Modelo de Atención en Salud

Grupo Clínica Médicos.
Valledupar. Colombia

Junio 2025

Grupo
Clínica
Médicos

Introducción

El presente documento contiene el Índice General del Modelo de Atención en Salud desarrollado por el Grupo Clínica Médicos, una herramienta clave que permite orientar y navegar de forma estructurada a través de los contenidos del modelo.

Este modelo ha sido diseñado con base en los principios de atención integral, centrada en el paciente, segura y con enfoque regional, respondiendo a las necesidades específicas de la población del Caribe colombiano. El documento se estructura en partes temáticas que abarcan desde el marco estratégico institucional, la contextualización regional, el modelo asistencial y sus componentes, hasta la implementación operativa, la sostenibilidad financiera y la evaluación del modelo.

Además, se incluyen anexos fundamentales que fortalecen el entendimiento del modelo desde un enfoque técnico, clínico y estratégico.

El objetivo de este índice es facilitar el acceso organizado y lógico a cada sección del documento, permitiendo a los lectores, equipos clínicos, administrativos y gerenciales, ubicar con claridad cada uno de los temas abordados, sus capítulos, subtemas y herramientas de soporte.

Este material está concebido para ser una guía útil tanto en procesos de capacitación como en la implementación práctica del modelo en las clínicas que integran nuestra red de atención.

Índice – Modelo de Atención en Salud

Grupo Clínica Médicos – Junio 2025

Nº	Título	Página Estimada
1	Introducción	1
2	Tabla índice detallada del contenido de cada parte del modelo de atención en salud	4
3	Estaciones de entendimiento y alineación con la estrategia	5
4	Guía de apropiación y ejecución para gerentes	6
5	Materiales sugeridos por ez stación	8
6	Capítulo I: Modelo integrado de atención en salud para las clínicas de alta complejidad del grupo.	10
7	Parte I: Modelo de Atención en Salud	10
8	Parte II: Modelo asistencial	17
9	Parte III: Componentes de la construcción y mantenimiento de un cuidado altamente confiable.	30
10	Parte IV: Métodos de Control de la Variabilidad Clínica Operados por Vías de Cuidado Integrado	38
11	Parte V: Integración de Componentes en un Sistema Coherente	41
12	Parte VI: Portafolio de servicios de cada clínica del grupo	43
13	Parte VII: Gestión Clínica	48
14	Parte VIII: Gestión del Talento Humano	49
15	Parte IX: Gestión de la Tecnología e Infraestructura	50
16	Parte X: Sistema de Información y Gestión del Conocimiento	51
17	Parte XI: Modelo de Calidad y Acreditación	52
18	Parte XII: Sostenibilidad Financiera y Responsabilidad Social	53
19	Parte XIII: Implementación y Evaluación del Modelo	54

Nº	Título	Página Estimada
20	Conclusiones	55
21	Capítulo II: análisis pestel y alineación con el modelo de atención marzo 2025	56
	Factores económicos	57
	Factores socioculturales	58
	Factores tecnológicos	59
	Factores ecológicos/ambientales	61
	Factores legales	62
22	Integración y alineación estratégica con nuestro modelo de salud	63
23	Perfil epidemiológico poblacional departamentos conexos al Cesar	78
	1. Departamento de La Guajira	78
	2. Departamento de Bolívar	80
	3. Departamento de Santander	82
	4. Análisis comparativo de morbilidad entre departamentos	85
	5. Recomendaciones para el modelo de salud	86
	6. Conclusiones	87
24	Tablas comparativas epidemiológicas	89
25	Bibliografía	96

Tabla índice detallada del contenido de cada parte del Modelo de Atención en Salud del Grupo Clínica Médicos

Parte / Título	Contenido Detallado / Subtemas
PARTE I: Modelo de Atención en Salud	- Marco estratégico institucional:misión,visión, valores, pilares - Principios de atención integral, segura y centrada en el paciente - Alineación con la atención primaria y la calidad - Rol de la alta complejidad en la red

Estaciones de entendimiento y alineación con la estrategia del Grupo Clínica Médicos para la divulgación y ejecución del Modelo de Atención en Salud.

A continuación, se presentan 12 estaciones de entendimiento profundo del modelo de atención, alineadas con los componentes de la plataforma estratégica (BSC, metas, indicadores y actividades del archivo Excel). Cada estación integra el desglose del modelo y su traducción práctica para equipos gerenciales y táctico-operativos:

Estación	Componente del Modelo	Propósito Estratégico	Herramienta/Plantilla	Alineación Plataforma Estratégica Excel	Indicadores Claves
1	Marco Estratégico Institucional	Alinear misión, visión y valores con metas clínicas y de calidad	Mapa estratégico BSC + Ficha de alineación.	Dimensión: Resultados en Salud / Objetivos estratégicos / PACAS 76-88	% entendimiento de misión, visión y valores los frentes operativos
2	Contextualización Regional	Adaptar el modelo a la diversidad epidemiológica y cultural	Matriz DOFA regional + Ficha de riesgos	Metas de cobertura, indicadores epidemiológicos, metas por sede	% metas de cobertura cumplidas, barreras de acceso superadas
3	Atención centrada en el paciente y Familia	Garantizar experiencia, humanización y participación	Checklist de humanización + Encuesta PACAS	Actividades: talleres de humanización, consentimientos adaptados, indicadores PACAS	Satisfacción ≥ 76/88, % consentimientos adaptados

Gestión del Talento Humano	Desarrollar capacidades, bienestar y cultura organizacional	Plan de formación + Encuesta de bienestar	Actividades: formación continua, programas de bienestar, cultura	% entendimiento de misión, visión y valores los frentes operativos
Tecnología e Infraestructura	Optimizar infraestructura, tecnología y sostenibilidad	Plan maestro de tecnología + Matriz ambiental	Metas de actualización tecnológica, energética	% metas de cobertura cumplidas, barreras de acceso superadas
Información y Conocimiento	Integrar sistemas, gestión del conocimiento e inteligencia	Tablero de indicadores + Plan de investigación	Actividades: historia clínica electrónica, investigación, analítica	% interoperabilidad, # proyectos de investigación

Guía de Apropiación y Ejecución para Gerentes

Paso a paso para cada estación:

1. Entender

- Revisa el componente del modelo y su propósito estratégico.
- Consulta la ficha o herramienta asociada (ej. mapa estratégico, BPMN, checklist, tablero de indicadores).
- Identifica la meta, actividad y/o indicador correspondiente en la plataforma Excel para tu clínica.

2. Apropiar

- Relaciona el componente con las actividades y metas de tu sede (usa las columnas de actividades y metas específicas por clínica).
- Realiza el ejercicio práctico con tu equipo táctico (ejemplo: simula un flujo de atención, llena la matriz de riesgos, ejecuta una auditoría de adherencia).
- Registra hallazgos, brechas y oportunidades de mejora en la plantilla correspondiente.

3. Enseñar y Divulgar

- Explica a tus pares gerenciales cómo el componente se conecta con la estrategia institucional y los indicadores de la plataforma Excel.
- Lidera una sesión de réplica con equipos operativos usando los materiales y plantillas (ejemplo: taller de humanización, simulacro de evento adverso, análisis de indicadores).
- Documenta compromisos y planes de acción 30-60-90 días en el tablero de seguimiento institucional.

4. Ejecutar y Aprender Ágilmente

- implementa acciones de mejora y monitorea indicadores claves.
- Realiza reuniones de seguimiento quincenales para compartir avances y aprendizajes.
- Ajusta las acciones según resultados y retroalimentación, promoviendo la mejora continua.

Ejemplo de Estación: Control de Variabilidad Clínica

- **Entender:**
- Revisa el tablero de vías clínicas y la meta de adherencia (Excel: % de vías clínicas controladas).
- **Apropiar:**
- Simula una auditoría de adherencia con tu equipo, identifica causas de variabilidad.
- **Enseñar:**
- Explica a otros líderes cómo reducir la variabilidad y su impacto en resultados.
- **Ejecutar:**
- Implementa acciones correctivas y monitorea el indicador de variabilidad (<15%).

Materiales Sugeridos por Estación

- Mapas estratégicos, matrices DOFA, tableros BSC, diagramas BPMN, plantillas de protocolos, checklists de seguridad, tableros de indicadores, encuestas de satisfacción, planes de formación, matrices de servicios, fichas de innovación, rutas RIAS, planes de bienestar, planes maestros de tecnología, tableros de investigación.

Este enfoque asegura que cada gerente y equipo táctico-operativo entienda, apropie y ejecute el modelo de atención, alineando cada componente con la estrategia y los indicadores definidos en la plataforma Excel, y promoviendo la mejora continua y la cultura de aprendizaje ágil en toda la organización.

El presente documento se estructura en 2 partes principales:

1. **Capítulo I: Modelo de Atención en Salud** - Detalla los 13 componentes del modelo de atención, desde el marco estratégico institucional del Grupo Clínica Médicos hasta su implementación y evaluación.

2. **Capítulo II: Análisis PESTEL y Alineación con el Modelo de Atención** - Examina los factores externos (Políticos, Económicos, Socioculturales, Tecnológicos, Ecológicos/Ambientales y Legales) que impactan a la institución, estableciendo conexiones explícitas con nuestro modelo de atención.

Esta integración permite visualizar cómo cada componente del modelo responde a factores específicos del entorno y cómo las características regionales de Valledupar y el Caribe colombiano las cuales han sido consideradas en su diseño.

El documento es un insumo importante para la ejecución de la planificación estratégica de las clínicas del Grupo Clínica Médicos en su proceso hacia la apropiación de estándares superiores de calidad en la atención y se complementa con un análisis de entorno bajo el enfoque PESTEL.

Este modelo se complementa con el Manual de Médicos y las Políticas asistenciales y de seguridad y demás relacionadas, que rigen la atención de nuestros pacientes en el Grupo Clínica Médicos.

Capítulo i: modelo integrado de atención en salud para las clínicas de alta complejidad del grupo.

Introducción

El presente documento integra el Modelo de Atención en Salud diseñado para las Clínicas de Alta Complejidad del grupo, ubicadas en Valledupar (Cesar), Aguachica y San Juan del Cesar (Guajira), junto con un análisis PESTEL que examina el entorno en el cual operan. (Ver Anexo 1). Este enfoque holístico permite alinear estratégicamente el modelo de atención con las realidades y desafíos específicos de la región Caribe colombiana, en el marco de los requisitos del Sistema Único de Acreditación en Salud y el panorama de probables cambios estructurales del Sistema de Salud Colombiano en un futuro cercano. Los datos epidemiológicos que soportan nuestro modelo están detallados en el Anexo 2 del presente documento. Así como el Manual Médico Anexo 3 que ilustra los mecanismos de autogestión y alineación con la estrategia definida por la Alta Dirección.

Parte I: Modelo De Atención En Salud

1. Marco Estratégico Institucional

Misión

Satisfacer las necesidades en salud de la comunidad, integrando una red de excelencia en el cuidado clínico, donde la educación, investigación y transformación tecnológica impulsan el mejoramiento organizacional continuo.

Visión

Consolidarnos en el 2028 como una red integrada y sostenible, líder en Latinoamérica en servicios de salud humanizados, innovadora, con excelencia científica y tecnológica, reconocida por su impacto social transformador.

Valores Corporativos Grupo Clínica Médicos:

Vivimos con integridad

Construimos relaciones duraderas basadas en un comportamiento honesto y veraz, actuando con seguridad y congruencia entre el decir y el hacer.

Conectamos desde lo humano:
Escuchamos y entendemos a los demás siendo sensibles y empáticos a sus preocupaciones; con nuestro comportamiento, logramos tener acogida en las personas con quienes interactuamos en todas las etapas de su vida.

Amamos nuestro grupo y crecemos como equipo
Nos sentimos parte activa e importante de la institución, identificados con nuestro Grupo Clínica Médicos, actuando con lealtad y carácter en su representación y defensa.

Somos excelentes en la atención:
Brindamos un servicio cálido, oportuno y seguro, enfocado en las necesidades de cada persona. Nos comprometemos con la calidad, la innovación y la mejora continua, para superar las expectativas y garantizar experiencias de confianza y satisfacción en cada contacto

Educamos para transformar:
Promovemos el aprendizaje constante como motor de cambio y desarrollo. Compartimos conocimiento y buenas prácticas que inspiran crecimiento personal, profesional e institucional, generando un impacto positivo y sostenible en nuestra comunidad y en el sector salud.

Pilares del modelo alineados con los Valores corporativos del Grupo Clínica Médicos

Los pilares que fundamentan nuestro modelo de atención están alineados con los valores del Grupo Clínica Médicos al que pertenecemos y además reflejan los principios de un sistema de salud que busca ser más humano, equitativo y eficiente, con participación ciudadana y rendición de cuentas. A continuación, presentamos estos pilares con una breve explicación de los mismos.

I.	Respeto a la dignidad humana: Reconocimiento del valor inherente de cada persona.
II.	Excelencia: Búsqueda permanente de los más altos estándares de calidad a través de un cuidado altamente confiable.
III.	Transparencia: Gestión clara y accesible para todos los grupos de interés.
IV.	Responsabilidad social: Compromiso con el bienestar de la comunidad y la región.
V.	Innovación: Mejoramiento continuo y adaptación a nuevos desafíos.

Nuestro modelo de atención en salud se basa en la generación de un cuidado altamente confiable generado por nuestros equipos de trabajo a nuestros pacientes, sus familiares, los cuidadores, la comunidad médica, los profesionales de la salud, nuestros aliados y partes interesadas y la comunidad en general.



2. CONTEXTUALIZACIÓN REGIONAL

Características específicas de Valledupar y la región Caribe (Guajira, Magdalena, Cesar, sur de Bolívar, Norte de Santander y Santander)

Nuestro modelo de atención integra dos componentes esenciales de la región que son sus características específicas y la necesidad de una coordinación regional los cuales se detallan a continuación:

Características específicas: La diversidad cultural y el perfil epidemiológico se abordan mediante un enfoque diferencial, adaptando los servicios a las necesidades de cada territorio y reconociendo las particularidades de grupos étnicos y poblaciones vulnerables.

Coordinación regional: La coordinación con la red de servicios y la integración con programas de salud pública son esenciales para construir un sistema de salud cohesionado, donde todos los niveles de atención y actores trabajan juntos.

Particularmente el contexto de atención en salud para la población de La Guajira es integral, intercultural y adaptado a las particularidades geográficas y socioculturales de la región. Igualmente, el contexto de atención en salud para el Sur del Cesar Aguachica abarca las particularidades culturales de los Santanderes y de la región Sur de Bolívar

Todo lo anteriormente expuesto, nos permite responder de manera continua a las necesidades de salud de nuestra región abordando los siguientes ítems:

- Ser un verdadero centro de referencia para los departamentos de Cesar, La Guajira y parte de Magdalena, Sur de Bolívar y Occidente de los Santanderes.

- Acoger la diversidad cultural de la región con presencia de comunidades indígenas (Arahuacos, Koguis, Wiwas, Kankuamos) y afrodescendientes.

- Enfrentar un perfil epidemiológico regional con alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, tropicales e infectocontagiosas.

- Responder a las necesidades específicas en atención materno-infantil y adulto mayor.

De esta forma propendemos por una articulación con la red de servicios regionales (Futuras Redes integrales e integradas territoriales en Salud (RIITS) a través de:

- Una coordinación con hospitales de primer y segundo nivel de la región atendiendo la demanda insatisfecha por saturación de capacidad o por necesidad de un nivel especializado mayor.

- Una integración con programas de salud pública departamentales, para propender por el bienestar de la comunidad y hacer sinergias público privadas desde lo académico e investigativo.

- Convenios con IPS complementarias para servicios no ofertados (Primer nivel de atención) para pacientes que se recuperan y deben continuar su seguimiento en un nivel de atención más básico.

- Como grupo, la Clínica Médicos Alta Complejidad del Caribe es el nodo integrador complementarios para la atención de pacientes que requieren servicios de 3er y 4to nivel, que son valorados inicialmente en las demás clínicas de la red (Clínica Medicos Valledupar de ubicación cercana, nuestro Centro de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) de Valledupar, la Clínica Valledupar, la Clínica Alta Complejidad San Juan Bautista y la Clínica Alta Complejidad De Aguachica).

De esta manera, los pacientes se benefician no solo de la complementariedad del portafolio de servicios de todas las sedes del Grupo, sino también de nuestro portafolio de servicios especializados de 4to nivel **(Ver apartado 6 del presente documento)**.

3. Modelo de Atención Centrado en el Paciente y su Familia

Enfoque diferencial

La adaptación cultural y lingüística, junto con programas para poblaciones vulnerables, asegura que todos reciban una atención adecuada, eliminando barreras de acceso y promoviendo la equidad. De esta forma orientamos nuestros servicios a:

- Una atención culturalmente adaptada a la diversidad étnica del Caribe
- Nos articulamos con programas especiales para poblaciones vulnerables de la región
- Aseguramos una adaptación lingüística para comunidades indígenas (a través de traductores disponibles denominados “Guías”)

Para ello, analizamos continuamente la contribución y relacionamiento de nuestra red de servicios con el enfoque Primario en Salud (APS) fortalecido, en consonancia con las políticas nacionales:

Atención descentralizada: alianzas estratégicas con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y Unidades Móviles de Salud para garantizar la accesibilidad en zonas rurales dispersas.

Énfasis en la promoción y prevención: Implementamos programas de educación para la salud, prevención de enfermedades prevalentes (desnutrición, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas), salud sexual y reproductiva, y vacunación. Acorde a las metas globales de Salud para el 2030.

Atención intercultural: Consideramos la incorporación de la medicina tradicional étnica y el conocimiento de los médicos tradicionales en los procesos de atención, con respeto y diálogo de saberes. Para esto, capacitamos al personal de salud para la comprensión básica en cosmovisión y prácticas culturales.

Participación comunitaria: Procuramos involucrar a las autoridades tradicionales, líderes comunitarios y la población en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud.

Humanización de la atención

Nuestro modelo de atención tiene como uno de sus principios rectores una política de humanización que refleja la búsqueda permanente de una atención más cercana y compasiva, fortaleciendo la relación médico-paciente además de priorizar estrategias para mantener el bienestar del talento humano. Para ello nos basamos en:

- Una política institucional de humanización con énfasis en una experiencia memorable positiva.
- Un Programa "Sanando con Calor Humano" (adecuación de espacios, música regional con enfoque terapéutico)
- El desarrollo de escenarios de capacitación continua del personal en competencias interculturales y comunicativas.

De los tres componentes anteriormente mencionados, el modelo de humanización se enfoca en:

- Respeto a la dignidad humana: Reconociendo el valor intrínseco de cada individuo, independientemente de su origen étnico, condición social, económica o de salud.
- Empatía y escucha activa: Fomentamos la competencia de los profesionales de la salud para comprender las experiencias, emociones y perspectivas de los pacientes y sus familias.
- Atención centrada en la persona y la familia: Consideramos las necesidades individuales, las creencias culturales, los valores y las preferencias de los pacientes y sus familias en la toma de decisiones sobre su salud.
- Comunicación intercultural efectiva: Desarrollamos en nuestros equipos de trabajo habilidades de comunicación sensibles a las diferencias culturales, incluyendo el uso de la lengua indígena y la comprensión de las costumbres y tradiciones locales.

