

GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y ORGANIZACIONAL INFORME DE GESTIÓN 2023

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	15
3.1 SATISFACCIÓN AL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS	15
3.1.1 COMPORTAMIENTO DE PQRSF	16
3.2 GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	22
3.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS, CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS Y RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	25
3.3.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS	26
3.3.2 PROCESOS MISIONALES	28
3.3.3 PROCESOS DE APOYO	41
3.3.4 PROCESOS DE CONTROL	44
3.4 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS	49
3.4.1 ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA	49
3.4.2 ESTADO DE LAS ACCIONES	51
3.4.3 PRODUCTOS NO CONFORMES	56
3.5 RESULTADOS DE AUDITORÍA	56
3.5.1 ESTADO DE LAS ACCIONES RESULTADO DE AUDITORÍAS	57
3.6 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS	59
4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS	60
5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES	61
5.1 METODOLOGÍA PARA GESTIONAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1 RIESGOS	¡Error! Marcador no definido.
5.1.2 OPORTUNIDADES	¡Error! Marcador no definido.
5.2 RIESGOS Y OPORTUNIDADES POR PROCESO	61
5.2.1 RIESGOS	61
5.2.1 OPORTUNIDADES	61
6. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	57
6.1 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	64
6.2 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON NECESIDADES DE CAMBIO DEL SGC	65
6.3 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON LAS NECESIDADES DE LOS RECURSOS	65



1. ESTADO DE LAS ACCIONES POR LAS REVISIONES PREVIAS

En la Revisión por la Dirección del año 2023 se establecieron siete (7) acciones, de las cuales se encuentran en proceso de ejecución, a continuación, se detalla los avances y seguimiento de las acciones de las revisiones previas:

Tabla 1. Estado de las acciones por las revisiones previas

Nº	ACCIONES POR LA REVISIÓN 2023	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	Durante la vigencia 2023 se logró la puesta en marcha de las sedes Caminos IPS SAS Ronda Real Noveno Piso para la prestación de los servicios del programa de gestión del riesgo de Mujer Sana; a través de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Para la vigencia 2024 se tiene proyectado la inscripción en REPS de la sede Caminos IPS SAS Gran Manzana, la cual se encuentran en fase de adecuación de infraestructura.	En Proceso
2	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 tres componentes obligatorios: Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con enfoque en 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, enfocado en Estándares de Acreditación, la organización ha avanzado en el proceso de articulación de los diferentes sistemas de gestión implementados. Para el cierre de la vigencia 2023, 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 revisó y actualizó la Política y Objetivos del Sistema de Gestión Integrado. Se proyecta priorizar los avances en la integración de documentos e indicadores para el PAMEC 2024.	En Proceso
3	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 el año 2023 en el marco de la auditoría de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad se logró mantener la certificación de los servicios y sedes incluidas dentro del alcance.	En Proceso



4	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 2023 se avanzó en la implementación de actividades del Proceso de Gestión del Conocimiento. Se trabajó en 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.	En Proceso
5	Ampliar el mapa de procesos incluyendo todos los servicios prestados en la organización.	En el año 2023 el Comité de Calidad, dirigido por la Gerencia de Caminos IPS SAS, aprueba el nuevo mapa de procesos de la organización, el cual contempla ocho (8) Procesos Estratégicos, cinco (5) Procesos Misionales y siete (7) Procesos de Apoyo, para un total de veinte (20) procesos. Se ajusta la entrada del mapa incluyendo las necesidades, expectativas de las partes interesadas y los riesgos presentados y como salida, se establece las necesidades atendidas, expectativas superadas con riesgos controlados. La Alta Dirección aprobó la planificación para documentar de las caracterizaciones de los nuevos procesos y la revisión o actualización de los procesos existentes, la cual se proyecta finalizar en la vigencia 2024	En Proceso
6	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
7	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 2024 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 2023, 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 2023

FACTOR	CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS
Factor Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> Se firma un Acuerdo para la Cofinanciación de un Prototipo suscrito entre Caminos IPS y la corporación TECNNOVA UEE en el marco del proyecto fortalecimiento del tejido empresarial mediante el aumento de las capacidades de innovación en el departamento de bolívar. El proyecto se compone de tres grandes módulos FORMACIÓN, SISTEMAS DE GESTIÓN DE INNOVACIÓN y PROTOTIPADO. Caminos IPS participó y aprobó satisfactoriamente en las etapas de FORMACIÓN y SISTEMAS DE GESTIÓN DE INNOVACIÓN, y conforme a los criterios del comité evaluador fue escogido para participar en la etapa de PROTOTIPADO (LA CONVOCATORIA). Nos aprobaron el proyecto de alto valor entre 50 empresas seleccionadas. Para la implementación del prototipo, se recibirá una cofinanciación de hasta ochenta (80) millones de pesos. Caminos IPS SAS participó en la formulación de la Política Pública Distrital de Salud Mental, desde el Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS, junto a la Secretaría de Planeación Distrital, y en alianza con la Universidad de Cartagena y acompañadas por entidades de salud. Caminos IPS participó en una convocatoria para postular experiencias exitosas en el sector salud que realizaron la Organización para la Excelencia de la Salud (OES) en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá y Planetree International, en la que más de 70 instituciones nacionales e internacionales pudieron presentar sus trabajos en las 5 categorías establecidas: Atención centrada en la persona - Experiencia del paciente, Seguridad del paciente, Resultados clínicos - Centros de Excelencia, Modelos de atención en salud e Innovación en salud. Caminos IPS participó con dos experiencias exitosas: 1. En la categoría de Resultados Clínicos: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes VIH positivos atendidos en la IPS Caminos de Cartagena. 2. En la categoría Atención centrada en la persona – Experiencia del paciente: Método de atención del riesgo en salud, basado en conocimiento científico e interacciones sociales, para incrementar los niveles de felicidad de los pacientes no adherentes o inasistentes. La segunda experiencia clasificó para la exhibición de poster en el marco del 32° Foro Internacional de la OES con una exposición abierta al público del 20 al 22 de septiembre de 2023 en la ciudad de Cartagena.



- Desde el Programa de Comunidades Saludables de USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) Caminos IPS SAS participó y fue seleccionado, en la convocatoria RFA No. 27166-COL-2023-013, para fortalecer capacidades a nivel comunitario para el desarrollo de la estrategia de Rehabilitación en Salud Basada en Comunidad – RBC en salud mental en población migrante venezolana y de acogida. Este programa articula dos estrategias complementarias, a saber: “Dispositivos comunitarios en Salud” y, “Rehabilitación basada en comunidad – RBC” en salud mental en los territorios de: Necoclí y Cartagena.
- Caminos IPS SAS participó en la 2da Mesa Distrital de Epilepsia, creada por el Artículo 8º, ítem 3, del Reglamento Interno del Consejo Distrital de Salud Mental y Drogas (Decreto 1654 del 31 de diciembre del 2020. Mesa convocada por el Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS y cuyo objetivo fue socializar el Plan de Acción de Epilepsia y organizar las actividades con los diferentes entes territorial que favorecen a las personas con epilepsia, dando cumplimiento a la ley 1414 de 2010.
- Se realizó nueva contratación para la genotipificación y prueba de carga viral para HIV con el Laboratorio Clínico Citisalud. Es un laboratorio clínico de referencia en la región caribe colombiana, que se caracteriza por el desarrollo permanente de las capacidades técnico-científicas y tecnología vanguardista. Tiene presencia en Cartagena, Barranquilla, Montería, Sincelejo y Soledad.
- Caminos IPS SAS participó junto con el Establecimiento Público Ambiental (EPA Cartagena), el Comité Académico de Cambio Climático – CACC y docentes de instituciones de educación superior; en un ejercicio de concertación y articulación interinstitucional, para el diseño y desarrollo de una ambiciosa estrategia de educación, denominada “Cátedra Ambiental – Formador de Formadores”, a través de la cual se capacitaron a agentes educativos de Hogares Infantiles, Centros de Desarrollo Infantiles, Centros de Vida, docentes de instituciones educativas oficiales y líderes comunitario en materia ambiental. Esta cátedra contó con 3 ejes temáticos: 1. Reconociendo nuestros ecosistemas (ecosistemas estratégicos del distrito). 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 3. Cambio Climático Huella de Carbono y Gestión de Residuos.
- Se firmó el Memorando de Entendimiento entre el Departamento de Bolívar, la Universidad del Sinú “Elías Bechara Zainúm” Seccional Cartagena, la Cámara de Comercio de Cartagena, Mercy Corps, Caminos IPS SAS, Mutual Ser y Fundación Ser Social, para el abordaje integral de la mujer bolivarense. Con esta alianza se busca implementar estrategias que permitan la sensibilización de las mujeres y hombres del departamento para la prevención de las Violencias Basadas en Género, así como la promoción de los derechos de las mujeres bolivarenses, desde un abordaje integral y



	<p>enfoque diferencial. Lo anterior en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022, “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad y el Plan Departamental de Desarrollo 2020 – 2023 “Bolívar Primero”.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se firma un Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre la Universidad De San Buenaventura Seccional Cartagena y Caminos IPS SAS. Este convenio buscar aunar esfuerzos con el fin de desarrollar cooperación interinstitucional para otorga beneficios entre las dos instituciones. La Universidad otorga beneficios económicos en los porcentajes de matrícula de los programas académicos de posgrados y educación continua propios de la USB Cartagena de San Buenaventura Seccional Cartagena para todos los trabajadores vinculados laboralmente de forma directa a Caminos IPS e hijos de trabajadores vinculados. Adicional a este convenio específico, se suscriben dos más, el Convenio Docencia Servicio y el Convenio de Practicas Formativas y Proyectos Académicos de Investigación. La Universidad Simón Bolívar en alianza con el Programa Comunidades Saludables de USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) como resultado del proceso de sistematización de experiencias territoriales frente a la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia, lanzó el libro “Experiencias de la pandemia COVID-19. Colombia 2020 – 2022”, donde se reconstruyen e interpretan todas estas experiencias para avanzar hacia mejores respuestas ante futuras emergencias sanitarias. Dentro de este libro se comparte nuestra experiencia: Caminos conectados con la vida. Cartagena, Bolívar. La experiencia Caminos conectados con la vida privilegió el cuidado en casa de las personas con la COVID-19 mediante estrategias de educación en salud, detección temprana de los riesgos de contagio y complicaciones. El reto fue conectar vidas a través de un proceso de coordinación, comunicación y entrenamiento del talento humano y personas atendidas en Caminos IPS S.A.S.», bajo el direccionamiento establecido por el MSPS el 17 de marzo de 2020. Caminos IPS recibe a la IPS Medisinu como medio de referenciación para mostrar las experiencias exitosas del programa de falla cardiaca de Caminos IPS, en el que se socializó el modelo y proceso de atención del programa de falla cardiaca, indicadores de gestión y experiencias exitosas. Certificación al equipo interdisciplinario del programa, RESPIRA detección temprana de cáncer de pulmón por parte de BIOTORAX.
Factor Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> En la organización se realizaron desarrollos tecnológicos orientados: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Software de gestión documental en etapa de validación, permitiendo la creación, revisión, aprobación y consulta de los documentos del Sistema Gestión de Calidad.



	<p>✓ Bodega de datos: repositorio donde se almacena la información necesaria para generación de tableros de control e inteligencia de negocio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se gestionó la integridad de los datos en la organización través de su modelo de seguridad basado en roles, usuarios, permisos y a través del desarrollo de la bodega de datos. Se realizaron inversiones a nivel tecnológico en infraestructura, fortalecimiento del personal, herramientas TIC para el incremento de la productividad y mejoramiento de procesos en la organización.
Factor Humano	<p>Talento</p> <ul style="list-style-type: none"> Alianza con la Cooperativa Multiactiva de Seguridad Social COMSES. Cooperativa multiactiva de aporte y crédito, que ofrece bienes y servicios que contribuyen a mejorar la economía y el bienestar de nuestros colaboradores. Flexibilidad en la jornada laboral de los colaboradores en la búsqueda de una conciliación trabajo-vida personal que les permita equilibrar sus responsabilidades laborales y personales, teniendo más tiempo para su familia, educación, salud y bienestar. Se permite a los colaboradores que compartan con sus hijos y/o familiares las celebraciones o reuniones que requieran de su presencia. Beneficio de póliza de vida y exequias para los colaboradores con contratación indefinida y fija superior a un año, este beneficio se extiende para 7 miembros de su grupo familiar. Este beneficio proporciona paz mental, apoyo en momentos difíciles y fomenta la responsabilidad y previsión financiera. Convenio con Bancolombia para la gestión de crédito por libranza que ofrece un acceso más rápido y fácil a préstamos con tasas de interés competitivas. Este tipo de créditos brindan flexibilidad en el uso de los fondos para cualquier necesidad y una mejor administración financiera ayudando a los colaboradores a administrar mejor sus finanzas al proporcionarles un monto fijo de pago mensual. Se realizó un cambio significativo en nuestro equipo de talento humano con la contratación de nuestra nueva coordinadora del proceso de gestión humana. Esta adición al equipo ha traído consigo una serie de cambios positivos y beneficios para nuestra organización. La coordinadora ha sido fundamental en la implementación de iniciativas de desarrollo profesional y capacitación, lo que ha contribuido a la motivación y el crecimiento de nuestro equipo. Su capacidad para gestionar eficazmente los recursos humanos ha permitido una mayor eficiencia en los procesos internos de la organización. Se llevó a cabo la separación del cargo de dirección administrativa y financiera, con el fin de optimizar y especializar las funciones de cada área. En este sentido, se ha contrató a una profesional altamente calificada y experimentada exclusivamente para ocupar el cargo de dirección financiera. Esta decisión estratégica busca una gestión más eficiente



	<p>y precisa en términos de control y administración de los recursos financieros de la organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el marco del Plan de Comunicaciones de Caminos IPS SAS, se contrató directamente a una directora de comunicaciones con el objetivo estratégico de encausar los mensajes de manera estratégica y eficaz, tanto a nivel institucional, organizacional como mediático. Con esta contratación se busca facilitar el cumplimiento de los objetivos institucionales a través de una comunicación óptima, gestionando de forma efectiva los medios y canales disponibles en la IPS.
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. Co-creación de la marca Isla Rosa para la promoción y recolección de recursos para las sobrevivientes del cáncer de mama y cérvix inicialmente.



	<ul style="list-style-type: none"> 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"> EL RINCÓN DE LOS ABRAZOS: Para el año 2023 Caminos IPS, validó la puesta en marcha de la estrategia de comunicación para el cambio humano denominada “El Rincón de los Abrazos”. Con la cual se pretende ser una voz de aliento y un espacio acogedor, con el que nuestro talento humano pueda contar cada vez que necesite ser escuchado por alguna dificultad personal que esté atravesando. Su eslogan es “Abraza la vida”, y está definido como una apuesta organizacional que responde al interrogante de cómo cuidamos a nuestros cuidadores en Caminos IPS. Ahora bien, El Rincón de los Abrazos surge de la necesidad que día a día evidenciaba la colaboradora, quien desde sus labores como auxiliar de servicios generales, recibía en su espacio de trabajo (la cafetería) a colaboradores que, en medio de sus pausas activas, almuerzos o espacios libres, se sentaban y al compartirle sus situaciones personales, finalizaban con un abrazo que muchas veces fueron referenciados como “reparadores” y los colaboradores se retiraban agradecidos por la escucha y el abrazo. Objetivo: Lograr que los colaboradores de Caminos IPS encuentren en un abrazo la oportunidad de sanar, desahogarse y encontrar un espacio de escucha y atención. Como un aspecto fundamental para que el equipo humano comprendiera que la calidad somos todos, se diseñó la campaña interna: Súmate: La Calidad Somos Todos; que tiene como objetivo fortalecer los conocimientos en los colaboradores de la empresa y aumentar los niveles de apropiación sobre la Gestión de la Calidad en Caminos IPS. Para operativizar la campaña que le apuesta a convertirse en un programa de la organización, se realizó el diseño del logotipo que, a su vez, serviría para promover la marca. Desde el área de diseño gráfico se realizaron los posts para promocionar las confesiones y asesorías espirituales con el padre Jaime Hernández, mediante la cual, los colaboradores de la empresa tienen la oportunidad de poder conectar con un guía que les orienta de forma personalizada acerca del amor propio, la autoestima y estrategias personales para ser mejores seres humanos. COACHING TRANSFORMACIONAL DE ALTO IMPACTO: se realizaron talleres con el equipo de gestoras de salud permitiéndoles a los colaboradores de la empresa “transformar” su desempeño. Ello se consigue transformando lo que es o no posible de cara a la consecución de metas concretas. Con este coaching se buscaba transformar la manera en que se auto perciben y lo que está disponible para ellos en acciones y resultados. De esta manera se puede elegir crear un futuro distinto al que se dirigen por defecto.



