta; así mismo, segmentar la población para clasificar a los pacientes por riesgo y asignar los recursos de la red de manera eficiente.
- **Fase B. Diseño de la ruta integral de atención clínica articulada con las RIAS:** definir protocolos basados en evidencia que se apliquen en todos los puntos de la red y asegurar la continuidad del cuidado, de modo que la transición entre el hospital y la consulta ambulatoria sea fluida, con gestores de casos que acompañen al paciente.
- **Fase C. Adopción de estándares internacionales de medición:** utilizar conjuntos de datos validados, como los de ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement), para que los resultados sean comparables y transparentes.
- **Fase D. Alineación de incentivos:** establecer acuerdos entre aseguradores y prestadores en los que una parte del pago esté ligada al cumplimiento de metas de salud y a la reducción de costos innecesarios.

Beneficios esperados:

- **Para el paciente:** mejores resultados clínicos, menor tiempo de recuperación y una experiencia de atención más humana y coordinada.
- **Para el prestador:** mayor eficiencia operativa, reducción de procesos redundantes y reputación sustentada en calidad comprobada.

- **Para el sistema o pagador:** sostenibilidad financiera a largo plazo al eliminar el gasto en intervenciones que no aportan valor real en salud.

Desafíos críticos:

- **Resistencia al cambio:** los profesionales suelen estar acostumbrados a modelos de trabajo centrados en especialidades y no en procesos integrados.
- **Interoperabilidad:** la falta de sistemas de información interoperables dificulta la medición del ciclo completo de atención.
- **Cultura de transparencia:** se requiere aprender a reportar fallas o resultados no deseados como oportunidades de mejora.

6.1.2. Integración de la red de prestación de servicios y del ciclo de atención en salud

La integración del ciclo completo del proceso de atención en salud comprende la articulación y la continuidad de la atención en toda la red, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad en el marco de la GIRS, la atención de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos, con equidad sanitaria. Esto implica fortalecer el acceso y la adecuación de la atención para los grupos especialmente vulnerables, como se muestra en la siguiente figura:

Figura 10. *Ciclo de la Atención en Salud*

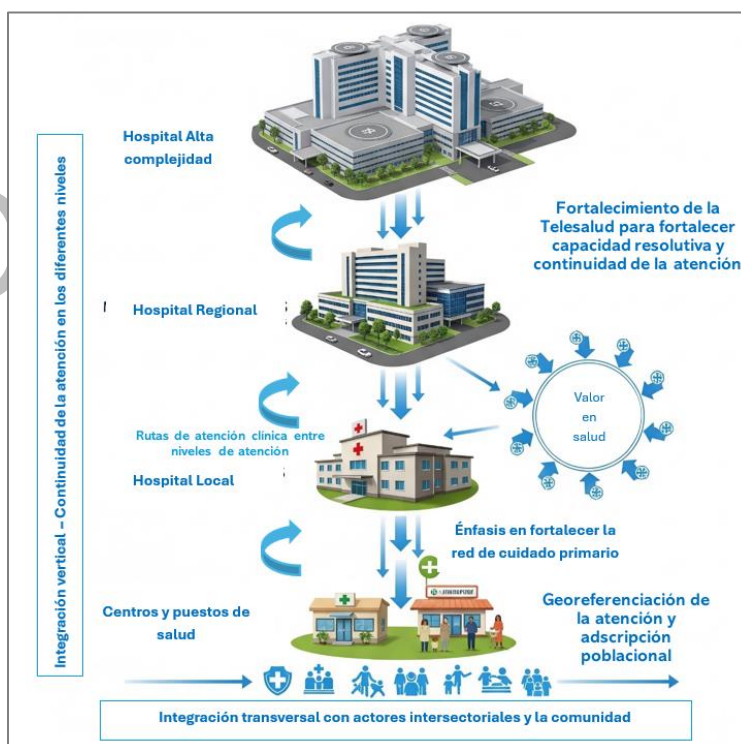


Integración horizontal y vertical de la red de atención: la integración vertical se refiere a la articulación y continuidad de la atención entre la alta, mediana y baja complejidad, incluyendo el cuidado domiciliario. Esto exige procesos ágiles de referencia y contrarreferencia, así como la gestión de rutas de atención clínica entre los diferentes

niveles de complejidad, con énfasis en el apoyo a la red de cuidado primario para una atención oportuna y resolutive de la enfermedad prevalente. Por su parte, la integración horizontal se da entre hospitales del mismo nivel de complejidad y busca conformar una red de cuidado primario articulada con la red hospitalaria, las instituciones intersectoriales y la comunidad.

Tele salud como mecanismo de integración: Un componente esencial para mejorar la integración de la red es el fortalecimiento de la tele salud en todas sus modalidades, entre ellas la **tele medicina** para la atención clínica y la **tele educación/tele apoyo**. Las modalidades habilitadas de tele medicina incluyen la interactiva (tiempo real), la no interactiva (asincrónica), el tele monitoreo y el tele apoyo, acorde con la normatividad vigente, especialmente la Ley 1419 de 2010 y la Resolución 2654 de 2019. En la siguiente figura se muestra la integración horizontal y vertical en la red:

Figura 11. Integración Vertical y Horizontal de la Red de Atención



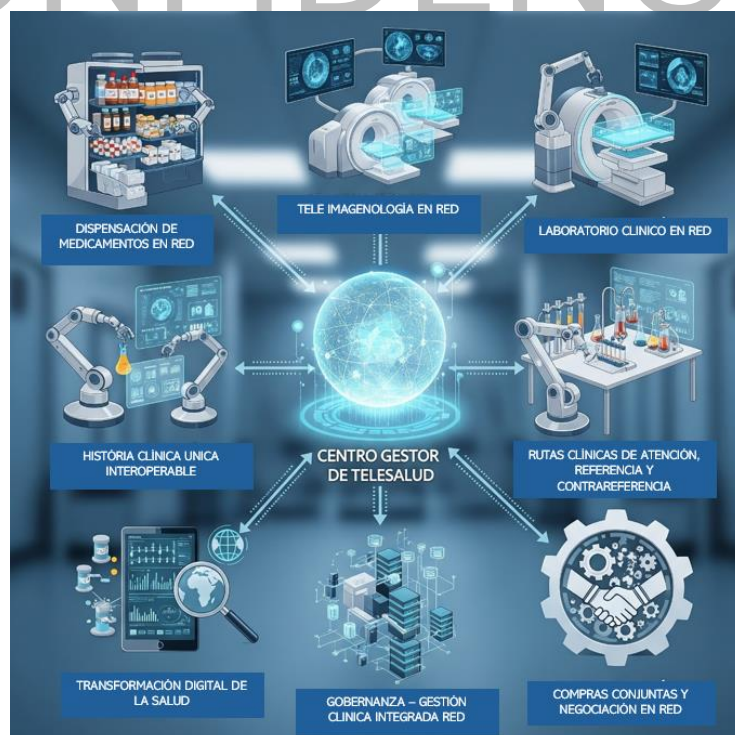
Integración de programas de salud: implica eliminar barreras administrativas y burocráticas que fomentan la fragmentación de la atención, en la que distintos programas operan como silos. Se busca fortalecer la articulación y armonización de estos programas dentro de **Cundinamarca te Cuida**. Además, debe promoverse la interoperabilidad de los sistemas de información entre programas específicos y servicios de salud de la red, facilitando la gestión clínica y el cuidado integral de la salud centrados en las necesidades de la población.

Integración de la atención individual con la salud pública: Se refiere a la articulación de planes e intervenciones individuales y colectivas, incluida la armonización de políticas, orientadas a mejorar la salud de la población en su conjunto. Esto comprende acciones como la prevención de riesgos, la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica y la preparación y respuesta ante crisis, emergencias y desastres. Su propósito es responder a las necesidades de salud del territorio mediante la coordinación y colaboración entre diferentes áreas, actores y recursos, en consonancia con el marco de la APS.