Participación del paciente y familia

La inclusión de comités de usuarios y el consentimiento informado adaptado culturalmente empoderan a los pacientes, haciéndolos partícipes activos en las decisiones sobre su salud, además de acciones que empoderan al paciente su familia y/o cuidador en la adaptación y autogestión entendiendo que esta es fundamental para el manejo de su condición de salud. Para ello nos basamos en

- El modelo de atención en salud para la población de La Guajira será integral, intercultural y adaptado a las particularidades geográficas y socioculturales de la región.

- El comité de usuarios representados por diversos ciudadanos que nos acompañan a entender de primera mano las necesidades de nuestros pacientes y a la vez les transmiten nuestros esfuerzos en el desarrollo y mantenimiento de la excelencia de nuestros servicios.

- El diseño de los consentimientos informados culturalmente adaptados.

- Educación en salud con materiales accesibles y culturalmente pertinentes, utilizando un lenguaje claro, herramientas pedagógicas adecuadas y estrategias de comunicación adaptadas a la diversidad cultural de la región.

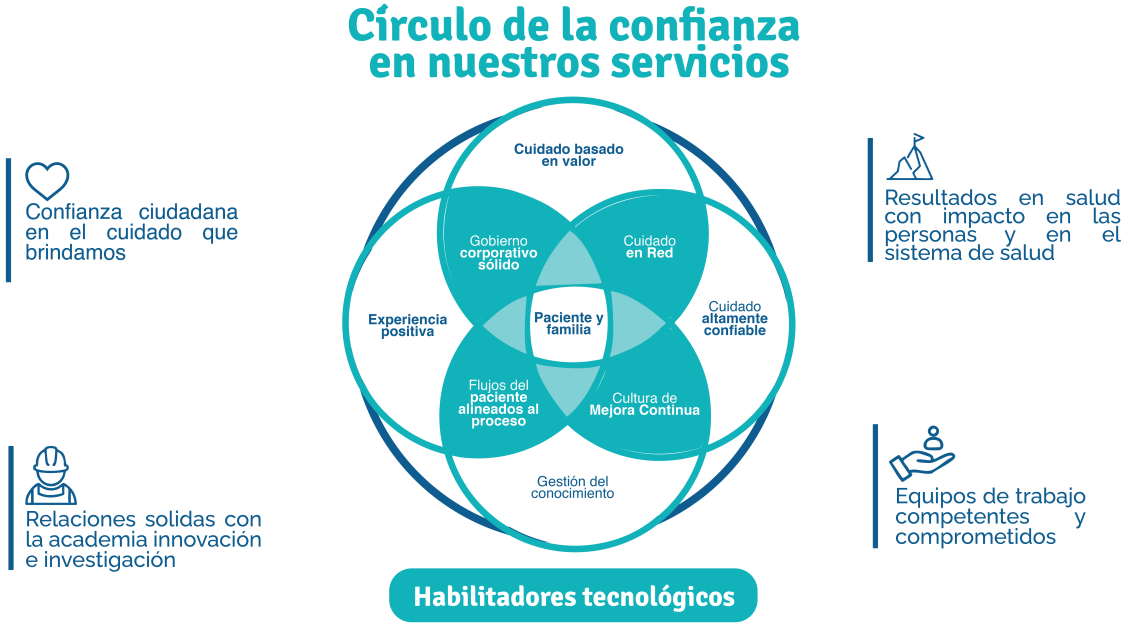
Humanización de la atención

En nuestras clínicas de baja alta y mediana complejidad, el cuidado y bienestar de los equipos de salud y de apoyo se sustentan en un enfoque integral que combina: soporte psicológico y emocional (acceso a terapia especializada, programas de mindfulness y redes de apoyo entre pares), condiciones laborales humanizadas (jornadas flexibles, rotaciones equitativas, descansos obligatorios y entornos ergonómicos), formación continua en competencias técnicas y socioemocionales (capacitación en ética, comunicación asertiva y manejo de conflictos), y reconocimiento institucional (incentivos, desarrollo profesional y celebración de logros colectivos). Para fortalecer una cultura basada en valores, se promueven espacios de diálogo sobre principios éticos, empatía y trabajo colaborativo, respaldados por liderazgos que modelan respeto y transparencia. La prevención del burnout se aborda mediante monitoreo de cargas laborales, políticas de desconexión post-turno y programas proactivos de salud mental. Simultáneamente, se erradica el acoso de cualquier tipo con protocolos claros de denuncia confidencial, capacitación en ambientes libres de discriminación, y sanciones ejemplares ante conductas abusivas. Estas estrategias, junto con equipos de protección física y psicosocial, fomentan resiliencia, cohesión grupal y una atención centrada en la excelencia y dignidad humana, tanto para pacientes como para los equipos.

Parte 2: Modelo Asistencial

- Articulación entre niveles de complejidad (mediana y alta) y con atención primaria
- Enfoque de atención centrada en el paciente y su familia
- Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) adaptadas a la capacidad instalada
- Programas de atención a patologías de alto costo y alta complejidad
- Gestión de la referencia y contrarreferencia entre instituciones de la red

Nuestro modelo asistencial se basa en la Generación de la Confianza permanente en el todos los servicios que ofrecemos tal y como se representa en la siguiente imagen.

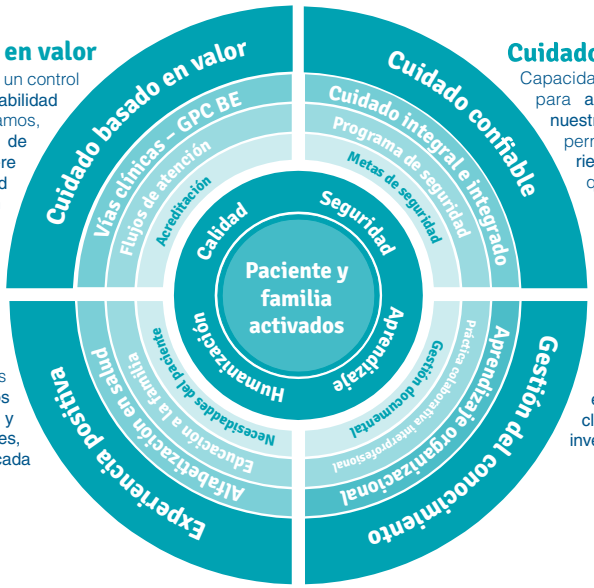


A continuación, se detallan los 4 componentes (1. Cuidado basado en Valor, Cuidado Confiable, Gestión del conocimiento y Experiencia positiva para pacientes familias y nuestros colaboradores) que integran el modelo asistencial del Grupo Clínica Médicos con sus definiciones

Modelo de atención en salud Grupo Clínica Médicos

Cuidado basado en valor
Capacidad de asegurar un control efectivo sobre la **variabilidad del cuidado** que brindamos, para que la **excelencia de nuestro cuidado genere equidad y sostenibilidad** a nuestra organización y al sistema de salud.

Cuidado confiable
Capacidad de nuestra organización para **asegurar y mantener activa nuestra conciencia**, lo que nos permite un **control efectivo de los riesgos asociados** al cuidado que brindamos en cada una de nuestras sedes.



Experiencia positiva
Resultante de todas las **interacciones con nuestros pacientes, colaboradores y partes interesadas**, antes, durante y después de cada atención.

Gestión del conocimiento
Modelo que **impulsa la apropiación de estándares financieros, operacionales y clínicos**, que nos permiten **innovar e investigar de manera continua.**

Habilitadores tecnológicos

Para la ejecución continua y permanente nos basamos en las mejores practicas reconocidas en la industria de la Salud, estandares superiores de calidad y seguridad en al atención asociada a la capacidad organizacional de adoptar y adaptarlas

Modelo Asistencial: Implementación de Estándares superiores de calidad en la atención, Gestión del Cuidado y Control de Variabilidad

2.1. Estándares Core del cuidado

2.1.1. Acceso y Continuidad de la Atención

Nuestra atención está basada en la integración efectiva entre niveles de complejidad dentro de la red de clínicas del grupo. Su implementación ordenada se establece a partir de:

La definición de criterios explícitos de admisión para cada nivel de complejidad determinado y alineado con el portafolio de cada una de nuestras sedes, garantizando que los pacientes reciben atención en el entorno más adecuado según su condición clínica. Estos criterios están documentados en protocolos específicos que contemplan variables como severidad, complejidad diagnóstica y requerimientos de monitorización.

Nuestro sistema de triage estandarizado permite la clasificación objetiva de pacientes según su nivel de urgencia y complejidad. Este sistema está basado en herramientas validadas como el Sistema de Triage Manchester o el Índice de Severidad de Emergencia, adaptadas al contexto colombiano.
La elaboración de protocolos incluye la transición entre niveles asistenciales que definen claramente los momentos de transferencia de responsabilidad clínica. Estos protocolos incluyen listas de verificación pre-transferencia, formatos estandarizados de comunicación entre equipos, y mecanismos de confirmación de recepción de información crítica.
La implementación de un programa de seguimiento post alta nos permite establecer contactos programados con pacientes de alto riesgo, evaluando la adherencia al tratamiento, y propendiendo por detección temprana de complicaciones. Este programa opera bajo un modelo de estratificación de riesgo que prioriza los pacientes según variables pronósticas.

2.1.2 Evaluación de los pacientes

La toma de decisiones clínicas está basada en evaluaciones integrales y oportunas. Su implementación sistemática comprende:

El desarrollo de protocolos de evaluación inicial estandarizados por especialidad, que aseguren una valoración completa desde las perspectivas médica, funcional, psicológica y social. Estos protocolos se adaptan a las características de la población que atendemos e incluir instrumentos validados de valoración geriátrica, pediátrica o de condiciones específicas según corresponda.

La implementación de un proceso de evaluación de riesgos específicos que incluya, como mínimo, valoración de riesgo de caídas (utilizando escalas como Morse o Downton), úlceras por presión (mediante Braden o Norton), desnutrición (a través de herramientas como NRS-2002 o MNA), y riesgo tromboembólico (utilizando scores como Padua o IMPROVE).

La estandarización de tiempos máximos para la realización y reporte de pruebas diagnósticas según nivel de prioridad, con mecanismos de alerta para resultados críticos. Este sistema incluye la definición explícita de valores de alta criticidad para pruebas de laboratorio y otros estudios, así como el proceso de notificación inmediata al equipo tratante.

Para casos complejos utilizamos un sistema de segundas opiniones, que define claramente las situaciones que requieren valoración por otro especialista y los tiempos máximos para

su realización. Este sistema cuenta con mecanismos de registro y seguimiento que aseguren el cierre efectivo del proceso.

2. 1.3. Atención del Paciente

Nuestro sistema de atención al paciente se basa en una estructura que permite la prestación de servicios clínicos coordinados y basados en evidencia. Su operacionalización incluye:

La implementación de un sistema de planificación de la atención que integra los hallazgos de todas las evaluaciones iniciales en un plan de cuidados individualizado. Este plan se documenta en un formato estandarizado, con objetivos temporales medibles y responsables definidos para cada intervención.

Utilizamos protocolos de atención basados en evidencia para las patologías más prevalentes en cada nivel de complejidad y unidad funcional de gestión. Estos protocolos se adaptan a partir de guías de práctica clínica reconocidas nacional e internacionalmente, y son sometidas a un proceso formal de adopción por parte de los equipos asistenciales, y se actualizan periódicamente según la evidencia emergente.

Estas guías de práctica clínica son la base para la construcción de vías de cuidado clínico donde el paciente recibe un cuidado coordinado a lo largo de su flujo de atención a través de cada una de las unidades funcionales de las clínicas y en la red a la que estas pertenecen. Así nuestra atención está orientada por flujos de trabajo apoyados en la gestión por procesos que acompañan el viaje y experiencia de los pacientes.

Utilizamos un sistema de gestión de medicamentos de alto riesgo que incluye su identificación especial, el almacenamiento segregado, una doble verificación pre-administración, y una monitorización intensificada durante el proceso de administración. Este sistema abarca anticoagulantes, insulinas, opioides, antiarrítmicos, quimioterapéuticos y otros grupos farmacológicos como relajantes e inmunomoduladores.

Basamos nuestra atención a partir de la educación y transmisión de opciones terapéuticas y de intervención que queda debidamente soportado a partir de un proceso de consentimiento informado, que incluye materiales educativos adaptados a diferentes niveles de alfabetización, tiempos adecuados para la toma de decisiones, y verificación de comprensión mediante técnicas como "teach-back". Este proceso está documentado en formatos específicos que detallen riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento.

2.1.4. Anestesia y Atención Quirúrgica

Para todos nuestros procedimientos invasivos que requieren de administración de anestesia ofrecemos un nivel de seguridad basado en:

La realización de un proceso de evaluación preanestésica estandarizado, que incluye la valoración de riesgo cardiovascular, vía aérea, y comorbilidades relevantes. Este proceso se realiza con suficiente antelación para permitir la optimización prequirúrgica de condiciones modificables.

Aplicamos sistemáticamente una lista de verificación de seguridad quirúrgica adaptada de la OMS, con pausas documentadas para verificación pre anestésica, pre-incisión ("time-out"), y cierre quirúrgico. Este proceso incluye la participación de todo el equipo quirúrgico y queda debidamente registrado en la historia clínica.
Realizamos sistemáticamente un conteo de instrumental, compresas y agujas que incluye conteos iniciales, intermedios y finales documentados por dos profesionales independientes. Este sistema se complementa con protocolos específicos para la gestión de discrepancias en el conteo.

Utilizamos protocolos de manejo del dolor postoperatorio basados en escalas validadas de evaluación y estrategias multimodales de analgesia. Estos protocolos incluyen algoritmos de decisión según intensidad del dolor y características del paciente, con criterios claros para un escalamiento terapéutico óptimo.

2. 1.5. Manejo y Uso de Medicamentos

Nuestro uso y manejo de medicamentos permite la gestión segura y efectiva de la farmacoterapia a partir de:

El desarrollo y actualización periódica de un Vademécum terapéutico institucional que define los medicamentos aprobados para uso dentro de la red de clínicas, con criterios explícitos de inclusión basados en evidencia de eficacia, seguridad y costo-efectividad. Este Vademécum es revisado periódicamente a través de un comité de farmacia y terapéutica multidisciplinario.

La utilización de un sistema de conciliación medicamentosa en todas las transiciones asistenciales, con responsables definidos para la obtención de la historia farmacoterapéutica completa y la resolución de discrepancias. Este sistema incluye para cada transición, la verificación de alergias e interacciones potenciales.

Contamos con protocolos de prescripción para medicamentos de alto riesgo que incluye la estandarización de concentraciones, limitación de opciones disponibles, y restricciones de prescripción según nivel de complejidad. Propendemos porque estos protocolos estén incorporados a través de alertas automatizadas de nuestro sistema de prescripción electrónica.

prescripción según nivel de complejidad. Propendemos porque estos protocolos estén incorporados a través de alertas automatizadas de nuestro sistema de prescripción electrónica.
Desarrollamos de manera permanente un programa de farmacovigilancia activa que incluye la monitorización intensificada de medicamentos de alto riesgo, la revisión periódica de prescripciones por farmacéuticos clínicos, y el análisis sistemático de eventos adversos relacionados con medicamentos.

2.2 Gestión del cuidado basado en flujos de trabajo estructurados por procesos

Los pacientes, sus familias y cuidadores son el principal objetivo de todas las actividades que ofrecemos, lo cual representa un gran desafío para cada una de las personas que a diario dedicamos todo nuestro esfuerzo y compromiso para construir, sostener y mejorar una calidad de servicios y experiencia memorable positiva para ellos.

Mantenemos la responsabilidad del equipo directivo, las jefaturas, las coordinaciones y líderes de cada uno de los equipos de trabajo para que tengan siempre presente el estrés bajo el cual el personal clínico y de apoyo desarrollan su labor, bajo el único y principal objetivo de permitir que la motivación vocacional de servir y contribuir en cada momento a resolver o aliviar el sufrimiento de una persona que padece una enfermedad pueda desarrollarse de la mejor manera posible.

El entendimiento del concepto de flujo del paciente, su construcción a lo largo de cada clínica y entre éstas y la mejora de manera continua, de las misma nos permite responder primordialmente a las necesidades y expectativas de nuestros pacientes siendo esto un reto continuo para nuestra organización.

Frente a lo anterior los flujos de atención centrados en el paciente y su familia nos ayudan de manera significativa a:

A. Mantener al paciente y su familia presente como el eje central de nuestra atención.
B. Avanzar frente al objetivo de cero incidentes de seguridad bajo el principio fundamental de procurar al máximo no hacer daño. (Cultura de “0” defectos en nuestro hospital).
C. Reconocer y mantener una conciencia clara de la interdependencia permanente entre la seguridad, la calidad y la experiencia del paciente.
D. Desarrollar y aplicar los atributos de nuestra cultura en los diferentes flujos de atención que nos permitirán diferenciarnos frente a otros hospitales locales de la región los nacionales e internacionales.

E. Incrementar nuestro sentido de responsabilidad frente a las acciones que nos conducen a la ejecución efectiva de las actividades y quehacer cotidiano, que nos permiten alcanzar nuestras metas, a través de un liderazgo adaptativo, transformacional y basado en el servicio que potencia nuestra capacidad de avanzar más rápido que nuestros competidores y diferenciarnos de manera positiva frente a ellos.

Es por ello que adoptamos en nuestro modelo de atención las siguientes definiciones y conceptos

i. Flujo de atención del paciente

Es la representación del movimiento de los pacientes a lo largo de una institución de salud. Lo anterior involucra el cuidado clínico integral que proveemos a lo largo de la atención, los recursos físicos, los sistemas y los equipos de apoyo con que contamos para conducir a nuestros pacientes desde su punto de ingreso hasta su punto de salida, mientras se mantiene la satisfacción y experiencia a lo largo de los diferentes momentos de atención requeridos para cubrir sus necesidades y expectativas.

ii. Flujo de atención a lo largo del hospital

Bajo la definición anteriormente mencionada, los flujos de atención de los pacientes se conceptualizan de una forma integral siguiendo la lógica de los sistemas interconectados, en donde cada punto de atención en una unidad o servicio deben responder no solo a la razón particular para la que existen, sino que deben garantizar que cuando se efectúa un movimiento del paciente, la atención se ha ejecutado de manera correcta, en el momento correcto, en el paciente correcto con el fin de permitir que su traslado a otro punto de atención (habitualmente denominado transferencia del cuidado) se dé de una manera natural y ágil respondiendo a las necesidades y expectativas de cada paciente frente a su condición clínica y vivencia particular con su entorno.

De lo anterior se desprende la complejidad que representa lograrlo, entendiendo que el objetivo final NO lo constituye solamente que cada unidad y servicio deben no solo hacer bien su trabajo, sino adicionalmente cada integrante de cada unidad y servicio deben entender que el resultado de este trabajo correcto, completo y a tiempo debe ser diseñado y ejecutado con excelencia para que las demás unidades (por donde el paciente transita durante su atención), puedan cumplir su función sin que se generen retrasos o condicionamientos que afecten el resultado clínico, la seguridad o afecten

la percepción del paciente y la familia acerca de que sus necesidades están siendo escuchadas y entendidas durante la continuidad de su cuidado.

iii. Procesos

Son una secuencia de pasos dispuesta de manera lógica, que se construye para enfocarnos en el logro de nuestros objetivos estratégicos. Estos se diseñan y mejoran para responder a nuestro modelo de atención y a través de la gestión de estos procesos perfeccionamos los flujos de atención de los pacientes.

iv. Reglas básicas para la construcción de un flujo de atención.

