

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 el modelo territorial de cuidado integral de la salud del departamento. Como apuesta de política pública y rectoría sanitaria, orienta la implementación del Programa Territorial de Rediseño, Reorganización y Modernización de las Redes (PTRRM), con el propósito de fortalecer el acceso equitativo a servicios integrales, integrados, humanizados, seguros y de calidad, centrados en las personas, las familias y las comunidades.

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. Opera en tres niveles de gestión —macro, meso y micro— y se implementa mediante cuatro estrategias complementarias: Gobernanza Multinivel para Territorios Saludables; Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios; Gestión de la Salud Pública en el Territorio; y Gestión Integral del Talento Humano y la Innovación en Salud.

Estas estrategias articulan rectoría sanitaria, cuidado primario, gestión clínica integrada, vigilancia e inteligencia sanitaria, promoción de la salud, gestión del riesgo, humanización, calidad, experiencia del cuidado, conocimiento, telesalud, innovación y desarrollo de capacidades. En conjunto, permiten ordenar la acción institucional, comunitaria e intersectorial mediante cadenas de valor, indicadores, resultados esperados y procesos de mejora continua.

En su despliegue territorial, **Cundinamarca te Cuida** busca consolidar una red más integrada, cercana, resolutiva y orientada a valor público en las 14 Regiones de Salud; reducir brechas de acceso y equidad; fortalecer la participación social y la corresponsabilidad; mejorar la experiencia y los desenlaces en salud; y promover una gestión pública articulada, sostenible y basada en evidencia.

Cundinamarca Te Cuida: un modelo territorial que articula, integra y transforma el cuidado de la salud, poniendo en el centro a las personas, las familias y las comunidades, para construir territorios más saludables, equitativos y sostenibles.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

TABLA DE CONTENIDO

Resumen ejecutivo

1. Presentación de Cundinamarca te Cuida

Objetivo estratégico general del modelo

2. Fundamento conceptual y técnico de Cundinamarca te Cuida

2.1. Fundamento conceptual de Cundinamarca te Cuida

2.2. Fundamentos técnicos de Cundinamarca te Cuida

3. Marco de política y enfoques de Cundinamarca te Cuida

3.1. Marco de política

3.1.1. Alineación internacional

3.1.2. Alineación nacional

3.1.3. Alineación departamental y territorial

3.1.4. Implicaciones para Cundinamarca te Cuida

3.2. Enfoques de Cundinamarca te Cuida

4. Marco estratégico de Cundinamarca te Cuida (CIS-PTRRM)

5. Estrategia Gobernanza Multinivel para Territorios Saludables

5.1. Sentido estratégico de la gobernanza multinivel

5.2. Punto de partida territorial y diagnóstico de gobernanza

5.3. Objetivo estratégico de la estrategia

5.4. Resultado esperado de cambio de la estrategia

5.5. Líneas estratégicas de la gobernanza multinivel

5.6. Línea estratégica 1. Arquitectura institucional para la gobernanza

5.7. Línea estratégica 2. Coordinación multinivel para territorios saludables

5.8. Línea estratégica 3. Participación y movilización de actores del ecosistema de salud

5.9. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación

6. Estrategia Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios

6.1. Componentes clave transversales para la integración del cuidado

6.1.1. Generación de valor en salud como atributo transversal de integración de la red

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

6.1.3. Alfabetización en salud y paciente experto

6.1.4. Curso de vida como ordenador de las atenciones

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

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

6.2.1. Fases para la implementación del Cuidado Primario de la Salud

6.2.2. Procesos para la operación del Cuidado Primario de la Salud

6.2.3. Organización, roles y capacidad instalada para la operación del Cuidado Primario de la Salud

6.2.4. Desarrollo de capacidades, comunidades de aprendizaje y alfabetización en salud

6.2.5. Abordaje individual y familiar multidimensional

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

6.2.6. Activación de RIAS y Gestión Integral del Riesgo en Salud
6.2.7. Abordaje de entornos saludables y protectores, Determinantes Sociales de la Salud y proximidad del cuidado
6.2.8. Fortalecimiento de la participación social incluyente, la gestión comunitaria e intersectorial del cuidado
6.2.9. Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) como producto integrador
6.2.10. Resultado integrador de la línea estratégica de Cuidado Primario de la Salud
6.3. Línea estratégica Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud
6.3.1. Gobernanza Clínica Única en Red
6.3.2. Gobierno Clínico Único para la Red
6.3.3. Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados en Red
6.3.4. Conformación de Equipos Clínicos Integrados de Alto Desempeño
6.3.5. Fortalecimiento de hospitales universitarios y hospitales regionales como centros de excelencia
6.3.6. Comunidades de práctica clínica en el marco del Proyecto ECHO
6.3.7. Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
6.3.8. Implementación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)
6.4. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación
7. Estrategia Gestión de la Salud Pública en el Territorio
Objetivo estratégico de la estrategia
Resultado esperado de cambio de la estrategia
7.1. Línea estratégica Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria
Objetivo específico de la línea estratégica
Resultado esperado de cambio de la línea estratégica
7.1. Componentes de la línea estratégica
7.1.1. Monitoreo integral de la situación de salud
7.1.2. Vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA)
7.1.3. Vigilancia de riesgos, enfermedades y emergencias asociadas al cambio climático
7.1.4. Vigilancia basada en comunidad y participación social
7.1.5. Inteligencia Sanitaria Territorial
7.1.8. Resultado integrador de la línea estratégica de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria
7.2. Línea estratégica Educación y Promoción de la Salud
Objetivo específico de la línea estratégica
Resultado esperado de cambio de la línea estratégica
7.2.1. Componentes de la línea estratégica
7.2.2. Resultado integrador de la línea estratégica de Educación y Promoción de la Salud
7.3. Línea estratégica Gestión Integral del Riesgo en Salud
Objetivo específico de la línea estratégica
Resultado esperado de cambio
7.3.1. Ciclo de gestión del riesgo
7.3.2. Componentes de la línea estratégica
7.3.3. Roles por nivel de gestión
7.3.4. Resultado integrador de la línea estratégica de Gestión Integral del Riesgo en Salud

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

7.4. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación
8. Estrategia Gestión Integral del Talento Humano y la Innovación en Salud
Objetivo estratégico de la estrategia
Resultado esperado de cambio de la estrategia
8.1. Línea estratégica Humanización, calidad y experiencia del cuidado
Objetivo específico de la línea estratégica
Resultado esperado de cambio de la línea estratégica
8.1.1. Componentes de la línea estratégica
8.1.2. Resultado integrador de la línea estratégica de Humanización, calidad y experiencia del cuidado
8.2. Línea estratégica Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red
Objetivo específico de la línea estratégica
Resultado esperado de cambio de la línea estratégica
8.2.1. Componentes de la línea estratégica
8.2.1.7. Resultado integrador de la línea estratégica de Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red
8.3. Línea estratégica Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud
Objetivo específico de la línea estratégica
Resultado esperado de cambio de la línea estratégica
8.3.1. Componentes de la línea estratégica
8.3.2. Resultado integrador de la línea estratégica de Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud
8.4. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación
Referencias

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Índice de figuras

Figura	Título
Figura 1	Hoja de Ruta Formulación del Modelo
Figura 2	Fundamentos conceptuales de Cundinamarca te Cuida
Figura 3	Niveles de gestión de Cundinamarca te Cuida
Figura 4	Fundamentos técnicos de Cundinamarca te Cuida
Figura 5	Marco estratégico de Cundinamarca te Cuida
Figura 6	Marco estratégico de Cundinamarca te Cuida
Figura 7	Estrategia Gobernanza Multinivel para Territorios Saludables
Figura 8	Línea estratégica 1. Arquitectura institucional para la gobernanza
Figura 9	Línea estratégica 2. Coordinación multinivel para territorios saludables
Figura 10	Línea estratégica 3. Participación y movilización de actores del ecosistema de salud
Figura 11	Componentes transversales para la integración del cuidado
Figura 12	Generación de valor en salud
Figura 13	Ciclo de la atención en salud
Figura 14	Mecanismos de integración de la red para el cuidado integral
Figura 15	Integración técnica y administrativa de la red de prestación de servicios
Figura 16	Niveles de alfabetización en salud y paciente experto
Figura 17	Implementación de la alfabetización en salud y paciente experto
Figura 18	Curso de vida como ordenador de las atenciones
Figura 19	Curso de vida, RIAS y gestión longitudinal del cuidado
Figura 20	Proximidad del cuidado, gestión intersectorial y participación social
Figura 21	Cuidado Primario de la Salud: ciclo de gestión territorial
Figura 22	Hoja de ruta del Cuidado Primario de la Salud: ciclo de mejora continua
Figura 23	Procesos para la operación del Cuidado Primario de la Salud
Figura 24	Organización funcional de la red de cuidado primario
Figura 25	Aprendizaje Basado en Problemas aplicado al cuidado primario territorial
Figura 26	Ecosistema de capacidades y aprendizaje para el cuidado primario

Figura 27	Valoración multidimensional individual y familiar
Figura 28	RIAS, curso de vida y grupos de riesgo como ordenadores del cuidado primario
Figura 29	Entornos saludables y protectores
Figura 30	Árbol de la participación y la gestión comunitaria para el cuidado
Figura 31	Bosque comunitario del cuidado: red micelar de participación, conocimiento e innovación social
Figura 32	Plan Integral de Cuidado Primario
Figura 33	Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud orientada a la generación de valor en salud
Figura 34	Servicios clínicos especializados integrados funcionalmente por el Gobierno Clínico Único para la Red
Figura 35	Equipos clínicos integrados de alto desempeño para la efectividad clínica y la generación de valor en salud
Figura 36	Proyecto ECHO y Telesalud
Figura 37	Gestión de la Salud Pública en el Territorio
Figura 38	Enfoque de la Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria
Figura 39	Educación y Promoción de la Salud en el Territorio
Figura 40	Gestión Integral del Riesgo en Salud
Figura 41	Niveles de gestión del riesgo en salud
Figura 42	Estrategia Gestión Integral del Talento Humano y la Innovación en Salud
Figura 43	Humanización, calidad y experiencia del cuidado
Figura 44	Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red
Figura 45	Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud
Figura 46	Secuencia metodológica para mapas de competencias, perfiles y certificación

1. PRESENTACIÓN DE CUNDINAMARCA TE CUIDA

Ruta metodológica para la formulación de Cundinamarca Te Cuida

El referente metodológico para el diseño y formulación de Cundinamarca Te Cuida, como Modelo Territorial de Cuidado Integral de la Salud, es la Teoría Fundamentada, propuesta por Strauss y Corbin (2002). Este enfoque orientó un proceso de construcción progresiva a partir de la identificación, análisis, categorización y relación de los hallazgos obtenidos del territorio, articulados con la evidencia documental, normativa, técnica y cuantitativa disponible. De esta manera, la estructura del modelo se construyó a partir de la interpretación sistemática de la información y de su contrastación con los diferentes actores y fuentes.

La ruta metodológica se organizó en cinco fases articuladas, que permitieron avanzar desde la comprensión de las realidades territoriales hasta la construcción, validación y proyección de la implementación del modelo; este proceso permitió integrar la participación de los actores del territorio con la evidencia científica, los referentes normativos y los instrumentos de planeación, buscando que la propuesta respondiera a las particularidades, necesidades, capacidades y oportunidades de las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca.

La primera fase, **escucha territorial y participación**, permitió reconocer las percepciones, necesidades, problemáticas, capacidades y propuestas de los actores institucionales, técnicos, comunitarios y privados. Para ello se desarrolló la consulta territorial “Un café por la salud de Cundinamarca”, como mecanismo de diálogo y participación que permitió incorporar el conocimiento y la experiencia de quienes desarrollan y viven las dinámicas de salud en los territorios. Esta fase constituyó un insumo fundamental para comprender las realidades territoriales y orientar posteriormente el análisis de las brechas y necesidades de cuidado.

La segunda fase correspondió a la revisión de **evidencia, normativa y planeación**. En esta etapa se realizó la consulta de literatura, evidencia científica, mejores prácticas, referentes técnicos, marco normativo e instrumentos de planeación nacional y departamental. Esta revisión permitió contrastar los hallazgos provenientes del territorio con los referentes existentes y establecer los elementos técnicos, políticos y normativos que debían orientar la construcción del modelo.

La tercera fase, **análisis y triangulación**, permitió integrar y analizar la información cualitativa, documental, normativa y cuantitativa. Para ello se utilizaron elementos metodológicos de la Teoría Fundamentada, incluyendo procesos de codificación, categorización, comparación constante, identificación de relaciones y construcción de mapas conceptuales, complementados con procesos de triangulación de la información. Este ejercicio permitió identificar problemáticas, causas, brechas, categorías estratégicas y movilizadores de solución, pasando de la descripción de las situaciones encontradas a una

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

comprensión estructurada de sus relaciones y posibles respuestas (Strauss & Corbin, 2002).

La cuarta fase correspondió a la **construcción del modelo**. Los resultados obtenidos del proceso de análisis se transformaron en elementos estructurales para definir la arquitectura de Cundinamarca Te Cuida, incluyendo su propósito, enfoques, estrategias, líneas estratégicas, componentes y resultados esperados. Esta fase permitió traducir las necesidades y hallazgos territoriales en una propuesta organizada de gestión y cuidado, articulando elementos como la Atención Primaria en Salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud, la gobernanza, la gestión de la salud pública, la prestación integrada de servicios, la participación social, el talento humano, la innovación y la gestión del conocimiento.

La quinta fase, **validación e implementación progresiva**, estuvo orientada a verificar la coherencia interna, pertinencia normativa, consistencia técnica y aplicabilidad territorial de la propuesta. Para ello se incorporó la revisión de expertos y actores territoriales, permitiendo realizar ajustes y consolidar la formulación final. Esta fase proyecta el modelo hacia la prueba piloto, implementación progresiva, seguimiento, aprendizaje y mejora continua, considerando las particularidades y capacidades de las 14 Regiones de Salud.

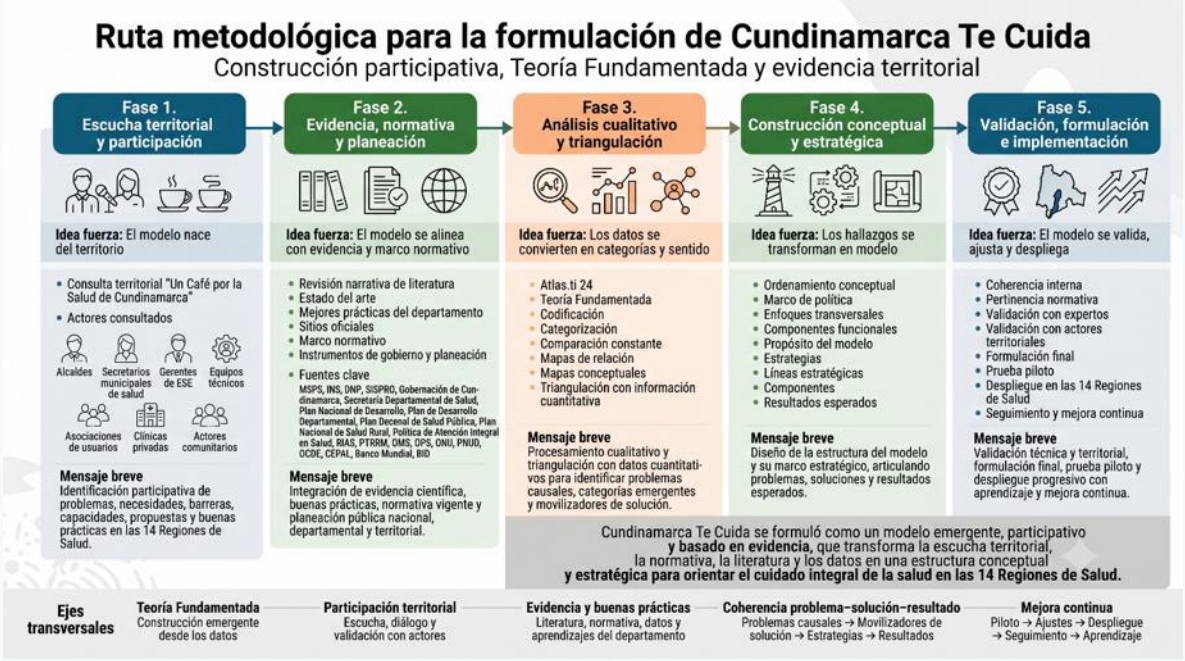
En este sentido, la ruta metodológica permite conectar de manera sistemática territorio, población, evidencia, actores, capacidades y gestión. La metodología permitió, por tanto, que **Cundinamarca Te Cuida** se configurara como un modelo emergente y territorializado, en el que las respuestas no se definen exclusivamente desde el nivel institucional, sino que se construyen a partir de la interacción entre el conocimiento técnico y científico, los marcos normativos, la información disponible y los saberes y experiencias de los actores territoriales, favoreciendo así una respuesta más pertinente frente a las condiciones sociales, epidemiológicas, económicas, culturales y geográficas de las diferentes regiones del departamento.

En términos de gestión, la ruta metodológica permitió pasar de la identificación de necesidades y problemas a la definición de respuestas integrales y resultados esperados, estableciendo las bases para orientar la acción institucional, sectorial, intersectorial y comunitaria. Así, el modelo busca articular las capacidades existentes y fortalecer la coordinación entre los diferentes actores responsables del cuidado, promoviendo respuestas más cercanas, **integradas, oportunas y sostenibles.**

Entonces se hace necesario mencionar que la **rectoría sanitaria** permite a la Entidad Territorial de Salud orientar, conducir, coordinar, regular, articular, monitorear y evaluar decisiones, actores y recursos del sistema en el territorio. Por ello, **Cundinamarca te Cuida**, articulado con el **PTRRM**, no solo organiza la red de prestación de servicios; también fortalece la capacidad institucional para direccionar el cuidado integral de las personas, las familias y la comunidad, con enfoque de curso de vida, derecho a la salud, bienestar y desarrollo humano sostenible.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 1. *Hoja de Ruta Formulación del Modelo*



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La Figura 1 Resume la hoja de ruta de la formulación de Cundinamarca Te Cuida, se desarrolló mediante una ruta metodológica de cinco fases, orientada a construir un modelo emergente, participativo y basado en evidencia.

2. FUNDAMENTO CONCEPTUAL Y TÉCNICO DE CUNDINAMARCA TE CUIDA

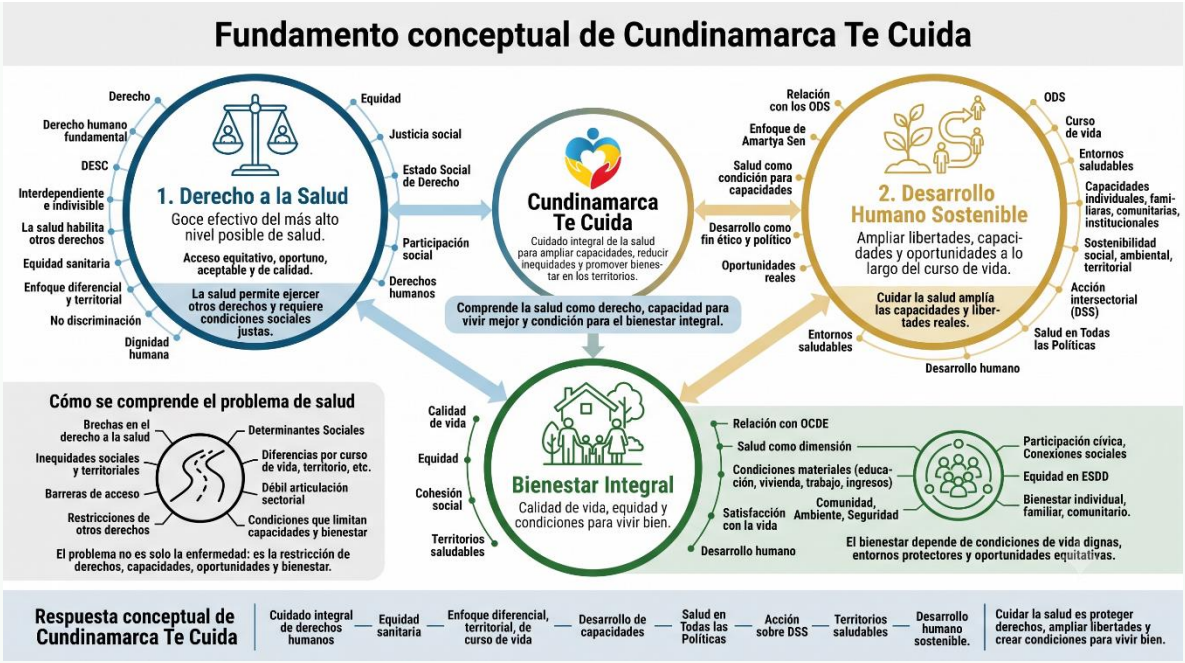
El fundamento conceptual y técnico de **Cundinamarca te Cuida** constituye la base que orienta la formulación del modelo. El fundamento conceptual define *cómo* se comprende la salud, el cuidado y el territorio; el fundamento técnico precisa *cómo* se organiza la respuesta institucional, comunitaria e intersectorial para resolver las problemáticas identificadas.

2.1. Fundamento conceptual de Cundinamarca te Cuida

La Figura 2 sintetiza el fundamento conceptual de **Cundinamarca te Cuida** a partir de tres pilares interdependientes: el **Derecho a la Salud** (Congreso de la República de Colombia, 2015), el **Desarrollo Humano Sostenible** y el **Bienestar Integral**. Desde esta perspectiva, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad ni a la prestación de servicios; se comprende como derecho humano fundamental, condición para el desarrollo de capacidades y dimensión esencial de la calidad de vida de personas, familias y comunidades.

DOCUMENTO CON

Figura 2. Fundamentos conceptuales de Cundinamarca te Cuida



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

El **Derecho a la Salud** se relaciona con los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (Naciones Unidas, 2000), la equidad sanitaria, el enfoque diferencial y el goce efectivo del más alto nivel posible de salud. El **Desarrollo Humano Sostenible**, en diálogo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015) y el enfoque de capacidades de Amartya Sen (Sen, 2000), entiende la salud como condición para ampliar libertades, oportunidades y capacidades a lo largo del curso de vida. El **Bienestar Integral**, inspirado en dimensiones planteadas por la OCDE (OECD, 2020), permite relacionar la salud con condiciones materiales, sociales, ambientales, educativas, comunitarias y de participación que hacen posible vivir bien en un Estado Social de Derecho.

En conjunto, estos fundamentos permiten comprender que los problemas de salud en Cundinamarca no se explican solo por eventos clínicos o demanda de servicios, sino por la interacción entre inequidades, barreras de acceso, restricciones al ejercicio de derechos, determinantes sociales, condiciones territoriales y oportunidades desiguales de desarrollo. Por ello, **el modelo** orienta su respuesta hacia el cuidado integral de la salud, con enfoque de derechos humanos, equidad, curso de vida, diferencialidad, acción intersectorial, desarrollo de capacidades, bienestar y sostenibilidad.

2.2. Fundamentos técnicos de Cundinamarca te Cuida

Los **fundamentos técnicos de Cundinamarca te Cuida** sustentan los pilares que orientan la respuesta a las problemáticas identificadas en el territorio. De acuerdo con la revisión de literatura, la evidencia internacional, el marco normativo colombiano y los instrumentos de gobierno y planeación, el abordaje técnico del modelo se apoya en cuatro pilares

DOCUMENTO CON

interdependientes: **Atención Primaria en Salud**, **Determinantes Sociales de la Salud y Equidad en Salud**, **Gobernanza Multinivel** y **Gestión Integral del Riesgo en Salud**, articulada con el mejoramiento continuo de la calidad.

La **Atención Primaria en Salud (APS)** constituye la estrategia global del modelo por su capacidad para garantizar el derecho a la salud, acercar servicios integrales al entorno cotidiano, fortalecer la promoción y la prevención, mejorar la resolutividad del primer contacto y organizar la atención alrededor de personas, familias y comunidades. La evidencia de la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2024) la reconoce como el enfoque más inclusivo, equitativo, efectivo y costo-efectivo para avanzar hacia la salud universal, mejorar resultados y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En el modelo, la APS se articula con las Redes Integradas de Servicios de Salud, las Funciones Esenciales de Salud Pública, las RIAS, la Salud en Todas las Políticas, la participación social, la acción intersectorial y la gestión territorial del cuidado.

El abordaje de los **Determinantes Sociales de la Salud y la Equidad en Salud** permite comprender que los problemas de salud no dependen únicamente de la atención sanitaria, sino de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y se relacionan con su entorno. Por ello, **Cundinamarca te Cuida** integra acción intersectorial, enfoque diferencial, enfoque territorial, reducción de brechas injustas y evitables, y construcción de entornos saludables y protectores como condiciones para mejorar salud, bienestar y desarrollo humano sostenible.

La **Gobernanza Multinivel** aporta el marco para coordinar decisiones, competencias, recursos y responsabilidades entre niveles de gobierno, sectores, instituciones y actores territoriales. Este enfoque, desarrollado en la experiencia europea y reconocido por la OCDE (OECD, 2024) como una forma de articular relaciones verticales y horizontales entre niveles administrativos, resulta clave para implementar políticas públicas complejas, reducir disparidades territoriales y asegurar coherencia entre planeación nacional, departamental, regional, municipal y comunitaria. En la siguiente figura se presentan los niveles de gestión de Cundinamarca te Cuida:

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 3. Niveles de gestión de Cundinamarca te Cuida



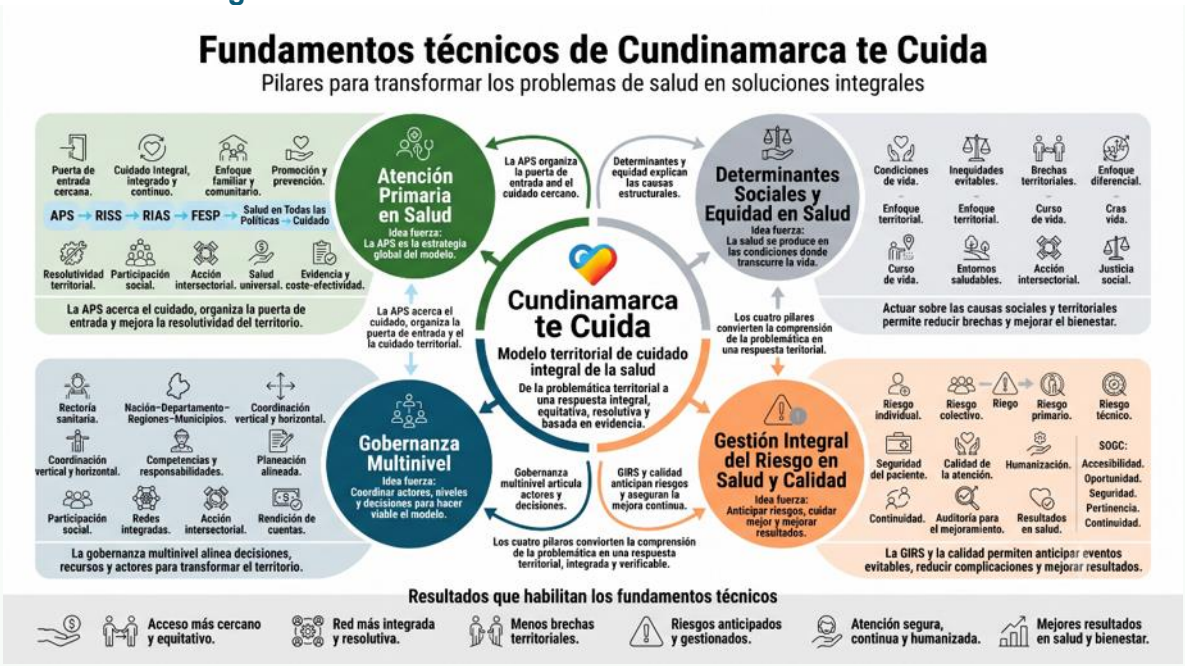
Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La **Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)** ordena la identificación, análisis, intervención, seguimiento y comunicación de riesgos individuales, colectivos, primarios y técnicos. Su aplicación permite anticipar eventos evitables, reducir complicaciones, gestionar riesgos clínicos y colectivos, fortalecer la continuidad del cuidado y mejorar resultados. Este pilar se articula con el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud**, cuyos atributos se enmarca en la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; orientan la mejora de la calidad, la auditoría para el mejoramiento, la seguridad del paciente, la humanización, la gestión del riesgo técnico y la evaluación permanente de resultados.

En conjunto, estos pilares permiten pasar de la comprensión de la problemática a una respuesta organizada, integral y verificable: la APS acerca el cuidado y ordena la puerta de entrada; los determinantes sociales y la equidad explican causas estructurales; la gobernanza multinivel articula actores y decisiones; y la GIRS, junto con la calidad, orienta la anticipación del riesgo, la continuidad y el mejoramiento de resultados. La siguiente figura sintetiza esta relación:

DOCUMENTO CON

Figura 4. Fundamentos técnicos de Cundinamarca te Cuida



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La GIRS articula la gestión colectiva e individual del riesgo con la gestión del riesgo técnico, entendida como el conjunto de acciones estratégicas y operativas orientadas a identificar, evaluar y mitigar eventos adversos prevenibles en la atención. Su propósito es asegurar calidad, pertinencia y continuidad asistencial, mejorar la seguridad y efectividad de la atención, y 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 se articula transversalmente con el mejoramiento continuo de la calidad, la humanización de la atención 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, 2006).

3. MARCO DE POLÍTICA Y ENFOQUES DE CUNDINAMARCA TE CUIDA

Este capítulo define el marco de política y los enfoques que orientan **Cundinamarca te Cuida** como modelo territorial de cuidado integral de la salud. El **Marco de Política** integra referentes internacionales, nacionales, departamentales y territoriales que dan legitimidad, dirección estratégica y soporte normativo al modelo. Los **Enfoques** establecen criterios transversales para interpretar necesidades poblacionales, inequidades, determinantes sociales, capacidades institucionales y diversidad territorial en las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca.

DOCUMENTO CONV

3.1. Marco de política

El marco de política articula los compromisos y orientaciones que sustentan el derecho fundamental a la salud, la Atención Primaria en Salud, la equidad, la acción intersectorial, la gobernanza multinivel y el desarrollo humano sostenible. Sobre esta base, **Cundinamarca te Cuida** se configura como un instrumento de rectoría sanitaria territorial para coordinar actores, recursos, capacidades e instrumentos de gestión pública alrededor del bienestar de las personas, las familias y las comunidades.