Integración intersectorial y territorial para abordar los determinantes sociales de la salud: implica coordinar esfuerzos con y entre sectores como educación, vivienda, trabajo, medio ambiente y justicia, entre otros, con el fin de desarrollar políticas y estrategias que aborden los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y los factores que inciden en el bienestar de la población. Esto permite cocrear respuestas coordinadas y sostenibles orientadas al bienestar integral y al desarrollo humano sostenible.

Integración técnica y administrativa en red: incluye soluciones conjuntas para la operación en red, la integración de la cadena de suministro y la logística, la búsqueda de eficiencias y economías de escala, las compras conjuntas, la negociación articulada con pagadores y la integración de servicios de apoyo clínico. Los mecanismos de integración para hacer más eficiente y efectiva la red de atención, ver figura 12:

Figura 12. Mecanismos de Integración de la Red de Atención en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.1.3. Programa de alfabetización en salud y paciente experto para que pacientes, familias y comunidades participen activamente en el cuidado de su salud

De acuerdo con la OPS, respecto a la Alfabetización en salud (AeS), se afirma lo siguiente:

“Se fundamenta en el acceso inclusivo y equitativo a una educación de calidad y en el aprendizaje a través de la vida. Se trata del resultado observable de la educación para la salud como una parte de la promoción de la salud. La alfabetización en salud está mediada por demandas culturales y situacionales de las personas, las organizaciones y la sociedad. No es, por tanto, responsabilidad exclusiva de los individuos. Todos los proveedores de información, incluido los gobiernos, la sociedad civil y los servicios de salud, deben permitir el acceso a información veraz de forma comprensible y procesable para todas las personas.

Los recursos sociales para la alfabetización en salud incluyen la regulación del entorno de la información y los medios (orales, impresos, de radiodifusión y digitales) en los que las personas obtienen acceso a la información de salud. La alfabetización en salud significa más que poder acceder a sitios web, leer folletos y seguir los comportamientos de búsqueda de salud prescritos. Incluye la habilidad para ejercitar el juicio crítico sobre la información y los recursos de salud, así como la capacidad de interactuar y expresar las necesidades personales y sociales para promover la salud.

Mediante la mejora del acceso de las personas a la información comprensible y veraz y la mejora de la capacidad para usar con efectividad dicha información, la alfabetización de la salud es fundamental tanto para el empoderamiento de los individuos en la toma de decisiones sobre su salud como para permitir su participación en la promoción de la salud colectiva. La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud.

La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida...la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento de los pacientes, frente a la gestión de su salud o manejo de sus enfermedades, sean agudas o crónicas. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización.

Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud, personas con menor nivel educativo, generalmente presentan menores niveles de AeS.” (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Para orientar las intervenciones, se propone realizar un tamizaje y una clasificación de los pacientes y la comunidad en los siguientes niveles (Reseña adaptada de la revisión de literatura-Bowdewijn B. Visser, 2.018):

- **Bajo nivel de alfabetización:** Corresponde a pacientes con baja competencia lectora, dificultades para interpretar las indicaciones del equipo sanitario y presencia de preconceptos sobre la salud y la enfermedad o de prácticas poco saludables. Suelen no consultar de manera preventiva y acuden principalmente cuando presentan malestar. Con frecuencia no cumplen sus planes de cuidado porque no los comprenden, desconocen cómo acceder a servicios y medicamentos, tienen dificultades para navegar el sistema de salud o sienten vergüenza de preguntar e indagar.

Con frecuencia, los equipos sanitarios no brindan las herramientas necesarias para que los usuarios se sientan en confianza y formulen preguntas sobre aquello que no comprenden; por ello, esta población debe ser el foco prioritario de la educación sanitaria. La evidencia muestra que este tipo de pacientes puede generar mayores costos para el sistema de salud, consultar con mayor frecuencia los servicios de urgencias sin requerirlo y presentar un mayor riesgo de hospitalización y de mortalidad temprana cuando padecen enfermedades crónicas.

- **Alfabetización funcional o básica:** Describe a personas que poseen conocimientos y habilidades suficientes para acceder a información sobre salud, comprender riesgos y hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios. Este nivel suele estar asociado con estrategias básicas de gestión de la salud y de la enfermedad.

El paciente con alfabetización básica refleja el resultado de algunas formas de educación para la salud desarrolladas en entornos sanitarios. Comprende información general sobre riesgos para la salud, navegación del sistema y orientaciones básicas para el uso de medicamentos y el cumplimiento del plan de cuidado. Sin embargo, aún no alcanza un nivel de participación más avanzado en el manejo de su salud y puede mantener preconceptos sobre la salud y la enfermedad que deben ser abordados por los equipos de atención.

Ejemplo de preconceptos: algunos pacientes no toman sus medicamentos en ausencia de síntomas o dolor, pese a la recomendación médica de hacerlo diariamente. Otros suprimen alimentos que consideran nocivos para su enfermedad, aunque en realidad no lo sean, y pueden llegar a desnutrirse o a invertir inadecuadamente sus recursos al reemplazarlos por suplementos nutricionales sin necesidad.

Algunos pacientes consideran que asistir a una cita de control con una especialista basta para mejorar su estado de salud, sin tener en cuenta la importancia de otras recomendaciones o de la asistencia a disciplinas como enfermería, nutrición u otras áreas que perciben como de menor valor. En todos los ejemplos anteriores, identificar los preconceptos sobre la enfermedad, el tratamiento y las medidas de bienestar hace parte de la labor de los profesionales de salud cuando educan a un paciente con fundamentos en alfabetización en salud.

- **Alfabetización interactiva:** Se refiere a un nivel más avanzado de habilidades cognitivas, lectoras y sociales que permite participar activamente en situaciones cotidianas, extraer información de diversas formas de comunicación y aplicarla a circunstancias cambiantes. Este nivel corresponde a pacientes con alta competencia lectora y con prácticas de autocuidado más desarrolladas.

Ejemplo: el paciente que llega a la consulta después de haber leído en internet sobre nuevos abordajes para su enfermedad o sobre actividades recomendadas para su manejo. En estos casos, el profesional de la salud debe orientar al paciente hacia fuentes confiables, como portales estatales, organizaciones de pacientes, prestadores de salud o universidades. También es necesario identificar posibles preconcepciones, ya que en algunos sitios se difunden contenidos en investigación o información que el paciente puede interpretar de manera errónea.

Nunca debe desestimarse al paciente que consulta información. Por el contrario, se trata de una persona que probablemente comprenderá con mayor facilidad las recomendaciones y podrá favorecer mejor el mantenimiento o la recuperación de su salud que quienes presentan una alfabetización en salud inadecuada o problemática.

- **Alfabetización crítica:** Corresponde al nivel más avanzado de habilidades cognitivas y sociales aplicadas al análisis crítico de información proveniente de múltiples fuentes. Permite utilizar dicha información para ejercer mayor control sobre las decisiones personales de salud y sobre las influencias más amplias que las determinan. El paciente con alfabetización crítica o experto ejerce una forma de ciudadanía sanitaria que favorece la participación en procesos sociales y políticos orientados a transformar los determinantes de la salud.

El paciente con alfabetización crítica, o “paciente experto”, puede liderar asociaciones de usuarios o ligas de enfermedades. Además de contar con altas competencias lectoras, suele ser una persona proactiva. Estos pacientes son especialmente valiosos en actividades de diálogo de saberes con otros usuarios que tienen niveles menores de alfabetización en salud, en procesos educativos dentro de los programas y en iniciativas orientadas a la incidencia en política pública.

- Pacientes que se organizan en asociaciones para promover mejores resultados y una mayor eficiencia del sistema de salud o de su prestador.
- Pacientes que lideran grupos de opinión para promover la inclusión de nuevas tecnologías en los planes de beneficios.
- Pacientes que brindan apoyo a otras personas con condiciones similares, ya sea de manera voluntaria o mediante organizaciones formales, como parte de redes de acompañamiento y educación entre pares.