Cada vez que construimos un nuevo flujo de trabajo o actualizamos alguno en particular, proporcionamos una supervisión permanente, lo que implica:

- El comité directivo integrado por los gerentes de cada clínica y el equipo de gerentes transversales ejecuta una supervisión "fuerte, efectiva y persistente", para garantizar la coherencia entre los planes definidos de mejora en las unidades de atención clínica, de apoyo y los equipos individuales, para que estos mantengan una articulación permanente relacionada con la construcción y/o mejoramiento de los flujos de trabajo a lo largo de cada clínica y a su vez del flujo de pacientes entre ellas.

- En cada clínica sólo el comité directivo de gerencia tiene la autoridad para aprobar un cambio en cualquier componente del sistema basado en flujos de atención de los pacientes PARA LAS CLÍNICAS BAJO SU RESPONSABILIDAD. Estos cambios tienen un nivel superior de aprobación por el comité directivo anteriormente mencionado antes de ser difundidos y generalizados.

- Efectuamos visitas formales por parte del comité Directivo para mejorar y afianzar el conocimiento práctico de los líderes sobre las operaciones de todos los flujos a lo largo de toda la clínica.

- El comité Directivo del Grupo Clínica Médicos mantiene su apoyo permanente sobre el desarrollo de los flujos de atención en cada unidad o servicio para impulsar la mejora e integración de todos los flujos de atención.

- Anualmente se establecen metas para todo las clínicas relacionadas con el flujo de los pacientes. Se ejerce una supervisión que establece el objetivo general o las metas para mejorar el flujo año tras año.

2.2.1 Mapeo y Diseño de Procesos Asistenciales

Construimos flujos de atención en nuestro hospital bajo el precepto de que "el flujo de atención de un paciente no debe ser perseguido o constituirse como objetivo particular, simplemente debe asegurarse"

Bajo esta perspectiva utilizamos 5 enfoques que nos permiten clarificar las ventajas de operar el cuidado de nuestros pacientes basado en flujos de atención.

A. Flujos de atención para manejar la eficiencia y los ciclos de tiempo de atención.

A menudo entendemos y comunicamos nuestra intención de que más rápido es mejor. Al respecto, durante el diseño de un flujo es necesario tener en cuenta que latencias de tiempo son necesarias para brindar un cuidado adecuado. Se trata pues de hacer rápido las acciones que pueden agilizarse y despacio aquellas que requieren de tiempo de espera. En definitiva, la clave se trata de identificar este aspecto dentro de la necesidad del paciente, más concretamente LOS CICLOS DE TIEMPO.

B. Flujos como reductores de la variación en el cuidado

Bajo este enfoque, los flujos contribuyen de manera importante a generar valor: a) Reduciendo las variaciones durante el flujo que no agregan valor. De esta manera podemos afirmar que desde el punto de vista técnico un flujo de atención (bien diseñado y mejorado) es el proceso de agregar valor y eliminar los desperdicios (acciones o pasos innecesarios) durante el curso de atención de un paciente a lo largo del manejo de los cuellos de botella y las transiciones. El desarrollo del concepto podemos ilustrar a través de la siguiente ecuación:

Flujo = Agregar valor al servicio = Beneficios recibidos/ Cargas o recursos requerido.

Las acciones o pasos innecesarios comúnmente llamados desperdicios en el argot industrial se pueden concretar son:

- Tiempos de espera prolongados.
- Dificultades en el transporte de insumos o suministros.
- Procesamiento de datos o información no relevante.
- Crecimiento del inventario de medicamentos, insumos, dispositivos y apoyo tecnológico.
- Fallas en el servicio provisto.
- Sobre producción no requerida.

C. Flujos como sistemas de pensamiento

Los flujos por sí mismos, representan un conjunto de interacciones complejas entre diferentes sistemas. Es necesario que estos sistemas de trabajo (basado en procesos, procedimientos, guías, protocolos e instructivos) estén construidos y perfeccionados con el fin de mejorar la salud y la seguridad durante la atención de cada paciente. En este punto prestamos suma atención durante el diseño y funcionamiento de los flujos en los momentos de cambio de turno y transferencias de cuidado (paso del paciente de una unidad o servicio a otra).

D. Flujos como habilitadores de la experiencia del paciente.

Se trata pues, de desarrollar y mantener nuestra capacidad de manera continua para adaptar nuestros métodos de trabajo con el fin de alcanzar y exceder las necesidades de nuestros pacientes y sus familias. Aquí es muy importante que durante el diseño y operación de los flujos tengamos siempre presentes nuestros valores, objetivos y estrategias que como organización hemos definido, para comprender claramente que trabajamos en primer orden para y por una experiencia memorable positiva para nuestros pacientes y sus familias. Resultado de lo anterior, procuramos de manera imperativa conocer de primera mano las expectativas y necesidades contrastándolas con las encuestas de satisfacción y los grupos focales que permiten que los líderes de cada flujo puedan escuchar de viva voz lo bueno que se ejecuta en los flujos y lo que debe mejorarse, suprimirse o transformarse.

E. Flujo como gestionador de la demanda y la capacidad.

Es indudable que tener mapeados los flujos del Clínica potencia nuestra habilidad organizacional para ajustarnos al entorno dinámico al que estamos expuestos como Clínica de alta complejidad y la red de clínicas que constituyen el grupo. Es por ello y como ejemplo desde una situación real actual, desde las unidades funcionales de gestión con el apoyo del equipo de la Gerencia de Operaciones y la Gerencia de Calidad perfeccionamos a diario nuestra habilidad de monitorear las fluctuaciones de demanda en:

- Urgencias
- Cirugía electiva y de urgencias
- Referencias electivas y traslados de urgencia hacia nuestra Clínica
- Procedimientos ambulatorios
- Consultas programadas y emergentes como “extras”

Como resultado de los 5 enfoques anteriores a través del diseño de flujos identificamos y mapeamos los procesos asistenciales clave, utilizando metodologías estandarizadas como en BPMB (Busisness Process Model and Notation) Este mapeo incluye:

La identificación de procesos críticos basada en criterios de volumen, riesgo y complejidad. Estos procesos abarcan la atención de urgencias, hospitalización, cirugía programada y manejo de enfermedades crónicas de alta prevalencia.

Nuestros diagramas de flujo detallados representan la secuencia de actividades, los puntos de decisión y transiciones entre diferentes áreas y profesionales. Estos diagramas identifican claramente entradas, salidas, recursos necesarios y responsables de cada actividad.

Contamos con indicadores de proceso y resultado para cada flujo asistencial, estableciendo valores de referencia y umbrales de alerta. Estos indicadores incluyen medidas de tiempo (como tiempos de espera o ciclos totales), calidad (como adherencia a protocolos) y seguridad (como eventos adversos específicos).

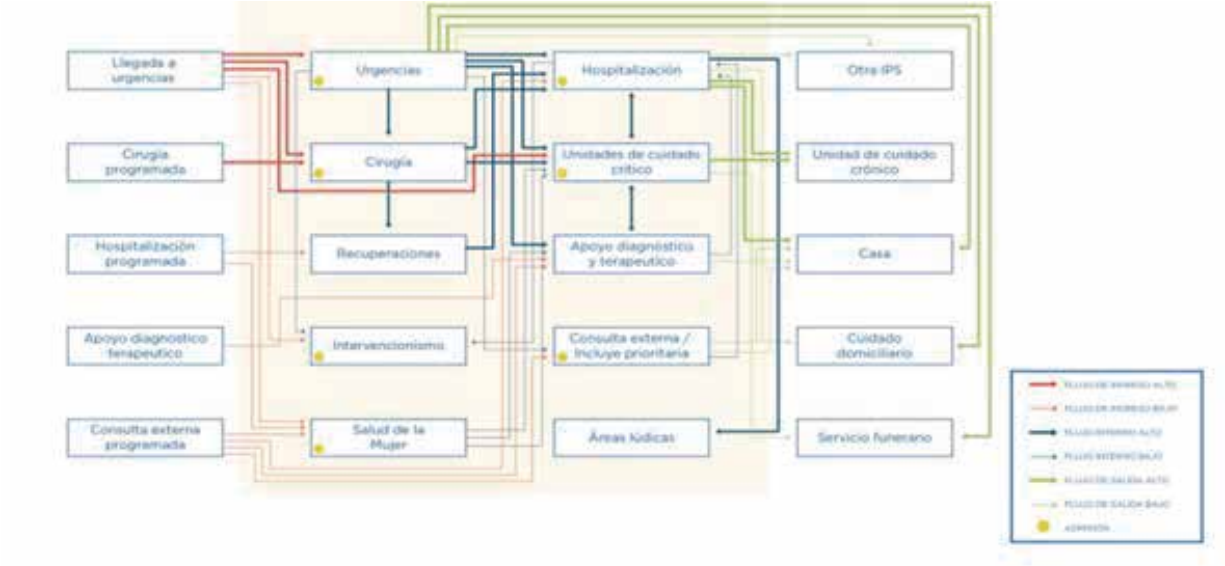
Para los flujos definidos y diseñados identificamos los puntos críticos y cuellos de botella que puedan afectar la eficiencia y calidad del proceso. Este análisis se realiza con participación de los equipos asistenciales y utiliza técnicas como el análisis de valor agregado o el Lean Healthcare.

2.2.2 Sistemas de Gestión de Flujos de Pacientes

Herramientas para la tipificación de los flujos de atención.

El equipo de calidad es el responsable de la indexación y diagramación de los diferentes flujos de atención de los pacientes una vez estos han sido aprobados por los responsables. Estos diagramas se asocian en ALMERA para facilitar la comprensión de los diferentes flujos por parte de todos los integrantes de nuestras clínicas.

A continuación, se muestra un ejemplo del mapa general de flujos de atención en la Clínica Médicos Alta Complejidad del Caribe:



Las líneas rojas representan el flujo de entrada de los pacientes. Las líneas azules representan los flujos internos entre las diferentes unidades y servicios. (Transferencias de cuidado). Las líneas verdes representan los flujos de salida de los pacientes. El grosor de cada línea representa el volumen cualitativo relacionado con el flujo de pacientes.

Estos diagramas están asociados como un anexo ilustrativo en los diferentes puntos de la herramienta ALMERA que ordenan y presentan los procesos o subprocesos sobre los cuales se documenta la gestión de la atención del paciente para cada clínica y entre las clínicas . A partir de los diagramas se utiliza una plantilla Excel estándar cuya versión es controlada por el equipo de calidad para describir el nombre del flujo, el proceso y subprocesos con los que se relaciona.

Para más detalles al respecto por favor remítase al procedimiento para el levantamiento, diseño y control de los flujos de atención centrados en los pacientes y su familia.

Basados en el mapeo de los flujos basados en los procesos Core de atención, implementamos sistemas que permiten la gestión activa de los flujos de pacientes bajo las siguientes acciones:

A partir de diferentes mecanismos de control de operaciones clínicas, agrupamos la información sobre capacidad instalada, demanda y recursos disponibles en tiempo real. Estos mecanismos incluyen con tableros visuales (físicos o digitales) que permiten la toma de decisiones ágiles sobre la asignación de recursos.

Utilizamos un sistema de gestión de camas que incluye criterios objetivos de asignación según la complejidad y portafolio definido para cada IPS de nuestra red del Grupo Clínica Médicos que se integra a procesos de pre-planeación de altas, y protocolos de escalada para situaciones de saturación. Este sistema se apoya en herramientas de predicción de demanda basadas en patrones históricos y variables estacionales.

Nuestra estructura de coordinación clínica tiene responsables definidos para cada fase del proceso asistencial. Esta estructura incluye roles como coordinadores de flujo, gestores de casos para pacientes complejos, y facilitadores de transiciones entre niveles asistenciales.

Utilizamos rondas multidisciplinarias estructuradas, con frecuencia y participantes definidos según el tipo de unidad, utilizando herramientas estandarizadas para la discusión de casos y toma de decisiones. Estas rondas están documentadas en formatos específicos que registran decisiones clave y plazos de seguimiento.

2.2.3. Integración de Sistemas de Información con Procesos Asistenciales

La gestión efectiva de nuestros flujos de trabajo requiere sistemas de información que soportan las necesidades operativas:

Almera, nuestro sistema de gestión documental permite el acceso rápido a protocolos, vías clínicas y otros documentos relevantes en el punto de atención. A través de este generamos los mecanismos de actualización centralizada y notificación de cambios a todos los usuarios de la organización.

Los formularios estructurados en la historia clínica electrónica están alineados con los flujos de trabajo establecidos. Estos formularios incluyen listas de verificación incorporadas, alertas para valores anormales, y campos obligatorios para información crítica.

Tenemos y actualizamos de manera permanente los sistemas de comunicación clínica que facilitan la transmisión segura de información entre miembros del equipo asistencial. Estos sistemas incluyen herramientas de mensajería segura, gestión de órdenes médicas, y notificación de resultados críticos.

Desarrollamos y actualizamos periódicamente los tableros de control operativos que presentan información en tiempo real sobre indicadores clave de proceso y resultado. Estos tableros son accesibles por roles específicos y configurables según las necesidades de cada área o servicio.

Como ya se ha mencionado anteriormente el control de los flujos requiere:

• La optimización de los flujos de la clínica como un sistema integrado, requiere orquestar los esfuerzos de todos los componentes y responsables de la gestión de procesos y procedimientos del sistema para lograr el propósito indicado: Una experiencia memorable basada en una atención segura y confiable centrada en el paciente y la familia.

• Hay dos tipos de cambios en un sistema de atención basado en flujos y gestionado por procesos como el nuestro:

De primer orden (resolución de problemas, asignación de personal, asignación de camas).
De segundo orden (Planes y proyectos de mejora, proyectos de capital).

• Es necesario identificar las limitaciones o cuellos de botella para proceder a eliminarlos.

• Debemos comprender la variación en el cuidado que es clave para lograr un flujo óptimo. (Variabilidad natural: Relacionada con las condiciones del paciente y su entorno, y la artificial o inducida que es la que debe identificarse y gestionarse).

• La mejora de cualquier modelo de atención basado en flujos y gestionado por procesos requiere la voluntad de mejorarlo. Las ideas sobre cómo hacer que el modelo funcione mejor y un plan para hacerlo realidad se resume en una palabra clave: la ejecución.

Parte 3. Componentes de la construcción y mantenimiento de un cuidado altamente confiable.

3.1 Introducción

El GCM adopta un modelo de atención altamente confiable para eliminar daños evitables, inspirado en el White Paper ISQua 2025 y el Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente (OMS 2021–2030). Este documento integra estrategias validadas globalmente con adaptaciones locales, priorizando:

- Liderazgo comprometido.
- Educación continua del personal.
- Participación activa de pacientes.
- Optimización de procesos clínicos.

A continuación, se detalla el marco estratégico de la atención altamente confiable para todas las sedes del grupo y el detalle de cada uno de sus componentes:

Marco Estratégico: Atención altamente confiable Grupo Clínica Médicos Colombia

Pilar GCM	Elementos	Acciones Prioritarias continuas
1. Liderazgo y Gobernanza	Políticas y estrategias	- Diseñamos nuestras políticas alineadas con las metas internacionales de seguridad.
	Fortaleza del sistema de cuidado	- Simulaciones de emergencias alineadas a los riesgos en las zonas donde brindamos servicios.
2. Educación del Personal	Construcción de capacidades Mediciones y Monitoreo	- Certificaciones en seguridad. - Encuestas de bienestar laboral
3. Participación de Pacientes	Compromiso ya activación de pacientes y familias	- Consejos Asesores de pacientes
	Innovación e investigación	- Transparencia post-incidentes.
4. Optimización de Procesos	Mejora continua en procesos de atención clínicos	- Listas de verificación OMS.
	Innovación e investigación	- IA predictiva.

Pilar 1 Liderazgo y Gobernanza Proactiva

Elemento Clave	Acciones Específicas	Indicadores de ejecución propios del modelo
Política y Equidad	Integramos metas de seguridad en la visión institucional.	100% de políticas revisadas anualmente. (Inducción y reinducción)
Cultura de Seguridad	Implementamos rondas ejecutivas con equipos clínicos.	4 simulaciones anuales realizadas.
Innovación	Adoptamos tecnologías validadas (ej.: HIS con alertas).	2 alianzas estratégicas en 2025-2026 con proveedores de TICs

Pilar 2: Educación Y Bienestar Del Personal

Elemento Clave	Acciones Específicas	Indicadores
Capacitación	Entrenamos en protocolos OMS (ej.: Medicación Sin Daño).	90% del personal certificado anualmente.
Ambiente Laboral	Proveemos elementos de protección individual y ergonomía en áreas críticas.	100% de áreas auditadas trimestralmente.
Monitoreo	Encuestas de burnout y auditorías.	Reducción del 20% en burnout en 12 meses

Pilar 3: Participación de Pacientes y Familias

Elemento Clave	Acciones Específicas	Indicadores
Política y Equidad	Incluimos a los pacientes en juntas de decisiones	10% de pacientes en comités de seguridad.
Cultura de Seguridad	Implementamos Programas de Comunicación y Resolución.	90% de casos resueltos sin litigios.
Innovación	Encuestas PREM/PROM integradas en el ecosistema digital del grupo	85% de satisfacción en PREM/PROM.

Pilar 4: Optimización de procesos clínicos

Elemento Clave	Acciones Específicas	Indicadores
Protocolos	Listas de verificación quirúrgicas (OMS).	80% de adherencia en cirugías.
Tecnología	Historia Clínica con alertas automatizadas y Sistemas de soporte a las decisiones clínicas (CDS) para interacciones medicamentosas.	0 errores de medicación en 6 meses a partir de la implementación de la solución.
Innovación	IA para predecir sepsis a partir del montaje de código sepsis.	30% de reducción en sepsis nosocomial.

Indicadores Clave De Desempeño (KPIS) Como Organización Que Brinda Un Cuidado Altamente Confiable.

Indicador	Meta 2025	Meta 2026
Eventos adversos evitables	Reducción del 15%	Reducción del 30%
Adherencia a protocolos	80%	95%
Satisfacción (PREM/PROM)	85%	90%
Satisfacción (PREM/PROM)	35% de incremento	50% de incremento

Para alcanzar una atención altamente confiable para, pacientes, colaboradores y comunidad nos integramos a través de:

- Alianzas Globales: Colaboración con OPS/OMS para adoptar estándares internacionales de mejores prácticas.

-Tecnología: Plataforma única de datos con IA predictiva e Historia clínica dentro de un ecosistema digital interoperable.

- Sostenibilidad: Reducción de residuos clínicos y energía limpia.

El GCMC desarrolla de manera permanente dentro de su modelo de atención en salud un marco de atención altamente confiable donde la seguridad del paciente es nuestra prioridad. Al alinear estrategias globales con innovación local, el grupo demuestra de manera permanente que la excelencia clínica se logra mediante liderazgo, la capacitación continua y la participación colectiva de todos nuestros colaboradores, los pacientes, sus familias, los cuidadores y el apoyo de la comunidad científica, académica e investigativa.

Análisis FRAM Integrados a Estándares de Seguridad y Metas Internacionales

Alineados con el marco estratégico de nuestro cuidado altamente confiable, utilizamos el Método de Análisis de Resonancia Funcional (FRAM) que ofrece un enfoque sistémico para comprender y mejorar la seguridad de los procesos asistenciales, integrándose con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente:

Implementación del Método FRAM para Análisis de Procesos Críticos

La aplicación del método FRAM sigue la siguiente secuencia estructurada:

La identificación de funciones críticas dentro de cada proceso asistencial, considerando tanto actividades rutinarias como respuestas a situaciones excepcionales. Esta identificación se realiza mediante observación directa, entrevistas con profesionales, y revisión de eventos adversos previos.