3.1.1. Alineación internacional

Cundinamarca te Cuida se articula con consensos internacionales en salud, bienestar y desarrollo sostenible. Retoma la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y las declaraciones de Alma-Ata y Astaná, que reconocen la salud como derecho y posicionan la Atención Primaria en Salud como estrategia para avanzar hacia salud universal, cobertura sanitaria universal y cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (World Health Organization, 1946; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 1978; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

El modelo también se alinea con la Agenda 2030, en especial con el ODS 3 —salud y bienestar— y con objetivos relacionados con pobreza, educación, agua y saneamiento, reducción de desigualdades, ciudades sostenibles, acción climática y alianzas. Esta perspectiva entiende la salud como resultado y condición del desarrollo sostenible, y exige actuar sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales y territoriales que inciden en la vida cotidiana (Naciones Unidas, 2015; World Health Organization, 2008).

En el ámbito regional, incorpora lineamientos de la OPS/OMS sobre Salud Universal, Funciones Esenciales de Salud Pública, promoción de la salud, Salud en Todas las Políticas, determinantes sociales, equidad sanitaria, redes integradas y fortalecimiento de la rectoría. Asimismo, dialoga con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, orientada a ampliar el acceso equitativo a servicios integrales, fortalecer la gobernanza, desarrollar talento humano, consolidar sistemas de información y avanzar hacia políticas públicas centradas en bienestar y equidad (Organización Panamericana de la Salud, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La Carta de Ottawa aporta el enfoque de promoción de la salud mediante políticas públicas saludables, entornos favorables, acción comunitaria, habilidades personales y reorientación de servicios. La Declaración de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud refuerza la acción sobre las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con gobernanza intersectorial, participación social, monitoreo de inequidades y rendición de cuentas (Organización Mundial de la Salud, 1986; World Health Organization, 2011).

De forma complementaria, el marco de bienestar de la OCDE vincula la salud con calidad de vida, condiciones materiales, educación, ambiente, comunidad, seguridad, participación cívica y oportunidades. El enfoque de desarrollo humano y capacidades del PNUD orienta el fortalecimiento de personas, comunidades, instituciones y territorios para aprender,

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

decidir, participar, innovar y sostener prácticas de cuidado (OECD, 2020; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

3.1.2. Alineación nacional

En Colombia, el modelo territorial se fundamenta en la Constitución Política, la Ley Estatutaria de Salud, la Ley 1438 de 2011, la Política de Atención Integral en Salud, el **Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida"**, el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031**, el **Plan Nacional de Salud Rural**, las Rutas Integrales de Atención en Salud, la Resolución 3280 de 2018 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Estos instrumentos orientan la garantía del derecho a la salud, la acción sobre determinantes sociales, la APS, la gestión integral del riesgo, las redes integradas, la equidad territorial y el cierre de brechas (Congreso de la República de Colombia, 2011; Congreso de la República de Colombia, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El modelo se armonizará con los instrumentos de planeación nacional vigentes y con las orientaciones sectoriales del Gobierno nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta armonización implica alinear objetivos, metas, indicadores, financiación, rutas de implementación, seguimiento y evaluación con las prioridades nacionales en salud pública, atención primaria, redes integradas, transformación digital, salud rural, participación social, equidad territorial y determinantes sociales.

El **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031** aporta una visión de largo plazo basada en equidad, enfoque diferencial, curso de vida, participación social, acción intersectorial, gestión del riesgo, promoción de la salud, vigilancia y fortalecimiento de la autoridad sanitaria. El **Plan Nacional de Salud Rural** orienta el cierre de brechas de acceso, la capacidad resolutiva en territorios rurales y dispersos, la continuidad del cuidado, la telesalud, los equipos territoriales y la articulación intersectorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En coherencia con este marco, la Atención Primaria en Salud ordena el primer contacto, la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación del cuidado, la orientación familiar y comunitaria, la participación social, la acción intersectorial y la gestión territorial del riesgo. Su implementación exige redes resolutivas, talento humano competente, información integrada, rutas de atención, intervenciones colectivas y seguimiento orientado a resultados (Starfield, 1998; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

3.1.3. Alineación departamental y territorial

En el nivel departamental, el modelo se articula con el Plan de Desarrollo Departamental de Cundinamarca 2024-2028, el Programa Territorial de Rediseño, Reorganización y Modernización de las Redes, las Regiones de Salud de Cundinamarca, los planes territoriales de salud, el análisis de situación de salud, la participación social y los instrumentos de planeación sectorial e intersectorial. Esta alineación traduce los compromisos internacionales y nacionales en decisiones operativas adaptadas a las

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

realidades provinciales, municipales, rurales, urbanas y comunitarias del departamento (Gobernación de Cundinamarca, 2024).

Cundinamarca te Cuida, articulado con el PTRRM, fortalece la rectoría sanitaria departamental para organizar la red de prestación de servicios, coordinar actores, orientar recursos, cerrar brechas, intervenir determinantes sociales, consolidar sistemas de información y hacer seguimiento a resultados verificables. La gestión en los niveles macro, meso y micro conecta la conducción departamental, la coordinación por Regiones de Salud y la implementación municipal, hospitalaria y comunitaria.

3.1.4. Implicaciones para Cundinamarca te Cuida

Cundinamarca te Cuida se concibe como un **instrumento de política pública de largo plazo para Cundinamarca**. Recoge condiciones específicas del departamento —brechas de acceso, capacidades institucionales, dinámicas urbano-rurales, determinantes sociales, necesidades poblacionales y diversidad territorial— y reconoce las particularidades de sus **14 Regiones de Salud**. Por ello, no se limita a un periodo administrativo; orienta de forma sostenida la rectoría sanitaria, la organización del cuidado integral y la toma de decisiones basada en evidencia.

Como política pública departamental, el modelo se armonizará cada cuatrienio con los instrumentos de planeación nacional y departamental, incluidos el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan de Desarrollo Departamental, los planes territoriales de salud y demás instrumentos sectoriales e intersectoriales. También se actualizará cada diez años con los planes decenales de salud pública, para mantener coherencia entre objetivos, estrategias, metas, indicadores, financiación y mecanismos de seguimiento.

Asimismo, deberá armonizarse con cambios normativos nacionales y con compromisos, agendas o políticas internacionales en salud a los que adhiera el país. Esta condición asegura vigencia técnica, jurídica y política, sin perder su carácter territorial ni su capacidad de respuesta frente a las particularidades de Cundinamarca.

En síntesis, el modelo articula dos exigencias: responder a las realidades del departamento y mantener coherencia con las políticas nacionales e internacionales en salud. Esta relación permite construir una política territorial flexible, actualizable y sostenible, capaz de ordenar la acción pública, movilizar actores y recursos, cerrar brechas, fortalecer la equidad territorial y proteger la vida en las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca.

3.2. Enfoques de Cundinamarca te Cuida

Los enfoques son criterios transversales para orientar la implementación del modelo según las particularidades de la población y del territorio. En coherencia con el marco de política, integran derechos humanos, equidad, curso de vida, enfoque diferencial, enfoque territorial y ambiental, desarrollo de capacidades, participación social y acción intersectorial. Los enfoques de derechos humanos, poblacional-diferencial y territorial-ambiental se articulan con el Plan de Desarrollo Departamental de Cundinamarca 2024-2028 “Gobernando: Más que un plan” (Gobernación de Cundinamarca, 2024).

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

- **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. El derecho a la salud habilita el disfrute de otros derechos y es interdependiente con los derechos económicos, sociales y culturales (Naciones Unidas, 2000; Congreso de la República de Colombia, 2015).
- **Enfoque poblacional-diferencial:** analiza a las personas y colectivos según ciclo vital, condición o situación, identidad y diversidad, para visibilizar desigualdades, identificar barreras de acceso, incorporar grupos poblacionales en la planeación y el presupuesto, y medir el goce efectivo de derechos. Este enfoque es coherente con la equidad sanitaria, el enfoque diferencial y el reconocimiento de inequidades evitables e injustas (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).
- **Enfoque territorial y ambiental:** concibe el territorio como espacio de interacción social e identidad, y el ambiente como entorno vital y ecosistémico. Promueve intervenciones ajustadas a realidades provinciales y urbano-rurales, con participación, flexibilidad, articulación multinivel y priorización, así como acciones de protección de ecosistemas, adaptación climática y gestión del riesgo (World Health Organization, 2015; Gobernación de Cundinamarca, 2024).
- **Enfoque de desarrollo de capacidades:** sustentado en el enfoque del PNUD, entiende el fortalecimiento de capacidades de personas, organizaciones y comunidades como motor del desarrollo. En salud, se expresa en comunidades de aprendizaje, liderazgo, acceso al conocimiento, investigación-acción participativa y apropiación social del conocimiento, mediante ecosistemas de innovación y colaboración (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2021).

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

El marco estratégico del modelo responde a las principales problemáticas identificadas en el departamento y orienta la garantía progresiva del acceso a servicios de salud integrales, integrados, humanizados y de calidad. En coherencia con el objetivo estratégico general, organiza la acción pública para fortalecer la rectoría sanitaria, articular actores institucionales y comunitarios, reducir brechas territoriales, anticipar riesgos y mejorar resultados en salud, bienestar y desarrollo humano sostenible.

El modelo **Cundinamarca te Cuida** ubica en el centro de la gestión el cuidado integral de las personas a lo largo del curso de vida, así como de sus familias y comunidades. Para desplegar sus estrategias y alcanzar resultados verificables, cuenta con herramientas técnicas esenciales: observatorio del modelo de atención, sistema integral de información para la APS y transformación digital en salud. Estas herramientas apoyan la gestión territorial, la atención centrada en la persona y la toma de decisiones oportuna basada en datos.

El marco estratégico se estructura en cuatro estrategias y sus respectivas líneas estratégicas. Estas se despliegan mediante una cadena de valor que organiza problemas,

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

causas, objetivos, productos, actividades, responsables, indicadores y resultados. Cada estrategia responde a categorías críticas del modelo y aporta de manera complementaria al objetivo estratégico general:

- **Gobernanza multinivel para territorios saludables:** fortalece la rectoría sanitaria, la coordinación entre niveles y la participación corresponsable.
- **Cuidado integral de la salud en la red de atención:** integra cuidado primario, gestión clínica, continuidad, calidad, seguridad y generación de valor en salud.
- **Gestión de la salud pública en el territorio:** anticipa riesgos, fortalece la inteligencia sanitaria, promueve salud, interviene determinantes sociales y protege la salud colectiva.
- **Gestión del talento humano y la innovación en salud:** desarrolla capacidades, aprendizaje, investigación, apropiación social del conocimiento, innovación y transformación digital.

La Figura 6 presenta, de manera esquemática, el marco estratégico de **Cundinamarca te Cuida** (CIS-PTRRM):

Figura 6. Marco estratégico de Cundinamarca te Cuida



CONFIDENCIAL

Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

5. ESTRATEGIA GOBERNANZA MULTINIVEL PARA TERRITORIOS SALUDABLES

5.1. Sentido estratégico de la gobernanza multinivel

La gobernanza multinivel para territorios saludables es la forma de conducir, coordinar y articular el sistema de salud y el desarrollo territorial mediante rectoría sanitaria clara, participación social, corresponsabilidad institucional y toma de decisiones compartida entre los niveles nacional, departamental, regional, municipal, institucional y comunitario. En **Cundinamarca te Cuida**, esta estrategia alinea políticas, recursos, capacidades, información y responsabilidades para garantizar progresivamente el derecho a la salud, fortalecer la equidad territorial y orientar la gestión pública hacia resultados verificables en salud, bienestar y desarrollo humano sostenible.

Su valor estratégico radica en conectar tres planos de gestión. En el **nivel macro**, articula orientaciones nacionales y departamentales, rectoría sanitaria, planeación, regulación, financiamiento y seguimiento. En el **nivel meso**, organiza la coordinación por Regiones de Salud y redes integradas, fortaleciendo la articulación entre municipios, hospitales, aseguradores, prestadores, sectores y actores territoriales. En el **nivel micro**, facilita que municipios, ESE, equipos de salud, organizaciones comunitarias, familias y ciudadanía participen en la implementación, seguimiento y mejora del cuidado integral.

La estrategia se articula con el Plan de Desarrollo Departamental 2024–2028 *"Gobernando: más que un plan"*, al promover acción pública coordinada, participación, transparencia, fortalecimiento de capacidades, enfoque territorial y orientación a resultados. Desde esta perspectiva, gobernar la salud implica crear condiciones institucionales, técnicas, comunitarias y digitales para que los actores del ecosistema trabajen como una red corresponsable, y no como esfuerzos aislados.

5.2. Punto de partida territorial y diagnóstico de gobernanza

La estrategia parte de los resultados del proceso participativo *"Un café por la salud de Cundinamarca"*, en el que participaron **550 actores** de las **14 Regiones de Salud**. Este ejercicio permitió recoger percepciones, experiencias, barreras, capacidades y propuestas de actores institucionales, técnicos, comunitarios, académicos y privados, y construir una lectura compartida sobre el estado de la gobernanza territorial en salud.

La valoración promedio de la gobernanza territorial fue de **6,4 sobre 10**. Este resultado muestra que existen bases institucionales, experiencia territorial y disposición de los actores para coordinarse, pero también evidencia brechas en capacidad institucional, coordinación interinstitucional, armonización de información, orientación y supervisión del sistema, y uso de datos para la toma de decisiones.

Con base en estos hallazgos, la estrategia orienta sus líneas de acción a fortalecer la capacidad institucional, mejorar la coordinación entre actores, armonizar información, promover decisiones basadas en datos, ampliar la participación ciudadana y consolidar

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

mecanismos de rendición de cuentas. El detalle de brechas, fortalezas y recomendaciones derivadas de la consulta territorial se presenta en el anexo correspondiente.

5.3. Objetivo estratégico de la estrategia

Fortalecer la gobernanza departamental en salud mediante un enfoque multinivel que articule a los niveles nacional, departamental, regional, municipal, institucional y comunitario, para mejorar la rectoría sanitaria, la coordinación intersectorial, la toma de decisiones basada en evidencia, la participación social y la gestión territorial orientada a resultados en salud, equidad y bienestar en las 14 Regiones de Salud.

5.4. Resultado esperado de cambio de la estrategia

Las 14 Regiones de Salud cuentan con mecanismos de gobernanza más articulados, transparentes, participativos y basados en información, que fortalecen la coordinación entre actores, mejoran la gestión territorial de la salud y favorecen la construcción de territorios saludables, equitativos y sostenibles.

5.5. Líneas estratégicas de la gobernanza multinivel

La estrategia se despliega mediante tres líneas estratégicas complementarias. La primera consolida la arquitectura institucional que soporta la rectoría y la coordinación; la segunda organiza la articulación multinivel e intersectorial para construir territorios saludables; y la tercera moviliza a los actores del ecosistema de salud, fortaleciendo participación, liderazgo, transparencia y control social. Esta lógica se sintetiza en la **Figura 7**.

Figura 7. Estrategia Gobernanza Multinivel para Territorios Saludables



CONFIDENCIAL

Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

5.6. Línea estratégica 1. Arquitectura institucional para la gobernanza

Propósito. Consolidar una arquitectura institucional territorial sólida, flexible y articulada, que ordene dependencias, procesos, roles, responsabilidades e instancias de coordinación para soportar la rectoría sanitaria, la implementación del modelo y la gestión integrada de las Regiones de Salud. La **Figura 8** sintetiza los elementos centrales de esta línea estratégica y su aporte a la claridad institucional, la coordinación y el fortalecimiento de capacidades de gestión.

Figura 8. Línea estratégica 1. Arquitectura institucional para la gobernanza



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Acciones estratégicas. Fortalecer la estructura administrativa de la Secretaría Departamental de Salud y de las instancias territoriales; integrar dependencias y procesos según competencias; definir reglas claras de coordinación y decisión; establecer procesos para formular, ejecutar, monitorear y evaluar políticas territoriales de salud; y promover estructuras flexibles, adaptadas a las particularidades de regiones, municipios y categorías territoriales.

Productos esperados. Mapa institucional de actores y competencias; matriz de roles, responsabilidades y corresponsabilidades; manual operativo de gobernanza multinivel; reglamentos de instancias de coordinación; rutas de articulación entre niveles de gestión; y lineamientos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.

DOCUMENTO OFICIAL

Resultados esperados. Mayor claridad sobre quién decide, coordina, ejecuta y hace seguimiento; reducción de duplicidades; mejor articulación entre dependencias y niveles de gestión; fortalecimiento de la rectoría sanitaria departamental; y mayor capacidad para sostener la implementación del modelo en las 14 Regiones de Salud.

5.7. Línea estratégica 2. Coordinación multinivel para territorios saludables

Propósito. Asegurar que decisiones, capacidades, recursos y acciones de los niveles nacional, departamental, regional, municipal, institucional y comunitario se articulen de manera coherente y complementaria para intervenir prioridades territoriales, gestionar Determinantes Sociales de la Salud y construir territorios saludables con resultados verificables. La **Figura 9** sintetiza la lógica de coordinación multinivel de esta línea estratégica.

Figura 9. Línea estratégica 2. Coordinación multinivel para territorios saludables



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Acciones estratégicas. Crear o fortalecer consejos, comités y mesas técnicas por Regiones de Salud, con participación de entidades territoriales, EPS, IPS, ESE, academia, sectores sociales y organizaciones comunitarias; consolidar la coordinación intergubernamental entre Gobernación, municipios y regiones para la planificación conjunta, la armonización de agendas, la priorización de intervenciones y la gestión de proyectos comunes; fortalecer observatorios, salas situacionales, tableros de indicadores, protocolos de reporte y análisis compartido; y definir competencias, responsabilidades, rutas de coordinación y acuerdos de corresponsabilidad, evitando duplicidades y vacíos operativos.

Productos esperados. Consejos o mesas regionales de gobernanza en salud; agendas territoriales integradas; planes de trabajo interinstitucionales e intergubernamentales;

protocolos de coordinación y reporte; tableros de indicadores compartidos; mapas de actores; acuerdos de corresponsabilidad; y mecanismos de seguimiento por Región de Salud.

Resultados esperados. Mayor coordinación entre actores; decisiones oportunas y basadas en evidencia; mejor alineación entre planes municipales, regionales y departamentales; uso más eficiente de recursos; y fortalecimiento de la capacidad regional para intervenir prioridades comunes de salud, bienestar y Determinantes Sociales de la Salud.

5.8. Línea estratégica 3. Participación y movilización de actores del ecosistema de salud

Propósito. Promover la participación activa, vinculante y corresponsable de instituciones, comunidades, líderes sociales, academia, ciudadanía y actores del ecosistema de salud, fortaleciendo la gobernanza territorial, la innovación social, la transparencia y la toma de decisiones informada en Cundinamarca. La **Figura 10** sintetiza la lógica de participación y movilización de actores de esta línea estratégica.

Figura 10. Línea estratégica 3. Participación y movilización de actores del ecosistema de salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Acciones estratégicas. Desarrollar capacidades de liderazgo en salud mediante una escuela de liderazgo territorial, mapeo de liderazgos y redes regionales; fortalecer COPACOS, veedurías, asociaciones de usuarios y formas propias de organización comunitaria; implementar mecanismos de participación incidente en planeación, seguimiento y evaluación; promover transparencia activa, reportes públicos, control social

CONFIDENCIAL

y rendición de cuentas; y habilitar plataformas digitales para información, participación ciudadana, seguimiento de compromisos y movilización social corresponsable.

Productos esperados. Escuela de liderazgo territorial en salud; mapa de liderazgos y capacidades comunitarias; rutas de formación para incidencia, coordinación, veeduría, control social y lectura de datos; redes de liderazgo regional; COPACOS fortalecidos; agendas comunitarias integradas a la planeación territorial; mecanismos de diálogo, consulta, veeduría y control social; reportes públicos de gestión; tableros de seguimiento; datos abiertos; y módulos digitales de participación, seguimiento y rendición de cuentas.

Resultados esperados. Actores comunitarios e institucionales con mayor capacidad para participar, incidir, vigilar, proponer y hacer seguimiento; comunidades con participación más efectiva en la formulación, implementación y evaluación de acciones de salud; mayor confianza, legitimidad de las decisiones públicas, trazabilidad y acceso a información; fortalecimiento de la transparencia, la rendición de cuentas y el control social; y comunidades más corresponsables en la construcción de territorios saludables.

5.9. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación

La estrategia de **Gobernanza Multinivel para Territorios Saludables** integra tres capacidades complementarias del modelo: la **rectoría sanitaria departamental**, como función de conducción, regulación, coordinación, seguimiento y evaluación; la **coordinación territorial e intersectorial**, como mecanismo para articular niveles de gobierno, Regiones de Salud, municipios, instituciones, sectores y actores sociales; y la **participación social corresponsable**, como condición para fortalecer legitimidad, transparencia, control social, confianza y sostenibilidad. En conjunto, estas capacidades permiten pasar de una gestión fragmentada por dependencias, competencias o territorios a una gobernanza con propósitos, información, responsabilidades, acuerdos, capacidades, decisiones y resultados compartidos.

La implementación de esta estrategia exige articular arquitectura institucional, mapas de actores y competencias, instancias regionales de gobernanza, acuerdos de corresponsabilidad, tableros de seguimiento, participación incidente, transparencia activa, rendición de cuentas y plataformas digitales de información y participación. Así, la gobernanza multinivel deja de ser un marco declarativo y se convierte en una arquitectura operativa que habilita las demás estrategias del modelo —cuidado integral en la red, gestión de la salud pública, talento humano e innovación— con coherencia institucional, legitimidad social, coordinación intersectorial y orientación a resultados.

La cadena de valor de esta estrategia deberá desarrollarse en un anexo operativo construido en co-creación con las Regiones de Salud. Este anexo organizará la gobernanza en lógica de proyecto, precisando problema o necesidad priorizada, causas críticas, objetivo general, objetivos específicos, productos, actividades, insumos, responsables, actores corresponsables, población y territorios priorizados, indicadores de producto, resultado e impacto, línea base, metas, fuentes de verificación, cronograma, supuestos, riesgos, costos estimados, fuentes de financiación y mecanismos de mejora continua. Su propósito será traducir la gobernanza multinivel en acciones ejecutables, medibles y sostenibles para

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

fortalecer la rectoría sanitaria, la coordinación territorial, la participación social, la transparencia y la toma de decisiones basada en evidencia en las 14 Regiones de Salud.

Mensaje fuerza. La estrategia convierte la rectoría sanitaria en coordinación efectiva, la participación en corresponsabilidad y la información en decisiones compartidas para construir territorios saludables, equitativos y sostenibles.

6. ESTRATEGIA 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** traduce la gobernanza multinivel de **Cundinamarca te Cuida** en una arquitectura operativa de atención cercana, integrada y orientada a resultados. Articula la red de prestación de servicios con el territorio, las Regiones de Salud, los municipios, las familias y las comunidades, para garantizar atención integral, continua, humanizada, segura, resolutiva y basada en evidencia a lo largo del curso de vida. Desde esta perspectiva, la red no es una suma de servicios aislados, sino un sistema corresponsable que comparte información, rutas, estándares, equipos, capacidades, decisiones y resultados verificables.

Objetivo estratégico de la estrategia

Fortalecer la red de prestación de servicios de salud de Cundinamarca mediante una arquitectura integrada de cuidado primario, gestión clínica, transformación digital, participación social y acción territorial, para garantizar progresivamente una atención cercana, continua, segura, humanizada, resolutiva y orientada a valor público en las 14 Regiones de Salud.

Resultado esperado de cambio de la estrategia

Las 14 Regiones de Salud implementan una red de cuidado integral más cercana, articulada, resolutiva y segura, con población georreferenciada y adscrita a equipos responsables, planes de cuidado trazables, continuidad entre territorio y niveles de complejidad, mejor experiencia de atención, reducción de barreras de acceso y uso sistemático de información clínica, territorial y comunitaria para mejorar resultados en salud y generar valor público.

La Figura 11 presenta la arquitectura general de la estrategia **Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios**. La gráfica muestra cómo los componentes clave transversales habilitan las dos líneas estratégicas —**Cuidado Primario de la Salud** y **Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud**— y cómo ambas convergen en una red cercana, integrada, segura, resolutiva y orientada a valor público en las 14 Regiones de Salud.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 11. Estrategia Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Para orientar la lectura de esta estrategia, el capítulo se desarrolla en tres momentos: primero, los **componentes clave transversales para la integración del cuidado** (**6.1**); luego, la línea estratégica de **Cuidado Primario de la Salud** (**6.2**); y, finalmente, la línea estratégica de **Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud** (**6.3**). Esta secuencia permite comprender primero los habilitadores comunes y después la operación territorial y clínica de la red.

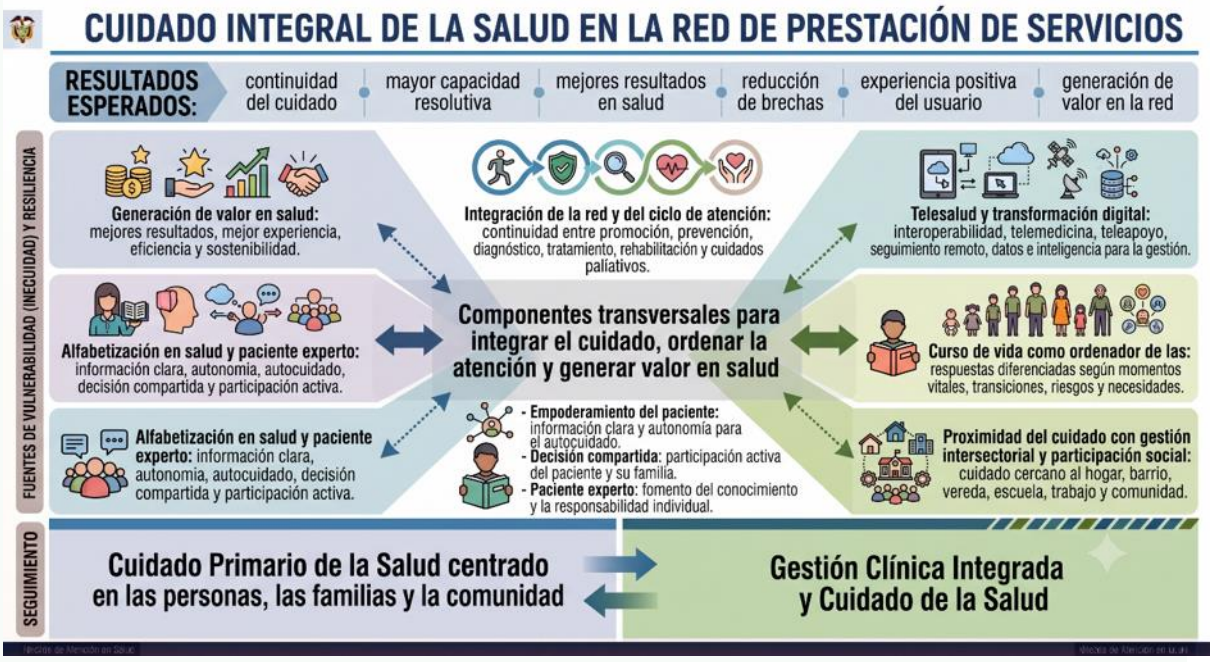
6.1. Componentes clave transversales para la integración del cuidado

Los **componentes clave transversales** son condiciones técnicas y operativas que permiten que el **Cuidado Primario de la Salud** y la **Gestión Clínica Integrada** funcionen de manera articulada, continua y orientada a resultados. No constituyen líneas independientes; actúan como habilitadores comunes para integrar la red, ordenar el ciclo de atención, fortalecer la participación de personas, familias y comunidades, mejorar la capacidad resolutiva y generar valor en salud.

La Figura 12 sintetiza cómo los componentes transversales articulan el **Cuidado Primario de la Salud** y la **Gestión Clínica Integrada**, actuando como habilitadores comunes para integrar la red, ordenar la atención, acercar el cuidado al territorio y generar valor en salud.

DOCUMENTO CONF

Figura 12. Componentes transversales para la integración del cuidado



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

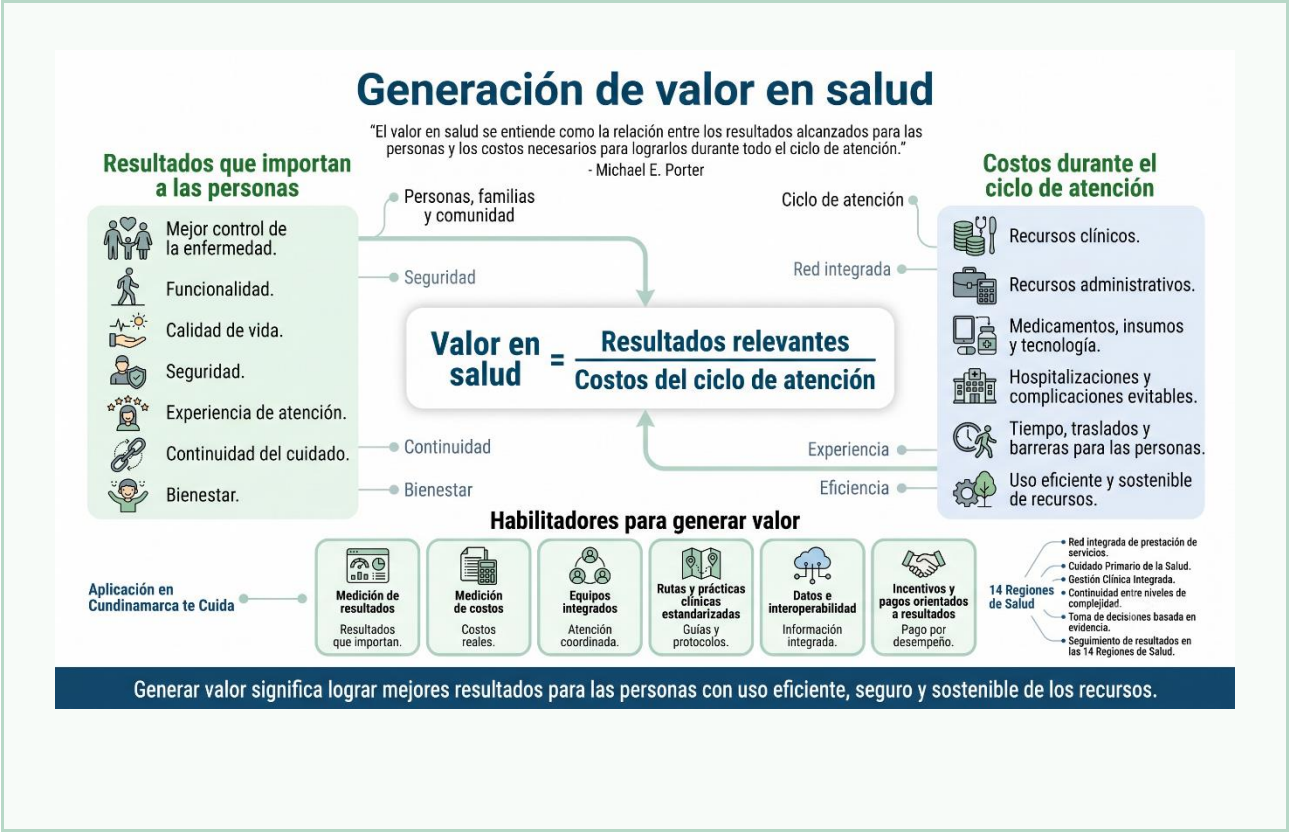
A continuación, se desarrolla cada componente transversal como soporte técnico de las líneas 6.2 y 6.3.

