

GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD INFORME DE GESTIÓN 2022

1. ESTADO DE LAS ACCIONES POR LAS REVISIONES PREVIAS.	2
2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS QUE SEAN PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	3
3. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EL EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	5
3.1 SATISFACCIÓN AL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS.	5
3.2 GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	9
3.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS Y RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	11
3.3.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS	12
3.3.2 PROCESOS MISIONALES	14
3.3.3 PROCESOS DE APOYO	23
3.3.4 PROCESOS DE CONTROL	27
3.4 LAS NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS	31
3.5 RESULTADOS DE AUDITORÍA	35
3.6 EL DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS	36
5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES	38
6. OPORTUNIDADES DE MEJORA	40
7. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	41
7.1 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	41
7.2 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON NECESIDADES DE CAMBIO DEL SGC	41
7.3 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS NECESIDADES DE LOS RECURSOS	42



1. ESTADO DE LAS ACCIONES POR LAS REVISIONES PREVIAS.

En la Revisión por la Dirección del año 2021 se establecieron 9 acciones, de las cuales se encuentran seis (6) cerradas y dos (2) proceso, a continuación, se relacionan:

Tabla 1. Estado de las acciones por las revisiones previas:

ACCIONES POR LA REVISIÓN 2021	ESTADO
Articular el manual de perfiles del cargo con el cronograma que maneja el área de gestión del conocimiento y el cronograma de capacitaciones, con el fin de mejorar sistemáticamente las competencias del personal en función de lo requerido para la prestación del servicio y las necesidades y expectativas de las partes pertinentes interesadas.	Cerrada
Implementar Hypersoft para el sistema de archivo de hojas de vida que permita una mejor identificación y trazabilidad de la información cuando esta sea requerida.	Cerrada
Identificar los mecanismos de captación de pacientes de todos los programas, con el fin de llevar estadísticas que permitan tomar acciones a cerca de los más efectivos para la organización.	Cerrada
Generar y entregar formalmente copias de seguridad a los gestores de proceso, de la información trabajada antes de los ajustes en los equipos, servidores, correos institucionales.	Cerrada
Hacer actividades de autoevaluación y la apropiación de las acciones con los resultados aquí encontrados, con fechas de implementación, según los requisitos establecidos en la resolución 3100 del 2019.	Cerrada
Fortalecer el programa de bienestar organizacional generando una articulación con las coordinaciones de Gestión Humana y Gestión del conocimiento.	Cerrada
Implementación de nueva imagen corporativa.	Cerrada
Ampliación de sedes en otras ciudades del país para dar cumplimiento de planeación estratégica Institucional en cuanto al plan de expansión, mejorar experiencia del usuario por accesibilidad, mejorar la capacidad instalada en las salas de atención con relación al cumplimiento de medidas de Bioseguridad por pandemia.	En proceso
Fortalecer las tecnología de información y comunicación de la organización a través de contratación de talento humano en el campo de las Ingeniería de sistemas, fortalecimiento de las redes, lograra la funcionalidad del Software de nómina para mejorar la oportunidad de liquidación y pago.	Cerrada



2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS QUE SEAN PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

A través del documento contexto se consolidan los cambios pertinentes al sistema de gestión de la calidad correspondiente al año 2021, los cuales se agrupan en factores internos, para hacer referencia a las cuestiones internas y factores externos para hacer referencia a las cuestiones externas, a continuación, se relacionan:

Tabla 2. Cambios en las Cuestiones Internas 2021:

FACTOR	CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS
Factor Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de imagen corporativa – logo, cambio realizado con el equipo de comunicaciones de la organización. • Implementación del PAMEC con enfoque en Acreditación en Salud, cambio realizado a través de la contratación de un asesor externo que realiza el acompañamiento en las fases del planear, hacer, verificar y actuar, incluyendo el fortalecimiento de las competencias del personal durante la implementación, con una inversión económica de \$200.000.000.
Factor Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollos es el software SegCividEV, el cual es usado para el seguimiento de pacientes sospechosos o confirmados con Covid-19. • Desarrollo de herramienta tecnológica para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. • Gestión de la integridad de los datos en la organización través de su modelo de seguridad basado en roles, usuarios y permisos. • Identificación de estadísticas en call center, de llamadas entrantes.
Factor Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Crea el aplicativo “Gestión del Conocimiento” el cual es una plataforma por Moodle el cual fue diseñado por el gestor del conocimiento en asocio con el líder TICS. • Cambio de colaboradores en diferentes niveles de la organización, tal es el caso de: Coordinación de Calidad, Directora SIAU. • Vinculación de colaboradores al equipo TIC. • Disposición de un ingeniero de sistemas en el área de call center para la resolución inmediata de situaciones y fallas que se presenten en el proceso.
Factor Competitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Celebración de convenio docencia en el mes de noviembre 2021. • Prestar el servicio de vacunación PAI para aumentar la cobertura de vacunación en la población objeto de los contratos y ofertar vacunas particulares, en el mes de enero 2021. • Prestación de servicio de vacunación COVID el 29 de abril 2021 en el punto de vacunación ubicado en el primer piso del edificio Ronda Real. • El equipo interdisciplinario del programa de obesidad recibió certificado en SCOPE 2021.



	<ul style="list-style-type: none"> Exclusión del proceso Promoción y mantenimiento de la salud del sistema de gestión de la calidad debido a finalización del contrato por parte de la EPS Referenciación internacional granada - España a dos colaboradores de la organización desde el 20 de noviembre 2021 hasta el 26 de noviembre 2021 para identificar los modelos de atención en salud. Implementación de la estrategia de pico y cedula para la realización de los exámenes de laboratorio teniendo en cuenta el ultimo digito de su identificación. Inicio de contrato de cesación tabáquica para la atención de pacientes fumadores activos. Entrenamiento teórico practico con la fundación neumológica colombiana por un periodo de 6 meses. Habilitación de la segunda sede en el Distrito de Barranquilla, Caminos IPS SAS Norte, para la prestación de servicios del programa de Obesidad. Obtención de la Licencia de Práctica Médica para Equipos de Rayos X y habilitación del Servicio de Imágenes Diagnósticas no Ionizantes en la Sede Ronda Real Tercer Piso.
Factor Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Contratación de equipo externo de Marketing, Marketing Digital, Diseñador Gráfico. Ampliación de las cuentas de correo institucional a 450 usuarios. Contratación de equipo externo de producción audiovisual para dinamizar los contenidos comunicativos internos y externos de la organización. Implementación de la estrategia de humanización de la marca "Tómate una Pausa en el Camino", publicaciones de mensajes positivos en redes sociales y que permiten hacer conexiones entre los seguidores y la marca. Realización del "Segundo Concierto Caminos Del Amor", innovando en esta ocasión en la visualización del concierto desde las plataformas digitales YouTube e Instagram Live. Ajuste en la producción del programa radial "Un café con Yazid", donde inicialmente, se modifica el nombre en "Un Café con Caminos IPS" y se inician las transmisiones en Instagram Live en simultáneo con la entrevista radial. Alianza estratégica con Mutual SER EPS, para la ejecución de estrategias de promoción y mantenimiento de la salud.
Factor Proceso	<ul style="list-style-type: none"> Conformación del Comité de Compras. Conformación del Comité Gestión Humana. Conformación del Comité de Contratación. Implementación de nómina electrónica. Implementación de facturación electrónica.



Tabla 3. Cambios en las Cuestiones Externas 2021:

FACTOR	CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS
Factor Económico	Cambios en la cobertura del sistema de salud evidenciando un incremento a nivel departamental pasando de 1.494.666 afiliados a 1.511.469, en el régimen subsidiado.
Factor Tecnológico	Inicio de la interoperabilidad entre Caminos IPS y Mutual SER EPS, para la consulta de derechos de sus afiliados de manera rápida y actualizada.
Factor Ambiental	Orientaciones brindadas por el Gobierno Nacional para la vacunación COVID 19.

3. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EL EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

3.1 SATISFACCIÓN AL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS.

La organización cuenta con diferentes escenarios a través de los cuales recibe retroalimentación de las partes interesadas pertinentes, los cuales son:

- Procedimiento encuestas de satisfacción: a través de este procedimiento se busca conocer la percepción que tiene el usuario sobre los servicios recibidos en nuestra institución, para determinar la tasa de satisfacción global y establecer las acciones preventivas, correctivas y de mejoras.
- Procedimiento de PQRSF: a través de este procedimiento se reciben, tramitan y dan respuesta a las sugerencias, quejas y reclamos interpuesta por los usuarios, relacionadas con los servicios prestados en Caminos IPS, analizar la viabilidad de las sugerencias y proponer acciones de mejora del servicio teniendo en cuenta la misión Institucional.

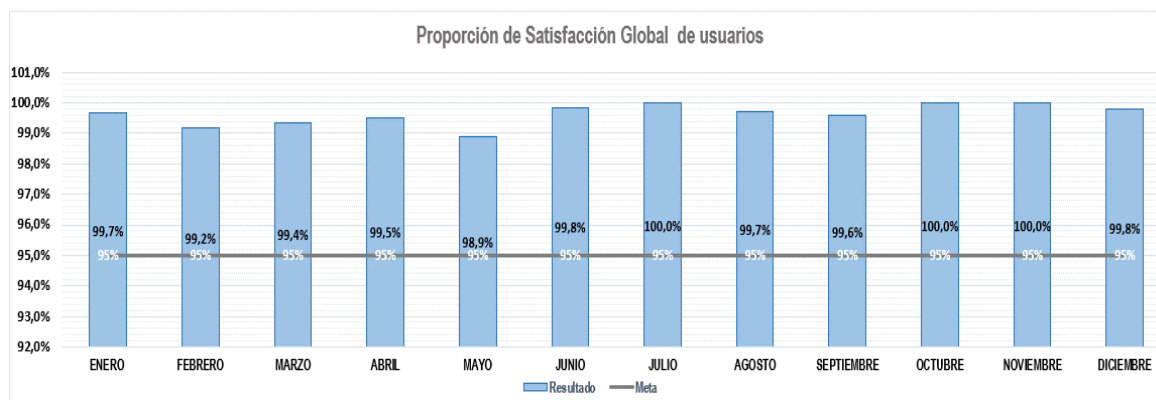
Los siguientes son canales a través de los cuales se realiza esta retroalimentación:

- Buzón de PQRSF ubicados en cada una de las salas de espera de Caminos IPS SAS.
- Buzón virtual ubicado en la página web caminosips.com, con disponibilidad de acceso las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.
- Correo: pgrsf@caminosips.com

Para el año 2021, se aplicaron un total de 7.953 encuestas de satisfacción, con una tasa promedio de satisfacción del 96,6%. En promedio se encuestan a 663 usuarios mensuales. A continuación, se detalla el comportamiento mensual del indicador de satisfacción:



Grafica 1. Proporción de Satisfacción Global 2021



Respecto a la retroalimentación por peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, se describe el comportamiento de la organización durante la vigencia 2021:

