

GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD INFORME DE GESTIÓN 2022

CAMINOS IPS SAS



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

TABLA DE CONTENIDO

1. ESTADO DE LAS ACCIONES POR LAS REVISIONES PREVIAS	3
2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	5
3. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EL EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	10
3.1 SATISFACCIÓN AL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS	10
3.1.1 COMPORTAMIENTO DE PQRSF	11
3.2 GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	17
3.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS Y RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	20
3.3.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS	21
3.3.2 PROCESOS MISIONALES	23
3.3.3 PROCESOS DE APOYO	36
3.3.4 PROCESOS DE CONTROL	40
3.4 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS	44
3.4.1 ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA	44
3.4.2 ESTADO DE LAS ACCIONES	45
3.4.3 PRODUCTOS NO CONFORMES	49
3.5 RESULTADOS DE AUDITORÍA	49
3.5.1 ESTADO DE LAS ACCIONES RESULTADO DE AUDITORÍAS	50
3.6 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS	51
4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS	52
5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES	52
5.1 METODOLOGÍA PARA GESTIONAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES	52
5.1.1 RIESGOS	53
5.1.2 OPORTUNIDADES	53
5.2 RIESGOS Y OPORTUNIDADES POR PROCESO	54
5.2.1 RIESGOS	54
5.2.1 OPORTUNIDADES	55
6. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	57
6.1 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	58
6.2 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON NECESIDADES DE CAMBIO DEL SGC	59
6.3 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS NECESIDADES DE LOS RECURSOS	59



1. ESTADO DE LAS ACCIONES POR LAS REVISIONES PREVIAS

En la Revisión por la Dirección del año 2022 se establecieron doce (12) acciones, de las cuales se encuentran cinco (5) cerradas y siete (7) en proceso, a continuación se detalla el estado de las acciones de las revisiones previas:

Tabla 1. Estado de las acciones por las revisiones previas

Nº	ACCIONES POR LA REVISIÓN 2022	SEGUIMIENTO	ESTADO
1	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.	Durante la vigencia 2022 se logró la puesta en marcha de las sedes Norte y Soledad para la prestación de los servicios del programa de gestión del riesgo de Nutrición y Bienestar; a través de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Para la vigencia 2023 se tiene proyectado la habilitación la sede Caminos IPS SAS Carmen de Bolívar, Ronda Real Noveno Piso y Ramblas, las cuales se encuentran en fase de adecuación de infraestructura.	En Proceso
2	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.	EL 14/06/2022 se realizó inscripción de la sede Providencia del distrito de Cartagena, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS; para formalizar la prestación de servicios de los programas de gestión de riesgo de Artritis Reumatoide, EPOC, Asma, Hipertensión Pulmonar y Programa de Obesidad.	Cerrada
3	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.	A través de la implementación del Plan de Mejoramiento del PAMEC 2022, enfocado en Estándares de Acreditación, la organización avanzó en el proceso de articulación de los diferentes sistemas de gestión implementados. Para el cierre de la vigencia 2022, posterior a un ejercicio de análisis entre la Alta Gerencia, la Coordinación de Calidad y los asesores externos en Gestión Organizacional y Sistemas de Gestión de Calidad, se estandarizó la Política y Objetivos del Sistema de Gestión Integrado. Se proyecta priorizar los avances en la integración de documentos e indicadores para el PAMEC 2023.	En Proceso
4	Ampliar el alcance de la certificación, bajo la Norma ISO 9001:2015, de los servicios prestados por la organización.	En la Planeación Estratégica 2023 – 2027 se estableció un objetivo estratégico con sus metas, estrategias, indicadores y líneas de acción para lograr, de manera gradual, ampliar a 2027 el alcance de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad a 5 cinco sedes de la organización.	En Proceso
5	Implementar un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Caminos IPS SAS cuenta con Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo implementado de acuerdo a la normatividad legal vigente y en	Cerrada



		proceso de integración con los sistemas de gestión implementados en la organización.	
6	Trabajar en actividades que permitan gestionar una política ambiental de manera integrada con los demás sistemas implementados.	Durante la vigencia 2022 la organización implementó el Plan de Mejoramiento del PAMEC con enfoque en estándares de acreditación, en donde se priorizó la integración de los sistemas de gestión implementados por la organización. Se logró la estandarización Política y Objetivos del Sistema de Gestión Integrado, la cual tiene componentes del Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Seguridad Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental.	Cerrada
7	Implementar un Sistema de Gestión del Conocimiento en la organización y articularlo con el sistema de gestión de la calidad.	En el período comprendido entre enero y diciembre de 2022 se avanzó en la implementación de actividades del Proceso de Gestión del Conocimiento. A través del Plan de Mejoramiento del PAMEC, con enfoque estándares de acreditación, se priorizó el diseño de los procesos para la planeación, formalización, implementación, seguimiento y supervisión de las relaciones docencia servicio; logrando la estandarización un procedimiento que fue incluido dentro de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Para la vigencia 2023 se proyecta avanzar en el diseño, documentación e implementación del sistema.	En Proceso
8	Revisar y ajustar a la Política de Calidad e integrarla con los demás sistemas de la organización.	En el marco de la implementación del Plan de Mejoramiento del PAMEC 2022, enfocado en Estándares de Acreditación, se trabajó en el análisis de las políticas de los sistemas implementados en la organización, logrando la estandarización de la Política y Objetivos del Sistema de Gestión Integrado, la cual tiene componentes del Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Seguridad Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental.	Cerrada
9	Ampliar el mapa de procesos incluyendo todos los servicios prestados en la organización.	Durante la vigencia 2022 la Dirección de Epidemiología, la Coordinación de Calidad y los asesores externos en Gestión Organizacional y Sistemas de Gestión de la Calidad construyen propuesta de nuevo mapa de procesos, el cual incluye seis (6) procesos estratégicos, cuatro (4) procesos misionales, cuyas actividades están el marco del ciclo de atención de los estándares de acreditación en salud, diez (10) procesos de apoyo y un (1) proceso de control. Se planifica someter a aprobación por parte de la Alta Dirección y Unidad de Planeación, para estandarización en el segundo trimestre de 2023.	En Proceso



10	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.	A través de la implementación del Plan de Mejoramiento del PAMEC 2022, enfocado en Estándares de Acreditación, se estandarizó la Política y Objetivos del Sistema de Gestión Integrado, en donde se incluyó de manera explícita, para el Sistema de Gestión de Calidad, los componentes de cultura de humanización en la atención y se diseñaron objetivos para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Ambiental.	Cerrada
11	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.	Se realizó revisión del proceso de Gestión de Riesgos y Oportunidades implementado bajo los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, diagnóstico y plan para la articulación e implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas, de acuerdo con la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.	En Proceso
12	Incluir todos los procesos en el sistema de gestión documental de la organización.	En la vigencia 2022 se desarrolló y se logró la puesta en operación del Software Intranet de Caminos IPS, el cual se encuentra en un proceso de transición y migración de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad desde el Drive Institucional de Microsoft 365. Se proyecta para la vigencia 2023 finalizar el proceso.	En Proceso

2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS 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 2022, 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 2022

FACTOR	CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS
Factor Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> Contratación de asesor externo para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad - PAMEC con enfoque en Estándares de Acreditación en Salud, quien realiza acompañamiento en las fases del planear, hacer, verificar y actuar, incluyendo el fortalecimiento de las competencias del personal durante la implementación. Contratación de asesor externo en Sistema de Información y Costos para mejora en los procesos de gestión de la información y costeo de la organización. Vinculación de asesor externo para estructurar los reportes normativos y análisis de información de los contratos De Todo Corazón, Nutrición y Bienestar/Obesidad, PGP y Recuperación la Salud.



	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación de dos asesores externos en diseño y desarrollo de nuevos proyectos tecnológicos, soporte y desarrollo de nuevas funcionalidades en las plataformas tecnológicas de la organización. • Contratación de asesora externa en el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015. • Formalización de un contrato de asesoría jurídica. • Formalización de alianza estratégica entre las empresas Caminos IPS SAS, Construimos Soluciones Empresariales y Fundación Caminos para el manejo de la Dirección de Comunicaciones y Marketing y Comité de Comunicaciones, • Vinculación del Director de Epidemiología e investigación al Comité de Unidad de Planeación. • Delegación de la embajadora de la Felicidad Institucional. • Selección por parte del Programa de Comunidades Saludables de USAID de la Experiencia <i>Caminos de Esperanza</i>, en la convocatoria de sistematización de las respuestas ante de la emergencia sanitaria del coronavirus COVID 19 en Colombia, para salir publicados en el libro <i>Héroes y Heroínas de la Pandemia COVID 19 en Colombia</i>.
Factor Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del software de gestión de documentos del Sistema Gestión de la Calidad, el cual permite la creación, revisión, aprobación y consulta de los mismos. • Desarrollo e implementación de Aplicativo de administración y gestión de acciones y eventos adversos. • Desarrollo e implementación de Aplicativo de administración del PAMEC. • Desarrollo e implementación de Aplicativo de monitoreo Rondas de Seguridad. • Desarrollo e implementación de Aplicativo de Benchmarking. • Contratación con AWS de una infraestructura como servicio para el despliegue de toda su plataforma tecnológica aprovechando la seguridad, el soporte y el respaldo de Amazon Web Service, mejorando así la disponibilidad, el rendimiento y la seguridad de su información.
Factor Humano Talento	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del 7.3% de la población que conforma la planta del personal en comparación del N° de trabajadores contratados al finalizar el año 2021, pasando de 451 trabajadores en el mes de diciembre 2021 a 483 colaboradores con corte de diciembre de 2022. • Con la disminución de la productividad del programa COVID-19, por finalización de la emergencia sanitaria que inicio el año 2020, el 50% de los trabajadores que se encontraban vinculados a este programa fueron reubicados en los programas de Artritis, EPOC, Mujer Sana, VIH, DTC, procesos administrativos, esto con el fin de brindarles oportunidades laborales que permitieran la continuidad de su contratación. • Se contrata Coordinador de Gestión Documental, el 28 de marzo de 2022, para fortalecer los procesos y coordinar todas las actividades concernientes a la gestión documental, que contribuya con el aseguramiento, la custodia y el acceso a la documentación cuando sea requerida. • Se contrata Enfermera Jefe con especialidad en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud y Maestría en para el cargo de Gestora de Seguridad del Paciente, quien coordina y responde por el óptimo desempeño del Programa. • Se contrata nuevo Director SIAU el 13 de enero de 2022.



	<ul style="list-style-type: none"> Se asigna Coordinadora de la cohorte de Nutrición. Entrenamiento a una delegación de la organización en innovación por parte de la Gobernación de Bolívar.
Factor Competitivo	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó póster del Programa de Obesidad para el laboratorio Novonordisk. Participación en el foro de la OES en octubre de 2022 con el póster <i>Programa de Gestión del Riesgo para la detección temprana de cáncer de mama</i>. En mayo de 2022 se realizó la Ruta de Gestión de Pacientes con resultados de laboratorios críticos o de alarma. En junio de 2022 se realizó el curso COACH THE COACH por parte de trabajadoras sociales, auxiliares y enfermeras del programa de todo corazón como parte de la estrategia de valor para el manejo y control de los pacientes con diabetes mellitus, patrocinado por el laboratorio Novonordisk. En noviembre de 2022 se inicia contratación para la prestación de servicios del Programa de Salud Mental y Atención a Víctimas del conflicto del régimen subsidiado y contributivo. Implementación del Primer Taller de Arte y Poesía Ilustrativa en pacientes con VIH, Artritis y obesidad, con la finalidad acompañar la gestión en salud que permita a los participantes adquirir conocimientos y herramientas básicas para favorecer y fomentar el autocuidado y fortalecer la salud. El taller contó con la participación de un grupo de pacientes que se encontraban fuera de metas terapéuticas o inhaderentes. En diciembre de 2022 se realizó Curso de Polifarmacia para los colaboradores asistenciales de la organización, patrocinado por Mutual Ser EPS y Fundación Ser Social. Estructuración de datos para la Ruta de atención para pacientes con Artritis Reumatoide, Osteoporosis y Dislipidemia con el proyecto Amgen. Cocreación de la marca Isla Rosa para la promoción y recolección de recursos para las sobrevivientes del cáncer de mama y cérvix inicialmente. Convenio con el EPA estamento publico ambiental de Cartagena para ejecución conjunta del proyecto salvemos a juan de la mano de la Fundación Caminos . Asignación por parte de la alcaldía para administración y adecuación de la zona verde en frente de la sede de la consolata como parte del impacto ambiental que trabaja el valor de caminos IPS hacia la concientización ecológica .
Factor Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración del Comité de Comunicaciones a través de alianza estratégica entre las empresas Caminos IPS SAS, Construimos Soluciones Empresariales y Fundación Caminos para el manejo de la Dirección de Comunicaciones y Marketing. Realización del "Segundo Concierto Caminos Del Amor", innovando en esta ocasión en la visualización del concierto desde las plataformas digitales YouTube e Instagram Live. Producción del programa radial "Un Café con Caminos IPS" y se inician las transmisiones en Instagram Live en simultáneo con la entrevista radial. 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.



	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento de la marca a través de la producción de piezas digitales que evidencien a través de las redes sociales de la organización, los objetivos de la marca, la cultura de humanización y la educación al usuario frente a la importancia del autocuidado y bienestar emocional del ser humano. • Creación de la Revista Bienestar 360 para fomentar, a través de sus diferentes secciones, el bienestar para la salud y la felicidad. • Creación del espacio radial y por Instagram de entrevistas BienStar 360 con la dirección y presentación de la Gerente General. • Gestión y acompañamiento del Segundo Foro De Jóvenes Responsables, orientado a la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. • En las redes sociales se aumentó considerablemente el número de seguidores orgánicos, pasando de tener en promedio 1.000 seguidores a tener un poco más de 11.700. • Diseño e implantación de estrategias de comunicación de impacto en redes: Actividad física virtual (Transmisiones en vivo de lunes a viernes); Entrevistas virtuales, Webinar con expertos, Concurso de interacción con seguidores. • Espacio radial de 30 minutos semanales en frecuencia AM en la emisora La Cariñosa, incluyendo la reproducción de cuñas radiales de nuestra institución durante ese espacio de tiempo.
Factor Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño e Implementación de Metodología para la Gestión de Acciones y Eventos Adversos. • Avance en la caracterización de nuevos procesos como: Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental. • Ajustes en la caracterización del proceso Gestión de Mejora. • Actualización de página web con acceso a resultados de laboratorios y estudios radiológicos. • Se construcción y socialización de rutas de canales de acceso para solicitud de citas y radicación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF). • Actualización de aplicativo de encuesta de satisfacción, desagregando por municipio de atención y sedes; e incluyendo nuevos servicios ofertados. creación de la cohorte de Psoriasis, desnutrición, ruta de dislipidemia, osteoporosis. • Fortalecimiento de notificación, análisis para comité de vigilancia • Creación del manual de anonimización • Creación programa de sanos • Estandarización de gestoría de programas de gestión de riesgo

Tabla 3. Cambios en las Cuestiones Externas 2022

FACTOR	CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS
Factor Económico	<ul style="list-style-type: none"> • Según la resolución número 0000126 del 27 de enero de 2022, la distribución del gasto de funcionamiento en salud es de \$ 878.700.356.400 para la vigencia fiscal 2022, asignando para el departamento de Bolívar \$ 28.887.245.746 y \$ 645.554.400 para el distrito de Cartagena en el Sistema General de Salud del Régimen Subsidiado.