6.1.1. Generación de valor en salud como atributo transversal de integración de la red

La **generación de valor en salud** orienta la red de prestación de servicios hacia aquello que realmente importa para las personas: mejores resultados en salud, mejor experiencia de atención, mayor calidad de vida, continuidad del cuidado y uso eficiente de los recursos. En coherencia con Porter (2010), el valor en salud se entiende como la relación entre los resultados alcanzados para las personas y los costos necesarios para lograrlos durante todo el ciclo de atención; por tanto, no se mide por el volumen de servicios prestados, sino por la capacidad de la red para producir desenlaces relevantes, seguros, oportunos y sostenibles.

DOCUMENTO CONV

Figura 13. Generación de valor en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La **Figura 13** presenta la generación de valor como una relación entre resultados que importan a las personas, costos durante el ciclo de atención y habilitadores de gestión. En **Cundinamarca te Cuida**, esta lógica actúa como un criterio transversal para integrar el **Cuidado Primario de la Salud** y la **Gestión Clínica Integrada**, orientar decisiones hacia desenlaces verificables y alinear los procesos técnicos, clínicos, administrativos y financieros de la red.

A partir de esta lógica, la generación de valor se concreta en seis capacidades operativas de la red:

- **Medir resultados que importan a las personas:** control de la enfermedad, funcionalidad, calidad de vida, seguridad, experiencia de atención y continuidad del cuidado.
- **Medir costos a lo largo del ciclo de atención:** no solo por evento aislado, sino por todo el proceso de cuidado de una condición o grupo de riesgo.
- **Organizar equipos integrados:** articular cuidado primario, especialistas, hospitales, EMS, gestores de caso, pacientes, familias y comunidad.
- **Estandarizar rutas y prácticas clínicas:** usar RIAS, vías clínicas, guías basadas en evidencia y seguimiento de resultados para disminuir variabilidad injustificada.

DOCUMENTO

- **Usar datos para mejorar:** aplicar indicadores, tableros, interoperabilidad, GRD, análisis de desempeño y aprendizaje en red.
- **Alinear incentivos y pagos a resultados:** promover esquemas financieros que reconozcan calidad, eficiencia, continuidad y desenlaces en salud.

En síntesis, la generación de valor en salud permite que la red avance de una lógica centrada en el volumen de atenciones hacia una lógica centrada en resultados, experiencia, eficiencia y bienestar. Su propósito es que todos los actores —personas, familias, comunidad, prestadores, aseguradores y autoridad sanitaria— ganen cuando la atención es más integrada, segura, resolutiva y sostenible.

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

Integrar la red significa que la persona no recorre sola el sistema de salud, sino que la red se organiza alrededor de sus necesidades. En **Cundinamarca te Cuida**, este componente busca garantizar continuidad entre promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento, con enfoque de equidad, curso de vida y Gestión Integral del Riesgo en Salud.

La Figura 14 presenta el ciclo de atención que debe articularse en la red, desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, asegurando responsables, rutas, información compartida y mecanismos de seguimiento.

Figura 14. Ciclo de la atención en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La integración se concreta mediante mecanismos técnicos, clínicos, administrativos, digitales e intersectoriales que conectan actores, servicios, rutas y decisiones en la red. La **Figura 15** sintetiza estos mecanismos de integración y muestra cómo contribuyen a pasar

CONFIDENCIAL

de servicios aislados a una red coordinada que comparte información, capacidades, rutas, equipos y responsabilidades para garantizar continuidad, resolutividad y cuidado integral.

Figura 15. Mecanismos de integración de la red para el cuidado integral



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La **Figura 16** resume la integración técnica y administrativa de la red de prestación de servicios, mostrando cómo la telesalud, la interoperabilidad, la logística, los servicios de apoyo y la gestión clínica se articulan para mejorar continuidad, resolutividad, eficiencia y calidad del cuidado.

DOCUMENTO

Figura 16. Integración técnica y administrativa de la red de prestación de servicios



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

En síntesis, integrar la red significa pasar de servicios aislados a una red que comparte información, rutas, equipos, decisiones y responsabilidades. Su valor está en ofrecer una atención más continua, segura, cercana y resolutiva, mientras el sistema mejora eficiencia, calidad y resultados. Además, la integración técnica, administrativa y digital fortalece la competitividad y el posicionamiento de la red de prestación de servicios, al permitirle estar a la vanguardia en tecnología, innovación, gestión clínica y modelos colaborativos de atención.

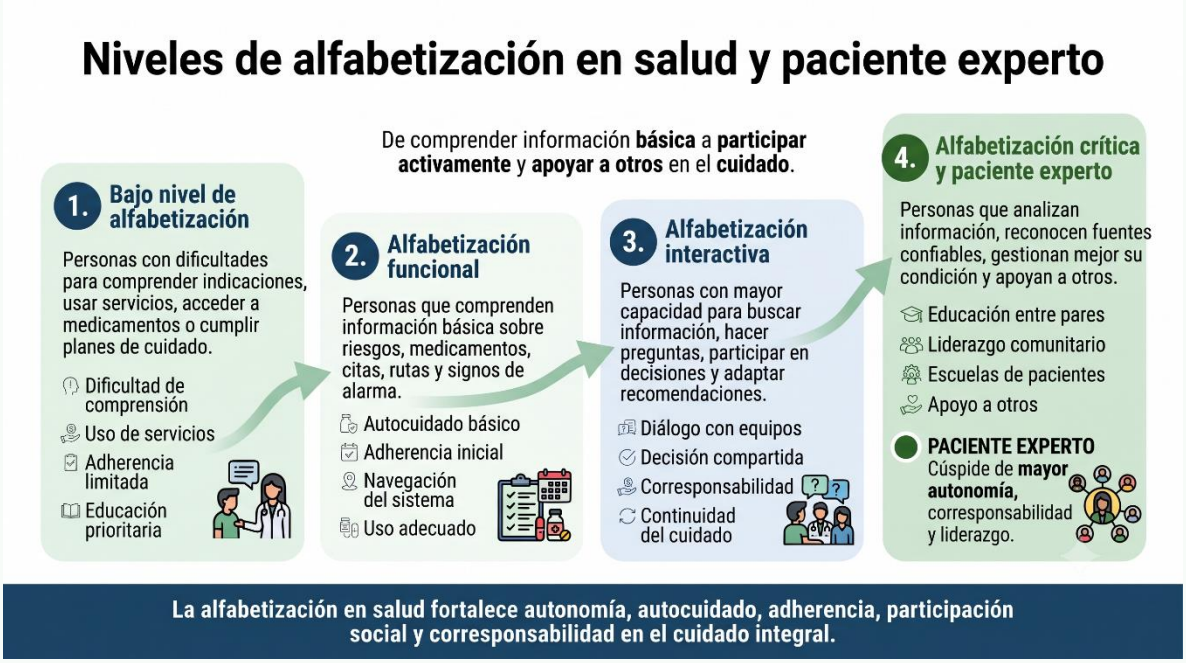
6.1.3. Alfabetización en salud y paciente experto

La **alfabetización en salud** es una capacidad habilitante para el cuidado integral, porque permite que las personas, familias y comunidades accedan, comprendan, valoren y usen información clara y confiable para cuidar su salud, tomar decisiones informadas, navegar el sistema, participar en su plan de cuidado y ejercer corresponsabilidad (Institute of Medicine, 2004).

En coherencia con los enfoques contemporáneos de **Healthy People 2030** (U.S. Department of Health and Human Services, 2026), esta capacidad no depende únicamente del usuario: también exige **instituciones alfabetizadoras en salud**, capaces de entregar información comprensible, pertinente, culturalmente adecuada y accionable, reducir barreras de comunicación, validar la comprensión y facilitar la participación activa de las personas en su cuidado. La **Figura 17** presenta los niveles progresivos de alfabetización en salud, desde la comprensión básica hasta la alfabetización crítica y el rol de paciente experto.

DOCUMENTO CONF

Figura 17. Niveles de alfabetización en salud y paciente experto



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

En **Cundinamarca te Cuida**, la alfabetización en salud se implementa como una ruta pedagógica, comunicativa, digital y participativa que combina tamizaje de necesidades de comprensión, comunicación clara, materiales educativos accesibles, validación de entendimiento, instituciones alfabetizadoras, espacios de aprendizaje, contenidos digitales confiables y formación de pacientes expertos. La **Figura 18** sintetiza esta ruta y muestra cómo estas acciones convierten a personas, familias, cuidadores y comunidades en aliados activos del cuidado integral.

DOCUMENTO C

Figura 18. Implementación de la alfabetización en salud y paciente experto



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

El **paciente experto** retoma el enfoque de *expert patient* y de autogestión de enfermedades crónicas, que reconoce que las personas con condiciones de salud pueden desarrollar capacidades para comprender su enfermedad, manejar síntomas, tomar decisiones informadas, dialogar con los equipos de salud, usar adecuadamente los servicios, adherirse al plan de cuidado y acompañar a otros pacientes (Lorig et al., 2001). En **Cundinamarca te Cuida**, este rol se fortalece mediante procesos de formación, educación entre pares, apoyo comunitario y participación social, convirtiendo la experiencia vivida en un recurso para sostener el autocuidado, mejorar la navegación del sistema, fortalecer redes de apoyo y aportar a la corresponsabilidad territorial del cuidado.

Para correlacionar el termino de paciente experto, es necesario remontarnos a entender como este se relaciona con los cambios en la estructura y roles familiares; el individuo para llegar a este proceso requiere entender su transformación de la percepción de salud como un bien individual y subjetivo, no como una situación estática, sino como el desarrollo de todas las capacidades individuales de la persona, esto a su vez se consigue mediante una adaptación permanente al cambio, tal como lo ha señalado la European Commission 2015 “No vivimos para tener salud, sino que procuramos tener salud para vivir con más intensidad y mejor”

El concepto de paciente experto puede articularse con el de **paciente empoderado**, entendiendo que ambos hacen parte de una transformación progresiva del rol tradicionalmente pasivo de la persona frente al sistema sanitario. El paciente activo asume una mayor responsabilidad sobre su salud, participa en el control de su enfermedad y busca información para tomar decisiones, especialmente ante el aumento de las enfermedades

DOCUMENTO CONT

crónicas y la necesidad de fortalecer el autocuidado y la autogestión. En este proceso, la alfabetización en salud constituye un elemento fundamental, ya que comprende las motivaciones, conocimientos y competencias que permiten acceder, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud para tomar decisiones sobre el cuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (Busquets Ferrer, Muñoz Jiménez, 2020).

Desde esta perspectiva, el paciente experto puede entenderse como aquella persona que, a partir de la información, el aprendizaje y la experiencia adquirida durante su proceso de salud-enfermedad, desarrolla conocimientos y habilidades que le permiten comprender mejor su situación, participar en las decisiones y asumir un papel activo en el autocuidado y la autogestión; Este concepto se relaciona estrechamente con el empoderamiento, entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud; Por tanto, aunque paciente experto y paciente empoderado no son conceptos equivalentes, se complementan: la alfabetización en salud proporciona las capacidades y conocimientos; el paciente experto los desarrolla y aplica en su experiencia de salud-enfermedad; y el empoderamiento permite que la persona ejerza mayor autonomía y control en la toma de decisiones (Busquets Ferrer, Muñoz Jiménez, 2020).

Este proceso debe comprenderse desde la corresponsabilidad en salud, evitando trasladar exclusivamente a la persona la responsabilidad sobre sus resultados en salud. Las decisiones relacionadas con el cuidado están condicionadas por factores culturales, sociales, económicos y ambientales, por lo que el desarrollo de capacidades para el autocuidado requiere no solo conocimiento y voluntad, sino también condiciones que permitan ejercerlas, en este sentido, el paciente experto y empoderado se constituye como un actor activo dentro de un modelo de atención en el que las personas y los servicios de salud participan conjuntamente en la construcción y gestión del cuidado (Busquets Ferrer, Muñoz Jiménez, 2020).

En síntesis, alfabetizar en salud significa hacer que la información sea comprensible, útil, accesible y aplicable para que las personas participen activamente en su cuidado. Al integrar alfabetización personal, instituciones alfabetizadoras, comunicación clara, educación, paciente experto y herramientas digitales, **Cundinamarca te Cuida** fortalece la autonomía, mejora la experiencia de atención, reduce brechas de acceso y convierte a la población en aliada activa del cuidado integral.

Implicaciones de una baja alfabetización en salud en el marco de Cundinamarca Te Cuida

En el marco de Cundinamarca Te Cuida, una baja alfabetización en salud representa una barrera para que las personas comprendan, utilicen y aprovechen adecuadamente la información y los servicios disponibles para el cuidado de su salud. Las dificultades para acceder, comprender, valorar y aplicar información sanitaria pueden afectar la capacidad de los ciudadanos para tomar decisiones oportunas y participar activamente en el cuidado individual, familiar y comunitario.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Una baja alfabetización en salud puede relacionarse con un menor reconocimiento de factores de riesgo, dificultades para identificar signos y síntomas de alarma y una menor participación en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Asimismo, puede favorecer la consulta tardía, el uso inadecuado de los servicios de salud y una mayor recurrencia a los servicios de urgencias cuando las condiciones de salud ya presentan mayor complejidad.

También puede generar dificultades para comprender las orientaciones entregadas por los profesionales, seguir recomendaciones de tratamiento, utilizar correctamente los medicamentos y desarrollar prácticas adecuadas de autocuidado. Esta situación adquiere especial importancia en personas con enfermedades crónicas, quienes requieren conocimientos y habilidades para participar activamente en el manejo de su condición de salud.

Desde una perspectiva colectiva, las limitaciones en alfabetización en salud pueden dificultar el uso eficiente de los recursos sanitarios y aumentar la demanda de servicios como urgencias y hospitalización. Por esta razón, fortalecer la alfabetización en salud constituye un elemento importante para Cundinamarca Te Cuida, al favorecer ciudadanos con mayores capacidades para tomar decisiones informadas, adoptar hábitos saludables, reconocer oportunamente situaciones de riesgo y participar de manera activa y corresponsable en el cuidado de su salud.

Las acciones de educación y comunicación en salud deben desarrollarse de manera clara, accesible y adaptada a las características de las diferentes poblaciones del territorio, contribuyendo al empoderamiento de las personas y al fortalecimiento del autocuidado. La revisión consultada destaca precisamente la importancia de conocer el nivel de alfabetización en salud de la población para diseñar estrategias de capacitación en hábitos saludables y autogestión de la enfermedad.

Curso de vida como ordenador de las atenciones

El curso de vida constituye un eje ordenador de Cundinamarca Te Cuida, porque permite comprender la salud como un proceso dinámico que se construye y transforma a lo largo del tiempo. Esta perspectiva reconoce que las condiciones de salud de las personas y las poblaciones son resultado de la interacción entre experiencias individuales, familiares, sociales, económicas, ambientales y territoriales que se acumulan y se relacionan durante la vida. Por tanto, la atención en salud requiere superar una mirada centrada exclusivamente en la enfermedad o en una etapa determinada y avanzar hacia una comprensión integral de las trayectorias de salud de las personas (OPS, 2021).

Desde esta perspectiva, el curso de vida no debe entenderse únicamente como una sucesión de etapas cronológicas, aunque reconoce momentos diferenciados de la vida, permite analizar las trayectorias, transiciones, temporalidades, períodos críticos y sensibles y efectos acumulativos que influyen en la salud. En este sentido, una experiencia o exposición ocurrida en una etapa puede generar efectos posteriores, mientras que una intervención oportuna en determinados momentos puede modificar positivamente la trayectoria de salud de una persona o población (OPS, 2021).

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Para Cundinamarca Te Cuida, esta perspectiva implica organizar el cuidado alrededor de las personas, sus familias y comunidades, reconociendo sus necesidades y capacidades en cada momento de la vida y las condiciones particulares de sus territorios, así, las intervenciones no deben limitarse a responder ante la aparición de una enfermedad, sino orientarse también a fortalecer capacidades, promover factores protectores, anticipar riesgos, detectar tempranamente alteraciones y acompañar las diferentes transiciones que pueden afectar las trayectorias de salud.

El enfoque de curso de vida permite reconocer que la salud se encuentra en constante transformación y que las trayectorias individuales pueden modificarse positiva o negativamente de acuerdo con las experiencias, exposiciones, oportunidades y condiciones que se presentan a lo largo del tiempo. En este sentido, reconocer los períodos críticos y sensibles resulta fundamental para orientar intervenciones oportunas y pertinentes que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades de las personas y a la prevención de la aparición y acumulación de riesgos en salud.

El curso de vida como ordenador de la respuesta integral

En Cundinamarca Te Cuida, el curso de vida debe funcionar como un criterio ordenador de la respuesta integral, permitiendo articular las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento dentro de una trayectoria continua de cuidado. Esto significa que las atenciones no deben organizarse como intervenciones aisladas, sino como parte de un proceso articulado que acompaña a la persona y responde a sus necesidades cambiantes a lo largo de la vida.

1. Trayectorias de salud

Las trayectorias permiten comprender cómo se modifica la salud a través del tiempo y cómo diferentes factores pueden favorecer o deteriorar dichas trayectorias. Estas comprenden dimensiones relacionadas con la salud, el desarrollo, la educación, el trabajo, la vida reproductiva, la migración y otras experiencias sociales, las cuales están influenciadas por factores económicos, culturales, políticos y ambientales (OPS, 2021).

En consecuencia, Cundinamarca Te Cuida debe considerar no solamente la condición actual de la persona, sino también sus antecedentes, factores protectores, exposiciones, riesgos y capacidades. Esto permite orientar intervenciones que contribuyan a construir trayectorias de salud positivas y a prevenir la acumulación de riesgos a lo largo de la vida.

2. Transiciones

Las transiciones corresponden a momentos de cambio que pueden tener componentes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos o geográficos. Algunas pueden estar asociadas con acontecimientos como la adolescencia, el ingreso a la escuela, el inicio de la vida laboral, la maternidad, la menopausia o la jubilación. Estas transiciones pueden generar nuevas necesidades y oportunidades para la intervención en salud (OPS, 2021).

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Por ello, el modelo debe identificar estos momentos como oportunidades para fortalecer la promoción de la salud, prevenir riesgos y garantizar la continuidad del cuidado. La respuesta no debe limitarse a la edad cronológica, sino reconocer los cambios y circunstancias que atraviesan las personas y que pueden modificar sus necesidades de atención.

3. Períodos críticos y sensibles

El enfoque de curso de vida reconoce que existen períodos críticos y sensibles durante los cuales determinadas exposiciones o intervenciones pueden tener efectos particularmente importantes sobre la salud. La identificación de estos momentos permite priorizar acciones de mayor impacto y orientar los recursos hacia intervenciones oportunas (OPS, 2021).

En Cundinamarca Te Cuida, este principio debe traducirse en una gestión anticipatoria del riesgo, fortaleciendo las intervenciones tempranas y evitando que situaciones prevenibles evolucionen hacia condiciones de mayor complejidad. Esto resulta especialmente relevante en las etapas iniciales de la vida, durante las transiciones y frente a condiciones que pueden generar consecuencias acumulativas.

4. Impacto acumulativo

Las experiencias y exposiciones que ocurren durante la vida pueden acumularse y generar efectos sobre la salud. Los factores protectores pueden fortalecer las capacidades y favorecer trayectorias saludables, mientras que la exposición repetida a condiciones adversas puede incrementar los riesgos y contribuir a desigualdades en salud (OPS, 2021).

Por esta razón, el modelo debe incorporar una mirada longitudinal que permita identificar cómo los determinantes sociales, las condiciones de vida y las oportunidades de acceso al cuidado pueden influir en los resultados de salud a través del tiempo. Esto fortalece la capacidad de Cundinamarca Te Cuida para intervenir no solamente sobre las consecuencias, sino también sobre los factores que condicionan las trayectorias.

Implicaciones para Cundinamarca Te Cuida

Concebir el curso de vida como ordenador de las atenciones implica pasar de una respuesta fragmentada, centrada en eventos y enfermedades, hacia un modelo de cuidado continuo, integral, anticipatorio y centrado en las personas. El curso de vida proporciona elementos para estructurar la atención considerando las necesidades presentes, los antecedentes y las posibilidades futuras de cada persona y población (OPS, 2021).

Esta perspectiva debe articularse con la Atención Primaria en Salud, las RIAS, la Gestión Integral del Riesgo en Salud y la red integrada de servicios, de manera que las acciones de promoción, mantenimiento de la salud, prevención, atención y rehabilitación hagan parte de una misma trayectoria de cuidado. La integración de programas y servicios es precisamente una de las implicaciones identificadas por la OPS para incorporar el enfoque de curso de vida en los sistemas de salud, este enfoque permite fortalecer la continuidad del cuidado, evitando que las personas sean atendidas como eventos aislados y favoreciendo que la información, las intervenciones y el seguimiento acompañen su trayectoria. Esto resulta

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

coherente con el propósito de Cundinamarca Te Cuida de organizar una red que conecte promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento, con responsabilidades definidas y articulación entre los diferentes actores del sistema.

De igual manera, el curso de vida debe articularse con los enfoques de derechos, diferencial, poblacional, territorial y de determinantes sociales de la salud, reconociendo que las trayectorias no son iguales para todas las personas; Las condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y territoriales pueden generar oportunidades o barreras diferenciadas para alcanzar el máximo nivel posible de salud (OPS, 2021).

En este marco, Cundinamarca Te Cuida debe orientar la gestión hacia la construcción de trayectorias de salud positivas, priorizando intervenciones tempranas, continuidad, coordinación entre niveles de atención, fortalecimiento de capacidades y participación de las personas, familias y comunidades. De esta manera, el modelo no se limita a atender la enfermedad, sino que busca construir salud y bienestar durante toda la vida.

La **Figura 19** sintetiza sus conceptos clave y su aplicación en **Cundinamarca te Cuida**.

CONFIDENCIAL

Figura 19. Curso de vida como ordenador de las atenciones



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La pieza informativa refuerza que ordenar la atención por curso de vida permite pasar de respuestas fragmentadas por eventos a una **gestión longitudinal del cuidado**. En la práctica, esto significa anticipar riesgos, actuar en momentos de oportunidad, acompañar transiciones, fortalecer factores protectores y sostener el cuidado de las personas, familias y comunidades durante toda su trayectoria vital.

La Figura 20 sintetiza cómo el curso de vida ordena las atenciones en **Cundinamarca te Cuida**, articulando valoración integral, mantenimiento de la salud, detección temprana, protección específica, gestión del riesgo, educación para la salud, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento longitudinal. Esta lectura permite conectar la puerta de entrada cercana, la gestión de casos, la información integrada, las intervenciones familiares y comunitarias, la acción sobre DSS y entornos, y el autocuidado corresponsable.

Figura 20. Curso de vida, RIAS y gestión longitudinal del cuidado



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

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

La **proximidad del cuidado** busca que las personas, familias y comunidades reciban respuestas oportunas, integrales y continuas en los lugares donde transcurre su vida: el hogar, la vereda, el barrio, la escuela, el trabajo, la comunidad y los servicios de salud

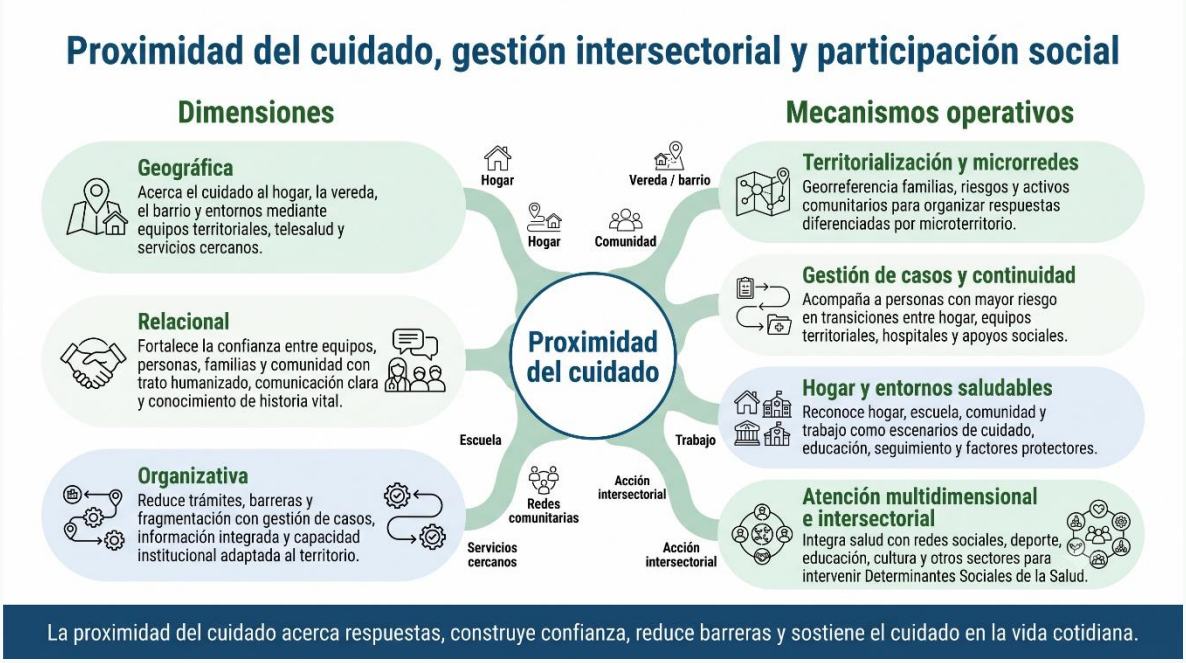
cercanos. Este enfoque se sustenta en atributos esenciales de la Atención Primaria en Salud —primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación y orientación familiar y comunitaria— (Starfield, 1998), así como en la visión contemporánea de una APS cercana a las personas, integrada, participativa y orientada a la cobertura y salud universal (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

Por ello, no se limita a acercar físicamente los servicios; también implica construir vínculos de confianza, reducir barreras administrativas, organizar microrredes territoriales y articular salud con otros sectores para responder a las condiciones reales del territorio. En **Cundinamarca te Cuida**, la proximidad del cuidado se entiende desde tres dimensiones complementarias: **proximidad geográfica**, que acerca el cuidado al hogar, la vereda, el barrio y los entornos comunitarios; **proximidad relacional**, que fortalece confianza, comunicación clara, continuidad del vínculo y trato humanizado; y **proximidad organizativa**, que reduce trámites, fragmentación y barreras mediante rutas simples, información integrada, gestión de casos, referencia, contrarreferencia y coordinación intersectorial.

Esta lógica se operacionaliza mediante **territorialización y microrredes**, **gestión de casos y continuidad**, **hogar y entornos saludables**, y **atención multidimensional e intersectorial**. En conjunto, estos mecanismos permiten pasar de esperar al usuario en los servicios a buscar activamente soluciones en el territorio, con respuestas más cercanas, confiables, coordinadas y sostenidas en la vida cotidiana. La **Figura 21** sintetiza esta relación entre dimensiones, mecanismos operativos y resultados esperados de la proximidad del cuidado.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 21. Proximidad del cuidado, gestión intersectorial y participación social



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

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 puerta de entrada cercana, resolutiva y continua de **Cundinamarca te Cuida**. Su propósito es mantener sana a la población, anticipar riesgos, detectar tempranamente problemas de salud, activar las RIAS, acompañar a personas y familias en el territorio y resolver la mayor parte de las necesidades en el nivel más próximo a la residencia. La evidencia comparada muestra que los sistemas con atención primaria fuerte tienden a presentar mejor accesibilidad, continuidad, coordinación, integralidad, equidad, eficiencia y desempeño general (Kringos et al., 2013).

En coherencia con esta evidencia, la línea articula promoción, prevención, gestión del riesgo, atención básica resolutiva, seguimiento familiar y comunitario, participación social, alfabetización en salud y acción intersectorial sobre los entornos y los Determinantes Sociales de la Salud.

Objetivo específico de la línea estratégica

Implementar progresivamente, en las 14 Regiones de Salud, un modelo de cuidado primario territorial con población georreferenciada y adscrita a equipos responsables, valoración multidimensional, activación de RIAS, gestión integral del riesgo, participación social y seguimiento digital, para mejorar proximidad, continuidad y resolutividad durante la implementación del modelo.

DOCUMENTO C

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

Personas, familias y comunidades reciben respuestas de cuidado primario más cercanas, oportunas y continuas, con rutas activadas, planes de cuidado formulados, seguimiento territorial y mayor corresponsabilidad comunitaria e institucional para prevenir riesgos, cerrar brechas y sostener prácticas de cuidado integral.

Para facilitar la comprensión integral de esta línea estratégica, se presenta a continuación una Pieza informativa que muestra el **Cuidado Integral de la Salud en el territorio** como núcleo central; alrededor, el ciclo de gestión territorial compuesto por seis fases —escuchar y comprender, analizar y priorizar, construir soluciones, actuar con proximidad, evaluar y aprender, sostener y transformar—; y, como soporte del ciclo, los componentes transversales, los componentes de acción y el Plan Integral de Cuidado Primario como producto integrador:

Figura 22. Cuidado Primario de la Salud: ciclo de gestión territorial



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La tabla siguiente complementa el material informativo y permite hacer una lectura técnica de sus elementos. En la tabla se precisa el rol de cada componente dentro del ciclo de implementación, diferenciando los componentes transversales que acompañan todas las fases, los componentes de acción que se intensifican en momentos específicos y el PICP como producto integrador que articula la planeación, la implementación, el seguimiento, el ajuste y la mejora del cuidado primario.

Componente técnico	Mensaje clave	Rol en el ciclo de implementación

Fases para la implementación	Ciclo de gestión territorial para transformar el cuidado.	Estructura metodológica que ordena toda la implementación.
Procesos para la operación	Convertir el ciclo de gestión en una cadena operativa de cuidado primario.	Transversal: ordena la operación desde la georreferenciación hasta la mejora continua.
Organización funcional, roles y capacidad instalada de la red de cuidado primario	Integrar actores, niveles de atención y capacidades para resolver más cerca del territorio.	Transversal: habilita resolutividad, continuidad, telesalud, referencia y contrarreferencia en todo el ciclo.
Desarrollo de capacidades, comunidades de aprendizaje y alfabetización en salud	Desarrollar competencias, alfabetización y aprendizaje colaborativo para cuidar mejor.	Transversal: fortalece talento humano, comunidad, instituciones y actores intersectoriales durante todo el ciclo.
Participación social incluyente y gestión comunitaria del cuidado	Movilizar participación incidente, control social y gestión comunitaria del cuidado.	Transversal: conecta escucha, priorización, implementación, seguimiento, rendición de cuentas y sostenibilidad.
Abordaje individual y familiar multidimensional	Comprender y acompañar integralmente a personas y familias desde una mirada multidimensional.	Componente de acción: aporta insumos para priorizar, activar rutas, formular el PICP y hacer seguimiento.
Activación de RIAS y GIRS	Ordenar atenciones por curso de vida, RIAS y grupos de riesgo.	Componente de acción: articula promoción, prevención, atención, GIRS, seguimiento y continuidad del cuidado.
Entornos, DSS y proximidad del cuidado	Conectar cuidado primario, entornos, DSS y salud pública territorial.	Componente de acción: identifica condiciones del microterritorio, activa respuestas intersectoriales y acerca el cuidado.