Grafica 2. Comportamiento PQRSF 2021



La anterior grafica indica que los usuarios y clientes empresariales utilizan el recurso de quejas y reclamos como el más frecuente para retroalimentar a la organización respecto a sus necesidades y expectativas insatisfechas, con un total de 1708 quejas y reclamos, a continuación, se describe el comportamiento respecto a las quejas y reclamos:



Grafica 3. Cantidad de Quejas y Reclamos 2021



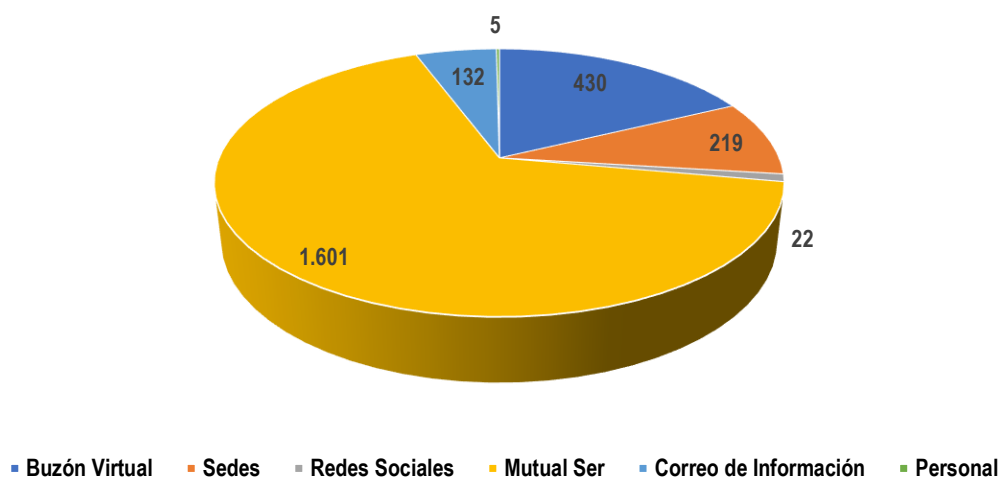
De acuerdo con esta información, la organización gestiona las quejas y reclamos, identificando las necesidades y desarrollando actividades resolutorias, buscando la satisfacción de los usuarios, clientes y partes interesadas. Tal como lo indica la Gráfica 3. La mayor cantidad de quejas y reclamos están relacionadas con oportunidad en la atención, accesibilidad y atención en tele orientación, a continuación, se describen algunas de las principales acciones implementadas:

- Contratación de médicos generales suficientes para la demanda.
- Reporte de pacientes hiper consultantes a EPS y medico ocupacional de pacientes que tiene seguimiento por ARL.
- Parametrizar en SIOS consulta de 1 vez a los usuarios que son nuevos para la IPS y su oportunidad será de menor o igual a 3 días.
- Usuarios de control su consulta será asignadas después de los 10 días.
- Enviar base actualizada de pacientes de programas de crónicos para bloquear su acceso a las citas de morbilidad y direccionar a su médico tratante del programa.

Otro mecanismo implementado por la organización es la gestión de las peticiones y sugerencias, al verificar la información se identifica que el 100% de las peticiones y sugerencias corresponden a solicitud de citas y entrega de resultados de laboratorio. A continuación, se describe las principales fuentes de retroalimentación:



FUENTES DE RETROALIMENTACIÓN QUEJAS Y RECLAMOS 2021



Para la organización es de vital importancia, identificar aquellos aspectos positivos que las partes interesadas retroalimentan formalmente, a través de los mecanismos con los que se cuentan, estas son las felicitaciones. Durante la vigencia 2021, la organización recibió formalmente 91 felicitaciones el principal aspecto a resaltar es la atención por parte de todos los colaboradores de la organización. A continuación, se relaciona el comportamiento del año respecto a las felicitaciones para cada uno de los meses:

Tabla 4. Relación de Felicitaciones 2021

Mes	No de felicitaciones
enero	1
febrero	2
marzo	7
abril	4
mayo	12
junio	8
julio	23
agosto	8
septiembre	12
octubre	5
noviembre	5
diciembre	4
Total	91



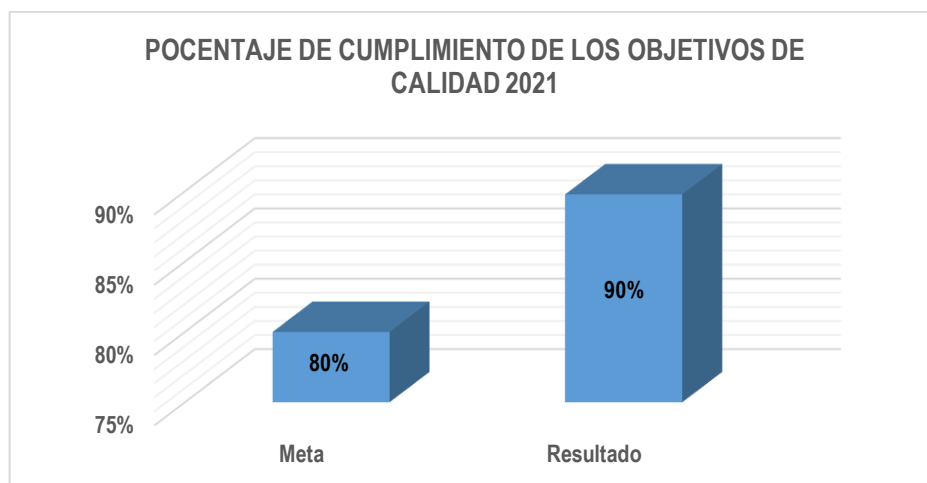
3.2 GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Caminos IPS SAS, con el propósito de aumentar la satisfacción de nuestros usuarios, apoyados en una dinámica de mejoramiento continuo, cuenta con tres (3) Objetivos de Calidad, estos objetivos se miden a través de ochenta y tres (83) Indicadores de Gestión, que permiten evidenciar su cumplimiento. A continuación, se relacionan los tres (3) Objetivos de Calidad:

1. Diseñar estrategias que nos ayuden a ser reconocidos por la excelencia en la prestación del servicio de nuestra institución a través de la atención oportuna, disponibilidad de insumos y accesibilidad en el servicio.
2. Contar con Capital Humano competente, que se caracterice por ofrecer una atención amable y cordial.
3. Contar con infraestructura Física y Tecnológica óptima para garantizar la seguridad a usuarios y la mejora continua en nuestros procesos.

A través de la siguiente gráfica se evidencia que la organización sobrepasó la meta establecida para los objetivos de calidad, con un porcentaje promedio del 90% respecto a la meta del 80%.

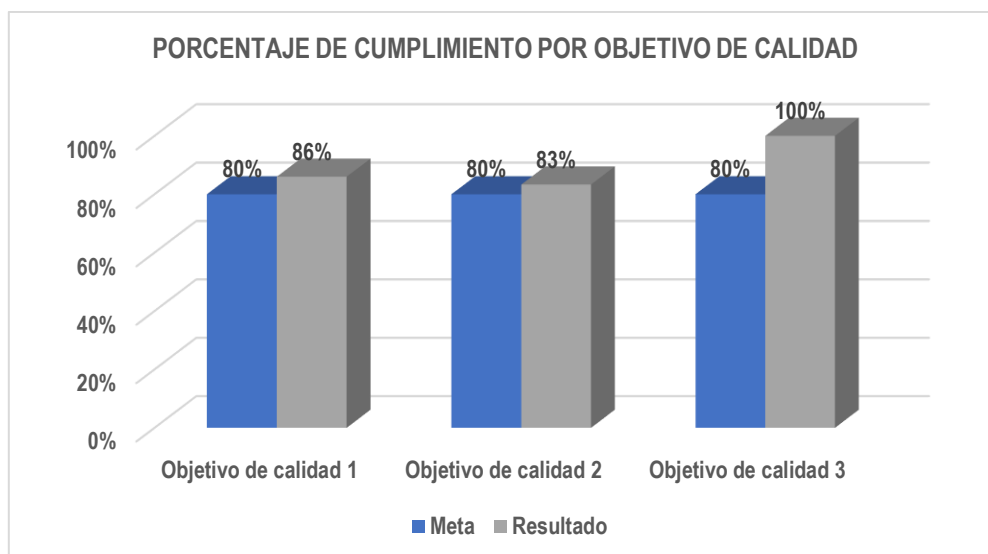
Gráfica 5. Porcentaje de cumplimiento de los Objetivos de Calidad



A través de la Gráfica 6, se evidencia el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los objetivos de calidad, respecto a la meta propuesta.



Grafica 6. Porcentaje de cumplimiento por Objetivo de Calidad:



A continuación, se detallan los procesos que permiten evidenciar el cumplimiento para cada uno de los objetivos de calidad.

Para el Objetivo de Calidad 1. ***Diseñar estrategias que nos ayuden a ser reconocidos por la excelencia en la prestación del servicio de nuestra institución a través de la atención oportuna, disponibilidad de insumos y accesibilidad en el servicio***, se identifican un total de sesenta (60) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 86%:

Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento del Objetivo de Calidad 1 por proceso:

Objetivo de Calidad 1	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Gestión de Comunicaciones en Salud	100%	4	4
SIAU	100%	1	1
Gestión Financiera	100%	1	1
Consulta Externa	63%	5	8
Servicio farmacéutico	50%	2	4
Atención Integral DTC	100%	8	8
Atención Integral VIH	85%	11	13
Gestión Humana	77%	10	13
Gestión de Mejora	100%	8	8
Total	86%	50	60



Los procesos que evidencian menor cumplimiento en los indicadores relacionados con el Objetivo de Calidad 1, son: Servicio Farmacéutico (50%), Consulta Externa (63%) y Gestión Humana (77%).