La caracterización de cada función utiliza los seis aspectos del modelo FRAM: entrada, salida, precondiciones, recursos, control y tiempo. Esta caracterización se documenta en formatos estandarizados que faciliten la visualización de las interrelaciones entre funciones.

Analizamos la variabilidad potencial en cada función, identificando condiciones que puedan afectar su desempeño. Este análisis considera tanto variabilidad humana (fatiga, presión temporal, interrupciones) como organizacional (disponibilidad de recursos, claridad de procedimientos).

Gradualmente generamos la modelización gráfica de las interrelaciones entre funciones, identificando patrones de resonancia que puedan amplificar la variabilidad y generar situaciones de riesgo. Esta modelización se realiza con herramientas específicas que permiten simulaciones dinámicas del sistema.

Implementación del Método FRAM para Análisis de Procesos Críticos

El análisis FRAM se alinea con las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente:

3.2.1. Meta 1: Identificar Correctamente a los Pacientes

La aplicación del método FRAM al proceso de identificación de pacientes incluye:

La caracterización de todas las funciones relacionadas con la verificación de identidad, desde el registro inicial hasta momentos críticos como administración de medicamentos o traslados internos. Este análisis identifica puntos de vulnerabilidad donde pueden ocurrir errores de identificación.

El desarrollo de estrategias de control de variabilidad específicas, como el uso de al menos dos identificadores (nunca el número de habitación), verificación cruzada por dos profesionales en procedimientos críticos, y sistemas de identificación tecnológica como brazaletes con código de barras o RFID.

La implementación de barreras de seguridad redundantes en puntos críticos, como verificación pre-transfusional con protocolo de "tiempo fuera" o confirmación verbal de identidad antes de procedimientos invasivos.

3.2.2. Meta 2: Mejorar la Comunicación Efectiva

El análisis FRAM aplicado a la comunicación entre profesionales aborda:
La caracterización de todas las transiciones de información crítica, incluyendo cambios de turno, transferencias entre unidades, y comunicación de resultados urgentes. Este análisis identifica patrones de interrupción del flujo de información y puntos de posible pérdida de datos críticos.
Utilizamos herramientas estructuradas como SBAR (Situation-Background-Assessment-Recomendación) para comunicaciones críticas, con adaptaciones específicas según el contexto clínico. Estas herramientas deben estandarizar el contenido y formato de la información transmitida.
Utilizamos sistemas de comunicación de resultados críticos con responsables definidos, tiempos máximos de respuesta, y mecanismos de escalada cuando no se logra contactar al profesional primario.

3.2.3. Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

La aplicación del método FRAM al proceso de gestión de medicamentos incluye:

La caracterización de la cadena completa de medicación, desde la prescripción hasta la administración, identificando puntos de acoplamiento donde la variabilidad puede propagarse. Este análisis debe considerar especialmente momentos críticos como el cálculo de dosis o la preparación de medicamentos de alto riesgo.

Implementamos estrategias específicas para medicamentos de alto riesgo, como estandarización de concentraciones, restricción de opciones disponibles, y uso de sistemas de doble verificación independiente para cálculo de dosis y preparación.

Utilizamos protocolos específicos para situaciones de emergencia donde se comprimen los tiempos de verificación, como códigos de paro o secuencias rápidas de intubación, con mecanismos compensatorios que mantengan niveles aceptables de seguridad.

3.2.4. Meta 4: Garantizar cirugías seguras

El análisis FRAM aplicado a la atención quirúrgica aborda:

La caracterización del proceso quirúrgico completo, desde la indicación hasta el seguimiento postoperatorio, identificando momentos críticos como la identificación del sitio quirúrgico, la verificación de disponibilidad de insumos especiales, o la comunicación entre cirujano y anestesiólogo.

La implementación de la lista de verificación quirúrgica adaptada de la OMS, con especial atención a las condiciones que pueden afectar su efectividad, como presiones de tiempo, cultura jerárquica, o familiaridad que lleve a omisiones.

El desarrollo de protocolos específicos para situaciones no rutinarias como procedimientos de urgencia, casos con anatomía compleja, o utilización de tecnología nueva, con mecanismos adaptados de verificación que mantengan la seguridad sin comprometer la oportunidad.

3.2.5. Meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención

La aplicación del método FRAM al control de infecciones incluye:

La caracterización de todos los procedimientos que implican riesgo de transmisión de microorganismos, identificando condiciones que pueden afectar la adherencia a protocolos de higiene y asepsia. Este análisis debe considerar factores como la presión asistencial, la disponibilidad de insumos, o la disposición física de los espacios.

La implementación de estrategias multimodales para higiene de manos, que combinen educación, recordatorios visuales, monitorización del cumplimiento, y retroalimentación a los profesionales. Estas estrategias están adaptadas a las características específicas de cada área asistencial.
El uso de paquetes de medidas ("bundles") para la prevención de infecciones específicas como bacteriemias asociadas a catéter, neumonías asociadas a ventilación mecánica,

O infecciones del sitio quirúrgico, con listas de verificación incorporadas en los procesos de atención.

3.2.6. Meta 6: Reducir el riesgo de daño por caídas

El análisis FRAM aplicado a la prevención de caídas aborda:

La caracterización del proceso de movilización de pacientes, identificando factores que pueden aumentar el riesgo de caídas como cambios de medicación, transferencias entre unidades, o momentos de menor supervisión. Este análisis considera la variabilidad en la evaluación de riesgo y la implementación de medidas preventivas.

La implementación de un sistema de evaluación de riesgo de caídas con herramientas validadas como la escala Morse o Downton, aplicadas en momentos clave como el ingreso, cambios en la condición clínica, o transferencias entre unidades.

El desarrollo de intervenciones multifactoriales adaptadas al nivel de riesgo, que pueden incluir adaptaciones ambientales (iluminación, eliminación de obstáculos), sistemas de alarma, supervisión programada, o uso de equipamiento especial como camas de baja altura.

Parte 4. Métodos de control de la variabilidad clínica operados por vías de cuidado integrado

Las vías de cuidado integrado representan la operacionalización de la evidencia científica en sistemas organizados de atención que reducen la variabilidad injustificada. Su implementación requiere:

3.2.6. Meta 6: Reducir el riesgo de daño por caídas

El desarrollo de nuestras vías clínicas sigue un proceso estructurado:
La selección de condiciones clínicas prioritarias basadas en criterios de prevalencia, variabilidad observada, impacto en resultados, y potencial de mejora. Este proceso incluye el análisis de datos locales sobre patrones de práctica y resultados.

La conformación de equipos multidisciplinarios para el desarrollo de cada vía clínica, incluyendo representantes de todas las disciplinas y niveles asistenciales involucrados en la atención. Estos equipos cuentan con líderes clínicos respetados y metodologías en desarrollo de guías.

La revisión sistemática de la evidencia disponible utiliza metodologías estandarizadas como GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones. Esta revisión se complementa con el análisis de guías de práctica clínica existentes mediante instrumentos como AGREE-II.

Adicionalmente se desarrollan algoritmos de decisión estructurados que establecen secuencias claras de evaluación y tratamiento, con puntos de decisión explícitos y criterios objetivos para la selección de intervenciones. Estos algoritmos se presentan en formatos gráficos de fácil interpretación.

4.2. Aplicación y uso de sistemas de soporte a la decisión clínica

Nuestra incorporación gradual de sistemas de soporte a la decisión clínica potencia la adherencia a las vías establecidas:

La integración de recordatorios y alertas en la historia clínica electrónica, están configurados según las recomendaciones de las vías clínicas. Estos sistemas incluyen verificación de criterios de inclusión, sugerencias de estudios diagnósticos, y recomendaciones de tratamiento basadas en parámetros clínicos.

Diseñamos y aplicamos formularios estructurados que guían la toma de decisiones según las vías clínicas, con campos obligatorios para información crítica y justificación requerida para desviaciones de las recomendaciones estándar. Estos formularios están adaptados a los flujos de trabajo existentes para minimizar la carga administrativa.

Procuramos el desarrollo de herramientas de ayuda a la decisión compartida con pacientes, que presentan opciones de tratamiento con sus beneficios y riesgos en formatos accesibles. Estas herramientas se adaptan a diferentes niveles de alfabetización en salud y preferencias individuales.

La implementación de sistemas de consulta rápida que permitan el acceso inmediato a protocolos y vías clínicas desde el punto de atención. Estos sistemas deben incluir versiones simplificadas para uso cotidiano y enlaces a información más detallada cuando sea necesario.

4.3. Monitorización de la adherencia y resultados

El control de la variabilidad utiliza sistemas de trabajo robustos para su monitorización: Implementamos auditorías clínicas sistemáticas que evalúan la adherencia a las vías establecidas y analizan las causas de desviación. Estas auditorías se realizan con una periodicidad definida, metodología estandarizada, y muestreo representativo de casos.

Contamos con indicadores específicos para cada vía clínica, que incluyen medidas de proceso (adherencia a componentes clave), resultado intermedio (complicaciones específicas), y resultado final (mortalidad, recuperación funcional). Estos indicadores se comparan periódicamente con estándares de referencia y tendencias históricas.

Utilizamos sistemas de retroalimentación a los profesionales, que proporcionen información individualizada sobre su adherencia a las vías clínicas y los resultados de sus pacientes en comparación con sus pares. Esta retroalimentación se presenta en formatos visuales de fácil interpretación y suelen discutirse en reuniones periódicas de los equipos de trabajo.

Utilizamos metodologías de análisis de variación injustificada, utilizando técnicas estadísticas como control estadístico de procesos o análisis de varianza. Estos análisis permiten distinguir entre variabilidad aleatoria, variabilidad justificada por características de los pacientes, y variabilidad atribuible a diferentes patrones de práctica.

4.4. Gestión de Excepciones y Personalización

La estandarización de nuestro cuidado se balancea con la personalización cuando es clínicamente apropiado cuando:

Existen criterios explícitos para excepciones justificadas a las vías clínicas estándar, como comorbilidades específicas, contraindicaciones absolutas, o preferencias informadas de los pacientes. Estos criterios deben documentarse en la historia clínica con justificación clínica.

Implementamos procesos de revisión por pares para casos complejos que no se ajusten a las vías establecidas. Estos procesos deben incluir discusión multidisciplinaria documentada y plan de seguimiento específico.

Se hace necesario el desarrollo de vías clínicas alternativas para subgrupos específicos de pacientes, como adultos mayores frágiles, pacientes con multimorbilidad compleja, o casos con limitaciones funcionales severas. Estas vías deben adaptar las recomendaciones generales a las características específicas de estos grupos.

Frente a lo anterior, incorporamos mecanismos formales para la actualización continua de las vías clínicas, que permiten la incorporación ágil de nueva evidencia y lecciones aprendidas de la práctica local. Estos mecanismos incluyen revisiones periódicas programadas y procesos expeditos para actualizaciones urgentes.

Parte 5. Integración de Componentes en un Sistema Coherente

La implementación efectiva de nuestro modelo asistencial requiere la integración coherente de los siguientes componentes:

5.1. Gobernanza Clínica Integrada

Nuestra gobernanza clínica proporciona el marco organizativo para la coordinación de todos los siguientes en elementos:

Implementamos y mejoramos continuamente nuestra estructura de comités clínicos con responsabilidades definidas para cada componente del modelo asistencial. Esta estructura incluye un comité médico, comités de calidad y seguridad, vías clínicas, farmacia y terapéutica, y control de infecciones, con mecanismos explícitos de coordinación entre ellos.

El desarrollo de un sistema de políticas y procedimientos institucionales permite una correlación efectiva entre estándares superiores de calidad, análisis FRAM, vías clínicas, y sistemas de gestión de flujos. Adicionalmente, es a través de políticas específicas que establecemos claramente las responsabilidades de cada nivel de la organización para la ejecución del modelo.

Tenemos un sistema de rendición de cuentas clínica, con indicadores integrados que evalúan el desempeño global del modelo asistencial. Este sistema incluye revisiones periódicas por la alta dirección y planes de mejora con responsables y plazos definidos.

5.2. Sistemas de Información Integrados

Nuestros sistemas de información facilitan la operación coordinada de todos los componentes que incluye:

La implementación de una arquitectura de información integra los diferentes módulos funcionales, permitiendo la navegación fluida entre protocolos, vías clínicas, sistemas de alerta, y registros de pacientes. Esta arquitectura cuenta con enfoque centrado en el usuario para facilitar los flujos de trabajo clínicos.

Contamos con un sistema de registro unificado que documenta tanto la adherencia a estándares y vías clínicas como los resultados obtenidos. Este permite análisis multidimensionales que relacionan flujos del paciente y procesos con resultados que faciliten la identificación de mejores prácticas.

La implementación de tableros de control integrados que presenten información consolidada sobre cumplimiento de estándares superiores de calidad en la atención que soportan el funcionamiento de procesos asistenciales, la adherencia a vías clínicas, y generan resultados clínicos esperados. Contamos con tableros que permiten la visualización de tendencias temporales y comparaciones entre unidades o servicios.

5.3. Desarrollo de Capacidades Organizacionales

La sostenibilidad de nuestro modelo está orientado el desarrollo continuo de capacidades específicas:

Tenemos un programa de formación integrado que desarrolle competencias en todos los componentes del modelo asistencial. Este programa incluye módulos específicos sobre estándares de acreditación, análisis FRAM, gestión de procesos, y desarrollo e implementación de vías clínicas.

Desarrollamos una red de referentes clínicos en cada servicio, con formación avanzada en metodologías de mejora y responsabilidad de facilitar la implementación local del modelo. Estos referentes cuentan con un tiempo protegido para desarrollar sus funciones y acceso directo a la estructura de gobernanza clínica.

La implementación de metodologías de gestión del cambio facilita la adopción sostenida de las nuevas prácticas. Estas metodologías incluyen estrategias para superar barreras específicas como resistencia al cambio, sobrecarga de información, o fatiga por iniciativas múltiples.

El desarrollo de alianzas académicas y colaboraciones con centros de excelencia nacional e internacional, permiten el intercambio de conocimientos y la participación en iniciativas multi institucionales de mejora. Estas alianzas están formalizadas mediante convenios específicos con objetivos y resultados esperados.

Parte 6. Portafolio de Servicios de cada clínica del grupo (portafolio para cada clínica)

Clínica Médicos Alta Complejidad del Caribe

Servicios clínicos especializados: La variedad de servicios especializados se complementa con un sistema de salud que reconoce la necesidad de atención de alta calidad, asegurando el acceso a servicios especializados cuando sea necesario.

- Urgencias de alta complejidad
- Hospitalización
- Cuidado intensivo Adulto: Cardiovascular, Quemados, Polivalente, Alta dependencia Obstétrica
- Cuidado intensivo Neonatal
- Salas de Hemodinamia, radiología intervencionista y neuro intervencionismo
- Unidad de endoscopia digestiva, vías respiratorias altas y pulmonar
- Salas de cirugía de Alta Complejidad con Sala Cardiovascular y Brain-Suite con resonador de 3T
- Imagenología; TAC de alta resolución Resonancia Magnética de 3 Teslas
- Centro cardiovascular integral
- Unidad de neurociencias y neurocirugía
- Unidad de atención de trauma ortopédico y ortopedia reconstructiva
- Unidad de cirugía plástica reconstructiva
- Unidad materno-fetal de alta complejidad
- Unidad de cuidados intensivos (adultos, pediátricos y neonatales)
- Unidad oncológica integral
- Unidad de trasplantes (Actualmente en la fase de conceptualización y desarrollo)
- Programas transversales que apoyan nuestro portafolio o soporte nutricional
- Cuidado paliativo y manejo del dolor
- Control de infecciones

- **Programas de gestión de riesgo con potencial desarrollo.**
- EPOC
- Epilepsia
- Cuidado Post UCI
- Síndrome metabólico

Servicios de apoyo: Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico son esenciales para una atención integral y oportuna, con inversión en tecnología y modernización de infraestructura.

- Imagenología avanzada (resonancia magnética, tomografía.)
- Laboratorio clínico de alta complejidad
- Unidad transfusional y de tejidos
- Rehabilitación integral multidisciplinaria

Innovación y telemedicina: La implementación de telemedicina y el uso de historias clínicas electrónicas promueven el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para mejorar el acceso y la eficiencia.

- Centro de telemedicina para atención a zonas rurales del Cesar, Magdalena y La Guajira
- Tele monitoreo de pacientes crónicos en el mediano y largo plazo
- Historia clínica electrónica con acceso remoto seguro integrada a nuestro ecosistema digital basado en salud 4.0

Clínica Médicos Valledupar

- Servicio de Urgencias 24 horas Adultos y Pediátricos.
- Servicios de Internación de mediana y alta complejidad para pacientes adultos y pediátricos que incluye manejo integral por las diferentes especialidades aseguradas de forma local y/o a través de un trabajo en red con las demás clínicas del grupo y/o a través del programa de Telemedicina
- Hospitalización General
- Cuidados Intensivos e intermedios Adulto y Pediátricos
- Cuidados Intermedios Adulto
- Unidad de hospitalización Oncológica infantil.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que nos garantizan la integralidad en la atención y aseguran la resolutividad diagnóstica y terapéutica de los casos
- Imágenes diagnósticas, laboratorio Clínico
- Terapia Renal
- Unidad de cuidados intensivos (adultos, pediátricos y neonatales)
- Centro oncológico integral
- Unidad de trasplantes (Actualmente en la fase de conceptualización y desarrollo)
- Programas transversales que apoyan nuestro portafolio
- Control de infecciones
- Soporte nutricional
- Cuidado paliativo y manejo del dolor

- Programas de gestión de riesgo con potencial desarrollo.
- EPOC
- Epilepsia
- Cuidado Post UCI

Servicios de apoyo: Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico son esenciales para una atención integral y oportuna, con inversión en tecnología y modernización de infraestructura.

- Imagenología avanzada (resonancia magnética, tomografía.)
- Laboratorio clínico de alta complejidad
- Unidad transfusional y de tejidos
- Rehabilitación integral multidisciplinaria

Innovación y telemedicina: La implementación de telemedicina y el uso de historias clínicas electrónicas promueven el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para mejorar el acceso y la eficiencia.