TO CO ENCIAL

Plan Integral de Cuidado Primario	Concretar el cuidado primario en un plan integral, digital y trazable.	Producto integrador: concreta decisiones, acciones, responsables, metas, seguimiento, rendición de cuentas y mejora continua.

6.2.1. Fases para la implementación del Cuidado Primario de la Salud

La implementación del Cuidado Primario de la Salud se organiza como un ciclo de gestión territorial. Su propósito es convertir el modelo en decisiones, acciones y aprendizajes concretos para transformar el cuidado en cada territorio. El ciclo inicia con la escucha y comprensión del territorio, analiza causas con evidencia, construye soluciones conjuntas, actúa con proximidad, evalúa y aprende para mejorar, y sostiene los cambios mediante capacidades, apropiación social y transformación cultural del cuidado.

Para operacionalizar este ciclo, cada fase se apoya en mecanismos e instrumentos técnicos, comunitarios, digitales, intersectoriales y de gestión que permiten pasar de la comprensión del territorio a la acción, el aprendizaje y la transformación cultural del cuidado. La siguiente tabla sintetiza los principales instrumentos sugeridos para cada fase y su relación con los componentes del modelo.

Fase	Mecanismos principales	Aporte al modelo
1. Escuchar y comprender	Comités locales, líderes comunitarios, COPACO, diálogo de saberes, cartografía social, redes de apoyo, activos comunitarios y “Un café por la salud”.	Activa participación, reconoce saberes y aporta insumos para caracterización, adscripción y PICP.
2. Analizar y priorizar	ASIS, Observatorio, salas situacionales, tableros, análisis de brechas, DSS e inequidades, valoración multidimensional, matriz de priorización, árbol de problemas e Ishikawa para análisis causal.	Permite comprender causas, riesgos, brechas e inequidades para priorizar respuestas integrales basadas en evidencia.
3. Construir soluciones	PICP, planes por microterritorio, acuerdos intersectoriales, rutas sociales y comunitarias, RIAS, comités locales y mesas técnicas.	Integra respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias para intervenir causas y cerrar brechas.
4. Actuar con proximidad	EMS, promotor de salud, atención extramural, gestión de casos, telesalud, referencia y	Acerca respuestas al hogar, la vereda, el barrio y los entornos donde transcurre la vida.

ENTO CONFIDENCIAL

	contrarreferencia, RIAS, GIRS y microrred territorial.	
5. Evaluar y aprender	Seguimiento del PICP, indicadores, tableros, alertas, evaluación participativa, auditoría para el mejoramiento y comunidades de aprendizaje.	Transforma datos y experiencia en ajustes, mejora continua y resultados verificables.
6. Sostener y transformar	Alfabetización en salud, pacientes expertos, gestores del cuidado, formación de formadores, apropiación social, control social y buenas prácticas.	Convierte aprendizajes y soluciones en capacidades, prácticas sostenibles y cultura del cuidado.

Análisis integrador de las fases para la implementación del Cuidado Primario de la Salud

Las fases propuestas para la implementación del Cuidado Primario de la Salud configuran un ciclo de gestión territorial orientado a transformar progresivamente la manera en que se comprende, organiza y desarrolla el cuidado en los territorios, su principal fortaleza radica en que no plantea la implementación como una secuencia lineal de actividades, sino como un proceso continuo en el que la identificación de necesidades, la toma de decisiones, la acción territorial, el seguimiento y el aprendizaje se encuentran permanentemente articulados; debido a que el modelo busca pasar de una respuesta centrada en la atención de eventos de enfermedad hacia una gestión anticipatoria, participativa y orientada a las condiciones que determinan la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades.

La primera fase, **escuchar y comprender**, constituye el punto de partida para reconocer que las necesidades del territorio no pueden ser identificadas exclusivamente mediante fuentes institucionales o indicadores sanitarios. La incorporación de comités locales, líderes comunitarios, COPACO, diálogo de saberes, cartografía social, redes de apoyo, activos comunitarios y ejercicios como el realizado, Un café por la salud de Cundinamarca, permite integrar el conocimiento técnico con la experiencia de quienes habitan los territorios. Esta aproximación favorece una lectura más amplia de las capacidades, necesidades, barreras, riesgos y recursos existentes, y genera insumos para la caracterización territorial, la adscripción y la construcción de los Planes Integrales de Cuidado Primario (PICP).

A partir de esta comprensión, la segunda fase, **analizar y priorizar**, permite transformar la información disponible en conocimiento útil para la toma de decisiones, entre ellas la articulación del ASIS, el Observatorio, las salas situacionales, los tableros de información, el análisis de brechas, los determinantes sociales de la salud y las inequidades, junto con herramientas de análisis causal y priorización, permite avanzar de la descripción de los problemas hacia la identificación de sus causas y factores asociados; Esto resulta fundamental para evitar intervenciones fragmentadas o determinadas únicamente por la

DOCUMENTO CONFIDE

demanda de servicios, y orientar la gestión hacia aquellas situaciones que generan mayores riesgos, desigualdades o barreras para el acceso efectivo al cuidado.

La tercera fase, **construir soluciones**, representa el tránsito del análisis a la planificación concertada de respuestas. La utilización de PICP, planes por microterritorio, acuerdos intersectoriales, rutas sociales y comunitarias, RIAS, comités locales y mesas técnicas permite integrar las capacidades disponibles en los diferentes actores. Esta fase adquiere especial relevancia porque reconoce que muchas de las situaciones que afectan la salud no pueden ser resueltas exclusivamente desde los servicios de salud; la respuesta requiere, por tanto, articulación sectorial, intersectorial y comunitaria, así como acuerdos sobre responsabilidades, recursos, intervenciones y mecanismos de seguimiento.

La cuarta fase, **actuar con proximidad**, materializa el principio de acercar el cuidado a los espacios cotidianos donde transcurre la vida; la participación de los equipos multidisciplinarios, promotores de salud, atención extramural, gestión de casos, telesalud, referencia y contrarreferencia, RIAS, GIRS y microrredes territoriales permite reducir la distancia entre las necesidades identificadas y la respuesta institucional. La proximidad no debe entenderse únicamente como desplazamiento físico de los servicios, sino como una capacidad del sistema para comprender el contexto de las personas, anticipar riesgos, acompañar sus trayectorias de salud y garantizar continuidad entre los diferentes niveles y actores que participan en el cuidado.

La quinta fase, evaluar y aprender, incorpora la gestión de información y conocimiento como parte estructural de la implementación. El seguimiento de los PICP, los indicadores, tableros, alertas, procesos de evaluación participativa, auditoría para el mejoramiento y comunidades de aprendizaje permiten determinar si las intervenciones están produciendo los cambios esperados y, cuando sea necesario, ajustar las decisiones. En este sentido, la evaluación deja de ser una actividad posterior a la ejecución y se convierte en un mecanismo permanente de gestión. Los datos obtenidos en el territorio, complementados con la experiencia de los equipos y las comunidades, permiten identificar desviaciones, reconocer buenas prácticas y fortalecer progresivamente la capacidad resolutiva del modelo.

La fase de sostener y transformar permite que los resultados de la implementación trasciendan las intervenciones puntuales y se conviertan en capacidades permanentes del territorio. La alfabetización en salud, los pacientes expertos, los gestores del cuidado, la formación de formadores, la apropiación social, el control social y la identificación de buenas prácticas contribuyen a fortalecer la autonomía, la corresponsabilidad y la participación de las personas y comunidades; esta fase resulta determinante para consolidar una transformación cultural del cuidado, en la medida en que desplaza progresivamente la responsabilidad exclusiva de la atención desde las instituciones hacia una construcción compartida entre personas, familias, comunidades, organizaciones, sectores y actores del sistema.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

En conjunto, las seis fases permiten establecer una cadena de gestión integral del cuidado que conecta conocimiento territorial, priorización, planeación, intervención, evaluación y transformación. Su valor no está únicamente en cada instrumento considerado de manera individual, sino en la relación que se establece entre ellos. La información obtenida mediante la participación y la caracterización alimenta el análisis; el análisis orienta la priorización; la priorización permite construir soluciones; las soluciones se despliegan mediante acciones de proximidad; los resultados son evaluados y utilizados para generar aprendizaje; y estos aprendizajes fortalecen las capacidades necesarias para sostener y transformar las prácticas de cuidado.

Desde esta perspectiva, el Cuidado Primario de la Salud se configura como un modelo de gestión territorial que requiere capacidad de adaptación permanente. Las particularidades sociales, demográficas, epidemiológicas, geográficas y culturales de los territorios hacen necesario que las respuestas no sean uniformes, sino construidas a partir de las necesidades y capacidades locales. Por ello, el ciclo propuesto permite combinar una orientación estratégica común con respuestas diferenciadas según las condiciones de cada territorio, microterritorio, comunidad y población.

Un elemento transversal de esta propuesta es la participación social y comunitaria, que se encuentra presente desde la identificación de necesidades hasta la evaluación y sostenibilidad de las soluciones. Esto permite que las comunidades no sean consideradas únicamente como receptoras de servicios, sino como actores con conocimiento, capacidades y posibilidades de incidir en las decisiones relacionadas con su salud. De igual manera, la articulación intersectorial permite reconocer que la transformación de las condiciones de vida requiere intervenciones que trasciendan el sector salud y movilicen capacidades institucionales, comunitarias y territoriales.

Por otra parte, la hoja de ruta favorece una transición desde una gestión predominantemente reactiva hacia una gestión anticipatoria del riesgo y del cuidado. Al identificar tempranamente riesgos, brechas, determinantes y capacidades, se generan condiciones para intervenir antes de que los problemas se traduzcan en enfermedad, complicaciones, discapacidad o utilización evitable de servicios de mayor complejidad. En consecuencia, el cuidado primario adquiere una función estratégica dentro de la organización territorial, al constituirse en una puerta de entrada, pero también en un mecanismo de acompañamiento, coordinación y continuidad del cuidado.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 23. Hoja de ruta del Cuidado Primario de la Salud: ciclo de mejora continua



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.2.2. Procesos para la operación del Cuidado Primario de la Salud

Momento operativo	Proceso clave	Aplicación en Cundinamarca te Cuida
Entrada territorial y poblacional	**1. Georreferenciación de la atención y del microterritorio**	Ubica personas, familias, riesgos, barreras, servicios, activos comunitarios e institucionales para organizar respuestas cercanas, diferenciales y resolutivas.
Entrada territorial y poblacional	**2. Adscripción poblacional al EMS**	Vincula personas y familias a un equipo responsable del cuidado primario, según microterritorio, curso de vida, riesgos y necesidades.
Comprensión y priorización	**3. Diagnóstico de salud local participativo**	Integra ASIS, información comunitaria, cartografía social, diálogo de saberes, necesidades sentidas, DSS, brechas, inequidades y análisis causal.

Comprensión y priorización	**4. Gestión comunitaria y mapeo de recursos locales**	Identifica activos comunitarios e institucionales, redes de apoyo, liderazgos, recursos sociales y capacidades locales que pueden aportar al cuidado.
Valoración y planeación	**5. Valoración individual multidimensional y familiar integral**	Comprende necesidades clínicas, funcionales, familiares, sociales, emocionales, económicas, ambientales, culturales y de acceso al cuidado.
Valoración y planeación	**6. Elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario**	Integra prioridades, RIAS, GIRS, acciones familiares, comunitarias e intersectoriales, responsables, metas, indicadores y seguimiento.
Seguimiento y mejora	**7. Monitoreo, evaluación y mejora continua**	Verifica avances del PICP, indicadores, alertas, brechas, resultados, experiencia de cuidado y ajustes necesarios.
Transparencia y corresponsabilidad	**8. Rendición de cuentas y control social territorial**	Devuelve resultados a comunidad e instituciones, fortalece confianza, control social, corresponsabilidad y ajustes participativos.
Aprendizaje e innovación	**9. Documentación, innovación y gestión del conocimiento**	Sistematiza experiencias, buenas prácticas, barreras y aprendizajes para escalar soluciones e innovar en el cuidado primario.

La siguiente figura presenta estos procesos como una ruta operativa de mejora continua. Su propósito es mostrar cómo la georreferenciación, la adscripción, el diagnóstico participativo, el mapeo de recursos, la valoración integral, el PICP, el monitoreo, la rendición de cuentas y la gestión del conocimiento se conectan para hacer operativo el cuidado primario en cada microterritorio.

DOCUMENTO OFICIAL

Figura 24. Procesos para la operación del Cuidado Primario de la Salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.2.3. Organización, roles y capacidad instalada para la operación del Cuidado Primario de la Salud

La operación del Cuidado Primario de la Salud se organiza mediante una **red funcional de cuidado primario**, orientada a acercar el cuidado, aumentar la resolutividad y garantizar continuidad entre territorio, comunidad y niveles de atención. Su núcleo es el hospital local de baja complejidad, articulado con centros y puestos de salud, brigadas extramurales, cuidado domiciliario, Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS), promotores de salud y comités locales de salud comunitaria. Esta red se conecta con hospitales de mediana y alta complejidad para asegurar referencia, contrarreferencia, apoyo especializado, continuidad clínica y respuesta oportuna cuando las necesidades superan la capacidad local.

La organización funcional se complementa con actores intersectoriales, telesalud y fortalecimiento de capacidad instalada. La articulación con educación, protección social, ambiente, cultura, deporte, comunidad y desarrollo territorial permite intervenir causas, reducir barreras y sostener el cuidado integral en el territorio. La **telesalud** habilita teleorientación, teleapoyo, telemedicina, telemonitoreo, seguimiento remoto y comunidades de práctica, mientras que la infraestructura, dotación, conectividad, herramientas digitales, sistemas de información, kits extramurales y talento humano suficiente permiten operar con trazabilidad, oportunidad y mayor capacidad resolutiva.

Para superar la fragmentación programática y operativa, los equipos y recursos que confluyen en el territorio —como Médico a tu Territorio, Equipos Básicos de Salud, acciones del PIC departamental y municipal, concurrencia y otras iniciativas sectoriales o intersectoriales— deben integrarse funcionalmente en un solo **Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS)**. Este equipo es responsable de organizar, ejecutar y hacer seguimiento al

DOCUMENTO CONF

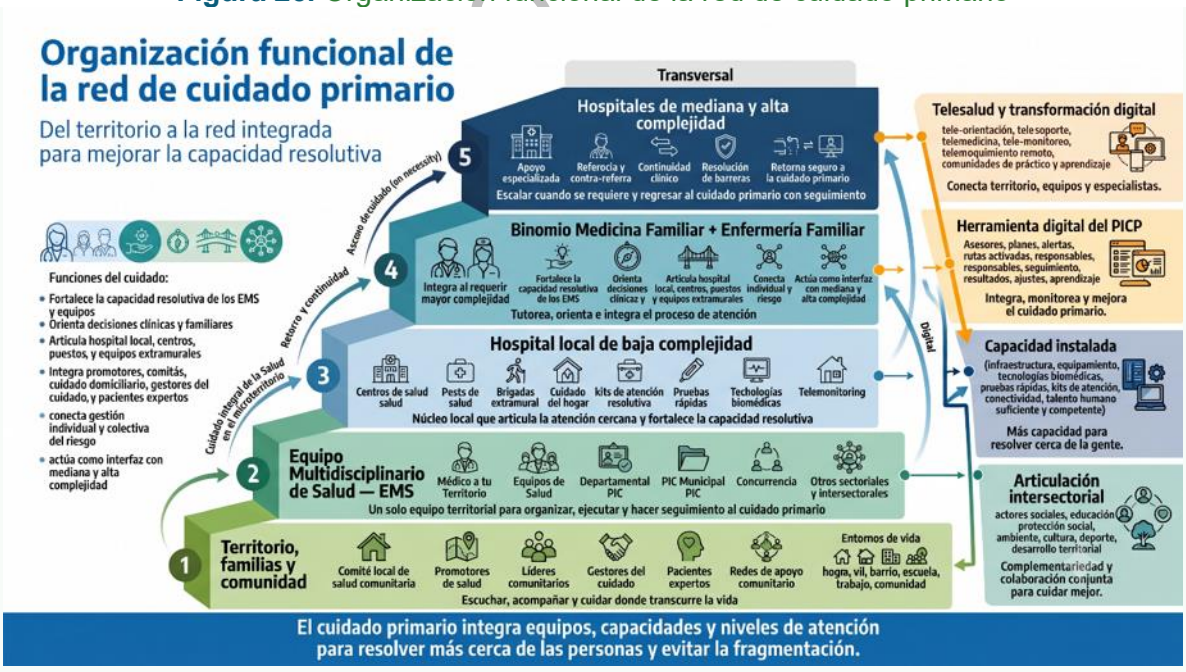
cuidado primario de personas, familias y comunidades, articulando acciones individuales, familiares, comunitarias, extramurales, domiciliarias, hospitalarias e intersectoriales como parte de un mismo proceso de cuidado.

El binomio conformado por el médico especialista en Medicina Familiar y la enfermera jefe especialista en Salud Familiar cumple un rol de tutoría, orientación e integración del proceso de atención. La medicina familiar aporta continuidad, integralidad, coordinación clínica, enfoque centrado en la persona, la familia y la comunidad, y capacidad resolutiva en el primer nivel (World Organization of Family Doctors, 2013); la enfermería familiar fortalece promoción, prevención, educación, cuidado domiciliario, apoyo a cuidadores, seguimiento familiar y articulación comunitaria (World Health Organization Regional Office for Europe, 2000). En conjunto, ambos roles orientan y acompañan a los EMS, cuya práctica colaborativa mejora la coordinación, la calidad, la seguridad y la respuesta integral frente a necesidades complejas.

La premisa operativa es integrar todo el ciclo de atención dentro de la estrategia de cuidado primario: conectar la gestión individual y colectiva del riesgo, armonizar las RIAS con el Plan Integral de Cuidado Primario (PICP), coordinar referencia y contrarreferencia, y asegurar continuidad entre microterritorio, hospital local y niveles de mayor complejidad. Para ello, se requiere una herramienta digital del **PICP** que registre valoraciones, planes, alertas, rutas activadas, responsables, seguimiento, resultados, ajustes y aprendizajes. La **Figura 24** sintetiza esta organización funcional de la red de cuidado primario y su contribución a la resolutividad territorial, la continuidad y la superación de la fragmentación asistencial.

CONFIDENCIAL

Figura 25. Organización funcional de la red de cuidado primario



Esta organización funcional es coherente con la visión contemporánea de la Atención Primaria en Salud, que plantea la necesidad de contar con equipos integrados, cercanos a la comunidad, centrados en las personas, articulados con las funciones de salud pública y con capacidad de acción intersectorial para avanzar hacia la cobertura universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y mejores resultados en salud (World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

6.2.4. Desarrollo de capacidades, comunidades de aprendizaje y alfabetización en salud

El desarrollo de capacidades orienta el cuidado primario hacia el fortalecimiento de competencias específicas y transversales en talento humano, instituciones, comunidades y actores intersectoriales. En coherencia con el enfoque del PNUD, se entiende como el proceso mediante el cual personas, organizaciones y sociedades fortalecen habilidades, sistemas, relaciones y condiciones para desempeñar funciones, resolver problemas, tomar decisiones y sostener transformaciones en el tiempo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

Para su implementación, se requiere un proceso permanente de asistencia técnica y formación continua, alianzas estratégicas con universidades, el SENA y otros actores académicos y formativos, a partir de un inventario del talento humano disponible y un mapeo de las competencias que deben fortalecerse en cada microterritorio. Este mapeo debe orientar planes de formación, tutoría, mentoría, actualización técnica, entrenamiento en servicio y acompañamiento operativo, priorizando competencias clínicas, familiares, comunitarias, digitales, intersectoriales, comunicativas, pedagógicas y de gestión del riesgo.

El fortalecimiento de capacidades también involucra los espacios de participación social en salud establecidos por la normativa vigente, como COPACO, asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, comités de participación comunitaria, instancias de control social y demás escenarios definidos para la planeación, seguimiento, rendición de cuentas y mejora de la gestión en salud. Asimismo, se articula con la ordenanza departamental de participación en salud de Cundinamarca y con las formas propias de organización comunitaria presentes en cada territorio, incluyendo comités locales de salud comunitaria, líderes comunitarios, redes de apoyo, cuidadores, promotores de salud, pacientes expertos y gestores del cuidado en los diferentes entornos.

En este componente, el programa de alfabetización en salud es fundamental para elevar el nivel de alfabetización de la población, mejorar la capacidad de las personas para acceder, comprender, valorar y usar información en salud, y fortalecer la capacidad alfabetizadora del talento humano y de las entidades de salud. En coherencia con el enfoque de competencias clave de la OCDE, este proceso también desarrolla competencias para la vida, entendidas como capacidades para usar información, interactuar con otros, tomar decisiones, actuar con autonomía y responder a contextos complejos (OECD, 2005).

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

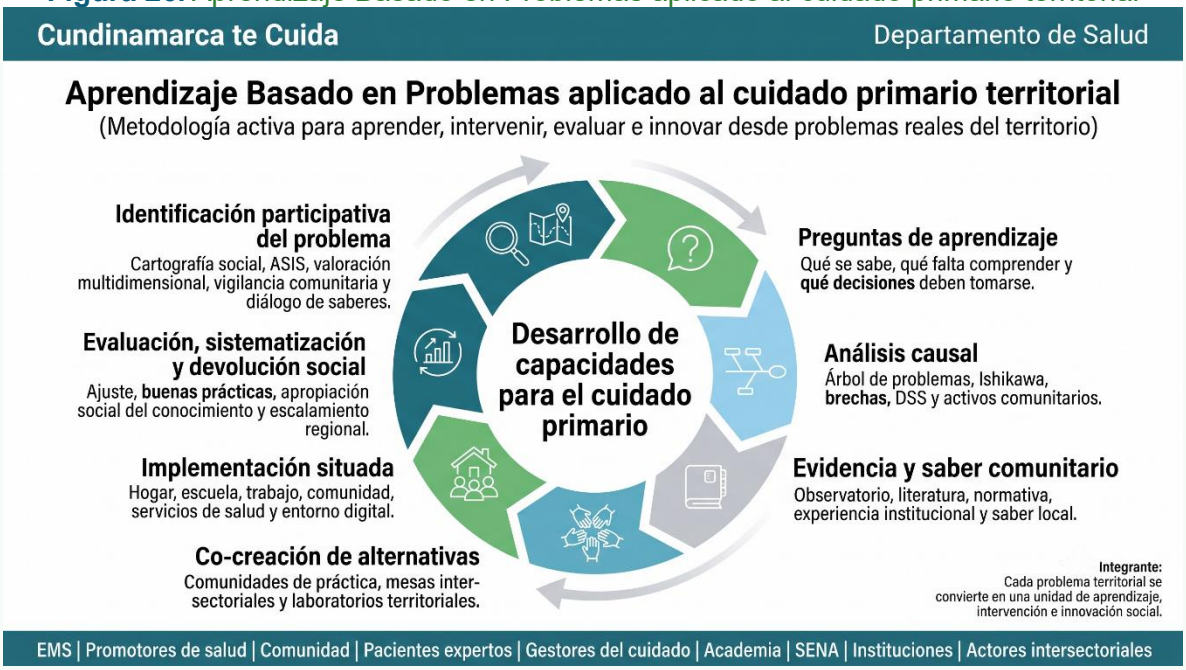
Este proceso se organiza mediante comunidades de práctica y aprendizaje, entendidas como espacios colaborativos donde personas que comparten una práctica o propósito común aprenden juntas, intercambian experiencias, documentan buenas prácticas, resuelven problemas concretos y producen conocimiento útil para mejorar su desempeño. En este enfoque, el aprendizaje surge de la interacción entre talento humano, comunidad, academia, instituciones y sectores, mediante reflexión sobre la práctica, experimentación, innovación y apropiación social del conocimiento (Wenger et al., 2002). La lógica es colaborativa: todos hacemos, todos aprendemos, todos innovamos y todos transformamos los entornos en espacios más saludables, protectores y cuidadores.

Dentro de este ecosistema, el **Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)** se incorpora como metodología activa para desarrollar capacidades en talento humano, EMS, promotores de salud, pacientes expertos, gestores del cuidado, líderes comunitarios, academia, instituciones y actores intersectoriales. El ABP parte de problemas reales del territorio —barreras de acceso, baja adherencia, riesgos familiares, condiciones del entorno, enfermedades crónicas, salud mental comunitaria, inseguridad alimentaria o eventos de interés en salud pública— y los convierte en unidades de aprendizaje, análisis causal, búsqueda de evidencia, diálogo de saberes, co-creación de soluciones y mejora continua (Barrows & Tamblyn, 1980). De esta manera, aprender no se separa de investigar, intervenir, evaluar e innovar; por el contrario, cada problema priorizado se transforma en una oportunidad para fortalecer pensamiento crítico, autonomía, trabajo colaborativo, corresponsabilidad y capacidad resolutiva territorial.

Su aplicación seguirá una secuencia integrada al ciclo territorial del cuidado primario: identificación participativa del problema; formulación de preguntas de aprendizaje; análisis causal con herramientas como árbol de problemas, Ishikawa, matriz de brechas, DSS y activos comunitarios; búsqueda y contraste de evidencia; co-creación de alternativas; implementación situada en los entornos de vida; y evaluación participativa con sistematización y devolución social de resultados. Esta secuencia permite ajustar intervenciones, documentar buenas prácticas, apropiar conocimiento y escalar soluciones en las Regiones de Salud. La siguiente figura sintetiza esta secuencia:

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

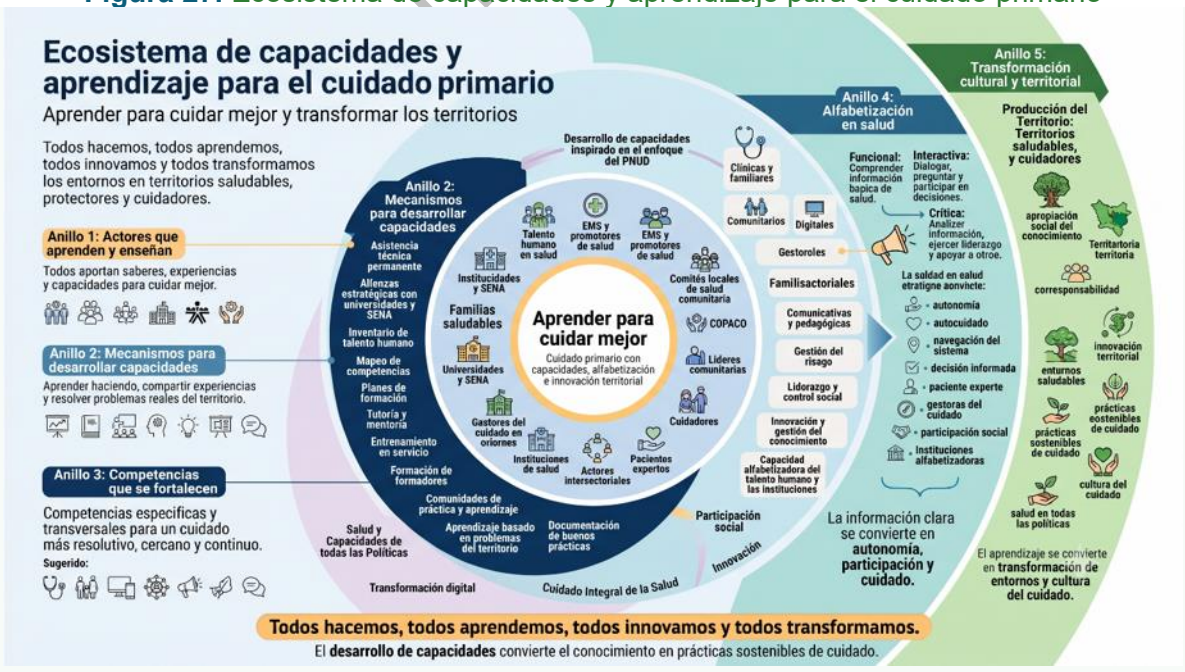
Figura 26. Aprendizaje Basado en Problemas aplicado al cuidado primario territorial



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La siguiente figura sintetiza el ecosistema de capacidades y aprendizaje para el cuidado primario, mostrando cómo el talento humano, la comunidad, la academia, el SENA, las instituciones y los actores intersectoriales aprenden juntos, fortalecen competencias, alfabetizan en salud, innovan y transforman los entornos en territorios saludables, protectores y cuidadores.

Figura 27. Ecosistema de capacidades y aprendizaje para el cuidado primario



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.2.5. Abordaje individual y familiar multidimensional

El abordaje individual y familiar multidimensional permite comprender a personas y familias desde una mirada integral, centrada en sus necesidades reales de salud y cuidado. Integra dimensiones clínicas, funcionales, emocionales, familiares, sociales, económicas, ambientales, culturales, relacionales y de acceso, reconociendo que la salud se produce en la interacción entre persona, familia, comunidad y entornos.

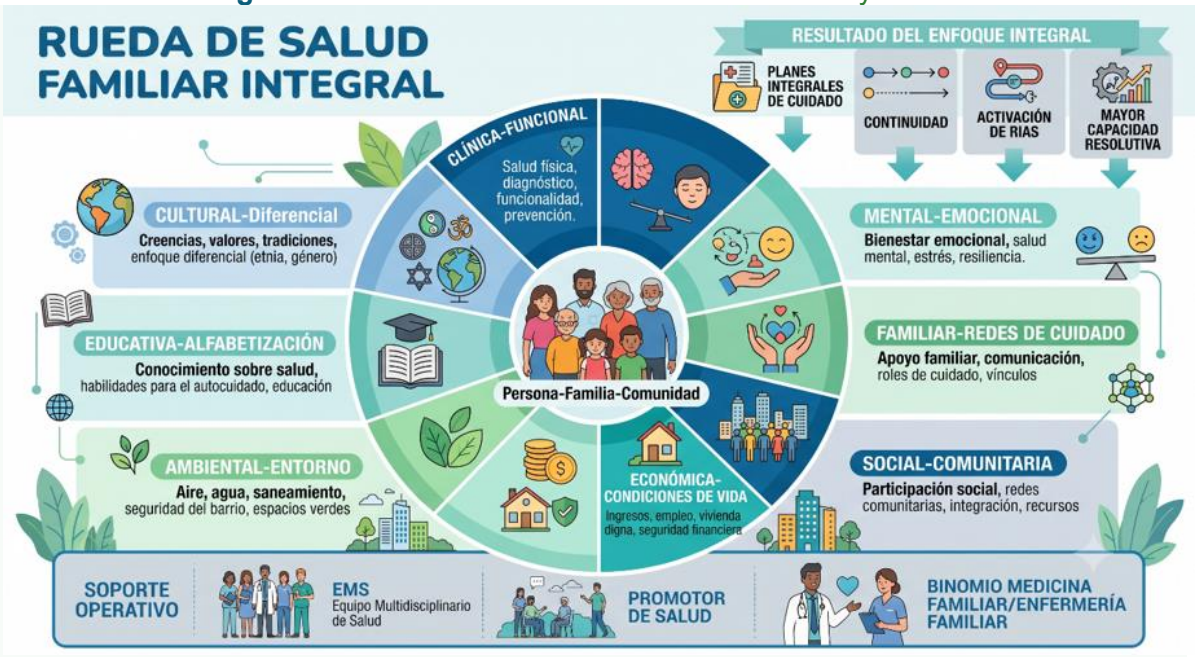
Este abordaje combina la mirada interprofesional de los equipos de salud con los saberes, experiencias y formas propias de cuidado de las familias y comunidades. La valoración no se realiza desde una única disciplina ni desde un programa aislado, sino desde un diálogo técnico y comunitario que permite comprender trayectorias de vida, redes de apoyo, capacidades familiares, barreras, riesgos acumulados, factores protectores, prácticas culturales, condiciones del entorno y expectativas de cuidado.

