

INFORME DE GESTIÓN

CAMINOS IPS SAS

2024



TABLA DE CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVO**
- 3. ALCANCE**
- 4. INFORME DE SEGUIMIENTO A PROCESOS MISIONALES**
 - 4.1 GESTIÓN AMBULATORIA**
 - 4.2 ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO**
 - 4.2.1 Situación actual enfermedades cardiovascular, metabólicas y renales
 - 4.2.2 Informe RIAS Respiratorias
 - 4.2.3 Caracterización de la población
 - 4.2.4 Resultados de indicadores RIAS cardiovascular, metabólica y renal
 - 4.2.5 Productividad de los servicios de la RIAS cardiovascular, metabólica y renal 2024
 - 4.2.6 Logros alcanzados
 - 4.3 RIAS RESPIRATORIA CAMINOS IPS SAS**
 - 4.3.1 RIAS Respiratoria Caminos IPS SAS
 - 4.3.2 Situación actual de las enfermedades respiratorias en Colombia
 - 4.3.3 Estrategias de las RIAS respiratorias en Caminos IPS SAS
 - 4.3.4 Caracterización de la población en Caminos IPS
 - 4.3.5 Resultados de indicadores trazadores-RIAS respiratoria 2024
 - 4.3.6 Logros alcanzados con la implementación de la RIAS respiratoria en Caminos IPS SAS en el año 2024
 - 4.4 RIAS ATENCIÓN INTEGRAL VIH**
 - 4.4.1 RIAS Atención Integral VIH
 - 4.5 ATENCIÓN INTEGRAL ARTRITIS REUMATOIDE**



4.5.1 Objetivo del programa

4.5.2 Indicadores trazadores Artritis Reumatoide

4.6 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL

4.6.1 Indicadores del programa Atención Integral de Salud Mental

4.7 PROGRAMA MUJER SANA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA

5. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 Resultados del programa

5.1.1 Cumplimiento de visitas de verificación de rondas de seguridad

5.1.2 Cumplimiento en la consolidación de rondas de seguridad, indicadores y análisis de causa

5.1.3 Cumplimiento en el cargue del dominio de seguridad Resolución 0256/2016

5.1.4 Cumplimiento en el reporte de indicadores de gestión

5.1.5 Operatividad del comité de seguridad del paciente

5.1.6 Cierre de planes de acción del comité de seguridad del paciente

5.1.7 Cumplimiento del cronograma de formación continua

5.1.8 Indicadores del programa de seguridad del paciente

Reporte de eventos adversos

Proporción de eventos adversos gestionados

Proporción de incidentes gestionados

Tasa de caídas

Flebitis en sitio de venopunción

Porcentaje de IAAS

Adherencia del protocolo de lavado de manos

5.1.9 Logros

5.1.10 Desafíos y oportunidades seguridad del paciente

6. PROCESO DE GESTIÓN HUMANA 2024

6.1 Resultados de indicadores de gestión

6.1.1 Número de personal



6.1.2 Tipos de contratos

6.1.3 Índice de rotación

6.1.4 Recobro de incapacidades

6.1.5 Recaudo de incapacidades

6.2 Logros

6.3 Conclusiones y recomendaciones

7. GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA

7.1 Indicadores trazadores mejora continua

7.1.1 Servicios contratados habilitados en REPS

7.1.2 Cumplimiento de la operatividad de los comités institucionales

7.1.3 Cierre de acciones incluidas en los planes de mejoramiento institucionales

7.1.4 Cumplimiento del reporte de información a entes de control

7.1.5 Cumplimiento del plan de mejoramiento del PAMEC 2024

7.1.6 Cumplimiento de la auditoría interna del Sistema de Gestión de Calidad

7.2 Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad – PAMEC

7.2.1 Planeación PAMEC 2024

7.2.2 Cumplimiento de la ruta crítica

7.2.3 Avance general estándares de acreditación 2020 – 2023

7.3 Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015

7.3.1 Medición de los objetivos de calidad

7.4 Gestión de riesgos y oportunidades

8. GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

8.1 Indicadores trazadores financieros

8.1.1 Gestión de facturación

8.1.2 Gestión de radicación

8.1.3 Recaudo de cartera

8.1.4 Razón corriente o liquidez



8.1.5 Índice de endeudamiento total

8.1.6 Margen neto de utilidad

8.1.7 Margen EBITDA

8.2 Oportunidades de mejora

8.3 Ejecución presupuestal 2024

9. GESTIÓN INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2024

9.1 Diagnóstico de simplicidad organizacional

9.2 Taller de direccionamiento estratégico y Balanced Scorecard

9.3 Resocialización de lineamientos generales del SIAR

9.4 Revisión de políticas de los subsistemas de administración del riesgo

9.5 Socialización de actualización del código de ética y buen gobierno

9.6 Taller metodología de gestión de riesgos en IPS

9.7 Inventario de riesgos institucionales

9.7.1 Acciones para abordar los riesgos

9.7.2 Detalle del inventario de riesgos y controles por proceso

9.8 Conclusiones y recomendaciones

10. GESTIÓN DE EXPERIENCIA AL USUARIO

10.1 Indicadores trazadores experiencia del usuario

10.1.1 Oportunidad en la gestión de PQRSF

10.1.2 Oportunidad en la gestión de quejas y reclamos

10.1.3 Oportunidad en la gestión de peticiones y sugerencias

10.1.4 Oportunidad en la gestión de felicitaciones

10.1.5 Canales de radicación

10.1.6 Comportamiento de las PQRSF

10.1.7 Proporción de satisfacción global de los usuarios

10.1.8 Proporción de usuarios que recomendarían su IPS

11. CONCLUSIONES



1. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se dan a conocer los logros, resultados, desafíos y oportunidades de los procesos misionales de gestión del riesgo en salud llevados a cabo en Caminos IPS, En donde, la gestión del riesgo en salud es un componente esencial en la labor de CAMINOS IPS SAS, ya que permite identificar, evaluar y mitigar los factores que pueden comprometer la salud de nuestros usuarios y la efectividad de nuestros programas. Este informe detalla cómo nuestras estrategias han permitido no solo mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, sino también garantizar la sostenibilidad de nuestros procesos asistenciales.

Este informe es un reflejo del compromiso de nuestra institución por mantener la mejora continua en la atención que brindamos, los resultados que hemos alcanzado y a conocer las perspectivas futuras que se abren para la institución en el ámbito de la gestión del riesgo en salud.

En Caminos IPS, el modelo de atención se fundamenta en la protección integral de la salud, colocando al usuario, su familia y la comunidad en el centro de todas nuestras acciones. Nos comprometemos a implementar estrategias de salud pública, promoción, mantenimiento y prevención, así como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, todo ello enmarcado en una sólida estrategia de Atención Primaria en Salud. Nuestros procesos se rigen por los atributos esenciales de la calidad: oportunidad, pertinencia, seguridad, accesibilidad y satisfacción del usuario, buscando generar un impacto positivo y duradero a nivel individual, familiar y comunitario.

Dentro de este modelo, nuestro proceso de Gestión de Atención:

- Atención Humanizada y Resolutiva: Gestionamos la atención de salud de manera oportuna, con un enfoque humano y resolutivo, basado en intervenciones técnicas, científicas y administrativas de vanguardia.
- Acciones Coordinadas y Efectivas: Establecemos acciones coordinadas y complementarias en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad de vida de nuestros usuarios

2. OBJETIVO

Dar a conocer los logros y resultados obtenidos en los procesos misionales de gestión del riesgo en salud de CAMINOS IPS SAS durante el periodo 2024, resaltar la sostenibilidad de los procesos de apoyo y estratégicos que garantiza una prestación de servicio satisfactoria, cumpliendo con estándares de calidad y en cumplimiento con normatividad vigente.

3. ALCANCE

El informe abarca el análisis de los principales procesos misionales y estratégicos de CAMINOS IPS S.A.S. durante el año 2024, incluyendo la gestión ambulatoria, la atención integral y gestión del riesgo, la gestión del servicio farmacéutico, y la implementación de programas de salud específicos. Además, se evalúa la gestión financiera, la administración de riesgos, la seguridad del paciente, y la gestión de recursos humanos. El informe está dirigido a la Asamblea de Accionistas, la Gerencia, y los líderes de los diferentes procesos institucionales, con el propósito de proporcionar una visión clara y comprensiva del desempeño institucional y las áreas que requieren atención y mejora.



4. INFORME DE SEGUIMIENTO A PROCESOS MISIONALES

4.1. GESTIÓN AMBULATORIA:

En Caminos IPS, nuestro modelo de atención se fundamenta en la protección integral de la salud, colocando al usuario, su familia y la comunidad en el centro de todas nuestras acciones. Nos comprometemos a implementar estrategias de salud pública, promoción, mantenimiento y prevención, así como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, todo ello enmarcado en una sólida estrategia de Atención Primaria en Salud.

Nuestros procesos se rigen por los atributos esenciales de la calidad: oportunidad, pertinencia, seguridad, accesibilidad y satisfacción del usuario, buscando generar un impacto positivo y duradero a nivel individual, familiar y comunitario.

Dentro de este modelo, nuestro proceso de Gestión de Atención Ambulatoria se distingue por:

- Atención Humanizada y Resolutiva: Gestionamos la atención de salud de manera oportuna, con un enfoque humano y resolutivo, basado en intervenciones técnicas, científicas y administrativas de vanguardia.
- Acciones Coordinadas y Efectivas: Establecemos acciones coordinadas y complementarias en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad de vida de nuestros usuarios.

OBJETIVOS.

- Medir la eficiencia y efectividad de los servicios de atención ambulatoria, consulta externa y atención primaria
- Identificar áreas de fortaleza y debilidad en la prestación de servicios.
- Proporcionar información precisa y actualizada para la planificación y mejora de los servicios.
- Apoyar la asignación eficiente de recursos.
- Promover la mejora continua de los procesos de atención.

FUENTE DE LA INFORMACION.

En el presente informe los datos fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

- Carpeta de indicadores institucionales One Drive.
- Mapa de procesos.
- Software SIOS historia clínica.
- Software SIOS Gerencial.
- Software SIOS Escritorio



PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.

Los servicios contratados y ofertados en Caminos IPS SAS para la población capitada con la IPS, y remitida por la ESE Hospital Cartagena de Indias son:

SEDES	SERVICIOS
Olaya Herrera	Pediatría, medicina general, odontología general, enfermería, toma de muestra de laboratorio clínico.
Ronda Real piso 9	Pediatría, nutrición, medicina general, psicología, trabajo social, enfermería, toma de muestra de laboratorio clínico.
Gran Manzana	Pediatría, nutrición, medicina general, psicología, trabajo social, enfermería, reumatología, medicina interna, nefrología adulta y pediátrica, endocrinología adulta y pediátrica, toma de muestra de laboratorio clínico.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MEDICINA GENERAL EN CAMINOS IPS SAS 2024.

No	CI10	CANTIDAD	DIAGNOSTICO
1	J00X	839	RESFRIADO COMUN
2	R51X	796	CEFALEA
3	R104	660	DOLOR ABDOMINAL
4	Z000	652	EXAMEN MEDICO GENERAL
5	M545	599	LUMBAGO
6	I10X	588	HIPERTENSION ARTERIAL
7	M255	448	DOLOR EN ARTICULACION
8	N771	351	VULVOVAGINITIS
9	R102	338	DOLOR PELVICO Y PERINEAL
10	N390	324	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION CAPITA-PGP DE CAMINOS IPS SAS.

Genero.



Se observa una mayor proporción de pacientes femeninos en comparación con los masculinos. Esto se debe a diversas razones, como:



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com

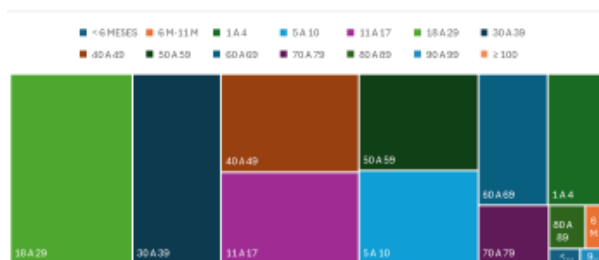


6549888

- Mayor frecuencia de consultas de salud por parte de las mujeres.
- Mayor prevalencia de ciertas condiciones de salud en mujeres.
- Servicios específicos ofrecidos por la IPS que atraen más a la población femenina.

Esta diferencia en la distribución de género es un dato relevante para la planificación y gestión de los servicios de la IPS.

Rango de edad, género femenino.

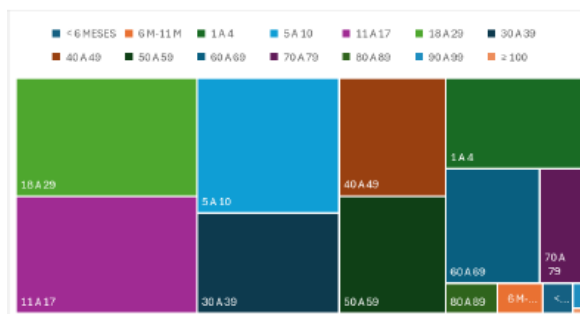


El gráfico XX muestra la distribución de la población femenina por rangos de edad, representados por diferentes colores y tamaños de los rectángulos. El tamaño de cada rectángulo es proporcional al número de mujeres en ese rango de edad.