Para el Objetivo de Calidad 2. **Contar con Capital Humano competente, que se caracterice por ofrecer una atención amable y cordial**, se identifican un total de ocho (8) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 83%:

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento del Objetivo de Calidad 2 por proceso:

Objetivo de calidad 2	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
SIAU	67%	2	3
Gestión Humana	100%	5	5
Total	83%	7	8

Para el objetivo de calidad 3. **Contar con infraestructura física y tecnológica óptima, para garantizar la seguridad a los usuarios y la mejora continua de los procesos**, se identifican un total de veinte seis (26) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 100%:

Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento del Objetivo de Calidad 3 por proceso:

Objetivo de calidad 3	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Servicio Farmacéutico	100%	1	1
Gestión Logística	100%	8	8
Gestión TIC	100%	11	11
Gestión Estratégica	100%	6	6
Total	100%	26	26

3.3 EL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, LA CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS Y LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

La organización cuenta con un total ochenta y tres (83) indicadores que evidencian el desempeño de los procesos, de los cuales setenta y cuatro (74) de ellos cumplieron en promedio con las metas establecidas por la misma organización, lo cual arroja un porcentaje de cumplimiento promedio anual de 90 %, tal como se describe a continuación:



Tabla 8. Porcentaje de cumplimiento por proceso enero a octubre 2021:

Proceso	% Cumplimiento	Indicadores Cumplidos	Total Indicadores
Gestión Estratégica y de Calidad	100%	6	6
Gestión de Comunicaciones en Salud	100%	4	4
Consulta Externa	63%	5	8
Atención Integral DTC	100%	9	9
Atención Integral VIH	77%	10	13
Servicio Farmacéutico	60%	3	5
Gestión Financiera	100%	1	1
Gestión Humana	100%	6	6
Gestión Logística	100%	8	8
Gestión de Mejora	100%	8	8
SIAU	75%	4	4
TIC	100%	11	11
Total	90%	74	83

A continuación, se relaciona el detalle para cada uno de los procesos:

3.3.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD:

En el proceso Gestión Estratégica y de Calidad, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 6 de 6 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la siguiente gráfica:

Grafica 7. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Estratégica y de Calidad:



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión Estratégica y Calidad son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Estratégica y de Calidad:

Indicadores	Meta	Resultado
Porcentaje de Contratos legalizados oportunamente cliente EPS	95%	95%
Porcentaje de Contratos legalizados oportunamente (Contratación con otros clientes)	95%	95%
Porcentaje de Cumplimiento de actividades generadas en Unidad de Planeación	90%	95%
Porcentaje de Cumplimiento oportuno de actividades de PDI	90%	93%
Porcentaje de Cumplimiento del ingreso prospectado en pesos	90%	92%
Porcentaje de Cumplimiento en el presupuesto de costos y gastos	90%	115%

Todos los indicadores evidencian un porcentaje de cumplimiento adecuado de acuerdo con la meta establecida; se proponen las siguientes estrategias con el fin de dinamizar indicadores potencialmente críticos para el proceso, como son:

- Porcentaje de Cumplimiento en el presupuesto de costos y gastos.
- Porcentaje de Contratos legalizados oportunamente cliente EPS.

Las principales estrategias establecidas son:

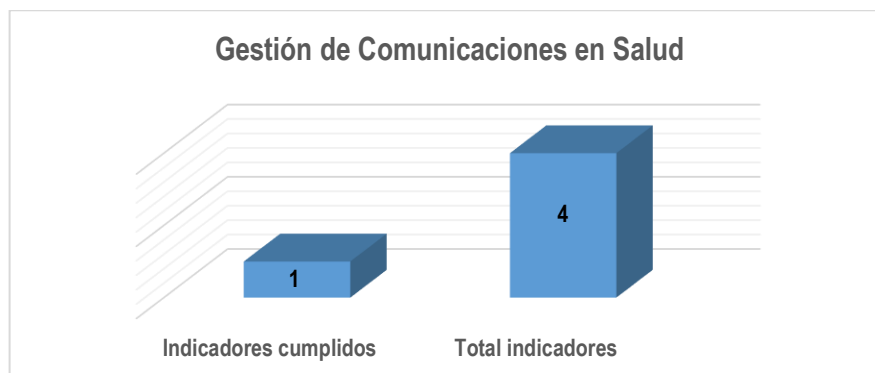
- Seguimiento para la legalización de los contratos a través de la Dirección Administrativa y Financiera – Gerencia.
- Revisión periódica de la facturación con el cliente.
- Implementación de sistemas de costeos por contrato.

GESTIÓN DE COMUNICACIONES EN SALUD

En el proceso Gestión de Comunicaciones en Salud, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 4 de 4 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:



Grafica 8. Porcentaje de cumplimiento del Proceso Gestión de Comunicaciones



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión de Comunicaciones en Salud son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 10. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión de Comunicaciones en Salud:

Indicadores	Meta	Resultado
Tiempo de Respuesta de Proyectos (Días)	30	14
Tiempo de Respuesta a Requerimientos (Días)	20	20
Cumplimiento de cronogramas del proceso	80%	84%
Porcentaje de Requerimientos atendidos no Programados	30%	35%

Todos los indicadores evidencian un cumplimiento adecuado respecto a la meta establecida, lo que denota una buena gestión del proceso.

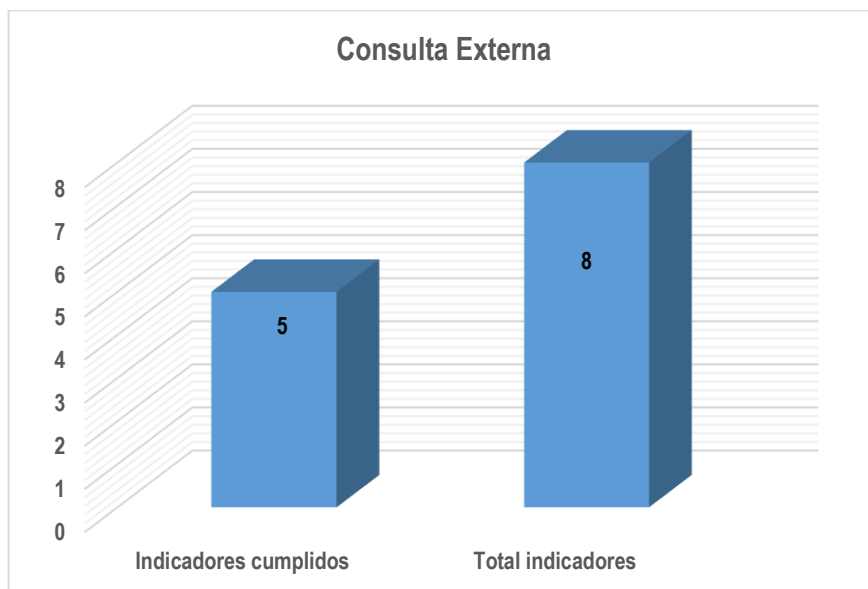
3.3.2 PROCESOS MISIONALES

CONSULTA EXTERNA

En el proceso Consulta Externa, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 63%, que corresponde a 5 de 8 Indicadores de Gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:



Gráfica 9. Porcentaje de cumplimiento del Proceso Consulta Externa:



Los indicadores que hacen parte del proceso Consulta Externa son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 11. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Consulta Externa:

Indicadores	Meta	Resultado
Oportunidad de asignación de citas de primera vez Medicina General (Días)	3	6,8
Oportunidad de asignación de citas de primera vez Odontología (Días)	3	17
Oportunidad cita control por odontología (Días)	7	14
Oportunidad en citas de Urgencias Odontológica (Minutos)	10	7
Referencias realizadas a segundo y tercer nivel (Disminuir)	15%	4%
Demanda atendida	90%	90%
Calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica	80%	83%
Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada	90%	97%

Los indicadores que evidencian un porcentaje de cumplimiento de acuerdo con la meta establecida son: Oportunidad en citas de Urgencias Odontológica, Referencia realizadas a segundo y tercer nivel, Referencia realizadas a segundo y tercer nivel, Demanda atendida, Calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica, Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada. Sin embargo, se evidencian tres (3) indicadores que no cumplieron con la meta propuesta, los cuales son: Oportunidad de asignación de citas de primera vez Medicina



General, Oportunidad de asignación de citas de primera vez Odontología, Oportunidad cita control por odontología.

Los resultados de los indicadores de Oportunidad se deben a:

- La frecuencia altamente variable de la recepción de las base de datos de los pacientes, dificulta la identificación sistematizada y parametrizada de las atenciones realizadas por primera vez.
- Incremento en la demanda de atenciones debido al cierre súbito de EAPB en la ciudad, lo que implica un ajuste de capacidad instalada inmediato que, a su vez, afecta los tiempos de oportunidad mientras se ejecutan.
- Pacientes hiperconsultantes.

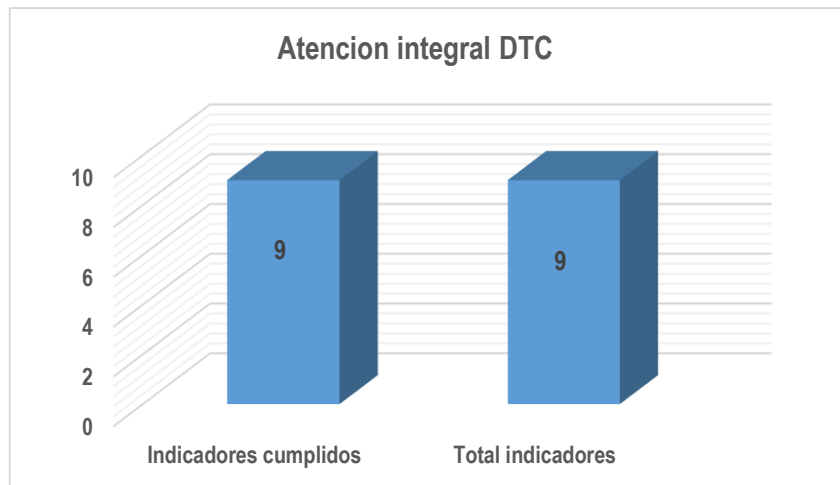
Las principales estrategias implementadas son:

- Identificación y reporte a la EPS de pacientes hiper consultantes.
- Aumento de la capacidad instalada del servicio de odontología.
- Gestión para la parametrización del software con el fin de identificar, de manera correcta, los pacientes de primera vez.
- Solicitud formal a la EPS de bases de datos actualizadas los 5 primeros días de cada mes.
- Enviar base de datos actualizada de pacientes de programas crónicos para bloquear su acceso a las citas de morbilidad y direccionar a su médico tratante.
- Establecer ruta de remplazo de inasistentes en odontología.
- Generar alertas para identificación de usuarios hiperconsultantes.
- Reemplazo oportuno de citas canceladas.
- Asignación de médicos exclusivos para población nueva.

ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO DTC

En el proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 75%, que corresponde a 9 de 9 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:

Grafica 10. Porcentaje de cumplimiento del proceso atención integral DTC:



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Tabla 12. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC

Indicadores	Meta	Resultado
Pacientes con diabetes mellitus en metas de HbA1c (\geq)	65%	74%
Pacientes hospitalizados por desenlaces (\leq)	2%	0,3%
Pacientes que reingreso por los mismos desenlaces (\leq)	8%	0%
Incidencia de pacientes estadio 5 (\leq)	5%	0%
Pacientes con ERC remitidos oportunamente a diálisis (3,4,5) (\leq)	2%	0%
Pacientes nuevos DM /HTA captados efectivamente en el programa	3600	4829
Adherencia a guías de práctica clínica Hipertensión	90%	93%
Adherencia a guías de práctica clínica Diabetes	80%	88%
Adherencia a guías de práctica clínica Enfermedad Renal Crónica	80%	87%

Todos los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC, evidenciaron un cumplimiento adecuado con respecto a la meta propuesta por la organización. Se recomienda continuar con la implementación de estrategias y buenas prácticas, tales como:

Pacientes con diabetes mellitus en metas de HbA1c (\geq)

- Documentar el programa de adherencia: criterios de ingreso, actividades, frecuencia de atenciones.
- Implementar las visitas domiciliarias a pacientes que persisten fuera de metas.
- Implementar el programa de adherencia en las diferentes sede de Caminos IPS SAS.

Pacientes hospitalizados por desenlaces (\leq)

- Conformar el Programa de Adherencia para usuarios HTA y DM, para fortalecer los estilos de vida saludables, cumplimiento del plan farmacológico y brindar asesoría psicológica al usuario y familia.
- Implementar el programa de adherencia en las distintas sedes de atención del programa.
- Fortalecer programa de falla cardiaca desde los usuarios en estadios A hasta los D; prevenir la progresión de la lesión cardiaca inicial con la disminución del tabaquismo, adecuado control de la presión arterial.
- Fomentar estrategia de prevención terciaria y secundaria.