	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a los datos del aplicativo web “Cifras del Aseguramiento en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, el número de afiliados al SGSSS se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura nacional ha crecido desde el 29.21% en 1995 hasta el 99.12% registrado al cierre del 2022. La cobertura en el departamento de Bolívar ha aumentado del 99,79% en el 2020 a un 100% que se ha mantenido desde el diciembre de 2021 hasta el cierre de 2022; para el municipio de Cartagena se mantenido en el 100% desde diciembre de 2020 hasta 2022. De acuerdo a los datos del aplicativo web “Cifras del Aseguramiento en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, el SGSSS a corte de diciembre de 2022 tenía 23.527.972 afiliados el Régimen Contributivo, 25.672.278 afiliados al Régimen Subsidiado y 2.208.889 a los Regímenes de Excepción y Especiales a nivel nacional. En el departamento de Bolívar 684.707 afiliados el Régimen Contributivo y 1.602.876 afiliados al Régimen Subsidiado; y en el distrito de Cartagena 556.969 afiliados el Régimen Contributivo y 671.291 afiliados al Régimen Subsidiado. De acuerdo a los datos del aplicativo web “Cifras del Aseguramiento en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, para la vigencia 2022 las EPS con mayor número de afiliados a nivel nacional, fueron: Nueva EPS con un 19,63%, seguido de EPS Sanitas y EPS Sura con un 11,21% y 10,10% respectivamente. En el Departamento de Bolívar la EPS con mayor número de afiliados es Mutual Ser EPS con un 36,53%, seguido de Coosalud con un 16,73% y Nueva EPS con un 13,16%. En el distrito de Cartagena Salud Total EPS tiene la mayoría de los afiliados con 22,59%, seguido por Coosalud con un 20,47% y Mutual Ser EPS con el 18,40%.
Factor Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud presentó su último avance en tecnologías de la información, se trata de la aplicación Minsalud Digital, en la que los habitantes del territorio nacional pueden conocer las atenciones en salud a las que puede acceder de forma gratuita, contar con información para hacer seguimiento a su estado de salud. La plataforma también cuenta con un apartado denominado Mi Ruta de Salud, en la que se indica al ciudadano cuáles son los exámenes que requiere para identificar situaciones de riesgo que puedan prevenirse. La herramienta se ha presentado como un insumo para establecer las Rutas Integrales de Atención y fortalecer los enfoques de promoción y prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social indica que, a corte de 2022, se han realizado más de 165 millones de teleconsultas, 139 millones de teleorientaciones en salud, hay 221 prestadores de telemedicina y 4,2 % de los prestadores habilitados del país ofertan telemedicina y están en 370 municipios de Colombia. Desde el Ministerio de Salud se está trabajando en interoperabilidad. Según lo proyectado por la cartera sanitaria, se espera llevar a cabo un piloto con cinco departamentos, más de 100 instituciones de salud. Este proceso contará con el apoyo del Banco Mundial y el BID. Colombia es reconocido por ser el primer país de la región en contar con la biopsia de mama portátil, un procedimiento fundamental para la salud femenina, pues en el país se presentan cerca de 15 mil diagnósticos de cáncer de mama y se prevé que los casos aumentarán en un 49 % para el 2040.
Factor Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> En julio de 2022 el Director General de la OMS declaró que el brote de viruela símica constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPI), en Colombia se realizó evaluación de riesgo para viruela del mono, analizando el panorama mundial, de América Latina y el nacional, clasificando a Colombia en una situación de riesgo moderado y se establecen medidas de control específicas. De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de



	<p>Salud, a corte de diciembre de 2022, se registraron 4062 casos de los cuales 18 se presentaron en hombres del municipio de Cartagena.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expedición de la Resolución 1035 de 2022 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, el cual propone una visión que orienta una hoja de ruta hacia el avance de la garantía del derecho fundamental de la salud, el logro de la equidad a través de la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud para mejorar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible en los habitantes del territorio colombiano. Éste plan será implementado por los actores del Sistema de General de Seguridad Social en Salud. • Se firmó la Alianza Ambiental por Cartagena 'Rafa Vergara Navarro', un nuevo hito de acuerdo social y político liderado por el Ministerio de Ambiente. La Alianza la conforman la Gobernación de Bolívar, la Alcaldía de Cartagena, la Corporación Autónoma Regional del Canal del Dique (Cardique), el Establecimiento Público Ambiental de Cartagena (EPA Cartagena), miembros del sector privado y las comunidades que habitan en estos ecosistemas y con el acompañamiento de los entes de control como la Procuraduría General de la Nación.
Factor Legal	<ul style="list-style-type: none"> • La emergencia sanitaria decretada por el Gobierno nacional por causa del coronavirus COVID-19 se encontró vigente hasta el día 30 de junio de 2022 en virtud de lo dispuesto en el artículo 1 de la Resolución 666 de 2022. • Posesión del nuevo Presidente de la República Gustavo Petro Urrego desde el 7 de agosto de 2022, con el nuevo gobierno se proyecta la reforma estructural del Sistema de Salud en Colombia para la vigencia 2023. • Modificaciones del grupo de clasificación de IPS, de acuerdo a la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, que rigen a partir del 30 de abril de 2022, con la cual la IPS cambió de grupo D2 a D1 y por consiguiente debe reportar ante la Superintendencia Nacional de Salud la información correspondiente a partir de mayo de 2022, que se reporta en el mes de junio de 2022.

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:

- Sistema de encuestas de satisfacción: a través del cual 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 mejora.
- Sistema de PQRSF: a través del cual se reciben, tramitan y dan respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, 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: pqrsf@caminosips.com

Para el año 2022, se aplicaron un total de 20.283 encuestas de satisfacción, con una proporción de satisfacción global promedio del 99,5%. En promedio se encuestan a 1690 usuarios mensuales. A continuación, se detalla el comportamiento mensual del indicador de Satisfacción Global, *Gráfica 1*:



Gráfica 1. Proporción de Satisfacción Global 2022

3.1.1 COMPORTAMIENTO DE PQRSF

Respecto a la retroalimentación por peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, en la *Gráfica 2* se describe el comportamiento de la organización durante la vigencia 2022:



Gráfica 2. Comportamiento PQRSF 2022



Consolata Mz. H lote 4



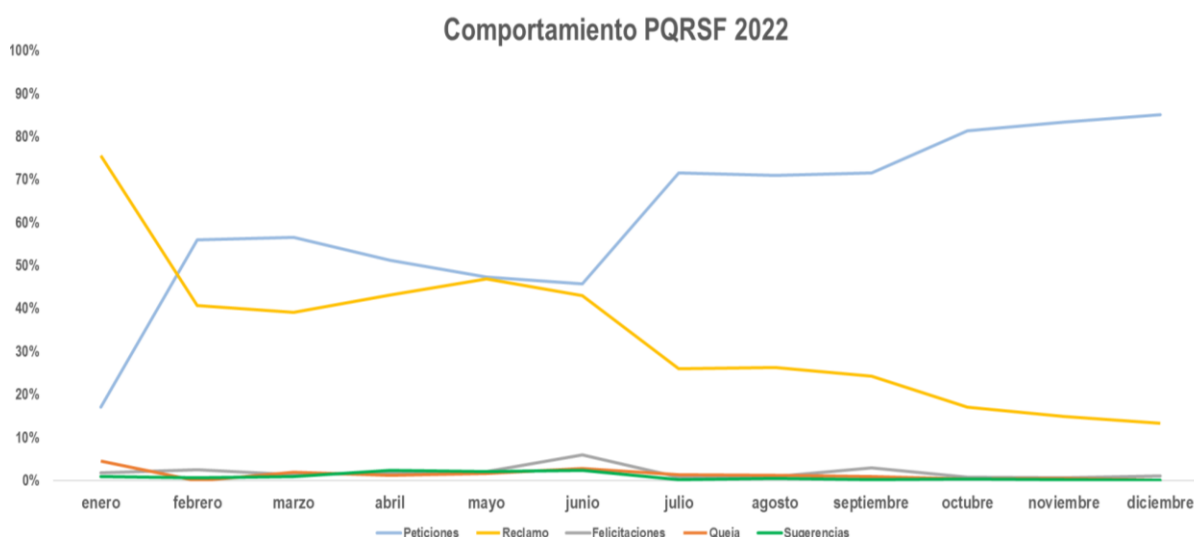
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

En el periodo evaluado se identifican 4.203 radicados, de los cuales 2.953 (70,26%) corresponden a peticiones, 1.110 (26,41%) a reclamos, el 3,33% restante distribuidos entre 69 felicitaciones (1,64%), 43 quejas (1,02%) y 28 sugerencias (0,67%). Los datos anteriores indican que, los usuarios utilizan el recurso de peticiones y reclamos como el más frecuente para retroalimentar a la organización respecto a sus necesidades y expectativas.

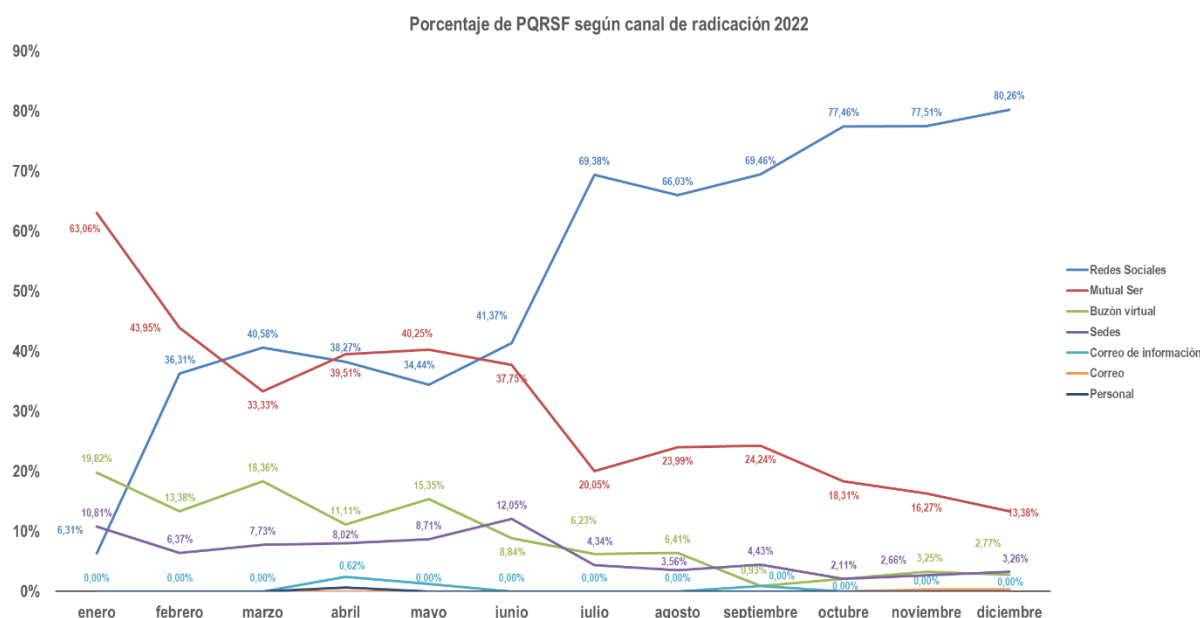
En la *Gráfica 3* se puede visualizar el comportamiento ascendente de las peticiones a partir del mes de febrero de 2022, fecha a partir de la cual se empezó a utilizar las redes sociales como canal de acceso para radicar PQRSF y solicitar citas; caso contrario ocurre con los reclamos, que presentan variación descendente.



Gráfica 3. Comportamiento de PQRSF 2022

Las PQRSF fueron radicadas a través de los diferentes canales de acceso en la organización: buzón virtual (página web), buzón físico (sedes), correo electrónico, personalmente en las sedes y a través del chat de redes sociales (Facebook e Instagram). En el *Gráfico 4* se puede visualizar en línea de tiempo el comportamiento del porcentaje de radicados por mes según cada canal, encontrando que, el principal medio de radicación para los usuarios son las redes sociales, seguido por Mutual Ser, por lo cual Caminos IPS ha creado una estrategia desde 2021 llamada “*Comunícate con tu Gerente*” buscando promover el uso de los canales internos de la organización, dando como resultado un comportamiento descendente del canal de la EAPB en lo corrido del periodo evaluado. Así mismo, se ha generado promoción de las redes sociales desde febrero de 2022, como fuente para radicar PQRSF y solicitud de citas, resultando en incremento de este canal a partir del mes en mención.





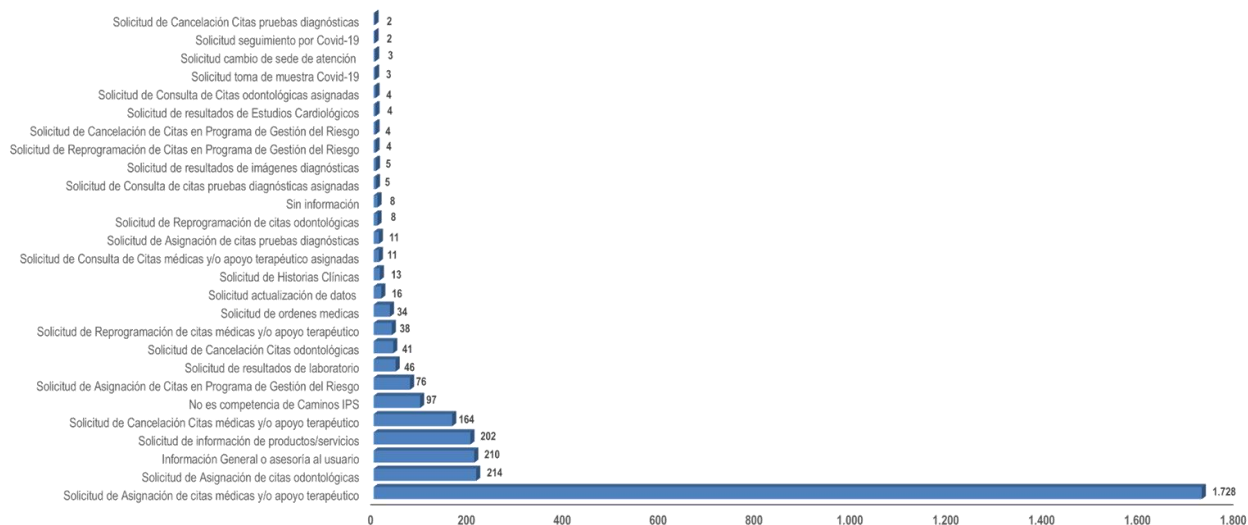
Gráfica 4. Porcentaje de PQRSF por canal de radicación 2022

3.1.1.1 Comportamiento de las Peticiones

Durante la vigencia 2022 se identificaron 2.953 peticiones, la Gráfica 5 detalla el número de las peticiones de acuerdo a la subtipificación estandarizada por la organización, se puede evidenciar que, el 58.52% corresponde a la solicitud de asignación de citas médicas y/o apoyo terapéutico, seguido de un 7% a las asignación de citas odontológicas; lo anterior debido a la implementación del nuevo canal de acceso a los usuarios, chat de Facebook e Instagram para solicitud de citas. Otros motivos como la solicitud de información general o asesoría (7,11%) y la solicitud de productos o servicios (6,84%) incrementaron entre los meses de febrero a diciembre por la promoción del concurso de poesía ilustrativa, como estrategia para aumentar adherencia a los programas de gestión del riesgo. Como estrategia de fortalecimiento para impactar en la mejoría se ha trabajado en el proceso de asignación de citas desde software corporativo, parametrizando citas de primera vez y control, así mismo, se ha promovido la contratación de nuevos colaboradores en equipo médico y terapéutico; socialización con líderes de programas de gestión del riesgo para fortalecimiento del proceso de educación y orientación con los usuarios en relación a la solicitud de citas desde página web, ya que se deben generar desde el programa directamente acorde a frecuencia de atención acorde a grupo de riesgo.