- Centro de telemedicina para atención a zonas rurales del Cesar, Magdalena y La Guajira
- Tele monitoreo de pacientes crónicos (En fase de conceptualización para su desarrollo)

Clínica Alta Complejidad San Juan Bautista

- Urgencias las 24 horas con Triage, sala de reanimación consultorios pediátricos y/o adultos, observación hombres y mujeres, sala VIP
- Hospitalización: internación en habitaciones bipersonales, unipersonales, aislamiento y VIP, hospitalización de pacientes crónicos
- Cuidados Intensivos: Unidades de cuidado intensivo neonatal, pediátrico, adulto
- soportes nutricionales
- Quirófanos: 3 salas de cirugía una exclusiva para atención materna 1 sala de parto
- Servicio de Obstetricia: ruta atención materno perinatal una urgencia con sala de observación y hospitalización.
- Hemodinamia: Servicios de angiografía coronaria y periférica, arteriografía renal y angioplastia coronaria.
- cardiología; valoración e interconsultas y eco transtorácico mapa y holter
- Unidad Renal: Terapia dialítica (hemodiálisis y diálisis peritoneal) para pacientes con enfermedad renal. también hemodiafiltración y hemodiálisis intrahospitalaria
- Laboratorio Clínico: Servicios de laboratorio las 24 horas para segundo y tercer nivel de complejidad, con diversas áreas especializadas (hematología, química sanguínea, microbiología, etc.). servicio transfusional.
- Imagenología apoyo terapéutico

Imagenología apoyo terapéutico

Tomografía
Tomografía Axial Computarizada (TAC)
Rayos X
Ecografías
Monitoreo fetal

Servicios Ambulatorios:

- Cirugía Ambulatoria
- Consulta Externa
- Imágenes
- Terapia física y respiratoria

Clínica Alta Complejidad De Aguachica

- **Urgencias:** Atención las 24 horas para adultos y pediátricos, con áreas de triage, consultorios médicos, reanimación y observación.
- **Internación (Hospitalización):** Habitaciones generales y VIP para adultos y pediátricos, así como habitaciones para pacientes en aislamiento.
- **Cuidados Intensivos:** Unidades de cuidado intensivo neonatal, pediátrico, adulto y coronario.
- **Servicios Quirúrgicos:** Salas de cirugía equipadas con tecnología de última generación, y un equipo de profesionales en diversas especialidades quirúrgicas.
- **Servicio de Obstetricia:** Unidad moderna para la atención de gestantes y recién nacidos, con salas de parto, salas quirúrgicas obstétricas, y atención neonatal.
- **Intervencionismo:**

Hemodinamia: Servicios de angiografía coronaria y periférica, arteriografía renal y angioplastia coronaria.
Electrofisiología: Estudio y tratamiento de enfermedades del corazón, incluyendo la implantación de marcapasos y cardio resincronizadores.

- **Unidad Renal:** Terapia dialítica (hemodiálisis y diálisis peritoneal) para pacientes con enfermedad renal.
- **Laboratorio Clínico:** Servicios de laboratorio las 24 horas para segundo y tercer nivel de complejidad, con diversas áreas especializadas (hematología, química sanguínea, microbiología, etc.).

- **Servicios Ambulatorios:**
- Cirugía Ambulatoria
- Consulta Externa
- Tomografía Axial Computarizada (TAC)
- Rayos X y Ecografías

Servicios Ambulatorios:

- Cirugía Ambulatoria
- Consulta Externa
- Imágenes
- Terapia física y respiratoria

Clínica Valledupar S.A.

- **Urgencias:** Atención las 24 horas para adultos y pediátricos, con áreas de triage, consultorios médicos, reanimación y observación.
- **Internación (Hospitalización):** Habitaciones generales, Suite, y Platino para adultos y pediátricos, así como habitaciones para pacientes en aislamiento.
- **Servicios por diferentes especialidades tales como:**
- Ginecología, Pediatría, Ortopedia, Medicina Interna e Intensivistas, Cirugía Maxilofacial, Cardiología, Oftalmología, Infectología, Radiólogo, Cirugía de Tórax
- Neurología, Cirugía General, Anestesiología, Otorrino, Gastroenterología, Psiquiatría, Psicología, Nutrición, Urología, Radiología Intervencionista,
- **Cuidados Intensivos:** Unidades de cuidado intensivo neonatal y adulto.
- **Servicios Quirúrgicos:** Salas de cirugía equipadas con tecnología de última generación, y un equipo de profesionales en diversas especialidades quirúrgicas.
- **Unidad Renal:** Terapia dialítica para pacientes con enfermedad renal.
- **Imagenología:** Tomografía Axial Computarizada (TAC), Rayos X y Ecografías
- **Laboratorio Clínico:** Servicios de laboratorio las 24 horas para segundo y tercer nivel de complejidad, con diversas áreas especializadas (hematología, química sanguínea, microbiología, etc.).
- **Unidad Transfusional:** Presta los servicios de gestión pre transfusional es decir todas las pruebas de inmunohematología, hemo componentes y hemo vigilancia al usuario.
- **Servicios Ambulatorios:**
- Cirugía Ambulatoria
- Consulta Externa
- Procedimientos menores

Parte 7. Gestión Clínica

La gestión clínica opera a partir de rutas integradas de atención en salud para cada clínica del grupo

RIAS adaptadas: La adaptación de las RIAS al contexto cultural y epidemiológico asegura una atención pertinente y efectiva, con rutas integradas que se acoplan con las necesidades de cada territorio. A continuación, se relacionan las RIAS que hacen parte de la gestión clínica integral e integrada para nuestros pacientes

Clínica Médicos Alta Complejidad del Caribe

- RIAS para enfermedades cardiovasculares prevalentes en la región
- RIAS para enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas
- RIAS para enfermedades Oncológicas.
- RIAS para atención de trauma y emergencias en contexto regional con énfasis en cirugía reconstructiva plástica y ortopédica.
- RIAS materno-perinatal adaptada a contexto cultural del Caribe
- RIAS para enfermedades tropicales endémicas.

Clínica Médicos Valledupar

- RIAS para enfermedades Oncológicas Pediátricas
- RIAS para enfermedades infecciosas
- RIAS para Síndrome Metabólico.

Clínica Alta Complejidad San Juan Bautista

- Ruta integral de atención en salud materna
- Ruta integral de atención en salud infantil
- Ruta de atención integral en salud para enfermedades crónicas.

Parte 8. Gestión del Talento Humano

8.1 Desarrollo profesional

La formación continua y los incentivos a la investigación fortalecen las capacidades de nuestro talento humano, con equipos interdisciplinarios que valoran trabajo colaborativo interprofesional y la actualización permanente de conocimientos.

- Alianzas con universidades regionales para formación continua.
- Centro de simulación clínica para entrenamiento avanzado en alianza con centros académicos locales y nacionales. (En fase de conceptualización y desarrollo)
- Programa de incentivos a la investigación y publicación científica. (en fase de conceptualización y desarrollo)

8.2 Bienestar laboral

Los programas de bienestar y el equilibrio vida-trabajo mejoran las condiciones laborales, con la formalización y dignificación de la profesión médica, las profesiones clínicas y otras profesiones que nos ayudan a entregar el cuidado que nuestros pacientes y sus familias necesitan. Sus componentes más importantes son:

- Programa "Cuidando a los que Cuidan" (prevención del burnout)
- Equilibrio vida-trabajo adaptado a la cultura regional
- Espacios de integración y reconocimiento del talento

8.3 Cultura organizacional

La promoción de valores éticos y el liderazgo participativo fomentan una cultura de calidad y servicio, con liderazgo fortalecido y participación de los trabajadores en la gestión a través de:

- La promoción de valores institucionales y principios éticos
- El liderazgo transformacional, el liderazgo adaptativo y el liderazgo basado en el servicio. Participativo.

Clínica Médicos Valledupar

- RIAS para enfermedades Oncológicas Pediátricas
- RIAS para enfermedades infecciosas
- RIAS para Síndrome Metabólico.

Clínica Alta Complejidad San Juan Bautista

- Ruta integral de atención en salud materna
- Ruta integral de atención en salud infantil
- Ruta de atención integral en salud para enfermedades crónicas.

- Comunicación abierta y efectiva en todos los niveles.

Parte 9. Gestión de la Tecnología e Infraestructura

9.1 Infraestructura humanizada

El diseño arquitectónico y los ambientes terapéuticos aseguran una atención digna y confortable, con modernización de infraestructura y adecuación de espacios. Para ello contamos con:

- Un diseño arquitectónico que acoge algunos elementos culturales del Caribe
- Ambientes terapéuticos (iluminación natural, espacios verdes, áreas sociales)
- Accesibilidad universal y señalización inclusiva

9.2 Gestión tecnológica

La planificación y el mantenimiento de la tecnología biomédica garantizan la disponibilidad de equipos de alta calidad, con inversión en tecnología y actualización del parque tecnológico. Para ello nos basamos en:

- Un plan maestro de tecnología biomédica.
- El mantenimiento preventivo y correctivo programado
- La renovación tecnológica planificada según necesidades y avances científicos

9.3 Sostenibilidad ambiental

La eficiencia energética y la gestión de residuos promueven la sostenibilidad ambiental, con reducción del impacto ambiental y uso de energías renovables.

- Eficiencia energética (aprovechamiento de energía solar abundante en la región En Desarrollo)
- Gestión integral de residuos hospitalarios
- Reducción de huella de carbono institucional.

Parte 10. Sistema de Información y Gestión del Conocimiento

10.1 Sistemas integrados

La interoperabilidad de los sistemas de información mejora la eficiencia y la calidad, con una historia clínica electrónica única e integración de sistemas. Sus componentes clave son:

- Plan estratégico de tecnologías de la información.
- Historia clínica electrónica interoperable
- Integración de sistemas clínicos, administrativos y financieros
- Seguridad y confidencialidad de la información

10.2 Gestión del conocimiento

El centro de investigación y la difusión de resultados promueven la investigación y la innovación, con redes de investigación y difusión de buenas prácticas.

- Centro de investigación en salud del Caribe colombiano (Proyectado para iniciar su desarrollo 2026-2028)
- Desarrollo de líneas de investigación en problemas prioritarios regionales
- Publicación y difusión de resultados e innovaciones

10.3 Inteligencia de negocios

El centro de investigación y la difusión de resultados promueven la investigación y la innovación, con redes de investigación y difusión de buenas prácticas. Contamos para ello con:

- Cuadros de mando integral con indicadores clave
- Analítica de datos para toma de decisiones estratégicas
- Benchmarking con instituciones nacionales e internacionales
- Modelo de simulación, prospectiva y personalización del cuidado apoyados por inteligencia artificial

Parte 11. Modelo de Calidad y Acreditación

Estructura de calidad

Nuestro equipo de calidad y los comités técnicos aseguran el cumplimiento de estándares, con una rectoría fortalecida en la definición de protocolos que impulsa la apropiación de mejores prácticas impulsadas y sostenidas por una cultura de autogestión guiada

- Gerencias de calidad que acompaña nuestros equipos interdisciplinarios
- Referentes de calidad que apoyan los servicios
- Comités técnicos alineados con estándares de acreditación para el desarrollo y crecimiento del sistema de garantía de la calidad

Ciclo de mejoramiento continuo

La autoevaluación y los planes de mejora promueven la mejora continua, con mecanismos de evaluación y control fortalecidos.

- Realizamos autoevaluaciones periódicas según estándares de Acreditación en Salud Nacional e ISQua.
- Implementamos y consolidamos los proyectos a partir de metodologías ágiles que promueven el aprendizaje organizacional y el pensamiento sistémico en los líderes de la Gerencia Media
- Planes de mejoramiento con metodología PHVA.
- Seguimiento a indicadores de calidad y resultados clínicos

Preparación para la acreditación en salud

La planificación y las auditorías internas nos preparan para la Acreditación en Salud, garantizando la calidad de los servicios y anticipan nuestro futuro para el mantenimiento de la misma

- Plan de trabajo estructurado según grupos de estándares
- Fortalecimiento de ejes de acreditación (seguridad, humanización, gestión del riesgo, tecnología)
- Auditorías internas y simulacros de evaluación externa

Parte 12. Sostenibilidad Financiera y Responsabilidad Social

12.1 Modelo de gestión financiera

La diversificación de servicios y la optimización de costos aseguran la sostenibilidad financiera, con eficiencia en el uso de recursos y transparencia. Para ello realizamos:

- Diversificación de portafolio de servicios y contratación
- Optimización de costos sin afectar calidad
- Gestión efectiva de cartera y relaciones con aseguradoras y entidades responsables del pago de servicios.

12.2 Responsabilidad social

Los programas de extensión comunitaria y las alianzas público-privadas reflejan el compromiso con el bienestar comunitario, con participación social y articulación intersectorial. Planeamos y ejecutamos periódicamente

- Programa de extensión comunitaria en zonas vulnerables
- Jornadas de salud en comunidades indígenas y rurales
- Alianzas público-privadas para el desarrollo regional en salud

12.3 Rendición de cuentas

La transparencia y la participación ciudadana fortalecen la gobernanza, con rendición de cuentas y control social. Por ello:

- Rendimos informes para la Transparencia en la gestión y visibilizamos nuestros resultados
- Informes periódicos a grupos de interés
- Participación ciudadana en evaluación de servicios.

Parte 13. Implementación y Evaluación del Modelo

13.1 Fases de implementación

La implementación gradual y la evaluación continua aseguran la adaptación y mejora, con planificación y evaluación de resultados. Para ello definimos que en concordancia con nuestra plataforma estratégica cada 2 a 3 años efectuamos:

1. Diagnóstico situacional detallado
2. Sensibilización y capacitación institucional
3. Implementación gradual por áreas prioritarias
4. Consolidación y optimización
5. Evaluación de impacto y resultados

13.2 Indicadores de evaluación

Los indicadores de evaluación nos permiten medir el impacto en la salud regional y la eficiencia de los servicios, con sistemas de información y evaluación fortalecidos.

- Indicadores de estructura, proceso y resultado
- Indicadores de experiencia del paciente
- Indicadores de impacto en salud regional
- Indicadores de eficiencia y sostenibilidad

13.3 Revisión y adaptación

- La evaluación anual y la incorporación de mejores prácticas aseguran la relevancia y efectividad continua, con investigación e innovación para la mejora continua. Es por ello que:
- Realizamos una evaluación cada 3 años de nuestro modelo con ajustes necesarios anticipados si nuestro sistema de gestión de riesgos así lo exige.
- Incorporamos innovaciones y mejores prácticas.
- Nos adaptación a cambios normativos y del entorno.

Conclusiones

El Modelo Integrado de Atención en Salud desarrollado para la Clínica Médicos Alta Complejidad del Caribe en Valledupar constituye una propuesta comprensiva que responde tanto a los requisitos del Sistema Único de Acreditación en Salud de Colombia como a las particularidades del contexto regional identificadas a través del análisis PESTEL.

La alineación entre el modelo propuesto y los factores externos analizados nos permite visualizar su pertinencia y viabilidad, a la vez que identifica los principales desafíos y oportunidades que deberemos ser considerados durante su implementación y operación. Los componentes del modelo referentes al enfoque diferencial, la sostenibilidad financiera, la innovación tecnológica y la responsabilidad social ambiental responden directamente a las características más relevantes del entorno.
El éxito de este Modelo dependerá en gran medida de nuestra capacidad como organización y como parte del Grupo Clínica Médicos, de adaptación continua a un entorno dinámico, particularmente en los aspectos político-normativos y económicos del sector salud. Asimismo, la implementación requerirá un liderazgo comprometido, una inversión sostenida y una estrategia de cambio organizacional que permita consolidar la cultura de excelencia, humanización y mejoramiento continuo que subyace a todo el modelo.

Este documento constituye nuestra hoja de ruta estratégica que debe ser enriquecida y actualizada cada 3 años o antes si las circunstancias del entorno lo ameriten, con la participación de los diversos actores institucionales y comunitarios, y actualizada periódicamente para mantener su vigencia y relevancia en un contexto de transformación permanente del sistema de salud colombiano y las dinámicas propias de la Región Caribe.

Capítulo II: Análisis pestel y alineación con el modelo de atención marzo 2025

1. Factores políticos

Contexto político actual

- Políticas nacionales de salud: Implementación del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 con énfasis en la equidad en salud y fortalecimiento de la atención primaria.
- Reforma al sistema de salud: Posibles cambios en el modelo de aseguramiento que podrían modificar la relación entre prestadores y aseguradores.
- Descentralización administrativa: Mayor autonomía de los entes territoriales en la gestión de recursos para salud, especialmente en departamentos como Cesar.
- Políticas fronterizas: Tensiones y acuerdos con Venezuela que afectan la dinámica de atención en salud en departamentos fronterizos como Cesar.

Normatividad y regulación

- Actualización del Sistema Único de Acreditación: Nuevos estándares y requisitos para instituciones de alta complejidad.
- Renovación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS): Mayor énfasis en la integralidad y continuidad de la atención.
- Normativas específicas para servicios de alta complejidad: Regulaciones más estrictas para trasplantes, oncología y unidades de cuidado intensivo.

Implicaciones y alineación con el modelo

- Oportunidad: Nuestro modelo de atención en salud se alinea con la política nacional de humanización y calidad en salud.
- Desafío: Necesidad de adaptación continua frente a posibles cambios regulatorios del sector.
- Estrategia de alineación: Fortalecer la participación institucional en agremiaciones y mesas técnicas regionales para anticipar y contribuir a cambios normativos.

2. Factores económicos

Situación económica regional

- **Políticas nacionales de salud:** Implementación del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 con énfasis en la equidad en salud y fortalecimiento de la atención primaria.
- **Reforma al sistema de salud:** Posibles cambios en el modelo de aseguramiento que podrían modificar la relación entre prestadores y aseguradores.
- **Descentralización administrativa:** Mayor autonomía de los entes territoriales en la gestión de recursos para salud, especialmente en departamentos como Cesar.
- **Políticas fronterizas:** Tensiones y acuerdos con Venezuela que afectan la dinámica de atención en salud en departamentos fronterizos como Cesar.

• **Economía del departamento del Cesar**: Basada principalmente en minería (carbón), agricultura, ganadería y comercio, con crecimiento moderado.	• **Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas:** 26.7% en Valledupar, superior al promedio nacional.
• **Tasa de desempleo regional:** 15.2% en Valledupar (2023), por encima del promedio nacional.	• **Cobertura de aseguramiento en salud:** 95% de la población del Cesar, con predominio del régimen subsidiado (60% aproximadamente).

Financiamiento del sector salud

- **Presupuesto regional para salud:** Limitaciones en recursos propios del departamento para inversión en salud.
- **Crisis financiera de EPS:** Liquidación de varias EPS que ha generado problemas de cartera para las IPS de la región.
- **Tarifas y contratación:** Presión a la baja en tarifas por parte de aseguradores, especialmente para servicios de alta complejidad.
- **Costos crecientes:** Aumento sostenido en costos de tecnología, medicamentos y talento humano especializado.

Implicaciones y alineación con el modelo

- **Oportunidad:** Posicionamiento como centro de referencia regional que permitiría atraer población con capacidad de pago y convenios interinstitucionales.
- **Desafío:** Necesidad de equilibrar sostenibilidad financiera con calidad y accesibilidad.
- **Estrategia de alineación:** Implementar el modelo de gestión financiera propuesto con énfasis en diversificación de portafolio y optimización de costos sin sacrificar calidad.

3. Factores socioculturales

Características demográficas y culturales

Composición étnica: Presencia significativa de comunidades indígenas (Arhuacos, Koguis, Wiwas, Kankuamos) y afrodescendientes en la zona de influencia.	**Crecimiento poblacional:** Tasa de 1.3% anual en Valledupar, superior al promedio nacional.influencia.
Estructura etaria: Población relativamente joven, con tendencia al envejecimiento progresivo.	**Riqueza cultural:** Fuerte identidad cultural vallenata, con tradiciones y costumbres arraigadas que influyen en la percepción de salud-enfermedad.

Determinantes sociales de la salud

Pobreza multidimensional: 31.4% en la región Caribe, superior al promedio nacional.influencia.	**Nivel educativo:** Tasa de analfabetismo del 9.2% en zonas rurales del Cesar.
Migración venezolana: Aproximadamente 50.000 migrantes en el departamento del Cesar, con necesidades de atención en salud.	**Inequidades en acceso a servicios:** Marcadas diferencias entre zonas urbanas y rurales.