	<ul style="list-style-type: none"> • MAGAZÍN RADIAL BIENESTAR 360: El último miércoles de cada mes con la conducción de nuestra gerente, Martha Castaño Vergara, se emite a través de la emisora La Cariñosa en RCN a las 11:00 de la mañana Bienestar 360, un espacio que busca promover en los oyentes el pensamiento positivo a través de las historias de los invitados al programa. • MAGAZÍN “UNA PAUSA EN EL CAMINO: Este Magazín semanal Una Pausa se emite de forma semanal a través de la red social de Caminos IPS en Instagram, programa que es conducido por la directora de comunicaciones. En el Magazín se entrevistaron profesionales de la salud de Caminos IPS, en aras de orientar a los usuarios acerca de temas de interés para usuarios, pacientes y el público en general con un enfoque de promoción y prevención de la salud y el bienestar. • RELACIONES PÚBLICAS Y CORPORATIVAS: A través de la dirección de comunicaciones se lograron este año cuatro (4) alianzas institucionales con organizaciones del sector público y privado de la ciudad de Cartagena: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escuela de Gobierno y Liderazgo ente territorial adscrito a la Alcaldía Mayor de Cartagena. ✓ Universidad Los Libertadores. ✓ Universidad de San Buenaventura. ✓ Observatorio de infancia, niñez y adolescencia Ángeles Somos. • REDISEÑO SITIO WEB: El portal web de la empresa: www.caminosips.com fue rediseñado a mediados del año 2023 con el aporte innovador de un equipo interdisciplinario de los colaboradores de la IPS. Todos sus aportes y esta transformación digital en salud fueron motivadas por la búsqueda de una mejor atención al paciente. Uno de los motivos claves que aceleró las transformaciones digitales en salud del portal web de Caminos IPS fue la necesidad de brindar una buena experiencia al paciente, personalizada y de forma continuada, sin necesidad de exponerse a ningún factor de riesgo.
Factor Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • En agosto de 2023 el Comité de Calidad, dirigido por la Gerencia de Caminos IPS SAS, aprobó el nuevo mapa de procesos de la organización, el cual contempla ocho (8) Procesos Estratégicos, cinco (5) Procesos Misionales y siete (7) Procesos de Apoyo, para un total de veinte (20) procesos. Se ajusta la entrada del mapa incluyendo las necesidades, expectativas de las partes interesadas y los riesgos presentados y como salida, se establece las necesidades atendidas, expectativas superadas con riesgos controlados. • La Alta Dirección aprobó la planificación para documentar de las caracterizaciones de los nuevos procesos y la revisión o actualización de los procesos existentes, la cual se proyecta finalizar en la vigencia 2024



Tabla 3. Cambios en las Cuestiones Externas 2023

FACTOR	CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS
Factor Económico	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con la resolución número 000185 del 25 de febrero de 2023, la distribución del gasto de funcionamiento en salud para la vigencia fiscal 2023 es de \$950.500.000.000, asignando para el departamento de Bolívar \$32.500.000.000 y \$700.000.000 para el distrito de Cartagena en el Sistema General de Salud del Régimen Subsidiado. Según los datos del aplicativo web “Cifras del Aseguramiento en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, el número de afiliados al SGSSS continúa aumentando en el año 2023. La cobertura nacional ha crecido hasta alcanzar el 99.95%. En el departamento de Bolívar, la cobertura se ha mantenido en el 100%, al igual que en el municipio de Cartagena. En cuanto al número de afiliados al SGSSS a corte de diciembre de 2023, se registraron 24.500.000 afiliados en el Régimen Contributivo, 26.700.000 afiliados al Régimen Subsidiado y 2.400.000 afiliados a los Regímenes de Excepción y Especiales a nivel nacional. En el departamento de Bolívar, se contabilizaron 700.000 afiliados al Régimen Contributivo y 1.800.000 afiliados al Régimen Subsidiado; en el distrito de Cartagena, se registraron 600.000 afiliados al Régimen Contributivo y 700.000 afiliados al Régimen Subsidiado. En el año 2023, las EPS con mayor número de afiliados a nivel nacional fueron: Nueva EPS con un 20%, seguido de EPS Sanitas y EPS Sura con un 12% y 10% respectivamente. En el Departamento de Bolívar, la EPS con mayor número de afiliados continuó siendo Mutual Ser EPS con un 37%, seguido de Coosalud con un 17% y Nueva EPS con un 14%. En el distrito de Cartagena, Salud Total EPS mantuvo la mayoría de los afiliados con un 23%, seguido por Coosalud con un 21% y Mutual Ser EPS con el 19%.
Factor Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> Durante el periodo 2023, Colombia ha avanzado en la adopción de tecnologías de la información en el sector de la salud, ampliando el acceso a servicios digitales y fortaleciendo la telemedicina como una alternativa eficaz para la atención en salud. Estos avances han permitido mejorar la calidad de la atención, promover la prevención de enfermedades y facilitar el seguimiento de la salud de la población en general. El Ministerio de Salud ha continuado promoviendo el uso de tecnologías de la información en la atención en salud, consolidando la plataforma Minsalud Digital y ampliando sus funcionalidades para brindar un mayor acceso a la información y servicios de salud a los ciudadanos a nivel nacional. Se ha incrementado el número de teleconsultas y teleorientaciones en salud, alcanzando una cifra récord de atención a distancia a través de medios digitales. Asimismo, se ha fortalecido la oferta de telemedicina en el país, con un aumento significativo en el número de prestadores habilitados y la expansión de esta modalidad a un mayor número de municipios.



	<ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud ha continuado trabajando en la interoperabilidad de los sistemas de información en salud, con un enfoque en la integración de datos de diferentes instituciones para facilitar la coordinación de la atención y mejorar la calidad de los servicios prestados. Colombia ha seguido innovando en el campo de la salud femenina, destacándose por la implementación de la biopsia de mama portátil, una tecnología fundamental para el diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama. Esta medida contribuirá a la detección oportuna de esta enfermedad y a la reducción de la morbilidad relacionada con el cáncer de mama en el país.
Factor Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> En enero de 2023, la OMS anunció que el brote de viruela símica sigue constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPI), con un aumento en los casos a nivel mundial. En Colombia, se mantienen las medidas de control específicas y se refuerzan las estrategias de prevención en zonas de riesgo, incluyendo el municipio de Cartagena. En mayo de 2023, se publicó el informe de avance del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, destacando los logros alcanzados en la mejora de la cobertura y calidad de los servicios de salud en Colombia. Se resaltó el trabajo conjunto de los actores del Sistema de General de Seguridad Social en Salud para garantizar el acceso equitativo a la salud de toda la población. En septiembre de 2023, se firmó un acuerdo de ampliación de la Alianza Ambiental por Cartagena 'Rafa Vergara Navarro', con la incorporación de nuevas entidades y comunidades comprometidas con la protección y conservación de los ecosistemas locales. Se implementaron acciones para la restauración de áreas degradadas y la promoción de la participación ciudadana en la gestión ambiental de la ciudad. En diciembre de 2023, se registraron 5321 casos de viruela del mono a nivel nacional, con un incremento de los contagios en algunas regiones del país. En Cartagena, se intensificaron las campañas de vacunación y medidas de prevención para contener la propagación de la enfermedad. Caminos IPS reforzó su compromiso en la protección de la salud de sus pacientes y trabajadores frente a esta amenaza epidemiológica.
Factor Legal	<ul style="list-style-type: none"> Durante el periodo de 2023, Caminos IPS S.A.S continuó enfrentando los desafíos y adaptándose a los cambios en el marco legal y político que afectan al sistema de salud en Colombia. Una de las novedades más relevantes fue la aprobación de la ley 339 de 2023, que busca realizar una reforma sustancial para que el sistema de salud sea público. Ante esta situación, los directores y coordinadores de la organización llevaron a cabo análisis para prever los posibles cambios que traería consigo la reforma, con el fin de tomar decisiones estratégicas que les permitan adaptarse y cumplir con la nueva normativa. Además, la organización implementó las directrices de la circular externa 20211700000005-5 DE 2021, que cambió su clasificación a D1, lo que generó nuevas



	<p>obligaciones en gestión de riesgo y patrimoniales, las cuales se encuentran en proceso de desarrollo e implementación. Asimismo, las circulares 2022151000000053-5 de 2022 y 20211700000004-5 DE 2021 también están generando obligaciones para la creación de subsistemas que permitan gestionar los riesgos, los cuales se encuentran en fases de desarrollo e implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cuanto al ámbito laboral, la organización inició el cumplimiento de la ley 2101 del 2021, que reduce de manera gradual la jornada laboral semanal, sin disminuir el salario de los empleados. A partir del 16 de julio del presente año, la organización redujo una hora de la jornada laboral, y está analizando los posibles impactos que esta medida podría tener en términos de costos, contratación de personal adicional, adaptación y reorganización del trabajo, y competitividad. • Caminos IPS S.A.S continúa adoptando los Lineamientos Nacionales de Vigilancia en Salud Pública 2023 emitidos por el Instituto Nacional de Salud, los cuales son fundamentales para la prestación de servicios de salud y definición de las acciones obligatorias para la vigilancia en salud pública en Colombia.
--	---



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

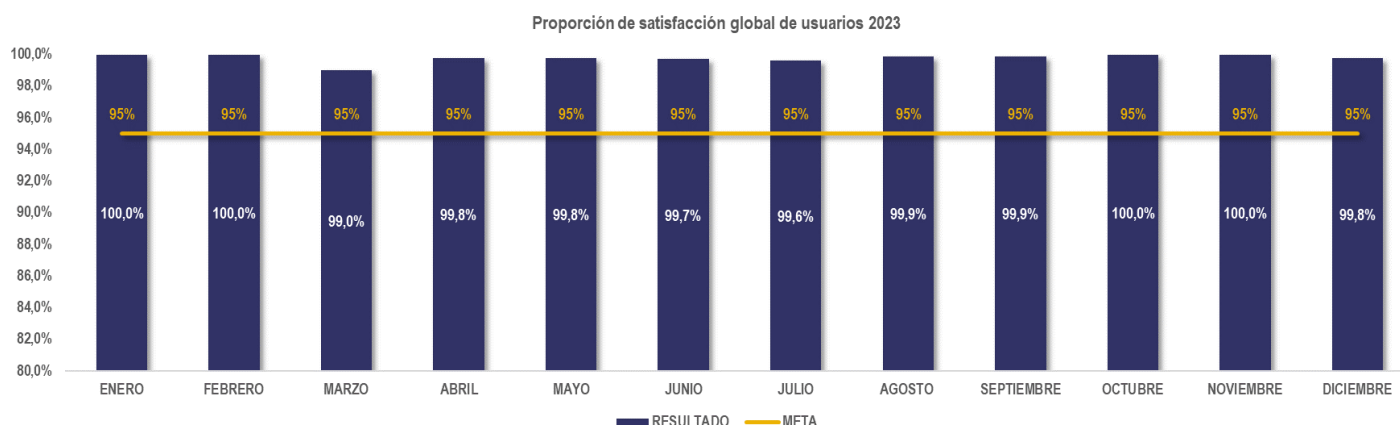
La organización cuenta con diferentes escenarios a través de los cuales recibe retroalimentación de las partes interesadas, que alimentan la data permitiendo el análisis y toma de decisiones asertivas para el mejoramiento continuo de los procesos, en garantía de la calidad en la prestación de los servicios, 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 <https://caminosips.com/>, con disponibilidad de acceso las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.
- Correo: pgrsf@caminosips.com

Para el año 2023, se aplicaron un total de 18.857 encuestas de satisfacción, con una proporción de satisfacción global promedio del 99,9%. En promedio se encuestan a 1571 usuarios mensuales. A continuación, se detalla el comportamiento mensual del indicador de Satisfacción Global, Gráfica 1:



Gráfica 1. Proporción de Satisfacción Global de Usuarios 2023. **Fuente:** Matriz Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com

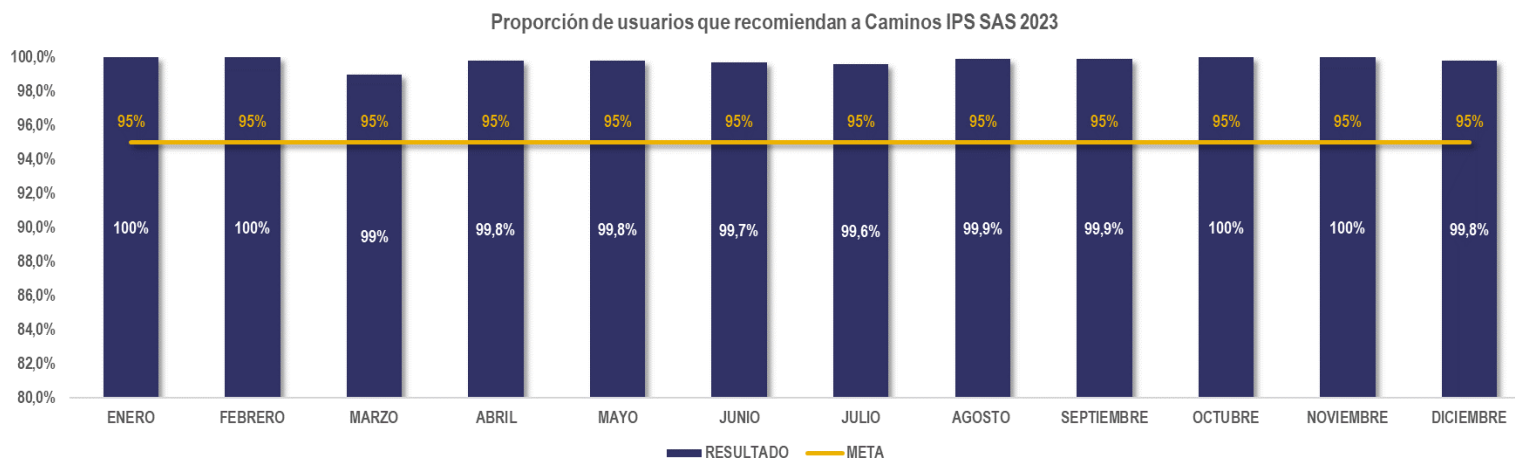


6549888

En Caminos IPS, nos hemos fijado como objetivo alcanzar mensualmente al menos un 95% de satisfacción y favorabilidad por parte de nuestros usuarios. En el año 2023 se llevó a cabo el reporte y análisis correspondiente a la totalidad de usuarios encuestados, donde el 98,2% calificó su experiencia como muy buena, el 1,7% como buena y el 0,1% como regular. La organización ha cumplido con la meta interna del 95%, superando en un 4,31% la meta a nivel departamental y en un 3,13% el promedio nacional, en comparación con el mes anterior evaluado.