Motivos de Peticiones 2022

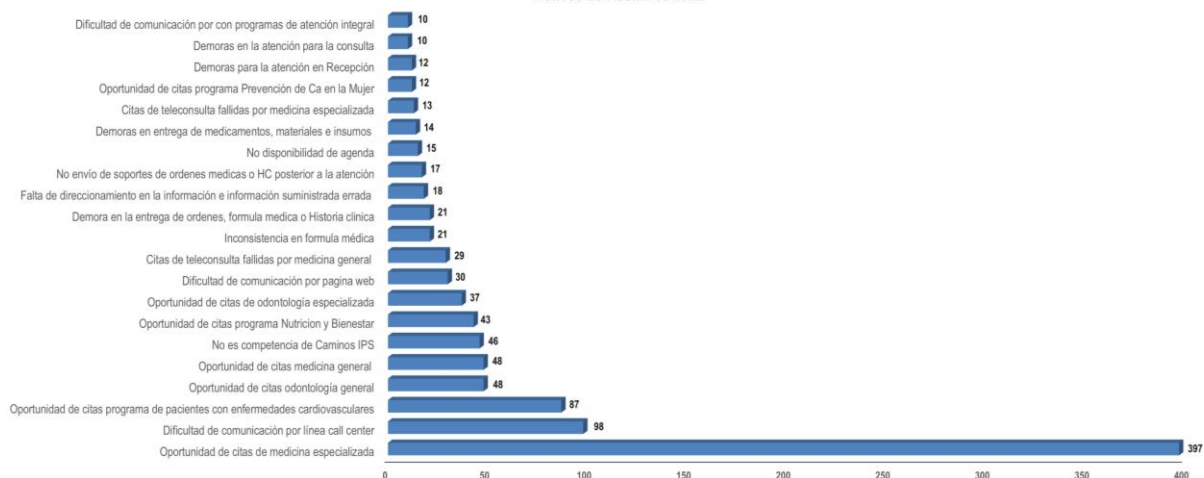


Gráfica 5. Motivos de Peticiones 2022

3.1.1.2 Comportamiento de Reclamos

Se identificaron 1.110 reclamos en el periodo 2022, disminuyendo 550 radicados en comparación con el año 2021, donde la totalidad fue de 1.703. 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 6, 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:

Motivos de Reclamos 2022



Gráfica 6. Motivos de Reclamos 2022



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- Implementación de matriz de demanda insatisfecha, con la finalidad garantizar el registro, seguimiento y posterior acceso de los usuarios que requieren atenciones y así consolidar indicador de medición de consultas solicitadas vs consultas asignadas, generando alternativas de mejora frente a la demanda de servicios.
- Se establece tiempos de respuesta de PQRSF, para los diferentes canales institucionales de acceso a los servicios para los usuarios.
- Priorizar en agendas de medicina especializada, la asignación de citas a pacientes con mayor tiempo de espera, reduciendo los días de inoportunidad en la prestación de los servicios.
- Ajuste de matriz de PQRSF, incluyendo tipificación y subtipificación de variables a evaluar, permitiendo un mejor control de la trazabilidad de estas.

3.1.1.3 Comportamiento de Quejas



Gráfica 7. Comportamiento de Quejas 2022

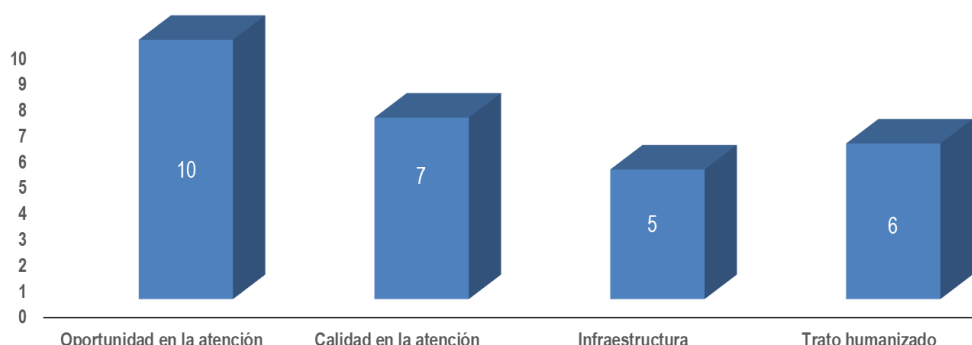
En el año 2022 se identificaron y gestionaron 43 quejas por trato recibido, disminuyendo el 56,5% en comparación con el año 2021, donde la totalidad de radicados fue 76. La *Gráfica 7* muestra un comportamiento regular, con un promedio de 4 radicados por mes. Para ello se han generado actividades de fortalecimiento técnico con los colaboradores de la organización en atención humanizada en servicios de salud, sumada a la articulación con Mutual Ser para realización de cursos de servicio en salud a través de su plataforma virtual de educación.

3.1.1.4 Comportamiento de las sugerencias

En el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023, la organización recibió y gestionó 28 sugerencias, disminuyendo en un 31,7% en comparación con el año 2021, en el cual se radicaron 41 sugerencias. En la *Gráfica 8* se visualiza que, 35,71%, que corresponde a 10 casos, están dados por temas de oportunidad de citas, el 25% por calidad en la atención, el 21,43% por trato humanizado y el 17,86% restante por infraestructura.



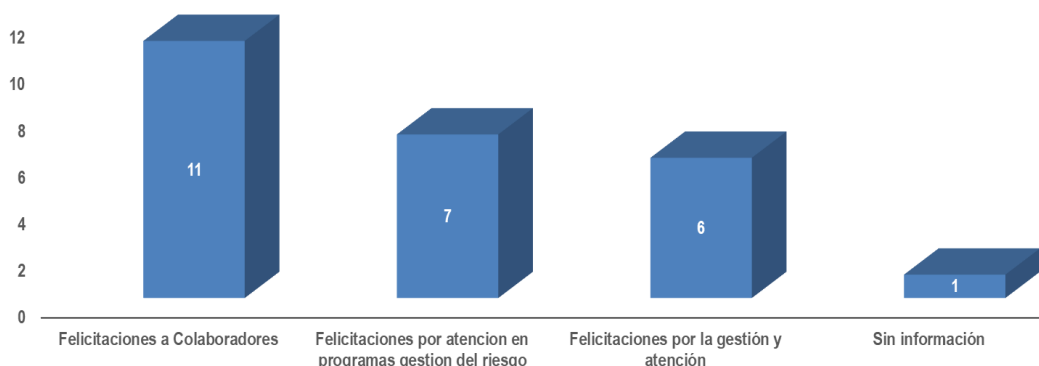
Comportamiento de las Sugerencias 2022



Gráfica 8. Comportamiento Sugerencias 2022

3.1.1.5 Comportamiento de las felicitaciones

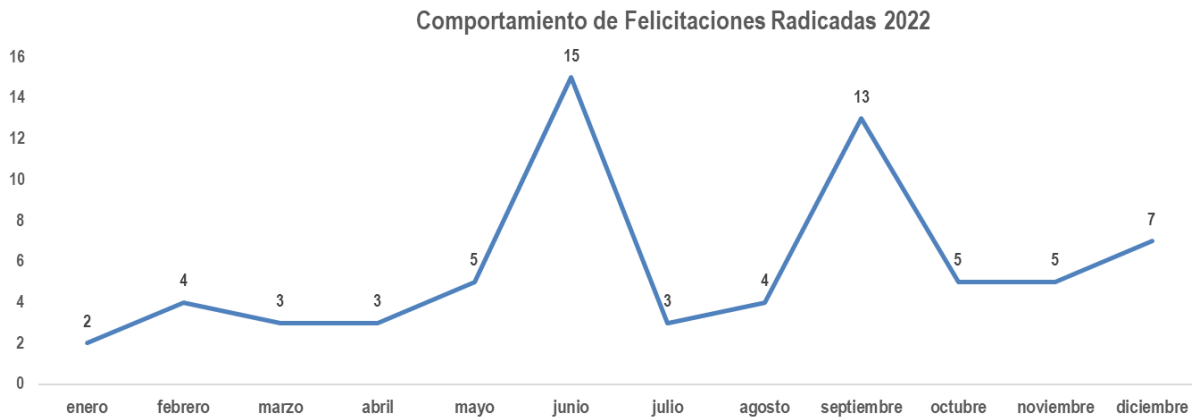
Motivos de Felicitaciones 2022



Gráfica 9. Motivos de Felicitaciones 2022

Para la organización es de vital importancia, identificar aquellos aspectos positivos que las partes interesadas retroalimentan formalmente; durante la vigencia 2022, se identificaron 69 felicitaciones, la Gráfica 9 permite evidenciar que el 44% corresponden a felicitaciones a colaboradores, seguido del 28% felicitación por atención en programas de gestión del riesgo y el 24% felicitaciones por la gestión y atención. El comportamiento a través de los meses fue regular, con un promedio de 6 radicados por mes, con picos en los meses de junio y septiembre donde se radicaron 15 y 15 felicitaciones respectivamente, tal como se visualiza en la Gráfica 10. En el año 2022 se promovió la socialización, a través de los canales de comunicación de la organización, para estímulo de los colaboradores.





Gráfica 10. Comportamiento de Felicitaciones 2022

3.2 GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

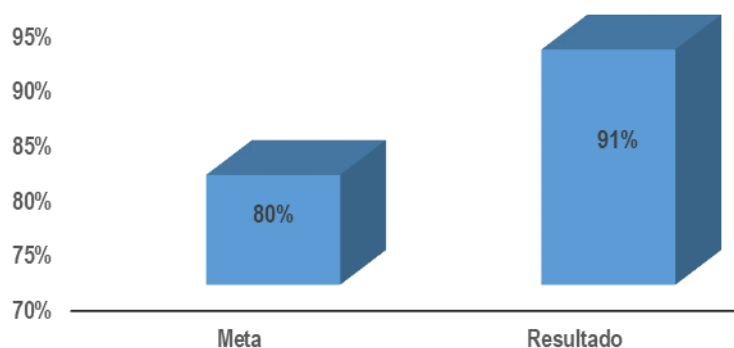
Caminos IPS SAS, con el propósito de aumentar la satisfacción de nuestros usuarios, apoyados en una dinámica de mejoramiento continuo, cuenta con tres (3) Objetivos de Calidad, estos objetivos se miden a través de setenta y nueve (79) Indicadores de Gestión, que permiten evidenciar su cumplimiento. A 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.

La Gráfica 11 se evidencia que la organización sobrepasó la meta establecida para los objetivos de calidad, con un porcentaje promedio del 91% respecto a la meta del 80%.



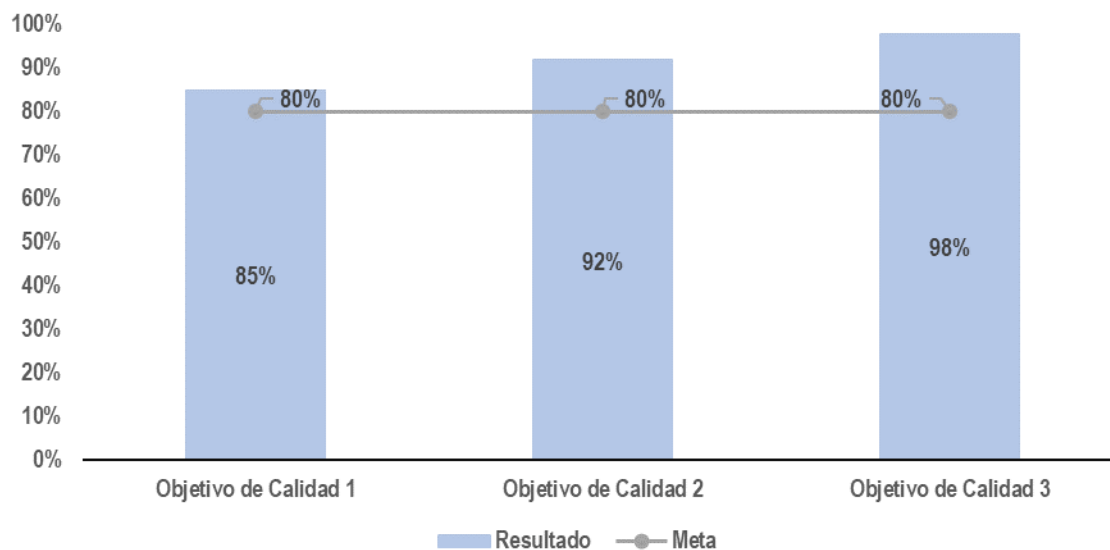
Porcentaje de cumplimiento de los Objetivos de Calidad 2022



Gráfica 11. Porcentaje de cumplimiento de los Objetivos de Calidad 2022

A través de la *Gráfica 12*, es posible visualizar el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los objetivos de calidad, respecto a la meta propuesta, 80%.

Porcentaje de Cumplimiento por Objetivo de Calidad 2022



Gráfica 12. Porcentaje de cumplimiento por Objetivo de Calidad 2022



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 cuarenta y siete (47) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 85%:

Objetivo de Calidad 1	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Gestión de Comunicaciones en Salud	100%	3	3
Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU	100%	1	1
Gestión Financiera	100%	1	1
Consulta Externa	50%	4	8
Servicio farmacéutico	50%	2	4
Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC	89%	8	9
Atención Integral y Gestión del Riesgo	75%	9	12
Gestión Humana	100%	1	1
Gestión de Mejora	100%	8	8
Total	85%	37	47

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 1 por proceso - 2022

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 diez (10) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 92%:

Objetivo de Calidad 2	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU	100%	4	4
Gestión Humana	67%	5	6
Total	82%	7	8

Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 2 por proceso - 2022

Para el objetivo de calidad **3. Contar con infraestructura física y tecnológica optima, para garantizar la seguridad a los usuarios y la mejora continua de los procesos**, se identifican un total de veintidós (22) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 98%:



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

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 3 por proceso – 2022

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

La organización cuenta con un total setenta y nueve (79) indicadores que evidencian el desempeño de los procesos, de los cuales setenta y seis (66) de ellos cumplieron en promedio con las metas establecidas por la misma organización, lo cual arroja un porcentaje de cumplimiento promedio anual de 84%, tal como se describe en la *Tabla 6*:

Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento de Indicadores por proceso 2022

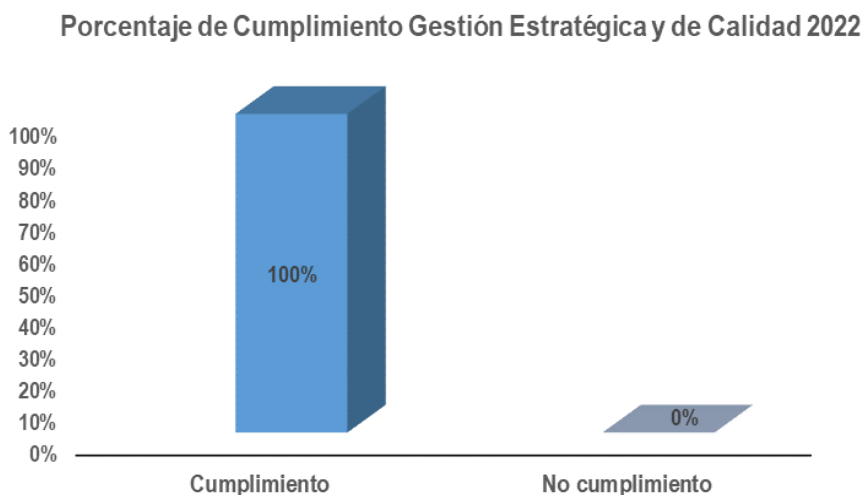
Proceso	% Cumplimiento	Indicadores Cumplidos	Total Indicadores
Gestión Estratégica y de Calidad	100%	4	4
Gestión de Comunicaciones en Salud	100%	3	3
Consulta Externa	50%	4	8
Atención Integral DTC	89%	8	9
Atención Integral VIH	75%	9	12
Servicio Farmacéutico	60%	3	5
Gestión Financiera	100%	1	1
Gestión Humana	85,7%	6	7
Gestión Administrativa y Logística	100%	6	6
Gestión de Mejora	100%	8	8
Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU	100%	5	5
Gestión TIC	91%	10	11
TOTAL	92%	66	79



3.3.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

3.3.1.1 GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD

En el proceso Gestión Estratégica y de Calidad, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 4 de 4 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la *Gráfica 13*:



Gráfica 13. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Estratégica y de Calidad 2022

Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión Estratégica y Calidad y sus porcentajes de cumplimiento en la vigencia 2022, se detallan en la *Tabla 8*:

Tabla 8. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Estratégica y de Calidad 2022

Indicadores	Meta	Resultado
Porcentaje de Contratos legalizados oportunamente cliente EPS	95%	100%
Porcentaje de Contratos legalizados oportunamente (Contratación con otros clientes)	95%	NA
Porcentaje de Cumplimiento de actividades generadas en Unidad de Planeación	90%	100%
Porcentaje de Cumplimiento de actividades de PDI	90%	100%
Porcentaje de Cumplimiento del ingreso prospectado en pesos	90%	97%

Todos los indicadores evidencian un porcentaje de cumplimiento adecuado de acuerdo con la meta establecida. Para el caso del indicador porcentaje de contratos legalizados oportunamente (Contratación con otros clientes) no se registraron contratos por lo cual no aplica medición para esta vigencia.