Implementación del programa de alfabetización en salud en las regiones de Salud de Cundinamarca (RSC) y la Red de Atención en Salud:

Según datos del Departamento de Cundinamarca (2018), el promedio de analfabetismo es de 2,25, con una desviación estándar de 1,2 siendo mayor el analfabetismo en las mujeres, la población campesina que no sabe leer ni escribir es del 9,3%. El 51 % básica primaria, 33% bachillerato completo y el 20% de los bachilleres accede a la educación superior, según informe de educación 2022. Debido a que un alto porcentaje de la población de Cundinamarca no tiene el bachillerato completo, se infiere que puede haber una alfabetización en salud inadecuada, es decir por debajo del nivel básico o funcional.

Se debe mejorar progresivamente el nivel de AeS para lograr una AeS funcional (básica) en la población del departamento, así como formar Gestores del Cuidado en todos los entornos con un nivel de AeS interactiva y/o crítica AeS. En el marco de **Cundinamarca te**

Cuida (CIS-PTRRM) se propone implementar un programa de AeS en Cundinamarca, con el desarrollo de las siguientes acciones:

- Realizar Tamizaje del nivel de alfabetización en salud en cada una de las RSC y en la Red de Atención en salud
- Implementar la Alfabetización en salud de manera transversal en todos los procesos en los hospitales que conforman la Red hospitalaria
- Fortalecer las competencias alfabetizadoras del talento humano de la red de atención, de manera especial en los profesionales de la salud mediante entrenamiento en el método *Teach Back* y en la validación de la comprensión.
- Implementar Aulas hospitalarias para alfabetización en salud y desarrollar talleres interactivos para realizarlos en los diferentes entornos
- Promoción de la salud y educación, con implementación del programa de Alfabetización en Salud
- Consejería en salud usando lenguaje sencillo, evitar terminología médica innecesariamente técnica y adaptar la comunicación escrita y oral al nivel de comprensión del usuario promedio, estimulando su participación mediante preguntas y aclaración de dudas relacionadas con su estado de salud.
- Mejorar la comunicación de la red en todas sus publicaciones y redes sociales para garantizar que sean alfabetizadoras.
- Desarrollar una plataforma para la comunicación interactiva con los usuarios y la población con enfoque en la Alfabetización en Salud

Implementación del programa de Paciente Experto

Un paciente experto es una persona con alfabetización crítica sobre su enfermedad que, a partir de su experiencia personal, adquiere conocimientos y habilidades para comprender y manejar su condición, y comparte ese aprendizaje para ayudar a otros.

El programa de paciente experto se fundamenta en la premisa de que las personas que viven con una enfermedad crónica desarrollan una sabiduría experiencial que, cuando se formaliza mediante capacitación, puede utilizarse para empoderar a otros pares. En este enfoque, el paciente es el principal conocedor de su propia enfermedad y debe ser protagonista en la toma de decisiones sobre su salud, en colaboración con los profesionales sanitarios. El concepto de paciente experto se basa en:

- **Autocuidado:** El paciente experto se involucra activamente en su propio cuidado, aprende a identificar síntomas, a gestionar su enfermedad y a mejorar su calidad de vida.
- **Educación y formación:** El paciente experto participa en programas de educación que le permiten adquirir conocimientos y habilidades para el manejo de su enfermedad.
- **Compartir la experiencia:** El paciente experto puede compartir su conocimiento y experiencia con otros pacientes, sirviendo como modelo y fuente de apoyo.

- **Colaboración con los profesionales sanitarios:** El paciente experto trabaja en conjunto con los profesionales de la salud para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidado.

Beneficios del programa de paciente experto:

- **Mejora en la adherencia a los tratamientos:** El paciente experto suele mostrar mayor motivación y compromiso con su tratamiento, lo que favorece una mejor adherencia.
- **Reducción de los costos sanitarios:** Al mejorar el manejo de la enfermedad y disminuir la necesidad de acudir a urgencias, el paciente experto puede contribuir a reducir la carga sobre el sistema de salud.
- **Mayor satisfacción y calidad de vida:** Al asumir un papel más activo en el cuidado de su salud, el paciente experto puede experimentar mayor satisfacción y una mejor calidad de vida.

En el marco de **Cundinamarca te Cuida** se propone implementar el programa de pacientes expertos mediante un diplomado dirigido a profesionales de la salud y a líderes comunitarios para el cuidado de la salud, así como la conformación de un proceso de formación denominado *Escuelas de pacientes*, orientado a formar formadores a partir de la experiencia de la cohorte inicial.

6.1.4. El curso de vida como ordenador de las atenciones

El enfoque de curso de vida plantea que los resultados en salud de una persona, una familia o una comunidad dependen de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales a lo largo de toda la existencia. Parte de la comprensión de que la salud se construye mediante trayectorias de vida y de la manera en que se fortalece el desarrollo humano y las capacidades funcionales. Asimismo, reconoce que los resultados en salud están determinados por experiencias acumulativas y por situaciones presentes influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural (Organización Panamericana de la Salud, 2021). A continuación, se presentan algunos conceptos clave:

- **Trayectorias:** corresponden al camino que sigue una persona a lo largo de su vida. No son lineales y están influenciadas por las decisiones individuales y por los contextos sociales, económicos y culturales.
- **Transiciones:** son cambios de estado o de rol, como el paso de la escuela al trabajo, la llegada de un hijo o la jubilación. Constituyen momentos que pueden representar vulnerabilidad, oportunidad o ambas.
- **Períodos críticos o sensibles:** son ventanas temporales de alta plasticidad biológica, como los primeros 1.000 días de vida, en las que las exposiciones pueden tener un impacto mayor y, en algunos casos, irreversible.
- **Efectos acumulativos:** los riesgos y los factores protectores se suman con el tiempo. Por ejemplo, la mala nutrición en la infancia, combinada con el sedentarismo en la juventud, incrementa el riesgo de enfermedades crónicas en la adultez.

- **Mecanismos de transmisión intergeneracional:** la salud de los padres, especialmente la salud materna, y las condiciones del entorno familiar influyen en la salud y el desarrollo de las generaciones futuras.
- **Vidas vinculadas:** este principio destaca la interdependencia entre el curso de vida de una persona y el de otras personas de su entorno. La salud y la vida de cada individuo están vinculadas a su familia, su comunidad y a las generaciones que le precedieron.

La implementación de este enfoque en una red de atención en salud tiene como eje central la implementación de las RIAS. requiere transformar tanto la gestión como la prestación de los servicios. Entre los principales componentes se encuentran los siguientes:

- **Puerta de entrada única:** el primer nivel de atención debe constituirse en el eje del sistema. Debe conocer la historia de la persona y su familia, y no limitarse al motivo de consulta actual.
- **Implementación de la RIAS** para la promoción y mantenimiento de la salud como eje articulador, coordinada con las RIAS para grupos de riesgo específico y con los instrumentos de cuidado primario y gestión clínica.
- **Gestión de casos transversal:** se deben establecer protocolos que aseguren que, cuando una persona transite de un nivel a otro —por ejemplo, de pediatría a medicina de adultos—, exista una transferencia planificada de la información y del cuidado.
- **Sistemas de información integrados:** se requiere una historia clínica electrónica única que permita visualizar la evolución cronológica de la persona y sus antecedentes familiares.
- **Intervenciones basadas en la familia:** implican evaluar no solo al individuo, sino también su entorno familiar, identificar riesgos comunes y formular planes integrales de cuidado familiar con metas compartidas y apoyo entre sus miembros.
- **Trabajo intersectorial para abordar los DSS:** la salud no se construye únicamente en el hospital. La red debe coordinarse con otros sectores para fortalecer entornos saludables y responder de manera integral a las necesidades de la población.
- **Autocuidado:** se debe fomentar que cada persona asuma un papel activo en su proceso de salud y comprenda cómo las decisiones del presente influyen en su bienestar futuro.