Pacientes que reingreso por los mismos desenlaces (\leq)

- Solicitar envío oportuno de base de pacientes hospitalizados a gestora de EPS.
- Educación al usuario y familia sobre notificar a su médico o auxiliar si estuvo hospitalizado.
- Entrenar a las auxiliares de enfermería para el seguimiento de pacientes hospitalizados de acuerdo a informe de remisiones emitido por el Software Prevrenal.
- Generar disponibilidad de agendas para pacientes con egreso hospitalario.



- Tener citas prioritizadas para los pacientes con egresos hospitalarios por médico general o por medicina interna, además de realizar atención de psicología para fortalecer la adherencia a los hábitos saludables y al plan farmacológico.

Incidencia de pacientes estadio 5 (\leq)

- Educar al cuidador sobre el tipo de alimentación y medidas preventivas de progresión renal, a través del equipo integral.
- Continuar con las atenciones domiciliarias mensuales o quincenales de acuerdo al perfil de riesgo del paciente.
- Mitigar la progresión a diálisis de estos pacientes con la atención integral, humanizada y educativa al usuario y familiar.
- Fortalecer las atenciones intensivas e integrarles a los pacientes con enfermedad renal avanzada evitar la progresión a diálisis.
- Promover la alimentación baja en sal, grasas, y disminuir la automedicación con medicamentos nefrotóxicos.
- Desarrollo de campañas periódicas de salud renal, ¡Cuida tu riñón!
- Mantener el monitoreo de los pacientes con progresión renal.

Pacientes con ERC remitidos oportunamente a diálisis (3,4,5) (\leq)

- Realizar seguimiento semanal a pacientes estadio 5 por auxiliar de enfermería y por nutricionista.
- Contar con disponibilidad de un equipo domiciliario.
- Fortalecer las capacidades y empoderamiento del equipo de nutricionista para brindar al usuario y familia una atención basada en guías y protocolos de acuerdo al perfil biopsicosocial y económico.
- Empoderar al cuidador sobre el seguimiento en casa de los pacientes con daño renal avanzado, educarlo en la alimentación sana y seguimiento del plan terapéutico.
- Empoderar al cuidador sobre el seguimiento en casa de los pacientes con daño renal avanzado, educarlo en la alimentación sana y seguimiento del plan terapéutico.

Pacientes nuevos DM /HTA captados efectivamente en el programa

- Continuar con el fortalecimiento de la búsqueda activa de pacientes con riesgo cardiovascular, a través de dos (2) auxiliares base para seguimiento de pacientes inasistentes.
- Socialización continua al personal asistencial sobre los criterios de ingreso al Programa DTC, además del uso de la estrategia de tamizajes en salas de espera.
- Mantener estrategia de BAI semanalmente.
- Ofertar servicios de acuerdo a demanda potencial de usuarios con diagnóstico de HTA y/ DM. Monitorear mensualmente el crecimiento de la población.



- Resocializar el RIAS de HTA y de DM para identificación precoz de los pacientes con factores de riesgo para enfermedades crónicas, realizar el diagnóstico y establecer el tratamiento oportuno.
- Fortalecer la línea de atención de call center con auxiliares de enfermería.

Adherencia a Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial

- Continuar con el fortaleciendo los conocimientos y empoderamiento de los médicos y demás prestadores con las Guías de Práctica Clínica a través de guías de entrenamiento desarrolladas en articulación con el Proceso de Gestión del Conocimiento.
- Seguimiento continuo de la adherencia de las Guías de Práctica Clínica a través del Comité de Historias Clínicas.
- Resocializar las Guía de Práctica Clínica por canales internos de comunicación a todos los colaboradores.
- Fortalecimiento de las competencias y capacidades a través de talleres de casos clínicos.

Adherencia a Guías de Práctica Clínica Diabetes

- Actualización de la Guía de Diabetes Mellitus con base a las últimas actualizaciones de la evidencia científica.
- Socialización de la Guía de Diabetes Mellitus al personal asistencial.
- Seguimiento mensual del uso racional de medicamentos por químico farmacéuta.
- Entrenamiento sobre el uso de insulinas y ajustes
- Fortalecimiento de las competencias y capacidades a través de talleres de casos clínicos.

Adherencia a Guías de Práctica Clínica Enfermedad Renal Crónica

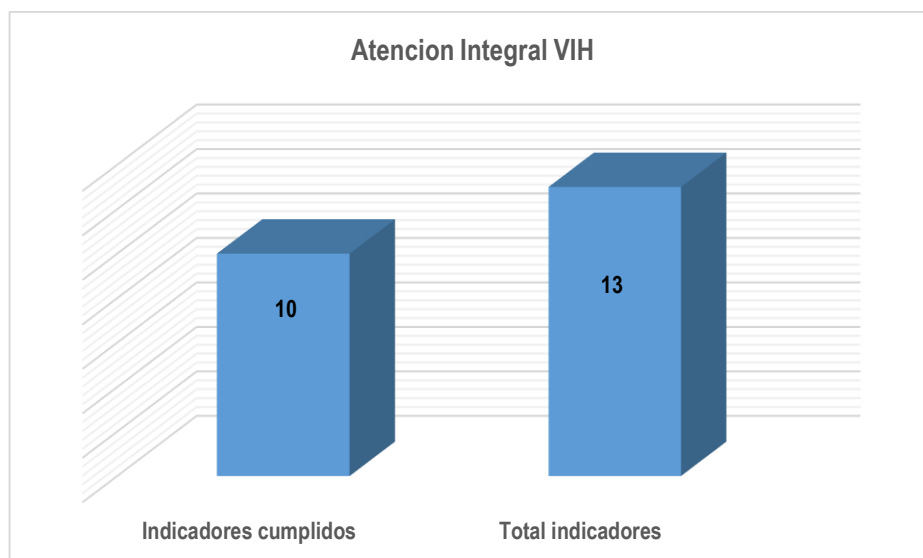
- Actualización de la Guía de Enfermedad Renal Crónica con base a las últimas actualizaciones de la evidencia científica.
- Implementación y socialización de Guía de Enfermedad Renal Crónica a los médicos generales y demás prestadores.
- Programar capacitaciones de uso racional de medicamentos en pacientes renales avanzados.
- Construir un vademécum de los medicamentos más utilizados en el programa.
- Fortalecimiento de las competencias y capacidades a través de talleres de casos clínicos.



ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO VIH

En el proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 77%, que corresponde a 10 de 13 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la siguiente gráfica:

Grafica 11. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH:



Los indicadores que hacen parte del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 13. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH:

Indicador	Meta	Resultado
Oportunidad de Citas a Pacientes Nuevos	3	7
Asistencia al Programa	90%	92%
Continuidad en el Tratamiento	90%	91%
Tasa de Enfermedades Oportunistas en pacientes Prevalentes (disminuir)	30%	27%
Porcentaje Global de Pacientes con CV (carga viral) Indetectable	90%	71%
Transmisión Vertical	0%	0%
Hospitalización (disminuir)	3%	1%
Mortalidad	3%	0%



Adherencia	80%	74%
Satisfacción Global	90%	99%
Porcentaje de pruebas de Tuberculina Realizadas	80%	86%
Gestantes con TARV	100%	100%
Porcentaje de Mujeres con VIH Usan Algún Método de Planificación	85%	91%

Los indicadores que presentaron limitaciones en su cumplimiento fueron:

Oportunidad de Citas a Pacientes Nuevos, con un resultado de 7 días y con una meta de 3 días, las principales situaciones que contribuyeron al incumplimiento fueron:

- Incremento de la base de datos de pacientes a atender, debido al cierre de EPS en Colombia durante la vigencia 2021.
- Cambios del personal médico experto para la atención de pacientes.
- Médicos expertos contratados presentan novedades personales.
- Dificultades por parte del usuario para la asistencia al programa.

Las principales estrategias implementadas para la Oportunidad de Citas a Pacientes Nuevos fueron:

- Contratación de nuevos médicos expertos.
- Gestión a través de la EPS para contactar a los usuarios y educar en la importancia de la asistencia al programa.
- Ampliación de la jornada de atención por Caminos IPS.
- Reasignación de citas a los usuarios.
- Gestionar con la EPS la actualización de información personal y de contacto de nuevos pacientes.

Porcentaje global de pacientes con CV (carga viral) indetectable, con un resultado del 71% y con una meta de 90%, las principales situaciones que contribuyeron al incumplimiento fueron:

- Pacientes con baja adherencia al programa por no aceptación del diagnóstico.
- Pacientes con baja adherencia al programa por estar ubicados en municipios.
- Pacientes con baja adherencia al programa por ser habitantes de calle.
- Ingreso de pacientes nuevos no adherentes.

Las principales estrategias implementadas para la Oportunidad de Citas a Pacientes Nuevos fueron:

- Educación de pacientes del programa y la importancia de la adherencia.
- Envío de tratamiento antirretroviral a pacientes que se encuentran ubicados en municipios.
- Educación y refuerzo a la red de apoyo (familiares) de la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Reporte ante IPS de aquellos pacientes que se han traslado a otras ciudades del país para ubicarlos en IPS más cercana.
- Referencia de pacientes a servicios de hospitalización de salud mental.



- Asignación de auxiliar para verificación de ruta de atención con los pacientes no adherentes, en Cartagena y los municipios.
- Aplicación de estrategia de supervisión de medicamento mano-boca en pacientes que lo requieran.
- Seguimiento a pacientes no adherentes por psicología y químico farmacéutico.

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, con un resultado del 74% y con una meta de 80%, las principales situaciones que contribuyeron al incumplimiento fueron:

- Pacientes con baja adherencia al programa por no aceptación del diagnóstico.
- Pacientes con baja adherencia al programa por estar ubicados en municipios.
- Pacientes con baja adherencia al programa por ser habitantes de calle.
- Ingreso de pacientes nuevos no adherentes.

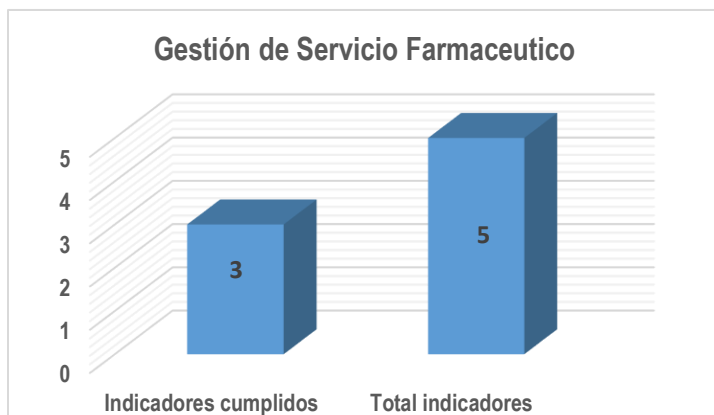
Las principales estrategias implementadas para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral fueron:

- Educación de pacientes del programa y la importancia de la adherencia.
- Envío de tratamiento antirretroviral a pacientes que se encuentran ubicados en municipios.
- Educación y refuerzo a la red de apoyo (familiares) de la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Reporte ante IPS de aquellos pacientes que se han traslado a otras ciudades del país para ubicarlos en IPS más cercana.
- Referencia de pacientes a servicios de hospitalización de salud mental.
- Asignación de auxiliar para verificación de ruta de atención con los pacientes no adherentes, en Cartagena y los municipios.
- Aplicación de estrategia de supervisión de medicamento mano-boca en pacientes que lo requieran.
- Seguimiento a pacientes no adherentes por psicología y químico farmacéutico.

GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

En el proceso Gestión del Servicio Farmacéutico, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 60%, que corresponde a 3 de 5 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:

Grafica 12. Porcentaje de cumplimiento del Proceso Servicio Farmacéutico:



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión del Servicio Farmacéutico Riesgo son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 14. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Servicio Farmacéutico:

Indicadores	Meta	Resultado
Oportunidad entrega de medicamentos pendientes entregados	95%	92%
Oportunidad entrega de medicamentos	95%	95%
Porcentaje de eventos adversos a medicamentos	100%	100%
Medicamentos y dispositivos médicos no conformes	3%	0%
Adherencia	90%	81%

Los indicadores que presentaron limitaciones en su cumplimiento fueron:

Oportunidad entrega de medicamentos pendientes entregados, con un resultado de 92% con respecto a la meta establecida del 95%. El incumplimiento se materializó en el mes de marzo, no se entregaron oportunamente catorce (14) paquetes de medicamentos por inconvenientes administrativos. En razón de lo anterior, se implementaron estrategias tales como:

- Pagos oportunos a los proveedores de la organización.
- Revisión y reajuste del proceso administrativo para controlar la materialización del riesgo.

Adherencia al tratamiento farmacológico, con un resultado del 81% con respecto a la meta trazada del 90%. Las estrategias implementadas para la Adherencia al Tratamiento Farmacológico fueron:

- Sensibilizar al paciente en la importancia de administrarse los medicamentos puntualmente y estar atento al llamado de atención médica.
- Reforzar adherencia haciendo énfasis en la importancia de la asistencia a controles mensuales.
- Entrenamiento al paciente sobre la utilización de los medicamentos y la adopción de estilos de vida saludable.

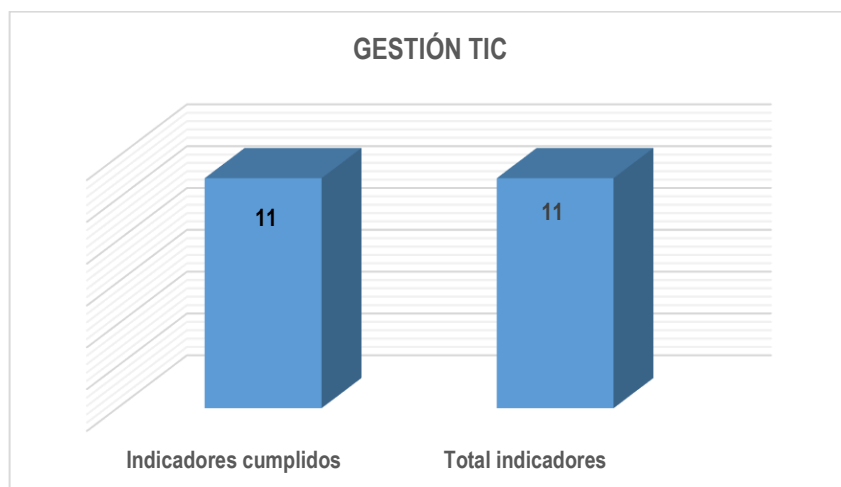
3.3.3 PROCESOS DE APOYO

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN -TIC

En el proceso Gestión TIC, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 11 de 11 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:



Grafica 13. Porcentaje de cumplimiento del Proceso Gestión TIC



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión TIC son los que se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión TIC:

Indicador	Meta	Resultado
Solución de Incidencias Correctivas	90%	99%
Solución de Incidencias Innovadoras	100%	98%
Oportunidad de Solución de Incidencias Baja Complejidad	3	1
Oportunidad de Solución Incidencias Mediana Complejidad	2	1
Oportunidad de Solución de Incidencias Alta Complejidad	1	1
Oportunidad de Solución de Incidencias Críticas	4	1
Cumplimiento de Mantenimiento Preventivo de Equipos de Cómputo e Impresoras	95%	100%

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA

En el proceso Gestión Administrativa y Logística, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 8 de 8 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la siguiente gráfica:



Consolata Mz. H lote 4

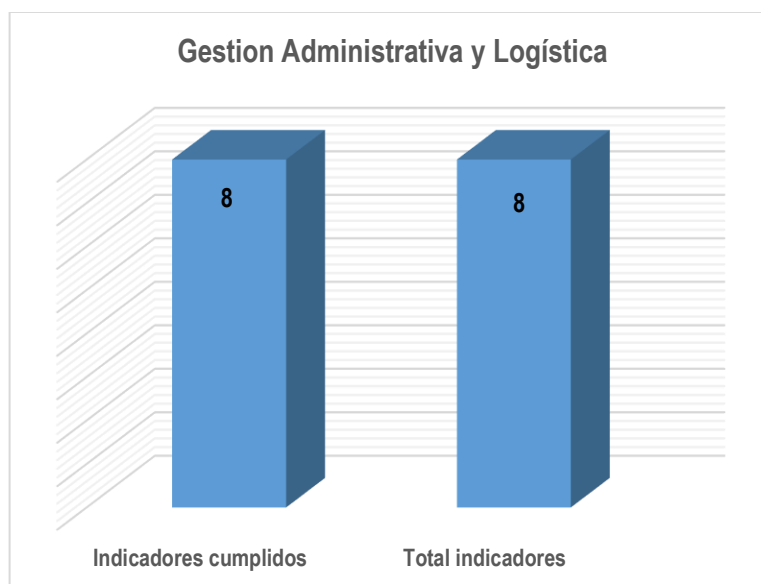


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Grafica 14. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Gestión Administrativa y Logística:



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión Administrativa y Logística evidenciaron un comportamiento adecuado con relación a la meta propuesta, tal como se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla 16. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Administrativa y Logística:

Indicador	Meta	Resultado
Porcentaje De Cumplimiento Del Cronograma Comités Compras	90%	100%
Tiempo De Respuesta De Los Mantenimientos Correctivos (Horas)	24	9
Oportunidad En La Entrega De Insumos	10 días	3
Reporte De Entrega De Requerimiento Que Cumplen Las Especificaciones	85%	93%
Oportunidad en la Entrega de Insumos (papelería, equipos biomédicos equipos de oficina, medicamentos).	10	3
Porcentaje de Cumplimiento Mantenimiento Red de Frio.	90%	99%
Cumplimiento Mantenimientos Preventivos Equipos Biomédicos	90%	100%
Entregas que Cumplen con las Especificaciones Solicitadas a los Proveedores	85%	98%

GESTIÓN FINANCIERA

Se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 1 de 1 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:



Grafica 15. Porcentaje de cumplimiento del proceso gestión financiera:



El indicador que hace parte del Proceso Gestión Financiera evidenció un comportamiento adecuado con relación a la meta propuesta, tal como se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla 17. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Financiera:

Indicadores	Meta	Resultado
Porcentaje de cumplimiento de Ingresos Proyectados	95%	106%

GESTIÓN HUMANA

En el proceso Gestión Humana, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 6 de 6 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la siguiente gráfica:

Grafica 16. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Gestión Humana:



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión Humana son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 18. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Humana:

Indicador	Meta	Resultado
Rotación Del Personal (entre el 5 y el 15%)	15%	1%
Cumplimiento de Requisitos de Ingreso de Hojas de Vida	95%	95%
Porcentaje de Cumplimiento de Solicitud de Recobro de Incapacidades	95%	98%
Cumplimiento en la Fecha de Pago de la Nomina	28	28
Cumplimiento en el Pago de la Planilla de Seguridad Social	6	6
Cumplimiento de Capacitaciones	80%	82%

Todos los indicadores evidencian un porcentaje de cumplimiento adecuado de acuerdo con la meta establecida; se proponen las siguientes estrategias con el fin de dinamizar indicadores potencialmente críticos para el proceso, como son:

- Gestión para el licenciamiento de los correos electrónicos institucionales a todos los colaboradores de la organización lo cual permita la realización de las capacitaciones virtuales por la herramienta tecnológica Microsoft Teams.
- Formalizar reunión con líderes de proceso para la programación de las capacitaciones de acuerdo con las programaciones realizadas.
- Socializar con los líderes de proceso la metodología para medición de la eficacia de las capacitaciones.
- Revisar y ajustar la metodología implementada para la medición de la eficacia de las capacitaciones.

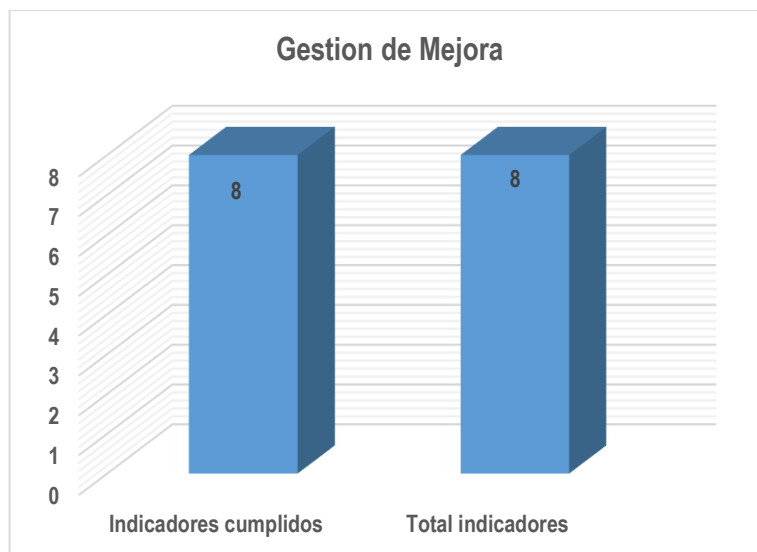
3.3.4 PROCESOS DE CONTROL

GESTIÓN DE MEJORA

En el proceso gestión de mejora, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 8 de 8 Indicadores de gestión, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:

Grafica 17. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión de Mejora:





A continuación, se relacionan los indicadores que evidencian el cumplimiento del proceso, se identifica que todos los indicadores se cumplieron en el periodo:

Tabla 19. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión de Mejora:

Indicador	Meta	Resultado
Porcentaje de servicios contratados habilitados en REPS	100%	100%
Porcentaje de cumplimiento del cronograma de comités institucionales normativos	100%	100%
Porcentaje de cumplimiento del reporte de los indicadores de gestión por proceso (en la vigencia)	90%	100%
Porcentaje de cumplimiento del reporte de información a entes de control a cargo de Calidad	100%	100%
Cumplimiento de auditorías internas	100%	100%
Porcentaje de cierre de acciones de mejora de vigencia.	90%	98%
Porcentaje del alcance del sistema de gestión de calidad de los servicios prestados	48%	48%
Porcentaje de Cumplimiento del PAMEC	90%	96,6%

Todos los indicadores evidencian un porcentaje de cumplimiento adecuado de acuerdo con la meta establecida; se proponen las siguientes estrategias con el fin de dinamizar indicadores potencialmente críticos para el proceso:

Porcentaje de servicios contratados habilitados en REPS:

- Continuar dinamizando la articulación entre la Dirección Científica Asistencial, la Coordinación Médica y la Coordinación de Calidad, de manera que el flujo de información sobre las novedades de servicios y capacidades instaladas fluya adecuadamente, garantizando los trámites de forma oportuna en REPS.
- Socializar la nota técnica de los contratos a suscribir con el cliente EPS, para garantizar la habilitación en REPS de la totalidad de los servicios a contratar.