La Grafica 2 muestra el porcentaje mensual de satisfacción global obtenido de las calificaciones otorgadas por los usuarios de la IPS a través de la encuesta de satisfacción. En dicha encuesta, los usuarios expresan su conformidad o inconformidad con la calidad de los servicios prestados. Los resultados son favorables para la organización, ya que en todos los meses evaluados se supera la meta del 95%, lo que indica una consistencia en la calidad de los servicios. Sin embargo, la organización reconoce la necesidad de seguir desarrollando modelos innovadores de atención para mejorar y fortalecer los procesos internos. Es importante destacar que los resultados se comparan con los indicadores departamentales y nacionales para evaluar la posición de la organización en cuanto a satisfacción en comparación con otros prestadores de salud del sistema.

La organización, en cuanto a porcentaje de recomendación de la IPS familiares y/o amigos, durante los meses evaluados logra sobrepasar la meta fijada del 95% en este indicador, que igual que al de satisfacción global, se le realiza comparativa con la meta departamental y nacional del periodo actual evaluado. El análisis del indicador permite la toma de decisiones asertivas, implementación de nuevas estrategias que promuevan consolidación y fidelización de usuarios a la organización.



Gráfica 2. Proporción de usuarios que recomiendan a Caminos IPS 2023. **Fuente:** Matriz Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4

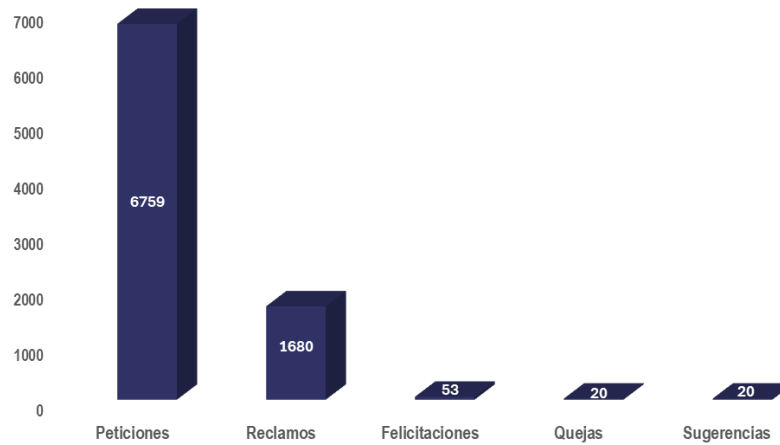


info@caminosips.com
www.caminosips.com



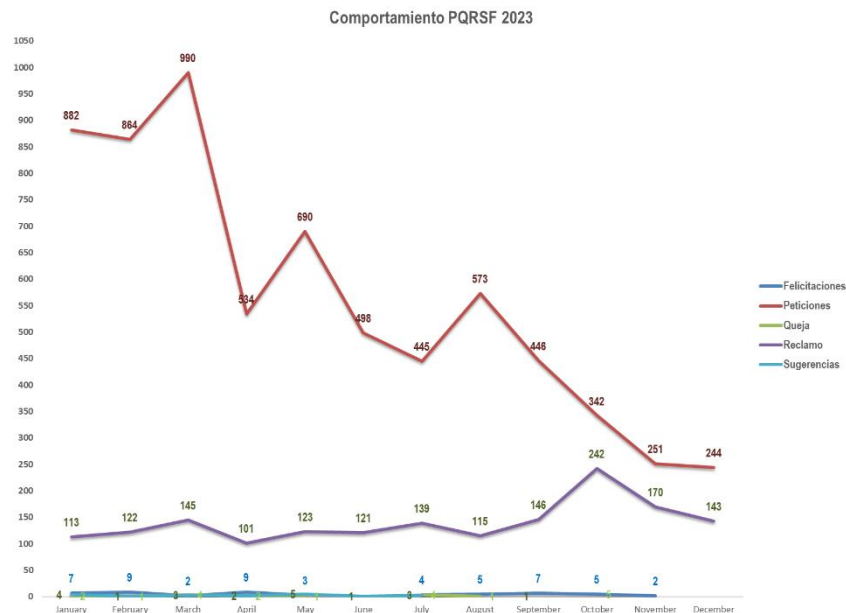
6549888

Comportamiento de las PQRSF 2023



Gráfica 3. Comportamiento PQRSF 2023. Fuente: Matriz Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

En el periodo evaluado se identifican 8.532 radicados, de los cuales 6759 (79,21%) corresponden a peticiones, 1680 (19,6%) a reclamos, el 1,19% restante distribuidos entre 53 felicitaciones (0,62%), 20 quejas (0,23%) y 20 sugerencias (0,23%). 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. 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).



Gráfica 4. Comportamiento de PQRSF 2023. Fuente: Matriz PQRSF Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4

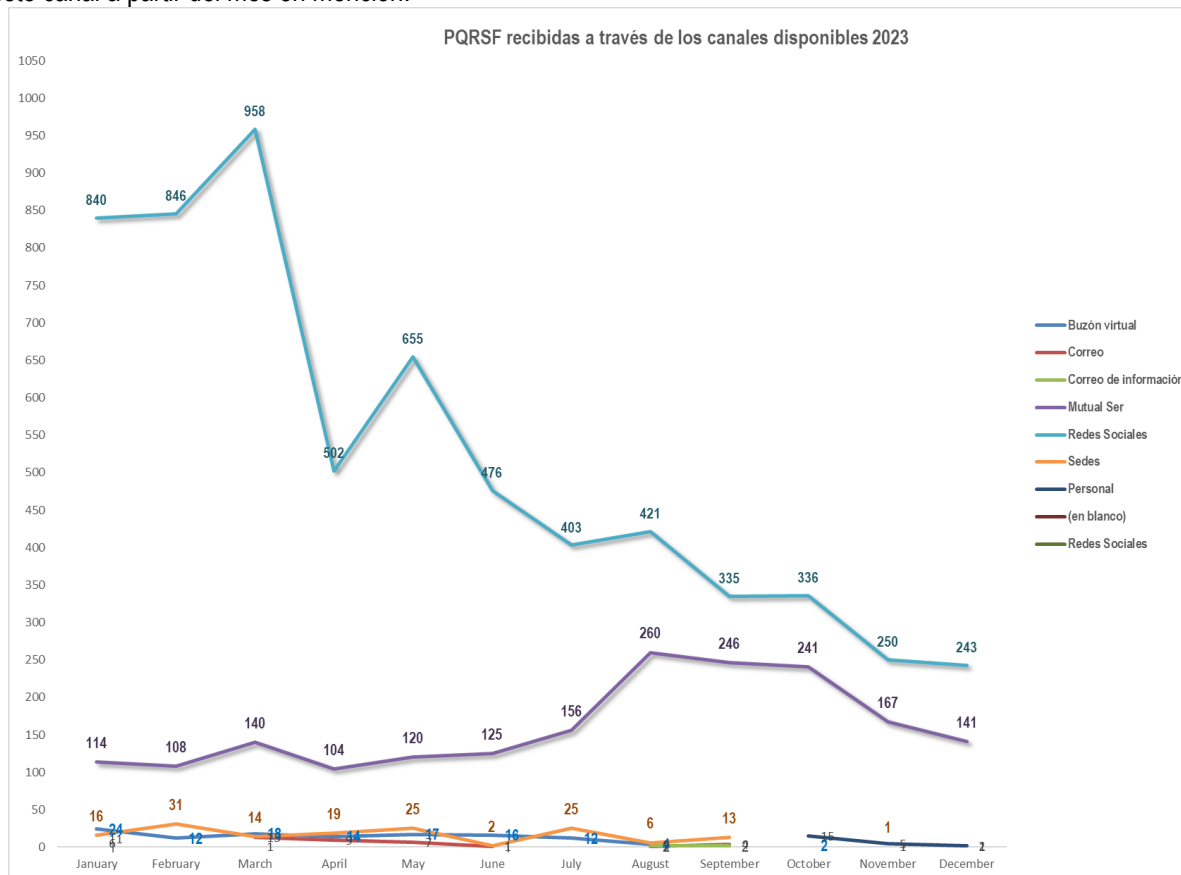


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

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 hace apertura de un centro de soluciones ubicado en las salas de espera, 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 el año 2022, donde de manera personalizada se le invita a usuario en sala a seguir nuestros canales virtuales como fuente para radicar PQRSF y solicitud de citas, resultando en incremento de este canal a partir del mes en mención.



Gráfica 5. Porcentaje de PQRSF por canal de radicación 2023. Fuente: Matriz PQRSF Caminos IPS SAS.

3.1.1.1 Comportamiento de las Peticiones

Durante la vigencia 2023 se identificaron 6.759 peticiones, la Gráfica 6 detalla el número de las peticiones de acuerdo con la subtipificación estandarizada por la organización, se puede evidenciar que, el 80,16% corresponde a la solicitud de asignación de citas médicas y/o apoyo terapéutico, seguido de un 8,59% a la asignación de citas



Consolata Mz. H lote 4

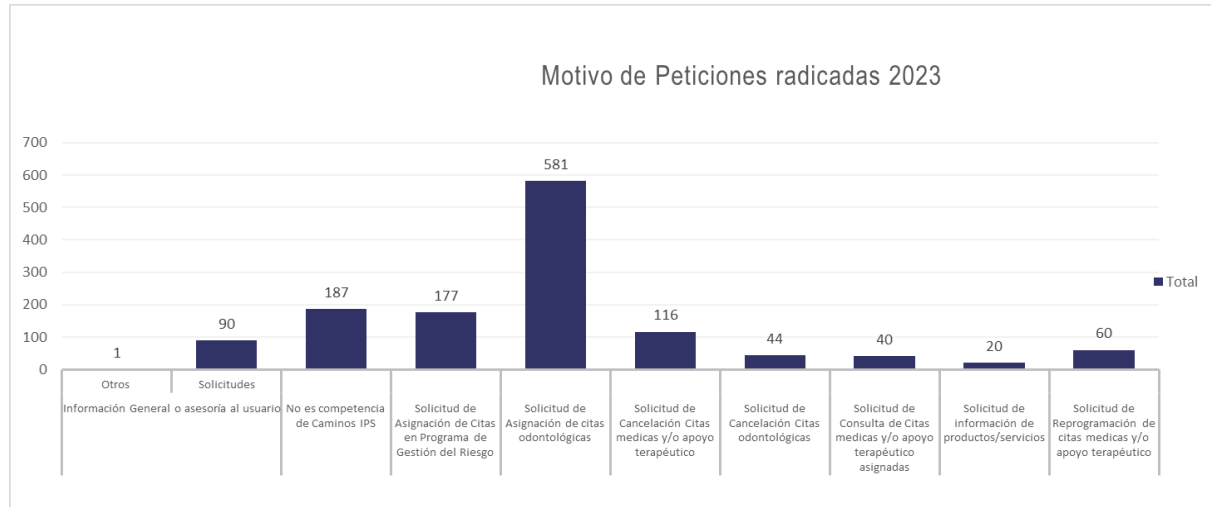


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

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 (1,73%) y la solicitud de productos o servicios (9,8%) incrementaron entre los meses de febrero a diciembre por la promoción de diferencias estrategias de abordaje de pacientes para mejorar su adherencia, tales como concurso de poesía ilustrativa, talleres de coaching emocional, entre otras. Se han brindado herramientas de control y seguimiento al paciente dentro de los programas de riesgo ofertados en la organización, garantizando la atención integral del mismo y la mejora de la efectividad en los canales de comunicación directa con CAMINOS IPS.



Gráfica 6. Motivo de Peticiones Radicadas 2023. Fuente: Matriz PQRSF Caminos IPS SAS.

3.1.1.2 Comportamiento de Reclamos

Se identificaron 1.680 reclamos en el periodo 2023, con un alza de 570 radicados en comparación con el año 2022, donde la totalidad fue de 1.110, lo anterior se da, a raíz del cambio en los tiempos de respuestas establecidos para los reclamos según la SNS, lo que aumento el uso de este canal para los requerimientos por parte de los usuarios. 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, respetando la normatividad y la clasificación del riesgo de cada solicitud. Tal como lo indica la Gráfica 7, la mayor cantidad de quejas y reclamos están relacionadas con oportunidad en la atención, accesibilidad y atención en tele orientación, a continuación, se describen

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 al a demanda de servicios.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Se establece tiempos de respuesta de PQRSF, según la clasificación del riesgo establecida en la nueva circular de tiempos de respuesta de la Superintendencia Nacional de Salud.

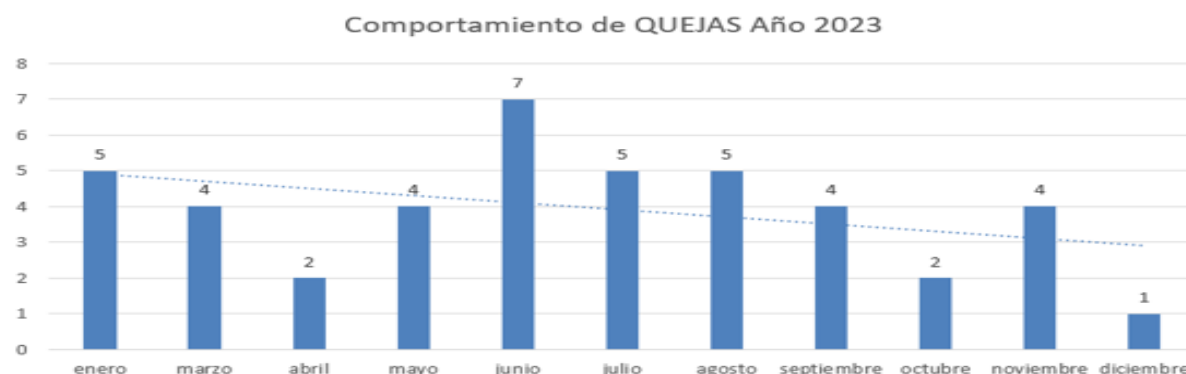
Priorizar en agendas de medicina especializada, la asignación de citas a pacientes con mayor tiempo de espera, reduciendo los días de inoportunidad en la prestación de los servicios.

Ajuste de matriz de PQRSF, incluyendo tipificación y subtipificación de variables a evaluar, permitiendo un mejor control de la trazabilidad de estas.



Gráfica 7. Motivos de Reclamos 2023. Fuente: Matriz PQRSF Caminos IPS SAS.

3.1.1.3 Comportamiento de Quejas



Gráfica 8. Comportamiento de Quejas 2023. Fuente: Matriz PQRSF Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

En el año 2023 se identificaron y gestionaron 20 quejas por trato recibido, disminuyendo el 43,47% en comparación con el año 2022, donde la totalidad de radicados fue 46. La Gráfica 8 muestra un comportamiento regular, con un promedio de 4,4 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 la permanente retroalimentación a los colaboradores sobre el deber de ser permanentemente embajadores del buen servicio.

3.1.1.4 Comportamiento de las sugerencias

En el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023, la organización recibió y gestionó 20 sugerencias, disminuyendo en un 28,5% en comparación con el año 2022, en el cual se radicaron 28 sugerencias. De la totalidad de los radicados, el 40%, que corresponde a 8 casos, están dados por temas de oportunidad de citas del programa de Obesidad, el 30% por calidad en la atención, el otro 30% por trato humanizado y por infraestructura.