6.1.5. Proximidad del cuidado, con gestión intersectorial y participación social

La proximidad del cuidado se refiere a la cercanía física y a la accesibilidad de servicios esenciales —salud, educación, alimentos y apoyo social— en el entorno inmediato de las personas. Busca reducir los tiempos y costos de desplazamiento, mejorar la calidad de vida y fortalecer el apoyo comunitario. Asimismo, promueve relaciones interpersonales más sólidas, la convivencia y la cohesión social. Este enfoque se estructura en tres ejes fundamentales:

- **Proximidad geográfica:** se refiere a la disponibilidad de servicios en el territorio donde habita la persona, como el barrio, la vereda o el hogar.
- **Proximidad relacional:** alude a la calidad del vínculo entre quien cuida y quien recibe el cuidado. Implica empatía, conocimiento de la historia de vida y confianza mutua.
- **Proximidad organizativa:** corresponde a la capacidad de las instituciones para ser flexibles, accesibles y menos burocráticas, adaptándose a los ritmos de la vida cotidiana.

Desde la perspectiva de Amartya Sen y Martha Nussbaum (Gogh, Ian, 2008), la proximidad del cuidado es una herramienta para expandir las **capacidades** de las personas y sus libertades. Un cuidado cercano favorece que cada individuo mantenga su autonomía y agencia en un entorno conocido, lo cual resulta fundamental para la dignidad y el desarrollo humano. Para llevar este concepto a la práctica, es necesario transformar los modelos de gestión tradicionales hacia estrategias de cuidado primario y comunitario como las siguientes:

- **Territorialización y microrredes:** no basta con contar con centros de salud. Es necesario mapear el territorio, conformar unidades de cuidado itinerantes o equipos de salud de cabecera que conozcan la realidad socioeconómica de cada familia, y georreferenciar vulnerabilidades como personas mayores que viven solas, personas con discapacidad o situaciones de pobreza extrema, entre otras.
- **Gestión de casos y continuidad:** la proximidad exige que la persona no se sienta perdida en el sistema. Para ello, se requiere implementar la figura del gestor de casos o de la enfermería comunitaria de referencia, que acompañe al paciente en sus transiciones entre el hogar, el hospital y los servicios sociales, reduciendo la fragmentación y mejorando la adherencia a los tratamientos.
- **El hogar y los entornos saludables como escenario principal:** el bienestar suele ser mayor en el entorno familiar. Por ello, se debe potenciar la hospitalización domiciliaria y el apoyo a los gestores del cuidado en el entorno familiar y todos los entornos en los que transcurre la vida. Cuidar a los que cuidan mediante capacitación y programas de respiro, así como el uso de la teleasistencia no como reemplazo, sino como un mecanismo de proximidad para emergencias y seguimiento.
- **Atención multidimensional e intersectorial:** el bienestar no depende solo de los fármacos, sino también de la integración social. Por ello, se requiere gestionar redes de apoyo social y comunitario, mapear activos comunitarios y articular acciones interinstitucionales con participación social para brindar atenciones integradas junto con otros actores del desarrollo. Asimismo, los profesionales de salud deben tener la capacidad de prescribir actividades comunitarias, como grupos de caminata, talleres de arte o espacios para personas mayores, con el fin de combatir la soledad no deseada y fortalecer el bienestar.

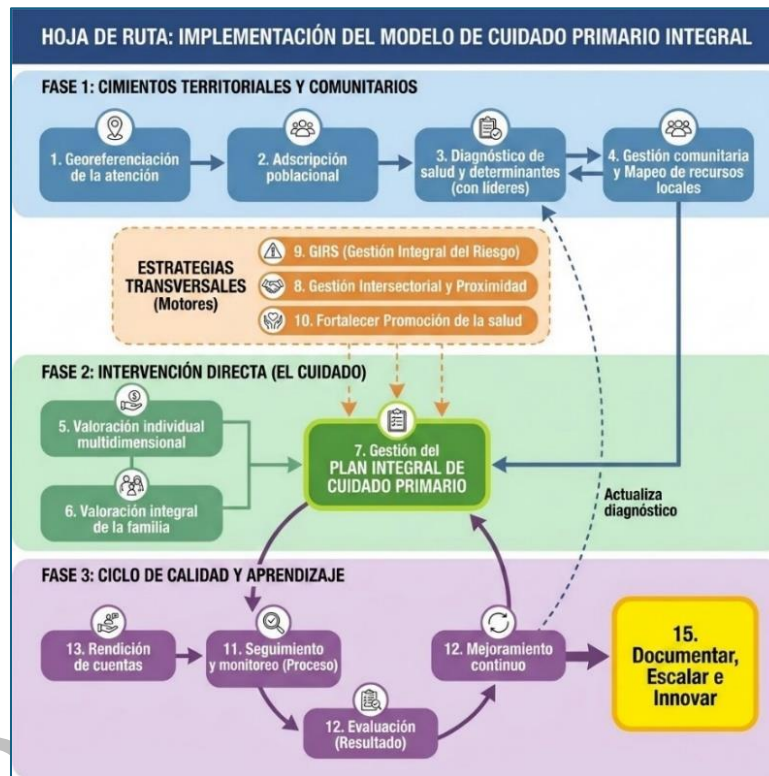
6.2. Línea estratégica Cuidado Primario de la Salud centrado en las personas, las familias y la comunidad

La línea estratégica **Cuidado Primario de la Salud** es la piedra angular de un sistema de salud basado en la APS. Hace énfasis en mantener sana a la población mediante el fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el marco de la GIRS. Asimismo, busca el mejoramiento progresivo de la capacidad resolutive, a través de la detección temprana de la enfermedad y de una atención oportuna y efectiva en el lugar más cercano a la residencia de la población. Existe evidencia suficiente de que el cuidado primario, en el marco de la APS, es el enfoque más costo efectivo y equitativo para avanzar hacia la salud universal, tal como lo señala el estudio europeo sobre APS (European Observatory of Health systems and Policies, 2024):

- ✓ Reduce la demanda de especialistas y disminuye las hospitalizaciones.
- ✓ Mejora los resultados a largo plazo en enfermedades no transmisibles, salud mental y salud infantil.
- ✓ Fortalece la competitividad y el posicionamiento de las organizaciones de salud.
- ✓ Aumenta la satisfacción de los usuarios y mejora la salud autopercebida.
- ✓ Reduce las dificultades financieras, disminuye las brechas en los resultados y mejora la equidad.
- ✓ Mejora la atención de poblaciones históricamente desatendidas.
- ✓ Genera un mayor retorno de la inversión, al mejorar la funcionalidad de las personas y estimular la productividad económica.

En la figura 13 se presentan los pasos para la implementación del cuidado primario:

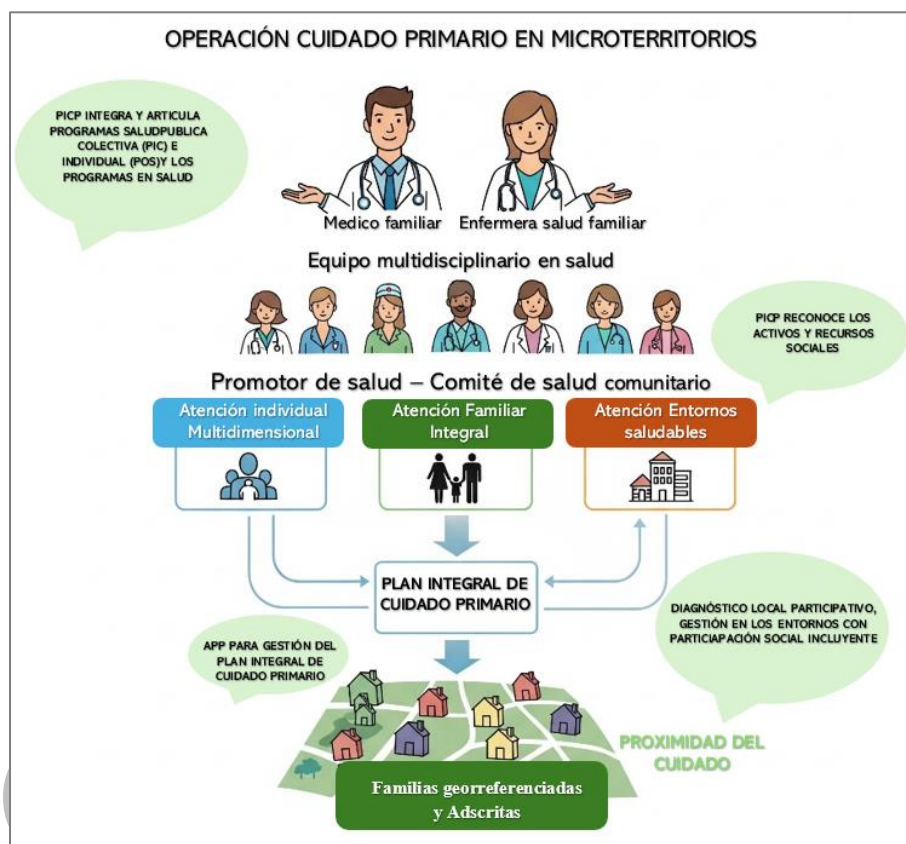
Figura 13. Pasos para la Implementación del Cuidado Primario