Porcentaje de cumplimiento del cronograma de comités institucionales normativos:

- Generar alertas y comunicados formales a los líderes de comité que incluyan las fechas establecidas en el cronograma institucional.
- Realizar el cargue de las actas de reunión en el Software habilitado los diez (10) primeros días del mes siguiente a la reunión.
- Realizar seguimiento a los compromisos y planes de mejora producto de las reuniones de Comité, a través del Proceso de Gestión de Mejora.

Porcentaje de cumplimiento del reporte de los indicadores de gestión por proceso (en la vigencia):

- Generar alertas y recordatorios formales a los líderes de procesos y gestores de programas que incluyan las fechas establecidas en el cronograma de reporte institucional.
- Realizar el cargue del resultado y análisis de los indicadores de gestión, en software habilitado, los diez (10) primeros días del mes siguiente y los quince (15) primeros días siguientes para los indicadores de Gestión Financiera.
- Realizar seguimiento a los análisis de causas y acciones generadas a través del Proceso de Gestión de Mejora.

Porcentaje de cumplimiento del reporte de información a entes de control a cargo de Calidad:

- Reportar con base al Cronograma de Reportes Normativos Interno, en el cual se establecen fechas límites de cargue anteriores a las fechas establecidas por los entes de control, con la finalidad de evitar que se materialice el riesgo de no reportar o realizar reportes inoportunos.

Cumplimiento de auditorías internas

- Continuar con el diseño anual del Cronograma Anual de Auditorías Interna y ejecutarlas con base a lo planeado.

Porcentaje de cierre de acciones de mejora de vigencia

- Generar alertas y recordatorios formales a los líderes de procesos y gestores de programas que incluyan las fechas establecidas en el cronograma de reporte institucional.
- Continuar con el seguimiento al cierre de los hallazgos y no conformidades a través del Proceso de Gestión de Mejora.

Porcentaje de Cumplimiento del PAMEC

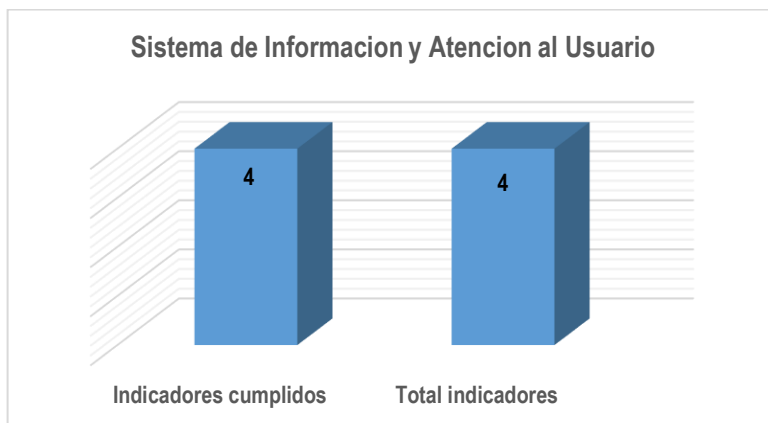
- Continuar con el cumplimiento de la ruta Crítica con enfoque en Acreditación, con base a la metodología normativo y los tiempos establecidos en la proyección.
- Ejecutar en Plan de Acción en todas las sedes de Caminos IPS para garantizar el aprendizaje institucional y la mejora continua.



GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO – SIAU

En el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 75%, que corresponde a 3 de 4 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la siguiente gráfica:

Gráfica 18. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario:



Los indicadores que hacen parte del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario son los que se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 20. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario:

Indicador	Meta	Resultado
Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios de Caminos IPS	95%	96.6%
Gestión de Quejas y Reclamos	100%	84%
Gestión de Peticiones y Sugerencias	80%	80%
Días de Solución de las PQRSDF (días)	5	4

El indicador que presentó limitaciones en su cumplimiento fue:

Gestión de quejas y reclamos con un resultado del 84% y con una meta del 100%, las principales situaciones que contribuyeron al incumplimiento fueron:

- Alto volumen de las PQRSF debido a la transición de la atención presencial por la emergencia sanitaria.



- Cambios en personas que conforman el equipo de trabajo, lo cual impacto en brindar respuestas oportunas.
- Capacidad humana limitada para la atención de los servicios de salud.

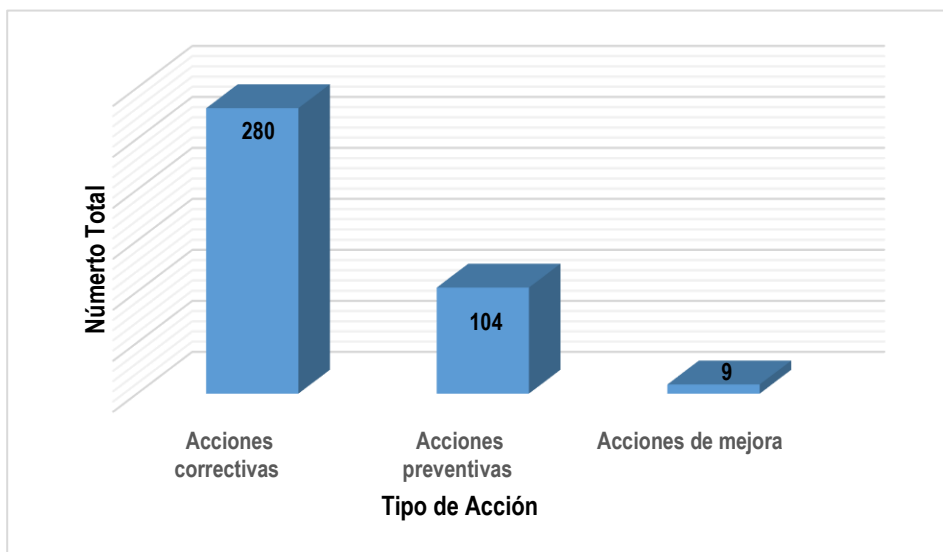
Las principales estrategias implementadas para la gestión de las PQRSF fueron:

- Contratación del Director SIAU con el fin de gestionar mejoras en el proceso y diseñar estrategias para la reducción de las PQRSF.
- Contratación de médicos generales suficientes para la demanda.
- Reporte de pacientes hiper consultantes a EPS y medico ocupacional de pacientes que tiene seguimiento por ARL.
- Parametrizar en SIOS consulta de 1 vez a los usuarios que son nuevos para la IPS y su oportunidad será de menor o igual a 3 días.
- Usuarios de control su consulta será asignadas después de los 10 días.
- Enviar base actualizada de pacientes de programas de crónicos para bloquear su acceso a las citas de morbilidad y direccionar a su médico tratante del programa.

3.4 LAS NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

La organización gestiona las no conformidades a través de diferentes herramientas, tales como: el Formato de Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora, donde se registran las acciones a implementar, resultado de los hallazgos o no conformidades de auditorías internas y externas, realizadas por entes de control, clientes empresariales, entre otros. Además, se utiliza la Matriz de Gestión del Riesgo y Oportunidades. A continuación, se relaciona el total de acciones de la organización identificadas y gestionadas desde enero hasta diciembre de 2021:

Gráfica 19. Relación de acciones correctivas, preventivas y mejoras de enero a diciembre 2021



La siguiente tabla relaciona el total de acciones correctivas, preventivas y mejoras por fuente:

Tabla 21. Relación de acciones consolidadas en el Formato de Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora.

Fuente	Acciones correctivas	Acciones preventivas	Acciones de mejora
Total	280	104	9
Auditoria Mutua Ser	82	-	4
Auditoria Salud Total	85	-	-
Auditoria Sede Barranquilla	2	-	-
Auditoria Seguimiento Domiciliario	7	-	-
PRASS Mutua Ser	3	-	-
Auditoria interna de Gestión	62	-	-
Auditoria ICONTEC seguimiento	2	-	-
Auditoria ICONTEC Recertificación	20	-	-
Auditoria DADIS SOGC	12	-	-
Auditoria DADIS Dengue	5	2	-
Gestión del riesgo - controles	-	93	-
Gestión del riesgo - tratamientos	-	9	-
Gestión de oportunidades	-	-	5

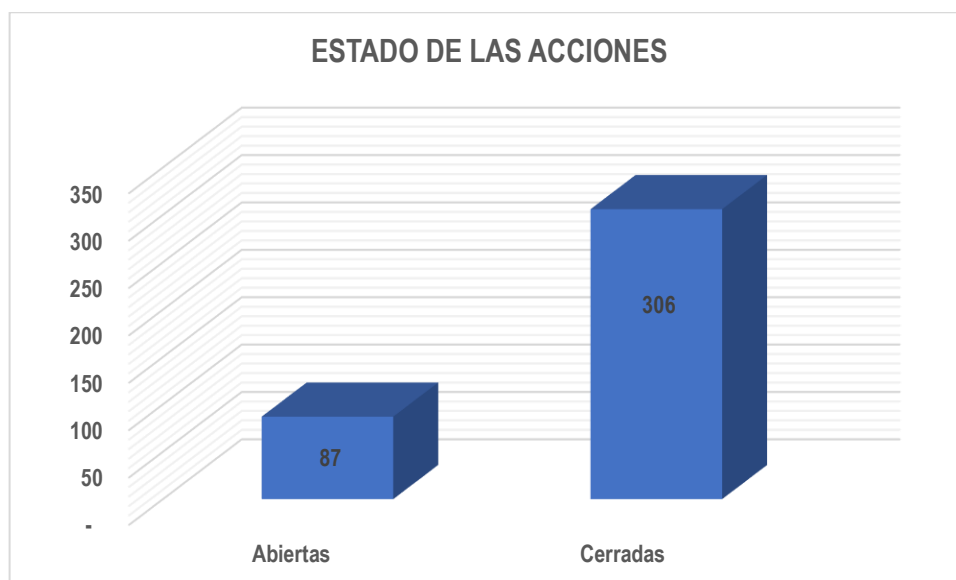
De acuerdo con la tabla anterior se identifica que de la fuente Formato de Acciones Correctivas Preventivas y Mejora la organización ha documentado 393 acciones, de las cuales el 71% corresponden a acciones correctivas, las cuales permiten dar cierre a las no conformidades, 26% son Preventivas y 2% de Mejora

ESTADO DE LAS ACCIONES

En la siguiente grafica se evidencia el estado de las acciones, se cuenta con un total de 393 acciones, de las cuales 306 se encuentran cerradas y 87 se encuentran abiertas, estas acciones abiertas corresponden a: Auditoria de Mutua Ser con siete (7) acciones, Auditoria Interna de Gestión con sesenta (60) acciones, con fecha de cierre para la vigencia 2022, Auditoria Interna de Recertificación con veinte (20) acciones, con fecha de cierre para la vigencia 2022.