Observaciones Clave:

- Grupos de Edad Dominantes: Los rangos de edad más grandes (los rectángulos más grandes) son:
 - ✓ 18 a 29 años.
 - ✓ 30 a 39 años.
 - ✓ 40 a 49 años.
 - ✓ 50 a 59 años.
 - ✓ Los rangos de edad de los extremos, como los menores de 6 meses y los mayores de 80 años, tienen una representación menor.

Rango de edades, género masculino.

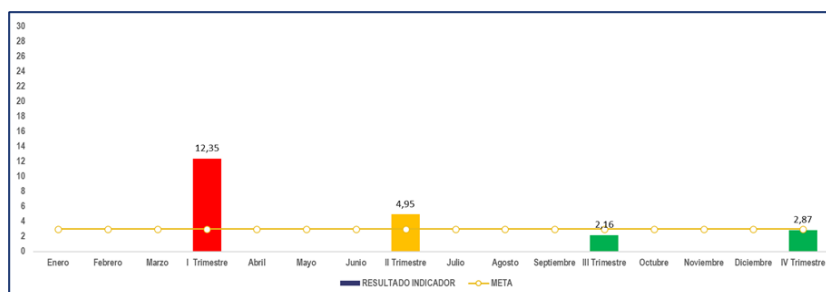


- Grupos de Edad Dominantes: Los rangos de edad más grandes (los rectángulos más grandes) son:
 - ✓ 18 a 29 años.
 - ✓ 30 a 39 años.
 - ✓ 40 a 49 años.
 - ✓ 50 a 59 años.

Esto indica que la mayor parte de la población masculina atendida en la IPS se encuentra en estos rangos de edad, lo que sugiere que son los grupos que más utilizan los servicios de la IPS. Los rangos de edad de los extremos, como los menores de 6 meses y los mayores de 80 años, tienen una representación menor.

INDICADORES.

- **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez de Medicina General.**



Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de usuarios de manera oportuna por consulta de primera vez.

Numerador: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó

Denominador: Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en un periodo determinado.

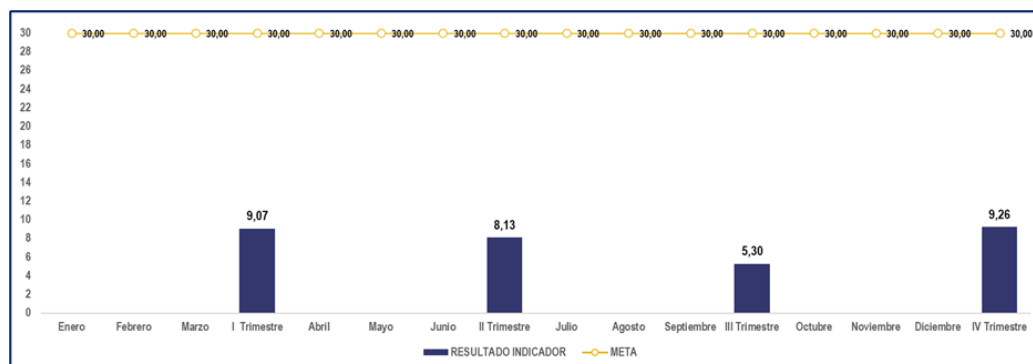
Meta: ≥ 3 días.

Como es notable al finalizar el año 2024 se le dio cumplimiento a la meta institucional con respecto al promedio nacional (2,87 días):

- Progresiva estabilización del sistema: Se alcanzó una estabilidad en el uso del software de asignación, con una disminución de errores y mayor eficiencia en la operación.
- Demanda continua por fin de año: Durante diciembre, se registró un leve aumento en la demanda, lo que generó un ligero incremento en el tiempo de espera promedio.
- Ajustes en agendas por baja disponibilidad: Durante algunos días, la disponibilidad limitada de personal médico influyó en un incremento puntual de los tiempos.

- **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.**





Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de usuarios de manera oportuna por consulta de primera vez.

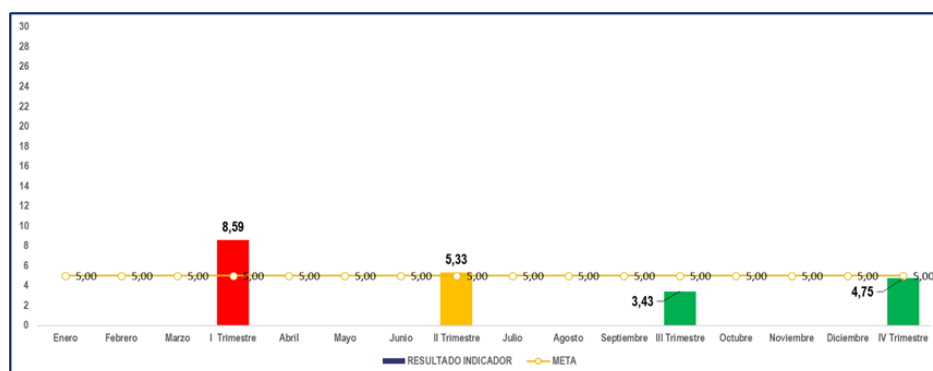
Numerador: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.

Denominador: Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en un periodo determinado.

Al finalizar el periodo 2024 se le dio cumplimiento a meta con un (Promedio: 9.26 días)

- Estacionalidad de diciembre que pudo influir en la demanda.
- Los ajustes en los procesos administrativos y la optimización de horarios permitieron contener el impacto y mantener el cumplimiento de la meta.

➤ Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.



Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de usuarios de manera oportuna por consulta de primera vez.

Numerador: Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó



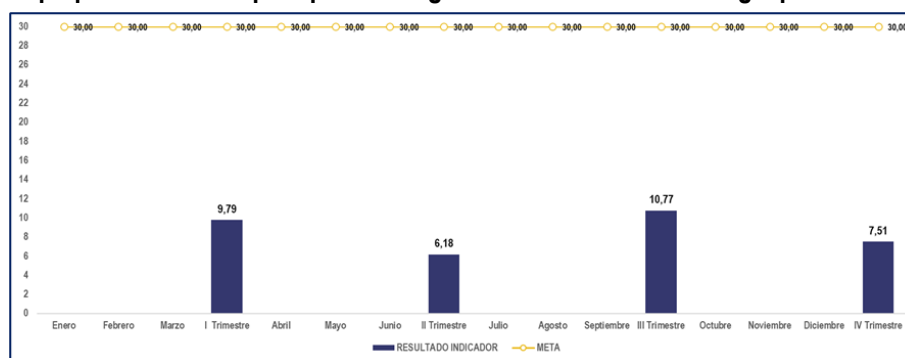
Denominador: Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en un periodo determinado.

Meta del indicador: ≤ 5 días.

Al finalizar el 2024 se dio cumplimiento a la meta con: 4.75 días.

Análisis: Aunque el tiempo de espera aumentó ligeramente en comparación con el tercer trimestre, la meta se mantuvo cumplida. Este desempeño refleja ajustes operativos efectivos y la consolidación de mejoras en los procesos administrativos.

➤ **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cardiología primera vez.**



Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de usuarios de manera oportuna por consulta de primera vez

Numerador: Cociente entre la Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó

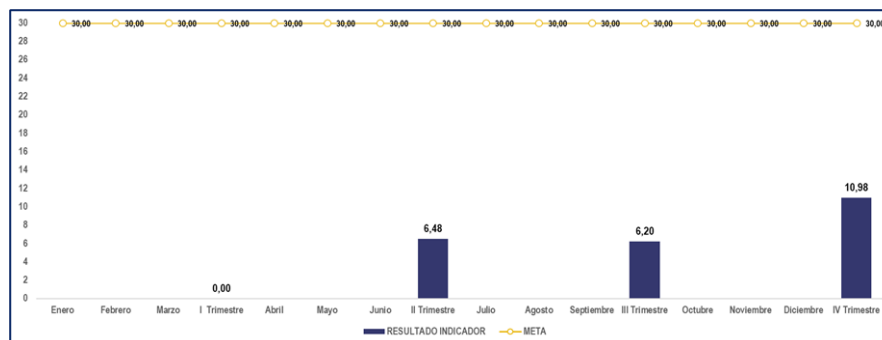
Denominador: Número total de citas asignadas por primera vez en un periodo determinado.

Meta: ≤ 30 días.

Al finalizar 2024 se da cumplimiento a la meta de indicador con (7,51 días)

- Aunque se presenta una disminución respecto al trimestre anterior, el tiempo promedio estuvo más elevado que en el segundo trimestre.

➤ **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de dermatología primera vez.**



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com

www.caminosips.com



6549888

Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de usuarios de manera oportuna por consulta de primera vez.

Numerador: Cociente entre la Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.

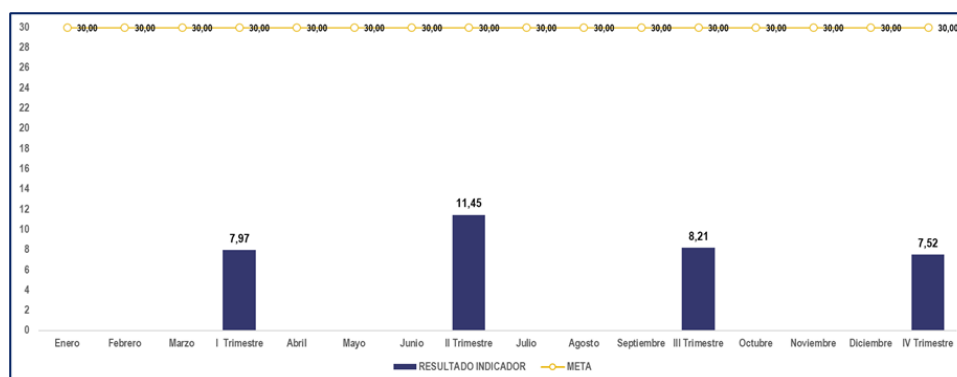
Denominador: Número total de citas asignadas por primera vez en un periodo determinado.

Meta: ≤ 30 días.

Al finalizar el 2024 se le da cumplimiento a la meta del indicador: Resultado promedio : 5,91 días.

El indicador mantiene un buen desempeño a lo largo del año, logrando estar por debajo de la meta de ≤ 30 días en todos los trimestres. Este cumplimiento refleja una gestión eficiente en la asignación y programación de citas.

➤ **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de nutrición primera vez.**



Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de usuarios de manera oportuna por consulta de primera vez

Numerador: Cociente entre la Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó

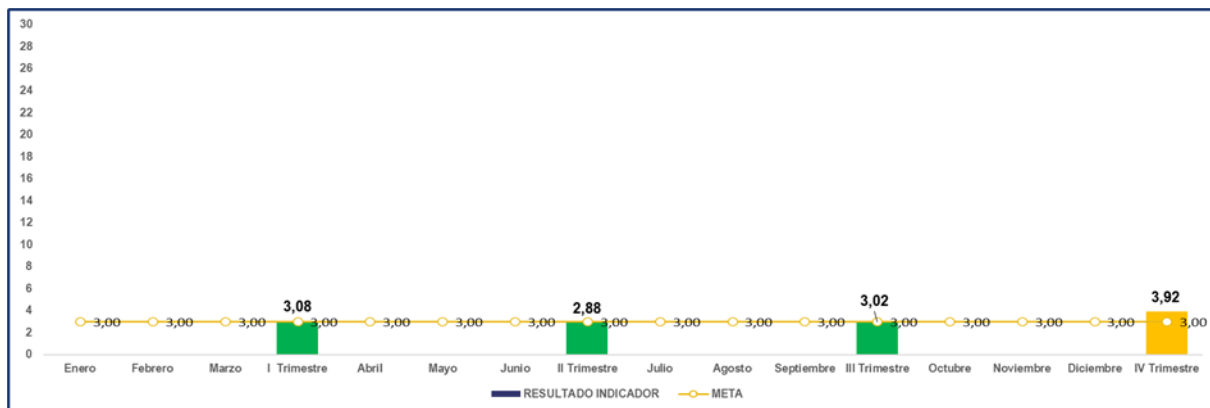
Denominador: Número total de citas asignadas por primera vez en un periodo determinado.

Meta: ≤ 30 días.

Al finalizar el 2024 Resultado promedio anual: 8,79 días.

El indicador se mantiene dentro de la meta contractual de ≤ 30 días durante todo el año, lo que refleja una gestión adecuada de la asignación de citas en el servicio de nutrición. No obstante, se recomienda analizar los factores que generaron el aumento en los tiempos de espera durante el segundo trimestre.