Su valor está en superar la fragmentación programática. En lugar de abordar a la persona por eventos, diagnósticos o programas separados, el EMS construye una lectura integrada de la situación individual y familiar, identifica prioridades, ordena intervenciones, activa apoyos y articula acciones clínicas, familiares, comunitarias, educativas, sociales e intersectoriales alrededor de un mismo propósito: mejorar salud, funcionalidad, bienestar y autonomía.

El resultado esperado de este componente es contar con una comprensión compartida y multidimensional de cada persona y familia, que permita orientar decisiones más pertinentes, activar rutas y apoyos de manera oportuna, fortalecer la corresponsabilidad, mejorar la continuidad del cuidado y aportar insumos sólidos para la formulación, implementación y seguimiento del Plan Integral de Cuidado Primario.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 28. Valoración multidimensional individual y familiar



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.2.6. Activación de RIAS y Gestión Integral del Riesgo en Salud

Los hallazgos de la valoración individual, familiar y comunitaria deben traducirse en activación oportuna de RIAS y acciones de Gestión Integral del Riesgo en Salud. Este componente permite clasificar riesgos, priorizar personas y familias, activar intervenciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación, paliación y seguimiento, y articular responsabilidades entre EMS, EAPB, prestadores, salud pública, actores intersectoriales y comunidad. Su finalidad es anticipar eventos evitables, reducir complicaciones, cerrar brechas de acceso y sostener la continuidad del cuidado.

En este componente, el **curso de vida** y las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)** ordenan las atenciones del cuidado primario en los distintos entornos. Las RIAS integran promoción de la salud, prevención, detección temprana, protección específica, atención, rehabilitación, paliación y seguimiento, con énfasis en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Así, los programas, estrategias e instrumentos de gestión clínica se articulan alrededor de las RIAS para reducir duplicidades, evitar fragmentación y asegurar continuidad del cuidado según necesidades, curso de vida y grupos de riesgo.

La siguiente figura resume esta lógica de ordenamiento. Presenta las dos RIAS establecidas en la Resolución 3280 de 2018 —Promoción y Mantenimiento de la Salud, y Materno Perinatal— junto con las rutas e intervenciones para grupos de riesgo. También muestra que los programas, guías, protocolos, rutas clínicas y planes de gestión del riesgo se articulan a las RIAS como eje ordenador del cuidado primario.

DOCUMENTO CONF

Figura 29. RIAS, curso de vida y grupos de riesgo como ordenadores del cuidado primario



Fuente: Elaboración propia con base en la Resolución 3280 de 2018

6.2.7. Abordaje de entornos saludables y protectores, Determinantes Sociales de la Salud y proximidad del cuidado

Este componente se articula con la **Gestión de la Salud Pública en el Territorio**, especialmente con promoción de la salud, acción intersectorial, Determinantes Sociales de la Salud y entornos saludables. Desde el cuidado primario, el EMS, promotores, comités locales, red de servicios y actores intersectoriales identifican condiciones del microterritorio, priorizan barreras y factores protectores, activan rutas sociales y comunitarias, gestionan acuerdos y acercan respuestas al hogar, la vereda, el barrio, la escuela, el trabajo y los servicios cercanos.

Los entornos saludables y protectores son escenarios cotidianos de vida —hogar, escuela, trabajo, comunidad, instituciones, espacio público, entorno digital y territorio— donde se articulan promoción, acción intersectorial, participación social y abordaje de Determinantes Sociales de la Salud para reducir inequidades y fortalecer bienestar integral (Organización Mundial de la Salud, 1986). No se trata solo de intervenir factores de riesgo, sino de transformar condiciones físicas, sociales, ambientales, culturales, económicas e institucionales que inciden en la salud y las prácticas de cuidado.

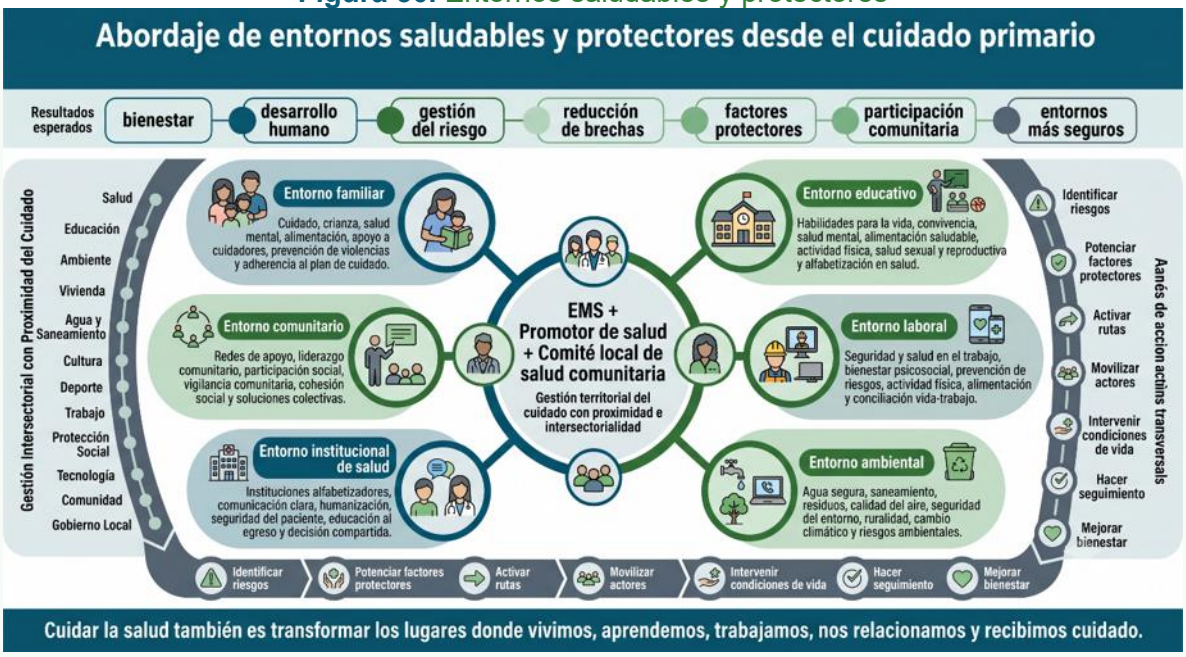
En coherencia con la Resolución 3280 de 2018, este abordaje se articula con las rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal, así como con intervenciones individuales y colectivas por curso de vida, enfoque familiar, comunitario, poblacional, diferencial y APS. El cuidado primario debe identificar riesgos, necesidades, capacidades y factores protectores, activar las RIAS pertinentes, canalizar respuestas sectoriales e

DOCUMENTO CON

intersectoriales y hacer seguimiento a las acciones de promoción, prevención, detección temprana y gestión del riesgo.

La siguiente figura sintetiza cómo el cuidado primario identifica condiciones de los entornos y Determinantes Sociales de la Salud desde el microterritorio, las incorpora al PICP y las conecta con respuestas comunitarias, intersectoriales y de salud pública territorial.

Figura 30. Entornos saludables y protectores



Fuente: Elaboración propia

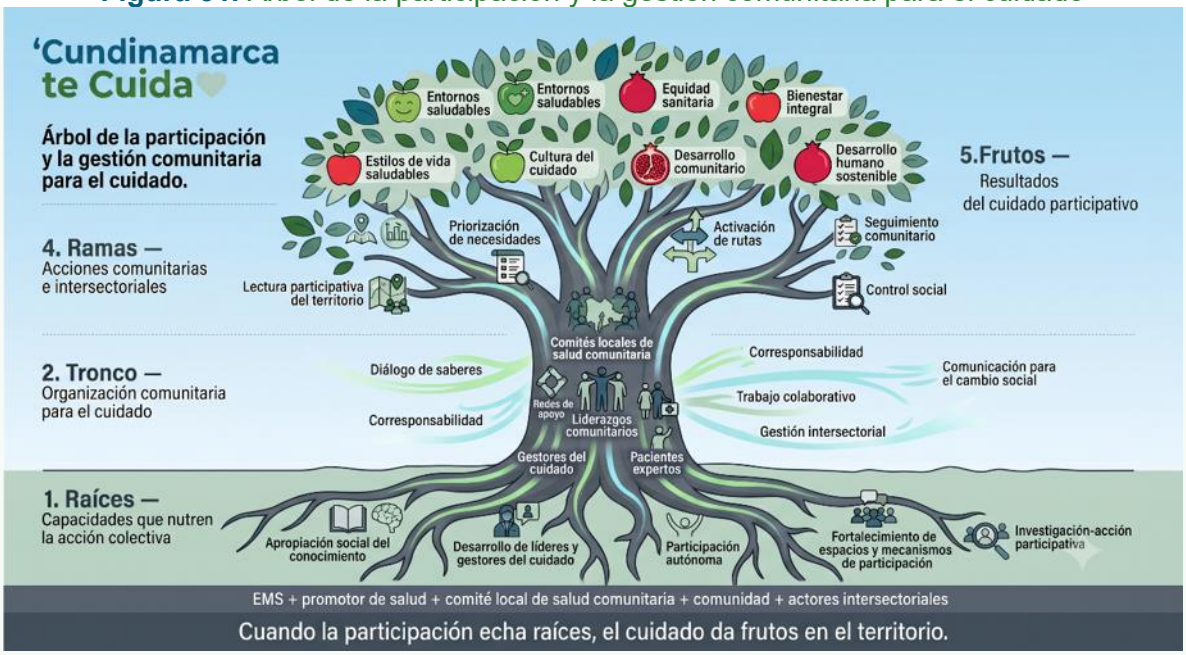
6.2.8. Fortalecimiento de la participación social incluyente, la gestión comunitaria e intersectorial del cuidado

Este componente se articula con el desarrollo de capacidades y la alfabetización en salud, pero enfatiza la dimensión organizativa e incidente de la participación. Moviliza comités locales, COPACO, líderes, redes de apoyo, pacientes expertos, gestores del cuidado y actores intersectoriales para participar en la lectura del territorio, priorización de necesidades, implementación del PICP, seguimiento comunitario, control social y transformación de entornos.

La participación social incluyente permite que la comunidad deje de ser receptora pasiva de servicios y se convierta en actor corresponsable del cuidado primario. A través de espacios de diálogo, concertación, movilización comunitaria, seguimiento y rendición de cuentas, la gestión comunitaria aporta legitimidad, confianza, conocimiento local y sostenibilidad a las acciones del EMS y de la red de cuidado primario. La siguiente figura representa esta dinámica mediante el árbol de la participación y la gestión comunitaria para el cuidado.

DOCUMENTO

Figura 31. Árbol de la participación y la gestión comunitaria para el cuidado



Fuente: Elaboración propia

DOCUMENTO CONF

Secuencia metodológica participativa para generar el ecosistema comunitario del cuidado

La Figura 31 representa el ecosistema de participación y gestión comunitaria como un árbol: las raíces son confianza, autonomía, diálogo de saberes, redes, activos territoriales y corresponsabilidad; el tronco es la organización comunitaria articulada con autoridad sanitaria, EMS, promotores, instituciones y sectores; y las ramas son lectura del territorio, priorización, co-creación, implementación, seguimiento, control social y sostenibilidad. Por ello, la participación debe entenderse como proceso permanente, no como consulta puntual.

La relación entre Estado y organizaciones sociales debe entenderse como una relación de suma positiva: un Estado con mayor rectoría, coordinación y garantía de derechos no sustituye a la sociedad organizada, sino que crea condiciones para que participe, delibere, controle, proponga e innove (Bejarano, 1994). A su vez, organizaciones sociales más fuertes aumentan la legitimidad pública, mejoran la pertinencia de las políticas, amplían la vigilancia social y fortalecen la corresponsabilidad territorial del cuidado.

La generación del ecosistema inicia con acercamiento, confianza y reconocimiento de actores: liderazgos formales e informales, COPACO, asociaciones de usuarios, comités locales, organizaciones sociales, redes de cuidado, cuidadores, pacientes expertos, instituciones educativas, actores intersectoriales, ESE, EAPB y academia. El resultado esperado es conformar un núcleo territorial con reglas claras de participación, acuerdos de corresponsabilidad, comunicación y criterios para decisiones compartidas.

Para que el ecosistema funcione como red corresponsable, se recomienda vincular actores de cinco niveles: comunitario, institucional sanitario, intersectorial, académico-formativo y

de soporte técnico-digital. Su participación debe ser flexible según el microterritorio, pero siempre orientada por roles claros, acuerdos verificables, mecanismos de comunicación, responsabilidades compartidas y capacidad de seguimiento.

Nivel de actor	Actores recomendados	Aporte al ecosistema comunitario del cuidado
Comunitario y ciudadano	Comités locales de salud comunitaria, COPACO, asociaciones de usuarios, veedurías, juntas de acción comunal, liderazgos comunitarios, organizaciones sociales, cuidadores, pacientes expertos, gestores del cuidado, redes de apoyo, grupos juveniles, organizaciones de mujeres, población mayor y colectivos diferenciales.	Aportan conocimiento situado, confianza, legitimidad, identificación de barreras, movilización comunitaria, cuidado mutuo, seguimiento social, control ciudadano y sostenibilidad de las acciones.
Sanitario e institucional	Secretaría Departamental de Salud, direcciones locales de salud, ESE, hospitales locales, centros y puestos de salud, EMS, promotores de salud, EAPB, IPS, red de urgencias, salud pública, vigilancia epidemiológica y equipos de gestión del riesgo.	Aportan rectoría, capacidad técnica, acceso a servicios, activación de RIAS, seguimiento del PICP, gestión del riesgo, información sanitaria, continuidad del cuidado y respuesta institucional.
Intersectorial y territorial	Alcaldías, planeación, educación, ambiente, agua y saneamiento, vivienda, agricultura, seguridad alimentaria, movilidad, cultura, deporte, protección social, comisarías de familia, gestión del riesgo de desastres, sector productivo y organizaciones de base territorial.	Permiten intervenir Determinantes Sociales de la Salud, transformar entornos, resolver barreras no sanitarias, movilizar recursos, generar acuerdos verificables y sostener respuestas integrales.
Académico, formativo e innovación	Universidades, SENA, instituciones educativas, grupos de investigación, semilleros, observatorios, centros de innovación, escuelas de liderazgo, comunidades de práctica y laboratorios territoriales.	Fortalecen capacidades, asistencia técnica, ABP, IAP, sistematización, apropiación social del conocimiento, evaluación participativa, innovación social y formación de formadores.
Soporte digital, información y comunicación	Observatorio Departamental de Salud, sistemas de información, tableros territoriales, plataformas de participación, canales comunitarios,	Aportan evidencia, trazabilidad, análisis territorial, comunicación clara, devolución social de

	emisoras locales, medios digitales, gestores de datos y equipos de comunicación del riesgo.	resultados, alertas, monitoreo de compromisos y transparencia para la toma de decisiones.

La segunda fase corresponde a la lectura participativa del territorio mediante Investigación Acción Participativa, cartografía social, mapeo de actores, análisis de redes, identificación de activos comunitarios y diálogo de saberes. Esta fase permite representar riesgos, barreras, factores protectores, rutas de cuidado, recursos e inequidades, y convierte la experiencia vivida en insumo técnico para orientar decisiones del cuidado primario.

La tercera fase integra ASIS, Observatorio Departamental de Salud, vigilancia, valoración multidimensional, PICP, datos de la red, Determinantes Sociales de la Salud y saber comunitario. Comunidad y equipos técnicos contrastan datos institucionales con experiencia territorial para identificar causas, brechas, vulnerabilidades, capacidades y oportunidades. El producto es una agenda comunitaria priorizada con problemas definidos y causas analizadas.

La cuarta fase co-crea soluciones mediante escuelas de IAP (Fals Borda et al., 1987), Aprendizaje Basado en Problemas, comunidades de práctica, laboratorios territoriales, mesas intersectoriales e innovación social (Betancurth Loaiza et al., 2020). Los problemas priorizados se convierten en unidades de aprendizaje e intervención: se formulan preguntas, se revisa evidencia, se contrastan saberes, se diseñan alternativas, se asignan responsables y se definen indicadores.

La quinta fase implementa corresponsablemente las acciones acordadas en el PICP y la agenda comunitaria. Se activan rutas, intervenciones familiares, acciones comunitarias, acuerdos intersectoriales, alfabetización en salud, redes de apoyo, seguimiento de casos y control social. EMS, promotores, líderes, pacientes expertos, gestores, instituciones y sectores trabajan como red territorial para ejecutar, ajustar y sostener prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado del entorno.

La sexta fase corresponde a apropiación social del conocimiento, evaluación participativa y aprendizaje territorial. Sistematiza experiencias, devuelve resultados, documenta buenas prácticas, analiza indicadores, ajusta intervenciones y fortalece capacidades locales. La evidencia, los datos y los saberes comunitarios se convierten en conocimiento útil para decidir, actuar, cuidar e innovar (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2021), y deben incorporarse a planes, rutas, presupuestos, indicadores y mecanismos de rendición de cuentas.

Fase metodológica	Instrumentos principales	Producto esperado

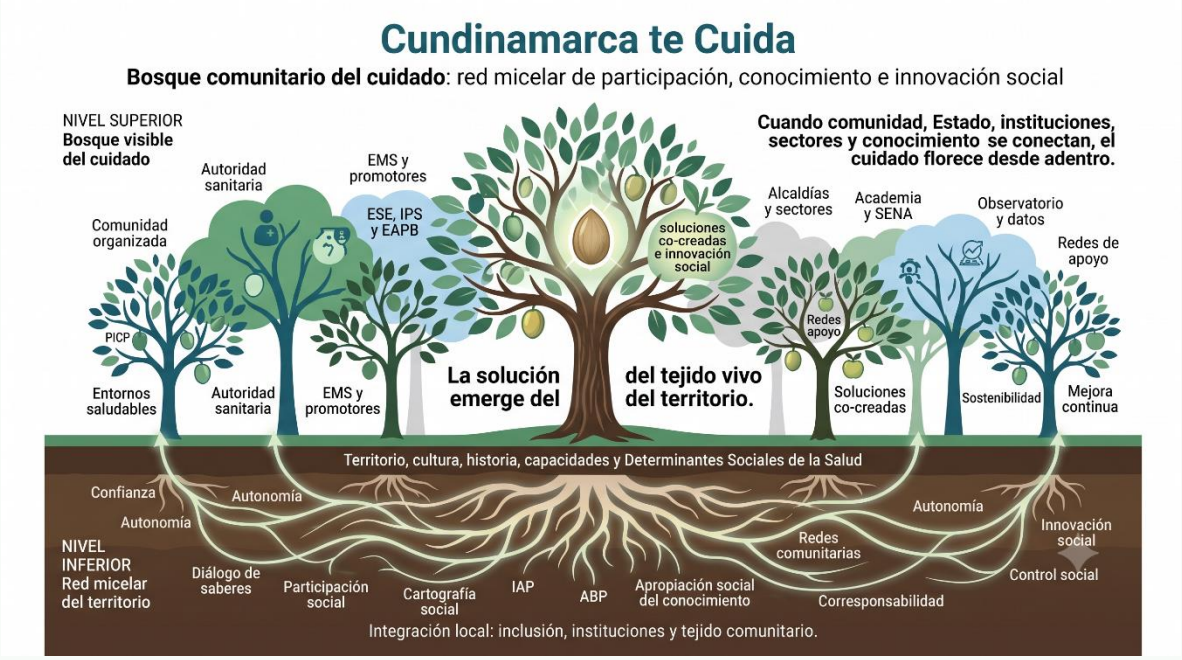
DOCUMENTO CONFIDENCIAL

1. Acercamiento y confianza	Mapa de actores, acuerdos de participación, identificación de liderazgos y redes.	Núcleo territorial de trabajo y reglas de corresponsabilidad.
2. Lectura participativa	IAP, cartografía social, mapeo de activos, análisis de redes y diálogo de saberes.	Mapa comunitario de riesgos, barreras, recursos y factores protectores.
3. Análisis y priorización	ASIS, Observatorio, vigilancia, valoración multidimensional, DSS y análisis causal.	Agenda comunitaria priorizada y problemas definidos.
4. Co-creación e innovación	Escuelas de IAP, ABP, comunidades de práctica, laboratorios territoriales y mesas intersectoriales.	Soluciones co-creadas, responsables, indicadores y acuerdos de acción.
5. Implementación corresponsable	PICP, rutas, redes de apoyo, acuerdos intersectoriales y seguimiento comunitario.	Acciones ejecutadas con participación comunitaria e institucional.
6. Apropiación y sostenibilidad	Sistematización, devolución social, evaluación participativa y rendición de cuentas.	Buenas prácticas, aprendizajes, escalamiento e institucionalización.

Como cierre de la secuencia metodológica, la **Figura 32** propone una metáfora del ecosistema comunitario del cuidado como un bosque vivo conectado por una red micelar. En esta representación, las soluciones en salud no se imponen desde afuera, sino que emergen del tejido interno del territorio: de la confianza, la autonomía, el diálogo de saberes, la participación social, la apropiación del conocimiento, las redes comunitarias y la corresponsabilidad entre comunidad, Estado, instituciones, sectores, academia y sistemas de información. Como en el almendrón, el fruto florece desde adentro cuando el ecosistema está conectado, nutrido y cuidado.

DOCUMENTO

Figura 32. Bosque comunitario del cuidado: red micelar de participación, conocimiento e innovación social



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.2.9. Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) como producto integrador

El Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) es la salida operativa del cuidado primario en cada microterritorio. Integra en un solo instrumento la lectura territorial, la georreferenciación, la adscripción poblacional, el diagnóstico participativo, el mapeo de activos comunitarios e institucionales, la valoración individual y familiar multidimensional, la activación de RIAS, la Gestión Integral del Riesgo en Salud, el abordaje de entornos y Determinantes Sociales de la Salud, la participación comunitaria y los acuerdos intersectoriales necesarios para responder a las necesidades reales de personas, familias y comunidades.

El PICP traduce el ciclo de implementación en decisiones, acciones, responsables, metas, indicadores y seguimiento. Como producto integrador, organiza las intervenciones individuales, familiares, comunitarias, clínicas, extramurales, domiciliarias e intersectoriales, evitando que los programas y actores actúen de manera aislada. Su valor está en convertir la información territorial y la valoración multidimensional en una respuesta integral, cercana, continua y resolutiva, ajustada al curso de vida, a los grupos de riesgo y a las prioridades del microterritorio.

DOCUMENTO CON

Figura 33. Plan Integral de Cuidado Primario



Fuente: Elaboración propia

La gestión del PICP requiere seguimiento permanente, evaluación de resultados y capacidad de ajuste oportuno. Para ello, el EMS debe monitorear avances, indicadores, alertas, brechas, experiencia de cuidado y resultados, documentar barreras y activar acciones de mejora. Este proceso se apoya en una herramienta digital que permita georreferenciar, registrar valoraciones, semaforizar riesgos, generar alertas, hacer trazabilidad de decisiones, articular rutas, asignar responsables y retroalimentar el ciclo de mejoramiento continuo del cuidado primario.

6.2.10. Resultado integrador de la línea estratégica de Cuidado Primario de la Salud

Como resultado integrador, la línea de **Cuidado Primario de la Salud centrado en las personas, las familias y la comunidad** permitirá que las 14 Regiones de Salud avancen hacia una organización territorial más cercana, resolutiva y corresponsable. Esta organización integra georreferenciación, adscripción al EMS, diagnóstico participativo, valoración multidimensional, activación de RIAS, GIRS, entornos y Determinantes Sociales de la Salud, participación comunitaria, desarrollo de capacidades, alfabetización, PICP y transformación digital.

El cambio esperado es que personas, familias y comunidades cuenten con equipos responsables, rutas activadas, planes de cuidado trazables, seguimiento continuo, respuestas intersectoriales y mayor capacidad comunitaria para sostener prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado del entorno. Con ello, el cuidado primario deja de operar como un conjunto de actividades dispersas y se convierte en una arquitectura territorial de proximidad, continuidad, aprendizaje y mejora permanente.

DOCUMENTO CONF

Las acciones, productos, responsables, indicadores, metas, fuentes de verificación, cronograma, costos, riesgos y mecanismos de seguimiento de esta línea deberán desarrollarse en el anexo operativo de cadena de valor de la estrategia, en co-creación con las Regiones de Salud. Este anexo permitirá traducir los componentes del cuidado primario en intervenciones ejecutables, medibles y sostenibles, y asegurar su articulación con la estrategia general de Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios.

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

La **Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud** organiza la respuesta clínica de la red para asegurar que cada decisión asistencial contribuya a la **Generación de Valor en Salud**. En coherencia con Porter (2010), el valor se entiende como la relación entre los resultados que importan a las personas y los costos necesarios para alcanzarlos durante todo el ciclo de atención. Por ello, esta línea no se orienta al volumen de servicios prestados, sino a desenlaces clínicos, funcionales, de calidad de vida, seguridad, experiencia y continuidad del cuidado, con uso eficiente y sostenible de los recursos.

Objetivo específico de la línea estratégica

Consolidar, en la red de prestación de servicios de Cundinamarca, mecanismos de gestión clínica integrada que estandaricen decisiones, fortalezcan la gobernanza clínica, conformen equipos interprofesionales, desarrollen centros de excelencia, impulsen comunidades de práctica y utilicen información clínica y de costos para mejorar calidad, seguridad, continuidad, eficiencia y resultados en salud durante el despliegue del modelo.

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

La red de prestación de servicios opera con mayor integración clínica, menor variabilidad injustificada, mejor continuidad entre niveles de complejidad, equipos coordinados, decisiones basadas en evidencia, gestión del riesgo técnico y clínico, y medición de resultados que importan a las personas, contribuyendo a una atención más segura, humanizada, eficiente y orientada a valor.

Esta línea se articula con el eje trazador de acreditación de **Gestión clínica excelente y segura** (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), al integrar calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo clínico, humanización, pertinencia, oportunidad, continuidad y mejoramiento continuo. Su desarrollo se soporta en tres niveles complementarios: la **Gobernanza Clínica Única en Red**, que define el direccionamiento estratégico del proceso de atención clínica; el **Gobierno Clínico Único para la Red**, que ejerce la rectoría clínica; y los **Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados**, que traducen las decisiones en guías, rutas, vías clínicas, protocolos, medición de resultados y aprendizaje en red.

Componentes clave de la Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud

Componente clave	Explicación en Cundinamarca te Cuida

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

1. Gobernanza clínica única en red	Establece acuerdos clínicos, técnicos y operativos comunes para asegurar continuidad, calidad, humanización, seguridad y resultados en toda la red.
2. Gobierno clínico único para la red	Define la arquitectura institucional, roles, funciones, comités, responsabilidades y mecanismos de dirección clínica de la red.
3. Instrumentos de gestión clínica estandarizados	Ordena la práctica clínica mediante guías, protocolos, vías clínicas, rutas de gestión clínica, manuales y estándares compartidos por la red.
4. Equipos clínicos integrados de alto desempeño	Conforma equipos interprofesionales orientados a seguridad, efectividad clínica, integralidad, humanización, coordinación y resultados.
5. Centros de excelencia hospitalaria	Concentra capacidades, talento humano, conocimiento, tecnología y procesos especializados para mejorar desenlaces en condiciones prioritarias.
6. Comunidades de práctica clínica y Proyecto ECHO	Fortalece aprendizaje colaborativo, mentoría especializada, discusión de casos, transferencia de mejores prácticas y reducción de brechas de conocimiento.
7. Medicina basada en evidencia y decisión compartida	Integra evidencia científica, juicio clínico, valores del paciente y participación de la familia para orientar decisiones seguras y pertinentes.
8. GRD, eficiencia clínica y pago basado en valor	Usa información clínica y de costos para comparar desempeño, reducir variabilidad, mejorar eficiencia y alinear incentivos con resultados.
9. Seguridad, calidad, humanización y continuidad	Integra estándares de calidad, gestión del riesgo técnico, experiencia del usuario, trato digno y continuidad clínica entre servicios y niveles.

DOCUMENTO DE TRABAJO

La figura 34 muestra de manera esquemática los componentes de le gestión clínica integrada, centrados en la generación de valor en salud de las personas, las familias y las comunidades:

Figura 34. Gestión Clínica Integrada y Cuidado de la Salud orientada a la generación de valor en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.3.1. Gobernanza Clínica Única en Red

La **Gobernanza Clínica Única en Red** es el direccionamiento estratégico del proceso de atención clínica. Define principios, prioridades, acuerdos, reglas de articulación y resultados esperados para orientar la práctica clínica en la red, de manera que la atención sea integral, continua, segura, humanizada, pertinente y orientada a la **Generación de Valor en Salud**.

Su importancia radica en que permite conducir el proceso asistencial con visión de red y no como la suma de servicios aislados. Por ello, alinea actores, niveles de atención, sedes, servicios, equipos e instrumentos alrededor de objetivos comunes de calidad, seguridad, continuidad, reducción de variabilidad clínica injustificada, Medicina Basada en la Evidencia y mejoramiento continuo. Su implementación se concreta a través del **Gobierno Clínico Único para la Red**, como órgano de rectoría clínica, y de los **Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados**, como herramientas que llevan el direccionamiento estratégico a la práctica asistencial.