Las principales estrategias desarrolladas para dinamizar el cumplimiento de los indicadores Porcentaje de contratos legalizados y Cumplimiento del ingreso prospectado, fueron:

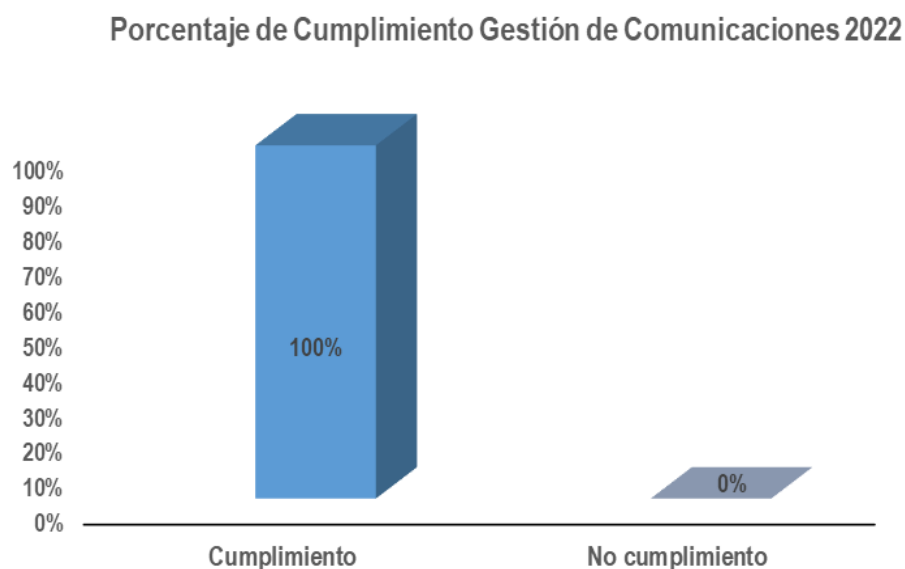
- Seguimiento para la legalización de los contratos a través de la Dirección Administrativa y Financiera – Gerencia.
- Revisión periódica de la facturación.
- Implementación de sistemas de costos por contrato.

Las principales estrategias implementadas para los indicadores de Porcentaje del Plan de Desarrollo Institucional y Porcentaje de Cumplimiento de Actividades de Unidad de Planeación fueron las siguientes:

- Estandarización de matrices y tableros de control para el seguimiento de las actividades de la Unidad de Planeación y el PDI.
- Seguimiento trimestral, por parte de la Asistente de Gerencia, a las actividades de la Unidad de Planeación y PDI.
- Presentación de informes de gestión trimestral ante Gerencia General incluyendo el avance en el cumplimiento del PDI y de las acciones de Unidad de Planeación.

3.3.1.2 GESTIÓN DE COMUNICACIONES EN SALUD

En el proceso Gestión de Comunicaciones en Salud, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 3 de 3 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la *Gráfica 15*:



Gráfica 14. Porcentaje de Cumplimiento proceso Gestión de Comunicaciones 2022



Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión de Comunicaciones en Salud son los que se mencionan en la *Tabla 9*:

Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión de Comunicaciones en Salud 2022

Indicadores	Meta	Resultado
Tiempo de Respuesta de Proyectos (Días)	30	NA
Tiempo de Respuesta a Requerimientos (Días)	15	9
Cumplimiento de cronogramas del proceso	90%	91%
Porcentaje de Requerimientos atendidos no Programados	20%	14%

Todos los indicadores evidencian un cumplimiento adecuado respecto a la meta establecida, lo que denota buena gestión del proceso. Para el caso del indicador Tiempo de respuesta de proyectos, durante la vigencia 2022 se desarrollaron actividades en el proceso, sin embargo éstas no constituyen proyectos de comunicaciones, por tal motivo no se realizaron mediciones y se excluye el indicador.

En el período 2022 se realizan ajustes de la meta de tres indicadores, siendo más retadora para la vigencia, tal como se observa a continuación:

Tabla 10. Indicadores del proceso de Comunicaciones en Salud con ajuste de meta

Indicadores	Meta 2021	Meta 2022
Tiempo de Respuesta de Proyectos (Días)	30	30
Tiempo de Respuesta a Requerimientos (Días)	20	15
Cumplimiento de cronogramas del proceso	80%	90%
Porcentaje de Requerimientos atendidos no Programados	30%	20%

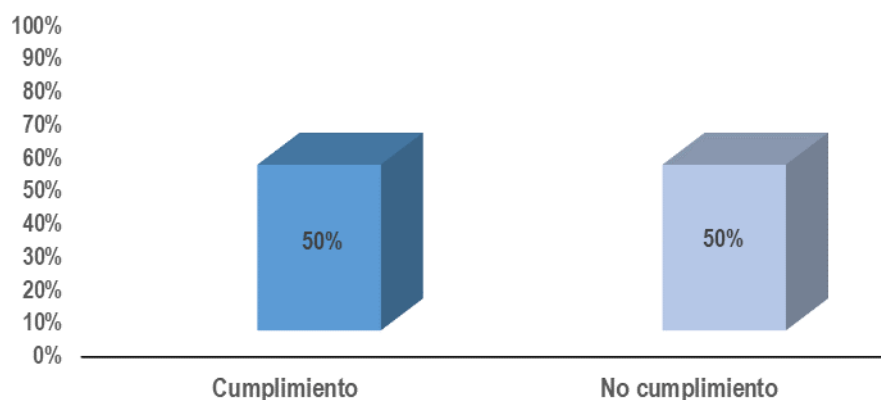
3.3.2 PROCESOS MISIONALES

3.3.2.1 CONSULTA EXTERNA

En el proceso Consulta Externa, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 50%, que corresponde a 4 de 8 Indicadores de Gestión, tal como se visualiza en la Gráfica 16:



Porcentaje de Cumplimiento Consulta Externa 2022



Gráfica 16. Porcentaje de Cumplimiento Consulta Externa 2022

Los indicadores que hacen parte del proceso Consulta Externa y sus porcentajes de cumplimiento se encuentran relacionados en la *Tabla 12*:

Tabla 11. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Consulta Externa 2022

Indicadores	Meta	Resultado
Oportunidad de asignación de citas de primera vez Medicina General (Días)	3	9
Oportunidad de asignación de citas de primera vez Odontología (Días)	3	16
Oportunidad cita control por odontología (Días)	7	17
Oportunidad en citas de Urgencias Odontológica (Minutos)	30	16
Referencias realizadas a segundo y tercer nivel (Disminuir)	15%	9%
Cumplimiento de las actividades contratadas PGP	90%	90%
Calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica	90%	64%
Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada	90%	103%

Los indicadores que evidencian un porcentaje de cumplimiento de acuerdo con la meta establecida son: Oportunidad en citas de Urgencia Odontológica (minutos), Referencias realizadas a 2 o 3° nivel, Cumplimiento de las actividades contratadas PGP y Porcentaje de cumplimiento de capacidad instalada de Medicina General. Sin embargo, se cuenta con cuatro (4) indicadores de gestión que no cumplen con la meta establecida, los cuales son: Oportunidad de asignación de citas primera vez medicina general, Oportunidad de asignación de citas primera vez odontología, Oportunidad cita control por odontología, Calidad del diligenciamiento de la historia clínica.



Las principales limitaciones presentadas que generaron el incumplimiento del indicador Oportunidad de asignación de citas primera vez medicina general, son:

- Limitaciones presentadas con el software para la clasificación de los pacientes que solicitan una cita por primera vez y hacen parte de algún programa.
- Pacientes hiperconsultantes que realizan solicitud de citas.
- Citas generadas por la API del cliente empresarial EPS, con asignaciones repetidas a un mismo paciente.
- Alta demanda de pacientes que consultan en el contrato de recuperación y requieren atención en el programa de mantenimiento de la salud, el cual se encuentra contratado por la ESE Cartagena de Indias.
- Inasistencia de pacientes, a las citas de medicina general que, afecta la oportunidad de agendamiento de citas de primera vez para otros usuarios.
- El contrato de recuperación no tiene establecido una frecuencia de uso por actividades mínimas a ejecutar, en los servicios de odontología y medicina general, lo que dificulta el cálculo de la capacidad instalada requerida.

Las principales estrategias implementadas, para dinamizar el cumplimiento del indicador Oportunidad de asignación de citas primera vez medicina general, son:

- Diseñar un desarrollo tecnológico a nivel de estructura de datos, en el software de agendamiento de citas, SIOS, que permita parametrizar los CUPS de acuerdo con el servicio.
- Implementación de campaña educativa a los pacientes y familiares sobre la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con la finalidad de promover la pertinencia de la atención en el contrato de recuperación de la salud, Modalidad: cápita.
- Realizar reportes al cliente empresarial EPS de las asignaciones de citas Api, con pacientes repetidos.
- Mantener disponibilidad de profesionales de la salud para la atención de medicina general, que permitan porcentajes de disponibilidad, por encima del 100% respecto a la capacidad instalada, en el talento humano.
- Realizar mejoras en el software que permitan la identificación y clasificación de pacientes por primera vez y pacientes de programas.
- Disponer de consultorios para la atención de medicina general 12 horas de lunes a viernes.
- Contratación continua de médicos, para la atención en la consulta externa.
- Brindar educación a los pacientes de los programas, para que sean atendidos por su médico tratante, por cualquier motivo de consulta.

Las principales limitaciones presentadas que generaron el incumplimiento del indicador Oportunidad de asignación de citas primera vez odontología, son:

- Debilidades en la disponibilidad de unidades odontológicas y odontólogos, para la atención de pacientes.
- Alta demanda de pacientes que consultan en el contrato de recuperación y requieren atención en el programa de mantenimiento de la salud, el cual se encuentra contratado por la ESE.



- Inasistencia de pacientes, a las citas de medicina general que, afecta la oportunidad de agendamiento de citas de primera vez para otros usuarios.
- Citas generadas por la aplicación API del cliente empresarial EPS, con asignaciones repetidas a un mismo paciente.
- Pacientes hiper consultantes.
- Limitaciones presentadas con el software para la clasificación de los pacientes que solicitan una cita por primera vez.
- El contrato de recuperación no tiene establecido una frecuencia de uso por actividades mínimas a ejecutar, en los servicios de odontología y medicina general, lo que dificulta el cálculo de la capacidad instalada requerida.

Las principales estrategias implementadas, para dinamizar el cumplimiento del indicador Oportunidad de asignación de citas primera vez odontología, fueron:

- Gestión de compra para la disponibilidad de unidades odontológicas.
- Gestión en la infraestructura para la habilitación de unidades odontológicas.
- Realizar reportes al cliente empresarial EPS de las asignaciones de citas Api, de las inconsistencias presentadas durante la asignación de citas.
- Realizar mejoras en el software que permitan la identificación y clasificación de pacientes por primera vez y pacientes de programas.

Las principales limitaciones presentadas que generaron el incumplimiento del indicador Oportunidad cita control por odontología, son:

- Debilidades en la disponibilidad de unidades odontológicas y odontólogos, para la atención de pacientes.
- Alta demanda de pacientes que consultan en el contrato de recuperación y requieren atención en el programa de mantenimiento de la salud, el cual se encuentra contratado por la ESE.
- Inasistencia de pacientes, a las citas de odontología que, afecta la oportunidad de agendamiento de citas de control para otros usuarios.
- Citas generadas por la aplicación API del cliente empresarial EPS, con asignaciones repetidas a un mismo paciente.
- Pacientes hiper consultantes.
- Limitaciones presentadas con el software para la clasificación de los pacientes que solicitan una cita por primera vez o citas de control.
- El contrato de recuperación no tiene establecido una frecuencia de uso por actividades mínimas a ejecutar, en los servicios de, lo que dificulta el cálculo de la capacidad instalada requerida.

Las principales estrategias implementadas para dinamizar el cumplimiento del indicador Oportunidad de cita de control por odontología, son:

- Gestión de compra para la disponibilidad de unidades odontológicas.



- Gestión en la infraestructura para la habilitación de unidades odontológicas.
- Realizar reportes al cliente empresarial EPS de las asignaciones de citas Api, de las inconsistencias presentadas durante la asignación de citas.
- Realizar mejoras en el software que permitan la identificación y clasificación de pacientes por primera vez, de control y de programas.

Las principales limitaciones presentadas que generaron el incumplimiento del indicador Calidad del diligenciamiento de la historia clínica, son:

- Tamaño de muestra no representativa, para verificar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas.
- Debilidades con el software, respecto a: formatos que no se consideran dinámicos por los prestadores o con enfoque hospitalario.
- Debilidades en los registros realizados por los prestadores, debido a la poca descripción de la enfermedad actual, ausencia de registros en el campo recomendaciones.
- Tiempos de atención limitado para la atención de nuevos pacientes.

Las principales estrategias implementadas para dinamizar el cumplimiento del indicador Calidad del diligenciamiento de la historia clínica, son:

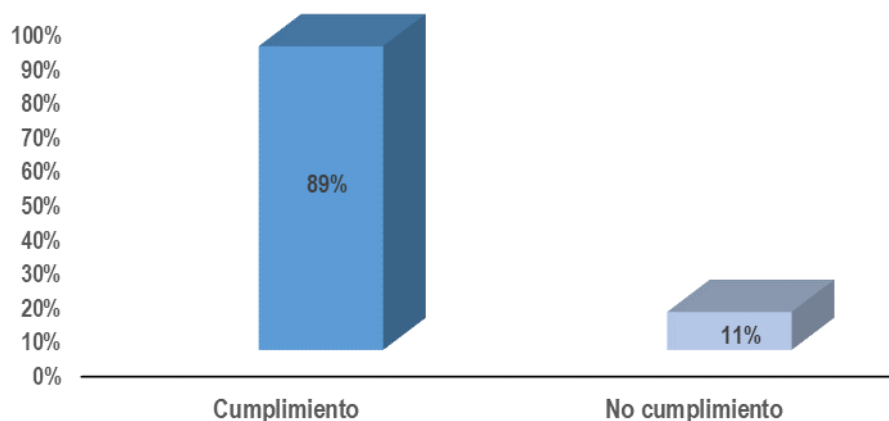
- Socialización a los profesionales de la salud, de la normatividad legal vigente y resoluciones relacionadas con la calidad del diligenciamiento de historia clínica.
- Intervenciones colectivas e individuales a los profesionales de la salud, respecto a las mejoras que deben realizarse, en el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas.
- Gestionar la disponibilidad de auditor clínico, para apoyar en el comité de historias clínicas, durante el proceso de verificación de la calidad de las historias clínicas.
- Gestionar con el proceso TIC, mejoras y ajustes en los formatos parametrizados en el software de historias clínicas y mejoras en la conexión de red en las diferentes sedes.
- Incrementar las auditorías realizadas a las historias clínicas, tomando muestras representativas, que arrojen resultados objetivos para el proceso.