3.1.1.5 Comportamiento de las felicitaciones

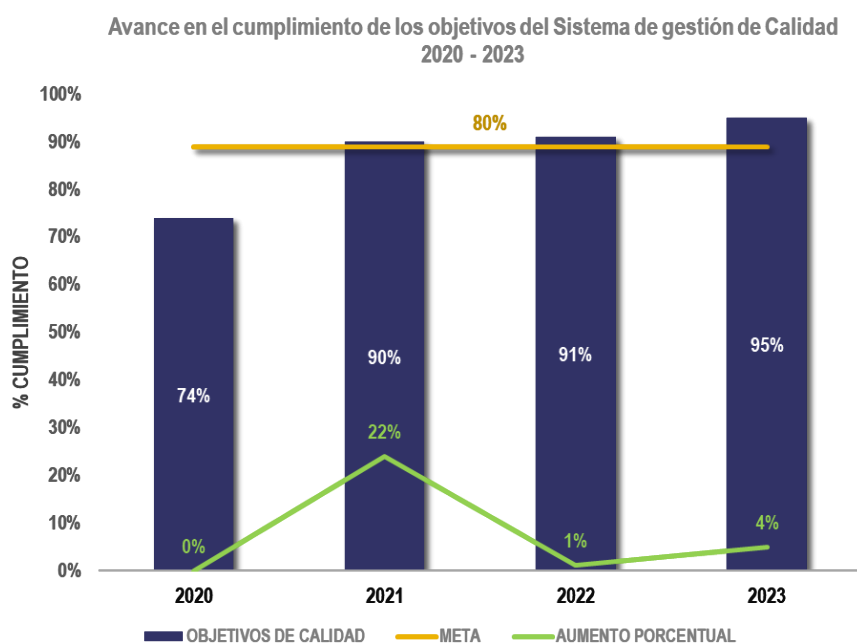
Para la organización es de vital importancia, identificar aquellos aspectos positivos que las partes interesadas retroalimentan formalmente; durante la vigencia 2023, se identificaron 53 felicitaciones, de las cuales el 49% corresponden a felicitaciones a colaboradores, seguido del 15% felicitación por atención en programas de gestión del riesgo y el 7,54% felicitaciones por la atención recibida en la recepción. El comportamiento a través de los meses fue regular, con un promedio de 5 radicados por mes, con picos en los meses de enero y abril donde se radicaron 11 y 9 felicitaciones respectivamente. En el año 2023 se promovió la socialización, a través de los canales de comunicación de la organización, para estímulo de los colaboradores.



3.2 GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Caminos IPS SAS en compromiso con la gestión integral de la organización para alcanzar su direccionamiento estratégico, gestionar los riesgos relacionados con el contexto, mejorar la salud de nuestros usuarios y aumentar la satisfacción de nuestros clientes, apoyado en una dinámica de mejoramiento continuo, se ha trazado cuatro (4) objetivos del Sistema de Gestión de Calidad, los cuales hacen parte integral de la Política Institucional del Sistema de Gestión Integrado y se miden a través de setenta y nueve (79) indicadores de gestión que, permiten evidenciar su cumplimiento. A continuación se relacionan los cuatro (4) objetivos del Sistema de Gestión de Calidad:

1. Mejorar la experiencia de la atención al usuario a través de la prestación de servicios de forma oportuna, accesible y segura.
2. Asegurar la cultura de humanización en la atención y prestación del servicio.
3. Garantizar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios aplicables, al sistema de gestión de la calidad.
4. Mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad y sus procesos.



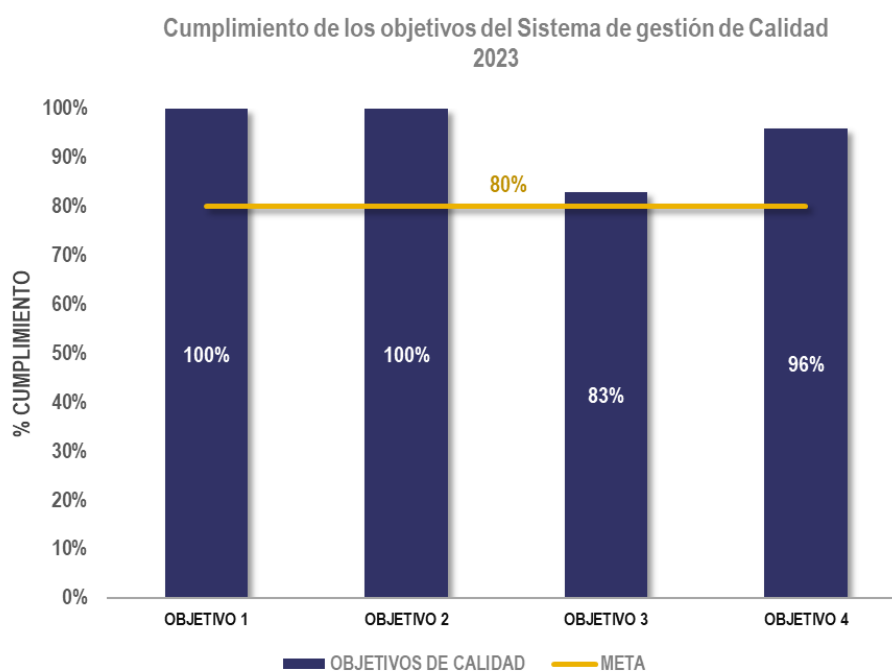
Gráfica 9. Avance en el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad 2020 - 2023.
Fuente: Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

Factores como el alto compromiso gerencial, la destinación de recursos económicos para la asesoría e implementación, la planificación adecuada, el trabajo articulado de los procesos y equipos de trabajo, el desarrollo



de planes de comunicación y educación en torno a los procesos de ejecución y resultados de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad; han permitido un avance progresivo en el cumplimiento de los objetivos de calidad, trazados por la organización, con respecto a la meta establecida, la cual corresponde a un 80%. En el año 2020, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad del 74%, aumentado un 22% en el año 2021, en el cual el resultado fue del 90%; en el año 2022 el cumplimiento asciende en un 1% con respecto al año 2021, obteniendo un resultado del 91%; finalmente, en la vigencia 2023, se logra un porcentaje de cumplimiento del 95%, aumentado un 4% con respecto a la vigencia 2022 y un 28% con respecto al año 2020. (Ver Gráfica 9).

La Gráfica 10 permite visualizar el cumplimiento de cada uno de los objetivos de calidad en el año 2023, los cuales superaron la meta establecida por la organización (80%), el objetivo 1 y 2 se cumplieron en un 100%, seguido por el objetivo 4, el cual obtuvo un resultado del 96% y el objetivo 3 el cual se cumplió en un 83%.



Gráfica 10. Porcentaje de cumplimiento por Objetivo de Calidad 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

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



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Para el Objetivo de Calidad **1. Mejorar la experiencia de la atención al usuario a través de la prestación de servicios de forma oportuna, accesible y segura.**, se identifican un total de once (11) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 100%:

Objetivo de Calidad 1	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH	100%	1	1
Gestión Administrativa y Logística	100%	8	8
Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario	100%	2	2
Total	100%	11	11

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 1 por proceso – 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

Para el Objetivo de Calidad **2. Asegurar la cultura de humanización en la atención y prestación del servicio,** se identifican un total de tres (3) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 100%:

Objetivo de Calidad 2	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Gestión Humana	100%	3	3
Total	100%	3	3

Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 2 por proceso – 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

Para el objetivo de calidad **3. Garantizar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios aplicables, al sistema de gestión de la calidad,** se identifican un total de cuarenta y dos (42) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del %:

Objetivo de calidad 3	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC	88%	7	8
Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH	80%	4	5
Gestión de Atención Ambulatoria	81%	13	16
Gestión de Comunicaciones y Mercadeo	100%	3	3
Gestión de Mejora Continua	100%	4	4
Gestión TIC	100%	2	2
Gestión del Servicio Farmacéutico	50%	1	2
Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario	50%	1	2
Total	83%	35	42

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 3 por proceso – 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Para el objetivo de calidad 3. **Mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad y sus procesos**, se identifican un total de veintitrés (23) Indicadores de Gestión que evidencian su cumplimiento, con un porcentaje del 96%:

Objetivo de calidad 4	% cumplimiento	Indicadores cumplidos	Total indicadores
Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC	100%	4	4
Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH	75%	3	4
Gestión de Atención Ambulatoria	100%	3	3
Gestión de Mejora Continua	100%	3	3
Gestión TIC	100%	1	1
Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional	100%	1	1
Gestión del Servicio Farmacéutico	100%	1	1
Gestión Financiera	100%	4	4
Gestión Humana	100%	2	2
Total	96%	22	23

Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento Objetivo de Calidad 4 por proceso – 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

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 uno (71) de ellos cumplieron en promedio con las metas establecidas por la misma organización, lo cual arroja un porcentaje de cumplimiento promedio anual de 88%, tal como se describe en la Tabla 8:

Tabla 8. Porcentaje de cumplimiento de Indicadores por proceso 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

Proceso	% Cumplimiento	Indicadores Cumplidos	Total Indicadores
Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional	100%	1	1
Gestión de Comunicaciones y Mercadeo	100%	3	3
Gestión de Atención Ambulatoria	84%	16	19
Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC	92%	11	12
Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH	80%	8	10
Gestión del Servicio Farmacéutico	67%	2	3
Gestión Financiera	100%	4	4



Gestión Humana	100%	5	5
Gestión Administrativa y Logística	100%	8	8
Gestión de Mejora Continua	100%	7	7
Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia del Usuario	100%	3	4
Gestión TIC	91%	3	3
TOTAL	91%	71	79

3.3.1 PROCESOS ESTRATÉGICOS

GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y ORGANIZACIONAL

En el proceso Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a un (01) indicador establecido para el proceso, tal como se indica en la Gráfica 11



Gráfica 11. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión del Direccionamiento Estratégico y

Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional y sus porcentajes de cumplimiento en la vigencia 2023, se detallan en la *Tabla 9*:



Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional 2023

Indicador	Meta	Resultado
Porcentaje de Cumplimiento de actividades generadas en Unidad de Planeación	100%	100%

El resultado del indicador refleja un porcentaje que cumple con la meta establecida. Las estrategias para garantizar el cumplimiento de actividades de la Unidad de Planeación en el año 2023 fueron las siguientes:

- Se implementó un sistema de monitoreo en tiempo real de las actividades de la Unidad de Planeación y el PDI, que permitió identificar posibles desviaciones y tomar acciones correctivas de manera oportuna.
- Se realizaron reuniones semanales de seguimiento con el equipo de la Unidad de Planeación, donde se revisaron los avances, dificultades y se tomaron decisiones para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas.
- Se fortaleció la comunicación y coordinación entre la Unidad de Planeación y las demás áreas de la organización, para asegurar la alineación de las metas estratégicas y el trabajo colaborativo.

Estas estrategias permitieron mantener el alto nivel de cumplimiento de actividades de la Unidad de Planeación y contribuyeron a la mejora continua de nuestros procesos y resultados organizacionales.

3.3.1.1 GESTIÓN DE COMUNICACIONES Y MERCADEO

En el proceso de Gestión de Comunicaciones y Mercadeo, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 3 de 3 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la *Gráfica 12*:



Gráfica 12. Porcentaje de Cumplimiento Gestión de Comunicaciones y Mercadeo 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Los indicadores que hacen parte del Proceso Gestión de Comunicaciones y Mercadeo son los que se mencionan en la *Tabla 10*:

Tabla 10. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión de Comunicaciones y Mercadeo 2023

Indicadores	Meta	Resultado
Tiempo de Respuesta a Requerimientos (Días)	15	7,91
Cumplimiento de cronogramas del proceso	90%	100%
Porcentaje de Requerimientos atendidos no Programados	20%	7%

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

Para este período 2023 se realizaron ajustes de la meta de tres indicadores, tal como se observa a continuación:

Tabla 11. Indicadores del proceso de Comunicaciones y Mercadeo con ajuste de meta

Indicadores	Meta 2022	Meta 2023
Tiempo de Respuesta a Requerimientos (Días)	20	15
Cumplimiento de cronogramas del proceso	80%	90%
Porcentaje de Requerimientos atendidos no Programados	30%	20%

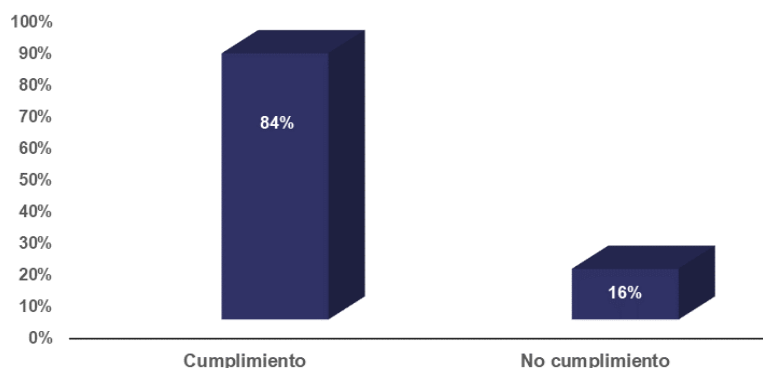
3.3.2 PROCESOS MISIONALES

3.3.2.1 GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA

En el proceso Gestión de Atención Ambulatoria, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 84%, que corresponde a 16 de 19 Indicadores de Gestión, tal como se visualiza en la Gráfica 13:



Porcentaje de Cumplimiento Gestión de Atención Ambulatoria 2023



Gráfica 13. Porcentaje de Cumplimiento de Gestión de Atención Ambulatoria 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

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

Tabla 12. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión de Atención Ambulatoria 2023

Indicadores	Meta	Resultado
Oportunidad de asignación de citas de primera vez Medicina General (Días)	3	11,20
Referencias realizadas a 2 o 3° nivel en Medicina General	≤ 15%	11%
Suficiencia de capacidad instalada Medicina General	≤ 98	79%
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Odontología General	3,00	9,10
Referencias realizadas a 2 o 3° nivel en odontología	≤ 15%	8%
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Pediatría	5	9,97
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Nutrición	30	9,72
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Psicología	30	7,32
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Medicina Interna	30	13,17
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Neumología	30	22,50
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Nefrología	30	8,84
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Nefrología Pediátrica	30	15,87
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Cardiología	30	9,84
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Dermatología	30	14,97
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Reumatología	30	10,01
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Hematología	30	4,73
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Infectología	30	23,76



Oportunidad de asignación de citas primera vez de Endocrinología	30	11,38
Oportunidad de asignación de citas primera vez de Endocrinología Pediátrica	30	10,05

Los indicadores que evidencian un porcentaje de cumplimiento de acuerdo con la meta establecida son:

- Referencias realizadas a 2 o 3° nivel en Medicina General
- Suficiencia de capacidad instalada Medicina General
- Referencias realizadas a 2 o 3° nivel en odontología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Nutrición
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Psicología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Medicina Interna
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Neumología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Nefrología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Nefrología Pediátrica
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Cardiología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Dermatología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Reumatología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Hematología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Infectología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Endocrinología
- Oportunidad de asignación de citas primera vez de Endocrinología Pediátrica

Sin embargo, se cuenta con tres (3) 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 de asignación de citas primera vez de Pediatría.

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

- Persistencia de limitaciones presentadas con el software para la clasificación de los pacientes que solicitan una cita por primera vez que pertenecen a cualquier programa de gestión al riesgo
- Citas generadas por la API del cliente empresarial EPS, con asignaciones repetidas a un mismo paciente.
- Alta demanda de pacientes hiperconsultantes y falta de cultura de cancelación de citas por parte de los usuarios.