En esta perspectiva, la gobernanza clínica se entiende como el marco mediante el cual la organización asume responsabilidad por la mejora continua de la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el mantenimiento de altos estándares clínicos. Este enfoque exige liderazgo clínico, cultura organizacional positiva, integración entre calidad asistencial,

DOCUMENTO

desempeño y gestión, rendición de cuentas, aprendizaje institucional y capacidad para reconocer, replicar buenas prácticas y aprender de fallas en los estándares de atención (Scally & Donaldson, 1998). En **Cundinamarca te Cuida**, estos principios se traducen en una gobernanza clínica única en red que alinea decisiones, estándares, resultados, auditoría clínica y mejoramiento continuo en todos los niveles de complejidad.

6.3.2. Gobierno Clínico Único para la Red

El **Gobierno Clínico Único para la Red** es el órgano de rectoría clínica encargado de concretar el direccionamiento estratégico de la gobernanza clínica en decisiones, lineamientos, estándares y mecanismos de seguimiento aplicables a toda la red. Su alcance comprende conducción, coordinación, estandarización, evaluación y mejora de la Gestión Clínica Integrada y del Cuidado de la Salud en los diferentes niveles de complejidad.

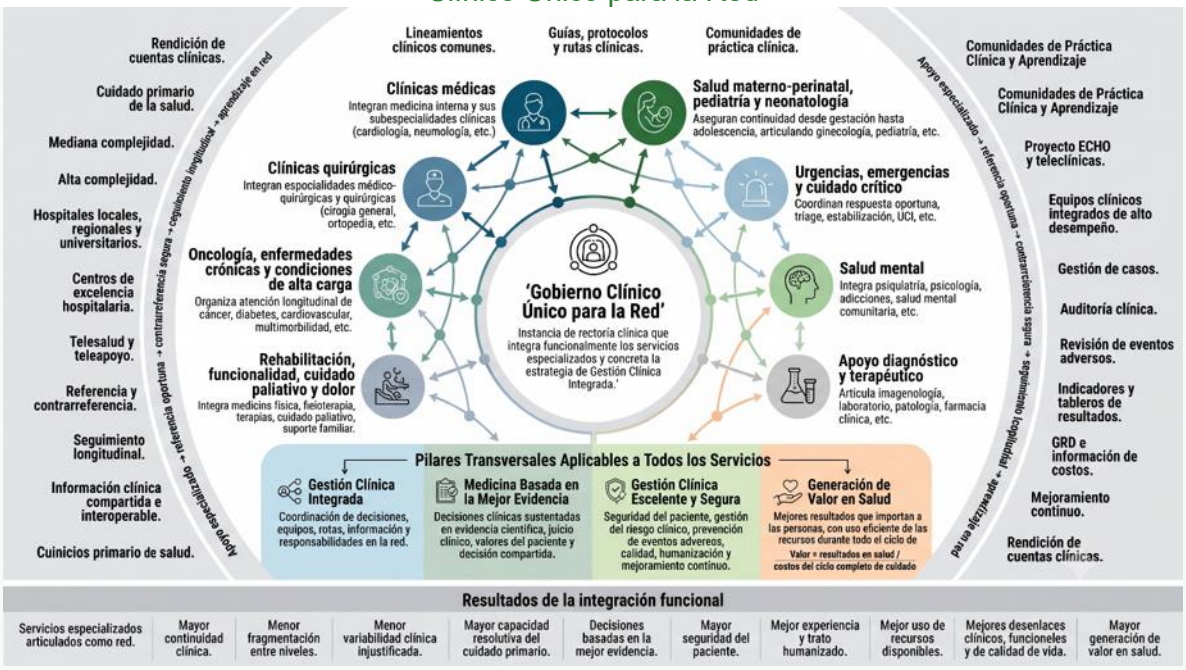
Su importancia radica en que permite superar la fragmentación de la atención, reducir la variabilidad clínica injustificada y asegurar la **integralidad y continuidad del cuidado** entre el cuidado primario, la mediana complejidad, la alta complejidad y los servicios especializados. En el marco del **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud** y del eje de acreditación de **Gestión clínica excelente y segura**, orienta la atención hacia la seguridad del paciente, la gestión del riesgo clínico, la humanización, la pertinencia, la oportunidad, la evaluación de resultados y el mejoramiento continuo.

Sus funciones rectoras incluyen definir lineamientos clínicos comunes, aprobar instrumentos de gestión clínica, garantizar la **Medicina Basada en la Evidencia**, gobernar el proceso asistencial, hacer seguimiento a indicadores, analizar riesgos y eventos adversos, y ajustar las decisiones clínicas de acuerdo con los recursos disponibles, en coherencia con la **Generación de Valor en Salud**.

Para concretar la estrategia en la operación de la red, el Gobierno Clínico organiza los servicios clínicos especializados mediante una **integración funcional** por líneas o nodos de referencia. Esta integración articula conocimiento experto, estándares, rutas, decisiones clínicas, acompañamiento técnico y medición de resultados, de manera que los servicios actúen como una red coordinada al servicio del cuidado primario, la mediana y alta complejidad, la continuidad del cuidado y la generación de valor en salud.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 35. Servicios clínicos especializados integrados funcionalmente por el Gobierno Clínico Único para la Red



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

La integración funcional representada en la figura se desarrolla posteriormente mediante los instrumentos de gestión clínica, los equipos clínicos integrados de alto desempeño, los centros de excelencia hospitalaria, las comunidades de práctica clínica y el Proyecto ECHO, como mecanismos complementarios para estandarizar la atención, fortalecer el aprendizaje en red, mejorar la capacidad resolutiva y orientar la gestión hacia resultados y valor en salud.

La conformación específica, roles, funciones, responsabilidades, instancias de decisión, procedimientos de operación, mecanismos de seguimiento, gestión de indicadores, auditoría clínica y mejoramiento continuo del Gobierno Clínico Único para la Red se desarrollan en el **Manual de Gestión Clínica de la Red**, documento anexo que orienta su implementación, evaluación y actualización permanente.

6.3.3. Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados en Red

Los **Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados en Red** son herramientas técnicas que traducen el direccionamiento de la gobernanza clínica y las decisiones del Gobierno Clínico en práctica asistencial concreta. Incluyen guías de práctica clínica, protocolos, vías clínicas, rutas de gestión clínica, criterios de pertinencia, estándares de seguridad, indicadores, tableros y mecanismos de seguimiento.

Su función es ordenar el proceso asistencial, disminuir la variabilidad clínica injustificada, fortalecer la seguridad del paciente, asegurar continuidad entre niveles de complejidad y facilitar decisiones basadas en la mejor evidencia disponible. En términos operativos, las vías clínicas adaptan las guías de práctica clínica a la realidad de la red, definiendo

DOCUMENTO CON

actividades, responsables, tiempos, puntos críticos de seguridad, criterios de referencia y contrarreferencia, seguimiento y resultados esperados. Estos instrumentos deben ser flexibles para ajustarse a la capacidad instalada de cada institución, pero suficientemente estandarizados para garantizar una atención comparable, trazable y evaluable. El modelo cuenta con un manual para su estandarización en red, articulado con la Gestión Clínica Excelente y Segura, las comunidades de práctica, los equipos clínicos integrados, los centros de excelencia y la Generación de Valor en Salud.

6.3.4. Conformación de Equipos Clínicos Integrados de Alto Desempeño

Los **Equipos Clínicos Integrados de Alto Desempeño** son la unidad operativa interprofesional de la Gestión Clínica Integrada. Organizan la atención alrededor de necesidades clínicas definidas, condiciones prioritarias, rutas de cuidado y resultados esperados, evitando respuestas aisladas. Su propósito es coordinar saberes, decisiones y responsabilidades para ofrecer atención segura, continua, humanizada, resolutiva y basada en evidencia.

Esta concepción se alinea con los principios de la atención basada en equipos: metas compartidas, roles claros, confianza mutua, comunicación efectiva y procesos medibles para coordinar la contribución de profesionales, pacientes y familias (Mitchell et al., 2012). Desde esta perspectiva, el alto desempeño no es la suma de competencias individuales, sino la capacidad colectiva de actuar con coordinación, aprendizaje y responsabilidad compartida.

En **Cundinamarca te Cuida**, estos equipos conectan cuidado primario, atención especializada, hospitalización, rehabilitación, cuidado paliativo, salud mental, apoyo diagnóstico y servicios complementarios. Su aporte específico es disminuir fragmentación, fortalecer la continuidad entre niveles, aumentar la resolutividad de la red y mejorar la efectividad clínica de las decisiones compartidas.

Su desempeño se articula con la **Gestión clínica excelente y segura**, al promover comunicación efectiva, análisis de riesgos, prevención de eventos adversos, decisiones compartidas, seguimiento de resultados y mejora continua. En coherencia con la generación de valor en salud, orientan sus decisiones a desenlaces relevantes para las personas y al uso eficiente de recursos durante el ciclo de atención.

Su conformación debe responder a la condición o necesidad de atención e integrar, según corresponda, médicos generales y especialistas, medicina familiar, enfermería profesional, auxiliares de enfermería, farmacia clínica, psicología, nutrición, rehabilitación, trabajo social, gestores de caso, apoyo diagnóstico, seguridad del paciente, calidad, referencia y contrarreferencia, telesalud, paciente, familia y cuidador. El **Gobierno Clínico Único para la Red** define criterios de organización, alcance, roles y coordinación; los **Instrumentos de Gestión Clínica Estandarizados** aportan guías, rutas, vías clínicas, protocolos, indicadores y criterios de seguimiento.

Estos equipos se fortalecen mediante comunidades de práctica clínica, teleclínicas, Proyecto ECHO, discusión de casos, mentoría especializada, auditoría clínica, revisión de

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

resultados, telesalud y transformación digital de la salud. En los Centros de Excelencia Hospitalaria alcanzan mayor especialización; en la red, irradian conocimiento, buenas prácticas y soporte técnico hacia el cuidado primario y los servicios regionales.

La **Figura 36** sintetiza esta lógica como una red interprofesional e interdisciplinaria orientada a la efectividad clínica y a la generación de valor en salud. La figura muestra cómo los roles del servicio se articulan mediante metas compartidas, roles claros, comunicación efectiva, confianza mutua, instrumentos de gestión clínica, telesalud y transformación digital, para producir mejores resultados, mayor seguridad, continuidad y experiencia de atención.

Figura 36. Equipos clínicos integrados de alto desempeño para la efectividad clínica y la generación de valor en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.3.5. Fortalecimiento de hospitales universitarios y hospitales regionales como centros de excelencia

Los **Centros de Excelencia Hospitalaria** se conciben como programas o unidades especializadas que concentran experiencia clínica, talento humano, tecnología, infraestructura, investigación, innovación y recursos alrededor de un área médica, condición prioritaria o grupo de condiciones, con atención integral, interdisciplinaria y centrada en el paciente (Elrod & Fortenberry, 2017). La literatura los reconoce como modelos capaces de articular alta especialización, estándares de calidad, liderazgo, colaboración, aprendizaje e innovación para mejorar servicios y resultados para personas y comunidades (Manyazewal et al., 2022).

En coherencia con la atención basada en valor, las unidades de práctica integrada planteadas por Porter y Lee se entienden en este modelo como antecedente conceptual de

los **Equipos Clínicos Integrados de Alto Desempeño** desarrollados en el numeral 6.3.4. Por tanto, en esta sección no se redefine su composición ni funcionamiento; se precisa cómo los Centros de Excelencia Hospitalaria concentran, especializan y proyectan esas capacidades hacia condiciones prioritarias de alta complejidad, con medición de resultados y orientación a valor (Porter & Lee, 2021).

En **Cundinamarca te Cuida**, estos centros actúan como nodos especializados de referencia dentro de la red, sin romper la integración territorial. Su aporte específico es concentrar capacidades para condiciones priorizadas, elevar estándares clínicos, reducir brechas de acceso a experticia especializada, fortalecer investigación aplicada, docencia e innovación, y generar conocimiento transferible hacia hospitales regionales, servicios especializados y cuidado primario.

Su función es organizar líneas clínicas de alta especialización alrededor de condiciones o problemas de salud prioritarios. El **Gobierno Clínico Único para la Red** define los criterios técnicos para priorizar, habilitar, evaluar y escalar estos centros, considerando carga de enfermedad, impacto en mortalidad y discapacidad, brechas de acceso, capacidad instalada, talento humano, volumen y complejidad de casos, disponibilidad tecnológica, seguridad del paciente, experiencia del usuario, sostenibilidad financiera y contribución a la **Generación de Valor en Salud**.

Su operación se articula con los instrumentos y mecanismos ya descritos en esta línea estratégica —gestión clínica estandarizada, equipos clínicos integrados, comunidades de práctica clínica, Proyecto ECHO, GRD y pago basado en valor—, pero su papel diferencial es irradiar conocimiento experto, buenas prácticas, soporte técnico y capacidad innovadora hacia toda la red. En síntesis, los Centros de Excelencia Hospitalaria deben funcionar como nodos de referencia, aprendizaje, innovación y soporte especializado para mejorar rutas, fortalecer la resolutividad del cuidado primario y lograr mejores resultados para las personas, familias y comunidades.

6.3.6. Comunidades de práctica clínica en el marco del proyecto ECHO

Las **comunidades de práctica clínica y aprendizaje** son espacios colaborativos en los que profesionales de salud que comparten una práctica, problema clínico o propósito común intercambian conocimiento, discuten casos, desarrollan mejores prácticas y fortalecen la implementación de evidencia en la atención. En salud, estas comunidades se han usado para generar y compartir conocimiento, mejorar desempeño organizacional, facilitar cambios en la práctica clínica y sostener aprendizaje continuo, especialmente cuando se articulan con mentoría, discusión de casos, trabajo interprofesional, evaluación de resultados y redes de apoyo entre pares (Ranmuthugala et al., 2011). En **Cundinamarca te Cuida**, conectan conocimiento experto, experiencia clínica, capacidades regionales y necesidades territoriales, en articulación con Proyecto ECHO, telesalud y transformación digital.

Las teleclínicas, en el marco del Proyecto ECHO (*Extension for Community Health Outcomes*), conectan equipos expertos y equipos territoriales mediante sesiones virtuales de aprendizaje colaborativo, discusión de casos reales, mentoría especializada y

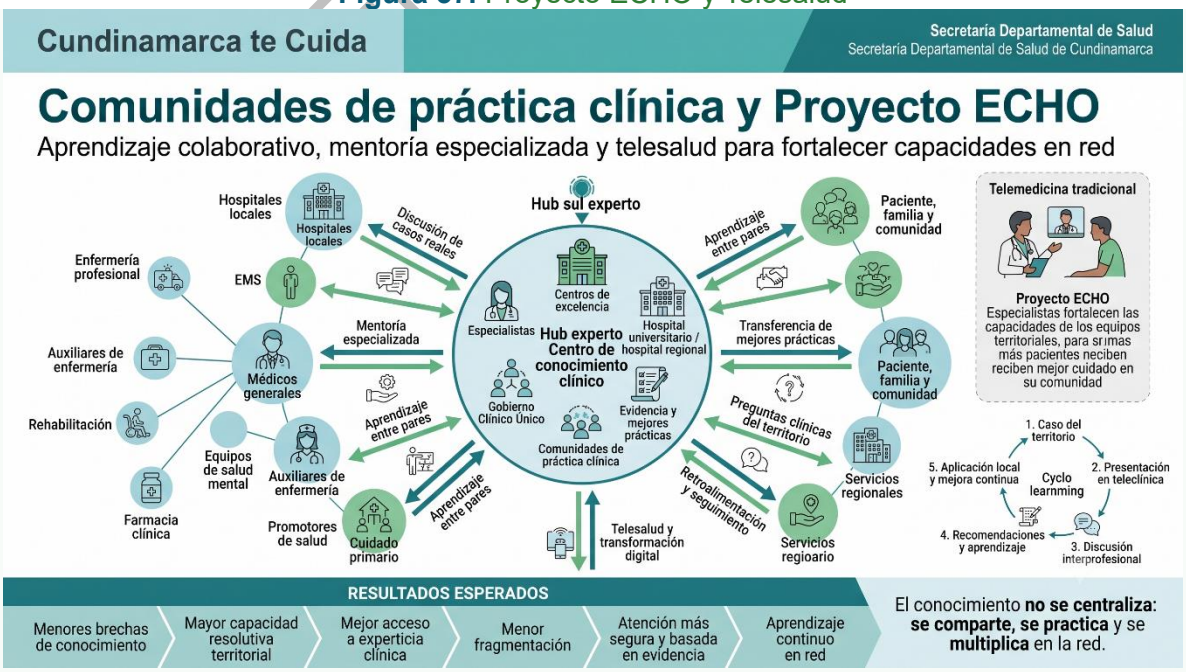
DOCUMENTO CONFIDENCIAL

transferencia de mejores prácticas. Este modelo fortalece capacidades locales para que más personas reciban atención basada en evidencia en su propia comunidad, sin sustituir al equipo local (Project ECHO, s. f.). 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.

La **Figura 37** sintetiza el funcionamiento de las comunidades de práctica clínica en articulación con el **Proyecto ECHO**. La figura muestra cómo un hub experto —conformado por centros de excelencia, hospitales universitarios o regionales, especialistas y el Gobierno Clínico Único— se conecta con equipos territoriales mediante teleclínicas, discusión de casos reales, mentoría especializada, aprendizaje entre pares, telesalud y transformación digital. A diferencia de la telemedicina tradicional, el propósito central del modelo ECHO no es sustituir al equipo local, sino fortalecer sus capacidades para mejorar la resolutividad, reducir brechas de conocimiento y acercar atención basada en evidencia a las comunidades.

Figura 37. Proyecto ECHO y Telesalud



CONTENIDO CONFIDENCIAL

Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

6.3.7. Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

La **Medicina Basada en la Evidencia (MBE)** es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de las personas, integrando dicha evidencia con la experiencia clínica y los valores, preferencias y circunstancias del paciente (Sackett et al., 1996). En **Cundinamarca te Cuida**, la MBE no se entiende como aplicación mecánica de guías, sino como razonamiento clínico compartido que orienta decisiones pertinentes, seguras y efectivas en la red. Su propósito es conectar evidencia, juicio clínico, contexto territorial y decisión compartida para reducir variabilidad injustificada, fortalecer continuidad y mejorar resultados que importan a las personas.

Su aplicación se organiza como un proceso práctico y cíclico: formular preguntas clínicas pertinentes y susceptibles de respuesta, buscar la mejor evidencia disponible, valorarla críticamente en términos de validez, importancia y aplicabilidad, integrarla con la experiencia clínica y las preferencias del paciente, aplicarla mediante decisión compartida y evaluar sus resultados para retroalimentar la práctica y la mejora continua (Straus et al., 2019). En el modelo, este proceso permite adaptar la evidencia al contexto institucional y territorial, incorporarla a guías, rutas, vías clínicas y protocolos, y medir su impacto en desenlaces, experiencia, calidad de vida, seguridad y valor en salud. La MBE contemporánea se sustenta en tres pilares interdependientes:

- **Mejor evidencia científica disponible:** aporta el soporte técnico para la decisión clínica y debe seleccionarse según calidad metodológica, pertinencia, actualidad y aplicabilidad al problema de salud, la población y el contexto de atención.
- **Juicio clínico y experiencia profesional:** permite interpretar la evidencia a la luz de la condición específica de la persona, sus riesgos, comorbilidades, trayectoria de cuidado, recursos disponibles y posibilidades reales de implementación.
- **Valores, preferencias y circunstancias del paciente:** aseguran que la decisión sea compartida, comprensible y respetuosa de la autonomía, expectativas, tolerancia al riesgo, condiciones familiares, culturales, sociales y económicas de cada persona.

En la **Gestión Clínica Integrada**, la MBE opera como criterio común para seleccionar intervenciones, estandarizar prácticas, actualizar instrumentos de gestión clínica, orientar auditorías, fortalecer comunidades de práctica y soportar decisiones del Gobierno Clínico Único para la Red. Su aplicación debe mantenerse flexible y contextualizada: las guías y protocolos orientan la práctica, pero las decisiones finales se construyen con el paciente y su familia, considerando evidencia, capacidad de la red, riesgos, beneficios, preferencias y resultados esperados.

6.3.8. Implementación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)

La implementación de los **Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)** es una herramienta estratégica para fortalecer la gestión clínica, la eficiencia hospitalaria y la generación de valor en salud. Los GRD clasifican pacientes en grupos clínicamente

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

coherentes y con consumo comparable de recursos, facilitando la caracterización del *case mix*, la comparación del desempeño, el análisis de variabilidad, la transparencia en costos y la gestión del producto hospitalario (Fetter et al., 1980). Su adopción contribuye a homogeneizar el producto hospitalario, reducir variabilidad injustificada, mejorar decisiones clínicas y administrativas, y soportar mecanismos de pago más transparentes y orientados a resultados.

Operativamente, los GRD transforman la información clínica y administrativa del egreso hospitalario en categorías comparables de análisis. Esta clasificación permite comprender la casuística atendida por cada institución, relacionar complejidad clínica con consumo de recursos, comparar desempeño entre servicios u hospitales y generar insumos para auditoría clínica, planeación, seguimiento de costos y modelos de pago basados en resultados.

- Caracterizar el *case mix* hospitalario y reconocer qué perfiles de pacientes, condiciones y niveles de complejidad atiende cada institución.
- Relacionar diagnósticos, procedimientos, severidad, estancia, costos y resultados para identificar eficiencia, variabilidad y oportunidades de mejora.
- Servir como base técnica para comparar desempeño, priorizar auditorías clínicas, planear capacidad instalada y diseñar mecanismos de pago más transparentes y orientados a valor.

Para su funcionamiento, los GRD requieren información completa, estandarizada y de calidad sobre diagnósticos, procedimientos, edad, sexo, condición de egreso, estancia, comorbilidades, complicaciones y demás variables clínicas y administrativas del alta hospitalaria. Esta información se procesa mediante agrupadores que clasifican los casos según reglas clínicas y de consumo esperado de recursos, articuladas con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y los sistemas de codificación de procedimientos. La selección del agrupador debe responder al propósito de uso —gestión clínica, análisis de eficiencia, comparación institucional, planeación de red o pago— y acompañarse de procesos de auditoría, validación de datos y capacitación en codificación para asegurar resultados confiables.

En la práctica, los GRD pueden utilizarse para: **comparar la estancia media** de pacientes con neumonía, parto, insuficiencia cardiaca o reemplazo articular entre hospitales de complejidad similar; **identificar variabilidad clínica injustificada** cuando un mismo grupo diagnóstico presenta diferencias relevantes en días de hospitalización, uso de ayudas diagnósticas, reingresos o complicaciones; **analizar eficiencia hospitalaria** al relacionar complejidad de casos, costos y resultados; **priorizar auditorías clínicas** en grupos con alta mortalidad, alto costo, reingresos frecuentes o eventos adversos; **planear talento humano, camas, quirófanos, insumos y tecnología** según la casuística real atendida; y **soportar modelos de pago** que reconozcan complejidad, calidad, eficiencia y resultados, evitando incentivos centrados únicamente en el volumen de servicios.

Para **Cundinamarca te Cuida**, estos usos permiten que la red identifique cuáles hospitales concentran determinados perfiles de complejidad, qué servicios requieren fortalecimiento,

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

dónde existen brechas de resolutividad, qué condiciones generan mayor presión sobre camas y costos, y cuáles líneas clínicas deberían priorizarse para centros de excelencia, equipos clínicos integrados, rutas estandarizadas o acuerdos de pago basados en valor. Así, los GRD dejan de ser solo un instrumento financiero y se convierten en una herramienta de gestión clínica, planeación de red, transparencia, aprendizaje y mejoramiento continuo.

6.4. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación

La estrategia de **Cuidado Integral de la Salud en la Red de Prestación de Servicios** integra dos capacidades complementarias: el **Cuidado Primario de la Salud**, como puerta de entrada territorial, cercana, familiar y comunitaria; y la **Gestión Clínica Integrada**, como mecanismo para asegurar calidad, seguridad, continuidad, efectividad clínica y generación de valor en toda la red. En conjunto, ambas líneas permiten pasar de una red fragmentada por servicios, programas o niveles de complejidad a una red que comparte propósitos, información, responsabilidades, rutas, capacidades, estándares clínicos, equipos interprofesionales y resultados verificables.

La implementación exige articular georreferenciación, adscripción poblacional, valoración multidimensional, RIAS, PICP, gestión comunitaria, acción intersectorial y transformación digital con instrumentos de gestión clínica, gobierno clínico único, equipos clínicos integrados, centros de excelencia, comunidades de práctica, Proyecto ECHO, Medicina Basada en la Evidencia, GRD y pagos orientados a valor. Así, cuidado primario y gestión clínica se integran en una arquitectura capaz de anticipar riesgos, resolver necesidades, reducir variabilidad, fortalecer continuidad y mejorar resultados.

La cadena de valor de esta estrategia deberá desarrollarse en un anexo operativo construido en co-creación con las Regiones de Salud. Este anexo organizará la estrategia en lógica de proyecto, precisando problema o necesidad priorizada, causas críticas, objetivo general, objetivos específicos, productos, actividades, insumos, responsables, población objetivo, territorios priorizados, indicadores de producto, resultado e impacto, línea base, metas, fuentes de verificación, cronograma, supuestos, riesgos, costos estimados, fuentes de financiación y ruta de mejora continua. Su propósito será traducir los componentes descritos en acciones ejecutables, medibles y sostenibles para que la red avance progresivamente hacia una atención cercana, integrada, segura, resolutiva, basada en evidencia y orientada a valor público en las 14 Regiones de Salud.

Mensaje fuerza. La estrategia convierte la red de servicios en una arquitectura integrada de cuidado, capaz de acercar respuestas, anticipar riesgos, fortalecer la resolutividad y generar valor para personas, familias y comunidades.

7. ESTRATEGIA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL TERRITORIO

La estrategia de **Gestión de la Salud Pública en el Territorio** organiza la acción colectiva del modelo **Cundinamarca te Cuida** para proteger la salud poblacional, anticipar riesgos, promover bienestar e intervenir las condiciones que afectan la vida de las personas, las

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

familias y las comunidades. Su alcance comprende la vigilancia en salud pública, la inteligencia sanitaria, la educación y promoción de la salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud, la acción intersectorial y la participación social en las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca.

Esta estrategia se alinea con las Funciones Esenciales de Salud Pública renovadas para las Américas, que reconocen la necesidad de fortalecer capacidades de las autoridades sanitarias y de la sociedad civil para evaluar la situación de salud, actuar sobre determinantes sociales, desarrollar políticas, asignar recursos y garantizar intervenciones de salud pública efectivas (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La estrategia se despliega en tres líneas interdependientes: **Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria**, para leer el territorio, generar alertas y orientar decisiones; **Educación y Promoción de la Salud**, para fortalecer capacidades, alfabetización, participación y entornos saludables; y **Gestión Integral del Riesgo en Salud**, para ordenar intervenciones por curso de vida, entornos, RIAS y grupos de riesgo. En conjunto, estas líneas convierten la salud pública en una arquitectura territorial de anticipación, protección, aprendizaje y acción colectiva.

Objetivo estratégico de la estrategia

Fortalecer la gestión territorial de la salud pública en las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca mediante vigilancia e inteligencia sanitaria, educación y promoción de la salud, gestión integral del riesgo, acción intersectorial, participación social y transformación digital, para anticipar riesgos, intervenir determinantes sociales, cerrar brechas de inequidad, proteger la vida y convertir la información en acción territorial oportuna, verificable y corresponsable.

Resultado esperado de cambio de la estrategia

Las Regiones de Salud cuentan con una gestión de salud pública más anticipatoria, integrada, corresponsable y basada en evidencia. Esta capacidad se expresa en información convertida en acción territorial, promoción traducida en capacidades de cuidado, participación social transformada en corresponsabilidad y gestión integral del riesgo orientada a la protección efectiva de la vida, la reducción de inequidades y el bienestar integral.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 38. Gestión de la Salud Pública en el Territorio



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

7.1. Línea estratégica Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

La línea estratégica de **Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria** organiza la capacidad de **Cundinamarca te Cuida** para leer el territorio, anticipar riesgos y orientar decisiones oportunas. Su alcance incluye la vigilancia de eventos de interés en salud pública, el análisis de situación de salud, la inteligencia sanitaria territorial, la identificación de inequidades y determinantes sociales, la vigilancia de riesgos climáticos y ambientales, la comunicación del riesgo y la activación de respuestas coordinadas en las 14 Regiones de Salud.

Esta línea se soporta en la vigilancia sistemática de eventos en salud para orientar la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la salud pública. Se articula con el SIVIGILA y con los lineamientos nacionales de vigilancia expedidos por el Instituto Nacional de Salud para fortalecer notificación, análisis y respuesta territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006a; Instituto Nacional de Salud, 2024).

Objetivo específico de la línea estratégica

Consolidar en las 14 Regiones de Salud un sistema territorial de vigilancia e inteligencia sanitaria que integre fuentes epidemiológicas, clínicas, comunitarias, ambientales, climáticas e intersectoriales para detectar, analizar, comunicar y responder oportunamente a eventos, riesgos, inequidades y determinantes sociales, mediante alertas tempranas y decisiones basadas en evidencia.

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

La línea fortalece la capacidad departamental, regional y municipal para tomar decisiones oportunas con información integrada. Sus cambios esperados son: alertas tempranas más útiles, mejor calidad e interoperabilidad del dato, respuestas coordinadas ante eventos y riesgos, seguimiento de inequidades y uso del Observatorio Departamental de Salud como plataforma de inteligencia sanitaria y mejora continua. Este enfoque es coherente con los

DOCUMENTO CONFIL

sistemas de alerta temprana, alerta y respuesta, que buscan detectar señales, evaluar riesgos y conectar la información con acciones rápidas de salud pública (World Health Organization, 2023).

Esta línea busca que la información deje de ser un reporte retrospectivo y se convierta en herramienta de gestión territorial. Integra fuentes epidemiológicas, clínicas, comunitarias, ambientales, climáticas y sociales; genera análisis, alertas y comunicación del riesgo; y orienta intervenciones proporcionales a los problemas de salud. En riesgos climáticos, la integración de datos ambientales, meteorológicos y epidemiológicos permite anticipar enfermedades sensibles al clima y fortalecer la preparación del sistema (World Health Organization, 2015).

Figura 39. Enfoque de la Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

7.1. Componentes de la línea estratégica

7.1.1. Monitoreo integral de la situación de salud: analiza de manera continua la salud, el bienestar, el desarrollo humano sostenible, la equidad, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) y el desempeño de políticas, planes, programas e intervenciones. Este monitoreo se articula con las Funciones Esenciales de Salud Pública renovadas, especialmente con la evaluación de la situación de salud, la vigilancia, el análisis de inequidades, el desarrollo de políticas y la asignación de recursos para intervenciones efectivas (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2024).

7.1.2. Vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA): fortalecer la observación, notificación, investigación, análisis, divulgación y respuesta frente a eventos objeto de vigilancia, asegurando oportunidad, calidad del dato y uso de la información para prevención, control y decisiones territoriales. Este componente se soporta en el SIVIGILA y

DOCUMENTO FINAL

en los lineamientos nacionales vigentes de vigilancia basada en eventos predefinidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006a; Instituto Nacional de Salud, 2024).