3.3.2.2 ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO DTC

En el proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 89%, que corresponde a 8 de 9 indicadores de gestión, tal como se detalla en la *Gráfica 17*:



Porcentaje de Cumplimiento Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC 2022



Gráfica 17. Porcentaje de cumplimiento del proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC: 2022

Los indicadores que hacen parte del proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC y sus porcentajes de cumplimiento, se encuentran relacionados en la *Tabla 13*:

Tabla 12. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC 2022

Indicadores	Meta	Resultado
Pacientes con diabetes mellitus en metas de HbA1c (\geq)	55%	58%
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	6169
Adherencia a guías de práctica clínica Hipertensión	90%	91%
Adherencia a guías de práctica clínica Diabetes	90%	84%
Adherencia a guías de práctica clínica Enfermedad Renal Crónica	90%	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)

- Realizar acciones de educación continua e individualizadas en alimentación saludable y adherencia terapéutica a los usuarios, para disminuir las complicaciones agudas y crónicas
- Mantener el fortalecimiento de la estrategia 4 x 4 y hábitos de vida y alimentación saludables, con los pacientes.
- Garantizar educación diabetológica en todas las sedes de caminos.

Pacientes hospitalizados por desenlaces (\leq)

- Fortalecer la adherencia terapéutica de los usuarios inherentes, a través de la educación basada en guías y protocolos clínicos.
- Mantener la educación a los pacientes, en la importancia de la adherencia a los tratamientos médicos farmacológicos y no farmacológicos instaurados por el medico experto.
- Fortalecer la educación en estilos de vida saludables, cumplimiento del plan farmacológico y no farmacológico, brindando asesoría psicológica al usuario y familia, las veces que el usuario lo requiera.
- Abordaje integral de pacientes del programa y educación sobre la adherencia.

Pacientes con reingreso por los mismos desenlaces (\leq)

- Garantizar la atención prioritaria a los egresos hospitalarios.
- Disponer de citas priorizadas para los pacientes con egresos hospitalarios por médico general o por medicina interna para garantizar el seguimiento médico y de ser necesario realizar conciliación medicamentosa.
- Seguimiento de desenlaces y remitir a pacientes a prevención terciaria.

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.
- 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.
- Monitorear continuamente el avance de la enfermedad, a través de los controles periódicos por medico experto y médico especialista, para detectar tempranamente nuevos síntomas o cambios/empeoramiento de las afecciones existentes que nos lleven a TRR.
- Fortalecer las competencias y capacidades del equipo asistencial en ERC.



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

- Realizar intervención temprana, basados en protocolos, guías y prácticas clínicas, que nos permitan reducir el riesgo de insuficiencia renal progresiva, los eventos cardiovasculares y la mortalidad que se asocian con la ERC.
- Realizar seguimiento semanal a pacientes estadio 5 por auxiliar de enfermería y por nutricionista.
- 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

- Implementar la estrategia de hemoglobina glicosilada rápida en zonas rurales.
- Continuar con el fortalecimiento de la búsqueda activa de pacientes con riesgo cardiovascular.
- Realizar búsqueda activa en base de datos a través de médico domiciliario.
- 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.
- Monitorear mensualmente el crecimiento de la población.
- Fortalecer la línea de atención de call center con auxiliares de enfermería.

Adherencia a Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial

- 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

- Realizar entrenamiento con endocrinólogos y médicos generales.
- 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.

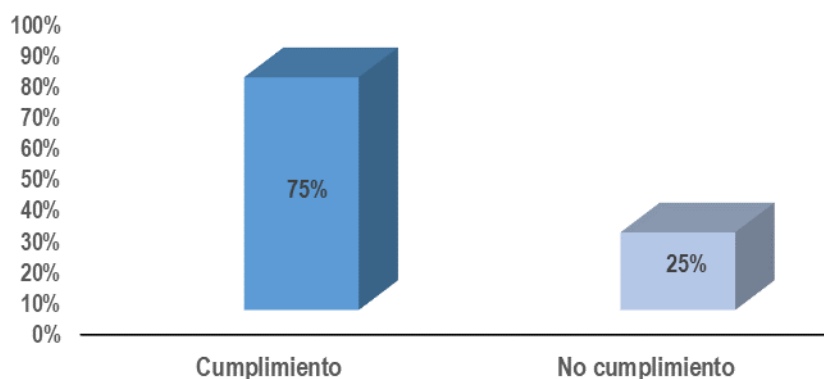
Adherencia a Guías de Práctica Clínica Enfermedad Renal Crónica

- Realizar algoritmo para enfermedad renal crónica renal.
- 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.

3.3.2.3 ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO VIH

En el proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 75%, que corresponde a 9 de 12 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en *Gráfica 18*:

Porcentaje de Cumplimiento Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH 2020



Gráfica 18. Porcentaje de cumplimiento del proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH: 2022

Los indicadores que hacen parte del proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH y sus porcentajes de cumplimiento se encuentran relacionados en la *Tabla 14*:



Tabla 13. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH 2022

Indicador	Meta	Resultado
Oportunidad de citas a pacientes nuevos	3	5.6
Porcentaje de asistencia al Programa	90%	96%
Continuidad en el tratamiento	90%	95%
Tasa de enfermedades oportunistas en pacientes Prevalentes (disminuir)	30%	30%
Transmisión vertical	0%	0%
Hospitalización (disminuir)	3%	1%
Mortalidad	3%	0%
Adherencia	90%	72%
Satisfacción Global	90%	99%
Porcentaje de pruebas de Tuberculina realizadas	80%	40%
Gestantes con TARV	100%	100%
Porcentaje de Mujeres con VIH usan algún método de planificación	85%	86%

Los indicadores que evidencian un porcentaje de cumplimiento de acuerdo con la meta establecida son: asistencia al programa, continuidad en el tratamiento, tasa de enfermedades oportunistas en pacientes prevalentes, transmisión vertical, hospitalización, mortalidad, satisfacción global, gestantes con TARV, porcentaje de mujeres con VIH que usan algún método de planificación; sin embargo se presentaron limitaciones durante el proceso que generaron incumplimiento en los indicadores, los cuales fueron: oportunidad de citas en pacientes nuevos, adherencia (48 semanas de tratamiento), porcentaje de pruebas tuberculinas realizadas.

El indicador **Oportunidad de Citas a Pacientes Nuevos**, con un resultado de 5.6 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 2022.
- Incapacidad médica no prevista de médicos del programa.
- Cambios del personal médico experto para la atención de pacientes.
- Dificultades por parte del usuario para la asistencia al programa.
- Incumplimiento de los pacientes para acceder al servicio de tamizaje

Las principales estrategias implementadas para la Oportunidad de citas a pacientes nuevos fueron:

- Ampliación de cupos para la asignación de citas médicas de los pacientes para el ingreso al programa.
- Contratación de nuevos médicos expertos, para cubrir incapacidades y licencias.



- Gestión a través de la EPS para contactar a los usuarios inasistentes 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.
- Sensibilización telefónica a los pacientes de la importancia de su asistencia al programa.

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, con un resultado del 72% 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 sin red de apoyo familiar o en estado de abandono.
- Pacientes con baja adherencia al programa por ser habitantes de calle.
- Ingreso de pacientes nuevos no adherentes.
- Pacientes que no asisten al programa por vivir en municipios.
- Se analiza casos de pacientes con historia clínica de buena adherencia y que a la fecha reportan viremias detectables. Se asocia a cambio de proveedor de la toma o a procesamiento de la muestra

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

- Aumento de frecuencia de atención por parte de psicología y trabajo social a pacientes con mala adherencia.
- Seguimiento y evaluación de laboratorios, para aquellos pacientes cuyos resultados arrojaron cargas virales detectables, e históricamente sus resultados eran indetectables.
- Repetir tomas de laboratorios para confirmar los resultados de las cargas virales tomadas inicialmente, a aquellos pacientes con datos históricos de indetectabilidad.
- Búsqueda y rescate de pacientes en domicilio por parte de promotora social.
- 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.
- 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.

Porcentaje de pruebas tuberculinas realizadas: con un promedio anual del 40% de cumplimiento y una meta del 80%, las principales limitaciones presentadas fueron:

- Paciente manifiestan olvido a verificación del examen de control en laboratorio de referencia.
- Medico no realiza ordenamiento de los laboratorios.



- No se cuenta con la toma de este examen en todas las sedes laboratorio de referencia

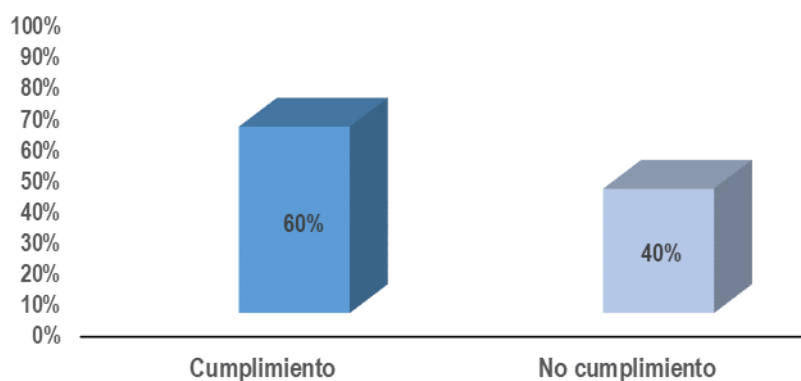
Las principales estrategias implementadas fueron:

- Comunicarse con los pacientes, a través de llamadas telefónicas, para la lectura de la prueba en el laboratorio a las 36hs posterior a su realización.
- Seguimiento a los pacientes, verificando en la base de datos aquellos que requieren la realización de la prueba.
- Socialización con el laboratorio de referencia Caminos Lab la importancia de la realización de este examen para el cumplimiento de los compromisos contractuales.
- Socialización de la Guía de práctica clínica de VIH donde se informe la importancia del ordenamiento de la prueba de tuberculina, verificación de adherencia a la Guía

3.3.2.4 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 muestra en la *Gráfica 19*:

**Porcentaje de Cumplimiento Gestión del Servicio Farmacéutico
2022**



Gráfica 19. Porcentaje de Cumplimiento Gestión del Servicio Farmacéutico 2022

Los indicadores que hacen parte del proceso Gestión del Servicio Farmacéutico y sus porcentajes de cumplimiento se encuentran relacionados en la *Tabla 15*:



Tabla 14. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión del Servicio Farmacéutico 2022

Indicadores	Meta	Resultado
Oportunidad entrega de medicamentos pendientes entregados	95%	48%
Oportunidad entrega de medicamentos	95%	95%
Porcentaje de eventos adversos a medicamentos	100%	100%
Medicamentos y dispositivos médicos no conformes	3%	0%
Adherencia	90%	63%

Los indicadores que presentaron limitaciones en su cumplimiento fueron:

Oportunidad entrega de medicamentos pendientes entregados, con un resultado de 48% con respecto a la meta establecida del 95%. Las principales limitaciones presentadas son:

- Pacientes atendidos por teleconsulta que no reclaman los medicamentos prescritos ni autorizan el envío de estos a su vivienda.
- Pacientes no adherentes al tratamiento.

Las principales estrategias implementadas son:

- Comunicarse con los pacientes atendidos por teleconsulta, generando el compromiso para el retiro de los medicamentos.
- Asignar citas presenciales a pacientes no adherentes o pacientes que no retiran los medicamentos.

Adherencia al tratamiento farmacológico, con un resultado del 63% con respecto a la meta trazada del 90%.

Las principales limitaciones presentadas son:

- Pacientes con toma irregular de los medicamentos, por ser nuevos en el programa o reingresan a este.
- Pacientes que manifiestan ser intolerantes a algunos medicamentos.

Las estrategias implementadas para la Adherencia al Tratamiento Farmacológico fueron:

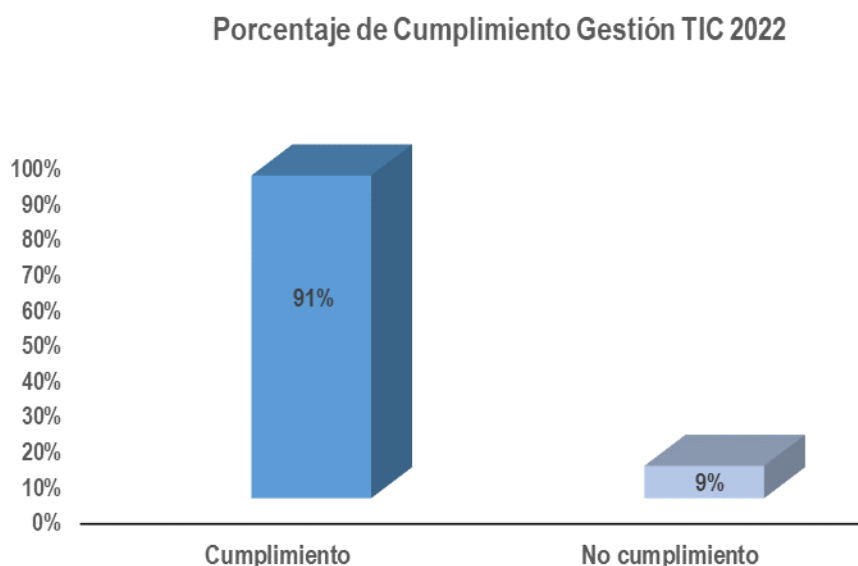
- Sensibilizar al paciente en la importancia de administrarse los medicamentos puntualmente y estar atento al llamado de atención médica.
- Se refuerza adherencia y énfasis en cumplimiento terapéutico, así como asistencia a controles semestrales, se explican riesgos de abandono de medicación y seguimiento, durante la atención farmacéutica.
- Entrenamiento al paciente sobre la utilización de los medicamentos y la adopción de estilos de vida saludable.