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

- Mejorar la coordinación con proveedores externos para evitar retrasos en ajustes de parametrización en el software de agendamiento de citas SIOS, y lograr un desarrollo tecnológico a nivel de estructura de datos.
- Realizar reportes al cliente empresarial EPS de las asignaciones de citas Api, con pacientes repetidos.



- Promover una cultura de cancelación de citas entre los usuarios.
- 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.
- Disponer de consultorios para la atención de medicina general 12 horas de lunes a viernes.

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.

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.
- Implementar un sistema de recordatorio de citas para reducir la inasistencia de pacientes, garantizando así una mayor disponibilidad de citas para nuevos usuarios.
- Establecer acuerdos con la ESE para coordinar la atención de pacientes que requieren servicios de mantenimiento de salud, de manera que no interfiera con la asignación de citas de primera vez en odontología general.
- Realizar un análisis de la demanda de pacientes hiper consultantes para identificar patrones de comportamiento y establecer estrategias específicas para gestionar su atención de manera eficiente.

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



- Demanda aumentada de pacientes de la ESE para el servicio: La alta demanda de pacientes, especialmente aquellos que requieren citas de control de crecimiento y desarrollo, puede estar impactando la capacidad de programar citas de primera vez en pediatría de manera oportuna.
- Priorización de pacientes recién nacidos y control del niño sano: Si se está dando prioridad a los pacientes recién nacidos o a consultas de control del niño sano, esto puede estar afectando la disponibilidad de citas para nuevos pacientes pediátricos, lo que podría llevar a un incumplimiento de la meta de oportunidad en la asignación de citas.
- Falta de ruta de PMS contratada y gestión de citas inadecuada: La no contratación de la ruta de PMS, así como posibles errores en la asignación de citas por parte del call center, pueden estar contribuyendo a la dificultad en programar citas de primera vez de pediatría dentro de los plazos establecidos.

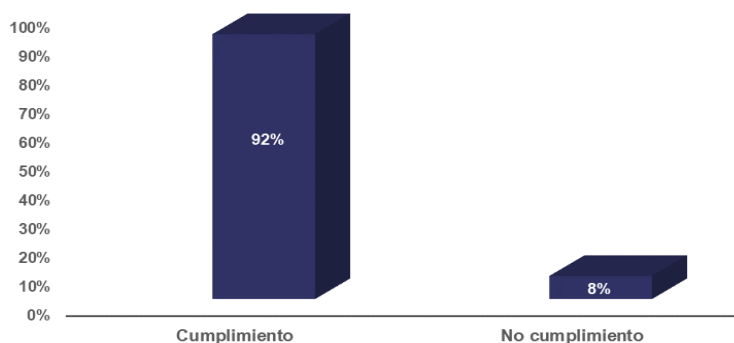
Las principales estrategias implementadas para dinamizar el cumplimiento del indicador Oportunidad de asignación de citas primera vez de Pediatría, son:

- Programar charlas educativas a los usuarios sobre la ruta PMS.
- Solicitar a EPS contratación de la ruta PMS.
- Solicitar reunión con la ESE Hospital Local Cartagena, orientar a los usuarios sobre la ruta de PMS y priorizar pacientes nuevos que solicitan el servicio.
- Proponer a la EPS ajuste de la oportunidad del servicio por el historial de oportunidad, solicitar contratación de citas prioritarias a pediatría e incluir la medición de la oportunidad de recién nacidos de manera independiente.

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 92%, que corresponde a 11 de 12 indicadores de gestión, tal como se detalla en la *Gráfica 14*:

Porcentaje de Cumplimiento Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC 2023



Gráfica 14. Porcentaje de cumplimiento del proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC: 2023

Fuente: Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

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 13. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo DTC 2023

Indicadores	Meta	Resultado
Pacientes con diabetes mellitus en metas de HbA1c	≥ 65%	63%
Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus con cifras tensionales en metas	≥ 85%	89%
Porcentaje de Pacientes hospitalizados por desenlaces	≤ 2%	0,3%
Porcentaje de Pacientes con reingreso hospitalario por desenlaces	≤ 9%	0%
Porcentaje de Pacientes hipertensos y/o diabéticos con metas de LDL	≥ 55%	61,7%
Incidencia de pacientes estadio 5 (≤)	≤ 4.75%	0,1%
Pacientes con Enfermedad renal crónica remitidos diálisis (3,4,5)	≤ 2%	0,1%
Porcentaje de Pacientes hipertensos y/o diabéticos que son estudiados para ERC	≥60%	89%
Productividad de medico experto.	≥90%	93%
Porcentaje de Captación de personas con Hipertensión Arterial	≥80%	134%
Porcentaje de Captación de personas con Diabetes Mellitus	≥80%	245%
Control del IMC	≥30%	57%

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 (≥)

- 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 con hipertensión arterial y/o con diabetes mellitus con cifras tensionales en metas:

- Implementar un programa de educación continua para pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, que incluya charlas informativas, material educativo y seguimiento personalizado por parte del personal de salud.
- Establecer un sistema de recordatorios automáticos para las citas médicas y la toma de medicamentos, con el fin de garantizar el seguimiento adecuado de los pacientes y evitar abandonos del tratamiento.



- Realizar campañas de concientización sobre la importancia del control de la presión arterial y la diabetes mellitus, tanto en la comunidad como en el personal de la institución, para promover un enfoque integral en la atención de estos pacientes.

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 médico 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.

Pacientes hipertensos y/o diabéticos con metas de LDL

- Implementar un programa de educación y concientización para los pacientes sobre la importancia de mantener niveles saludables de colesterol LDL y cómo pueden lograrlo a través de cambios en su estilo de vida y la adherencia a su tratamiento médico.
- Realizar un seguimiento constante de los pacientes hipertensos y diabéticos, a través de consultas regulares y exámenes de laboratorio para monitorear sus niveles de colesterol LDL y ajustar su tratamiento según sea necesario.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre el equipo de salud, incluyendo médicos, nutricionistas, enfermeras y farmacéuticos, para el manejo integral de los pacientes hipertensos y diabéticos, asegurando una atención coordinada y efectiva.

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 médico 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) (≤)

- 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 hipertensos y/o diabéticos que son estudiados para ERC

- Realizar campañas de concientización y educación para pacientes hipertensos y diabéticos sobre la importancia de realizarse estudios para la detección temprana de enfermedad renal crónica.
- Implementar un sistema de alertas en el sistema de registros médicos para identificar a los pacientes hipertensos y diabéticos que requieren estudios para enfermedad renal crónica.
- Establecer metas y objetivos específicos para el porcentaje de pacientes hipertensos y diabéticos que deben ser estudiados para enfermedad renal crónica, y realizar seguimiento periódico de los resultados obtenidos para identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias implementadas.

Productividad de médico experto

- Brindar capacitaciones y actualizaciones periódicas al personal médico experto para mejorar su eficiencia y desempeño en la atención ambulatoria.
- Implementar herramientas tecnológicas como sistemas de gestión de citas, historias clínicas electrónicas, telemedicina, entre otros, para agilizar los procesos y mejorar la productividad del médico experto.



- Promover el trabajo en equipo y la comunicación fluida entre el personal médico y el resto del equipo de trabajo para optimizar la atención ambulatoria y garantizar una mayor productividad.

Captación de personas con Hipertensión Arterial

- Implementar campañas de sensibilización y concientización sobre la importancia de la detección temprana y el control de la hipertensión arterial.
- Capacitar al personal de atención primaria para identificar de manera oportuna a personas con factores de riesgo de hipertensión arterial y realizar una adecuada derivación al especialista.
- Diseñar estrategias de seguimiento y monitoreo de pacientes con hipertensión arterial para garantizar su adherencia al tratamiento y control de la enfermedad.
- Establecer un sistema de registro de pacientes con hipertensión arterial que permita hacer un seguimiento continuo de su evolución y resultados de salud.
- Promover la realización de jornadas de salud comunitarias para realizar pruebas de detección de hipertensión arterial y fomentar hábitos de vida saludables entre la población.

Captación de personas con Diabetes Mellitus

- Realizar campañas de sensibilización y concientización sobre la importancia de la detección temprana de la Diabetes Mellitus, tanto en la comunidad como en el personal médico.
- Implementar programas de educación continua para el personal de salud, con el fin de mejorar la capacidad de detección y diagnóstico de la Diabetes Mellitus.
- Realizar jornadas de detección de Diabetes Mellitus en lugares de fácil acceso para la comunidad.
- Promover la realización de chequeos médicos periódicos para la detección de Diabetes Mellitus, especialmente en grupos de riesgo como personas con antecedentes familiares de la enfermedad o con sobrepeso.
- Implementar un sistema de seguimiento y recordatorio para las personas que hayan sido diagnosticadas con Diabetes Mellitus, con el fin de garantizar un adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

Control del IMC

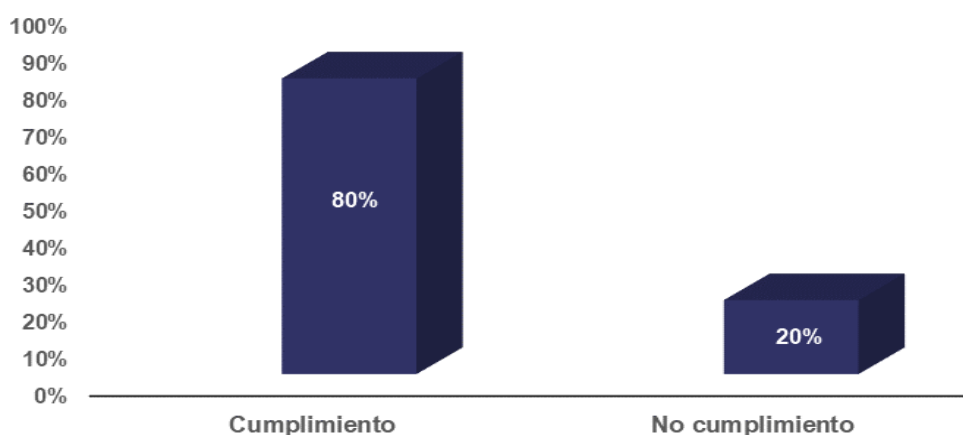
- Implementar programas de educación nutricional para pacientes hipertensos y diabéticos, con el fin de concienciar sobre la importancia de mantener un peso saludable.
- Incentivar la práctica de actividad física regular entre los pacientes, con programas de ejercicio supervisados por profesionales de la salud.
- Fomentar una alimentación balanceada y saludable, a través de la creación de menús especiales adaptados a las necesidades de los pacientes hipertensos y diabéticos.
- Realizar revisiones periódicas de los registros de los pacientes para evaluar su evolución en cuanto al control del IMC, identificar posibles desviaciones y tomar medidas correctivas de manera oportuna



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 80%, que corresponde a 8 de 10 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en *Gráfica 15*:

Porcentaje de Cumplimiento Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH 2023



Gráfica 15. Porcentaje de cumplimiento del proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH: 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

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 14. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Atención Integral y Gestión del Riesgo VIH 2023

Indicador	Meta	Resultado
Porcentaje de asistencia a citas del Programa de atención integral y gestión del riesgo VIH	90%	92%
Continuidad en el tratamiento antirretroviral	90%	91%
Porcentaje de enfermedades oportunistas en pacientes prevalentes	30%	32%
Porcentaje de Enfermedades Oportunistas en pacientes Nuevos	40%	40%
Porcentaje de lactantes con Transmisión Vertical de VIH	0%	1%
Porcentaje de Hospitalización por VIH	3%	1%



Porcentaje de letalidad por VIH	3%	0%
Satisfacción Global	90%	99%
Porcentaje de Mujeres con VIH usan algún método de planificación	85%	88%
Porcentaje Gestantes con prescripción de tratamiento antirretroviral	100%	100%

Los indicadores que evidencian un porcentaje de cumplimiento de acuerdo con la meta establecida son Porcentaje de asistencia a citas del Programa de atención integral y gestión del riesgo VIH, Continuidad en el tratamiento antirretroviral, Porcentaje de Enfermedades Oportunistas en pacientes Nuevos, Porcentaje de Hospitalización por VIH, Satisfacción Global, Porcentaje de Mujeres con VIH usan algún método de planificación, Porcentaje Gestantes con prescripción de tratamiento antirretroviral; sin embargo se presentaron limitaciones durante el proceso que generaron incumplimiento en los indicadores: Porcentaje de enfermedades oportunistas en pacientes prevalentes y Porcentaje de lactantes con Transmisión Vertical de VIH.

El indicador **Porcentaje de enfermedades oportunistas en pacientes prevalentes**, con un resultado de 32% y con una meta de 30%, las principales situaciones que contribuyeron al incumplimiento fueron:

- Pacientes con enfermedades oportunistas y con estadio avanzado de su patología, lo cual los hace propensos a adquirir enfermedades oportunistas.
- Pacientes con inmunosupresión severa en estadio SIDA, lo cual los hace propensos a adquirir enfermedades oportunistas.
- Pacientes con patologías/comorbilidades de base.
- Pacientes con mal seguimiento del tratamiento antirretroviral debido a inasistencia a citas de control.
- Pacientes con mala adherencia al tratamiento antirretroviral y al programa en general.
- Pacientes con estado inmunológico deteriorado con CD4 bajos y poca respuesta inmunológica.
- Pacientes con comorbilidades asociadas debido a falta de respuesta autónoma del sistema de defensas, mala adherencia al tratamiento, falta de aceptación de la enfermedad y/o comorbilidades de base.
- Pacientes que no logran aumentar su nivel de CD4 debido a su estado inicial de SIDA.
- Pacientes con patologías de base a su ingreso al programa.

Las principales estrategias implementadas para el cumplimiento de la meta:

- Realizar una adecuada educación y capacitación de los pacientes sobre la importancia de cumplir con el tratamiento antirretroviral y las medidas de prevención de infecciones oportunistas.
- Establecer un sistema de seguimiento y monitoreo continuo del estado de salud de los pacientes, para identificar de forma temprana cualquier desviación en el indicador.
- Fomentar la comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales de salud involucrados en la atención de los pacientes con VIH, para garantizar una atención integral y oportuna.
- Implementar estrategias de apoyo psicológico y emocional para los pacientes, con el fin de mejorar su adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de infecciones oportunistas.



El indicador **Porcentaje de lactantes con Transmisión Vertical de VIH**, con un resultado del 1% y con una meta de 0%, las principales situaciones que contribuyeron al incumplimiento fueron:

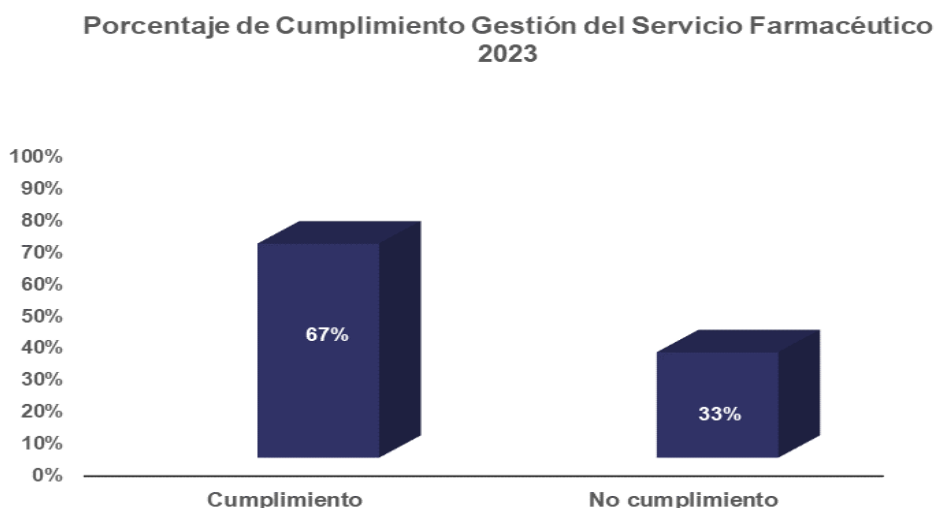
- Falta de adherencia por parte de paciente al tratamiento antirretroviral en las últimas semanas previas a la cesárea, sin notificación al equipo interdisciplinario.
- No reporte de la programación de cesárea a la IPS de atención integral por parte de la gestante

Las principales estrategias implementadas para el indicador Porcentaje de lactantes con Transmisión Vertical de VIH:

- Reforzar el reporte a ente territorial de la condición de no adherente de la paciente.
- Establecer canales e interlocutores institucionales para monitorear la situación de no adherencia de gestantes con VIH
- Realizar jornadas de sensibilización para gestantes enfocada en autocuidado y riesgo relacionados con la no adherencia al tratamiento antirretroviral
- Desarrollar talleres de sensibilización para gestantes enfocada en autocuidado y riesgo relacionados con la no adherencia al tratamiento antirretroviral.