7.1.3. Vigilancia de riesgos, enfermedades y emergencias asociadas al cambio climático: monitorear enfermedades sensibles al clima, riesgos ambientales, eventos extremos, brotes, emergencias y desastres, integrando información climática, ambiental, epidemiológica y territorial para orientar acciones de adaptación, preparación, alerta temprana y respuesta coordinada. Esta vigilancia debe avanzar hacia sistemas integrados e informados por clima, capaces de anticipar riesgos, activar alertas y fortalecer la resiliencia sanitaria frente a fenómenos como calor extremo, inundaciones, sequías, cambios en vectores, inseguridad alimentaria y afectaciones por agua (World Health Organization, 2015).

7.1.4. Vigilancia basada en comunidad y participación social: desarrollar capacidades comunitarias para identificar y comunicar señales, rumores, riesgos y situaciones de interés en salud pública, articulando vigías, gestores, organizaciones sociales, autoridades sanitarias y flujos del SIVIGILA. La vigilancia comunitaria aporta información temprana y situada si se diseña con participación, definiciones compartidas, retroalimentación y adaptación local (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2017).

7.1.5. Inteligencia Sanitaria Territorial: integrar fuentes de información epidemiológica, demográfica, ambiental, social, clínica, comunitaria y de prestación de servicios para identificar patrones, tendencias, conglomerados, brechas, inequidades, determinantes críticos y señales tempranas que orienten decisiones en los niveles macro, meso y micro. Esta inteligencia sanitaria transforma datos en conocimiento útil para priorizar intervenciones, anticipar riesgos, asignar recursos, activar respuestas y evaluar resultados, en coherencia con el enfoque de salud pública basado en capacidades, vigilancia, análisis y toma de decisiones informada.

7.1.6. Gestión del conocimiento y comunicación: producir, interpretar y divulgar conocimiento útil mediante estudios, análisis territoriales, salas situacionales, boletines, tableros, informes, alertas y recomendaciones. Integra apropiación social del conocimiento, comunicación del riesgo y comunicación pública en salud para entregar información clara, oportuna y pertinente a autoridades, equipos, sectores, comunidades y ciudadanía. La comunicación del riesgo debe conectar información técnica, incertidumbre, recomendaciones prácticas y participación comunitaria para facilitar decisiones informadas, confianza y comportamientos protectores (World Health Organization, 2017; Pan American Health Organization, 2023).

7.1.7. Ámbitos prioritarios de vigilancia e inteligencia sanitaria

Los ámbitos prioritarios delimitan los campos de observación, análisis y respuesta sobre los cuales la línea concentra su capacidad técnica. No reemplazan los componentes de la línea; los orientan hacia eventos, riesgos, inequidades y determinantes que requieren seguimiento sistemático, lectura territorial y respuesta coordinada, en coherencia con la vigilancia en salud pública como proceso continuo de recolección, consolidación, análisis y difusión oportuna de información para la acción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006a).

- **Eventos de interés en salud pública:** consolidar la vigilancia rutinaria, intensificada y basada en eventos, de acuerdo con los lineamientos de SIVIGILA,

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

para detectar oportunamente cambios en la frecuencia, distribución, severidad o comportamiento de los eventos que afectan o pueden afectar la salud de la población.

- **Enfermedades sensibles al clima y riesgos derivados del cambio climático:** monitorear eventos como enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, leptospirosis, afectaciones por calor extremo, inseguridad alimentaria, riesgos por agua y otros eventos cuya ocurrencia o severidad pueda modificarse por variabilidad climática, eventos extremos o deterioro ambiental.
- **Inequidades sanitarias y brechas territoriales:** identificar diferencias injustas y evitables en mortalidad, morbilidad, acceso, oportunidad, continuidad, calidad, resultados en salud y exposición a riesgos, desagregando la información por RSC, municipio, ruralidad, curso de vida, sexo, pertenencia étnica, condición socioeconómica, discapacidad y otros enfoques diferenciales pertinentes.
- **Determinantes Sociales de la Salud:** integrar variables sociales, económicas, ambientales, educativas, laborales, de vivienda, seguridad alimentaria, movilidad, violencia, redes de apoyo y condiciones de vida, con el fin de explicar la distribución del riesgo y orientar respuestas intersectoriales sobre las causas estructurales de los problemas de salud.

7.1.8. Resultado integrador de la línea estratégica de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria

Como resultado integrador, la línea permitirá que las 14 Regiones de Salud cuenten con una capacidad territorial anticipatoria, articulada y basada en evidencia para detectar, analizar, comunicar y responder a eventos, riesgos, inequidades y determinantes sociales. Integra vigilancia de eventos, monitoreo de la situación de salud, vigilancia comunitaria, análisis climático y ambiental, comunicación del riesgo, inteligencia sanitaria y uso del Observatorio Departamental de Salud para la toma de decisiones.

El cambio esperado es que la información opere como herramienta activa de gestión territorial. La línea debe consolidar datos oportunos y de calidad, mejorar interoperabilidad, generar alertas, activar salas situacionales, comunicar riesgos y orientar intervenciones. Así, la vigilancia y la inteligencia sanitaria conectan datos, conocimiento, decisiones y respuestas en los niveles departamental, regional, municipal y comunitario.

Las acciones, productos, responsables, indicadores, metas, fuentes de verificación, cronograma, costos, riesgos y mecanismos de seguimiento deberán desarrollarse en el anexo operativo de cadena de valor, en co-creación con las Regiones de Salud. Este anexo traducirá la vigilancia y la inteligencia sanitaria en intervenciones ejecutables, medibles y sostenibles, articuladas con la gestión de salud pública territorial, la acción intersectorial, la participación comunitaria, la transformación digital y la mejora continua.

En síntesis, la vigilancia en salud pública y la inteligencia sanitaria deben funcionar como capacidad permanente para leer el territorio, anticipar riesgos, orientar decisiones y evaluar resultados. Su valor para **Cundinamarca te Cuida** está en convertir información dispersa en conocimiento útil para proteger la salud colectiva, responder con oportunidad, reducir inequidades y fortalecer una gestión pública más inteligente, transparente y resolutiva.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

7.2. Línea estratégica Educación y Promoción de la Salud

La línea estratégica de **Educación y Promoción de la Salud** fortalece capacidades individuales, familiares, comunitarias, institucionales e intersectoriales para proteger la vida, mantener la salud y reducir inequidades. En **Cundinamarca te Cuida**, la promoción de la salud se entiende como un proceso político, social, pedagógico y comunitario que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla, actuando no solo sobre comportamientos individuales, sino también sobre condiciones sociales, ambientales, económicas y territoriales que configuran el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 1986; World Health Organization, 2021).

Desde esta perspectiva, la educación para la salud, la alfabetización, la participación social, los entornos saludables, la acción intersectorial y la apropiación social del conocimiento se articulan para construir una cultura territorial del cuidado.

Su alcance comprende acciones pedagógicas, comunitarias, digitales, ambientales, sociales y sanitarias en familia, comunidad, instituciones educativas, lugares de trabajo, servicios de salud, espacio público y entorno digital. Estas acciones se organizan por curso de vida y entornos, según necesidades, exposiciones y oportunidades de cuidado, en coherencia con la promoción de la salud en el contexto de los ODS 2019–2030 (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Las RIAS articulan promoción, mantenimiento, prevención, protección específica, detección temprana, educación, gestión del riesgo, seguimiento y canalización efectiva; y la alfabetización en salud actúa como capacidad habilitante para que personas, familias y comunidades accedan, comprendan, valoren y usen información clara para tomar decisiones y sostener prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado del entorno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Objetivo específico de la línea estratégica

Implementar en las 14 Regiones de Salud procesos sostenidos de educación, promoción, alfabetización, comunicación para el cambio, participación social, entornos saludables y acción intersectorial, ordenados por curso de vida, entornos y RIAS, para fortalecer capacidades de cuidado, autonomía, corresponsabilidad, vínculos comunitarios, apropiación del conocimiento y reducción de inequidades.

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

Personas, familias, comunidades, instituciones y sectores fortalecen sus capacidades para comprender, decidir, participar y actuar sobre el cuidado de la salud. Este cambio se expresa en mayor alfabetización, entornos más protectores, participación social efectiva, apropiación del conocimiento, integración entre promoción, cuidado primario, PIC, RIAS y prestación de servicios, y reducción de brechas asociadas a baja alfabetización, barreras de acceso e inequidades territoriales.

La Figura 40 sintetiza la lógica de Educación y Promoción de la Salud en el territorio. Muestra cómo alfabetización, entornos saludables, curso de vida, RIAS, participación

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

social, gestión del conocimiento, comunicación para el cambio y proximidad del cuidado se articulan para fortalecer capacidades, transformar prácticas e incidir sobre los DSS.

Figura 40. Educación y Promoción de la Salud en el Territorio



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

7.2.1. Componentes de la línea estratégica

7.2.1.1. Alfabetización en salud como capacidad habilitante: fortalece la capacidad de personas, familias, comunidades e instituciones para acceder, comprender, valorar y usar información clara, pertinente y accionable sobre salud. En el modelo, la alfabetización no se limita a entregar mensajes: reduce barreras de comprensión, mejora la navegación del sistema, favorece decisiones informadas, adherencia a planes de cuidado, autocuidado, cuidado mutuo y corresponsabilidad territorial (Institute of Medicine, 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

7.2.1.2. Entornos saludables y protectores: organiza la acción promocional en familia, comunidad, instituciones educativas, lugares de trabajo, servicios de salud, espacio público y entorno digital. Retoma la promoción de la salud como proceso social y político orientado a fortalecer capacidades, crear ambientes favorables, mediar entre sectores y transformar condiciones cotidianas que inciden en el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 1986; World Health Organization, 2021).

7.2.1.3. Curso de vida, entornos, RIAS y vínculos relacionales del cuidado: ordena las acciones según momentos vitales, transiciones, necesidades diferenciales, riesgos y escenarios donde transcurre la vida. Las RIAS permiten organizar promoción, mantenimiento, prevención, detección temprana, protección específica, educación, canalización y seguimiento, mientras los vínculos familiares, comunitarios e institucionales sostienen la continuidad del cuidado integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

DOCUMENTO C

7.2.1.4. Gestión intersectorial para incidir sobre los DSS: articula salud con educación, ambiente, vivienda, agua, saneamiento, seguridad alimentaria, movilidad, cultura, deporte, trabajo, protección social y transformación digital. Busca intervenir causas estructurales de enfermedad e inequidad mediante acuerdos verificables, metas compartidas, recursos, indicadores y respuestas territoriales sostenibles (World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2010).

7.2.1.5. Proximidad del cuidado: acerca las capacidades de cuidado integral al hogar, la vereda, el barrio, la escuela, el trabajo y la comunidad mediante equipos territoriales, redes de apoyo, rutas activas, gestión de casos y servicios cercanos. Este componente conecta promoción, cuidado primario y continuidad del cuidado con respuestas ajustadas a las realidades territoriales (Starfield, 1998; World Health Organization & United Nations Children's Fund, 2018).

7.2.1.6. Participación social y corresponsabilidad ciudadana: fortalece diálogo de saberes, veeduría social, comités locales de salud, redes comunitarias, gestores del cuidado y pacientes expertos. Desde Fals Borda, la participación implica producir conocimiento con las comunidades, reconocer el saber popular y convertir la acción colectiva en capacidad transformadora del territorio (Fals Borda, 1985).

7.2.1.7. Gestión del conocimiento y apropiación social del conocimiento: convierte datos, evidencia, experiencia institucional y saber comunitario en conocimiento útil para la acción. Se desarrolla mediante investigación-acción, comunidades de práctica, sistematización de experiencias, devolución social de resultados, formación de formadores y transferencia de buenas prácticas, de modo que el conocimiento circule, sea apropiado socialmente y mejore decisiones territoriales (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2021; Wenger, McDermott, & Snyder, 2002).

7.2.1.8. Comunicación para el cambio social y cultural: desarrolla mensajes, narrativas, campañas y procesos comunicativos que movilizan prácticas saludables, confianza institucional, uso adecuado de servicios, adherencia a rutas, participación activa y transformación cultural. Integra comunicación pública, comunicación del riesgo y alfabetización para promover decisiones informadas y cambios sostenibles (World Health Organization, 2017; Pan American Health Organization, 2023).

7.2.2. Resultado integrador de la línea estratégica de Educación y Promoción de la Salud

Como resultado integrador, la línea de **Educación y Promoción de la Salud** permitirá que personas, familias, comunidades, instituciones y sectores fortalezcan capacidades para comprender, decidir, participar y actuar sobre el cuidado de la salud. El cambio esperado es pasar de acciones educativas aisladas a procesos territoriales continuos que integren alfabetización, entornos saludables, cuidado primario, RIAS, PIC, participación social, apropiación del conocimiento y comunicación para el cambio.

Los productos, actividades, responsables, indicadores, metas, costos, riesgos, fuentes de verificación y mecanismos de seguimiento de esta línea se desarrollarán en el anexo operativo de cadena de valor. Allí se precisará la programación territorial, en co-creación con las Regiones de Salud, para convertir la promoción en capacidades verificables, sostenibles y pertinentes.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

7.3. Línea estratégica Gestión Integral del Riesgo en Salud

La **Gestión Integral del Riesgo en Salud** organiza la capacidad territorial de **Cundinamarca te Cuida** para anticipar, medir, intervenir, comunicar y monitorear riesgos que afectan la vida y el bienestar. Integra gestión individual, colectiva y técnica con curso de vida, entornos, RIAS, PIC, cuidado primario, red de servicios, aseguramiento y salud pública territorial, en coherencia con la Política de Atención Integral en Salud y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Esta línea busca reducir eventos evitables, complicaciones, discapacidad, hospitalizaciones prevenibles, mortalidad evitable, brechas de acceso e inequidades. Para ello, conecta inteligencia sanitaria con decisiones territoriales, ordena intervenciones proporcionales al riesgo y fortalece continuidad, resolutividad, calidad, seguridad del paciente y aprendizaje institucional, de acuerdo con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y la Política de Seguridad del Paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006b; Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Objetivo específico de la línea estratégica

Implementar en las 14 Regiones de Salud una Gestión Integral del Riesgo en Salud que articule gestión individual, colectiva y técnica con cuidado primario, PIC, RIAS, programas de riesgo, red de servicios, calidad, seguridad del paciente y resiliencia, para anticipar, estratificar, intervenir, comunicar y monitorear riesgos, reduciendo eventos evitables, brechas de acceso y desenlaces adversos.

Resultado esperado de cambio

Las Regiones de Salud gestionan los riesgos en salud de manera más anticipatoria, articulada y resolutiva. Este cambio se expresa en mejor identificación y estratificación de riesgos, mayor continuidad entre PIC, RIAS, cuidado primario, red de servicios y programas de riesgo, reducción de eventos evitables y fortalecimiento de la resiliencia familiar, comunitaria e institucional.

La Figura 41 sintetiza la lógica de la Gestión Integral del Riesgo en Salud en el modelo. Presenta la articulación entre gestión individual, colectiva y técnica del riesgo; curso de vida; RIAS; grupos de riesgo; resiliencia territorial; y el ciclo de identificación, medición, intervención, comunicación y mejora continua.

Figura 41. Gestión Integral del Riesgo en Salud

DOCUMENTO CONFIDENCIAL



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

7.3.1. Ciclo de gestión del riesgo

El ciclo de gestión del riesgo es la lógica operativa de la línea y se aplica a la gestión individual, colectiva y técnica. No corresponde a una fase aislada, sino a una forma permanente de organizar decisiones, atenciones, seguimiento y mejora en cada territorio.

En **Cundinamarca te Cuida**, el ciclo permite pasar de la lectura del riesgo a decisiones verificables: integra información sanitaria, social, ambiental, institucional y comunitaria; prioriza riesgos por magnitud, severidad y capacidad de respuesta; activa intervenciones anticipatorias y ajusta planes según resultados y aprendizajes. Este enfoque incorpora preparación, respuesta, continuidad de servicios esenciales y resiliencia ante emergencias, desastres y amenazas climáticas (World Health Organization, 2015; Pan American Health Organization, 2015; World Health Organization, 2020; World Health Organization, 2023).

Momento del ciclo	Aplicación en Cundinamarca te Cuida
Identificación	Reconoce riesgos individuales, colectivos, territoriales, ambientales, sociales, técnicos y de acceso mediante fuentes institucionales, búsqueda activa, análisis comunitario y lectura territorial.
Medición y evaluación	Valora magnitud, severidad, vulnerabilidad, exposición, evitabilidad y capacidad de respuesta para priorizar decisiones y recursos en las 14 Regiones de Salud.
Intervención y tratamiento	Despliega acciones anticipatorias, resolutivas y longitudinales mediante RIAS, PIC, cuidado primario, programas de riesgo y red de servicios.
Comunicación del riesgo	Entrega información clara, oportuna y culturalmente pertinente para fortalecer autocuidado, adherencia, signos de alarma y corresponsabilidad.

UMENTO CONFI

Monitoreo y mejora continua	Monitorea resultados, brechas, continuidad, calidad, seguridad y desempeño territorial, y ajusta planes, rutas, recursos y procesos con base en evidencia.

7.3.2. Componentes de la línea estratégica

Los componentes de la línea se presentan como una secuencia metodológica para aplicar el ciclo de gestión del riesgo en el territorio. Unos permiten identificar y medir riesgos; otros ordenan e integran respuestas; y otros fortalecen la intervención, la comunicación, la corresponsabilidad, el monitoreo y la resiliencia. Esta organización evita que la GIRS se limite a clasificar riesgos y la convierte en una ruta operativa para tomar decisiones en las 14 Regiones de Salud.

7.3.2.1. Caracterización y estratificación territorial del riesgo. Es el punto de partida metodológico de la GIRS, porque permite identificar y organizar personas, familias, comunidades, grupos poblacionales y territorios según riesgos individuales, colectivos, ambientales, sociales, climáticos, técnicos y de acceso. Este componente alimenta los momentos de identificación, medición y evaluación del ciclo, y orienta la priorización territorial, la asignación de recursos y la definición de respuestas proporcionales a la magnitud, severidad y evitabilidad de los riesgos.

7.3.2.2. Ordenamiento de atenciones por curso de vida, entornos, RIAS y grupos de riesgo. Traduce la caracterización del riesgo en una organización concreta de atenciones, intervenciones y responsabilidades. A partir de la medición y evaluación del riesgo, este componente define qué acciones de promoción, prevención, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, educación, gestión de casos y seguimiento deben activarse según curso de vida, entorno, ruta integral de atención y grupo de riesgo priorizado.

7.3.2.3. Intervención anticipatoria, resolutiva y longitudinal. Corresponde al momento de intervención y tratamiento del riesgo, y convierte el ordenamiento de atenciones en acciones concretas para prevenir enfermedad, evitar complicaciones, reducir eventos evitables y sostener el cuidado a lo largo del curso de vida. Requiere equipos territoriales, seguimiento familiar, gestión de casos y articulación efectiva entre acciones individuales, colectivas y comunitarias.

7.3.2.4. Articulación entre PIC, RIAS, programas de riesgo, cuidado primario y red de servicios. Es el componente integrador de la respuesta territorial, porque conecta intervenciones colectivas, rutas, programas, equipos, EAPB, red hospitalaria, salud pública y actores intersectoriales. Su función metodológica es asegurar que la intervención y el tratamiento del riesgo no operen de manera fragmentada, sino como una respuesta coordinada, resolutiva y continua alrededor de los riesgos priorizados.

7.3.2.5. Gestión del riesgo técnico, calidad y seguridad del paciente. Aporta a la intervención, el monitoreo, la evaluación y el mejoramiento continuo del ciclo al prevenir, identificar y gestionar eventos adversos, fallas de acceso, inoportunidad, duplicidad, variabilidad clínica injustificada, brechas de seguridad, discontinuidad, baja pertinencia e

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

ineficiencias. Este componente vincula la GIRS con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y la Política de Seguridad del Paciente para ajustar procesos asistenciales y de salud pública con base en evidencia, aprendizaje institucional y cultura de seguridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006b; Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

7.3.2.6. Comunicación, alfabetización y corresponsabilidad frente al riesgo. Desarrolla el momento de comunicación del riesgo mediante información clara, oportuna, comprensible y culturalmente pertinente para personas, familias, comunidades, equipos e instituciones. Su propósito es fortalecer autocuidado, adherencia, reconocimiento de signos de alarma, toma de decisiones informadas y corresponsabilidad social, de acuerdo con los contextos territoriales, diferenciales y comunitarios (World Health Organization, 2017; Pan American Health Organization, 2023).

7.3.2.7. Resiliencia, vulnerabilidades estructurales y factores protectores. Integra los aprendizajes del monitoreo y la evaluación para fortalecer capacidades familiares, comunitarias, institucionales y territoriales frente a eventos sanitarios, climáticos, sociales o económicos. Este componente permite que la GIRS no solo reduzca daños inmediatos, sino que disminuya vulnerabilidades estructurales, potencie factores protectores y aumente la capacidad de anticipación, adaptación y recuperación de los territorios (World Health Organization, 2015; World Health Organization, 2023).

7.3.2.8. Hospitales resilientes y continuidad de servicios esenciales. Complementa la secuencia metodológica al asegurar una condición crítica para la continuidad del cuidado: que la red hospitalaria mantenga servicios esenciales ante emergencias, brotes, desastres, cambio climático y crisis sanitarias. Este componente conecta la gestión del riesgo técnico, la resiliencia institucional y el mejoramiento continuo mediante preparación hospitalaria, planes de continuidad, gestión de capacidades críticas, coordinación regional y protección del talento humano en salud (Pan American Health Organization, 2015; World Health Organization, 2020).

7.3.3. Roles por nivel de gestión

La distribución de roles para la Gestión Integral del Riesgo en Salud se organiza según las competencias del sistema, con funciones diferenciadas de dirección, coordinación, salud pública, aseguramiento, prestación, vigilancia, inspección, control y participación social. En **Cundinamarca te Cuida**, estas responsabilidades se traducen en tres niveles: rectoría departamental, coordinación regional y operación municipal, hospitalaria y comunitaria. La articulación incorpora riesgo técnico, calidad, seguridad del paciente y mejoramiento continuo como condiciones del cuidado integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006b; Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

La Figura 42 presenta los niveles de gestión del riesgo en salud como arquitectura de gobernanza operativa. Permite visualizar la relación entre macrogestión departamental, mesogestión regional y microgestión municipal, hospitalaria y comunitaria, así como los flujos de información, decisiones, recursos, rutas y apoyos técnicos.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 42. Niveles de gestión del riesgo en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

Macrogestión departamental. Corresponde a la rectoría sanitaria territorial, planeación, coordinación interinstitucional, asistencia técnica, gestión de salud pública, vigilancia, seguimiento de resultados y articulación con aseguramiento y red de servicios. Define lineamientos para la GIRS, prioriza riesgos, orienta metas e indicadores, integra fuentes de información, promueve acción intersectorial y gestiona recursos para reducir brechas. Frente al riesgo técnico, orienta calidad, seguridad del paciente e indicadores para decisiones de mejora territorial.

Mesogestión regional. Articula competencias departamentales, municipales, del aseguramiento y de la prestación. Analiza riesgos por Región de Salud, coordina respuestas entre hospitales, municipios, EAPB, IPS, sectores y comunidad, y hace seguimiento a brechas de acceso, continuidad, calidad, oportunidad y resolutividad. En riesgo técnico, identifica eventos adversos, fallas de referencia, inoportunidad, duplicidades y barreras de seguridad, y coordina planes de mejora.

Microgestión municipal, hospitalaria y comunitaria. Integra responsabilidades operativas de municipios, prestadores, equipos de salud, EAPB y comunidades organizadas. Materializa cuidado primario, búsqueda activa, seguimiento familiar, gestión de casos, educación para la salud, intervención de entornos, activación de rutas, referencia y contrarreferencia, comunicación del riesgo y participación social. Frente al riesgo técnico, implementa prácticas seguras, reporta eventos, analiza causas y fortalece continuidad del cuidado.

La interacción entre niveles debe garantizar corresponsabilidad, trazabilidad y aprendizaje continuo. La información sobre riesgos poblacionales, territoriales y técnicos debe fluir

DOCUMENTO CON

desde la microgestión hacia la mesogestión y la macrogestión, mientras decisiones, recursos, rutas y apoyos regresan oportunamente al territorio. Así, el modelo reduce fragmentación, mejora calidad y fortalece una gobernanza sanitaria capaz de anticipar riesgos, intervenirlos y evaluar resultados.

7.3.4. Resultado integrador de la línea estratégica de Gestión Integral del Riesgo en Salud

Como resultado integrador, la línea de **Gestión Integral del Riesgo en Salud** permitirá que las 14 Regiones de Salud gestionen riesgos de manera anticipatoria, resolutiva y longitudinal. El cambio esperado es pasar de respuestas fragmentadas y reactivas a una arquitectura territorial que identifica, estratifica, interviene, comunica y monitorea riesgos individuales, colectivos y técnicos, articulando PIC, RIAS, cuidado primario, programas de riesgo, red de servicios, calidad, seguridad del paciente y resiliencia.

Los productos, responsables, indicadores, metas, costos, riesgos, fuentes de verificación, cronograma y mecanismos de seguimiento se desarrollarán en el anexo operativo de cadena de valor. Este anexo permitirá convertir la GIRS en intervenciones ejecutables, medibles y sostenibles, con trazabilidad de decisiones y mejora continua.

7.4. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación

La Estrategia de **Gestión de la Salud Pública en el Territorio** consolida la acción colectiva de **Cundinamarca te Cuida** para proteger la vida, anticipar riesgos, promover capacidades y reducir inequidades. Integra vigilancia e inteligencia sanitaria, educación y promoción de la salud, gestión integral del riesgo, acción intersectorial, participación comunitaria, cuidado primario, RIAS, PIC, resiliencia, transformación digital y equidad territorial.

La cadena de valor de la estrategia se desarrollará en un anexo operativo construido en co-creación con las Regiones de Salud, municipios, EAPB, red pública y privada, sectores con incidencia en los DSS, academia, organizaciones sociales y comunidades. Su finalidad será traducir los lineamientos estratégicos en proyectos territoriales viables, medibles, financiables y sostenibles.

El anexo operativo precisará problema priorizado, causas críticas, objetivos, productos, actividades, responsables, población objetivo, territorios priorizados, indicadores, línea base, metas, fuentes de verificación, cronograma, riesgos, costos, fuentes de financiación y ruta de mejora continua. Con ello, la estrategia podrá programarse, seguirse y evaluarse con trazabilidad técnica y corresponsabilidad institucional.

Mensaje fuerza. La estrategia convoca a las 14 Regiones de Salud a convertir información en acción territorial, participación en corresponsabilidad, promoción en capacidades y gestión del riesgo en protección efectiva de la vida.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

La estrategia de **Gestión Integral del Talento Humano y la Innovación en Salud** fortalece la capacidad de **Cundinamarca te Cuida** para implementar, en las 14 Regiones de Salud, un modelo centrado en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades. Integra rectoría territorial, suficiencia y distribución del talento humano, gestión por competencias, desarrollo de capacidades, innovación, transformación digital, trabajo decente, humanización, calidad y bienestar de quienes cuidan (Ley 1164 de 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, 2025; Organización Panamericana de la Salud, 2017; World Health Organization, 2016).

Esta apuesta se fundamenta en la normativa y política nacional sobre talento humano, calidad y redes de servicios: Ley 1164 de 2007, Política Pública del Talento Humano en Salud, Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, Política Nacional de Humanización en Salud 2021–2031, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Sistema Único de Acreditación, Manual de Acreditación en Salud y lineamientos de Redes Integrales de Prestadores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, 2018, 2020, 2022, 2025a, 2025b; ICONTEC, 2026a, 2026b).

En el plano internacional, se alinea con la estrategia de recursos humanos de OPS/OMS para el acceso universal y la cobertura universal de salud, la estrategia mundial de recursos humanos para la salud 2030 de la OMS, la Estrategia de Competencias de la OCDE 2019, el enfoque de desarrollo de capacidades del PNUD, las Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS y los modelos de aprendizaje colaborativo y telesalud como Project ECHO (Organización Panamericana de la Salud, 2017, 2022, 2025; World Health Organization, 2016; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; Project ECHO, 2026).

La estrategia asume que el talento humano en salud es un actor estratégico del sistema. Su disponibilidad, suficiencia, distribución, competencia, motivación y desempeño condicionan el acceso, la calidad y los resultados, especialmente en poblaciones rurales, dispersas y apartadas. Por ello, la gestión del talento se articula con innovación, aprendizaje permanente, gobernanza, humanización, telesalud, redes integrales de servicios y desarrollo institucional (Organización Panamericana de la Salud, 2017, 2022, 2025; World Health Organization, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, 2025).

La estrategia se despliega en tres líneas interdependientes: **Humanización, calidad y experiencia del cuidado**; **Gestión del conocimiento, investigación aplicada, telesalud e innovación en red**; y **Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades**. Estas líneas articulan dignidad, seguridad, gerencia del talento humano, comunidades de práctica, telesalud, competencias, bienestar y capacidades territoriales para fortalecer el cuidado integral y convertir talento humano e innovación en motores de transformación del modelo (ICONTEC, 2026a, 2026b; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; Project ECHO, 2026; Wenger et al., 2002).

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Objetivo estratégico de la estrategia

Fortalecer la gestión integral del talento humano y la innovación en salud para implementar **Cundinamarca te Cuida** en las 14 Regiones de Salud de Cundinamarca, mediante gobernanza territorial, suficiencia y distribución del talento, gestión por competencias, desarrollo de capacidades, humanización, acreditación, bienestar laboral, telesalud, comunidades de práctica, innovación en red y transformación digital.

El propósito es mejorar disponibilidad, acceso efectivo, desempeño, permanencia, experiencia de atención, resolutividad y continuidad del cuidado integral de la salud de las personas, las familias y las comunidades, con énfasis en poblaciones rurales, dispersas y apartadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025; Organización Panamericana de la Salud, 2017, 2022; World Health Organization, 2016).