3.3.3 PROCESOS DE APOYO

3.3.3.1 GESTIÓN TIC

En el proceso Gestión TIC, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 91%, que corresponde a 10 de 11 indicadores de gestión, tal como se visualiza en la *Gráfica 20*:



Gráfica 20. Porcentaje de cumplimiento del Proceso Gestión TIC 2022

Los indicadores que hacen parte del proceso Gestión TIC y sus porcentajes de cumplimiento se encuentran relacionados en la *Tabla 16*:

Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión TIC 2022

Indicador	Meta	Resultado
Solución de Incidencias Correctivas	90%	100%
Solución de Incidencias Innovadoras	100%	100%
Oportunidad de Solución de Incidencias Baja Complejidad (Días)	3	1
Oportunidad de Solución Incidencias Mediana Complejidad (Días)	2	1
Oportunidad de Solución de Incidencias Alta Complejidad (Días)	1	1



Oportunidad de Solución de Incidencias Críticas (Días)	4	1,08
Cumplimiento de Mantenimiento Preventivo de Equipos de Cómputo e Impresoras	95%	100%
Porcentaje de software legalizados	50%	14%
Porcentaje de hardware inventariados	95%	100%
Implementación de la estrategia One Drive como respaldo de la información	100%	100%
Porcentaje de satisfacción del cliente interno con el proceso TIC	70%	100%

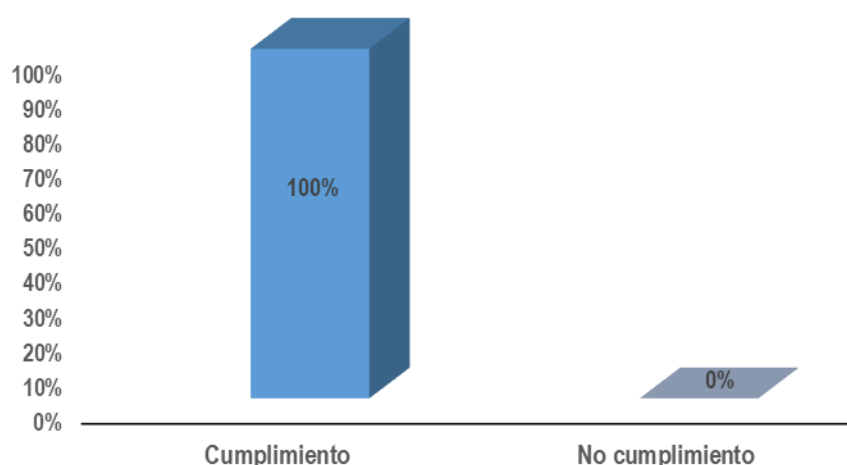
Frente al incumplimiento del indicar Porcentaje de software legalizados, las principales estrategias implementadas para dinamizar su cumplimiento fueron:

- Se inició estrategia de cambio de equipos por nuevos con licenciamiento incluido.
- Se estableció la política de la compra de nuevos equipos venga con licencia de software incluida.
- Se creó estrategia para actualización tecnológica, de equipos mayores a 5 años desde su fecha de fabricación.
- Se diseñó e inició implementación de plan de renovación de equipos de cómputo con tiempo de vida útil cumplido, en ese mismo proceso de actualización se adquieren equipos nuevos que cuentan con licencia activa o se adquiere licencia en adicional al equipo para ser legalizado por parte del equipo de TIC.

3.3.3.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA

En el proceso Gestión Administrativa y Logística, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 6 de 6 indicadores establecidos para el proceso, tal como se visualiza en la *Gráfica 21*:

Porcentaje de Cumplimiento Gestión Administrativa y Logística 2022



Gráfica 21. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Gestión Administrativa y Logística 2022



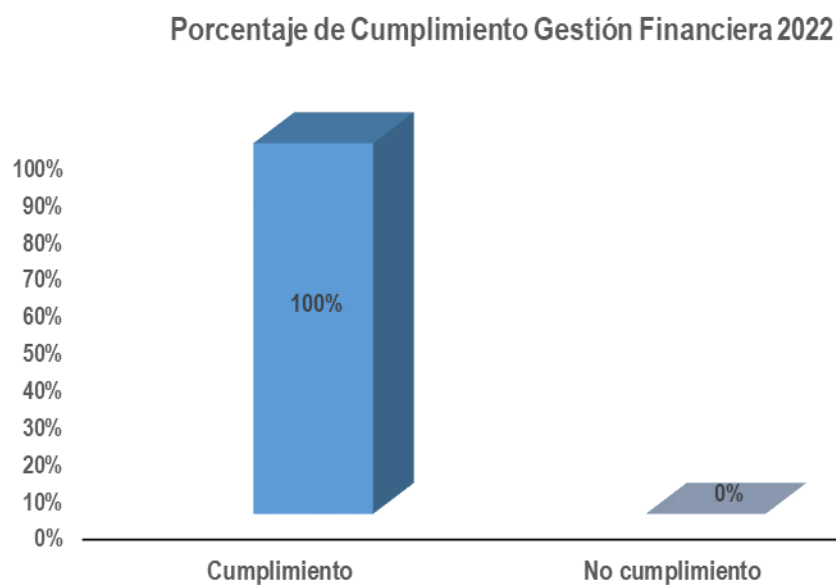
Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión Administrativa y Logística evidenciaron un comportamiento adecuado con relación a la meta propuesta, tal como se relaciona en la siguiente *Tabla 17*:

Tabla 16. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Administrativa y Logística 2022

Indicador	Meta	Resultado
Porcentaje De Cumplimiento Del Cronograma Comités Compras	90%	100%
Tiempo De Respuesta De Los Mantenimientos Correctivos (Horas)	24	15
Oportunidad en La entrega de insumos	10 días	3 días
Porcentaje de entrega de requerimiento que cumplen las especificaciones de las áreas.	85%	94%
Porcentaje de Cumplimiento Mantenimiento Red de Frio.	90%	100%
Cumplimiento Mantenimientos Preventivos Equipos Biomédicos	90%	100%

3.3.3.3 GESTIÓN FINANCIERA

Se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 1 de 1 indicadores de gestión, tal como se lo describe la *Gráfica 22*:



Gráfica 22. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Financiera 2022



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 *Tabla 18*:

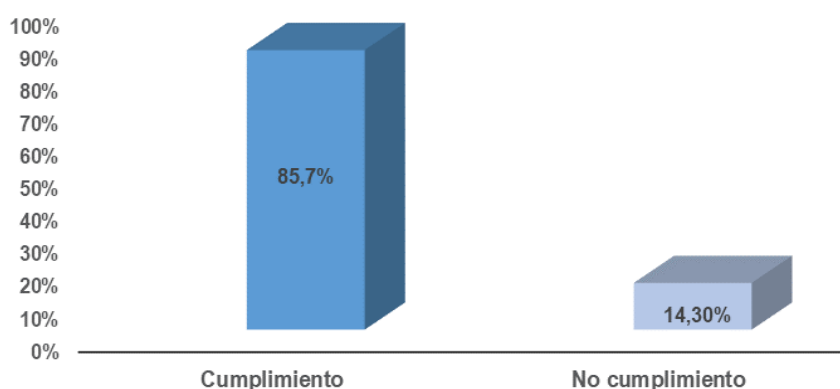
Tabla 17. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Financiera 2022

Indicadores	Meta	Resultado
Porcentaje de cumplimiento de Ingresos Proyectados	95%	97%

3.3.3.4 GESTIÓN HUMANA

En el proceso Gestión Humana, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 85,7%, que corresponde a 6 de 7 Indicadores de Gestión, tal como se visualiza en la *Gráfica 23*:

Porcentaje de Cumplimiento Gestión Humana 2022



Gráfica 23. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Humana 2022

Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión Humana y sus porcentajes de cumplimiento se relacionan en la *Tabla 18*:

Tabla 18. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Humana 2022

Indicador	Meta	Resultado
Rotación Del Personal (entre el 5 y el 15%)	15%	6%
Cumplimiento de requisitos de ingreso de hojas de vida	95%	89%
Porcentaje de Cumplimiento de Solicitud de Recobro de Incapacidades	95%	97%
Cumplimiento en la fecha de entrega de la nomina	30	29



Cumplimiento de la planilla de seguridad social	6	6
Cumplimiento de capacitaciones	90%	97%
Cumplimiento de la eficacia de las capacitaciones	90%	97%

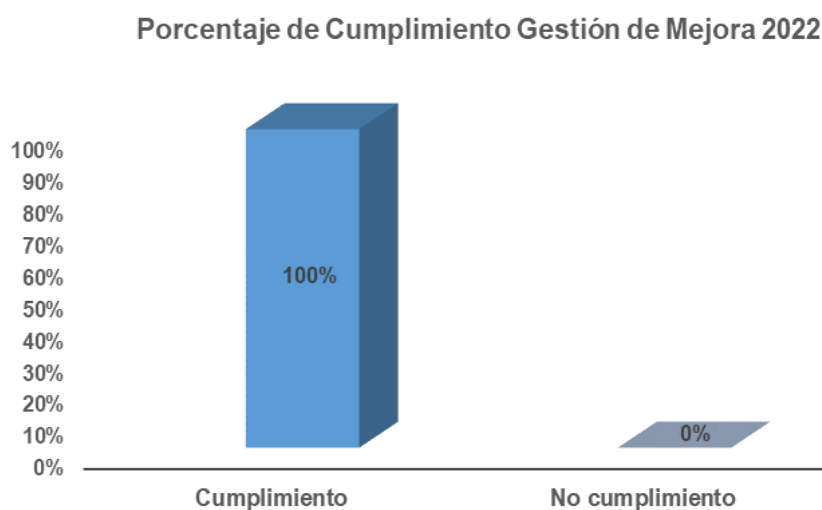
En el período 2022 se realizan ajustes de la meta del indicador Cumplimiento de las capacitaciones, siendo más retadora para la vigencia. Además se agrega el indicador Cumplimiento de la eficacia de las capacitaciones con una meta del 90%.

Los indicadores del proceso cuyos resultados durante el periodo de evaluación presentaron cumplimiento de las metas establecidas fueron: Rotación del personal, Porcentaje de cumplimiento de solicitud de recobro de incapacidades, Cumplimiento en la fecha de entrega de la nómina, Cumplimiento de capacitaciones y Cumplimiento de la eficacia de las capacitaciones.

3.3.4 PROCESOS DE CONTROL

3.3.4.1 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 *Gráfica 24*:



Gráfica 24. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión de Mejora 2022



En la Tabla 19 se relacionan los indicadores 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	90%	93%
Porcentaje de cumplimiento del reporte de información a entes de control	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%	97,8%

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 a través de las aplicaciones de Microsoft 365 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 sitio de Share Point del Drive institucional 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:

- 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:

- 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.
- Generar alertas a través de las aplicaciones de Microsoft 365 a los responsables de reporte.

Cumplimiento de auditorías internas

- Continuar con el diseño anual del Programa, Plan y 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

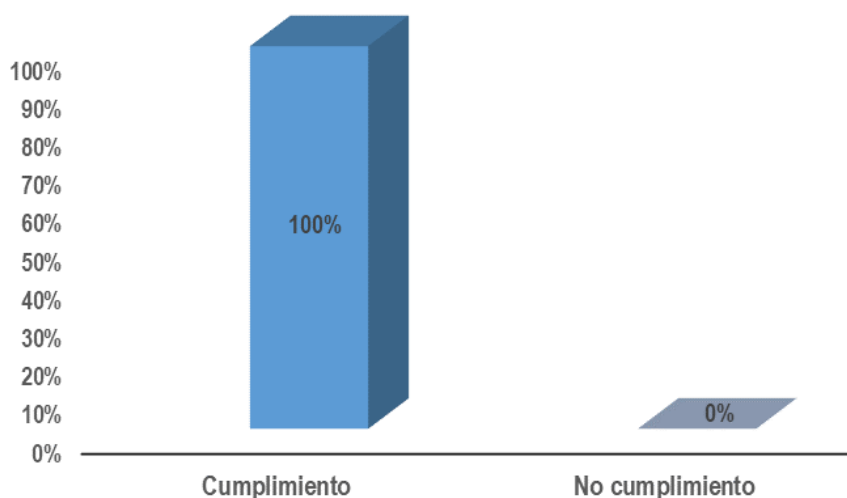
- Continuar con el cumplimiento de la ruta Crítica con enfoque en Estándares de Acreditación, con base a la metodología normativa y los tiempos establecidos en la proyección.
- Ejecutar en Plan de Acción en todas las sedes de Caminos IPS para garantizar el aprendizaje institucional y la mejora continua.

3.3.4.2 GESTIÓN SIAU

En el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 5 de 5 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la *Gráfica 25*:



Porcentaje de Cumplimiento SIAU 2022



Gráfica 25. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario 2022

En la *Tabla 20* se relacionan los indicadores y porcentajes de cumplimiento del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario,

Tabla 20. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario 2022

Indicador	Meta	Resultado
Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios de Caminos IPS	95%	99%
Proporción de usuarios que recomendarían Caminos IPS SAS a un familiar o amigo	95%	100%
Gestión de Quejas y Reclamos	100%	84%
Gestión de Peticiones y Sugerencias	80%	80%
Días de Solución de las PQRSDF (Días)	5	2,2

Las principales estrategias implementadas para dinamizar el cumplimiento de los indicadores del proceso 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.

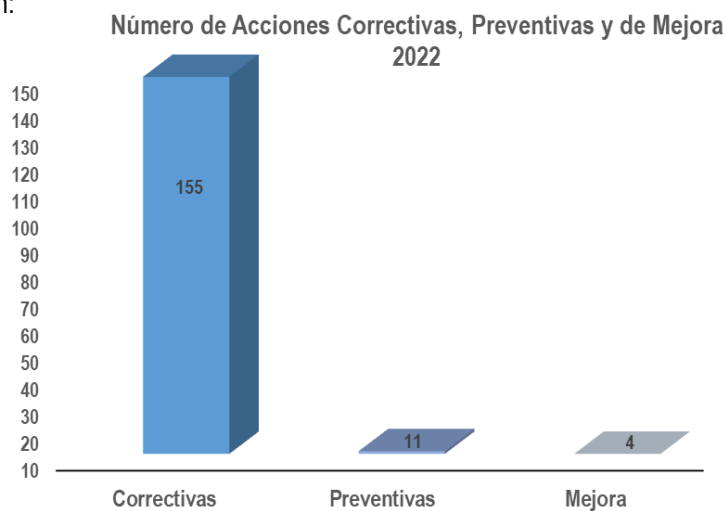
3.4 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

3.4.1 ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA

La organización gestiona las no conformidades a través de diferentes herramientas, tales como:

- Aplicativo de gestión y administración de acciones y eventos adversos, donde se registra el detalle de las acciones a implementar resultado del análisis de causas de los hallazgos, no conformidades, oportunidades de mejora, incidentes o eventos adversos; derivados de auditorías internas, auditorías externas, revisión interna de procesos y retroalimentación de las partes interesadas.
- Matriz de gestión de riesgos y oportunidades, donde se administran y consolidan las acciones para abordar los riesgos y oportunidades organizacionales.

En el período comprendido entre enero a diciembre de 2022, se identificaron un total de 170 acciones, de las cuales el 91,2% son correctivas, el 6,5% Preventivas y 2,4% de Mejora; la *Gráfica 26* permite visualizar el número total por tipo de acción:



Gráfica 26. Número de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora 2022



La *Tabla 21* se relaciona el tipo y total de acciones por fuente de identificación, se puede identificar que el 42% de las acciones se derivaron de Auditorías Externas de Entes de Control y Visitas de Inspección, Vigilancia y Control, seguido de Auditorías de Ente Certificador con 22%, el 13% de Reportes voluntario del personal IPS de eventos adversos prevenibles, 10% de Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad, el 15% restante distribuido entre Requerimientos de entes de control con un 6%, Reportes voluntario de personal de la IPS de Incidentes, un 2% derivadas de reportes voluntario de personal de la IPS de eventos adversos no prevenibles y un 1% de la revisión interna de procesos.