- **Tiempo promedio de espera para la asignación de cita por pediatría de Recién Nacidos egresados de Clínica Crecer.**



Objetivo del indicador: Medir el tiempo de respuesta para atender la demanda de recién nacidos egresados a los 3 días de Clínica Crecer de manera oportuna que consultan por primera vez al servicio de pediatría.

Numerador: Número de días transcurridos desde que Clínica Crecer solicita la cita de pediatría de los pacientes Recién Nacidos y le es asignada por la IPS

Denominador: Número total de citas asignadas para Recién nacidos.

Meta: ≤ 3 días.

Al finalizar 2024 se da un cumplimiento de la meta del indicador en (Promedio: 3,92 días):

- Se presenta un incumplimiento del indicador, especialmente en noviembre (4,32 días) y diciembre (4,61 días).
- Causas: Los periodos festivos y vacacionales redujeron la disponibilidad de personal y horas contratadas, afectando la programación de citas en los meses finales.

LOGROS ALCANZADOS 2024.

- ❖ **Mejora Continua en Tiempos de Espera:** Se observó una tendencia positiva en la reducción de los tiempos de espera para la asignación de citas a lo largo del año, especialmente en el tercer y cuarto trimestre.
- ❖ **Cumplimiento de Metas en Especialidades:** Se logró cumplir con las metas establecidas para los tiempos de espera en especialidades como Medicina Interna, Cardiología, Dermatología y Nutrición.
- ❖ **Eficiencia en la Asignación de Citas de Pediatría para Recién Nacidos:** Se mantuvo un buen desempeño en la asignación oportuna de citas para recién nacidos egresados de la Clínica Crecer, aunque con áreas de mejora identificadas.
- ❖ **Ajuste y Adaptación:** La IPS demostró capacidad de ajuste y adaptación ante los desafíos presentados, logrando mejorar sus procesos y cumplir con las metas establecidas en la mayoría de los indicadores.
- ❖ **Ingresos Significativos:** El servicio de estudios cardiológicos genera ingresos considerables, alcanzando un total facturado de \$2,233,991,703.70.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com

www.caminosips.com



6549888

4.2 ATENCIÓN INTEGRAL Y GESTIÓN DEL RIESGO

Las enfermedades cardiovasculares y metabólicas son consideradas las pandemias de mayor impacto a nivel mundial, siendo las dos primeras causas de morbilidad y mortalidad, representando según la OMS la pérdida de hasta el 75% del número de años de vida útil, además del gran impacto económico y gastos presupuestales.

Teniendo en cuenta las características socioculturales y las principales causas de morbilidad de la población afiliada, Caminos IPS SAS ha incluido en forma permanente, la detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles y la implementación de programas de atención de pacientes con riesgo cardiovascular, renal y metabólico.

Para enfrentar estos escenarios y contribuir a mejorar la calidad de vida, Caminos IPS SAS a través de su modelo de prestación establece objetivos y estrategias apropiadas, con el propósito de obtener mayores beneficios, reducir riesgos y optimizar el logro de los resultados en concordancia recursos necesarios, con el propósito de que alcancemos los mayores beneficios en salud de nuestros usuarios, familias y comunidades. Con la implementación de las RIAS en la IPS, se buscan las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención de los pacientes a partir de las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

La revisión del informe de las RIAS cardiovascular, metabólica y renal correspondiente al tercer trimestre de 2024 de Caminos IPS SAS resalta los avances alcanzados, así como las oportunidades de mejora en la atención integral de los pacientes. A continuación, se presentan observaciones, recomendaciones y estrategias para fortalecer el desempeño del programa.

OBJETIVO.

Presentar un análisis integral sobre la implementación de las RIAS cardiovascular, metabólica y renal en Caminos IPS SAS, evaluando los resultados alcanzados en términos de cobertura, calidad y efectividad en la atención de pacientes. Además, identificar fortalezas, desafíos y oportunidades de mejora para optimizar la gestión del riesgo, fortalecer la atención integral y formular recomendaciones estratégicas que contribuyan a la toma de decisiones gerenciales y al perfeccionamiento continuo del sistema de gestión de calidad.

FUENTE DE LA INFORMACION.

En el presente informe los datos fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

- Detalle de atenciones software Prevrenal.
- Carpeta de indicadores institucionales One Drive
- Base entrega de pacientes por EAPB.
- Matriz de seguimiento de pacientes.
- Informe resultados de ecocardiograma-SIOS Gerencial.
- Resultados de indicadores Cuenta de Alto Costo- <https://cuentadealtocosto.org/>
-

4.2.1 SITUACION ACTUAL ENFERMEDADES CARDIOVASCULAR, METABOLICAS Y RENALES EN CAMINOS IPS SAS



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com

www.caminosips.com



6549888

HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.

A corte de diciembre, en Caminos IPS SAS se registró una prevalencia de hipertensión arterial (HTA) del 10.86%, equivalente a 11 de cada 100 personas mayores de 18 años. La incidencia aproximada de hipertensión arterial sería de aproximadamente 1855,42 casos por cada 100.000 personas al año.

En cuanto a la diabetes mellitus (DM), la prevalencia se situó en 6.22%, es decir, 6 de cada 100 personas mayores de 18 años presentan esta patología. La incidencia de diabetes es de 518,69 casos nuevos por cada 100.000 personas.

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo (CAC), entre el 1° de julio de 2022 y el 30 de junio de 2023, se reportaron 5.649.061 casos de HTA en Colombia, con una prevalencia del 10.87% por cada 100 habitantes. En el caso de la diabetes, al 31 de agosto de 2023, se reportaron 1.860.370 casos en Colombia.

La prevalencia institucional de HTA es muy cercana a la reportada por la CAC (10.87%), lo que sugiere que los datos están en línea con las tendencias nacionales. La incidencia de HTA en Caminos IPS nos muestra la cantidad de casos nuevos por año en la población, lo que es muy importante para generar planes de salud preventivos.

La prevalencia institucional (6.22%) de DM es significativamente mayor que la prevalencia nacional reportada por la CAC (3.82%). Esto sugiere que la diabetes tiene una mayor carga en la población específica en comparación con el promedio nacional. La incidencia institucional (518,69 casos por 100,000 personas) es notablemente inferior a la incidencia nacional (2.480 casos por 100.000 personas). Esto se debe a varios factores, entre ellos, a que la población tamizada es menor, no están fortalecidas las estrategias de demanda inducida en la IPS, ya que la ruta de PMS está contratada con otro prestador.

OBESIDAD.

A corte de diciembre 2024, la prevalencia de obesidad del adulto en la institución está en 8.82%, lo que quiere decir de 9 de cada 100 personas tienen obesidad; y la incidencia es de 1566,9 por 100.000 personas.

Según datos recientes, la prevalencia de obesidad en Colombia oscila entre el 18% y el 22% en la población general adulta, dependiendo del grupo etario y región. Esto sugiere que Caminos IPS tiene una prevalencia considerablemente más baja que el promedio nacional.

La incidencia nacional específica para obesidad no está ampliamente reportada en los datos de la CAC; sin embargo, estudios locales sugieren que, en algunas regiones, la incidencia anual puede estar entre el 2% y el 4%, dependiendo de factores como la urbanización, acceso a alimentos ultra procesados y sedentarismo. En este contexto, Caminos IPS con una incidencia del 1.5% estaría por debajo del rango esperado.

FALLA CARDIACA.

La prevalencia de Falla Cardíaca a corte de diciembre 2024 estuvo en 0.58% y la incidencia de 148.5 por 100.000 personas.

Según datos disponibles de la Cuenta de Alto Costo (CAC) y estudios epidemiológicos en Colombia, la prevalencia de falla cardíaca en población adulta está alrededor del 1.5% al 2.0%. Esto significa que Caminos IPS SAS la población muestra una prevalencia notablemente inferior al promedio nacional. Esto podría indicar: diferencias en la población atendida por la IPS (por ejemplo, menor proporción de adultos mayores, que son más susceptibles a la falla cardíaca), posible

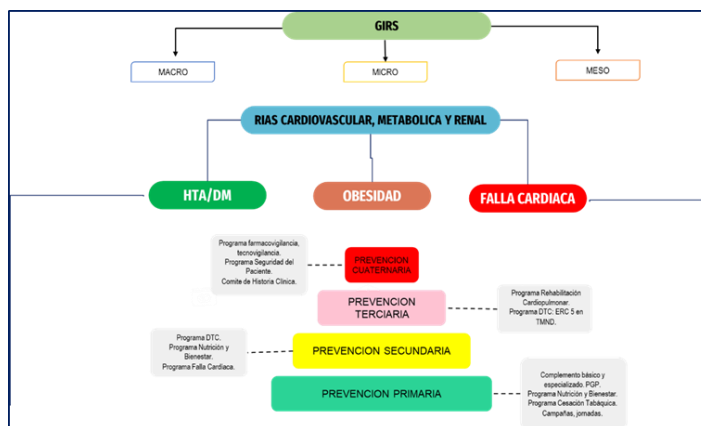


subregistro de casos en la IPS, eficacia de los programas de prevención y control de factores de riesgo cardiovascular en la IPS. Es necesario investigar el porqué de esta diferencia, para generar planes de acción.

Aunque los datos nacionales específicos de incidencia de falla cardíaca son menos reportados, estudios sugieren que la incidencia anual puede variar entre 0.2% y 0.3% en poblaciones generales. La incidencia de la IPS de 0.148% está alineada con el rango esperado.

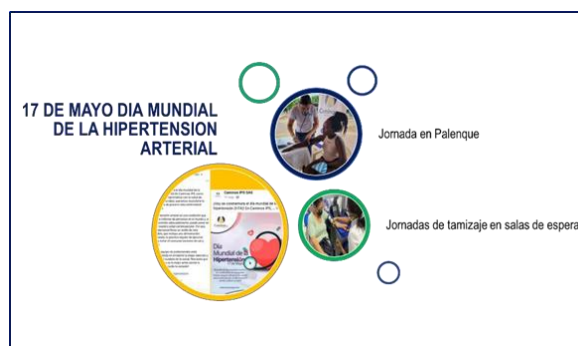
4.2.2 ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA IMPLEMENTACION RIAS CARDIOVASCULAR, METABOLICA Y RENAL 2024.

Gestión integral del riesgo en salud.



La imagen presenta un organigrama que se centra en la gestión del riesgo en salud, específicamente en las RIAS para enfermedades cardiovasculares, metabólicas y renales. Se divide en tres niveles principales: Macro, Micro y Meso, y se enfoca en tres condiciones específicas: Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus (HTA/DM), Obesidad y Falla Cardíaca.

Nuestro modelo integral de gestión del riesgo en salud, enfocado en la prevención y el manejo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y renales. Destaca la importancia de abordar la salud desde diferentes niveles y a través de estrategias de prevención y atención coordinadas.



Intervenciones colectivas-entorno comunitario en el barrio de Canapote

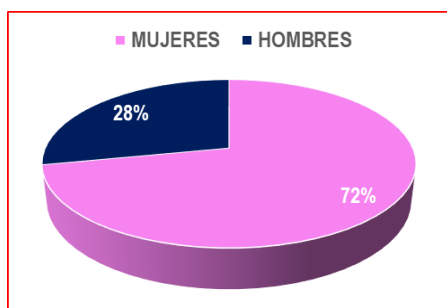
Caminos IPS SAS se une al El Día Mundial del Riñón, que se celebra el segundo jueves de marzo de cada año, es una campaña global de concienciación sobre la importancia de la salud renal. Su objetivo principal es aumentar la conciencia en la comunidad sobre la enfermedad renal crónica (ERC) y promover la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento de las enfermedades renales.

4.2.3 CARACTERIZACION DE LA POBLACION.

Cohorte de Todo Corazón sede Cartagena.

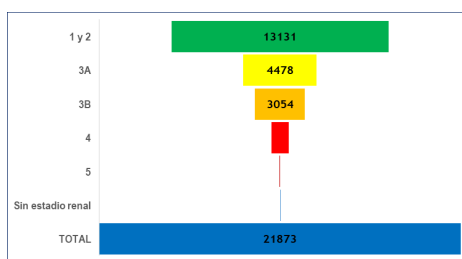
A corte de corte de diciembre 2024 se tiene una población de 21.873 pacientes; se tiene un aumento del 4,32% de la población en comparación con el año 2023. De la población del 2024, 13.781 (63%) pacientes son hipertensos y 8.092 (37%) son diabéticos.

Distribución de acuerdo con el sexo:



De la población total de pacientes, el 28% son hombres y el 72% son mujeres. Se aclara no es que la HTA o la DM es más frecuente en las mujeres que en los hombres, sino que las mujeres son más adherentes a los controles del programa. Por lo cual dentro de las estrategias de gestión del riesgo es la promoción de la salud y del portafolio del servicio de Caminos IPS a la población del sexo masculino.

Estratificación renal.