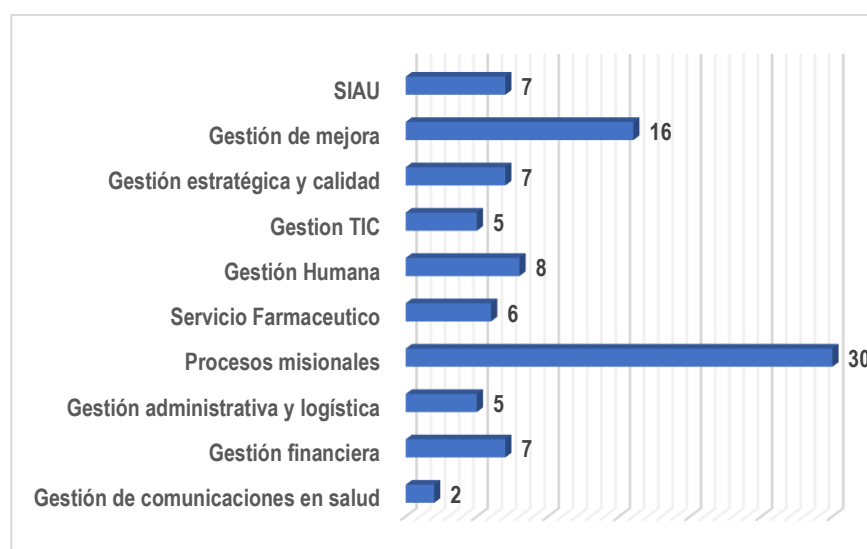


Grafica 20. Estado de las Acciones Vigencia 2021

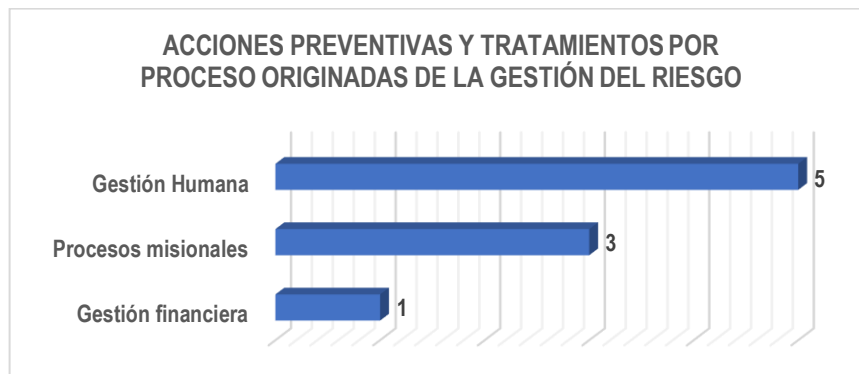


Respecto a las acciones preventivas que se implementan en la organización, estas se gestionan a través de la Matriz de Gestión de Riesgos y Oportunidades, desde enero hasta diciembre del 2021 se cuenta con un total de 93 controles o acciones preventivas y 9 tratamientos que también son consideradas acciones preventivas. Las cuales se relacionan a continuación:

Grafica 21. Relación de las acciones preventivas – controles por proceso originadas por la Gestión del Riesgo:

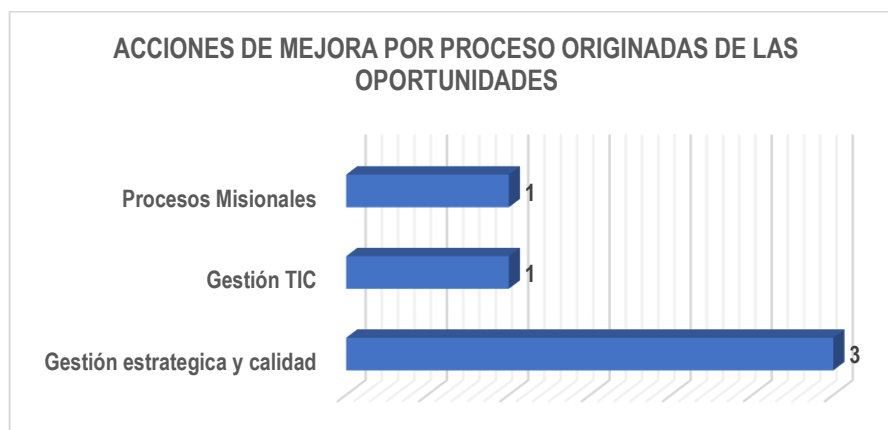


Grafica 22. Relación de las Acciones Preventivas - Tratamientos por proceso originadas por la gestión del riesgo:



Otra de las fuentes a través de las cuales la organización identifica acciones de mejora, es la Matriz de Gestión de Oportunidades, en el año 2021 se han identificado 3 oportunidades que se dinamizan a través de 5 acciones de mejora, a continuación, se describe en la gráfica 23 las acciones de mejora por proceso:

Grafica 23. Relación de las acciones de mejora por proceso originada de la gestión de las oportunidades



PRODUCTOS NO CONFORMES

Respecto a los productos no conformes, en el periodo de enero a diciembre 2021 no se han presentado productos no conformes debido al control en la recepción técnica, temperatura, humedad relativa y demás controles del servicio farmacéutico, se resalta que se han almacenado un total de 14.346 medicamentos. En la siguiente tabla se relaciona la cantidad de medicamentos almacenado en el servicio por mes:



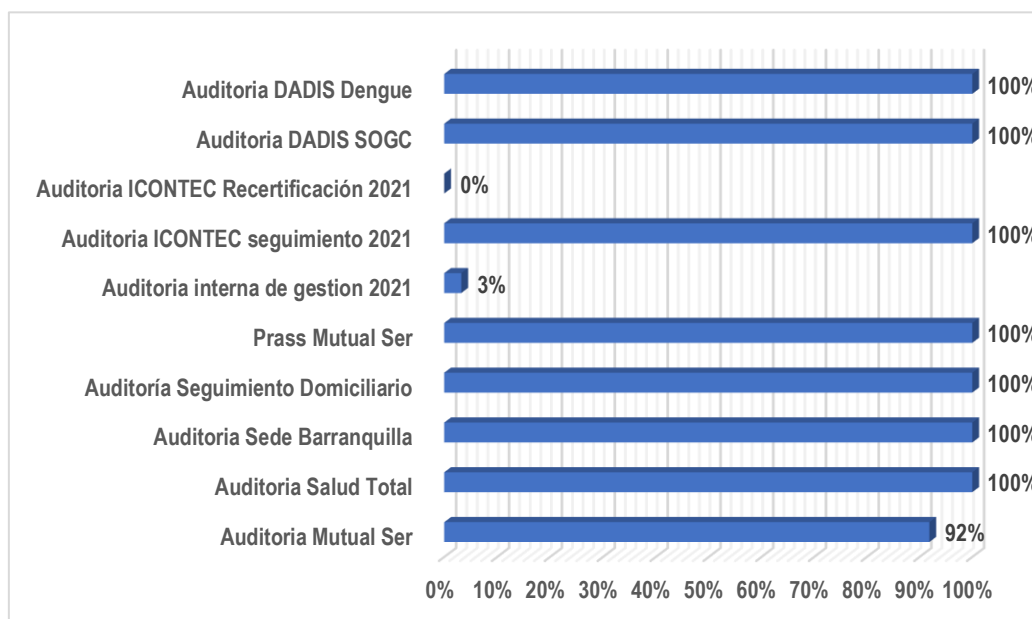
Tabla 22. Relación de medicamentos almacenados y no conformes de enero a octubre 2021.

Mes	Cantidad de medicamentos	Productos no conformes
Enero	1314	0
Febrero	1318	0
Marzo	1396	0
Abril	1494	0
Mayo	1508	0
Junio	1453	0
Julio	1446	0
Agosto	1461	0
Septiembre	1487	0
Octubre	1469	0

3.5 RESULTADOS DE AUDITORÍA

Durante la vigencia 2021, la organización recibió auditorías de primera, segunda y tercera parte, correspondientes a auditorías internas del Sistema de Gestión, auditorías realizadas por los entes de control, clientes empresariales EPS y las auditorías de seguimiento y de recertificación realizadas por el organismo certificador ICONTEC. A continuación, se describe el porcentaje de acciones por cada auditoría:

Grafica 24. Total de acciones resultado de las auditorías Internas y Externas.



ESTADO DE LAS ACCIONES RESULTADO DE AUDITORÍAS

La siguiente tabla evidencia el estado de las acciones resultado de las Auditorías Internas y Externas: se cuenta con un total de 311 acciones, de las cuales EL 304 se encuentran cerradas y 7 se encuentran abiertas, estas acciones abiertas corresponden a: Auditoría de Mutual Ser con siete (7) acciones.

Es pertinente indicar que las acciones resultado de la Auditoría Interna de Gestión 2021 y la Auditoría de Certificación 2021, se encuentran abiertas ya que se proyecta su cierre en la vigencia 2022.

Tabla 23. Estado de las acciones por auditoria 2021

Auditorias	% Acciones por Auditoria Cerradas	Acciones correctivas + preventivas y mejora	Abiertas	Cerradas
Auditoria Mutual Ser	92%	86	7	79
Auditoria Salud Total	100%	85	0	85
Auditoria Sede Barranquilla	100%	2	0	2
Auditoria Seguimiento Domiciliario	100%	7	0	7
PRASS Mutual Ser	100%	3	0	3
Auditoría interna de gestión 2021	3%	62	60	2
Auditoria ICONTEC seguimiento 2021	100%	2	-	2
Auditoria ICONTEC Recertificación 2021	0%	20	20	0
Auditoria DADIS SOGC	100%	12	-	12
Auditoria DADIS Dengue	100%	7	0	7
TOTAL	80%	286	87	199

3.6 EL DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS

La organización cuenta con el procedimiento de selección, evaluación y reevaluación de proveedores el cual se realiza anualmente, este fue aplicado a 10 proveedores que afectan directamente la prestación de los servicios, los resultados se describen a continuación:

Tabla 24. Resultado de la evaluación de proveedores año 2021

Proveedor	Calificación	Resultado
Biolab	3,8	Aprobado
Bio Maintenance SAS	3,8	Aprobado
Comercializadora Andiflex SAS	3,7	Aprobado
Construcciones y Servicios Saladen	4	Aprobado
Dotarmedica SAS	3,8	Aprobado



Ingeambiente del Caribe SA	4	Aprobado
International Tele Medical System Colombia SAS	4	Aprobado
Inversiones Bis	3,8	Aprobado
Sysnet	3,5	Aprobado
Tecnielectronic y CIA SAS	3,9	Aprobado

Se evidencia que todos los proveedores cumplieron con los criterios establecidos por la organización, los cuales son: criterios estratégicos, criterios técnicos, criterios comerciales. Cabe indicar que los proveedores con resultados iguales o mayores a 3.5 se establecen como aprobados en la etapa de evaluación y reevaluación.