3.3.2.4 GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

En el proceso Gestión del Servicio Farmacéutico, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 60%, que corresponde a 2 de 3 indicadores de gestión, tal como se muestra en la *Gráfica 16*:



Gráfica 16. Porcentaje de Cumplimiento Gestión del Servicio Farmacéutico 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

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

Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión del Servicio Farmacéutico 2023

Indicadores	Meta	Resultado
Porcentaje de eventos adversos a medicamentos	95%	0%
Medicamentos y dispositivos médicos no conformes	3%	0%
Adherencia Farmacológica	95%	84%

Los indicadores que presentaron limitaciones en su cumplimiento fueron:

El indicador **Adherencia Farmacológica**, con un resultado de 84% con respecto a la meta establecida del 85%. Las principales limitaciones presentadas son:

- Falta de comprensión por parte de los pacientes sobre su patología y la importancia de la adherencia a la medicación.
- Problemas de inoportunidad en la entrega de medicamentos por parte de la transportadora.
- La no asistencia a las citas programadas, lo que resulta en la prolongación del tiempo de prescripción a más de 30 días y la falta de suministro de medicamentos.
- Intolerancias no declaradas por parte de los pacientes que llevan a la suspensión abrupta de la medicación.

Las estrategias implementadas para la Adherencia al Tratamiento Farmacológico fueron:

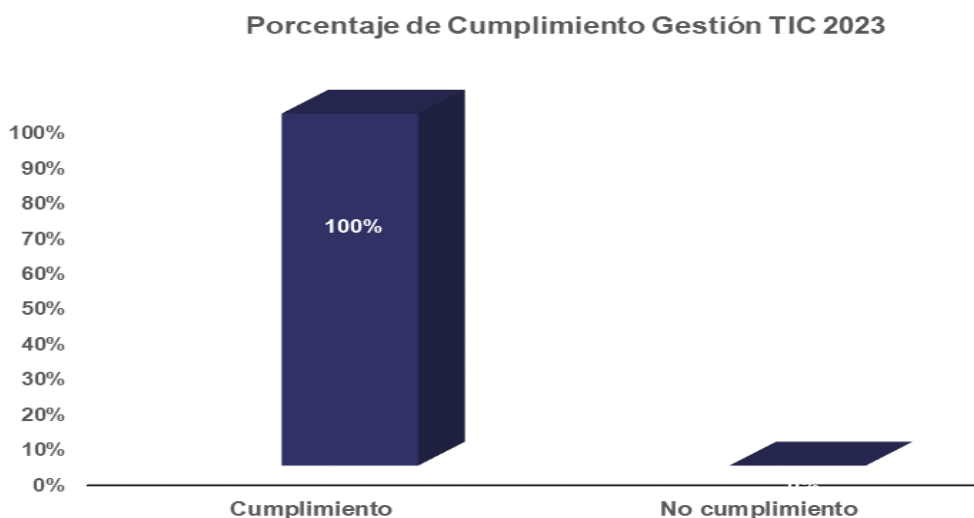
- Reforzar en equipo el cumplimiento a todos sus controles (citas) que le sean asignados dentro del programa.
- Reeducar al paciente en su prescripción médica para mejorar adherencia.
- Aumentar el número de atenciones por Químico Farmacéutico.



3.3.3 PROCESOS DE APOYO

3.3.3.1 GESTIÓN TIC

En el proceso Gestión TIC, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 3 de 3 indicadores de gestión, tal como se visualiza en la *Gráfica 17*:



Gráfica 17. Porcentaje de cumplimiento del Proceso Gestión TIC

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

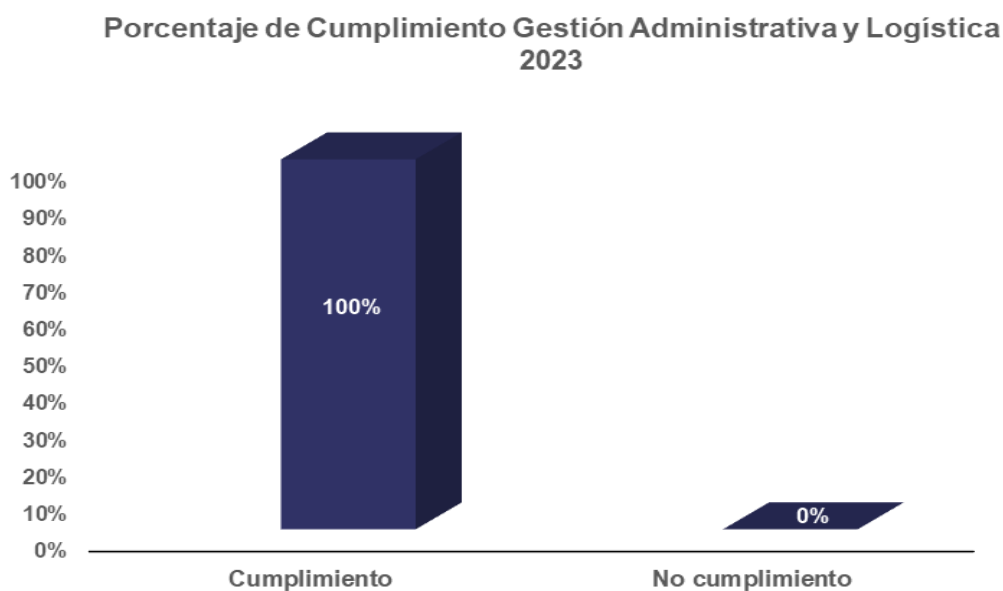
Tabla 16. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión TIC 2022

Indicador	Meta	Resultado
Solución de Incidencias Correctivas	95%	100%
Oportunidad de Solución de Incidencias Críticas (Días)	0,04	1,00
Implementación de la estrategia One Drive como respaldo de la información	95%	98%



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 8 de 8 indicadores establecidos para el proceso, tal como se visualiza en la *Gráfica 18*:



Gráfica 18. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Gestión Administrativa y Logística 2023. **Fuente:** Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS.

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 17. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Administrativa y Logística 2023

Indicador	Meta	Resultado
Cumplimiento Mantenimientos Preventivos Equipos Biomédicos	90%	100%
Cumplimiento de mantenimiento preventivos red de frio	90%	100%
Tiempo De Respuesta De Los Mantenimientos Correctivos (Horas)	24	13,90
Porcentaje de cumplimiento de inventarios	100%	100%
Oportunidad en la entrega de requerimientos (días)	10	7,36
Oportunidad en la entrega de requerimiento que cumplen con las especificaciones	85%	92%



Entregas que cumplen con las especificaciones solicitadas a los proveedores	85%	98%
Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma Comités Compras	100%	100%

3.3.3.3 GESTIÓN FINANCIERA

Se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 4 de 4 indicadores de gestión, tal como se lo describe la *Gráfica 19*:



Gráfica 19. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Financiera 2023

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 18. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Financiera 2023

Indicadores	Meta	Resultado
Razón corriente o liquidez	2,0%	1,4%
Margen neto de utilidad	8%	13%
Porcentaje de cumplimiento de Ingresos Proyectados	90%	106%
Porcentaje de Cumplimiento en el presupuesto de costos y gastos	90%	97%

3.3.3.4 GESTIÓN HUMANA

En el proceso Gestión Humana, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 5 de 5 indicadores de Gestión, tal como se visualiza en la *Gráfica 20*:



Consolata Mz. H lote 4

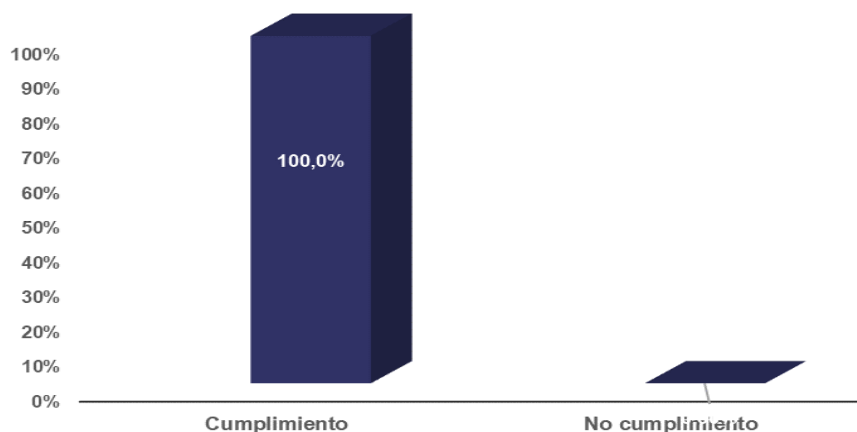


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Porcentaje de Cumplimiento Gestión Humana 2023



Gráfica 20. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión Humana 2023

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

Tabla 19. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del Proceso Gestión Humana 2022

Indicador	Meta	Resultado
Rotación Del Personal	<=5%	3%
Proporción de recaudo por incapacidades	95%	100%
Cumplimiento del plan de actividades educativas de la organización	95%	98%
Cumplimiento en la asistencia de actividades educativas	90%	94,1%
Eficacia de las actividades educativas	90%	95,4%

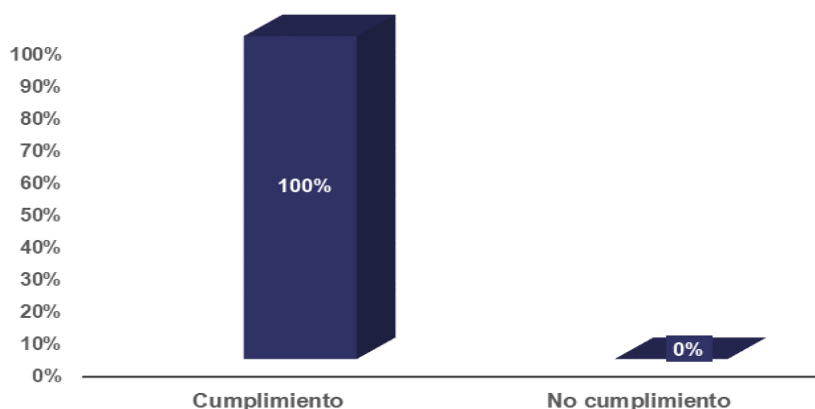
3.3.4 PROCESOS DE CONTROL

3.3.4.1 GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA

En el proceso Gestión de Mejora, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100%, que corresponde a 7 de 7 indicadores de gestión, tal como se evidencia en la **Gráfica 21**:



Porcentaje de Cumplimiento Gestión de Mejora Continua 2023



Gráfica 21. Porcentaje de cumplimiento del proceso Gestión de Mejora 2023

En la Tabla 19 se relacionan los indicadores del proceso, se identifica que todos los indicadores se cumplieron en el periodo:

Tabla 20. 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%	99%
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%	99%
Porcentaje de Cumplimiento del PAMEC	90%	92%

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



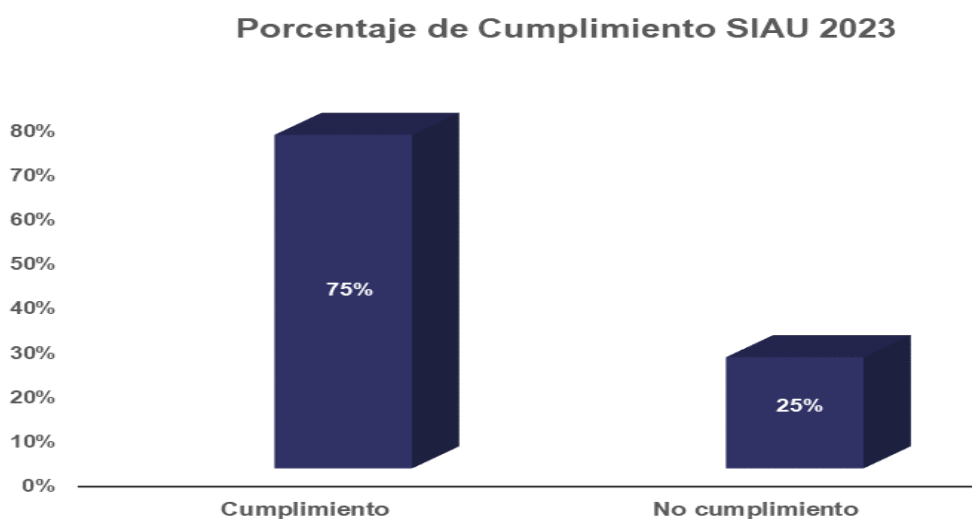
- Generar alertas y recordatorios formales a los líderes de procesos y gestores de programas que incluyan las fechas establecidas en el cronograma de reporte institucional.
- Continuar con el seguimiento al cierre de los hallazgos y no conformidades a través del Proceso de Gestión de Mejora.

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 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, ATENCIÓN Y EXPERIENCIA DEL USUARIO

En el proceso Gestión del Sistema Información, Atención y Experiencia al Usuario, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 75%, que corresponde a 3 de 4 indicadores establecidos para el proceso, tal como se indica en la *Gráfica 22*:



Gráfica 22. Porcentaje de Cumplimiento del Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario 2023



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

Tabla 21. 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%	99,7%
Proporción de usuarios que recomendarían Caminos IPS SAS a un familiar o amigo	95%	99,9%
Eficacia en la gestión de PQRSF	100%	99,0%
Oportunidad en la solución de las PQRSF	5,00	2,37

El indicador **Eficacia en la gestión de PQRSF** con un resultado de 99,0% con respecto a la meta establecida del 100%. Las principales limitaciones presentadas son:

- Falta de coordinación entre los diferentes departamentos involucrados en el proceso de gestión de PQRSF, lo que podría haber ocasionado retrasos en la respuesta a los usuarios.
- Problemas técnicos en el sistema de gestión de PQRSF, que podrían haber interferido en la recepción y respuesta oportuna de las solicitudes de los usuarios.

Las principales estrategias implementadas para el cumplimiento del indicador **Eficacia en la gestión de PQRSF**:

- Realizar un análisis de los problemas técnicos o fallos en el sistema de gestión de PQRSF y tomar medidas correctivas para garantizar su correcto funcionamiento y evitar interferir en la recepción y respuesta oportuna de las solicitudes de los usuarios.
- Mejorar las habilidades y conocimientos del personal encargado de la gestión de PQRSF, en el procedimiento de gestión de PQRSF y cumplir con los plazos establecidos.