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

En la figura 14 se muestra la organización operacional del cuidado primario de la salud en los microterritorios:

Figura 14. Operación del Cuidado Primario



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La organización operativa del cuidado primario inicia con la georreferenciación y la adscripción de familias a los EMS (pasos 1 y 2). El paso 3 corresponde a la elaboración de un diagnóstico local participativo que integra información de base comunitaria, necesidades sentidas y saberes populares con el conocimiento técnico y el ASIS. En esta etapa se conforma un comité local de salud comunitaria que actúa como interfaz entre el equipo multidisciplinario de salud, el promotor de salud y la comunidad. Este diagnóstico reconoce los activos sociales y comunitarios, así como las formas de organización propias, para formular el Plan Integral de Cuidado Primario y abordar los entornos saludables.

Los EMS, en articulación con el promotor de salud del micro territorio, programan y realizan la valoración multidimensional individual a lo largo del curso de vida, de acuerdo con lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). También desarrollan actividades de detección temprana (DT) y protección específica (PE), atenciones para personas en grupos de riesgo, seguimiento a las atenciones prescritas en la red hospitalaria y acompañamiento a casos específicos, la valoración multidimensional se realiza de manera interprofesional, según las necesidades de atención, y comprende las siguientes dimensiones, ver figura 15:

Figura 15. Valoración Multidimensional Individual



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La valoración familiar integral se realiza también de manera interprofesional con los instrumentos de valoración familiar que se muestran a continuación:

Figura 16. Valoración Familiar Integral



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Asimismo, el EMS, de manera articulada con el comité de salud comunitaria y con actores intersectoriales, gestiona las atenciones e intervenciones en los entornos saludables, como se muestra en la siguiente figura:

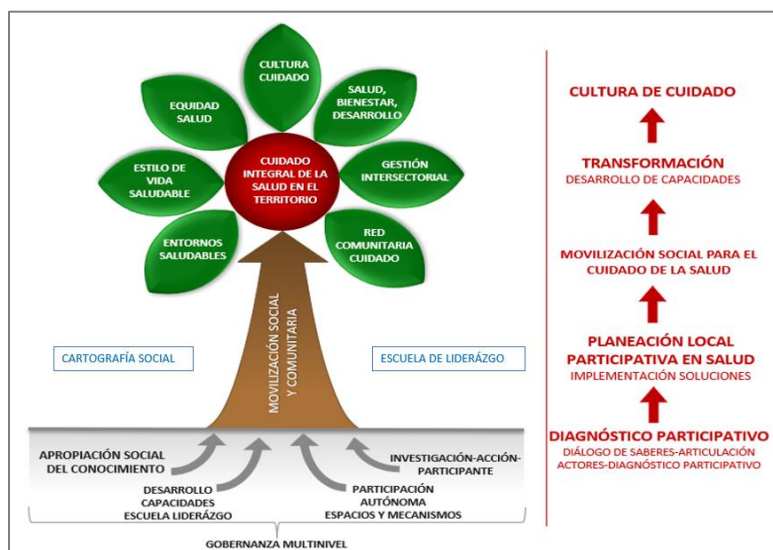
Figura 17. Entornos saludables



Fuente: Elaboración propia

En el cuidado primario, la gestión comunitaria por parte del EMS es fundamental. Esta incluye el reconocimiento de las formas propias de participación social de la comunidad, en armonía con lo dispuesto en la normatividad vigente; el respeto por sus valores y creencias; la articulación del saber popular con el saber técnico y profesional; y el mapeo de activos y recursos sociales y comunitarios para integrarlos con las intervenciones y atenciones en salud. La comunidad debe involucrarse de manera activa e incluyente en todo el proceso de gestión del cuidado integral de la salud en el territorio. En la siguiente figura se esquematiza el proceso de gestión comunitaria:

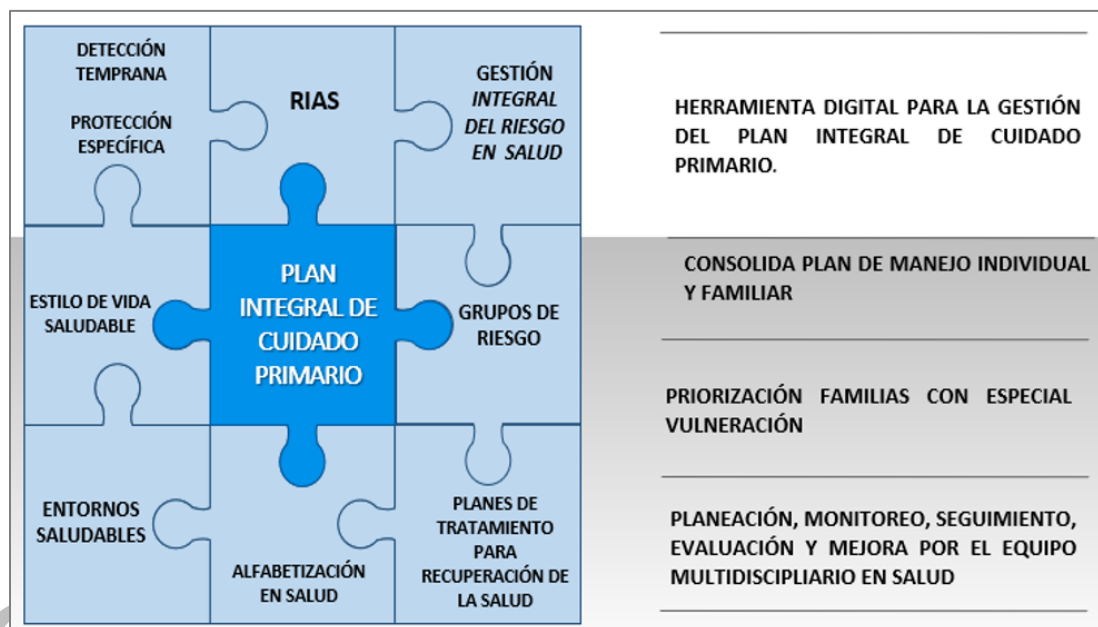
Figura 18. Proceso de Gestión Comunitaria



Fuente: Elaboración propia

El Plan Integral de Cuidado Primario es el instrumento que consolida todas las atenciones e intervenciones en promoción de la salud, GIRS, atenciones previstas en las RIAS y seguimiento de casos, como se presenta a continuación:

Figura 19. Plan Integral de Cuidado Primario



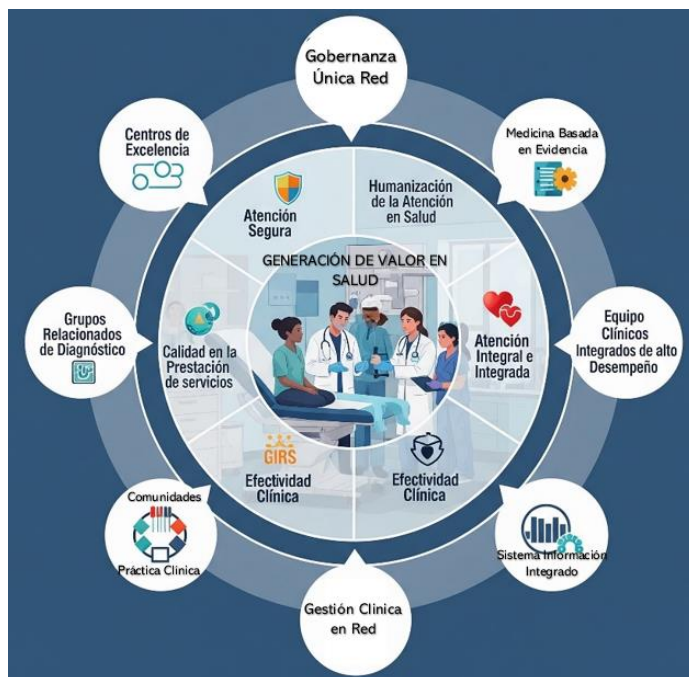
Fuente: Elaboración propia

El monitoreo, el seguimiento y la evaluación del PICP deben realizarse mediante indicadores de proceso y de resultado por parte del EMS, con el fin de introducir ajustes y acciones de mejora. Para ello, se debe disponer de una herramienta digital para la gestión del cuidado primario de la salud que permita realizar la planeación, la implementación con georreferenciación y semaforización, el monitoreo con generación de alertas, la evaluación y el mejoramiento continuo del PICP.