Perfil epidemiológico regional

Principal causa de mortalidad: Enfermedades cardiovasculares (30% de las muertes).	**Alta prevalencia:** Hipertensión, diabetes y enfermedades tropicales.
Indicadores materno-infantiles: Mortalidad materna 25% superior al promedio nacional.	**Carga de enfermedades transmisibles:** Dengue, malaria, tuberculosis y enfermedades diarreicas agudas con alta incidencia.

Implicaciones y alineación con el modelo

- **Oportunidad:** El enfoque diferencial propuesto en el modelo responde directamente a la diversidad cultural de la región.
- **Desafío:** Adaptación de protocolos clínicos a las particularidades culturales sin comprometer estándares técnicos.
- **Estrategia de alineación:** Fortalecer los programas de humanización con énfasis en competencias interculturales y adaptar las RIAS a las particularidades epidemiológicas de la región.
-

2. Factores tecnológicos

Infraestructura tecnológica regional

- **Conectividad digital:** Cobertura de internet del 56% en el departamento, con limitaciones en zonas rurales.
- **Brecha digital:** Marcada diferencia en acceso y apropiación tecnológica entre población urbana y rural.
- **Desarrollo de telecomunicaciones:** Mejoramiento progresivo de la infraestructura de telecomunicaciones en la Región.

Tendencias tecnológicas en salud

- **Telemedicina y tele monitoreo:** Creciente adopción a nivel nacional, acelerada por la pandemia de COVID-19.
- **Historia clínica electrónica:** Implementación gradual en Colombia con desafíos de interoperabilidad.
- **Inteligencia artificial y big data:** Tendencia emergente en diagnóstico médico y predicción de patrones epidemiológicos.
- **Medicina de precisión:** Avances en genómica y medicina personalizada con aplicaciones crecientes en oncología y enfermedades crónicas.

Infraestructura tecnológica en salud

- **Concentración tecnológica:** Equipos de alta tecnología concentrados en Barranquilla y Cartagena, con limitada disponibilidad en Valledupar.
- **Obsolescencia tecnológica:** Parte significativa del equipamiento médico en la región supera los 10 años de antigüedad.
- **Mantenimiento y soporte:** Limitaciones en servicios técnicos especializados disponibles localmente.

Implicaciones y alineación con el modelo

- **Oportunidad:** El componente de innovación y telemedicina del modelo posicionaría a la clínica como pionera tecnológica en la región.
- **Desafío:** Inversión inicial significativa requerida para implementar la infraestructura tecnológica propuesta.
- **Estrategia de alineación:** Implementar por fases el plan maestro de tecnología biomédica contemplado en el modelo, priorizando tecnologías con mayor impacto asistencial y potencial de retorno.

2. 5. Factores ecológicos/ambientales

Características geográficas y climáticas

- **Ubicación estratégica:** Valledupar como centro geográfico entre la Sierra Nevada de Santa Marta y la Serranía del Perijá.
- **Clima cálido:** Temperatura promedio de 28°C con periodos de intensa sequía que afectan la salud pública.
- **Riesgo de desastres naturales:** Vulnerabilidad a inundaciones en temporada de lluvias y sequías prolongadas.

Impacto ambiental del sector

- **Huella de carbono hospitalaria:** Sector salud contribuye aproximadamente al 4.4% de emisiones de carbono en Colombia.
- **Gestión de residuos hospitalarios:** Normatividad cada vez más estricta para la disposición de residuos biológicos y químicos.
- **Consumo energético:** Alto consumo energético de instalaciones hospitalarias, especialmente en clima cálido por sistemas de climatización.

Tendencias en sostenibilidad

Clinicas verdes: Movimiento creciente hacia la certificación de ClÍnicas ambientalmente sostenibles.
• **Energías renovables:** Mayor adopción de energía solar en la Región Caribe por sus condiciones climáticas favorables.
• **Edificaciones bioclimáticas:** Tendencia arquitectónica que aprovecha condiciones naturales para reducir consumo energético.

Implicaciones y alineación con el modelo

• **Oportunidad:** El componente de sostenibilidad ambiental del modelo (energía solar, eficiencia energética) responde a las tendencias actuales y condiciones geográficas favorables.
• **Desafío:** Compatibilizar requerimientos técnicos de una institución de alta complejidad con prácticas sostenibles.
• **Estrategia de alineación:** Implementar gradualmente las iniciativas de sostenibilidad propuestas, comenzando por eficiencia energética y gestión de residuos.

6. Factores legales

Implicaciones y alineación con el modelo

- **Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015):** Consolidación de la salud como derecho fundamental, con implicaciones para prestadores.
- **Resolución 3100 de 2019:** Requisitos de habilitación cada vez más exigentes para servicios de alta complejidad.

- **Circular 012 de 2021 de la Superintendencia de Salud:** Mayor vigilancia a los indicadores de calidad y reportes obligatorios.
- **Normatividad en protección de datos (Ley 1581 de 2012):** Exigencias crecientes en manejo de información clínica y datos sensibles.

Contexto jurídico específico

- **Litigiosidad en salud:** Incremento de tutelas y demandas relacionadas con servicios de alta complejidad en la región.
- **Responsabilidad médica:** Tendencia jurisprudencial hacia mayores exigencias probatorias para instituciones.
- **Contratación laboral:** Cambios en regulación de tercerización y contratación de especialistas.
- **Propiedad intelectual:** Protección de innovaciones en protocolos y procedimientos clínicos.

Implicaciones y alineación con el modelo

- **Oportunidad:** El énfasis en seguridad del paciente y gestión del riesgo contemplado en el modelo mitiga riesgos jurídicos.
- **Desafío:** Cumplimiento simultáneo de múltiples marcos normativos en constante actualización.
- **Estrategia de alineación:** Fortalecer la estructura de calidad propuesta con un componente robusto de vigilancia normativa y cumplimiento legal.

7. Integración y alineación estratégica con nuestro modelo de salud

Análisis PESTEL integrado

- **Factor predominante positivo:** El contexto sociocultural diverso de la región representa una oportunidad para el modelo diferencial propuesto.

- **Factor predominante negativo:** La situación económica y financiera del sector salud en la región constituye el principal desafío para la sostenibilidad del modelo.
- **Factor de mayor incertidumbre:** El entorno político y regulatorio, con posibles reformas al sistema de salud que podrían modificar sustancialmente las reglas de juego.

Alineación con componentes del modelo de atención

- **Marco estratégico:** Fundamentado en el análisis de entorno, especialmente en factores socioculturales y epidemiológicos de la región.
- **Enfoque diferencial:** Responde directamente a la diversidad cultural y determinantes sociales identificados.
- **Portafolio de servicios:** Priorizado según necesidades epidemiológicas regionales detectadas.
- **Gestión tecnológica:** Adaptada a las limitaciones y oportunidades del contexto tecnológico regional.
- **Sostenibilidad financiera:** Diseñada para enfrentar los desafíos económicos identificados.
- **Responsabilidad social:** Orientada a contribuir positivamente en los determinantes sociales y ambientales de la salud regional.

Recomendaciones estratégicas

- 1. **Priorización de implementación:** Iniciaremos con componentes del modelo que abordan factores críticos identificados (enfoque diferencial, seguridad del paciente, sostenibilidad financiera).
- 2. **Monitoreo de entorno:** Establecer un sistema de vigilancia del entorno PESTEL con actualización semestrales o anuales para ajustes oportunos al modelo.
- 3. **Alianzas estratégicas:** Desarrollar convenios con actores clave identificados en el análisis (entes territoriales, universidades, comunidades indígenas, sector minero-energético).
- 4. **Gestión de riesgos:** Implementar matrices de riesgo basadas en los factores externos identificados, especialmente en lo económico y político.
- 5. **Comunicación estratégica:** Desarrollar narrativa institucional que resalte cómo el modelo de atención responde efectivamente a las particularidades del entorno regional.

ANEXO 2: Complemento estadístico utilizado para la conceptualización, desarrollo y perfeccionamiento del modelo integrado de atención en salud para la clínica médicos alta complejidad del caribe y la clínica médicos (Valledupar, Cesar).

Perfil demográfico detallado de la Región Caribe

Estructura Poblacional del Departamento del Cesar
Datos demográficos generales:

• Población total (2023): 1,295,387 habitantes
• Distribución urbano-rural: 73% urbana, 27% rural
• Densidad poblacional: 38.2 habitantes por km^2

Distribución por grupos etarios:

0-14 años: 28.7% (372,176 habitantes)
15-64 años: 64.3% (833,034 habitantes)
65 años y más: 7.0% (90,177 habitantes)
Índice de envejecimiento: 24.2 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años
Edad mediana: 26.8 años

Población indígena: 8.2% (106,222 habitantes)
Comunidad Arahuaca: 41,890 personas
Comunidad Kankuamo: 24,730 personas
Comunidad Wiwa: 20,195 personas
Comunidad Kogui: 19,407 personas
Población afrocolombiana: 12.1% (156,742 habitantes)
Población sin pertenencia étnica: 79.7% (1,032,423 habitantes)

Dinámica poblacional:

Tasa bruta de natalidad: 18.2 por 1,000 habitantes
Tasa bruta de mortalidad: 5.7 por 1,000 habitantes
Tasa de crecimiento natural: 1.25% anual
Esperanza de vida al nacer: 74.6 años (71.8 en hombres, 77.4 en mujeres)
Tasa global de fecundidad: 2.4 hijos por mujer

Migración y desplazamiento:

- **Población migrante venezolana (2023):** 68,935 personas (5.3% de la población departamental)
- **Personas desplazadas internas:** 12,862 (últimos 5 años)
- **Índice de presión por desplazamiento:** 9.93 por cada 1,000 habitantes

Datos Sociodemográficos de Valledupar

Características generales:

- **Población (2023):** 532,956 habitantes (41.1% del departamento)
- **Tasa de crecimiento anual:** 1.34%
- **Área urbana:** 472,329 habitantes (88.6%)
- **Área rural:** 60,627 habitantes (11.4%)

Indicadores de vivienda y hogar:

- **Número promedio de personas por hogar:** 3.7
- **Hogares con jefatura femenina:** 38.2%
- **Déficit cuantitativo de vivienda:** 12.8%
- **Déficit cualitativo de vivienda:** 28.3%

Acceso a servicios públicos:

- **Cobertura de acueducto:** 96.2% área urbana, 68.7% área rural
- **Cobertura de alcantarillado:** 92.8% área urbana, 42.3% área rural
- **Cobertura energía eléctrica:** 99.1% área urbana, 93.2% área rural
- **Acceso a internet:** 62.4% área urbana, 18.9% área rural

Perfil epidemiológico Regional actualizado

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Prevalencia de ECNT (Región Caribe):

- **Hipertensión arterial:** 24.7% en adultos mayores de 18 años (superior al promedio nacional de 22.8%)
- **Diabetes mellitus:** 9.3% en adultos mayores de 18 años (superior al promedio nacional de 8.1%)
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** 7.8% en adultos mayores de 40 años
- **Enfermedad renal crónica:** 3.2% de la población general, con 7,856 pacientes en terapia de reemplazo renal en la región

Carga de enfermedad cardiovascular:

- **Mortalidad por enfermedades cardiovasculares:** 156.3 por 100,000 habitantes (30.2% del total de muertes)
- **Infarto agudo de miocardio:** Incidencia de 142.7 por 100,000 habitantes
- **Enfermedad cerebrovascular:** Incidencia de 98.3 por 100,000 habitantes
- **Insuficiencia cardíaca:** Prevalencia de 2.3% en población mayor de 40 años

Cáncer:

- **Incidencia anual estimada:** 203.1 casos por 100,000 habitantes (5,270 casos nuevos en 2023 en la región)
- **Tipos de cáncer más frecuentes en hombres:** Próstata (27.2%), estómago (14.3%), colon-recto (11.8%), pulmón (8.6%)

• **Tipos de cáncer más frecuentes en mujeres:** Mama (26.7%), cuello uterino (18.4%), colon-recto (9.5%), estómago (6.3%)
• **Mortalidad por cáncer:** 92.4 por 100,000 habitantes (17.8% del total de muertes)

Factores de riesgo de ECNT (Departamento del Cesar):

• **Tabaquismo:** 13.2% de la población adulta
• **Consumo nocivo de alcohol:** 18.7% de la población adulta
• **Sedentarismo:** 62.4% de los adultos no realizan actividad física regularmente
• **Sobrepeso y obesidad:** 58.3% de los adultos (36.1% con sobrepeso, 22.2% con obesidad)
• **Dieta no saludable:** 76.3% de la población consume menos de 5 porciones de frutas y verduras diariamente

Enfermedades Transmisibles (ECT)

Dengue: Incidencia de 324.8 casos por 100,000 habitantes (4,207 casos en 2023)
Categorización: Hiperendémica con patrón cíclico cada 3-4 años
Serotipos circulantes: DENV-1, DENV-2 y DENV-3
Letalidad: 0.28% (12 muertes en 2023)
Malaria: Incidencia de 5.2 casos por 100,000 habitantes (68 casos en 2023)
Distribución: Principalmente en municipios del sur del departamento
Agente causal predominante: P. vivax (78% de los casos)
Chikunguña: Incidencia de 8.3 casos por 100,000 habitantes (108 casos en 2023)

Zika: Incidencia de 2.1 casos por 100,000 habitantes (27 casos en 2023)

Leishmaniasis cutánea: Incidencia de 17.6 casos por 100,000 habitantes (228 casos en 2023)

Zonas de mayor riesgo: Sierra Nevada de Santa Marta y Serranía del Perijá

Enfermedades infecciosas respiratorias:

Tuberculosis pulmonar: Incidencia de 28.3 casos por 100,000 habitantes (367 casos en 2023)
Tasa de éxito terapéutico: 78.3%
Coinfección TB/VIH: 12.4% de los casos de TB
Infecciones respiratorias agudas: Primera causa de morbilidad en menores de 5 años
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años: 18.7 por 100,000 niños

Enfermedades entéricas y transmitidas por agua y alimentos:

Enfermedad diarreica aguda: 65.8 episodios por 1,000 habitantes/año
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años: 13.2 por 100,000 niños
Hepatitis A: Incidencia de 7.9 casos por 100,000 habitantes
Fiebre tifoidea y paratifoidea: Incidencia de 0.6 casos por 100,000 habitantes
Brotes por enfermedades transmitidas por alimentos: 23 brotes reportados en 2023

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual:

Prevalencia de VIH: 0.48% en población general (6,217 personas viviendo con VIH)
Incidencia de VIH: 32.1 casos nuevos por 100,000 habitantes (416 casos en 2023)
Cobertura de tratamiento antirretroviral: 72.8% de las personas diagnosticadas
Sífilis congénita: Incidencia de 2.8 casos por 1,000 nacidos vivos
Sífilis gestacional: Incidencia de 9.7 casos por 1,000 embarazadas

Salud Materno-Infantil
Indicadores materno-infantiles:

Razón de mortalidad materna: 92.3 por 100,000 nacidos vivos (superior en 25.7% al promedio nacional)
Principales causas: Hemorragia obstétrica (38.2%), trastornos hipertensivos (26.7%), sepsis (14.8%)
Tasa de mortalidad infantil: 15.7 por 1,000 nacidos vivos
Distribución urbano-rural: 12.8 en zona urbana, 21.3 en zona rural
Tasa de mortalidad en menores de 5 años: 18.3 por 1,000 nacidos vivos
Porcentaje de bajo peso al nacer: 9.2% de los nacidos vivos
Porcentaje de embarazo adolescente: 22.7% (superior al promedio nacional de 17.5%)

Estado nutricional:

Desnutrición crónica en menores de 5 años: 13.7% (retraso en talla)

Desnutrición aguda en menores de 5 años: 2.9%

Anemia en menores de 5 años: 29.4%

Anemia en gestantes: 26.8%

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: 36.2% (inferior al promedio nacional de 42.8%)

Salud Mental

Panorama de la salud mental:

Prevalencia de trastornos mentales: 14.2% de la población adulta

Trastornos de ansiedad: 7.3%

Trastornos depresivos: 5.8%

Trastornos por consumo de sustancias: 3.6%

Tasa de suicidio: 5.7 por 100,000 habitantes (74 casos en 2023)

Intentos de suicidio: Tasa de 58.2 por 100,000 habitantes

Violencia intrafamiliar: Tasa de 187.3 casos por 100,000 habitantes

Violencia contra la mujer: 63.7% de los casos reportados

Consumo de sustancias psicoactivas:
Prevalencia de consumo de alcohol (último mes): 42.7% de la población mayor de 12 años

Prevalencia de consumo de tabaco (último mes): 12.8% de la población mayor de 12 años

Prevalencia de consumo de marihuana (último año): 4.3% de la población entre 12 y 65 años

Prevalencia de consumo de cocaína (último año): 1.2% de la población entre 12 y 65 años

Edad de inicio de consumo de alcohol: 14.3 años (promedio)

Indicadores de desarrollo regional

Indicadores Socioeconómicos

Pobreza y desigualdad:

Pobreza monetaria: 47.2% en el departamento del Cesar (superior al promedio nacional de 39.3%)

Valledupar: 41.6%

Resto del departamento: 52.8%

Pobreza extrema: 16.7% en el departamento

Pobreza multidimensional: 31.4% (urbana: 28.1%, rural: 52.3%)

Coeficiente de Gini: 0.53 (indica alta desigualdad, superior al 0.50 nacional)

Tasa de desempleo: 15.2% en Valledupar (2023)

Desempleo juvenil (18-28 años): 22.7%

Desempleo femenino: 18.6% (vs. 12.7% masculino)

Educación:

Tasa de analfabetismo: 9.2% en zonas rurales, 5.8% en zonas urbanas

Años promedio de educación: 8.7 años (población mayor de 15 años)

Tasa de cobertura neta en educación:

- **Primaria:** 94.7%
- **Secundaria:** 78.3%
- **Media:** 47.2%
- **Superior:** 27.6%

Tasa de deserción escolar: 3.8% en educación básica, 5.2% en educación media

Protección social:

Cobertura de seguridad social en salud: 95.3% de la población

- **Régimen subsidiado:** 62.7%
- **Régimen contributivo:** 32.6%
- **Regímenes especiales:** 4.7%

Cobertura de pensiones: 23.4% de la población económicamente activa

Población beneficiaria de programas sociales: 37.8% (491,000 personas

Indicadores de Desarrollo Humano

Índice de Desarrollo Humano (IDH):

IDH Departamento del Cesar: 0.731 (considerado medio-alto)

- **Posición a nivel nacional:** 18 entre 33 departamentos
- **Componente de salud:** 0.766
- **Componente de educación:** 0.642
- **Componente de ingreso:** 0.785

Indicadores de calidad de vida:

- **Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas:** 26.7% en Valledupar, 33.4% en el departamento
- **Acceso a agua potable:** 82.7% de la población
- **Acceso a saneamiento básico:** 74.3% de la población
- **Déficit habitacional cualitativo:** 28.3% de los hogares

Objetivos de Desarrollo Sostenible - Estado actual:

- **ODS 1 (Fin de la pobreza):** Avance del 68.2% hacia las metas 2030
- **ODS 2 (Hambre cero):** Avance del 72.5% hacia las metas 2030
- **ODS 3 (Salud y bienestar):** Avance del 76.8% hacia las metas 2030
- **ODS 4 (Educación de calidad):** Avance del 81.2% hacia las metas 2030
- **ODS 6 (Agua limpia y saneamiento):** Avance del 74.6% hacia las metas 2030

Infraestructura y Sistema de Salud Regional

Red de prestadores de servicios de salud:

Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS): 187 en el departamento

- **IPS públicas:** 31 (16.6%)
- **IPS privadas:** 156 (83.4%)

Camas hospitalarias: 4.2 por cada 1,000 habitantes (inferior al estándar OMS de 5.0)

Camas UCI: 0.68 por cada 1,000 habitantes

Médicos generales: 16.3 por 10,000 habitantes

Médicos especialistas: 7.8 por 10,000 habitantes

Enfermeras profesionales: 9.2 por 10,000 habitantes

Aseguramiento en salud:

Distribución de afiliación por aseguradoras (EPS):

- **Nueva EPS:** 32.7% de la población asegurada
- **Coosalud:** 24.3% de la población asegurada
- **Mutual Ser:** 18.6% de la población asegurada
- **Otras EPS:** 24.4% de la población asegurada

Gasto de bolsillo en salud: 16.7% del gasto total en salud

Recursos financieros para salud pública: $32,450 millones COP (presupuesto 2023)

Accesibilidad a servicios de salud:

Tiempo promedio de viaje a centro de salud más cercano: 32 minutos

- **Área urbana:** 18 minutos
- **Área rural:** 75 minutos

Tiempo promedio de espera para cita médica general: 8.3 días
Tiempo promedio de espera para cita especializada: 32.7 días
Barreras de acceso reportadas: Geográficas (23.6%), Económicas (18.7%), Administrativas (38.2%)

Recomendaciones para el modelo de atención en salud

Ajustes al Enfoque Epidemiológico

Priorización basada en carga de enfermedad:

- Reforzar el enfoque en atención cardiovascular avanzada, considerando que representa el 30.2% de la mortalidad total.
- Desarrollar un programa específico para diabetes y sus complicaciones, adaptado al perfil étnico regional.
- Implementar un centro de excelencia en enfermedades tropicales, con énfasis en dengue y leishmaniasis.