3.4 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

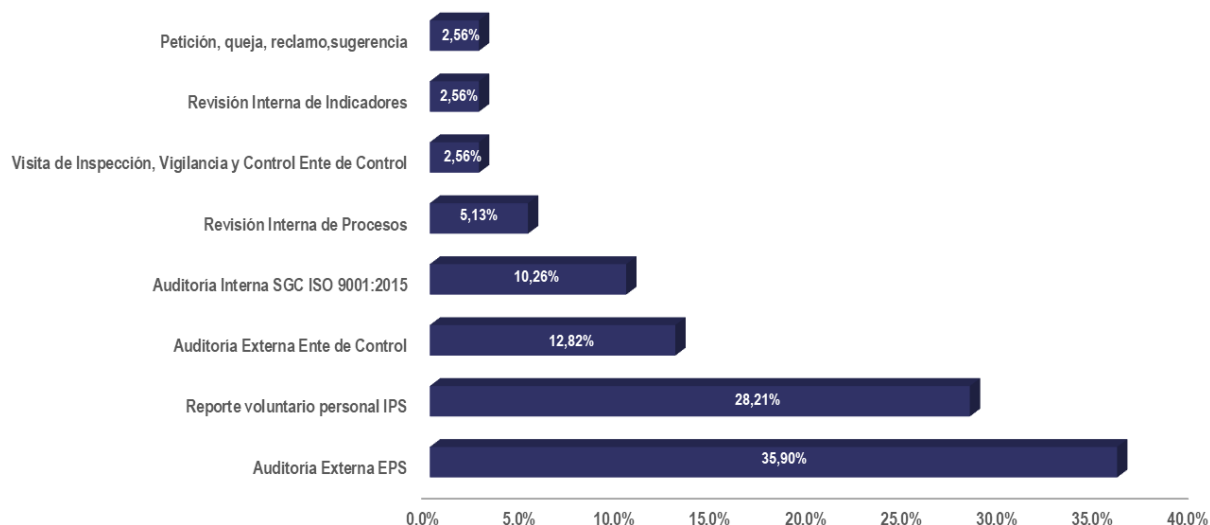
3.4.1 ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y DE MEJORA

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, auditorías internas, auditorías externas, revisión interna de procesos, retroalimentación de las partes interesadas, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Matriz de gestión de riesgos y oportunidades, donde se administran y consolidan las acciones para abordar los riesgos y oportunidades organizacionales.

En la vigencia 2023, se identificaron 39 fallas clasificadas en hallazgos, eventos adversos prevenibles, no conformidades, oportunidades de mejora e incidentes (Ver Tabla 22), de los cuales el 35,9% se derivaron de auditorías externa del cliente EPS, el 28,21% de reportes de voluntarios del personal de la IPS de incidentes o eventos adversos, el 12,82% de auditorías externas de entes de control, el 10,26% tienen como fuente la auditoría interna del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 y el 5,13% de la revisión interna de procesos. Producto de las visitas de inspección, vigilancia y control, de la revisión interna de indicadores y de las PQRSF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones) se identificó el 2,56% de los hallazgos de la vigencia 2023, respectivamente. (Ver gráfica 23).

PORCENTAJE DE FALLAS IDENTIFICADAS EN LA VIGENCIA 2023



Gráfica 23. Porcentaje de fallas identificadas en la vigencia 2023. **Fuente:** Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

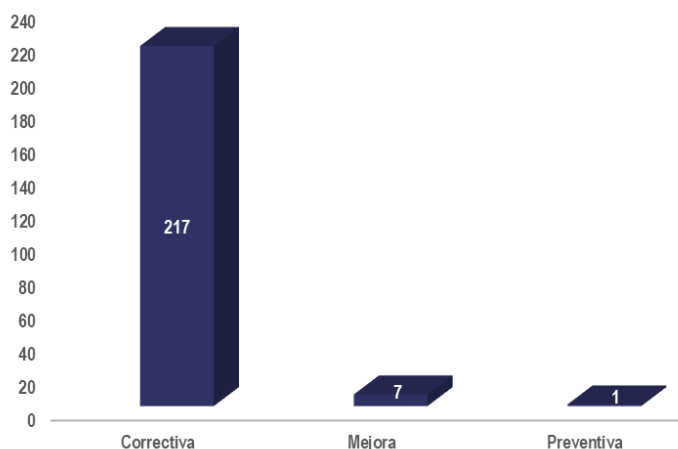
Clasificación de la falla	Número	%
Hallazgos	22	56,41%
Evento Adverso Prevenible	11	28,21%
No Conformidad	4	10,26%
Oportunidad de Mejora	1	2,56%
Incidente	1	2,56%
Total	39	100%

Tabla 22. Clasificación de las fallas identificadas en la vigencia 2023.

En el período comprendido entre enero a diciembre de 2023, se gestionaron un total de 225 acciones incluidas en los planes de mejoramiento derivados de las fuentes relacionadas en la Gráfica 23, de las cuales:

- El 76,4%, correspondiente a 172 acciones, se diseñaron en el año 2023 (proyectadas a ejecutar 147 en la vigencia 2023 y 25 en la vigencia 2024).
- El 23,6%, correspondiente a 53 acciones, se diseñaron en el año 2022 (de las cuales 48 se proyectaron a implementar en el año 2023 y 5 para el 2024).
- 217 acciones, que representan el 96,44% son correctivas; el 3,11% correspondiente a 7 acciones son de Mejora y el 0,44% corresponde a una acción preventiva (Ver Gráfica 24).

Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Gestionadas 2023



Gráfica 24. Acciones correctivas, preventivas y de mejora gestionadas en la vigencia 2023.

Fuente: Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

La Tabla 23 relaciona el tipo de acciones por fuente de identificación, se puede evidenciar que el 29,78% de las acciones se derivaron de la Auditoría Externa EPS- Mutual Ser, seguido de 21.78% derivadas del Reporte voluntario del personal IPS de eventos adversos prevenibles, el 13.78% de la Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad 2022, el 5,33% de PQRSF, de la Auditoría Externa del SGC ICONTEC 2022 y de Reportes voluntario personal IPS – Incidente; el 4,89% de identificaron producto de Auditorías Externas de Entes de Control Tecnovigilancia, el 3,56% de la verificación del cumplimiento del Sistema Único de Habilitación, el 3,11% del proceso de Revisión Interna de Indicadores, el 2,22% de la Revisión Interna de Procesos y Auditorías Externas de Entes de Control Laboratorio de Salud Pública; el 1,33% Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso No Prevenible, el 0,89% Visitas de Inspección, Vigilancia y Control y el 0,44% de Requerimiento de ente de control.

Tabla 23. Tipo de acciones por fuente de identificación gestionadas en 2023. **Fuente:** Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS.

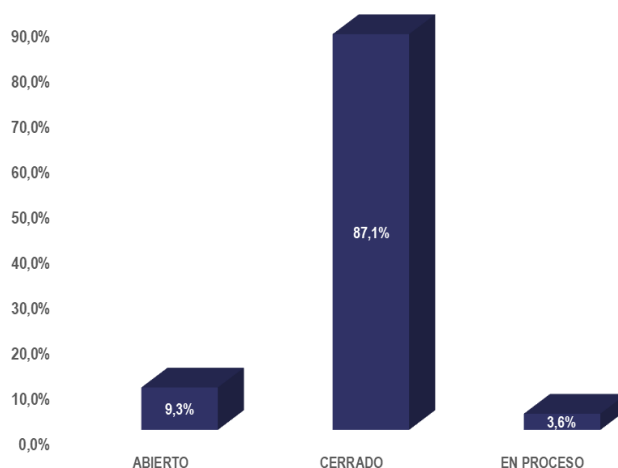
Fuente	Correctivas	Preventivas	Mejora	Total	%
Auditoría Externa Ente de Control - Laboratorio de Salud Pública	5			5	2,22%
Auditoría Externa Ente de Control - Tecnovigilancia Sede Soledad	11			11	4,89%
Auditoría Externa EPS - Mutualser EPS	67			67	29,78%
Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC 2022	12			12	5,33%
Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015 - 2022	24		7	31	13,78%
Petición, queja, reclamo, sugerencia	12			12	5,33%
Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso No Prevenible	3			3	1,33%
Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso Prevenible	49			49	21,78%
Reporte voluntario personal IPS - Incidente	12			12	5,33%
Requerimiento de ente de control - DADIS		1		1	0,44%
Revisión Interna de Indicadores	7			7	3,11%
Revisión Interna de Procesos - PAMEC 2023	5			5	2,22%
Verificación SUH - 2022	8			8	3,56%
Visita de Inspección, Vigilancia y Control Ente de Control - Sede Norte	2			2	0,89%
Total general	217	1	7	225	100%

3.4.2 ESTADO DE LAS ACCIONES

En el período comprendido entre enero a diciembre de 2023, se gestionaron un total de 225 acciones, de las cuales: 172 acciones, se diseñaron en el año 2023 (proyectadas a ejecutar 147 en la vigencia 2023 y 25 en la vigencia 2024) y 53 acciones, se diseñaron en el año 2022 (de las cuales 48 se proyectaron a implementar en el año 2023 y 5 para el 2024). En la Gráfica 25 se evidencia el estado de la totalidad acciones gestionadas en la vigencia 2023:



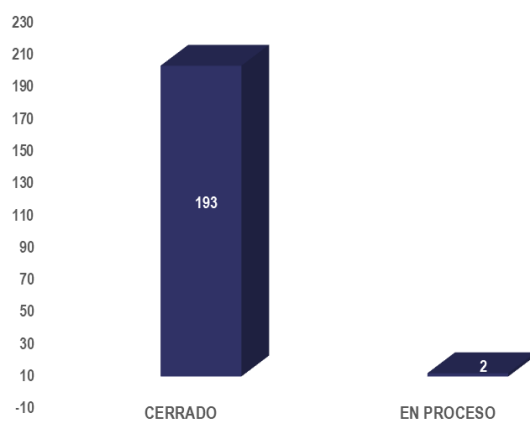
Estado de las acciones gestionadas en la vigencia 2023



Gráfica 25. Estado de las acciones gestionadas en la vigencia 2023.
Fuente: Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.

De las 195 acciones proyectadas e implementar para el año 2023 el 98.97% que corresponden a 193 acciones, se encuentran cerradas y el 1.03%, corresponden a 2 acciones, se encuentran en proceso de ejecución y fueron derivadas de PQRSF (Ver Gráfica 26). De las 30 acciones proyectadas a implementar en el año 2024 el 70%, correspondiente a 21 actividades, se encuentran abiertas, el 20%, representado por 6 actividades, se encuentran en proceso y el 10%, que corresponden a 3 acciones se encuentran cerradas (Ver gráfica 26)

Estado de las acciones proyectadas a ejecutar en 2023



Gráfica 26. Estado de las acciones proyectadas a ejecutar en 2023.
Fuente: Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4

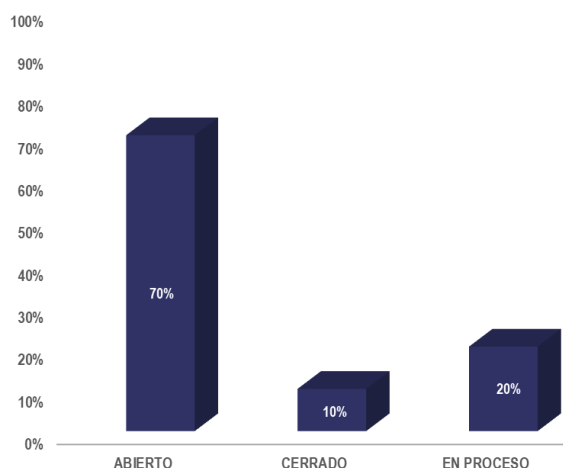


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Estado de las acciones proyectadas a ejecutar en 2024



Gráfica 27. Estado de las acciones proyectadas a ejecutar en 2024.

Fuente: Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.

La Tabla 24 relaciona las fuentes de identificación de las actividades proyectadas a ejecutar en la vigencia 2024, las cuales son el total 30: el 43,33% derivadas de la Auditoría Externa EPS - Mutualser EPS, el 16,67% de la Revisión Interna de Procesos - PAMEC 2023, el 16,67% Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015, el 10% de los Reportes voluntarios del personal IPS - Evento Adverso Prevenible, el 6,67% de la Revisión Interna de Indicadores, el 3,33% de la Auditoría Externa Ente de Control - Laboratorio de Salud Pública y el 3,33% de PQRSF.

Tabla 24. Fuente de identificación de las actividades proyectadas a implementar en la vigencia 2024. **Fuente:** Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS-

Fuente	Total
Auditoría Externa Ente de Control - Laboratorio de Salud Pública	1
Auditoría Externa EPS - Mutualser EPS	13
Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015	5
Petición, queja, reclamo, sugerencia	1
Reporte voluntario personal IPS - Evento Adverso Prevenible	3
Revisión Interna de Indicadores	2
Revisión Interna de Procesos - PAMEC 2023	5
Total general	30



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

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 2023 se cuenta con un total de 93 controles relacionados por proceso en la Tabla 25 y 9 tratamientos descritos en la Tabla 26. Tanto los controles como los tratamientos son considerados acciones preventivas para la gestión de los riesgos organizacionales:

Tabla 25. Número de Controles por Proceso 2023. Fuente: Matriz de Gestión de Riesgos y Oportunidades.

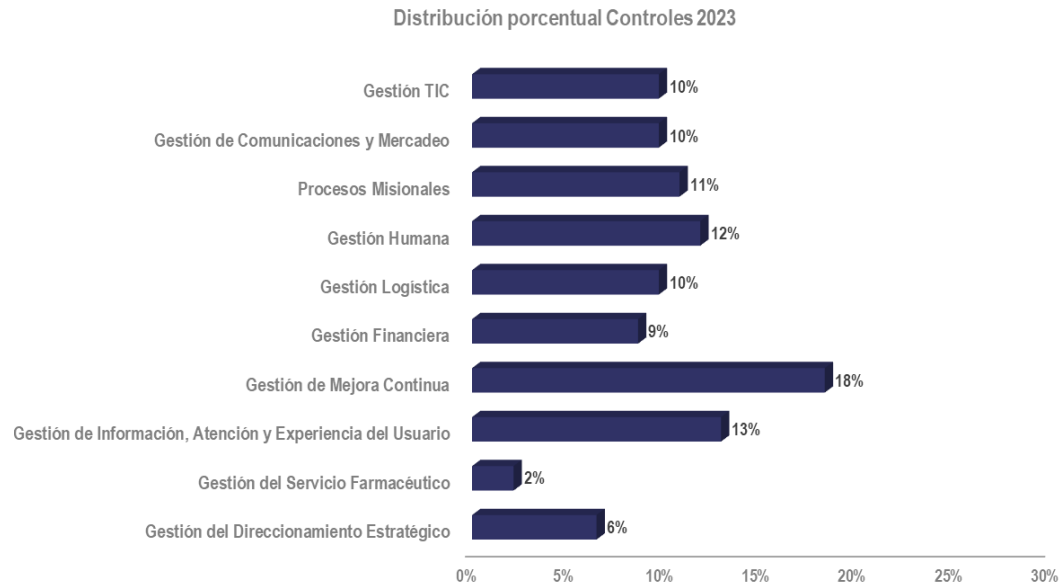
PROCESO	Nº CONTROLES
Gestión del Direccionamiento Estratégico	6
Gestión del Servicio Farmacéutico	2
Gestión de Información, Atención y Experiencia del Usuario	12
Gestión de Mejora Continua	17
Gestión Financiera	8
Gestión Logística	9
Gestión Humana	11
Procesos Misionales	10
Gestión de Comunicaciones y Mercadeo	9
Gestión TIC	9
Total	93

Tabla 26. Número de Tratamientos por Proceso 2023. Fuente: Matriz de Gestión de Riesgos y Oportunidades.