6.3. Línea estratégica Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud

La Gestión Clínica Integrada y el cuidado de la salud buscan asegurar la atención de la enfermedad y la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) de manera continua, segura, efectiva, integral, integrada y con calidad en la red de atención, abarcando la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Este enfoque pretende evitar la discontinuidad y la fragmentación de la atención entre los diferentes niveles de complejidad, y enfatiza el apoyo a la red de atención primaria para brindar una atención más oportuna en el lugar de residencia más cercano al usuario, con el fin de prevenir complicaciones, lesión de órgano blanco y mortalidad evitable. El enfoque de esta línea estratégica se presenta en la siguiente figura:

Figura 20. Enfoque de Gestión Clínica Integral y Cuidado de la Salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Gobernanza Clínica Única en Red: Su función es fortalecer una cultura de excelencia clínica y humanización de la atención en salud, así como promover un liderazgo clínico participativo, proactivo, autónomo y con capacidad de autogestión, alineado con la estrategia y los enfoques de la red. Comprende los acuerdos establecidos para la articulación de la red y la coordinación técnica y operativa entre los diferentes niveles de atención, con el fin de asegurar la continuidad y la integralidad de la atención en salud bajo altos estándares de calidad y humanización. Esta gobernanza se desarrolla a través de los siguientes componentes:

Gobierno Clínico Único para la Red: Es la arquitectura institucional para la gobernanza de la red de atención y la instancia estratégica que direcciona la Gestión Clínica Integrada y el Cuidado de la Salud en la red. El modelo cuenta con un manual de gobierno clínico que define su conformación, organización, roles, funciones y demás aspectos operativos.

Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados en Red: Comprenden la protocolización basada en evidencia, así como el desarrollo e implementación de vías clínicas (VC) y guías de práctica clínica (GPC) sustentadas en la mejor evidencia científica disponible. En términos operativos, las VC deben adaptar las GPC a la práctica real, definiendo la secuencia óptima, la duración y la responsabilidad de las actividades del equipo clínico. Estos instrumentos deben ser flexibles y ajustarse a la realidad de cada institución de la red.

Estos instrumentos se articulan con las rutas de gestión clínica de la red, de carácter longitudinal entre los diferentes niveles de atención, y se armonizan con los instrumentos

de gestión clínica propios de cada entidad hospitalaria. El modelo cuenta con un manual para la estandarización de los instrumentos de gestión clínica en red.

Conformación de Equipos Clínicos Integrados de Alto Desempeño: Los equipos clínicos de alto desempeño son grupos interprofesionales de profesionales de la salud, conformados según las necesidades de cada servicio, altamente capacitados y orientados a trabajar de manera coordinada y colaborativa para alcanzar objetivos comunes. Su labor se centra en la seguridad de la atención, la efectividad clínica, los altos estándares de calidad, la integralidad de la atención y la humanización del cuidado.

Fortalecimiento de hospitales universitarios y hospitales regionales como centros de excelencia: *“Un centro de excelencia es un programa dentro de una institución de salud que se organiza para ofrecer una concentración excepcionalmente alta de experiencia y recursos relacionados, centrados en un área específica de la medicina, brindando atención asociada de manera integral e interdisciplinaria para lograr los mejores resultados posibles para el paciente. Es un tipo de unidad de práctica integrada y un modelo de atención médica integrada; esencialmente, son lugares donde se brinda excelencia en un frente médico específico de una manera única y centrada en los pacientes”* (Manyazewal T, 2022).

Comunidades de práctica clínica en el marco del proyecto ECHO: Las comunidades de práctica (CDP) son grupos de profesionales de la salud que, alrededor de un interés común, interactúan para compartir conocimientos, resolver problemas, desarrollar mejores prácticas y mejorar la atención al paciente mediante la reflexión y el aprendizaje colectivo a partir de sus experiencias clínicas. Su propósito es generar conocimiento especializado, consolidar buenas prácticas, optimizar la atención, fortalecer la identidad profesional y mejorar la práctica clínica en general (Banco Interamericano de Desarrollo, 2022).

Las teleclínicas, en el marco del proyecto ECHO (*Extension for Community Health Outcomes*), son un programa de teleconferencias que utiliza tecnología para brindar mentoría y capacitación a profesionales de la salud, especialmente en áreas remotas, mediante la discusión de casos clínicos y el intercambio de conocimientos. Las teleclínicas ECHO permiten que médicos, otros integrantes del equipo de salud y especialistas se reúnan virtualmente para debatir casos y aprender de manera colaborativa, el modelo ECHO reúne a especialistas de múltiples áreas temáticas para lograr un enfoque sólido e integral. Se trata de una iniciativa global que vincula comunidades de aprendizaje (Health Sciences University of New Mexico, 2025). Sus principales características son las siguientes:

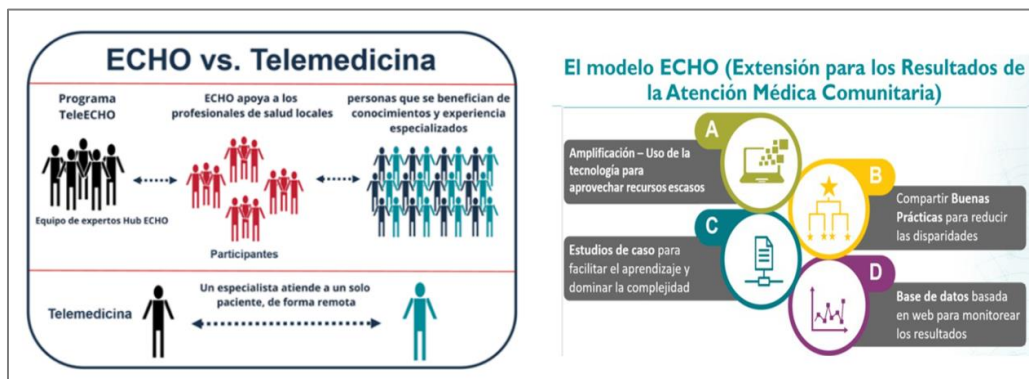
- ✓ **Aprendizaje cooperativo:** el proyecto se basa en el aprendizaje entre pares, donde los profesionales de la salud pueden compartir sus experiencias y aprender de los expertos.
- ✓ **Casos clínicos:** las teleclínicas se enfocan en la discusión de casos reales, lo que permite a los participantes aplicar sus conocimientos en situaciones prácticas.
- ✓ **Diseminación de mejores prácticas:** a través de las teleconferencias se comparten buenas prácticas y se promueve la innovación en la atención en salud.

- ✓ **Acceso a especialistas:** el proyecto permite que los profesionales de la salud en áreas remotas accedan a la experticia de especialistas, aun cuando estos no estén físicamente presentes.
- ✓ **Amplia aplicación:** los programas ECHO operan en diversos países y regiones, incluyendo América del Norte, América del Sur, Europa, Australia, África y Asia.