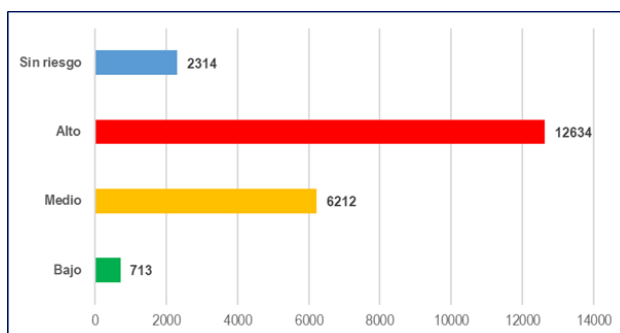
Los estadios renales con mayor prevalencia son los estadios 1 y 2, que representan el **60%** de la población total. Les siguen los estadios renales **3A y 3B**, con prevalencias del **20%** y **14%**, respectivamente. Por otro lado, el estadio renal con menor prevalencia es el estadio 5, que afecta al **0.4%** de la población total.



La alta prevalencia en estadios 1 y 2 (60%) representan pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapas tempranas, una oportunidad clave para prevenir la progresión hacia estadios más avanzados mediante educación o sensibilización sobre factores de riesgo (diabetes, hipertensión), promoción del autocuidado, enfocarse en estilos de vida saludables, implementar protocolos estrictos para el manejo de comorbilidades.

Baja prevalencia en estadio 5 (0.5%), este grupo requiere atención prioritaria debido al impacto clínico y económico asociado con la insuficiencia renal terminal.

Estratificación riesgo cardiovascular.



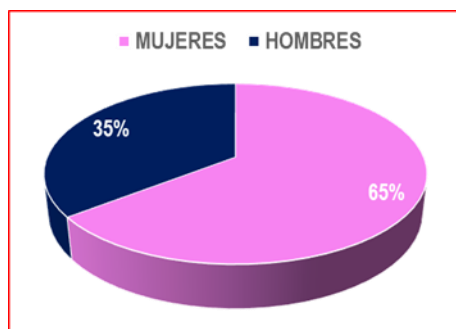
De acuerdo con la clasificación FRAMIGHAN, el riesgo alto corresponde al 58% de la población, es la categoría con el mayor número de pacientes, lo que indica una alta prevalencia de riesgo cardiovascular elevado en la población estudiada. Esto es preocupante, ya que estos pacientes tienen un mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves. Sigue el riesgo medio con un 28%, representa un número significativo de pacientes, lo que sugiere que una proporción considerable de la población tiene un riesgo cardiovascular moderado y requiere atención y seguimiento.

Cohorte de Todo Corazón sede Mahates.

El municipio de Mahates cuenta con una población 2069 pacientes; representa un aumento del 3,52% de la población con relación al año 2023.

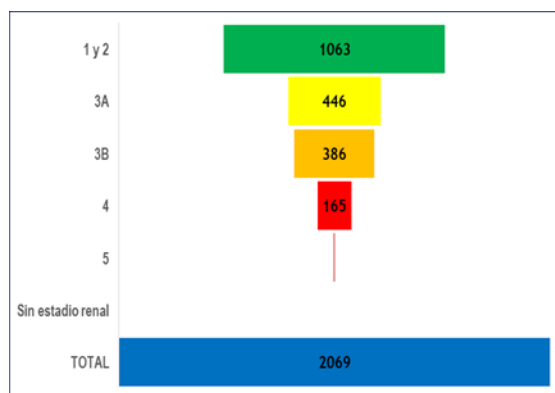
De la población total: 268 son pacientes incidentes. Del total de pacientes prevalentes el 70% (1.439) son hipertensos, y el 30% (630) son pacientes con diabetes mellitus.

Distribución de acuerdo con el sexo:



De la población total de pacientes, el 35% son hombres y el 65% son mujeres. Se aclara no es que la HTA o la DM es más frecuente en las mujeres que en los hombres, sino que las mujeres son más adherentes a los controles del programa. Por lo cual dentro de las estrategias de gestión del riesgo es la promoción de la salud y del portafolio del servicio de Caminos IPS a la población del sexo masculino.

Estratificación renal

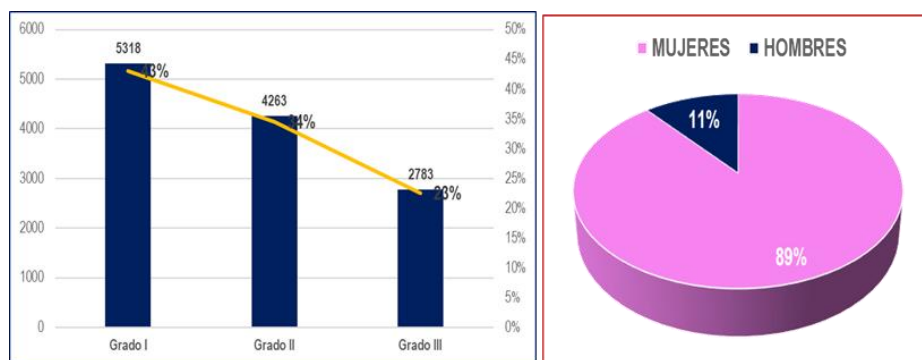


Los estadios renales de mayor prevalencia son el 1 y 2 con un 51.4% de la población total., seguido del estadio renal 3ª y 3B con 21.6% y 18.7 % respectivamente. El de menor prevalencia es el estadio 5 con 0.4% de la población total

Cohorte obesidad.

La población activa de la cohorte de obesidad, con corte a diciembre de 2024, asciende a 12.366 pacientes, lo que representa un incremento del 23% respecto al mismo periodo de 2023. De esta población, 1994 pacientes (16.1%) son incidentes. En cuanto a la distribución por género, el programa refleja una marcada predominancia femenina, con el 89% de los pacientes siendo mujeres y solo el 11% hombres.

En relación con el grado de obesidad, se observa que el Grado I es el más prevalente, con un 43% de los pacientes. Este es seguido por el Grado II, que representa el 34%, y el Grado III, que incluye al 23% de la población.



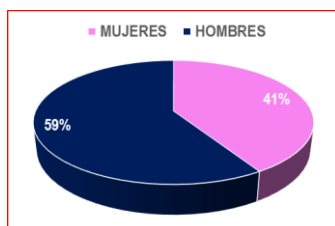
El aumento en la población del programa refleja una mayor identificación y captación de casos, lo cual se debe a estrategias efectivas de diagnóstico o sensibilización en la comunidad; mayor incidencia: factores como cambios en el estilo de vida, alimentación y actividad física podrían estar incrementando los casos; expansión del programa: Ampliación de la cobertura o inclusión de nuevos grupos poblacionales.

Implicaciones: Este crecimiento requiere asegurar que los recursos del programa sean suficientes para atender la demanda, incluyendo personal, infraestructura y materiales educativo.

Cohorte falla cardiaca:

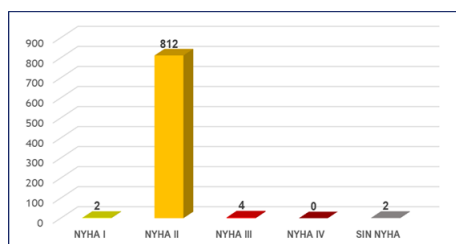
En Caminos IPS SAS se tienen 820 pacientes activos a corte diciembre 2024 con diagnóstico de falla cardiaca, un aumento del 6% de la población entre 2023 y 2024. De esta población 207 son pacientes incidentes con falla cardiaca (25.2%)

Distribución por sexo.



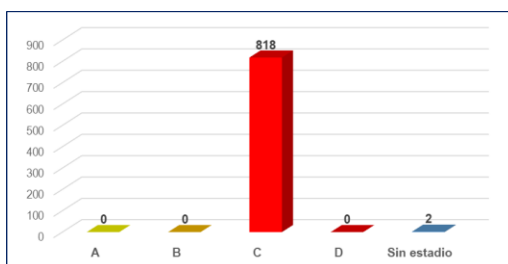
En cuanto a la distribución por sexo, el programa refleja mayor prevalencia en hombres con un 59%, y menos en mujeres con un 41%.

Clase funcional NYHA



La mayoría de los pacientes se encuentran en la clase funcional NYHA II (99%), lo que sugiere que la población de pacientes con falla cardíaca en esta IPS se encuentra en un estado temprano o intermedio de la enfermedad. La baja cantidad de pacientes en las clases NYHA I, III y IV se debe a la detección temprana y un manejo efectivo de la falla cardíaca o que la población estudiada, no tiene un estado avanzado de la enfermedad.

Estadio AHA.

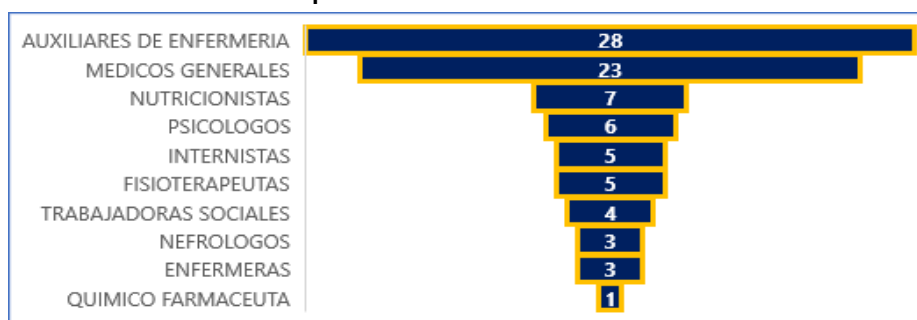


Los pacientes con estadio C son los pacientes con enfermedad cardíaca estructural y síntomas actuales o previos de falla cardíaca, se tiene un 99.8% de la población; lo que sugiere que la población de pacientes con falla cardíaca en esta IPS se encuentra en un estado avanzado de la enfermedad.

4.2.4 RESULTADOS DE INDICADORES RIAS CARDIOVASCULAR, METABOLICA Y RENAL

Indicadores de estructura.

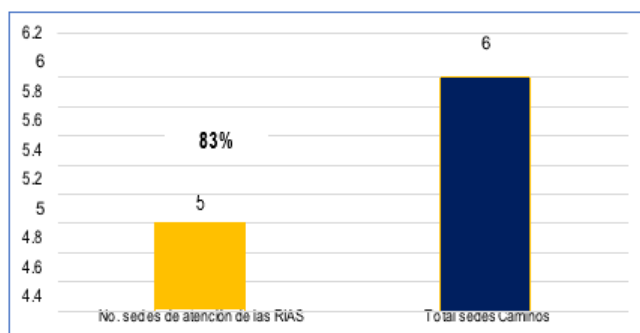
➤ Numero de colaboradores por servicio de la RIAS



La gráfica presenta la distribución del personal de salud en la IPS de la RIAS cardiovascular, metabólica y renal organizada por roles, con el número de profesionales de cada área a corte de diciembre 2024.

Los auxiliares de enfermería constituyen el grupo más numeroso, con 28 integrantes. Esto es lógico, dado que su rol es clave en la atención directa al paciente, apoyando actividades como la toma de signos vitales, educación, gestión de citas, seguimiento a inasistentes, entrega de equipos de glucometrías, realización de procedimientos menores y acompañamiento del paciente y familia.

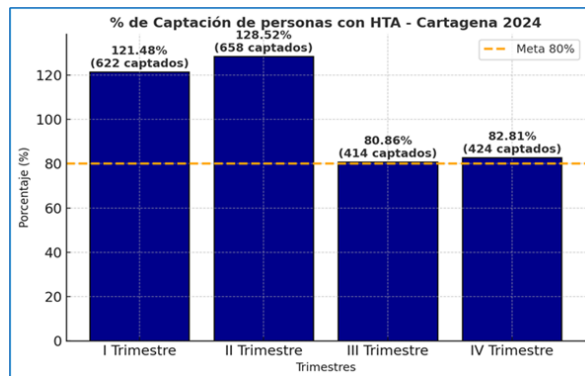
➤ % de sedes de Caminos IPS con atención de las RIAS cardiovascular, metabólica y renal.



La IPS dispone de 6 sedes que proporcionan servicios de salud, y 5 de ellas están equipadas para atender las necesidades de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, metabólicas y renales, lo que asegura una atención especializada y oportuna en estas áreas claves de la salud.

Indicadores de proceso.

Captación de pacientes con HTA en Cartagena



La línea amarilla horizontal representa la meta del 80% de captación, que es el objetivo mínimo para alcanzar en cada trimestre. Cada barra azul representa el porcentaje de pacientes captados en relación con la meta de 512 pacientes por trimestre.

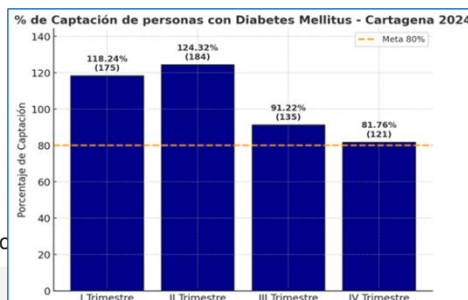
- Porcentaje de captación: 82.81%. Pacientes captados: 424. Análisis: Se superó ligeramente la meta mínima del 80%, pero se mantuvo dentro de un rango aceptable.