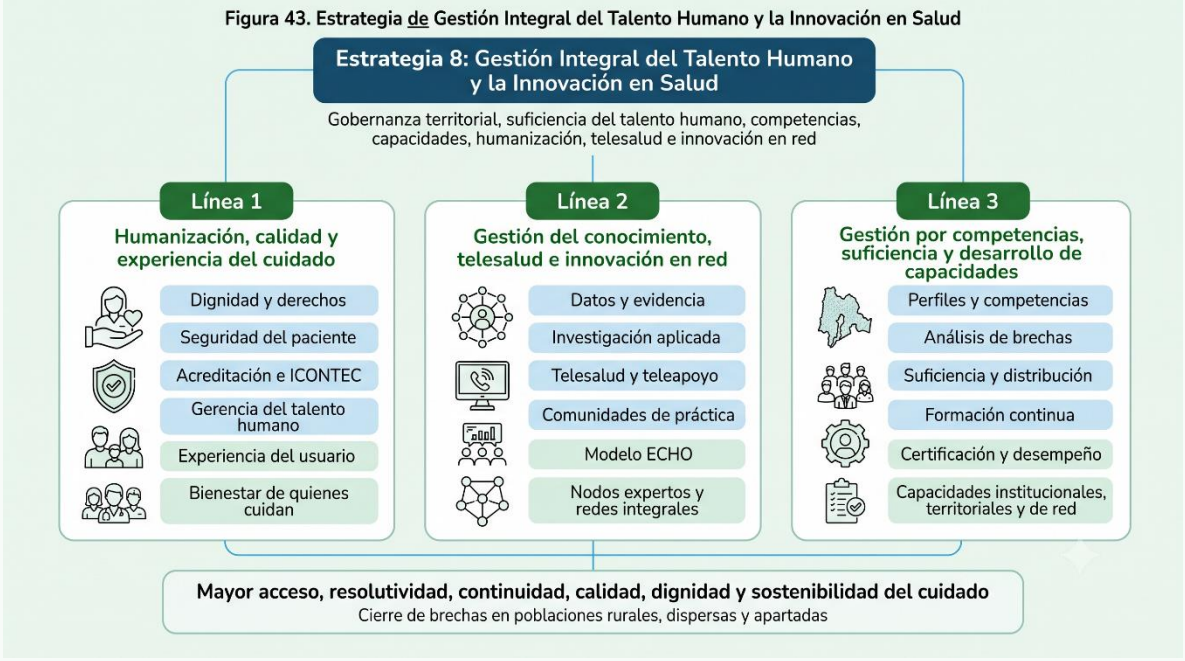
Resultado esperado de cambio de la estrategia

Las 14 Regiones de Salud cuentan con una gestión del talento humano más gobernada, suficiente, humanizada, competente e innovadora. El cambio se expresa en equipos distribuidos y cualificados según necesidades territoriales; instituciones con humanización, acreditación, gerencia del talento, seguridad del paciente y bienestar laboral; redes mejor articuladas; y territorios con capacidad para convertir conocimiento, telesalud e innovación en mejoras de acceso, calidad, oportunidad, dignidad y resultados en salud (ICONTEC, 2026a, 2026b; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, 2018, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

La Figura 43 sintetiza la arquitectura general de la estrategia 8 y su despliegue en tres líneas interdependientes. La gráfica muestra cómo humanización, gestión del conocimiento, telesalud, innovación en red, competencias y capacidades articulan talento humano, gobernanza, acreditación, comunidades de práctica y redes integrales para mejorar acceso, resolutividad, continuidad, calidad, dignidad y sostenibilidad del cuidado en las Regiones de Salud.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 43. Estrategia Gestión Integral del Talento Humano y la Innovación en Salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

8.1. Línea estratégica Humanización, calidad y experiencia del cuidado

La línea de **Humanización, calidad y experiencia del cuidado** orienta la gestión de **Cundinamarca te Cuida** para que el cuidado se preste con dignidad, empatía, información clara, participación, pertinencia cultural, seguridad del paciente y reconocimiento de necesidades de usuarios, comunidades y talento humano. La humanización no es una actividad complementaria, sino condición de calidad, responsabilidad institucional y atributo verificable del cuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; ICONTEC, 2026a, 2026b).

Esta línea se articula con la Política Nacional de Humanización en Salud 2021–2031, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, versión 3.1. Estos referentes integran derechos, seguridad del paciente, atención centrada en el usuario, gerencia del talento humano, ambiente físico, información y mejoramiento continuo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, 2020). En ICONTEC, la acreditación promueve humanización, seguridad, gestión del riesgo, transformación cultural, competencia, desempeño, educación continuada y calidad de vida de los colaboradores (ICONTEC, 2026a, 2026b).

Objetivo específico de la línea estratégica

Implementar una cultura territorial de humanización, calidad y experiencia del cuidado mediante prácticas comunicativas, éticas, organizacionales, ambientales y de seguridad centradas en dignidad, derechos, autonomía, enfoque diferencial, experiencia del usuario, seguridad del paciente, gerencia del talento humano y bienestar de quienes cuidan. Esta cultura se orienta al mejoramiento continuo y a estándares de acreditación evaluados por ICONTEC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, 2020; ICONTEC, 2026a, 2026b).

DOCUMENTO CON

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

Los servicios incorporan prácticas humanizadas, seguras y culturalmente pertinentes para el cuidado integral. El cambio esperado es pasar de acciones aisladas de buen trato a una cultura institucional y regional de cuidado digno, comunicación clara, participación informada, derechos garantizados, seguridad del paciente y mejoramiento continuo articulado con acreditación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; ICONTEC, 2026a, 2026b).

8.1.1. Componentes de la línea estratégica

8.1.1.1. Cultura de humanización, derechos y trato digno. Institucionaliza la humanización como principio transversal del modelo, orientando el cuidado hacia la dignidad, el respeto, la no discriminación, la confidencialidad, la intimidad, la protección de derechos y la construcción de confianza entre personas, familias, comunidades y equipos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

8.1.1.2. Comunicación empática, clara y bidireccional. Fortalece la escucha activa, la información comprensible, la comunicación del diagnóstico, el plan de cuidado, los riesgos, los derechos, los deberes, las opciones de atención y los signos de alarma, promoviendo diálogo respetuoso y decisiones informadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; ICONTEC, 2026a, 2026b).

8.1.1.3. Autonomía, participación y enfoque diferencial. Promueve consentimiento informado, toma de decisiones compartida, participación de usuarios y familias, reconocimiento de valores, creencias, cultura, curso de vida, discapacidad, ruralidad, pertenencia étnica y otras condiciones diferenciales que inciden en la experiencia de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; ICONTEC, 2026a).

8.1.1.4. Seguridad del paciente, acreditación, experiencia de atención y mejoramiento continuo. Integra prácticas de seguridad, prevención de eventos adversos, gestión del riesgo asistencial, medición de experiencia del usuario, análisis de quejas y felicitaciones, aprendizaje institucional, gerencia del talento humano y planes de mejora coherentes con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el Sistema Único de Acreditación en Salud y los estándares evaluados por ICONTEC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; ICONTEC, 2026a, 2026b).

8.1.1.5. Bienestar del talento humano y cuidado de quienes cuidan. Reconoce que la humanización depende también de condiciones laborales dignas, prevención del desgaste ocupacional, liderazgo humanizante, reconocimiento, trabajo en equipo, apoyo psicosocial y cultura organizacional de cuidado mutuo (World Health Organization, 2016; Organización Panamericana de la Salud, 2022; ICONTEC, 2026b).

8.1.1.6. Entornos dignos, accesibles y protectores. Orienta la adecuación de ambientes físicos, organizacionales y relacionales que garanticen privacidad, señalización clara, accesibilidad, reducción de barreras, control de ruido, condiciones higiénicas, confort, protección de la intimidad y acompañamiento familiar y comunitario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, 2020; ICONTEC, 2026a).

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

La Figura 44 sintetiza la lógica de la línea estratégica de Humanización, calidad y experiencia del cuidado. Presenta la humanización como una cultura territorial verificable para la implementación de **Cundinamarca te Cuida**, articulada con derechos, comunicación empática, autonomía, seguridad del paciente, acreditación, bienestar del talento humano y entornos dignos, para consolidar un cuidado centrado en personas, familias, comunidades y equipos de salud.

Figura 44. Humanización, calidad y experiencia del cuidado



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

8.1.2. Resultado integrador de la línea estratégica de Humanización, calidad y experiencia del cuidado

Como resultado integrador, la línea consolidará una cultura territorial de atención humanizada para la gestión de **Cundinamarca te Cuida**, donde dignidad, derechos, comunicación, autonomía, seguridad, experiencia de atención, entornos dignos y bienestar del talento humano sean atributos verificables del cuidado integral. Sus productos, indicadores y mecanismos de seguimiento se articularán con estándares de acreditación, planes de mejoramiento y el anexo operativo de cadena de valor (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; ICONTEC, 2026a, 2026b).

8.2. Línea estratégica Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red

La gestión del conocimiento, la telesalud y la innovación en red enfrentan fragmentación, insuficiencia de talento especializado y barreras de acceso en poblaciones rurales, dispersas y apartadas. Esta línea usa ciencia, tecnología, aprendizaje colaborativo, analítica, teleorientación, teleapoyo, teleexperticia y mejora continua para aumentar resolutividad territorial y continuidad del cuidado, en coherencia con la **Política de Atención**

DOCUMENTO

Integral en Salud (PAIS), las redes integrales de prestadores y las Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS (Resolución 429 de 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, 2016b, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

La gestión del conocimiento integra generación, organización, transferencia y aplicación del saber para convertir información, evidencia y experiencia territorial en decisiones clínicas, administrativas, comunitarias y de política pública. La telesalud y la telementoría tipo ECHO complementan este proceso al conectar equipos locales con nodos expertos, fortalecer comunidades de práctica, reducir aislamiento profesional y ampliar capacidades especializadas sin desplazamientos innecesarios (Project ECHO, 2026; Wenger et al., 2002).

Objetivo específico de la línea estratégica

Consolidar un sistema territorial de gestión del conocimiento, investigación aplicada, telesalud, teleapoyo, comunidades de práctica e innovación en red, conectando nodos expertos, equipos territoriales, ESE, IPS, EAPB, academia, SENA, municipios y comunidades. Este sistema convertirá datos, evidencia, experiencia y saber comunitario en soluciones para mejorar decisiones, resolutividad, calidad, continuidad, equidad y acceso efectivo en poblaciones rurales, dispersas y apartadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b; Organización Panamericana de la Salud, 2025; Project ECHO, 2026; Wenger et al., 2002).

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

Las Regiones de Salud usan conocimiento, evidencia, telesalud e innovación en red para resolver problemas territoriales y compensar brechas de acceso a talento especializado. El cambio esperado es pasar de información dispersa y proyectos aislados a un ecosistema de aprendizaje, teleapoyo, comunidades de práctica, investigación aplicada, apropiación social del conocimiento, analítica, integración de red y mejora continua (Project ECHO, 2026; Wenger et al., 2002; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

8.2.1. Componentes de la línea estratégica

8.2.1.1. Gestión del conocimiento territorial. Organiza la generación, sistematización, transferencia y uso de conocimiento derivado de datos, experiencias, prácticas institucionales y saber comunitario para orientar decisiones clínicas, administrativas, comunitarias y de política pública del modelo territorial (Wenger et al., 2002).

8.2.1.2. Investigación aplicada e innovación abierta. Promueve alianzas con universidades, centros de investigación, ESE, IPS, sectores y comunidades para identificar problemas prioritarios, probar soluciones, evaluar resultados y escalar buenas prácticas (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

8.2.1.3. Telesalud, teleeducación, teleapoyo y transformación digital para la resolutividad territorial. Fortalece teleorientación, teleexperticia, teleapoyo, teleeducación, seguimiento remoto, interoperabilidad, tableros, historia clínica electrónica, analítica e inteligencia artificial responsable para mejorar acceso, oportunidad, continuidad,

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

productividad, aprendizaje permanente y gestión territorial, especialmente en poblaciones rurales, dispersas y apartadas (Project ECHO, 2026; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

8.2.1.4. Comunidades de práctica, teleclínicas modelo ECHO y aprendizaje colaborativo. Crea espacios regulares entre nodos expertos y equipos territoriales, bajo principios de comunidades de práctica, telementoría y teleclínicas modelo ECHO, para compartir casos, protocolos, lecciones aprendidas, herramientas y resultados. Su foco es fortalecer capacidades locales, soporte clínico-territorial y reducción de remisiones evitables (Project ECHO, 2026; Wenger et al., 2002).

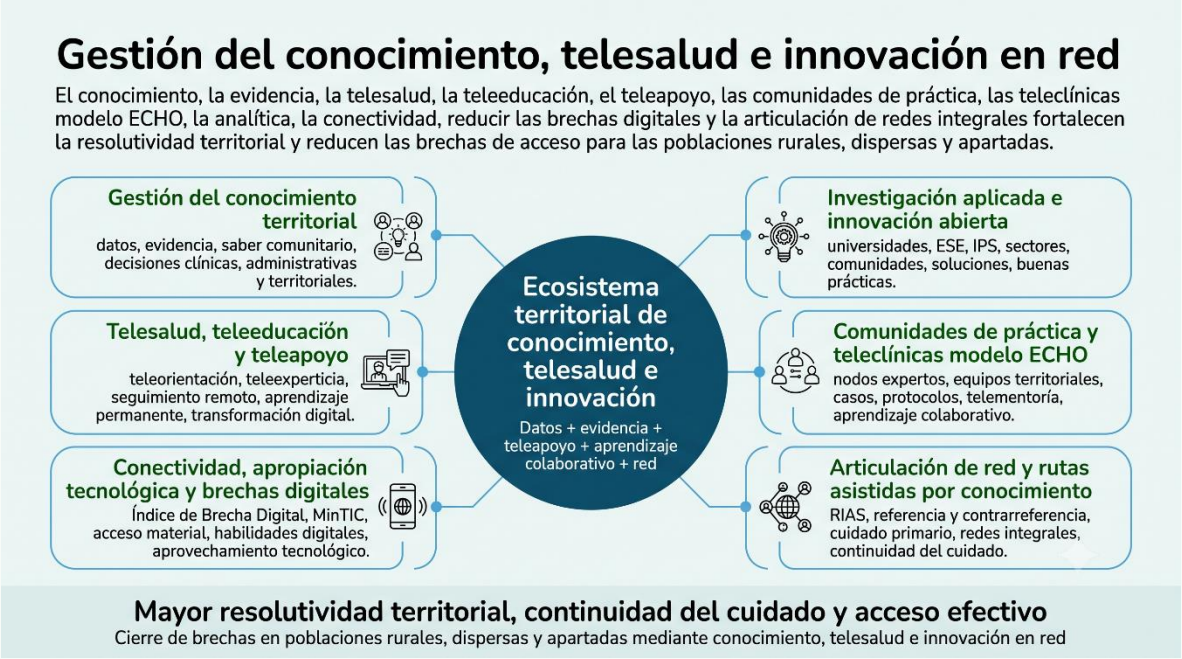
8.2.1.5. Conectividad, apropiación tecnológica y reducción de brechas digitales. Prioriza conectividad, alfabetización digital, soporte técnico y apropiación tecnológica para que las soluciones digitales lleguen a territorios rurales, dispersos y con mayores barreras de acceso. Incluye el seguimiento del Índice de Brecha Digital (IBD) de MinTIC, que mide diferencias territoriales en motivación, acceso material, habilidades digitales y aprovechamiento de tecnologías (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2024; Project ECHO, 2026; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

8.2.1.6. Articulación de la red y rutas de acceso asistidas por conocimiento. Integra comunidades de práctica, telesalud, referencia y contrarreferencia, RIAS, programas de riesgo, cuidado primario y red de prestadores para que el conocimiento experto circule hacia el primer contacto, mejore la resolutividad local, disminuya fragmentación y fortalezca la continuidad del cuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

La Figura 45 sintetiza la lógica de la línea estratégica de Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red. Presenta conocimiento, evidencia, teleapoyo, teleeducación, comunidades de práctica, teleclínicas modelo ECHO, conectividad, reducción de brechas digitales y articulación de redes como elementos que fortalecen resolutividad territorial y continuidad del cuidado.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 45. Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

8.2.1.7. Resultado integrador de la línea estratégica de Gestión del conocimiento, telesalud e innovación en red

Como resultado integrador, la línea transformará datos, evidencia, tecnología y experiencia institucional en soluciones útiles para las Regiones de Salud. Para ello conectará nodos expertos, equipos locales, comunidades de práctica, telesalud y redes integrales de servicios, orientando la cadena de valor hacia proyectos de innovación, teleapoyo, aprendizaje colaborativo, indicadores y fuentes de verificación que reduzcan brechas de acceso y fortalezcan el cuidado territorial (Project ECHO, 2026; Organización Panamericana de la Salud, 2025; Wenger et al., 2002).

8.3. Línea estratégica Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud

La línea de **Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades** orienta planificación, formación, desempeño, bienestar, distribución y permanencia del talento humano según las necesidades del modelo y de las redes integrales. Retoma el enfoque de competencias de la OCDE, la metodología del SENA y los estándares de acreditación sobre gerencia del talento humano, competencia, educación continuada, desempeño, transformación cultural y calidad de vida de los colaboradores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Servicio Nacional de Aprendizaje, 2009; ICONTEC, 2026a, 2026b).

A su vez, el desarrollo de capacidades se asume desde el enfoque del PNUD como un proceso mediante el cual personas, organizaciones y territorios obtienen, fortalecen y mantienen capacidades para definir y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo. Por ello,

DOCUMENTO CONV

esta línea diferencia tres niveles complementarios: competencias individuales del talento humano, capacidades organizacionales de ESE, IPS, EAPB y autoridades sanitarias, y capacidades territoriales de las Regiones de Salud para planear, coordinar, innovar, aprender, rendir cuentas y sostener resultados (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009).

Objetivo específico de la línea estratégica

Implementar un sistema territorial de gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades mediante perfiles, mapas de competencias, análisis de suficiencia, dotaciones, distribución territorial, itinerarios formativos, evaluación del desempeño, certificación, simulación, telesalud, comunidades de práctica tipo ECHO, bienestar, incentivos, acreditación y rutas de desarrollo profesional. El énfasis será calidad, seguridad, humanización, resolutividad, continuidad del cuidado y cierre de brechas rurales, dispersas y apartadas (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Servicio Nacional de Aprendizaje, 2009; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; ICONTEC, 2026a, 2026b).

Resultado esperado de cambio de la línea estratégica

El talento humano mejora competencias, desempeño, bienestar, distribución, suficiencia y permanencia, mientras instituciones, redes y Regiones de Salud fortalecen capacidades para planificar, aprender, innovar y gestionar resultados. El cambio esperado es pasar de formación fragmentada y disponibilidad desigual a un sistema territorial basado en perfiles, brechas, acreditación, desempeño, aprendizaje continuo, certificación, teleapoyo, trabajo digno, liderazgo y cuidado de quienes cuidan (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; ICONTEC, 2026a, 2026b).

La Figura 46 sintetiza la lógica de la línea estratégica de Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud. Presenta tres niveles complementarios: individual, organizacional y territorial y de red. Además, muestra cómo planeación, formación, certificación, desempeño, bienestar, permanencia y capacidades de red se articulan para fortalecer el cuidado en las Regiones de Salud.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Figura 46. Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

8.3.1. Componentes de la línea estratégica

8.3.1.1. Planeación territorial, suficiencia del talento humano y análisis de brechas. Organiza información sobre perfiles, disponibilidad, suficiencia, distribución, rotación, cargas laborales, formación, competencias críticas, ruralidad, accesibilidad, capacidad instalada y demanda esperada para orientar provisión, permanencia, redistribución, teleapoyo, formación y articulación de la red. Se alinea con la Ley 1164 de 2007, la Política Pública del Talento Humano en Salud, la estrategia de OPS y Workforce 2030 de la OMS (Ley 1164 de 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2025; Organización Panamericana de la Salud, 2017, 2022; World Health Organization, 2016).

Este componente se articula con el **Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRMR)**, creado por la Ley 1450 de 2011 y actualizado mediante la Circular Externa 041 de 2025. La planeación del talento humano debe responder a la configuración, capacidades, roles, servicios, sostenibilidad, continuidad, resolutividad y necesidades de fortalecimiento de la red pública hospitalaria territorial (Ley 1450 de 2011, art. 156; Ministerio de Salud y Protección Social, 2025c).

8.3.1.2. Mapas de competencias, perfiles y certificación. Define mapas de competencias por rol, nivel de atención, territorio y línea de servicio, organizados en competencias básicas, transversales, específicas, funcionales y comportamentales. Estas se desarrollan y evalúan desde las dimensiones del saber conocer, saber hacer, saber ser y saber estar, incorporando capacidades técnicas, clínicas, comunitarias, digitales, éticas, relacionales, administrativas, territoriales y de liderazgo.

DOCUMENTO CON

La Figura 47 sintetiza la metodología para construir mapas de competencias, perfiles y certificación. Integra la taxonomía de competencias con una ruta de trabajo que conecta lectura territorial, definición de evidencias, diagnóstico de brechas, itinerarios formativos, certificación, evaluación del desempeño y mejora continua, para convertir las competencias en capacidades verificables al servicio de la calidad, la acreditación y las redes integrales de servicios.

Figura 47. Secuencia metodológica para mapas de competencias, perfiles y certificación



Fuente: Elaboración propia con apoyo de IA Gemini

8.3.1.3. Gerencia del talento humano para la acreditación en salud. Alinea la gestión del talento humano con estándares de acreditación, incluyendo planeación institucional, asignación suficiente y pertinente, inducción, verificación de credenciales, competencia, educación continuada, evaluación del desempeño, comunicación efectiva, responsabilidad, transformación cultural, seguridad del paciente, humanización y calidad de vida de los colaboradores (ICONTEC, 2026a, 2026b).

8.3.1.4. Itinerarios modulares de aprendizaje a lo largo de la vida. Diseña rutas flexibles y acumulables de formación según brechas, perfiles y prioridades territoriales, incorporando salud pública, APS, RIAS, calidad, seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, telesalud, transformación digital, interculturalidad, liderazgo y trabajo comunitario (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Servicio Nacional de Aprendizaje, 2009).

8.3.1.5. Simulación, práctica supervisada, teleapoyo y evaluación del desempeño. Fortalece habilidades técnicas y no técnicas mediante escenarios simulados, entrenamiento práctico, evaluación periódica, retroalimentación, aprendizaje basado en casos, teleapoyo con nodos expertos, análisis de desempeño, seguridad del paciente y

DOCUMENTO

mejora de prácticas asistenciales, comunitarias y administrativas (Servicio Nacional de Aprendizaje, 2009; Project ECHO, 2026; ICONTEC, 2026b).

8.3.1.6. Bienestar laboral, trabajo decente y cuidado de quienes cuidan. Incorpora acciones para promover condiciones laborales dignas, prevención de riesgos psicosociales, reducción de sobrecarga, reconocimiento, liderazgo colaborativo, protección del talento humano, entornos laborales saludables, diálogo social, calidad de vida de los colaboradores y cultura organizacional de apoyo (World Health Organization, 2016; Organización Panamericana de la Salud, 2022; ICONTEC, 2026b).

8.3.1.7. Incentivos, permanencia y desarrollo profesional territorial. Promueve estrategias de reconocimiento, movilidad, formación, estabilidad, carrera, estímulos y permanencia del talento humano, especialmente en zonas rurales, dispersas, apartadas y de difícil acceso, articulando necesidades territoriales con rutas de crecimiento profesional y mecanismos de soporte mediante telesalud y comunidades de práctica (Organización Panamericana de la Salud, 2017, 2022; World Health Organization, 2016; Project ECHO, 2026).

8.3.1.8. Desarrollo de capacidades organizacionales, territoriales y de red. Fortalece capacidades de liderazgo, gestión, coordinación, análisis de información, aprendizaje institucional, rendición de cuentas, innovación, trabajo intersectorial, articulación de red, referencia y contrarreferencia, telesalud y sostenibilidad en ESE, IPS, EAPB, municipios, Regiones de Salud y autoridad sanitaria departamental (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

8.3.2. Resultado integrador de la línea estratégica de Gestión por competencias, suficiencia y desarrollo de capacidades del talento humano en salud

Como resultado integrador, la línea permitirá contar con talento humano competente, suficiente, motivado, protegido y distribuido según las necesidades del modelo. También fortalecerá capacidades institucionales, territoriales y de red para planear, aprender, innovar y gestionar resultados. La cadena de valor precisará mapas de competencias, análisis de suficiencia, rutas de formación, telesalud, comunidades de práctica, indicadores, metas y seguimiento para convertir capacidades en desempeño verificable (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009; Project ECHO, 2026; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

8.4. Cierre de la estrategia y cadena de valor para la implementación

La estrategia consolida una arquitectura territorial para cuidar a quienes cuidan, asegurar suficiencia del talento humano, fortalecer competencias, desarrollar capacidades, promover humanización, asegurar calidad y acreditación, activar conocimiento, desplegar telesalud e impulsar innovación en red. Su implementación exige gobernanza, inversión, trabajo decente y articulación con ICONTEC, SENA, academia, ESE, IPS, EAPB, nodos expertos, comunidades de práctica y redes integrales (Ley 1164 de 2007; Ministerio de Salud y

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Protección Social, 2016b, 2025; ICONTEC, 2026a, 2026b; Organización Panamericana de la Salud, 2017, 2025).

La cadena de valor se desarrollará en un anexo operativo con Regiones de Salud, ESE, IPS, EAPB, municipios, academia, SENA, ICONTEC, nodos expertos, talento humano, usuarios, familias y comunidades. Allí se traducirán los lineamientos en productos, actividades, responsables, indicadores, metas, cronograma, costos, riesgos y fuentes de verificación, articulando humanización, acreditación, suficiencia, competencias, capacidades, ECHO, telesalud, innovación y redes integrales (ICONTEC, 2026a, 2026b; Servicio Nacional de Aprendizaje, 2009; Project ECHO, 2026; Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Mensaje fuerza. La estrategia convierte el talento humano en actor estratégico y suficiente; la humanización, en cultura verificable de calidad; la acreditación, en ruta de mejoramiento; las competencias, en desempeño; las capacidades, en sostenibilidad territorial; las comunidades de práctica, en aprendizaje permanente; y la telesalud, en puente para cerrar brechas de acceso y llevar innovación a los territorios.

Referencias

Barrows, H. S., & Tamblyn, R. M. (1980). *Problem-based learning: An approach to medical education*. Springer Publishing Company.

Bejarano, A. M. (1994). Recuperar el Estado para fortalecer la democracia. *Análisis Político*, (22), 47–60. [Pendiente de verificación bibliográfica].

Betancurth Loaiza, D. P., Vélez Álvarez, C., & Jurado Vargas, L. (2020). Investigación acción participativa en salud pública: revisión y aportes metodológicos. [Pendiente de verificación bibliográfica completa].

Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2017). Centers of excellence in healthcare institutions: What they are and how to assemble them. *BMC Health Services Research*, 17(Suppl. 1), 425. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2340-y

Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular: Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Siglo XXI Editores / Punta de Lanza.

Fals Borda, O., Brandão, C. R., Cetrulo, R., & Cetrulo, D. (1987). *Investigación participativa*. Ediciones de la Banda Oriental. [Pendiente de verificación bibliográfica].

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18(2 Suppl.), iii, 1–53.

Gobernación de Cundinamarca. (2024). *Plan de Desarrollo Departamental de Cundinamarca 2024–2028: Gobernando, más que un plan*. Gobernación de Cundinamarca.

Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10883

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2026a). *Acreditación en salud: Estándares de acreditación y ejes trazadores*. ICONTEC.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2026b). *Diplomado de acreditación IPS: Gerencia del talento humano y estándares del Sistema Único de Acreditación*. ICONTEC.

Instituto Nacional de Salud. (2024). *Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2024*. Instituto Nacional de Salud.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2017). *Community-based surveillance: Guiding principles*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. 3 de octubre de 2007. Diario Oficial No. 46.771.

Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014. 16 de junio de 2011. Diario Oficial No. 48.102.

Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5–14.

Manyazewal, T., Woldeamanuel, Y., Blumberg, H. M., Fekadu, A., Marconi, V. C., & otros. (2022). The potential use of centers of excellence to strengthen health systems in low- and middle-income countries. [Pendiente de verificación bibliográfica completa].

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. (2021). *Política pública de apropiación social del conocimiento en el marco de la ciencia, la tecnología y la innovación*. Gobierno de Colombia.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006a). *Decreto 3518 de 2006: Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006b). *Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Política de Atención Integral en Salud: Un sistema de salud al servicio de la gente*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud: Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Política Nacional de Humanización en Salud 2021–2031: Entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031: La salud en Colombia la construyes tú*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). *Política Pública del Talento Humano en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). *Resolución 1444 de 2025: Por la cual se adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025c). *Circular Externa 041 de 2025: Lineamiento para la formulación, actualización y ejecución del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2024). *Índice de Brecha Digital 2023*. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Naciones Unidas. (2000). *Observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005). *The definition and selection of key competencies: Executive summary*. OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *OECD Skills Strategy 2019: Skills to shape a better future*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264313835-en

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *How's life? 2020: Measuring well-being*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9870c393-en

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Multi-level governance for regional development and public service delivery*. OECD Publishing. [Pendiente de verificación del título exacto].

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2017a). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2017b). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Construir la salud a lo largo del curso de vida: Conceptos, implicaciones y aplicación en salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. [Pendiente de verificación del título exacto].

Organización Panamericana de la Salud. (2022a). *Estrategia para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. [Pendiente de verificación del título exacto].

Organización Panamericana de la Salud. (2022b). *Política sobre la fuerza laboral de salud 2030: Fortalecimiento de los recursos humanos para sistemas de salud resilientes*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2022c). *Promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019–2030*. Organización Panamericana de la Salud.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Atención primaria de salud*. Organización Panamericana de la Salud. [Pendiente de URL o ficha específica].

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.

Pan American Health Organization. (2015). *Hospital safety index: Guide for evaluators* (2nd ed.). Pan American Health Organization.

Pan American Health Organization. (2023). *Risk communication and community engagement readiness and response toolkit*. Pan American Health Organization.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. [Pendiente de verificación del año usado en el documento].

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009). *Desarrollo de capacidades: Texto básico del PNUD*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Project ECHO. (s. f.). *Project ECHO model*. University of New Mexico Health Sciences Center. [Pendiente de URL].

Ranmuthugala, G., Cunningham, F. C., Plumb, J. J., Long, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). A realist evaluation of the role of communities of practice in changing healthcare practice. *Implementation Science*, 6, 49. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-49

Resolución 429 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016.

Resolución 1441 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. 21 de abril de 2016.

Resolución 3280 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. 2 de agosto de 2018.

Resolución 5095 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1. 19 de noviembre de 2018.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61–65. https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta.

Servicio Nacional de Aprendizaje. (2009). *Metodología para la elaboración de normas de competencia laboral*. Servicio Nacional de Aprendizaje.

Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.

Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2019). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (5th ed.). Elsevier.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

U.S. Department of Health and Human Services. (s. f.). *Healthy People 2030: Health literacy*. Office of Disease Prevention and Health Promotion. [Pendiente de verificación de fecha/URL].

Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Harvard Business School Press.

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *Adelaide statement on health in all policies: Moving towards a shared governance for health and well-being*. World Health Organization.

World Health Organization. (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Operational framework for building climate resilient health systems*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication policy and practice*. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context*. World Health Organization.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Early warning, alert and response system in emergencies: An operational guide*. World Health Organization.

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization.

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. World Health Organization Regional Office for Europe.

World Organization of Family Doctors. (2013). *The European definition of general practice/family medicine*. WONCA Europe.

DOCUMENTO CONFIDENCIAL