Programas de alto impacto complementarios a los ya existentes:

- Unidad materno-fetal reforzada para enfrentar la alta mortalidad materna (25.7% superior al promedio nacional)
- Centro integral de atención oncológica con énfasis en cánceres de mayor prevalencia regional.
- Unidad de salud renal con capacidad para terapias de reemplazo y trasplante.

Adaptaciones al Componente Sociocultural

Atención diferencial expandida:

- Incorporar equipos multiculturales con representantes de las comunidades Arhuaca, Kankuamo, Wiwa y Kogui.
- Implementar un sistema de traductores e intérpretes permanentes considerando que el 8.2% de la población es indígena.
- Desarrollar protocolos específicos para población migrante venezolana (5.3% de la población departamental).

Fortalecimiento del enfoque familiar:

- Adecuar espacios para familias extendidas, considerando el promedio de 3.7 personas por hogar.
- Integrar a cuidadores en protocolos de atención, con énfasis en hogares con jefatura femenina (38.2%).
- Implementar programas de seguimiento domiciliario para áreas rurales con mayores barreras de acceso.

Sostenibilidad y Eficiencia del Modelo

Optimización de recursos:

- Implementar modelos de atención escalonada según riesgo, considerando la alta proporción de población en régimen subsidiado (62.7%).
- Desarrollar estrategias de telemedicina para reducir tiempos de espera para consultas especializadas (actualmente 32.7 días).

- Establecer alianzas con el sector educativo para formación especializada local, abordando la escasez de especialistas (7.8 por 10,000 habitantes).

Abordaje de determinantes sociales:

- Integrar programas de seguridad alimentaria en el modelo, considerando la alta prevalencia de desnutrición crónica (13.7% en menores de 5 años).
- Implementar iniciativas de prevención y detección temprana en zonas con mayor índice de NBI (33.4% departamental).
- Establecer vías preferenciales y temas específicos para población en pobreza extrema (16.7% departamental).

Las recomendaciones aquí presentadas se basan en los datos epidemiológicos, demográficos y de desarrollo actualizados para la región, y buscan fortalecer el modelo de atención propuesto mediante su alineación con las necesidades específicas identificadas.

Perfil epidemiológico poblacional
departamentos conexos al cesar
Departamentos de La Guajira, Bolívar y Santander

Introducción

A continuación, se presenta un análisis epidemiológico poblacional para los departamentos de La Guajira, Bolívar y Santander, con el propósito de servir como referencia para el modelo de salud del Grupo Clínica Médicos. Este análisis incorpora datos demográficos, condiciones de salud prevalentes con sus tasas actualizadas de morbilidad, determinantes sociales y recomendaciones específicas para cada territorio.

1. Departamento de la guajira

1.1 Perfil Demográfico

Población total: Aproximadamente 1,030,000 habitantes

Distribución étnica: 44.9% indígena (principalmente wayúu), 13.2% afrodescendiente

Distribución urbano-rural: 54% urbana, 46% rural

Estructura etaria:

0-14 años: 35.2%

15-64 años: 60.1%

65+ años: 4.7%

Esperanza de vida: 74.3 años (inferior al promedio nacional de 76.2)

1.2 Morbilidad Prevalente con Tasas Actualizadas

Enfermedades Transmisibles

Infecciones respiratorias agudas:

Tasa de incidencia: 6,320 por 100,000 habitantes

Primera causa de consulta en menores de 5 años (8,450 por 100,000)

Enfermedades diarreicas agudas:
Tasa de incidencia: 3,870 por 100,000 habitantes
En menores de 5 años: 5,230 por 100,000

Malaria:
Índice Parasitario Anual (IPA): 4.8 por 1,000 habitantes en riesgo
Concentración en municipios del sur (Dibulla, Riohacha, Maicao)

Dengue:
Tasa de incidencia: 123.7 por 100,000 habitantes
Letalidad: 0.8%

Tuberculosis:
Tasa de incidencia: 28.4 por 100,000 habitantes (nacional: 26.2)
Éxito de tratamiento: 72% (inferior al promedio nacional)

Desnutrición:
Desnutrición crónica en menores de 5 años: 27.9%
Desnutrición aguda en menores de 5 años: 4.8%
Mortalidad por desnutrición: 32.5 por 100,000 menores de 5 años

Enfermedades No Transmisibles

Hipertensión arterial:
Prevalencia: 21.3% en mayores de 18 años
Tasa de control efectivo: 42.6% de pacientes diagnosticados

Diabetes mellitus tipo 2:
Prevalencia: 7.8% en adultos
Complicaciones diabéticas: 32.4% de pacientes diagnosticados

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:
Prevalencia: 8.9% en mayores de 40 años
Tasa de hospitalización: 242 por 100,000 habitantes

Obesidad:
Prevalencia en adultos: 18.2% (en aumento en zonas urbanas)
Prevalencia en adolescentes: 10.3%

Cáncer:
Incidencia de cáncer de cuello uterino: 24.3 por 100,000 mujeres
Incidencia de cáncer de mama: 19.8 por 100,000 mujeres
Diagnóstico tardío: 64% de los casos
Mortalidad por cáncer: 72.4 por 100,000 habitantes

1.3 Determinantes Sociales

Acceso a agua potable: Solo 54% de cobertura (crítico en zonas rurales)
Saneamiento básico: 43% de hogares con acceso
Pobreza: 61.8% de la población en pobreza multidimensional
Seguridad alimentaria: Alta prevalencia de inseguridad alimentaria (68%)
Aseguramiento en salud: Cobertura del 87% (predominantemente régimen subsidiado)

Barreras culturales: Medicina tradicional indígena paralela al sistema formal

1.4 Prioridades de Intervención

Atención materno-infantil:

Reducción de mortalidad materna (una de las más altas del país: 167.3 por 100,000 nacidos vivos)
Control de desnutrición infantil
Aumento de cobertura de vacunación (actualmente en 76.8%, por debajo del promedio nacional)

Enfermedades infecciosas:

Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores
Mejora en diagnóstico y tratamiento de tuberculosis
Control de enfermedades diarreicas

Enfermedades crónicas:

Detección temprana y control de hipertensión y diabete
Estrategias de prevención de obesidad
Tamizaje de cáncer de mama y cérvix

Determinantes ambientales:

Mejora en acceso a agua potable
Saneamiento básico en comunidades rurales
Seguridad alimentaria

2. Departamento de bolívar

Perfil Demográfico

Población total: Aproximadamente 2,180,000 habitantes
Distribución étnica: 27.6% afrodescendiente, 1.1% indígena
Distribución urbano-rural: 78% urbana, 22% rural
Estructura etaria:
0-14 años: 29.3%
15-64 años: 63.4%
65+ años: 7.3%
Esperanza de vida: 75.8 años

2.2 Morbilidad Prevalente con Tasas Actualizadas

Enfermedades Transmisibles

Dengue:

Tasa de incidencia: 242.6 por 100,000 habitantes (endémico)
Letalidad: 0.6%
Distribución: mayor concentración en Cartagena y municipios del norte

Chikungunya y Zika:

Chikungunya: 37.8 casos por 100,000 habitantes
Zika: 18.4 casos por 100,000 habitantes
Persistencia de secuelas: 21% de casos de Chikungunya

Infecciones respiratorias agudas:

- Tasa de incidencia: 5,890 por 100,000 habitantes
- Hospitalización por IRA en menores de 5 años: 13.2%

Tuberculosis:

- Tasa de incidencia: 30.6 por 100,000 habitantes
- Tuberculosis multirresistente: 4.2% de casos nuevos
- Coinfección TB/VIH: 12.6% de casos de TB

VIH/SIDA:

- Prevalencia: 0.62% en población general
- Incidencia: 32.4 por 100,000 habitantes
- Diagnóstico tardío: 48.7% de nuevos casos
- Concentración en Cartagena: 42.3 por 100,000 habitantes
- Enfermedades No Transmisibles

Enfermedades cardiovasculares:

- Prevalencia de hipertensión arterial: 24.6% en adultos
- Eventos coronarios agudos: 157.3 por 100,000 habitantes
- ACV: 93.8 por 100,000 habitantes
- Mortalidad cardiovascular: 162.5 por 100,000 habitantes (primera causa de mortalidad)

Diabetes mellitus:

- Prevalencia: 8.7% en adultos
- Diabetes no diagnosticada: estimada en 3.2% adicional
- Complicaciones diabéticas: 36.8% de pacientes diagnosticados

Enfermedad renal crónica:

- Prevalencia: 4.2% de la población general
- ERC avanzada (estadios 4-5): 0.82% de la población
- Pacientes en diálisis: 457 por millón de habitantes

Cáncer:

- Incidencia global: 156.7 por 100,000 habitantes
- Cáncer gástrico: 18.3 por 100,000 habitantes
- Cáncer de próstata: 45.6 por 100,000 hombres
- Cáncer de mama: 32.8 por 100,000 mujeres
- Cáncer de cérvix: 21.5 por 100,000 mujeres

Trastornos mentales:

- Prevalencia de depresión: 8.5% en adultos
- Prevalencia de ansiedad: 11.2% en adultos
- Trastornos mentales en adolescentes: 16.3%

Causas Externas

Accidentes de tránsito: 16.8 por 100,000 habitantes
Violencia interpersonal: 27.4 por 100,000 habitantes
Lesiones autoinfligidas: 5.8 por 100,000 habitantes

2.3 Determinantes Sociales

Inequidad urbano-rural: Marcada diferencia entre Cartagena y municipios rurales
Acceso a servicios básicos: 82% en zonas urbanas, 46% en zonas rurales
Pobreza: 41.8% de la población en pobreza multidimensional
Empleo informal: 65% de la fuerza laboral
Aseguramiento en salud: Cobertura del 94% (equilibrio entre regímenes)

2.4 Prioridades de Intervención

1. **Control de enfermedades transmitidas por vectores:**
   - Vigilancia entomológica
   - Control de criaderos del mosquito Aedes
   - Educación comunitaria
2. **Atención a enfermedades crónicas:**
   - Programas de detección temprana de hipertensión y diabetes
   - Control de factores de riesgo cardiovascular
   - Mejora en acceso a medicamentos
3. **Salud mental:**
   - Fortalecimiento de servicios de atención
   - Programas de prevención del suicidio
   - Atención a víctimas de violencia
4. **Reducción de inequidades:**
   - Mejora de servicios de salud en zonas rurales
   - Estrategias diferenciales para población afrodescendiente
   - Atención integral a la primera infancia

3. Departamento de santander

3.1 Perfil Demográfico

Población total: Aproximadamente 2,280,000 habitantes
Distribución étnica: Predominantemente mestiza, 3.2% afrodescendiente
Distribución urbano-rural: 81% urbana, 19% rural
Estructura etaria:
- 0-14 años: 23.7%
- 15-64 años: 66.8%
- 65+ años: 9.5%

Esperanza de vida: 77.4 años (superior al promedio nacional)

3.2 Morbilidad prevalente con tasas actualizadas

Enfermedades Transmisibles

Infecciones respiratorias agudas:

Tasa de incidencia: 5,320 por 100,000 habitantes

Complicaciones en mayores de 60 años: 14.3% de casos

Dengue:

Tasa de incidencia: 97.3 por 100,000 habitantes

Distribución: concentrado en municipios de clima cálido (Barrancabermeja, Barbosa)

Letalidad: 0.3% (inferior al promedio nacional)

Tuberculosis:

Tasa de incidencia: 22.7 por 100,000 habitantes

Concentración en población vulnerable: 63% de casos en personas de estratos 1 y 2

Éxito de tratamiento: 85.6%

COVID-19:

Tasa acumulada: 7,820 por 100,000 habitantes

Letalidad: 2.3%

Impacto en ocupación hospitalaria: picos de 92% en UCI durante olas epidémicas

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades cardiovasculares:

Prevalencia de hipertensión arterial: 25.8% en adultos

Prevalencia de dislipidemia: 33.5% en adultos

Eventos coronarios agudos: 182.6 por 100,000 habitantes

Mortalidad cardiovascular: 178.3 por 100,000 habitantes

Diabetes mellitus tipo 2:

Prevalencia: 8.9% en adultos

Control metabólico adecuado: 56.3% de pacientes diagnosticados

Complicaciones microvasculares: 28.6% de pacientes

Enfermedad renal crónica:

Prevalencia global: 3.9% de la población

Incidencia: 120 nuevos casos por 100,000 habitantes/año

Pacientes en terapia de reemplazo renal: 532 por millón de habitantes

Cáncer:

Incidencia global: 172.6 por 100,000 habitantes

Cáncer de próstata: 51.2 por 100,000 hombres

Cáncer de mama: 42.7 por 100,000 mujeres

Cáncer de colon: 16.8 por 100,000 habitantes

Cáncer de pulmón: 15.9 por 100,000 habitantes

Diagnóstico en estadios tempranos: 38.2% (superior al promedio nacional)

Enfermedades respiratorias crónicas:

EPOC: 9.8% en mayores de 40 años
Asma: 7.5% en población general
Hospitalizaciones por EPOC: 267 por 100,000 habitantes

Trastornos músculo-esqueléticos:

Artritis reumatoide: 1.3% en adultos
Osteoartrosis: 11.2% en mayores de 50 años
Dolor lumbar crónico: 18.6% en población adulta

Causas Externas

Accidentes de tránsito: 14.8 por 100,000 habitantes
Suicidio: 7.3 por 100,000 habitantes (superior al promedio nacional de 5.9)
Violencia interpersonal: 18.6 por 100,000 habitantes

3.3 Determinantes sociales

Desarrollo económico: Uno de los departamentos con mejor desarrollo
Educación: Niveles educativos superiores al promedio nacional
Pobreza: 23.4% de la población en pobreza multidimensional
Aseguramiento en salud: Cobertura del 96% (mayor proporción en régimen contributivo)
Contaminación ambiental: Problemas en zonas industriales y urbanas

4. Análisis comparativo de morbilidad entre departamentos

4.1 Enfermedades Transmisibles: Tasas por 100,000 habitantes

Enfermedad	La Guajira	Bolívar	Santander	Nacional
IRA	6,320	5,890	5,320	5,680
EDA	3,870	3,210	2,870	3,120
Dengue	123.7	242.6	97.3	152.8
Tuberculosis	28.4	30.6	22.7	26.2
VIH/SIDA	18.6	32.4	24.8	26.3
Malaria (IPA)	4.8	1.2	0.3	2.1

4.2 Enfermedades No Transmisibles: Prevalencia (%)

Enfermedad	La Guajira	Bolívar	Santander	Nacional
Hipertensión arterial	21.3%	24.6%	25.8%	23.7%
Diabetes	7.8%	8.7%	8.9%	8.4%
EPOC	8.9%	9.3%	9.8%	9.5%
Obesidad	18.2%	22.7%	24.3%	21.6%
Enfermedad renal crónica	3.5%	4.2%	3.9%	3.8%
Depresión	6.2%	8.5%	9.1%	8.0%

4.1 Enfermedades Transmisibles: Tasas por 100,000 habitantes

Causa	La Guajira	Bolívar	Santander	Nacional
Enfermedades cardiovasculares	142.3	162.5	178.3	164.2
Cáncer	72.4	82.6	94.7	85.3
Diabetes	18.7	21.6	23.8	21.2
Infecciones respiratorias	26.5	22.4	19.8	21.6
Desnutrición	32.5*	8.7*	3.2*	9.4*
Causas externas	43.5	50.0	40.7	46.8

*Tasas por 100,000 menores de 5 años para desnutrición

5. Recomendaciones para el modelo de salud

5.1 Enfoque diferencial por departamento

La Guajira
- Implementar modelo de salud intercultural para población indígena wayúu
- Brigadas móviles de salud para zonas rurales dispersas
- Programas nutricionales adaptados al contexto cultural
- Fortalecimiento de la atención materno-infantil

Bolívar
- Estrategias diferenciadas para Cartagena vs. municipios rurales
- Enfoque en determinantes sociales en zonas con mayor inequidad
- Programas específicos para población afrodescendiente
- Control vectorial integrado en zonas endémicas

Santander
- Énfasis en manejo de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables
- Fortalecimiento de servicios de salud mental
- Programas para población adulta mayor
- Integración de servicios de salud laboral

5.2 Estrategias Transversales

1. Atención Primaria en Salud renovada:

- Equipos multidisciplinarios con enfoque familiar y comunitario
- Articulación entre niveles de atención
- Telemedicina para zonas de difícil acceso

2. Sistemas de información:

- Historia clínica electrónica integrada
- Vigilancia epidemiológica en tiempo real
- Tableros de control por determinantes sociales

3. Participación comunitaria:

- Formación de agentes comunitarios en salud
- Mecanismos de veeduría ciudadana
- Alianzas con organizaciones comunitarias

4. Gestión del riesgo en salud:

- Estratificación poblacional por riesgo
- Rutas integrales de atención
- Seguimiento a cohortes de pacientes crónicos

5.3 Indicadores Clave para Seguimiento

- Cobertura de atención prenatal y vacunación
- Mortalidad materno-infantil
- Incidencia y prevalencia de enfermedades trazadoras
- Cobertura de tamizaje en enfermedades crónicas
- Indicadores de acceso efectivo a servicios
- Porcentaje de población con control de condiciones crónicas
- Satisfacción del usuario

6. Conclusiones

Los tres departamentos analizados presentan perfiles epidemiológicos diversos que requieren estrategias diferenciadas:

- **La Guajira** enfrenta desafíos relacionados con condiciones socioeconómicas desfavorables, problemas de acceso a servicios básicos y alta prevalencia de enfermedades transmisibles, con especial énfasis en la población materno-infantil e indígena. Las tasas de desnutrición infantil y mortalidad materna son alarmantes y muy superiores al promedio nacional.