En general, el programa de captación de personas con HTA en Cartagena 2024 tuvo un buen desempeño, superando la meta en tres de los cuatro trimestres. Los trimestres I y II mostraron resultados excepcionales, lo que indica una alta efectividad en las estrategias de captación. El tercer y cuarto trimestre se cumplió la meta mínima, por lo cual, se deben de revisar cuales son las estrategias que se están realizando, para poder mejorar los resultados.

Se deben analizar las posibles causas del bajo rendimiento, como: dificultades en el acceso a los servicios de salud, falta de conciencia sobre la importancia de la detección temprana de la HTA, estrategias de captación ineficaces, falta de personal para realizar las captaciones.

Es importante resaltar que la población del municipio de Mahates tiene características especiales que afecten los resultados.

Captación de pacientes con Diabetes Mellitus en Cartagena



Consolata Mz. H lo



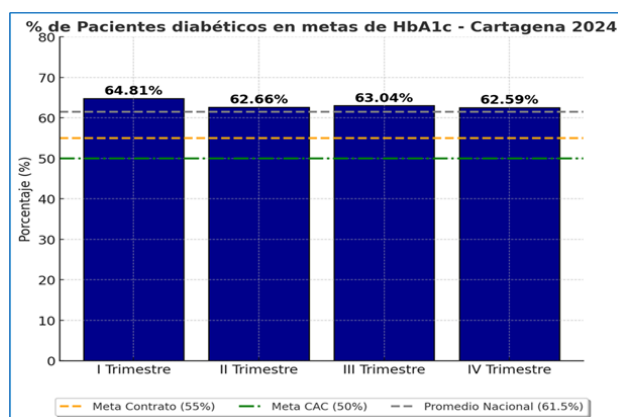
6549888

El programa de captación de pacientes diabéticos en Cartagena tuvo un buen desempeño general, superando la meta en todos los trimestres. Los trimestres I y II mostraron resultados excepcionales, lo que indica una alta efectividad en las estrategias de captación. Los trimestres III y IV se mantuvo el cumplimiento de la meta, pero con un descenso de los resultados, por lo cual, se deben de revisar cuales son las estrategias que se están realizando, para poder mejorar los resultados.

Con la meta de 15 pacientes por trimestre, los tres primeros trimestres muestran un cumplimiento e incluso superación de la meta. El cuarto trimestre presenta un bajo rendimiento, no alcanzando la meta establecida. Es importante investigar las razones del bajo rendimiento en el cuarto trimestre para implementar medidas correctivas.

Realizar un análisis detallado de las posibles causas del bajo rendimiento en el cuarto trimestre, como: dificultades en el acceso a los servicios de salud, cambios en el personal o en las estrategias de captación, factores estacionales que puedan influir en la asistencia de los pacientes.

% de pacientes diabéticos en metas de hemoglobina glicosilada Cartagena



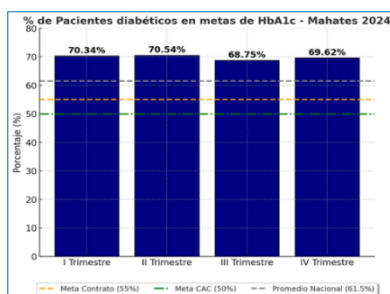
El gráfico muestra el porcentaje de pacientes diabéticos en Cartagena que han alcanzado las metas de HbA1c (hemoglobina glicosilada) a lo largo de los cuatro trimestres del año 2024. Se comparan los resultados con tres referencias:

- **Meta Contrato (55%):** Representa la meta establecida en el contrato o acuerdo de gestión.
- **Meta CAC (50%):** Representa la meta establecida por la Cuenta de Alto Costo.
- **Promedio Nacional (61.5%):** Representa el promedio nacional de pacientes diabéticos que alcanzan las metas de HbA1c.

A lo largo de los cuatro trimestres, el porcentaje de pacientes diabéticos en metas de HbA1c en Cartagena se ha mantenido constante y por encima de las metas establecidas (Contrato y CAC) y el promedio nacional. Esto sugiere que las estrategias implementadas para el control de la diabetes en Cartagena están siendo efectivas. Aunque los resultados son positivos, se observa una ligera variación entre los trimestres, lo que podría indicar la necesidad de un seguimiento más detallado para identificar posibles factores que influyen en estas fluctuaciones. Se recomienda mantener y fortalecer las estrategias que han demostrado ser efectivas en el control de la HbA1c.

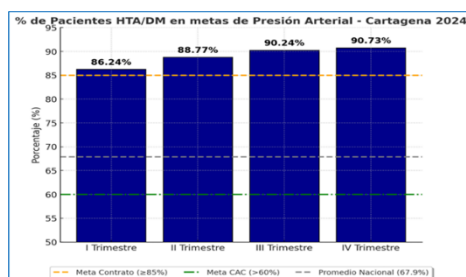


% de pacientes diabéticos en metas de hemoglobina glicosilada Mahates.



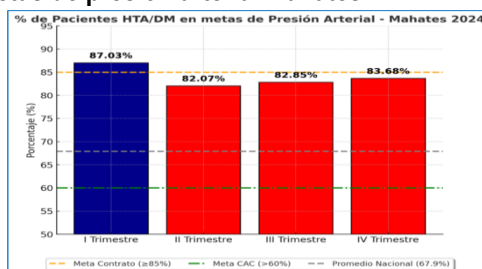
- Durante todo el año 2024, el porcentaje de pacientes diabéticos en metas de HbA1c en Mahates se ha mantenido consistentemente por encima de las metas establecidas (contrato y CAC) y del promedio nacional.
- Se observa una ligera fluctuación a lo largo de los trimestres, con un ligero descenso en el tercer trimestre y una posterior recuperación en el cuarto.
- El mayor porcentaje se encuentra en el segundo trimestre.

% de pacientes HTA/DM en metas de presión arterial Cartagena



- Durante todo el año 2024, el porcentaje de pacientes con HTA/DM en metas de presión arterial en Cartagena ha superado consistentemente las metas establecidas (contrato y CAC) y el promedio nacional.
- Se observa una tendencia positiva a lo largo de los trimestres, con un aumento constante en el porcentaje de pacientes en meta.
- El mayor porcentaje se encuentra en el cuarto trimestre.

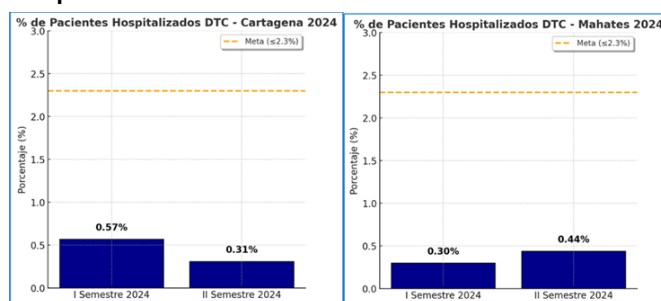
% de pacientes HTA/DM en metas de presión arterial Mahates



El gráfico muestra el porcentaje de pacientes con hipertensión y/o diabetes (HTA/DM) en metas de presión arterial en Mahates durante el año 2024, dividido por trimestres. Además, se incluyen tres líneas de referencia: la meta de contrato ($\geq 85\%$), la meta CAC ($>60\%$) y el promedio nacional (67.9%).

- Durante el año 2024, el porcentaje de pacientes con HTA/DM en metas de presión arterial en Mahates ha superado consistentemente la meta CAC y el promedio nacional.
- Sin embargo, no se ha logrado alcanzar la meta de contrato ($\geq 85\%$) en ningún trimestre, aunque se estuvo muy cerca en el primer trimestre.
- Se observa una fluctuación a lo largo de los trimestres, con una disminución en el segundo trimestre y una recuperación gradual en los siguientes.
- El buen rendimiento general en comparación con la meta CAC y el promedio nacional indica que se están realizando esfuerzos significativos para el control de la presión arterial en pacientes con HTA/DM en Mahates.
- Sin embargo, la dificultad para alcanzar la meta de contrato sugiere que existen desafíos específicos que deben abordarse.

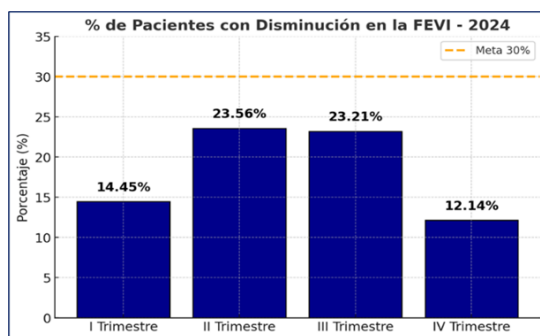
% de pacientes HTA/DM hospitalizados



En Cartagena se tiene el 0.57% y 0.31% de hospitalizaciones en el I y II semestre respectivamente; en Mahates se tiene el 0.30% y 0.44%, en ambos municipios los pacientes hospitalizados por complicaciones derivadas de la hipertensión arterial y diabetes mellitus están por debajo del 2.3%. Dentro de las causas se encuentra en primer lugar la enfermedad cerebrovascular (Stroke) con un 41%, sigue la enfermedad coronaria con un 26% y la cetoacidosis diabética con un 24%.

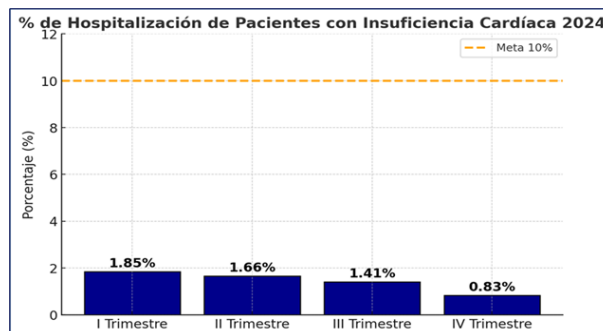
En el 2024, en Cartagena se hospitalizaron un total de 189 pacientes, y en Mahates 15. Con cero reingresos hospitalarios.

% Pacientes falla cardiaca con disminución de la FEVI



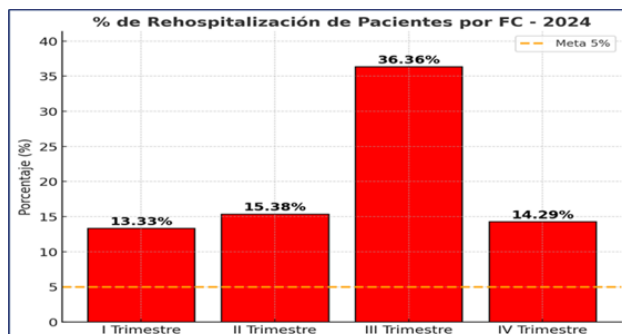
- Durante todo el año 2024, el porcentaje de pacientes con disminución en la FEVI se ha mantenido por debajo de la meta del 30%.
- Se observa una fluctuación importante a lo largo de los trimestres, con un aumento en el segundo y tercer trimestre, y una disminución en el cuarto trimestre.
- El valor más alto se encuentra en el segundo trimestre, y el más bajo en el cuarto trimestre.

% Pacientes hospitalizados por FC



- Durante todo el año 2024, el porcentaje de hospitalización de pacientes con insuficiencia cardíaca se mantuvo muy por debajo de la meta del 10%.
- Se observa una tendencia a la baja a lo largo de los trimestres, lo que indica una mejora continua en el control de la enfermedad.
- El valor más alto se encuentra en el primer trimestre, y el más bajo en el cuarto trimestre.

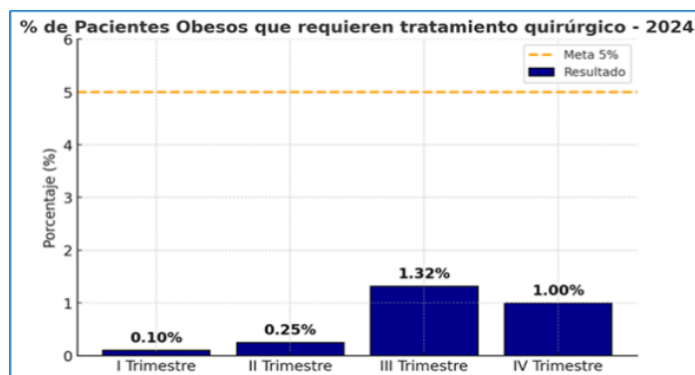
% Pacientes falla cardíaca con reingresos hospitalarios



- Durante los trimestres I, II y IV, el porcentaje de Re-hospitalización se mantuvo relativamente estable, aunque siempre por encima de la meta establecida del 5%.
- El tercer trimestre presenta un pico alarmante, superando ampliamente tanto la meta como el promedio nacional.
- Aun así, se demuestra que el promedio de Re-hospitalización de esta entidad en el lugar del estudio es menor al promedio nacional.