De acuerdo con el sitio oficial del Proyecto ECHO de la Universidad de Nuevo México (Health Sciences ECHO, 2025), se destaca lo siguiente:

“El Proyecto ECHO (Extensión para Resultados de Atención Médica Comunitaria), desarrollado en la Universidad de Nuevo México, es un modelo de aprendizaje permanente y práctica guiada que revoluciona la educación médica y aumenta exponencialmente la capacidad del personal para brindar atención especializada basada en mejores prácticas y reducir las disparidades en salud. La esencia del modelo ECHO reside en sus redes de intercambio de conocimientos, dirigidas por equipos de expertos que utilizan videoconferencias multipunto para realizar consultas virtuales con profesionales de la salud de la comunidad. De esta manera, médicos de atención primaria, enfermeros y otros profesionales clínicos aprenden a brindar atención especializada de excelencia a los pacientes en sus propias comunidades.”

En la figura 21 se muestra el impacto de las Teleclínicas comparado con la Telemedicina tradicional, así como el método que se utiliza:



Fuente: Health Sciences ECHO, 2025

Medicina Basada en la Evidencia (MBE): Tomando como referencia a David Sackett y al *Evidence-Based Medicine Working Group* de la Universidad McMaster, la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un enfoque sistemático para la toma de decisiones clínicas que integra la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica del profesional de la salud y los valores y preferencias del paciente, con el fin de ofrecer el mejor cuidado posible. Este proceso implica cinco pasos: formular una pregunta clínica, buscar evidencia científica, evaluarla críticamente, aplicarla en la práctica y valorar el resultado (Sur RL, 2011). La MBE contemporánea se sustenta en tres pilares dinámicos:

- **La mejor evidencia científica disponible:** es el motor del proceso y proviene de investigación biomédica de alta calidad. Se busca la evidencia más sólida y pertinente para la toma de decisiones, priorizando estudios con diseños metodológicamente rigurosos.
- **La pericia o juicio clínico del profesional:** la evidencia por sí sola no es suficiente. El clínico debe utilizar su experiencia y sus habilidades para integrar la evidencia en la atención de un paciente específico, reconociendo la singularidad de cada caso. Esta pericia permite valorar beneficios y riesgos en el contexto clínico particular, más allá de los promedios poblacionales.
- **Las preferencias y valores del paciente:** la decisión final debe construirse de manera compartida. Se deben considerar los deseos del paciente, su tolerancia a las molestias, a los riesgos y a la incertidumbre, así como sus circunstancias personales.

Implementación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) como base de pago soportada en la generación de valor en salud: La implementación del programa de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) constituye un paso en la dirección correcta para mejorar los procesos de atención clínica orientados a la generación de valor en salud. Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes que permite homogeneizar el producto hospitalario, comparar el desempeño de los servicios, reducir la variabilidad de la práctica médica, fortalecer la gestión clínica y hacer más transparente el sistema de pagos (Gorvaney, 2015).

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) son una herramienta de gestión que clasifica a los pacientes en grupos con características clínicas similares y consumo comparable de recursos sanitarios. Son útiles para:

- Conocer la casuística de un hospital.
- Relacionar los tipos de pacientes tratados con el costo de su atención.
- Servir de base para mecanismos de pago a los hospitales.

Los GRD se apoyan en un programa informático que utiliza los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria. Entre sus tipos se encuentran los GRD con procedimientos de hospitalización, con procedimientos mayores ambulatorios, con procedimientos significativos ambulatorios y los GRD médicos de hospitalización. Para optimizar su uso, se recomienda emplear la familia de agrupadores más adecuada según el propósito específico de análisis y su articulación con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

7. ESTRATEGIA GESTIÓN INTEGRAL DEL TALENTO HUMANO Y LA INNOVACIÓN EN SALUD

El modelo **Cundinamarca te Cuida (CIS-PTRRM)** formula la estrategia de **Gestión Integral del Talento Humano en Salud (GTHS) y la Innovación en Salud**, concebida como un instrumento estratégico para fortalecer el sistema de salud y garantizar el derecho a la salud bajo principios de calidad, dignidad y sostenibilidad. Esta iniciativa integra el desarrollo del talento humano con la innovación como ejes fundamentales para impulsar la

transformación, mejorar la prestación de los servicios y consolidar un modelo de atención centrado en las personas.

Esta apuesta estratégica parte del reconocimiento de que el talento humano constituye el eje central del sistema de salud, mientras que la innovación representa el motor indispensable para su transformación y adaptación a los retos actuales y futuros. En coherencia con ello, la estrategia se articula con los principales marcos normativos y de política pública a nivel nacional, entre ellos la Ley 1164 de 2007, la Política Nacional de Talento Humano en Salud, la Política Nacional de Humanización, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y la Resolución 2367 de 2023, integrándose de manera armónica al Plan de Desarrollo Departamental 2024–2028.

En este marco, la estrategia tiene como propósito desarrollar, articular y fortalecer de manera integral los procesos relacionados con la planeación, formación, desempeño, condiciones laborales, clima organizacional y desarrollo profesional del talento humano en salud, promoviendo una cultura institucional orientada al alto desempeño, la innovación y la mejora continua en el sector salud del departamento. Orienta a fomentar la innovación en los procesos asistenciales, administrativos y de gestión del conocimiento; a impulsar la atracción, el desarrollo y la retención de talento humano altamente calificado, con el fin de elevar la calidad de la atención en salud; y a optimizar los procesos del sistema mediante el fortalecimiento de la investigación y el desarrollo de soluciones pertinentes frente a los desafíos sanitarios actuales y futuros.

Para el cumplimiento de estos propósitos, la estrategia se estructura en tres líneas estratégicas interdependientes: la humanización de la atención en salud, la gestión del conocimiento y la innovación en salud, y el fortalecimiento de las competencias y capacidades del talento humano. Estas líneas, articuladas entre sí, permiten consolidar un modelo de atención centrado en las personas, soportado en el conocimiento y orientado al desarrollo integral del talento humano como pilar del sistema de salud, como lo muestra la siguiente figura:

Figura 22. Estrategia Gestión Integral del talento Humano y la Innovación en Salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA

7.1 Línea Humanización de la atención en salud

La humanización de la Atención en Salud se constituye en el pilar ético y relacional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). No se trata de un servicio accesorio, sino del alma misma de un sistema que busca garantizar el derecho a la salud con dignidad.

En ese sentido, la **Política Nacional de Humanización en Salud 2021-2031**, bajo el lema ***“Entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana”***, promueve una atención basada en el respeto, la empatía y la comunicación, con un enfoque relacional, colaborativo y centrado en el usuario, su familia y su comunidad.

La Política Nacional de Humanización 2021–2031 define la atención humanizada como una construcción ética, emocional, relacional y técnica. En Cundinamarca, esta estrategia busca consolidar una cultura institucional centrada en la dignidad, la comunicación empática, el respeto por la autonomía y la integralidad del cuidado, la cual se desarrollará conforme a los siguientes componentes:

- **Comunicación asertiva y empática:** Promueve la escucha activa, la información clara y sensible, y el diálogo bidireccional entre el equipo de salud, el usuario y su familia.
- **Respeto por la autonomía:** Incluye el consentimiento informado, la participación del paciente en la toma de decisiones y el respeto por sus valores, creencias y preferencias.
- **Entorno físico confortable y digno:** Garantiza ambientes que promuevan privacidad, tranquilidad, iluminación adecuada, control del ruido y condiciones higiénicas.
- **Atención a la dimensión emocional y espiritual:** Reconoce que la enfermedad impacta el estado emocional y espiritual, por lo que se requiere un acompañamiento psicosocial integral.
- **Énfasis en la familia:** Involucra a la familia como red de apoyo activa durante el proceso de atención, especialmente en situaciones críticas como hospitalización, parto, duelo o final de vida.

7.1.2 Línea Gestión del conocimiento y la innovación en salud

La gestión del conocimiento y la innovación en salud constituyen pilares estratégicos para la transformación y modernización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al permitir el uso efectivo de la ciencia, la tecnología y la innovación como motores de mejora continua. En concordancia con la Resolución 2367 de 2023 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, estas dimensiones fortalecen la toma de decisiones basada en evidencia, la vigilancia en salud pública y el desarrollo de soluciones oportunas frente a los retos sanitarios.