- **Bolívar** presenta marcadas inequidades territoriales, con alta carga de enfermedades transmitidas por vectores (particularmente dengue) y creciente prevalencia de enfermedades crónicas, requiriendo abordajes específicos para poblaciones afrodescendientes. La incidencia de dengue es particularmente elevada (242.6 por 100,000), casi duplicando la media nacional.

- **Santander** muestra un perfil epidemiológico en transición, con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles y problemas de salud mental, en un contexto de mayor desarrollo socioeconómico y envejecimiento poblacional. Sus tasas de morbilidad por hipertensión (25.8%) y diabetes (8.9%) superan el promedio nacional, mientras que las enfermedades transmisibles muestran menor incidencia.

El análisis comparativo de las tasas de morbilidad revela patrones significativos:

- Las enfermedades transmisibles presentan mayor incidencia en La Guajira y Bolívar
- Las enfermedades crónicas no transmisibles son más prevalentes en Santander
- Existe un gradiente social claro en la distribución de las enfermedades, con mayor carga de patología infecciosa en las zonas con menor desarrollo socioeconómico

De esta manera el modelo de salud del Grupo Clínica Médicos debe tener en cuenta estas particularidades territoriales y poblacionales para lograr intervenciones efectivas que impacten positivamente los indicadores de salud en cada departamento, adaptando sus estrategias a las necesidades específicas y aprovechando las capacidades institucionales existentes.

Tablas comparativas epidemiológicas
Incluyendo los departamentos de La Guajira, Bolívar, Santander y Cesar

1. Enfermedades transmisibles: tasas por 100,000 habitantes

Enfermedad	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
IRA	6,320	5,890	5,320	6,150	5,680
EDA	3,870	3,210	2,870	3,720	3,120
Dengue	123.7	242.6	97.3	187.4	152.8
Tuberculosis	28.4	30.6	22.7	27.5	26.2
VIH/SIDA	18.6	32.4	24.8	26.3	26.3
Malaria (IPA)	4.8	1.2	0.3	1.7	2.1
Leishmaniasis	12.8	8.6	4.2	18.3	9.4
Chagas (agudo)	0.2	0.3	2.9	1.8	1.2

2. Enfermedades no transmisibles: prevalencia (%)

Enfermedad	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Hipertensión arterial	21.3%	24.6%	25.8%	23.9%	23.7%
Diabetes	7.8%	8.7%	8.9%	8.2%	8.4%
EPOC	8.9%	9.3%	9.8%	9.1%	9.5%
Obesidad	18.2%	22.7%	24.3%	20.8%	21.6%
Enfermedad renal crónica	3.5%	4.2%	3.9%	3.8%	3.8%
Depresión	6.2%	8.5%	9.1%	7.6%	8.0%
Artritis reumatoide	0.9%	1.1%	1.3%	1.0%	1.2%
Cáncer (prevalencia)	0.58%	0.64%	0.73%	0.61%	0.68%

3. Mortalidad por causas seleccionadas: tasas por 100,000 habitantes

Causa	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Enfermedades cardiovasculares	142.3	162.5	178.3	156.8	164.2
Cáncer	72.4	82.6	94.7	78.3	85.3
Diabetes	18.7	21.6	23.8	20.5	21.2
Infecciones respiratorias	26.5	22.4	19.8	24.7	21.6
Desnutrición	32.5	8.7	3.2	17.6	9.4
Causas externas	43.5	50.0	40.7	52.6	46.8
Enfermedad renal	12.4	13.8	15.6	13.1	14.2
Cirrosis hepática	9.7	10.8	12.3	11.5	11.3

*Tasas por 100,000 menores de 5 años para desnutrición

4. Indicadores materno-infantiles

Indicador	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	167.3	84.2	52.6	93.7	78.3
Mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	25.8	18.4	11.2	20.3	16.2
Bajo peso al nacer (%)	9.6%	8.5%	9.2%	9.1%	9.0%
Cobertura vacunación pentavalente (%)	76.8%	88.3%	92.7%	84.6%	89.5%
Control prenatal adecuado (%)	68.2%	78.4%	89.3%	75.6%	81.7%

4. Indicadores materno-infantiles

Indicador	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Partos institucionales (%)	84.3%	96.2%	98.7%	92.8%	95.6%
Embarazo adolescente (%)	24.7%	19.8%	15.3%	22.6%	17.4%

5. Determinantes sociales de la salud

Determinante	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Pobreza multidimensional (%)	61.8%	41.8%	23.4%	48.7%	37.2%
Acceso a agua potable (%)	54.0%	82.0%	89.7%	76.4%	83.4%
Saneamiento básico (%)	43.0%	67.5%	86.2%	62.8%	74.3%
Analfabetismo (%)	20.3%	13.4%	7.2%	15.6%	11.8%
Desempleo (%)	14.8%	11.6%	9.7%	13.2%	10.4%
Aseguramiento en salud (%)	87.0%	94.0%	96.0%	91.5%	95.3%
Inseguridad alimentaria (%)	68.0%	49.3%	33.8%	56.2%	45.7%
Hacinamiento (%)	27.8%	16.5%	9.3%	19.4%	12.5%

6. Capacidad instalada en salud

Indicador	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Camas hospitalarias (por 1,000 hab.)	0.9	1.3	1.8	1.1	1.5
Camas UCI (por 100,000 hab.)	5.2	8.7	12.4	7.3	9.8
Médicos (por 10,000 hab.)	11.2	15.8	19.7	14.3	17.2
Enfermeras (por 10,000 hab.)	6.8	9.4	12.6	8.5	10.3
IPS públicas	18	45	89	30	1,213
IPS privadas	86	324	531	175	9,847
Consultas promedio año por habitante	2.4	3.1	4.2	2.8	3.6
Cobertura de servicios de telemedicina (%)	23.5%	38.4%	61.7%	32.8%	45.3%

7. Salud mental

Indicador	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Tasa de suicidio (por 100,000 hab.)	3.2	4.5	7.3	5.8	5.9
Prevalencia de trastornos mentales (%)	12.4%	15.7%	17.3%	14.8%	16.1%
Consumo riesgoso de alcohol (%)	11.2%	13.8%	14.5%	15.7%	13.9%
Uso de sustancias psicoactivas (%)	2.6%	3.1%	3.7%	3.4%	3.6%
Psiquiatras (por 100,000 hab.)	0.8	1.7	3.2	1.3	2.1
Psicólogos (por 100,000 hab.)	3.6	7.2	14.5	5.8	9.4
Cobertura programas salud mental (%)	18.7%	32.4%	47.6%	29.3%	35.2%

8. Enfermedades laborales y ocupacionales

Indicador	La Guajira	Bolívar	Santander	Cesar	Nacional
Tasa de accidentalidad laboral (%)	4.8%	5.3%	6.1%	7.2%	5.7%
Enfermedades laborales (por 10,000 trabajadores)	32.6	36.8	48.3	52.7	41.2
Cobertura sistema riesgos laborales (%)	32.4%	41.3%	54.7%	38.6%	47.5%
Incapacidad permanente parcial (por 100,000 asegurados)	27.3	31.5	35.2	42.8	32.6
Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos (%)	18.7%	19.6%	21.3%	22.8%	20.4%
Trabajadores informales sin protección (%)	72.6%	65.0%	46.3%	67.8%	58.2%

Análisis Comparativo Epidemiológico de Departamentos Colombianos considerados zona de influencia directa del Grupo Clínica Médicos

Analizando los datos epidemiológicos presentados para La Guajira, Bolívar, Santander y Cesar, se pueden identificar importantes patrones y disparidades en los indicadores de salud que reflejan tanto la carga de enfermedad como los determinantes sociales que influyen en estos departamentos.

Hallazgos principales

Enfermedades transmisibles

- La Guajira y Cesar presentan las tasas más altas de IRA y EDA, superando el promedio nacional.
- Dengue: Bolívar muestra una incidencia notablemente alta (242.6 por 100,000) en comparación con el promedio nacional (152.8).
- VIH/SIDA: Bolívar tiene la tasa más elevada (32.4), mientras que La Guajira presenta la más baja (18.6).
- Malaria: La Guajira presenta un IPA de 4.8, más del doble del promedio nacional.
- Leishmaniasis: Cesar muestra una tasa casi dos veces mayor (18.3) que el promedio nacional.

Enfermedades no transmisibles

- Santander tiene la mayor prevalencia de hipertensión, diabetes, EPOC y obesidad.
- La Guajira presenta consistentemente las tasas más bajas de enfermedades crónicas, aunque esto podría relacionarse con subdiagnóstico debido a limitaciones en el acceso a servicios de salud.

Mortalidad

- Desnutrición infantil: La Guajira muestra una tasa alarmante (32.5), más de tres veces superior al promedio nacional (9.4).
- Enfermedades cardiovasculares y cáncer: Santander tiene las tasas más altas, mientras que La Guajira las más bajas.
- Causas externas: Cesar (52.6) y Bolívar (50.0) superan el promedio nacional (46.8).

Materno-infantil

- Mortalidad materna: La Guajira tiene una tasa de 167.3 por 100,000 nacidos vivos, duplicando el promedio nacional.
- Mortalidad infantil: La Guajira y Cesar muestran las tasas más elevadas.
- Embarazo adolescente: La Guajira (24.7%) y Cesar (22.6%) superan significativamente el promedio nacional (17.4%).

Determinantes sociales

- Pobreza multidimensional: La Guajira muestra el porcentaje más alto (61.8%), seguido por Cesar (48.7%).
- Acceso a agua potable: La Guajira tiene el menor acceso (54.0%), muy por debajo del promedio nacional (83.4%).
- Inseguridad alimentaria: La Guajira registra el porcentaje más elevado (68.0%).

Capacidad instalada

- Recursos sanitarios: Santander lidera en todos los indicadores de capacidad instalada.
- La Guajira y Cesar presentan las cifras más bajas en camas hospitalarias, médicos y enfermeras.

Salud mental

- Suicidio: Santander muestra la tasa más alta (7.3).
- Recursos: La Guajira tiene la menor disponibilidad de psiquiatras (0.8 por 100,000) y psicólogos (3.6 por 100,000).

Salud ocupacional

- Cesar presenta las tasas más altas de accidentalidad laboral y enfermedades laborales.
- Informalidad laboral: La Guajira tiene el mayor porcentaje de trabajadores informales sin protección (72.6%).

Conclusiones

La información muestra una clara correlación entre los determinantes sociales de la salud y los resultados epidemiológicos. La Guajira y Cesar, con los indicadores sociales más desfavorables, presentan peores resultados en salud materno-infantil y enfermedades transmisibles asociadas a condiciones sanitarias deficientes. Santander, con mejores indicadores socioeconómicos, muestra mayor prevalencia de enfermedades crónicas, posiblemente relacionado con mejores sistemas de diagnóstico y una transición epidemiológica más avanzada.
Las disparidades observadas sugieren la necesidad de políticas sanitarias diferenciadas que aborden tanto las enfermedades infecciosas prevalentes en departamentos con mayores carencias, como los programas de prevención y control de enfermedades crónicas en todos los territorios.

Bibliografía

1. Acharyulu, G. V. R. K. (2024). How workflow optimization improves patient care. International Journal of Research in Computer Applications and Information Technology (IJRCAIT), 12(4), 102-113. https://doi.org/10.5281/zenodo.14162808
2. Alves, D. L., & Singh, J. A. (2022). Making hospitals sustainable: Towards greener, fairer and more prosperous services. Sustainability, 14(15), 9730. https://doi.org/10.3390/su14159730
3. Boston Consulting Group. (2014). The value-based hospital: A transformation agenda for healthcare providers. BCG.
4. Cámara de Representantes de Colombia. (2024). Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". https://www.camara.gov.co/camara/visor?doc=/sites/default/files/2024-11/Ponencia%202do%20debate%20PL%20312%20de%202024C%20-%20Reforma%20a%20la%20Salud_final_%2022.11.2024.docx
5. Institute for Healthcare Improvement. (2020). Achieving hospital-wide patient flow (Second Edition): The right care, in the right place, at the right time. IHI.
6. Institute of Quality Assurance in Healthcare. (2025). ISQua White Paper on Patient Safety.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf
8. National Health Service. (2020, enero). Best health care models [Video]. https://www.bing.com/videos/riverview/relatedvideo?q=best+health+care+models&mid=9DBFB5D5C2926A9E50509DBFB5D5C2926A9E5050&FORM=VIRE
9. Pruitt, S., Canny, J., & Epping-Jordan, J. (2005). Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions. Organización Mundial de la Salud.
10. Roberts, N., Carrigan, A., Clay-Williams, R., Pomare, C., Hodge, J. M., & Braithwaite, J. (2023). Innovative models of healthcare delivery: An umbrella review of reviews. BMJ Open, 13, e066270. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066270
11. Schwartz, R. W., & Tumblin, T. F. (2002). The power of servant leadership to transform health care organizations for the 21st-century economy. Archives of Surgery, 137(12), 1419-1427. https://doi.org/10.1001/archsurg.137.12.1419
12. Vanhaecht, K., Lachman, P., Van der Auwera, C., Schots, M., Bruyneel, L., Weyler, J., & Van Bogaert, P. (2024). The "House of Trust": A framework for quality healthcare and leadership [version 1]. F1000Research, 13, 503. https://doi.org/10.12688/f1000research.149711.1

13. World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030. WHO.
14. World Health Organization. (s.f.). Modelo de Mejora IHI. WHO.
15. Manual OMS: Lista de Verificación para Cirugía Segura.
16. Guía ISQua: Implementación de Cultura Justa.
17. Instituto Nacional de Salud. (2024). Boletín Epidemiológico Semanal (BES). Semanas epidemiológicas 01-40 de 2024.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2022.
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2024). Estadísticas vitales nacionales y departamentales 2023-2024.
20. Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2023). Décimo Informe Técnico: Carga de enfermedad en Colombia.
21. Cuenta de Alto Costo. (2024). Situación de las enfermedades de alto costo en Colombia 2023.

La Guajira

22. Secretaría de Salud Departamental de La Guajira. (2024). Análisis de Situación de Salud departamental, con el modelo de determinantes sociales de la salud, actualización 2023-2024.
23. Instituto Nacional de Salud. (2024). Boletín de Vigilancia Epidemiológica de La Guajira. Semanas 1-38 de 2024.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2022-2023: Resultados por departamento.
25. Profamilia. (2023). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2022-2023: Departamento de La Guajira.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Registro Único de Afiliados (RUAF): Estadísticas departamentales, primer trimestre 2024.

Bolívar

27. Secretaría de Salud Departamental de Bolívar. (2024). Análisis de Situación de Salud con el modelo de determinantes sociales: Bolívar 2023-2024.
28. Instituto Nacional de Salud. (2024). Informe de evento: Enfermedades transmitidas por vectores, Bolívar, semanas epidemiológicas 01-36 de 2024.
29. Departamento Administrativo Distrital de Salud [DADIS] Cartagena. (2023). Perfil epidemiológico del Distrito de Cartagena 2023.
30. Observatorio de Salud Pública de Cartagena. (2024). Boletín epidemiológico trimestral, enero-marzo 2024.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO): Estadísticas departamentales Bolívar, primer semestre 2024. https://www.sispro.gov.co/

Santander

32. Observatorio de Salud Pública de Santander. (2024). Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander, 17(1), enero-abril 2024.
33. Secretaría de Salud Departamental de Santander. (2023). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud, Santander 2023.
34. Instituto Nacional de Salud. (2024). Informe de evento: Enfermedades crónicas no transmisibles, Santander, semanas epidemiológicas 01-36 de 2024.
35. Secretaría de Salud de Santander. (2024). Sistema de Vigilancia Epidemiológica departamental: Boletín epidemiológico semana 40 de 2024.
36. Universidad Industrial de Santander [UIS]. (2023). Estudio de carga de enfermedad y determinantes sociales de la salud en Santander. Bucaramanga: UIS Press.

Publicaciones Científicas

37. Castañeda-Orjuela, C., De la Hoz-Restrepo, F., & Díaz, J. (2023). Carga de enfermedad por enfermedades transmisibles en Colombia, 2010-2022. Biomédica, 43(2), 178-189.
38. Gómez-Gutiérrez, L. F., Lucumí, D. I., & Girón, S. L. (2024). Desigualdades sociales en la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia. Revista de Salud Pública, 26(1), 45-57.
39. Rodríguez-García, J., Ruiz-Rodríguez, M., & Vera-Cala, L. M. (2023). Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus en la población adulta de Santander, Colombia. Revista Salud UIS, 55(1), 17-28.
40. Alvis-Guzmán, N., Díaz-Jiménez, D., & De la Hoz-Restrepo, F. (2023). Costos económicos de las enfermedades transmitidas por vectores en el Caribe colombiano. Revista Panamericana de Salud Pública, 47, e52.
41. Torres-Rincón, J. M., Caicedo-Velásquez, B., & Sarmiento-Suárez, R. (2024). Caracterización epidemiológica de la COVID-19 en Santander: Un análisis espacial. Biomédica, 44(1), 67-81
42. Acosta-Reyes, J., Navarro-Lechuga, E., & Martínez-Garcés, J. C. (2023). Estado nutricional y seguridad alimentaria en niños wayúu de La Guajira, Colombia. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo, 6(2), 91-103.

CONTROL DE CAMBIOS							
FECHA	**DESCRIPCION DEL CAMBIO**	**VERSION**	**PARTICIPANTES**	**FECHA**	**DESCRIPCION DEL CAMBIO**	**VERSION**	**PARTICIPANTES**
17/10/2019	Emisión inicial del documento	01	Javier Casadiego R. **Profesional Especializado en Calidad** Dubis Castro M. **Líder de Vigilancia Epidemiológica** Lilibeth Chona F. **Coordinadora de Seguridad del paciente** Juan Garrido **Subdirector Medico** Jairo Gómez Q. **Subdirector de Salud y Calidad** Natalia Escobar **Ingeniera de calidad** Wilmer Figueroa **Ingeniero de calidad** Ángel Rodríguez E. **Ingeniero de calidad** Sandra Rozo M. **Vicepresidente de Salud y Calidad**	09/08/2021	Se realizan cambios en las definiciones del modelo de prestación de servicios	02	Javier Casadiego R. **Profesional Especializado en Calidad**
18/07/2025	Se reestructura todo el modelo de atención en salud	03	Carlos Arteta Molina **Gerente General**	09/10/2025	Se actualiza la misión, visión y valores corporativos	04	Milena Osorio Mercado **Gerente Corporativo de Calidad** Nury Yolima Enciso Florez **Coordinadora De Comunicaciones Y Mercadeo**

ELABORADO POR:	**REVISADO POR:**	**APROBADO POR:**
Javier Casadiego R. **Profesional Especializado en Calidad** Dubis Castro M. **Líder de Vigilancia Epidemiológica** Lilibeth Chona F. **Coordinadora de Seguridad del paciente** Juan Garrido **Subdirector Medico** Jairo Gómez Q. **Subdirector de Salud y Calidad** Sandra Rozo M. **Vicepresidente de Salud y Calidad**	Natalia Escobar **Ingeniera de calidad** Wilmer Figueroa **Ingeniero de calidad** Ángel Rodríguez E. **Ingeniero de calidad**	Carlos Humberto Arce **Presidente corporativo**