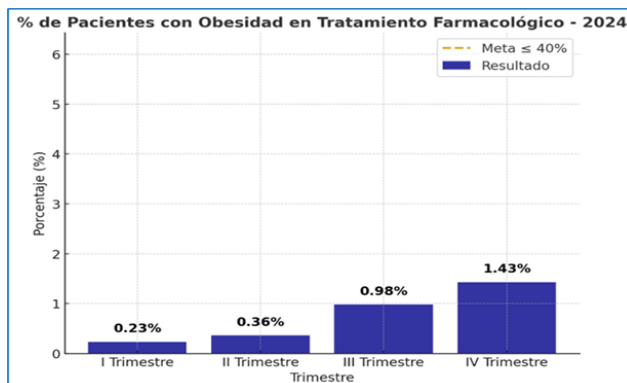


% Pacientes obesos del programa que requieren tratamiento quirúrgico



- Durante todo el año 2024, el porcentaje de pacientes obesos que requieren tratamiento quirúrgico se mantuvo por debajo de la meta del 5%.
- Se observa una tendencia al aumento a lo largo de los trimestres, con un pico en el tercer trimestre.
- El valor más alto se encuentra en el tercer trimestre, y el más bajo en el primer trimestre.
- El buen rendimiento general, con todos los trimestres por debajo de la meta, sugiere que las estrategias implementadas para el control de la obesidad están siendo efectivas.
- La tendencia al aumento a lo largo de los trimestres podría deberse a diversos factores, como cambios en la población atendida, dificultades en el acceso a los servicios de salud, variaciones estacionales o la efectividad de las intervenciones.

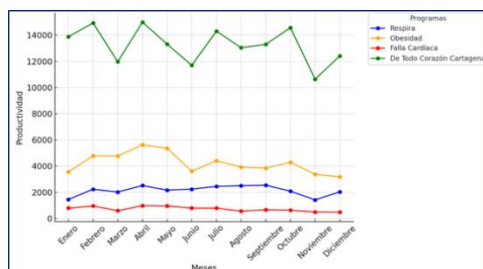
% Pacientes que requieren tratamiento farmacológico



- Durante todo el año 2024, el porcentaje de pacientes con obesidad en tratamiento farmacológico se mantuvo muy por debajo de la meta del 40%.
- Se observa una tendencia al aumento a lo largo de los trimestres, lo que indica un incremento gradual en el uso de tratamiento farmacológico para la obesidad.
- El valor más alto se encuentra en el cuarto trimestre, y el más bajo en el primer trimestre.



4.2.5 PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA RIAS CARDIOVASCULAR, METABOLICA Y RENAL 2024.



Programa de todo corazón. El Programa de todo corazón es el programa con la mayor productividad en todos los meses del año, manteniéndose por encima de los 12,000 registros mensuales. Presenta fluctuaciones importantes, con picos en febrero, mayo, agosto y octubre, y descensos en marzo, junio y noviembre. El mes de noviembre muestra la caída más pronunciada del año, pero en diciembre hay un intento de recuperación. Por lo cual se recomienda evaluar las causas de la caída en noviembre para fortalecer la estabilidad del programa, e identificar estrategias exitosas en los meses de alto rendimiento y replicarlas en los meses con menor productividad.

Programa de obesidad: Presenta una tendencia de crecimiento hasta mayo, donde alcanza su punto más alto (aproximadamente 6,000 registros). A partir de junio, hay una reducción en la productividad con una tendencia a la estabilización. Octubre y noviembre muestran un descenso.

4.2.6 LOGROS ALCANZADOS.

Incremento en la Captación de Pacientes:

- En Cartagena, la captación de pacientes hipertensos y diabéticos superó el 80% de la meta en la mayoría de los trimestres.
- En Mahates, aunque hubo trimestres con baja captación, la captación de pacientes diabéticos superó la meta en los tres primeros trimestres.

Mejora en el Control Metabólico:

- En Cartagena y Mahates, el porcentaje de pacientes diabéticos con hemoglobina glicosilada en metas se mantuvo por encima de la meta del contrato y el promedio nacional.

Control de la Presión Arterial en HTA/DM:

- En Cartagena, el control de presión arterial en pacientes hipertensos y diabéticos se mantuvo en aumento, alcanzando el 90,73% en el cuarto trimestre.
- En Mahates, aunque no se alcanzó la meta de contrato del 85%, los valores superaron consistentemente el promedio nacional y la meta CAC.



Reducción en la Hospitalización de Pacientes con Enfermedades Crónicas:

- En Cartagena y Mahates, el porcentaje de hospitalización por complicaciones de HTA y DM se mantuvo por debajo del 2,3%.
- La tasa de hospitalización de pacientes con insuficiencia cardíaca disminuyó progresivamente durante el año, alcanzando su punto más bajo en el cuarto trimestre.

4.3.1 RIAS RESPIRATORIA CAMINOS IPS SAS

Las enfermedades respiratorias crónicas generan un elevado impacto sanitario y social. Los actuales sistemas de salud están diseñados para atender episodios agudos, orientados a curar, pero no al cuidado integral del paciente. En general, son modelos fragmentados y escasamente multidisciplinarios. Las guías clínicas por enfermedades no cubren las manifestaciones sistémicas y comorbilidades frecuentes que contribuyen a la carga de la enfermedad. Se necesitan servicios innovadores, con soporte tecnológico, que mejoren la eficiencia y contribuyan a entender mejor los mecanismos subyacentes de las enfermedades crónicas. Específicamente, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las enfermedades respiratorias crónicas que se ubica dentro las diez causas de muerte a nivel mundial y en Colombia. Al contrario de la EPOC, el asma es más frecuente y genera una importante carga de enfermedad por las numerosas atenciones que requerirán las personas si no están controladas.

Caminos IPS SAS, implementa un modelo de atención integral, innovador y familiar, para los pacientes con diagnóstico de EPOC, asma y tabaquismo activo a través de su Programa RESPIRA. Un modelo basado en los SAI (Servicios de Atención Integrada) cuyas acciones estandarizadas están dirigidas a la cobertura de las necesidades de salud del paciente, familia y comunidad, con objetivos de salud en el marco de un plan global para el paciente, no necesariamente circunscrito a la enfermedad específica.

El programa RESPIRA tiene también el propósito de mejorar calidad de los procesos mismos de atención con la innovación continua, enfocado a la excelencia que genere valor e impacte en los resultados clínicos y de salud de los pacientes con asma, EPOC y tabaquismo activo.

OBJETIVO

Realizar una análisis y evaluación detallada de las RIAS respiratorias implementadas en Caminos IPS SAS durante el 2024, identificando tendencias y patrones para determinar áreas de mejora y tomar decisiones preventivas. Además de contribuir a la mejora de calidad y seguridad del paciente.

FUENTE DE LA INFORMACION.

En el presenta informe los datos fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

- Base de pacientes programa Respira.
- Carpeta de indicadores institucionales One Drive.
- Software SIOS.
- Software Prevrenal.
- Estudio PREPOCOL.
- Ministerio de Salud



4.3.2 SITUACION ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN COLOMBIA.

La EPOC presenta un importante aumento en su prevalencia y mortalidad a nivel mundial. Actualmente, es la cuarta causa de mortalidad en el mundo (WHO, 2005).

El estudio de Prevalencia de la EPOC en Colombia -PREPOCOL (2005) realizado por la Fundación Neumológica Colombiana, determinó que a nivel nacional 9 de cada 100 personas mayores de 40 años tenían EPOC, porcentaje que se distribuyó en 8.5% en Bogotá, 6.2% en Barranquilla, 7.9% en Bucaramanga, 8.5% en Cali y 13.5% en Medellín. Las diferencias de prevalencia entre las ciudades se relacionan directamente con el porcentaje de sujetos fumadores en cada ciudad, que varió entre el 14% en Barranquilla hasta el 29% en Medellín, y su porcentaje va en aumento, principalmente en escolares jóvenes. Según cifras de mortalidad presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, en 2010, del total de muertes ocurridas en Colombia, cerca de 4500 fueron por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores atribuidas al consumo de tabaco, incluido la EPOC.

Con relación al Asma, actualmente 1 de cada 8 colombianos sufre asma, convirtiéndose así en la segunda enfermedad respiratoria crónica más relevante en términos de morbilidad después de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Se estima que 5.272.038 personas en Colombia podrían tener asma. Para el periodo 2009-2016, de las personas que consultan, el 20% son atendidas en urgencias y el 4% se hospitalizan por asma.

El promedio de estancia hospitalaria para una persona que se hospitaliza por asma es de 5 días. El asma es la novena causa de Años Vividos con Discapacidad.

4.3.3 ESTRATEGIAS DE LAS RIAS RESPIRATORIAS EN CAMINOS IPS SAS.



Prevención Primaria:

- Acciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades respiratorias.
- Incluye actividades de promoción de la salud, educación sobre factores de riesgo, campañas y tamizajes en la comunidad.
- Programas de cesación tabáquica, jornadas educativas y tamizajes.

Prevención Secundaria:

- Acciones dirigidas a la detección temprana y diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias. Incluye la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar EPOC o asma, tamizajes y controles médicos regulares.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com



6549888

Prevención Terciaria:

- Estrategias para controlar la progresión de la enfermedad y reducir complicaciones.
- Incluye programas de rehabilitación pulmonar para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Prevención Cuaternaria:

- Acciones enfocadas en prevenir efectos adversos de tratamientos inadecuados o innecesarios.
- Se centra en la seguridad del paciente, farmacovigilancia y control de medicamentos.

Intervenciones colectivas-entorno institucional.

Las intervenciones colectivas en entorno institucional o IPS dentro de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) Respiratoria se realizan acciones de promoción de la salud, prevención y gestión del riesgo dirigidas a grupos de pacientes dentro de las instituciones prestadoras de salud (IPS). Estas actividades tienen como objetivo educar, sensibilizar y mejorar la adherencia a los tratamientos, además de prevenir complicaciones en enfermedades respiratorias como EPOC, Asma y Cesación Tabáquica.

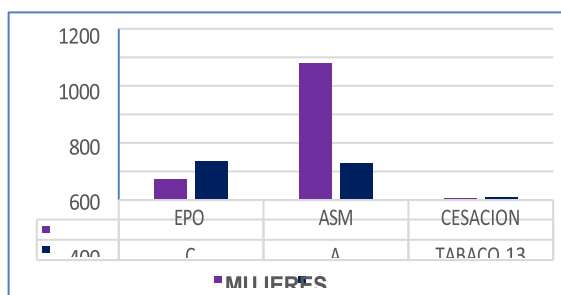


Intervenciones colectivas- entorno educativo.

Las intervenciones colectivas en entornos educativos dentro de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) Respiratoria se enfocan en acciones de promoción y prevención dirigidas a niños, adolescentes, docentes y comunidad educativa con el objetivo de prevenir enfermedades respiratorias, fomentar hábitos saludables y mejorar el control de enfermedades crónicas como el asma y la EPOC desde edades tempranas.

4.3.4 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION EN CAMINOS IPS

Distribución por sexo.



Poblaciones tamizadas en el 2024.

Se tamizaron en el 2024, 600 pacientes mayores de 40 años con factores de riesgo para EPOC a través de las encuestas realizadas por el personal de enfermería de la IPS; de estos 302 pacientes fueron positivos para confirmar o descartar el diagnóstico con la espirometría pre y post broncodilatador. En total a 70 pacientes se les confirmó el diagnóstico de EPOC los cuales fueron ingresados al programa.

El 51% de los incidentes fueron clasificados en GOLD A, el 43% en GOLD B y el 6% en GOLD E.

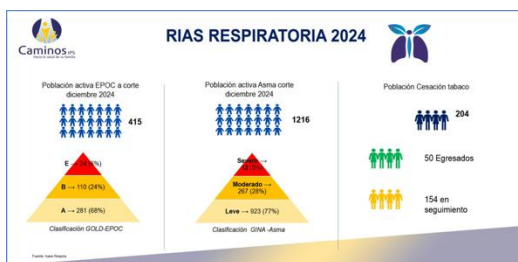
A	B	E
36	30	4
51%	43%	6%

Para asma se tamizaron en el 2024, 566 pacientes de los cuales 504 fueron positivos para realizar espirometría pre y post, dando como resultado 400 pacientes confirmados con el diagnóstico de Asma.

De acuerdo con la clasificación GINA de asma, el 88% de los incidentes fueron leves, el 12% moderado y el 0% asma severa.

Leve	Moderado	Severo
351	49	0
88%	12%	0%

Clasificación de la población a corte de diciembre 2024.



Población Activa con EPOC (415 pacientes)

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) han sido clasificados según la escala GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), que mide la severidad de la enfermedad:

- Grupo A (68%) → 281 pacientes: Leve afectación de síntomas y bajo riesgo de exacerbaciones.
- Grupo B (24%) → 110 pacientes: Mayor impacto en la calidad de vida, pero con bajo riesgo de exacerbaciones.
- Grupo E (6%) → 24 pacientes: Alto riesgo de exacerbaciones y mayor deterioro pulmonar.