Desde esta perspectiva, la gestión del conocimiento se entiende como un proceso dinámico que integra la generación, organización, transferencia y aplicación del saber, con el fin de convertir la información en conocimiento útil para la toma de decisiones clínicas, administrativas y de política pública. A su vez, la innovación en salud se fundamenta en este proceso para diseñar e implementar soluciones que optimicen la calidad, eficiencia y acceso a los servicios, incluyendo el uso de tecnologías emergentes, la mejora de procesos y el fortalecimiento de modelos de atención.

Acciones estratégicas:

- **Transformación digital en salud:** Uso de tecnologías para mejorar acceso y calidad (telemedicina, IA).
- **Repositorio digital y comunidad de práctica:** Espacios para compartir conocimiento y experiencias.
- **Convenios con universidades:** Impulsar investigación aplicada y soluciones innovadoras.
- **Sistematización del conocimiento:** Convertir datos en información útil para decisiones clínicas y administrativas.
- **Conectividad en salud:** Reducir brechas territoriales mediante tecnología.

7.1.3 Línea Fortalecimiento de competencias y capacidades del talento humano en salud

El fortalecimiento de competencias y capacidades del talento humano en salud constituye un pilar estratégico de la Gestión Integral del Talento Humano en Salud (GTHS), orientado a garantizar que el personal cuente con las habilidades técnicas, científicas, administrativas y humanas necesarias para brindar una atención de calidad, ética y humanizada. En coherencia con la Ley 1164 de 2007, este enfoque promueve la formación continua, la vocación de servicio y el compromiso con el bienestar social como fundamentos del desempeño en el sector salud.

Desde esta perspectiva, el desarrollo de capacidades se concibe como un proceso continuo que integra la formación técnica con el fortalecimiento de competencias transversales, éticas y de gestión, permitiendo responder de manera efectiva a las dinámicas y desafíos del sistema de salud. Este proceso se articula con lineamientos nacionales como el Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020–2030, que impulsa la educación basada en competencias, la actualización permanente, los planes de carrera y el desarrollo de liderazgos institucionales.

En este marco, la estrategia promueve entornos laborales dignos y motivadores, reconociendo que el bienestar del talento humano es determinante para la calidad del servicio. Para ello, se priorizan acciones como la implementación de itinerarios modulares de capacitación que faciliten el aprendizaje continuo, el fortalecimiento de incentivos para el desarrollo profesional y la consolidación de mecanismos de evaluación del desempeño, incluyendo simulaciones clínicas, que garanticen la idoneidad y actualización del personal.

En suma, la inversión en el desarrollo de competencias del talento humano no solo responde a una necesidad operativa, sino que se configura como una apuesta estratégica para asegurar la calidad, la seguridad y la humanización de la atención en salud, contribuyendo a la consolidación de un sistema más eficiente, resiliente y centrado en las personas.

Acciones estratégicas:

- **Itinerarios modulares de formación:** Rutas flexibles de capacitación adaptadas a necesidades territoriales.
- **Incentivos al desarrollo profesional:** Promoción, formación y estabilidad laboral.

- **Simulación clínica y evaluación:** Entrenamiento práctico y evaluación periódica del desempeño.
- **Fortalecimiento del talento en zonas rurales:** Incentivos para permanencia en territorios apartados.
- **Gestión del talento territorial:** Banco de hojas de vida y rotación por competencias.
- **Bienestar laboral:** Evaluación de carga laboral y prevención del estrés.

En conjunto, esta estrategia consolida un enfoque integral que articula el desarrollo del talento humano con la innovación como motores de transformación del sistema de salud. De esta manera, se promueve una atención más eficiente, humanizada y centrada en las necesidades de la persona, familia y comunidades.

Cundinamarca te Cuida

Modelo territorial de cuidado integral de la salud

Cuidar la vida y promover el desarrollo humano sostenible en cada territorio

Más cerca de la gente, más cerca del cuidado.

Documento técnico para la orientación estratégica del modelo de atención en salud de Cundinamarca.

Una apuesta de Cundinamarca para cuidar la vida, cerrar brechas y promover el desarrollo humano sostenible en cada territorio.

Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca

Bogotá D. C., 2026

Referencias

- Banco Interamericano de Desarrollo. (6 de septiembre de 2022). *Comunidades de práctica en salud: Experiencias en América Latina y el Caribe*. Obtenido de BID: <https://www.iadb.org/es/blog/salud-nutricion-y-poblacion/comunidades-de-practica-en-salud-experiencias-en-america-latina-y-el-caribe>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (30 de Agosto de 2025). *BID, mejorando vidas*. Obtenido de Gente saludable: <https://blogs.iadb.org/salud/es/comunidades-de-practica-en-salud-experiencias-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Elrod JK, F. (2017). Centers of excellence in healthcare institutions: what they are and how to assemble them. *BMC Health Serv Res.* 2017 , 11-17.
- European Observatory of Health systems and Policies. (2024). *Global Report on Primary Health Care, Implementing the primary health care approach*. Brussels: Word Health Organization.
- Gobernación de Cundinamarca. (sin fecha de Mayo de 2024). *Plan de Desarrollo Departamental*. Obtenido de Gobernación de Cundinamarca: <https://www.cundinamarca.gov.co/rendicion-de-cuentas/centro-documental/plan-de-sesarrollo>
- Gogh, Ian. (2008). *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas*. Madrid: Centro de Investigación para la paz (CIP-Ecosocial).
- Gorvanev, I. e. (2015). ¿Por qué los GRD no se implementan en Colombia? *Cad Saúde Pública*, 2027-2031.
- Health Sciences HECHO. (14 de Julio de 2025). *ProjectECHOunm.edu*. Obtenido de Project ECHO UNM: <https://projectecho-unm-edu.translate.google/>
- Health Sciences University of New Mexico. (sin fecha de Sin fecha de 2025). *Project ECHO*. Obtenido de Health Sciences University of New Mexico: <https://projectecho.unm.edu/model/>
- Manyazewal T, W. Y. (7 de febrero de 2022). *Conceptualising centres of excellence: a scoping review of global evidence*. Obtenido de National Library of Medicine: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8823146/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C: Imprenta nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. (sin fecha de sin fecha de 2022). *Plan Decenal de salud Pública 2022-2031*. Obtenido de Ministerio de Salud y protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 2696*. Bogotá D.C: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Decreto 858*. Bogotá D.C: Imprenta Nacional.

Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha de Sin fecha de 2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas*. Obtenido de Organización Mundial de la salud: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/>

Organización Mundial de la salud. (2019). *Pacto 30-30-30 APS para la Salud Universal*. Washington D.C: PAHO.

Organización Mundial de la Salud. (sin fecha de Julio de 2021). *Glosario de promoción de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

Organización Mundial de la Salud. (1 de Mayo de 2026). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Who.int.es: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (Sin fecha de Sin fecha de 2021). *Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública*. Obtenido de Organización Panamericana de la salud: <https://iris.paho.org/items/ba8d197d-f957-4249-bfb8-40e60818237e>

Organización Panamericana de la Salud. (sin fecha de sin fecha de 2022). *Criterios regionales para Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:

<https://www.paho.org/es/documentos/criterios-regionales-para-municipios-ciudades-comunidades-saludables-americas>

Organización Panamericana de la Salud. (2 de Mayo de 2022). *Organización panamericana de la Salud*. Obtenido de IRIS.PAHO.ORG:

<https://iris.paho.org/items/7f7f8933-3d0f-435c-a6db-b32511e6c788>

Organización Panamericana de la Salud-OMS. (2 de Julio de 2025). *PAHO.ORG*.

Obtenido de Atención Primaria en Salud:

<https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

Porter, M. E. (2010). Que es el valor en la atencion sanitario. *The New England Journal of Medicine*, 363;26.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (sin fecha de sin fecha de 2009).

Obtenido de www.undp.org/capacity: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Capacity_Development_A_UNDP_Primer_Spanish.pdf

Sur RL, D. P. (27 de octubre de 2011). *National Library Of Medicine*. Obtenido de Pub Med Central, Journal of Urology:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3263217/>