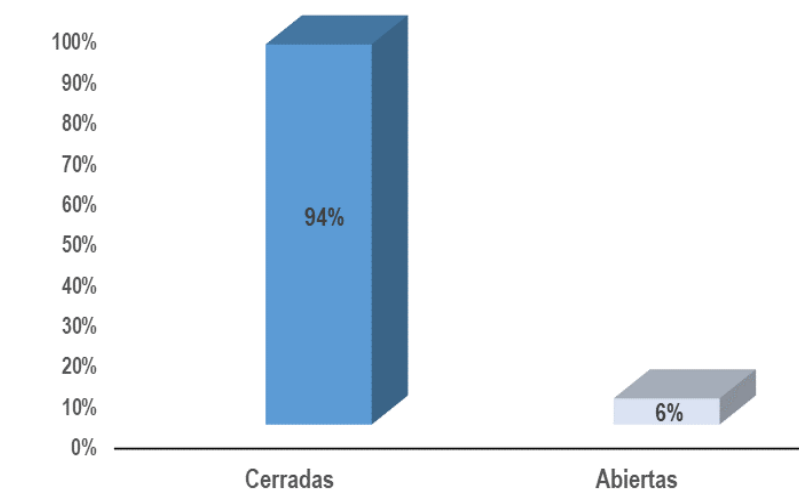
Tabla 21. Número de Acciones por fuente de identificación

Fuente	Correctivas	Preventivas	Mejora	Total
Auditoría Externa Ente de Control - DADIS SOGC	17			17
Auditoría Externa Ente de Control - Inspección Bioseguridad Sede Soledad	11			11
Auditoría Externa Ente de Control - Concepto Sanitario Sede Norte	25		1	26
Auditoría Externa Ente de Control - Tecnovigilancia Sede Soledad	11			11
Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC 2021	19			19
Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC 2022	18			18
Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015 - 2022	14	3		17
Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso No Prevenible	3			3
Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso Prevenible	22			22
Reporte voluntario personal IPS - Incidente	8			8
Requerimiento de ente de control - DADIS		10		10
Revisión Interna de Procesos	1	1		2
Visita de Inspección, Vigilancia y Control Ente de Control - Sede Norte	6			6
Total general	155	4	111	170

3.4.2 ESTADO DE LAS ACCIONES

En la *Gráfica 27* se evidencia el estado de las acciones identificadas en la vigencia 2022, se cuenta con un total de 170 acciones, de las cuales 126 se proyectó fecha de ejecución para la vigencia 2022 y 44 para la vigencia 2023. De las 126 acciones proyectadas para el año 2022 el 94%, que corresponden a 118 acciones, se encuentran cerradas y el 6%, correspondiente a 8 acciones, se encuentran abiertas, éstas acciones corresponden a: Auditoría Externa Ente de Control - Inspección Concepto Sanitario Sede Norte con 4 acciones, Requerimiento de ente de control – DADIS con 3 acciones y Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso Prevenible con 1 acción; las cuales se proyecta dar cierre para la vigencia 2023, de acuerdo a las fechas establecidas en el Aplicativo de Gestión y Administración de Acciones y Eventos Adversos.





Gráfica 27. Estado de las Acciones 2022

Respecto a las acciones preventivas que se gestionan a través de la Matriz de Gestión de Riesgos y Oportunidades, en el período comprendido entre enero a diciembre de 2022 se cuenta con un total de 96 controles relacionados por proceso en la *Tabla 22* y 13 tratamientos descritos en la *Tabla 23*. Tanto los controles como los tratamientos son considerados acciones preventivas para la gestión de los riesgos organizacionales:

Tabla 22. Número de Controles por Proceso 2022

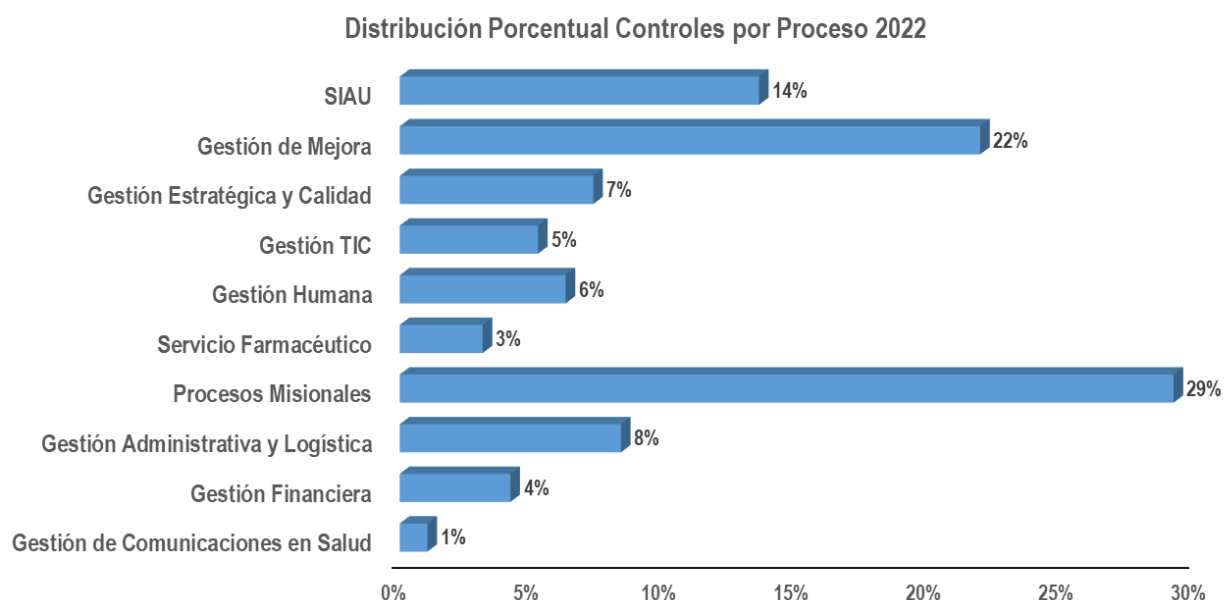
PROCESO	Nº CONTROLES
Gestión de Comunicaciones en Salud	1
Gestión Financiera	4
Gestión Administrativa y Logística	8
Procesos Misionales	28
Servicio Farmacéutico	3
Gestión Humana	6
Gestión TIC	5
Gestión Estratégica y Calidad	7
Gestión de Mejora	21
SIAU	13
Total	96



Tabla 23. Número de Tratamientos por Proceso 2022

PROCESO	Nº CONTROLES
Gestión de Comunicaciones en Salud	0
Gestión Financiera	1
Gestión Administrativa y Logística	0
Procesos Misionales	8
Servicio Farmacéutico	3
Gestión Humana	0
Gestión TIC	0
Gestión Estratégica y Calidad	0
Gestión de Mejora	0
SIAU	1
Total	13

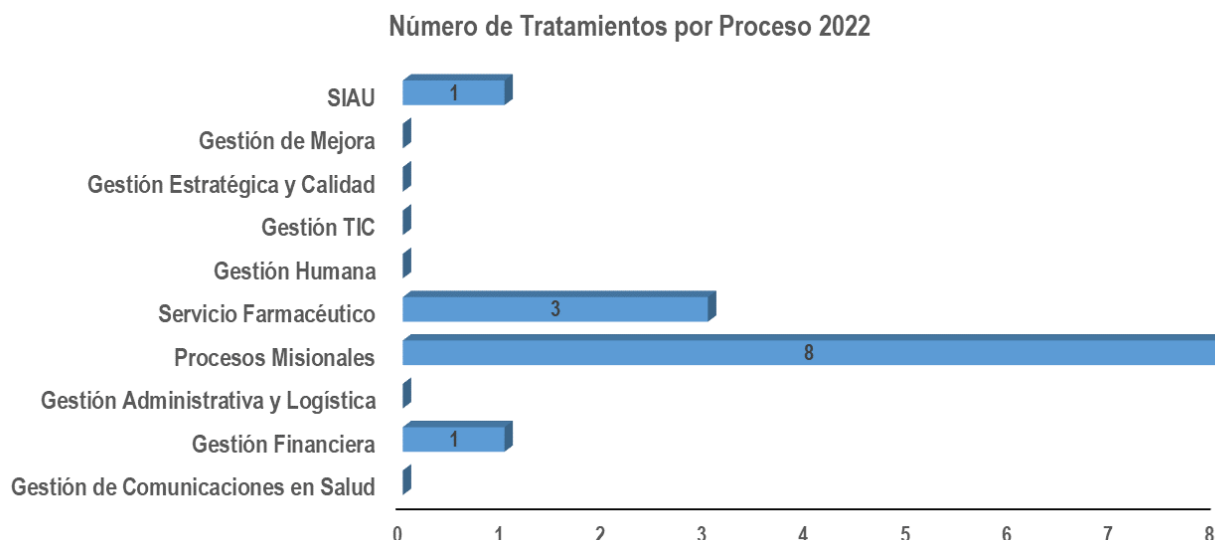
La Gráfica 28 permite visualizar la distribución porcentual de los controles por proceso, se puede evidenciar que los procesos con mayor número de controles son los misionales con un 19%, seguido del proceso Gestión de Mejora con 14%, Gestión Humana y Gestión con un 12%.



Gráfica 28. Distribución porcentual Controles por proceso 2022.



La Gráfica 29 permite visualizar la distribución del número de tratamientos por proceso, se puede evidenciar que los procesos Misionales tienen el mayor número de tratamientos (8), seguido del Servicio Farmacéutico (3) y los procesos de SIAU y Gestión Financiera con (1) tratamiento respectivamente.



Gráfica 29. Número de tratamientos por proceso 2022

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 2022 en la organización se levantaron 3 acciones de mejora, resultado de la gestión de las Oportunidades, las cuales se relacionan a continuación, identificados desde el proceso de Direccionamiento Estratégico, Procesos Misionales y Gestión TIC:

- La apertura de nuevos sedes y ampliación del portafolio de servicios, para contribuir al crecimiento y sostenibilidad de la organización. Las actividades que hacen parte de la acción de mejora son:
 - Brindar el servicio de vacunación COVID, 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 e ionizantes.
 - Gestionar con los clientes empresariales actuales y potenciales nuevos contratos de servicios que impacten a la población contratada.
- Posibilidad de que la organización adopte nuevas tecnologías para la habilitación de la modalidad de atención de telemedicina cumpliendo con la normatividad vigente. La actividad que hace parte de la acción de mejora 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 junta directiva.



- Mejorar las competencias de los colaboradores directivos de la organización desde la perspectiva asistencial, con un enfoque nacional e internacional, lo cual permita transferir el conocimiento a los colaboradores lo cual se refleje en el modelo de atención de la organización. La actividad que hace parte de esta acción es:
 - Participar en Referenciación con la organización Sumimedical en Medellín, Colombia, para mejorar las competencias del equipo directivo administrativo y asistencial de la organización, e identificar diferentes modelos de atención en salud, para implementar estrategias en Caminos IPS.

3.4.3 PRODUCTOS NO CONFORMES

Respecto a los productos no conformes, en el periodo de enero a diciembre 2022 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 21.686 medicamentos. En la *Tabla 24* se relaciona la cantidad de medicamentos almacenado en el servicio por mes:

Tabla 24. Relación de medicamentos almacenados y no conformes 2022

Mes	Cantidad de medicamentos	Productos no conformes
Enero	1609	0
Febrero	1774	0
Marzo	1729	0
Abril	1862	0
Mayo	1831	0
Junio	1874	0
Julio	1783	0
Agosto	1792	0
Septiembre	1841	0
Octubre	1822	0
Noviembre	1934	0
Diciembre	1835	0
Total	21.686	0

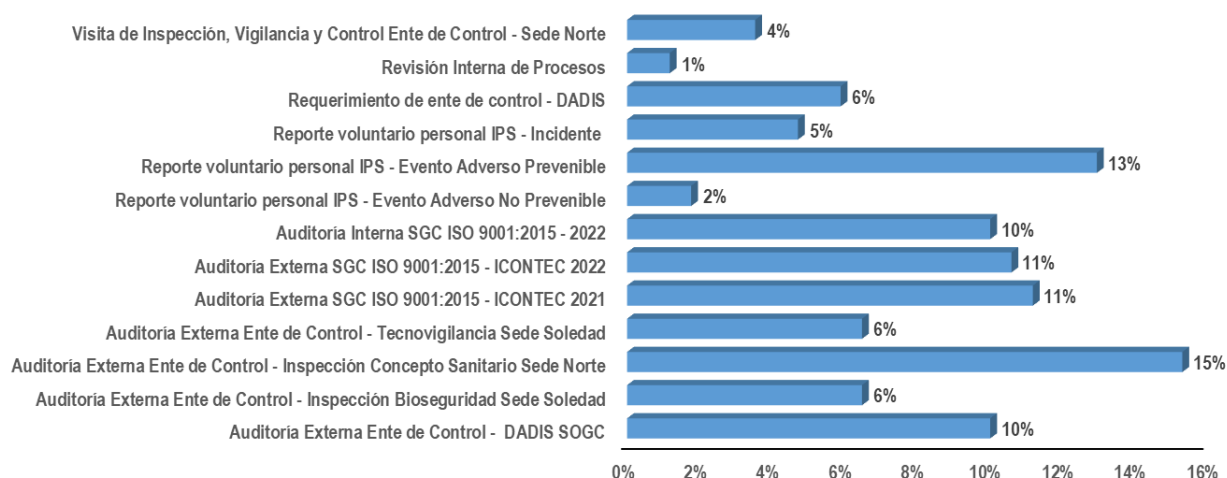
3.5 RESULTADOS DE AUDITORÍA

Durante la vigencia 2022, 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. En la *Gráfica 30* se puede identificar que el 42% de las acciones se derivaron de Auditorías Externas de Entes de Control y Visitas de Inspección, Vigilancia y Control, seguido de Auditorías de Ente Certificador con 22%, el 13% de



Reportes voluntario del personal IPS de eventos adversos prevenibles, 10% de Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad, el 15% restante distribuido entre Requerimientos de entes de control con un 6%, Reportes voluntario de personal de la IPS de Incidentes, un 2% derivadas de reportes voluntario de personal de la IPS de eventos adversos no prevenibles y un 1% de la revisión interna de procesos.

Porcentaje de Acciones por fuente de identificación 2022



Gráfica 30. Porcentaje de Acciones por fuente de identificación 2022

3.5.1 ESTADO DE LAS ACCIONES RESULTADO DE AUDITORÍAS

La Tabla 25 permite visualizar el estado de las acciones derivadas de auditorías internas y externas, se evidencia un total de 135 acciones, de las cuales 94 se encuentran cerradas y 41 se encuentran abiertas, éstas acciones corresponden a: Auditoría Externa Ente de Control - Inspección Concepto Sanitario Sede Norte (4), Auditoría Externa Ente de Control - Tecnovigilancia Sede Soledad (7), Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC 2022 (12), Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015 – 2022 (14), Requerimiento de ente de control – DADIS (4); las cuales se proyecta dar cierre para la vigencia 2023, de acuerdo a las fechas establecidas en el Aplicativo de Gestión y Administración de Acciones y Eventos Adversos.