Interpretación:

- La mayoría de los pacientes (68%) están en la categoría A, lo que indica que la enfermedad está en estadios iniciales o con síntomas leves.
- Solo el 6% está en la clasificación más grave (Grupo E), lo que sugiere un buen control de la patología en la mayoría de los pacientes.
- La intervención debe centrarse en prevenir el avance de la enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento y fortalecer los programas de rehabilitación pulmonar.

Población Activa con Asma (1216 pacientes)

Los pacientes asmáticos han sido clasificados según la escala GINA (Global Initiative for Asthma):

- Leve (77%) → 923 pacientes: Poca afectación con síntomas controlables.
- Moderado (28%) → 267 pacientes: Requiere un manejo más especializado para evitar crisis.
- Severo (5%) → 12 pacientes: Alto riesgo de complicaciones y hospitalización.

Interpretación:

- La mayoría de los pacientes (77%) presentan asma leve, lo que indica un control adecuado en esta población.
- El 28% con asma moderada y el 5% con asma severa requieren seguimiento riguroso para evitar exacerbaciones graves.
- Se deben reforzar estrategias como educación en el uso de inhaladores, control ambiental y seguimiento con espirometrías periódicas.

Población en Cesación de Tabaco (204 pacientes).

El programa de cesación tabáquica muestra la siguiente distribución

- 50 pacientes egresados: Han completado el programa exitosamente y han dejado de fumar.
- 154 pacientes en seguimiento: Aún en proceso de dejar el hábito y requiere apoyo continuo.

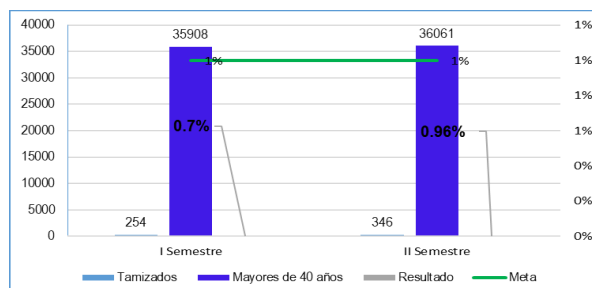
Interpretación:

- El 75% de los pacientes en el programa aún están en seguimiento, lo que muestra que dejar el tabaco es un proceso que requiere tiempo y acompañamiento constante.
- El 25% logró salir del programa, lo que sugiere que las estrategias implementadas están funcionando.
- Es importante continuar con intervenciones conductuales, apoyo psicológico y uso de terapia de reemplazo de nicotina para mejorar las tasas de éxito.



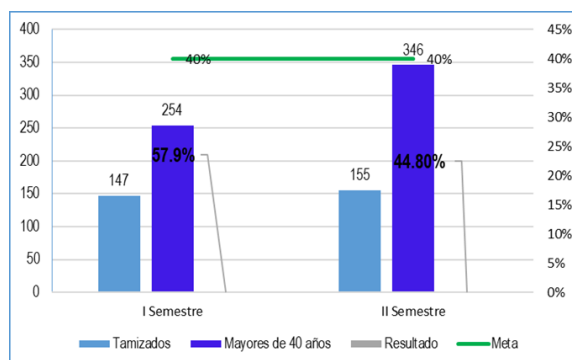
4.3.5 RESULTADOS DE INDICADORES TRAZADORES-RIAS RESPIRATORIA 2024.

% de personas mayores de 40 años con factores de riesgo para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que fueron tamizados.



El indicador presenta resultados por debajo de la meta establecida del 1% en el I y II semestre 2024. El II semestre que estuvo en un 0.96% tuvo mejores resultados que el I, aumentado el porcentaje de pacientes mayores de 40 años con factores de riesgo tamizados para EPOC. Los resultados sugieren la necesidad de acciones correctivas y estrategias de fortalecimiento para mejorar la cobertura y detección de pacientes en riesgo.

% de personas mayores de 40 años con factores de riesgo para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, tamizados con resultado positivo para sospecha de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

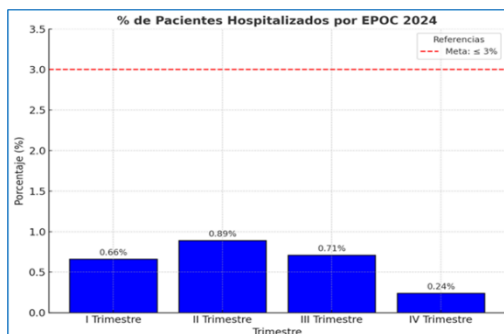


El % de personas mayores de 40 años con factores de riesgo para EPOC con resultados de tamizaje positivo en el I semestre fue de 57.9%, y en el II Semestre de 44.80%. Se observa que el resultado del porcentaje de personas tamizadas con resultado positivo para EPOC disminuye en el segundo semestre.

Causas de desviación del indicador: La calidad del proceso de tamizaje podría haber influido en los resultados. Es importante asegurar que el personal esté adecuadamente capacitado y que se utilicen los protocolos correctos.

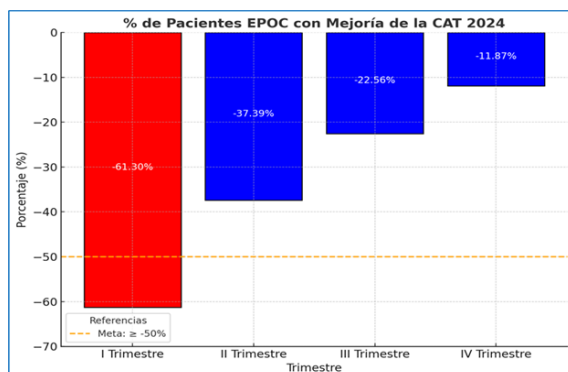
Factores externos, como campañas de concientización o cambios en los patrones de consulta médica, podrían haber afectado la participación en el tamizaje.

% de pacientes hospitalizados por EPOC.



- Los resultados indican que el porcentaje de hospitalizaciones por EPOC está por debajo de la meta establecida en todos los trimestres.
- El cuarto trimestre muestra un descenso importante, lo que indica un cambio en la estrategia de atención a pacientes de EPOC.
- Aunque los resultados están por debajo de la meta, es importante investigar las causas de las hospitalizaciones para identificar áreas de mejora.

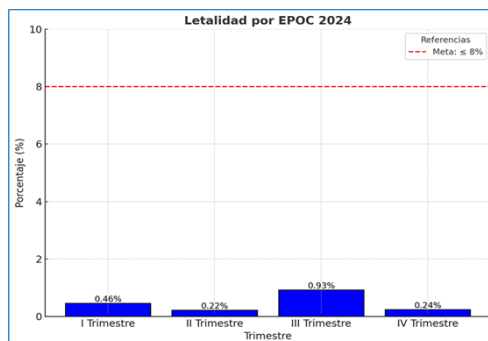
% de pacientes EPOC con mejoría de la CAT.



Este indicador mide el porcentaje de pacientes con EPOC que experimentan una mejoría en su puntuación del CAT, lo que indica una mejora en su calidad de vida y función respiratoria.

La meta es una mejoría de al menos el 50%, representada como mayor o igual a -50%.

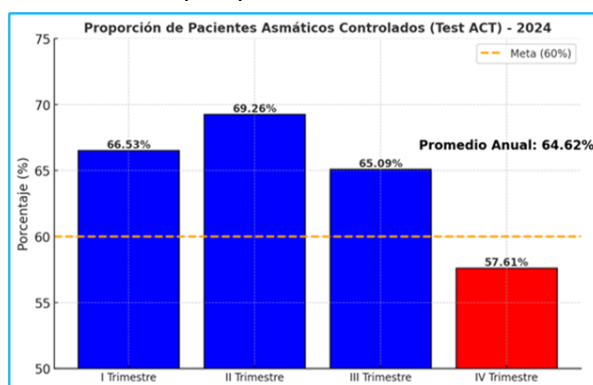
Causas de desviación en el I trimestre 2024: Se debe prestar especial atención a los factores que podrían estar contribuyendo a la disminución de la mejoría, como comorbilidades, factores socioeconómicos o falta de adherencia al tratamiento.



Se observa que todos los trimestres están muy por debajo de la meta establecida.

- Los resultados indican que la letalidad por EPOC está significativamente por debajo de la meta establecida en todos los trimestres.
- A pesar de que los resultados son bajos, se debe de realizar un análisis de las causas de muerte por EPOC, para continuar mejorando los resultados obtenidos.
- El tercer trimestre muestra un aumento en la letalidad, lo que podría indicar una variación estacional o un brote de infecciones respiratorias.

% de pacientes controlados con Asma (ACT)



Se observa que los tres primeros trimestres superan la meta establecida, pero el cuarto trimestre está por debajo. Se observa que el segundo trimestre es el que tiene el porcentaje más alto.

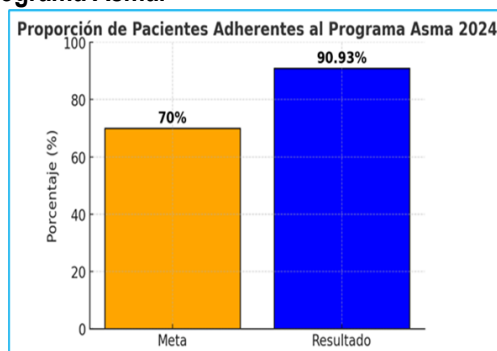
Interpretación de los Resultados:

- Los resultados indican que, en general, se está logrando un buen control del asma en la población atendida, superando la meta en tres de los cuatro trimestres.
- El IV Trimestre muestra una disminución en el control del asma, lo que indica una variación estacional, un brote de infecciones respiratorias o una disminución en la adherencia al tratamiento.
- Es importante investigar las causas de la disminución en el IV Trimestre para implementar medidas correctivas.



Causas de un Control Inadecuado del Asma: Incumplimiento del tratamiento farmacológico, exposición a alérgenos o irritantes ambientales, dificultades en el acceso a los medicamentos por desabastecimiento en farmacia.

% de pacientes adherentes al programa Asma.

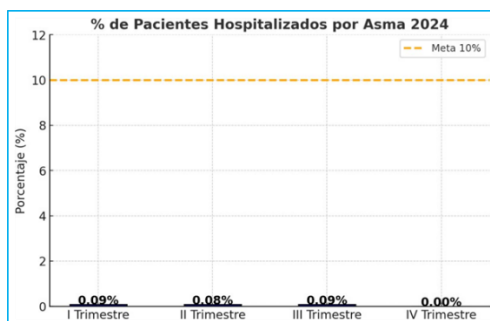


El indicador de adherencia está relacionado con la asistencia de los pacientes al programa. De la población entregada a inicio de contrato (1114) asistieron el 90.93% (1013 pacientes).

- El resultado del 90.93% supera significativamente la meta del 70%, lo que indica una alta adherencia al programa de asma.
- Esto sugiere que los pacientes están comprometidos con su tratamiento y cuidado.
- La alta adherencia puede contribuir a un mejor control del asma y una mejor calidad de vida para los pacientes.

Causas: Programas educativos y de apoyo efectivos, comunicación clara y abierta entre el personal de salud y los pacientes, acceso fácil a los servicios de salud de la IPS, seguimiento regular y atención personalizada

% de pacientes hospitalizados por Asma

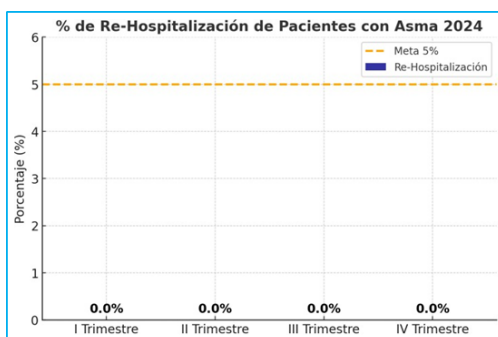


- Los resultados indican que el programa de asma está siendo muy efectivo en la prevención de hospitalizaciones, ya que la tasa de hospitalización está muy por debajo de la meta en todos los trimestres.
- El hecho de que no haya habido hospitalizaciones en el cuarto trimestre es un indicador positivo de la efectividad del programa.



- A pesar de los buenos resultados, es importante continuar monitoreando la tasa de hospitalización y analizar las causas de las pocas hospitalizaciones que ocurrieron.

Re-hospitalización por Asma.



- Los resultados indican que la tasa de Re- hospitalización por asma es extremadamente baja, lo que sugiere una alta efectividad de los programas de manejo del asma.
- El hecho de que no haya habido Re- hospitalizaciones en ningún trimestre es un indicador positivo de la calidad de la atención y la prevención de exacerbaciones graves.
- A pesar de los buenos resultados, es importante continuar monitoreando la tasa de Re- hospitalización y analizar las posibles causas de las exacerbaciones que llevaron a la hospitalización inicial.