4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS.

La organización ha proyectado la adecuación de los recursos en el año 2021 a través de un presupuesto general de ingresos, por un valor total de \$ 37.622.428.619, desde el mes de enero hasta diciembre la gestión para la consecución de estos recursos ha sido de \$ 39.937.917.003, lo que representa el 88% de lo proyectado. A continuación, se presenta de forma detallada la adecuación de los recursos en cada uno de los meses del año:

Tabla 25. Relación de ingresos presupuestados y recaudados 2021

Mes	Presupuestado	Ejecutado
Enero	3.497.461.216	1.772.793.526
Febrero	3.068.626.628	1.852.808.670
Marzo	3.382.465.384	1.847.531.574
Abril	3.553.685.198	2.008.118.475
Mayo	3.532.579.203	4.763.260.583
Junio	3.385.119.672	2.912.056.212
Julio	3.534.364.897	4.435.263.075
Agosto	3.106.649.562	7.591.160.341
Septiembre	3.072.847.246	3.003.946.728
Octubre	2.496.209.871	2.733.605.913
Noviembre	2.496.209.871	3.359.253.067
Diciembre	2.496.209.871	3.658.118.839
Total	37.622.428.619	39.937.917.003



5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES

La organización cuenta con una metodología para identificar y gestionar los riesgos y oportunidades, a través de la implementación de control o acciones y tratamiento. Estos controles o acciones son evaluados con el fin de asegurar su eficacia, en el caso de que se cumplan por lo menos 4 de los 5 criterios se establece que el control ha sido eficaz:

1. Los controles se han aplicado de acuerdo con las fechas establecidas.
2. El control cuenta con evidencias.
3. El control cuenta con un responsable.
4. El control ha evitado que el riesgo se materialice.
5. El control ha reducido el impacto o la probabilidad.

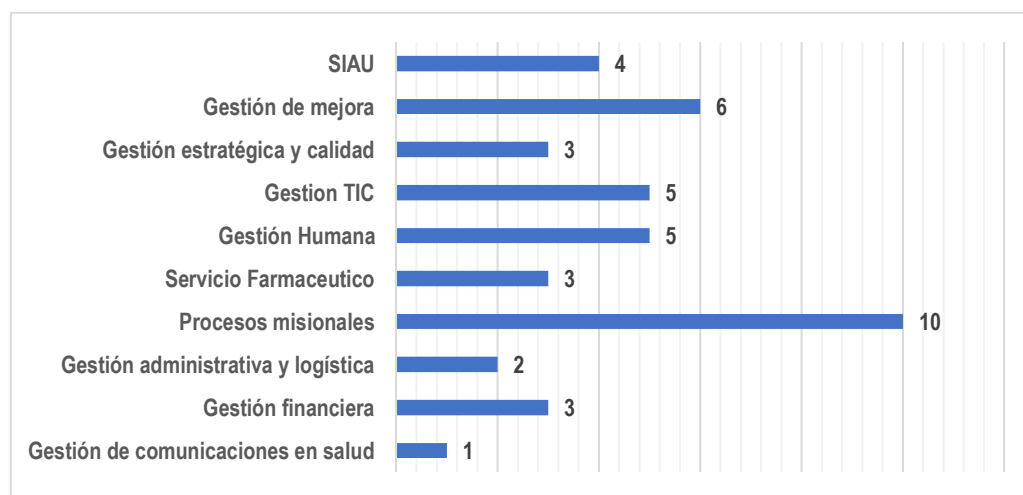
La organización ha gestionado un total de 42 riesgos, los cuales se han identificado y gestionado desde los diferentes procesos. Para el caso de los procesos que corresponden a atención de servicios en salud se estableció consolidarlos y establecer los controles de acuerdo con los programas y servicios ofertados, por tal motivo desde los procesos misionales se identifican y gestionan el 24% de los riesgos de la organización, seguido de gestión de mejora con un 14% del total de los riesgos, gestión TIC y Gestión Humana con un 12%.

Los 42 riesgos se gestionan a través de 93 acciones o controles, preventivos, correctivos y detectivos.

Durante el año 2021 de enero a diciembre 92 controles se califican como eficaces, teniendo en cuenta la metodología aplicada por la organización; sin embargo se materializaron 6 riesgos, por lo que se establecieron 9 tratamientos de los cuales 6 se encuentran cerrados.

A continuación, se relacionan los riesgos por proceso:

Grafica 25. Relación de riesgos por proceso:



La siguiente tabla detalla las controles o acciones para abordar los riesgos y la eficacia de estos:

Tabla 26. Relación de controles y su eficacia por proceso:

Procesos	N.º controles	Controles eficaces
Gestión de comunicaciones en salud	2	2
Gestión financiera	7	7
Gestión administrativa y logística	5	5
Procesos misionales	30	29
Servicio Farmacéutico	6	6
Gestión Humana	8	8
Gestión TIC	5	5
Gestión estratégica y calidad	7	7
Gestión de mejora	16	16
SIAU	7	7
Total	93	92

Respecto a la materialización de los riesgos se tuvieron los siguientes resultados desde enero hasta diciembre 2021:

Gestión Financiera: Un (1) riesgo materializado. El riesgo materializado es: La posibilidad de realizar pagos inadecuados sin soportes a empleados, proveedores y/o terceros, sin autorización o revisión previa. Pagos dobles en liquidaciones laborales y de nómina, cabe indicar que en los seguimientos se identifica que esta situación se ha reducido en un 95%. El tratamiento se encuentra en proceso y corresponde en estandarizar el procedimiento de liquidación de seguridad social.

Procesos Misionales: Dos (2) riesgos materializados:

- La posibilidad del inadecuado diligenciamiento o no diligenciamiento de la historia clínica, se establece un tratamiento enfocado en fortalecer la competencia del personal, se encuentra cerrado.
- La posibilidad del incumplimiento en la frecuencia de atención y tiempos de respuesta a consultas. se establece un tratamiento enfocado en analizar la capacidad instalada y disponer de más unidades odontológicas, este riesgo se encuentra en proceso.

Gestión Humana: La posibilidad de deserción laboral del personal calificado en la organización, se establece un tratamiento enfocado en los programas de bienestar y ajuste en la estructura salarial, se encuentra cerrado.

La posibilidad de que no se evalúe la eficacia de los entrenamientos en el personal que ingresa a la organización de manera oportuna, se estableció un tratamiento, enfocado en realizar acompañamiento a los jefes de procesos para las definiciones y mediciones de las eficacias, se encuentra cerrado.



La posibilidad que se contrate personal sin ser idóneo al cargo, se establece un tratamiento enfocado en generar una alianza estratégica con un proveedor de selección de personal y proporcionar cumplimiento al perfil del cargo, se encuentra cerrado.

Se establecen otros tratamientos los cuales son:

- Buscar opciones de proveedores para capacitaciones de ley y el seguimiento a estas, se encuentra cerrado.
- Generar relaciones con entidades corporativas para la formación del personal, se encuentra cerrado.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Durante el año 2021 se han formalizado en la organización tres (3) oportunidades, identificadas desde los procesos Gestión estratégica y calidad, Gestión TIC y de los procesos misionales. Estas oportunidades se han gestionado a través de 5 acciones de las cuales al corte de diciembre 2021, cuatro (4) se puede calificar como eficaces y cerradas.

Las oportunidades son:

La apertura de nuevas sedes y ampliación del portafolio de servicios, para contribuir al crecimiento y sostenibilidad de la organización, las acciones a través de las cuales se gestionó la oportunidad fueron:

- Brindar el servicio de vacunación COVID-19, teniendo en cuenta la dinámica que se maneja actualmente en el entorno debido a la emergencia Sanitaria por la Pandemia.
- Habilitar el servicio de imágenes diagnósticas ionizantes.
- Gestionar con los clientes empresariales actuales y potenciales nuevos contratos de servicios que impacten a la población contratada.

Mejorar las competencias de los colaboradores directivos de la organización desde la perspectiva asistencial, con un enfoque internacional, lo cual permita transferir el conocimiento a los colaboradores lo cual se refleje en el modelo de atención de la organización, las acciones a través de las cuales se gestionó la oportunidad fueron:

- Referenciación internacional Granada España.
- Disponibilidad de recursos para el fortalecimiento de las competencias de los colaboradores directivos asistenciales.



Posibilidad de que la organización adopte nuevas tecnologías para la habilitación de la modalidad de atención de telemedicina cumpliendo con la normatividad vigente, la acción a través de la cual se propone gestionar la oportunidad es:

- Retroalimentar la información relacionada con la oportunidad identificada en la primera unidad de planeación de la vigencia 2022, con el fin de proponer formulación y ejecución del proyecto a la Asamblea General de Accionistas.

7. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

7.1 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Generar la articulación de los diferentes Sistemas de Gestión implementados en la organización, en cuanto a políticas, documentación, indicadores, tal es el caso del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (con sus cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con enfoque en Acreditación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad en Salud), Sistema de Gestión de Calidad Norma ISO 9001:2015 y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ampliar el alcance de la certificación, bajo la Norma ISO 9001:2015, de los servicios prestados por la organización.
- Implementar un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Trabajar en actividades que permitan gestionar una política ambiental de manera integrada con los demás sistemas implementados.
- Implementar un sistema de gestión del conocimiento en la organización y articularlo con el sistema de gestión de la calidad.

7.2 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON NECESIDADES DE CAMBIO DEL SGC

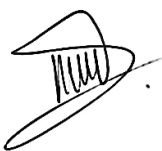
- Revisar y ajustar a la Política de Calidad e integrarla con los demás sistemas de la organización.
- Revisar y ajustar los objetivos de la calidad de la organización, incorporando de forma explícita componentes de trato humanizado, gestión del riesgo. Igualmente generar objetivos integrales con los demás sistemas de la organización.
- Ampliar el mapa de procesos incluyendo todos los servicios prestados en la organización.
- Revisar y ajustar la metodología de gestión del riesgo que permita una participación más activa por todos los colaboradores de la organización desde la identificación, gestión y documentación de estos.
- Incluir todos los procesos en el sistema de gestión documental de la organización.



7.3 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS NECESIDADES DE LOS RECURSOS

Para el año 2022 se tienen proyectado:

- Puesta en marcha de la sede Soledad, Barranquilla Sede Norte y Carmen de Bolívar para la prestación de servicios de los programas de atención integral y gestión del riesgo de Obesidad y Falla Cardíaca con una inversión aproximada de \$ 670.000.000.
- Puesta en marcha de la sede Providencia para la prestación de servicios del programa de atención integral y gestión del riesgo de Artritis y otras enfermedades reumatológicas, EPOC, Asma, Hipertensión Pulmonar y el fortalecimiento del programa de Obesidad, con una inversión aproximada de \$ 380.000.000.



MARTHA MATILDE CASTAÑO VERGARA
GERENTE GENERAL C
CAMINOS IPS SAS



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888