Tabla 25. Estado de Acciones derivadas de Auditorías 2022

FUENTE DE AUDITORÍAS	% Acciones por Auditoría Cerradas	Número Total de Acciones	Nº Acciones Cerradas	Nº Acciones Abiertas
Auditoría Externa Ente de Control - DADIS SOGC	100%	17	17	
Auditoría Externa Ente de Control - Inspección Bioseguridad Sede Soledad	100%	11	11	
Auditoría Externa Ente de Control - Inspección Concepto Sanitario Sede Norte	85%	26	22	4



Auditoría Externa Ente de Control - Tecnovigilancia Sede Soledad	36%	11	4	7
Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC 2021	100%	19	19	
Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC 2022	33%	18	6	12
Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015 - 2022	18%	17	3	14
Requerimiento de ente de control - DADIS	60%	10	6	4
Visita de Inspección, Vigilancia y Control Ente de Control - Sede Norte	100%	6	6	
TOTAL GENERAL	70%	135	94	41

3.6 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS

La organización cuenta con Procedimiento de Selección, Seguimiento, Medición, Evaluación y Reevaluación de Proveedores V_05, el cual se realiza semestralmente, este fue aplicado a 21 proveedores que afectan directamente la prestación de los servicios, los resultados se describen en la *Imagen 1*:


 <p>CAMINOS IPS SAS RESULTADO PROCESO DE EVALUACION PROVEEDORES PERIODO: 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022</p>						
CRITERIOS DE EVALUACION						
PROVEEDOR	CALIDAD DE PRODUCTO O SERVICIO	CUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE ENTREGA	CUMPLIMIENTO EN CANTIDADES	SERVICIO POSVENTA	TOTAL PUNTUACION	PLAN DE ACCION
BIOMAINTEANCE SAS	45	20	13	5	83	N/A
DOTARMEDICA SAS	50	30	10	5	95	N/A
INVERSIONES BIS	50	25	10	5	90	N/A
COMERCIALIZADORA ANDIFLEX	50	25	15	5	95	N/A
DISTRIHELP	50	30	15	5	100	N/A
GRUPO GAMS	50	20	15	5	90	N/A
INGEAMBIENTE DEL CARIBE	50	25	15	2	92	N/A
PROSEGUR	50	30	15	5	100	N/A
TECNIELECTRONIS Y CIA LTDA	50	30	15	5	100	N/A
ZARCOP FOTOCOPIADORA	50	25	15	5	95	N/A
SIS MG SAS	50	25	15	5	95	N/A
MEDICAL SANUS	45	30	10	5	90	N/A
LABORATORIOS LTDA	50	30	10	3	93	N/A
INDUSTRIA AMBIENTAL	50	20	10	5	85	N/A
INDILAC	50	25	10	5	90	N/A
LABORATORIOS COLCAN	40	30	10	5	85	N/A
BARRETO SOFTWARE	45	22	10	5	82	N/A
VELEZ LAB	50	20	10	5	85	N/A
DIZAR SAS	45	25	10	5	85	N/A
CONSTRUIMOS SOLUCIONES EMPRESARIALES	50	20	15	5	90	N/A
METROCARIBE	50	30	15	5	100	NA
INTERPRETACION						
CALIFICACION	Mayor a 80 Puntos	* El proveedor o contratista permanece por un periodo mas				
	Entre 60 y 79 Puntos	* El proveedor o contratista en periodo de prueba, con plan de accion				
	Menor a 60 Puntos	* El proveedor o contratista es retirado del listado de proveedores				

Imagen 1. Evaluación de Proveedores II Semestre 2022

Se evidencia que todos los proveedores cumplieron con los criterios establecidos por la organización, los cuales son: calidad de producto o servicio, cumplimiento en los tiempos de entrega, cumplimiento en cantidades y servicio posventa. Cabe indicar que los proveedores con resultados iguales o mayores a 80 puntos 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 2022 a través de un presupuesto general de ingresos, por un valor total de **\$35.534.066.689**, desde el mes de enero hasta diciembre la gestión para la consecución de estos recursos ha sido de **36.787.333.897**, lo que representa el 97% de lo proyectado. A continuación, se presenta de forma detallada la adecuación de los recursos en cada uno de los meses del año:

Tabla 26. Relación Ingresos Proyectados y Ejecutados 2022

MES	PROYECTADOS	EJECUTADOS
Enero	\$ 2.424.439.790	\$ 3.056.288.835
Febrero	\$ 2.920.864.039	\$ 2.762.887.467
Marzo	\$ 3.190.726.646	\$ 2.986.061.050
Abril	\$ 3.346.288.026	\$ 2.763.440.015
Mayo	\$ 3.324.943.507	\$ 3.018.363.397
Junio	\$ 3.207.461.183	\$ 2.427.137.383
Julio	\$ 3.361.331.492	\$ 3.321.342.711
Agosto	\$ 3.124.626.679	\$ 2.554.414.220
Septiembre	\$ 3.090.824.363	\$ 3.254.444.867
Octubre	\$ 2.514.186.988	\$ 2.671.743.894
Noviembre	\$ 2.514.186.988	\$ 2.745.777.497
Diciembre	\$ 2.514.186.988	\$ 5.225.432.561
Total	\$ 35.534.066.689	\$ 36.787.333.897

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

5.1 METODOLOGÍA PARA GESTIONAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES

La organización cuenta con una metodología y matriz que permite identificar y gestionar los riesgos y oportunidades, la metodología se desarrolla a través de los pasos que se mencionan a continuación:



5.1.1 RIESGOS

- A. Identificación del riesgo: durante esta actividad se identifica y registra: el proceso, la fecha, descripción, fuente generadora, contexto interno y/o externo, nombre del factor del contexto, DOFA, efecto de la posible materialización del riesgo.
- B. Análisis inherente: durante esta actividad se identifica la probabilidad y el impacto neto, es decir sin tener en cuenta los controles aplicados, como resultado de este análisis se identifica el riesgo en una zona de calor, que puede ser: Extremo, alto, moderado o bajo, los cuales dependen de la calificación del riesgo respecto a su probabilidad e impacto.
- C. Controles: durante esta actividad se identifican, gestionan y aplican los controles preventivos, detectivos o correctivos, la frecuencia de la aplicación del control, y los criterios que será orientadores para determinar la eficacia: evidencia, inversión, responsable, lineamientos institucionales que lo soportan, suficiencia del control.
- D. Análisis residual: durante esta actividad se realiza el análisis residual, es decir teniendo en cuenta los controles aplicados, los cuales permitieron que se generara un desplazamiento generando una reducción en la probabilidad y en el impacto del riesgo, cambiado la posición del riesgo en la zona de calor, cuyo resultado puede ser: Extremo, alto, moderado o bajo.
- E. Monitoreo y seguimiento: durante esta actividad se realiza el seguimiento, mensual, bimestral o trimestral, de acuerdo con el resultado del riesgo en su zona residual.
- F. Tratamiento: durante esta actividad se realiza la identificación de acciones preventivas, siempre que un riesgo se materialice, o si al realizar el análisis residual, este aun permanece en una zona de riesgos extrema o alta.

5.1.2 OPORTUNIDADES

- A. Identificación de las oportunidades: en esta actividad se identifican y registran: los procesos, fecha, descripción de la oportunidad, contexto, nombre del factor, DOFA, fuente generadora de la oportunidad.
- B. Análisis de las oportunidades: en esta actividad se identifica y registra la descripción del beneficio, nivel de esfuerzo, nivel de beneficio y el resultado del aprovechamiento de la oportunidad (cuyo resultado puede ser: aprovechar en el corto o mediano plazo o si no se recomienda aprovechar la oportunidad).
- C. Tratamiento y mejora: en esta actividad se registran las acciones de mejora, resultado de aprovechar las oportunidades.
- D. Eficacia de las oportunidades: el criterio implementado para determinar la eficacia resulta de identificar si esta oportunidad se aprovechó en el tiempo establecido.



5.2 RIESGOS Y OPORTUNIDADES POR PROCESO

5.2.1 RIESGOS

La organización ha gestionado un total de 42 riesgos, Durante la vigencia 2022 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. A continuación, se relacionan los riesgos por proceso:

Tabla 27. Número total de riesgos por proceso 2022

TABLA NUMERO TOTAL DE RIESGOS POR PROCESO	
PROCESOS	Nº RIESGOS POR PROCESO
Gestión Estratégica y Calidad	3
Gestión de Comunicaciones en Salud	1
Gestión del Servicio Farmacéutico	3
Gestión de Información y Atención al Usuario	4
Gestión de Mejora	6
Gestión Financiera	4
Gestión Administrativa y Logística	3
Gestión Humana	5
Gestión TIC	5
Procesos Misionales	8
TOTAL RIESGOS	42

De acuerdo con la tabla número total de riesgos por proceso se puede identificar la siguiente información:

- En los procesos misionales se identifican el 19% de los riesgos gestionados por la organización.
- En el proceso gestión de mejora se identifican el 14% de los riesgos gestionados por la organización.
- En el proceso gestión humana se identifican el 12% de los riesgos gestionados en la organización.
- En el proceso gestión TIC se identifican el 12% de los riesgos gestionados en la organización.
- En el proceso gestión financiera se identifican el 10% de los riesgos gestionados en la organización.
- En el proceso gestión de información y atención al usuario se identifican el 10% de los riesgos gestionados en la organización.
- En el proceso gestión administrativa y logística se identifican el 7% de los riesgos gestionados en la organización.
- En el proceso servicio farmacéutico se identifican el 7% de los riesgos gestionados en la organización.
- En el proceso gestión estratégica y calidad se identifican el 7% de los riesgos gestionados en la organización.



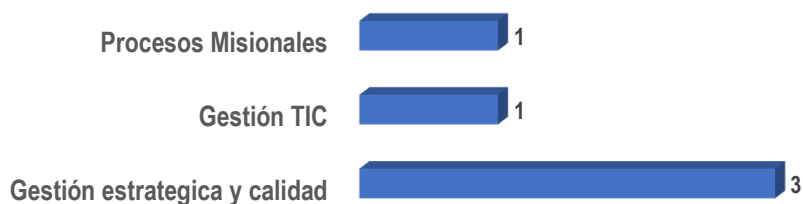
- En el proceso gestión de comunicaciones en salud se identifican el 2% de los riesgos gestionados en la organización.

5.2.1 OPORTUNIDADES

En la organización se levantaron 3 acciones de mejora, resultado de la gestión de las oportunidades, las cuales se relacionan a continuación, identificados desde el proceso de Direccionamiento Estratégico, Procesos Misionales y Gestión TIC:

- La apertura de nuevas sedes y ampliación del portafolio de servicios, para contribuir al crecimiento y sostenibilidad de la organización. Las actividades que hacen parte de la acción de mejora son:
 - Brindar el servicio de vacunación Covid, 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 e ionizantes.
 - Gestionar con los clientes empresariales actuales y potenciales nuevos contratos de servicios que impacten a la población contratada.
- Posibilidad de que la organización adopte nuevas tecnologías para la habilitación de la modalidad de atención de telemedicina cumpliendo con la normatividad vigente. La actividad que hace parte de la acción de mejora 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 junta directiva.
- 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. La actividad que hace parte de esta acción es:
 - Participar en Referenciación internacional Granada España, para mejorar las competencias del equipo Directivo asistencial de la organización, e identificar diferentes modelos de atención en salud, para implementar estrategias en Caminos IPS.

Acciones de mejora



Gráfica 31. Acciones de mejora por proceso



5.3 ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES

En la organización se cuenta con un total de 42 riesgos, identificados por todos los procesos, los cuales se gestionan a través de 96 controles o acciones preventivas, que permiten mitigar el impacto o reducir la probabilidad de ocurrencia, para evitar la materialización. De acuerdo con la metodología implementada se determina se establece que:

- Si el riesgo cuenta con el análisis residual bajo, el monitoreo y seguimiento se realizará trimestral.
- Si el riesgo cuenta con el análisis residual moderado, el monitoreo y seguimiento se realizará bimestral.
- Si el riesgo cuenta con el análisis residual alto o extremo, el monitoreo y seguimiento se realizará mensual.

Gráfica 32. Numero de controles por proceso 2022

Número de controles por proceso 2022



A continuación, se relacionan los controles aplicados por proceso y el estado del seguimiento y monitoreo:

Monitoreo y seguimiento:

- Gestión estratégica y calidad: 3 Riesgos con monitoreo trimestral.
- Gestión de comunicaciones en salud: 1 Riesgo con monitoreo bimestral.



- Gestión del servicio farmacéutico: 1 Riesgo con monitoreo trimestral, 2 riesgos con monitoreo mensual.
- Gestión de información y atención al usuario: 4 Riesgos con monitoreo trimestral.
- Gestión de mejora: 5 Riesgos con monitoreo trimestral, 1 riesgo con monitoreo bimestral.
- Gestión financiera: 2 Riesgos con monitoreo bimestral, 2 riesgos con monitoreo mensual.
- Gestión administrativa y logística: 2 Riesgos con monitoreo mensual, 1 riesgo con monitoreo bimestral.
- Gestión humana: 3 Riesgos con monitoreo mensual, 1 riesgo con monitoreo bimestral.
- Gestión TIC: 4 Riesgos con monitoreo trimestral, 1 riesgo con monitoreo mensual.
- Procesos misionales: 7 Riesgos con monitoreo mensual, 1 riesgo con monitoreo bimestral.
-

5.4 EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS

La organización cuenta con 96 controles para gestionar los 42 riesgos identificados, durante la vigencia 2022, se identificaron que 95 de estos controles fueron eficaces, lo cual representa el 99% de los controles implementados, por tal motivo se materializó un riesgo, correspondiente al proceso Gestión de Información y Atención al Usuario, “la posibilidad de que ocurra un error de digitación, omisión o selección de los datos al momento de ingresar usuarios en software institucional SIOS”. Para lo cual se formaliza un tratamiento, y actividades en el tratamiento que consisten en: actualizar el procedimiento de asignación de citas, construir el instrumento de asignación de citas, socializar el procedimiento actualizado y verificar la aplicación de la socialización, este tratamiento se encuentra en proceso de implementación.

A continuación, se relacionan los procesos con los controles y la eficacia:

Tabla 28. Relación de controles y su eficacia por proceso 2022

PROCESOS	CONTROLES	CONTROLES EFICACES
Gestión Estratégica y de Calidad	7	7
Gestión de Comunicaciones en Salud	1	1
Gestión del servicio farmacéutico	3	3
Gestión de información y atención al usuario	13	12
Gestión de mejora	21	21
Gestión financiera	4	4
Gestión administrativa y logística	8	8
Gestión humana	6	6
Gestión TIC	5	5
Procesos misionales	28	28
TOTAL	96	95

Otras acciones preventivas o tratamientos implementados en la organización, sin estar asociado a la materialización del riesgo fueron:



Proceso Servicio Farmacéutico:

- Entrenamientos y actualización de documentación del Servicio Farmacéutico, ajustando actuación de los miembros del SF.
- Entrenamientos y actualización de documentación del Servicio Farmacéutico, ajustando actuación de los miembros del SF.
- Entrenamientos y actualización de documentación del Servicio Farmacéutico, ajustando actuación de los miembros del SF. Las 3 acciones se cerraron en la vigencia.

Procesos Misionales:

- Disponer de carpetas en las sedes con formatos de registros clínicos manuales y demás documentos.
- Programar capacitación metodología del análisis de causa y mejoramiento de la gestión de los eventos adversos.
- En el desarrollo del comité de seguridad paciente realizar el análisis de causa mejoramiento de la gestión de los eventos adversos con la metodología definida.
- Incrementar las horas de reunión del comité a 3 horas.
- Validación de la calidad de las muestras de laboratorio procesadas.
- Realizar nueva toma de muestras de cargas virales en pacientes adherentes y comprometidos en su autocuidado con resultados detectables.
- Diseño de herramienta tecnológica que permita generar alerta de consulta de guía de práctica clínica cuando se digite código de CIE 10.
- Educación de enfermería incluir el componente de planificación familiar y prevención de embarazos no deseados.
- Prestación del servicio de implantes subdérmicos en pacientes en edad sexual reproductiva.
- Realizar ajuste tecnológico en el software de historias clínicas que permita generar alerta al ingresar Códigos de CIE 10 en eventos de interés sanitario.

6. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

6.1 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.

6.2 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.

6.3 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS NECESIDADES DE LOS RECURSOS

Para el año 2023 se tienen proyectado:

- Puesta en marcha de la sede Ronda Real Noveno Piso y Ramblas 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 \$ 521.479.272



MARTHA MATILDE CASTAÑO VERGARA
GERENTE GENERAL CAMINOS IPS SAS
CAMINOS IPS SAS