PROCESO	Nº CONTROLES
Gestión del Direccionamiento Estratégico	0
Gestión del Servicio Farmacéutico	3
Gestión de Información, Atención y Experiencia del Usuario	1
Gestión de Mejora Continua	0
Gestión Financiera	1
Gestión Logística	0
Gestión Humana	0
Procesos Misionales	4
Gestión de Comunicaciones y Mercadeo	0
Gestión TIC	0
Total	9



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 Gestión de Mejora Continua con un 18%, seguido de Gestión de Información, Atención y Experiencia del Usuario con 13%, Gestión Humana con 12% y Procesos Misionales 11%.



Gráfica 28. Distribución porcentual Controles por proceso 2023. **Fuente:** Matriz de Gestión de Riesgos y Oportunidades Caminos IPS SAS.

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 (4), seguido de Gestión del Servicio Farmacéutico (3) y los procesos Gestión de Información, Atención y Experiencia del Usuario y Gestión Financiera con (1) tratamiento respectivamente.



Gráfica 29. Tratamientos por proceso 2023. **Fuente:** Matriz de Gestión de Riesgos y Oportunidades Caminos IPS SAS



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

3.4.3 PRODUCTOS NO CONFORMES

Respecto a los productos no conformes, en el periodo de enero a diciembre 2023 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 217.897 medicamentos. En la *Tabla 24* se relaciona la cantidad de medicamentos almacenado en el servicio por mes:

Tabla 27. Relación de medicamentos almacenados y no conformes 2022

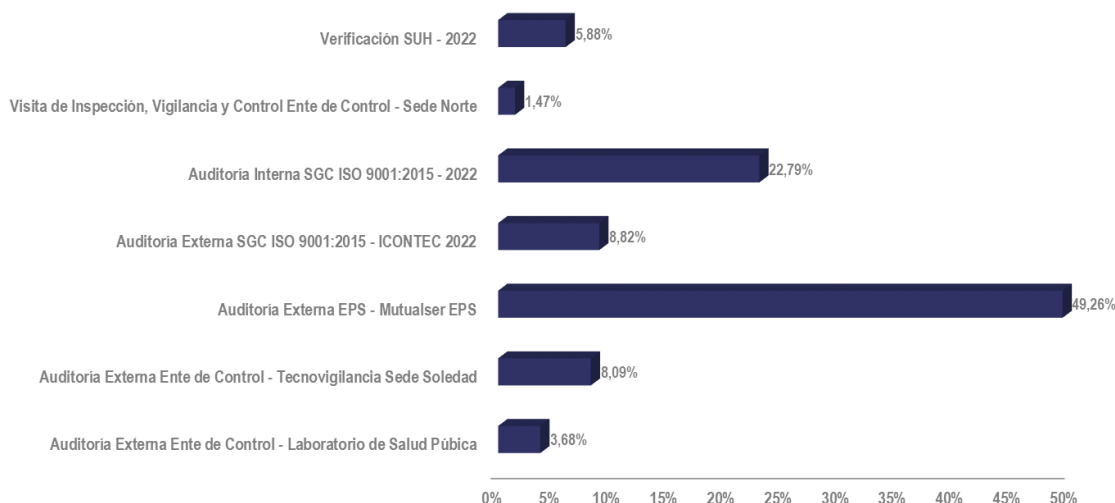
Mes	Cantidad de medicamentos	Productos no conformes
Enero	20.653	0
Febrero	10.417	0
Marzo	21.445	0
Abril	16.054	0
Mayo	6.293	0
Junio	25.003	0
Julio	19.937	0
Agosto	12.714	0
Septiembre	20.039	0
Octubre	21.831	0
Noviembre	21.974	0
Diciembre	21.537	0
Total	217.897	0

3.5 RESULTADOS DE AUDITORÍA

Durante la vigencia 2023, la organización recibió auditorías de primera, segunda parte y tercera parte, correspondientes a auditorías internas del Sistema de Gestión, auditorías realizadas por los entes de control, cliente empresariales EPS y auditoría de seguimiento y recertificación realizada por el organismo certificador ICONTEC. En la Grafica 30 se puede identificar que el 49,26% de las acciones se derivaron de Auditoría Externa EPS - Mutualser EPS, seguido del 22,79% de Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015, el 8,82% Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC, el 8,09% Auditoría Externa Ente de Control Tecnovigilancia, el 5,88% de la verificación del SUH, el 3,68% Auditoría Externa Ente de Control Laboratorio de Salud Pública y el 1,47% Visita de Inspección, Vigilancia y Control Ente de Control.



Porcentaje de acciones por fuente de auditoría 2023



Gráfica 30. Porcentaje de acciones por fuente de auditoría 2023. **Fuente:** Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.

3.5.1 ESTADO DE LAS ACCIONES RESULTADO DE AUDITORÍAS

La Gráfica 31 permite visualizar el estado de las acciones derivadas de auditorías internas y externas, se evidencia un total de 136 acciones, de las cuales 120 se encuentran cerradas, 6 en proceso y 10 abiertas. Las actividades en proceso y abiertas tienen proyección de ejecución en la vigencia 2024.

Estado de las acciones derivadas de auditoría 2023



Gráfica 31. Estado de las acciones derivadas de auditorías 2023.

Fuente: Aplicativo de Gestión de Acciones Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

La Tabla 28 relaciona las fuentes de las actividades diseñadas con base al análisis de causas y planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas y externas ejecutadas en la vigencia 2023 y su estado de cumplimiento. Se evidencia que, aquellas generadas de la Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 – ICONTEC, la Auditoría Externa de Ente de Control, las Visitas de Inspección, Vigilancia y Control Ente de Control y la Verificación SUH – 2022, se encuentran cerradas. El 85% de las acciones derivadas de la Auditoría Externa EPS - Mutualser EPS se encuentran cerradas, el 83% de las acciones generadas de la Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015 se encuentran cerradas y el 80% de las acciones derivadas de Auditoría Externa Ente de Control - Laboratorio de Salud Pública, se encuentran cerradas.

Tabla 28. Estado de Acciones derivadas de Auditorías 2023

FUENTE DE AUDITORÍAS	% Acciones por Auditoría Cerradas	Número Total de Acciones	Nº Acciones Cerradas	Nº Acciones Abiertas	Nº de Acciones en Proceso
Auditoría Externa Ente de Control - Laboratorio de Salud Pública	80%	5	4	1	0
Auditoría Externa Ente de Control	100%	11	11	0	0
Auditoría Externa EPS - Mutualser EPS	85%	67	57	8	2
Auditoría Externa SGC ISO 9001:2015 - ICONTEC	100%	12	12	0	0
Auditoría Interna SGC ISO 9001:2015	83%	31	26	1	4
Visita de Inspección, Vigilancia y Control Ente de Control	100%	2	2	0	0
Verificación SUH - 2022	100%	8	8	0	0
TOTAL GENERAL	92,57%	136	120	10	6



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 20 proveedores que afectan directamente la prestación de los servicios, los resultados se describen en la *Imagen 1*:

CRITERIOS DE EVALUACION						
PROVEEDOR	CAIDAD DE PRODUCTO O SERVICIO	CUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE ENTREGA	CUMPLIMIENTO EN CANTIDADES	SERVICIO POSVENTA	TOTAL PUNTUACION	PLAN DE ACCION
BIOMAINTEANCE SAS	40	10	7	5	62	SI
DOTARMEDICA SAS	40	25	10	5	80	N/A
INVERSIONES BIS	50	20	10	5	85	N/A
COMERCIALIZADORA ANDIFLEX	50	20	15	5	90	N/A
DISTRHELP	50	30	13	5	98	N/A
GRUPO GAMS	50	30	15	5	100	N/A
INGEAMBIENTE DEL CARIBE	50	30	15	3	98	N/A
GAS SECURE SOLUTIONS COLOMBIA S.A	50	30	15	5	100	N/A
TECNIELECTRONIS Y CIA LTDA	50	30	15	5	100	N/A
ZARCOP FOTOCOPIADORA	50	30	15	5	100	N/A
TLC MEDICAL SAS	50	30	15	5	100	N/A
MEDICAL SANUS	50	30	15	5	100	N/A
LABORATORIOS LTDA	50	30	15	5	100	N/A
SURGICON & CIA	50	30	15	5	100	N/A
MULTISERVICIOS CIVILES Y ELECTRICOS SAS	50	30	15	5	100	N/A
BIORED INGENIERIA LTDA	50	30	15	5	100	N/A
SEGURIDAD Y SUMINISTRO ALDIA	50	30	15	5	100	N/A
VELEZ LAB	50	30	15	5	100	N/A
CONSTRUIAMOS SOLUCIONES EMPRESARIALES	50	15	15	3	83	N/A
METROCARIBE	50	25	15	4	94	N/A

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 2023

Se ha demostrado que el 95 % de los proveedores cumplieron con los criterios establecidos por la organización, los cuales son: calidad del producto o servicio, cumplimiento en los tiempos de entrega, cumplimiento en cantidades y servicio posventa. Es importante señalar que los proveedores que obtengan resultados iguales o superiores a 80 puntos se considerarán aprobados en la etapa de evaluación y reevaluación.

En el caso específico del proveedor de servicios que obtuvo una calificación del 62 % en la evaluación, la Gerencia ha tomado la decisión de dar por terminado unilateralmente el contrato. En su lugar, se ha firmado un nuevo contrato con la empresa Bioscopex SAS para la prestación del servicio de mantenimiento preventivo de la dotación de 479 equipos biomédicos en las sedes Consolata, Ronda Real, Mahates, Olaya, Providencia, Pasacaballos, incluyendo CAMINOS LAB Cartagena que cuenta con CAMINOS IPS SAS.



4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

La organización ha proyectado la adecuación de los recursos en el año 2023 a través de un presupuesto general de ingresos, por un valor total de **\$39.856.133.636**. Desde el mes de enero hasta diciembre la gestión para la ejecución de estos recursos ha sido de **36.787.333.897**, lo que representa el 106% de lo proyectado.

En el análisis del indicador **Porcentaje de cumplimiento del ingreso prospectado en pesos**, se puede observar que para el año 2023 la organización ha logrado alcanzar un promedio anual del 106%, lo cual indica que se ha superado la meta proyectada de ingresos en un 6%. Esto es un indicador positivo ya que demuestra que la organización ha logrado generar un nivel de ingresos mayor al esperado, lo cual puede ser resultado de una gestión eficiente en la prestación de servicios.

A continuación, se presenta de forma detallada la adecuación de los recursos en cada uno de los meses del año:

Tabla 29. Relación Ingresos Proyectados y Ejecutados 2023

MES	PROYECTADOS	EJECUTADOS
Enero	\$ 2.773.175.984	\$ 3.128.731.612
Febrero	\$ 3.629.113.542	\$ 3.128.731.612
Marzo	\$ 3.054.598.139	\$ 3.128.731.612
Abril	\$ 2.959.368.361	\$ 3.128.731.612
Mayo	\$ 3.129.929.493	\$ 3.128.731.612
Junio	\$ 3.409.121.518	\$ 3.128.731.612
Julio	\$ 3.623.367.238	\$ 3.128.731.612
Agosto	\$ 3.119.774.755	\$ 3.128.731.612
Septiembre	\$ 3.290.293.825	\$ 3.128.731.612
Octubre	\$ 4.562.933.975	\$ 3.128.731.612
Noviembre	\$ 3.347.462.668	\$ 3.128.731.612
Diciembre	\$ 2.956.994.138	\$ 3.128.731.612
Total	\$ 39.856.133.636	\$ 37.544.779.344



5. ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES

5.1 RIESGOS Y OPORTUNIDADES POR PROCESO

5.2.1 RIESGOS

La organización ha gestionado un total de 45 riesgos, durante la vigencia 2023. 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 30. Número total de riesgos por proceso 2023

PROCESOS	Nº RIESGOS POR PROCESO
Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional	2
Gestión de Comunicaciones y Mercadeo	5
Gestión del Servicio Farmacéutico	3
Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario	4
Gestión de Mejora Continua	5
Gestión Financiera	3
Gestión Administrativa y Logística	3
Gestión Humana	4
Gestión TIC	6
Procesos Misionales	10
TOTAL RIESGOS	45

De acuerdo con la tabla número 30, se puede identificar que el 22% de los riesgos gestionados por la organización se identifican en los Procesos Misionales, el 13% en el proceso de Gestión TIC, el 11% en los procesos de Gestión de Mejora Continua y Gestión de Comunicaciones y Mercadeo, el 9% en los procesos de Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario y Gestión Humana, el 7% en los procesos de Gestión del Servicio Farmacéutico, Gestión Financiera y Gestión Administrativa y Logística y el 4% en el proceso de Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional.

5.2.1 OPORTUNIDADES

En la organización se levantaron 4 acciones de mejora, resultado de la gestión de 2 oportunidades identificadas, las cuales se relacionan a continuación, y se generaron desde el proceso de Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional 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:
 - Habilitar sedes nuevas para ampliación de la capacidad instalada y crecimiento de la organización.
 - 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 2023, con el fin de proponer formulación y ejecución del proyecto a la junta directiva.
 - Realizar capacitación a la Unidad de Planeación de la Organización para identificar las necesidades en materia de Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Dispositivos Médicos, Historia Clínica e Interdependencia; necesarias para habilitación de la modalidad de Telemedicina.



5.1 ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES

En la organización se cuenta con un total de 45 riesgos, identificados por todos los procesos, los cuales se gestionan a través de 93 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. Número de controles por proceso 2023

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



Monitoreo y seguimiento:

- Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional: 2 riesgos con monitoreo trimestral.
- Gestión de Comunicaciones y mercadeo: 3 riesgos con monitoreo trimestral y 2 con monitoreo bimestral.
- Gestión del servicio farmacéutico: 1 riesgo con monitoreo trimestral, 2 riesgos con monitoreo mensual.
- Gestión Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario: 4 riesgos con monitoreo trimestral.
- Gestión de Mejora Continua: 5 riesgos con monitoreo trimestral.
- Gestión Financiera: 2 riesgos con monitoreo trimestral y 1 riesgo con monitoreo mensual.
- Gestión Administrativa y Logística: 1 riesgo con monitoreo mensual, 1 riesgo con monitoreo bimestral y 1 riesgo con monitoreo trimestral.
- Gestión humana: 1 riesgo con monitoreo bimestral, 3 riesgo con monitoreo trimestral.
- Gestión TIC: 5 riesgos con monitoreo trimestral y 1 riesgo con monitoreo mensual.
- Procesos misionales: 9 riesgos con monitoreo mensual y 1 riesgo con monitoreo bimestral.

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 gestión del conocimiento en la organización y articularlo con el sistema de gestión de la calidad.
- 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



6.2 DECISIONES Y ACCIONES RELACIONADAS CON NECESIDADES DE CAMBIO DEL SGC

- Continuar con el proceso de 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 tres componentes obligatorios: Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con enfoque en 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.
- Ajustar el mapa de procesos incluyendo todos los procesos organizacionales.
- Revisar y perfeccionar la metodología de gestión del riesgo en todas diferentes etapas del ciclo.
- 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 2024 se tienen proyectado:

- Puesta en marcha de la Caminos IPS SAS Gran Manzana para la prestación de servicios de los Programas de Atención Integral y Gestión del Riesgo Cardiovascular, VIH, Falla Cardíaca, Rehabilitación Cardiopulmonar, Detección de Cáncer de Mama y especialidades Médicas y Odontológicas, con una inversión establecida en el presupuesto institucional 2024.



KAREN PAOLA VILLALBA VILLAMIL
GERENTE CAMINOS IPS SAS
CAMINOS IPS SAS



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888