4.3.6 LOGROS ALCANZADOS CON LA IMPLEMENTACION DE LA RIAS RESPIRATORIA EN CAMINOS IPS SAS EN EL AÑO 2024.

Alta Adherencia al Programa de Asma:

- Se logró una adherencia del 90.93% al programa de asma, superando la meta establecida del 70%.
- Esto evidencia el compromiso de los pacientes con su tratamiento y el éxito de las estrategias de seguimiento y acompañamiento implementadas.
- Se destaca la efectividad de los programas educativos y de apoyo, así como la comunicación clara y abierta entre el personal de salud y los pacientes

Baja Tasa de Hospitalizaciones por Asma:

- Se registró una tasa de hospitalización por asma del 0.09% en promedio, muy por debajo de la meta del 10%.
- En el IV Trimestre, se alcanzó un 0% de hospitalizaciones, lo que demuestra la efectividad del programa en la prevención de exacerbaciones graves.
- Esto refleja la calidad de la atención brindada y el control adecuado de la enfermedad en la población atendida.



Reducción en costos y tasa de hospitalizaciones por EPOC.

- Valor promedio 1 día de hospitalización por EPOC exacerbado: \$ 747.539
- Promedio de días de hospitalización: 6.9 días.
- Ahorro por hospitalización (Programa Respira-EPOC 404 pacientes que no se hospitalizaron):
\$ \$2,086,238,843.16 m/c.

Implementación Exitosa de Programas de Cesación Tabáquica:

- Se implementaron programas de cesación tabáquica con un alto índice de participación y resultados positivos.
- Se logró reducir el consumo de tabaco en un porcentaje significativo de pacientes, contribuyendo a la prevención y control de enfermedades respiratorias.
- Se destaca la importancia de la consejería individual y grupal, así como el apoyo farmacológico para lograr la cesación tabáquica.

Efectividad del Programa RESPIRA:

- ❖ El Programa RESPIRA ha demostrado ser efectivo en el manejo de enfermedades respiratorias, especialmente en el control del asma.
- ❖ La alta adherencia al programa y la baja tasa de hospitalizaciones son indicadores positivos de la calidad de la atención brindada.
- ❖ Se destaca la importancia de la educación del paciente y el seguimiento riguroso.

Necesidad de Fortalecer la Prevención de EPOC:

- ❖ Los indicadores relacionados con la EPOC muestran un cumplimiento por debajo de las metas establecidas.
- ❖ Es necesario fortalecer las estrategias de prevención, incluyendo la detección temprana, la promoción de estilos de vida saludables y la rehabilitación pulmonar.
- ❖ Se deben abordar las barreras de acceso a los servicios y mejorar la concientización sobre la enfermedad.

Importancia de la Cesación Tabáquica:

- ❖ La cesación tabáquica es un componente fundamental de la prevención y control de enfermedades respiratorias.
- ❖ Se deben fortalecer los programas de cesación tabáquica y promover la creación de entornos libres de humo.
- ❖ Es importante brindar apoyo individualizado a los pacientes para lograr la cesación tabáquica.

Mejora Continua de la Calidad:

- ❖ Se deben implementar procesos de mejora continua de la calidad para optimizar la atención de las enfermedades respiratorias.
- ❖ Es fundamental realizar un seguimiento periódico de los indicadores, analizar las causas de las desviaciones y ajustar los planes de acción.
- ❖ Se deben utilizar herramientas tecnológicas para facilitar la captura y análisis de datos.



Recomendaciones Finales:

- ❖ Fortalecer la coordinación interdisciplinaria entre los profesionales de la salud.
- ❖ Involucrar a la comunidad y a los pacientes en la promoción de la salud respiratoria.
- ❖ Asegurar la disponibilidad de recursos humanos y materiales para la atención de las enfermedades respiratorias.
- ❖ Implementar un sistema de seguimiento y evaluación para medir el impacto de las intervenciones.

Próximos Pasos:

- Utilizar estas conclusiones para elaborar un plan de acción detallado para el 2025.
- Priorizar las áreas de mejora identificadas y asignar recursos adecuados.
- Realizar un seguimiento periódico de los indicadores y ajustar los planes de acción según sea necesario.
- Continuar con la implementación de estrategias exitosas, como la alta adherencia al programa de asma.

4.4.1 RIAS ATENCION INTEGRAL VIH:

- Objetivo del programa: mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, reducir la incidencia y la mortalidad relacionadas con la enfermedad, y promover la equidad y la inclusión en el acceso a la atención médica y el apoyo social.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS CAC Y CAMINOS IPS 2024



Número de pacientes inscritos en Programa Servihda
Caminos: 1290, Incidentes: 142
Prevalentes: 1148

❖ Distribución por Sexo :

- Hombres: 65.4%**
- Mujeres: 34.6% , razón 1.88 :1**
- ❖ **Edad: 11.5% entre los 14 a 25 años**
28% entre los 26 a 37 años
36.5% entre los 38 a 50 años
- ❖ **Mecanismo de Transmisión:**
- ❖ **96% Sexual**
- ❖ **1,5% TMI**
- ❖ **El 44% casos incidentes estadio SIDA**
- ❖ **El 65% casos prevalentes estadio SIDA**
- ❖ **Cobertura de Tratamiento: 90%**
- ❖ **Adherencia : 83%**

Fuente: : Base Datos Caminos IPS 2024

Se hace un comparativo de la prevalencia de pacientes con VIH reportados en CAC vs la prevalencia de pacientes con VIH en Caminos IPS, el cual guarda relación con el porcentaje del incremento de pacientes



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com

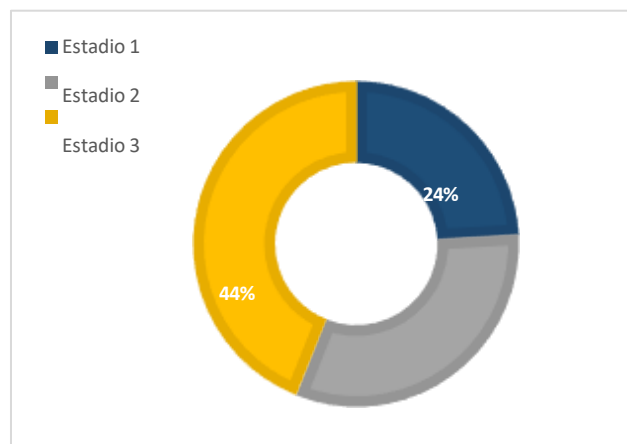
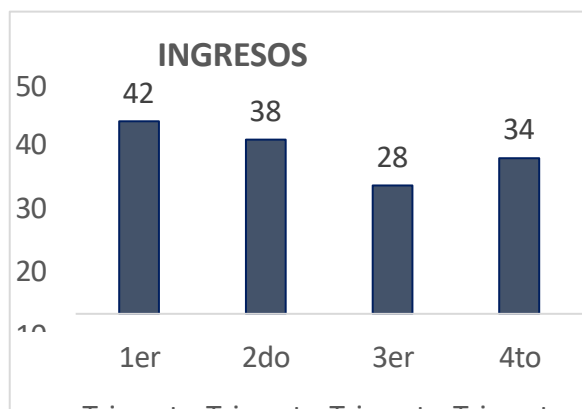
www.caminosips.com



6549888

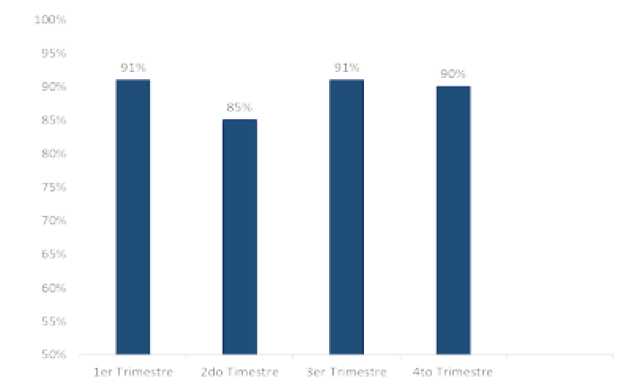
4.4.2 INDICADORES ATENCIÓN INTEGRAL VIH

Número de pacientes nuevos por trimestre, con su estadio.



Análisis: De acuerdo con las estadísticas de la CAC cohorte enero 2023, el 34,46 % de los casos incidentes fue diagnosticado en fase SIDA, en Caminos IPS el porcentaje fue del 44%, el cual nos invita a la búsqueda activa y tamizajes para diagnósticos oportunos, para prevenir la enfermedad e identificar a las personas que viven con VIH, para reducir el riesgo de transmisión a otras personas. Esto incluye la educación sobre prácticas sexuales seguras y el acceso a tratamientos que disminuyen la carga viral.

Porcentaje de asistencia al programa



Análisis: En todos los trimestres se cumplió la meta excepto en el segundo trimestre por alta inasistencia de pacientes y poca disponibilidad de la trabajadora social para las visitas domiciliarias y búsqueda activa de pacientes, para mejorar este indicador se han implementado nuevas estrategias para mejorar la asistencia de pacientes al programa de atención integral VIH, de las cuales se destacan:



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com

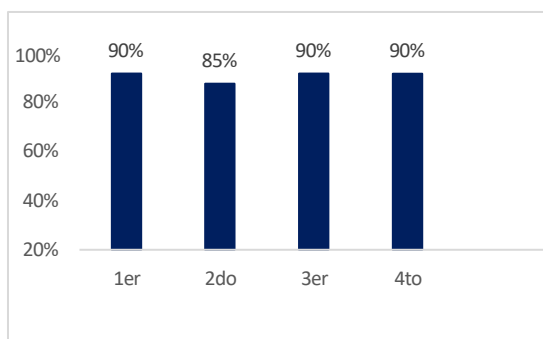
www.caminosips.com



6549888

1. Recuperación de pacientes por medio de visitas domiciliarias realizadas por trabajadora social.
2. Se intensificaron las llamadas telefónicas a los usuarios para recordar cita.
3. Disponibilidad de agendas medicas para dar cobertura a pacientes rescatados durante las visitas domiciliarias.

Porcentaje de continuidad del tratamiento ARV

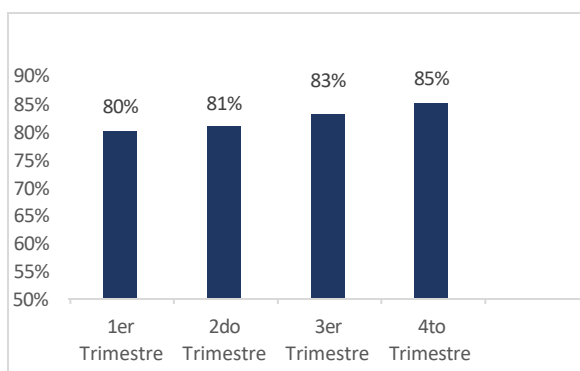


Análisis: El Porcentaje de continuidad del tratamiento ARV, se relaciona mucho con el indicador anterior, en todos los trimestres se cumplió la meta excepto en el segundo trimestre por alta inasistencia de pacientes y poca disponibilidad de la trabajadora social para las visitas domiciliarias y búsqueda activa de pacientes.

Estrategias:

1. Recuperación de pacientes por medio de visitas domiciliarias realizadas por trabajadora social.
2. Se intensificaron las llamadas telefónicas a los usuarios para recordar cita.
3. Disponibilidad de agendas medicas para dar cobertura a pacientes rescatados durante las visitas domiciliarias.
4. Envíos de tratamiento al domicilio del usuario.

Porcentaje de pacientes indetectables a las 48 semanas de TARV



Análisis: Durante todos los trimestres se ha visto una tendencia al aumento del indicador de indetectabilidad, el cumplimiento de las metas del contrato con la EPS, permitiendo identificar áreas de mejora y fortalecer la atención a los pacientes con VIH. Es esencial seguir monitoreando estos indicadores para garantizar una atención de calidad y mejorar los resultados de salud en la población afectada.

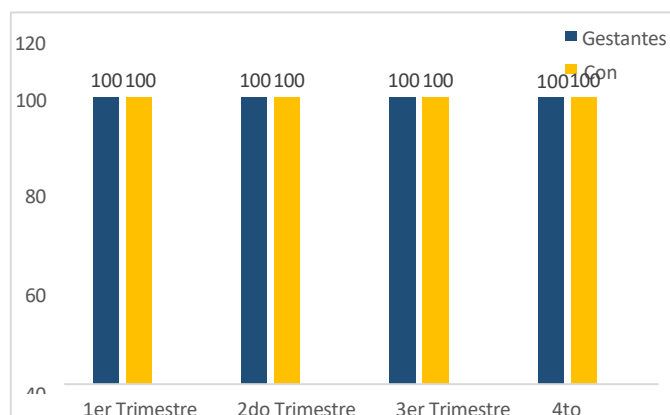
Se han implementado las siguientes estrategias para la mejora y tendencia al aumento del indicador.



Porcentaje de exámenes realizados a pacientes en 6 meses



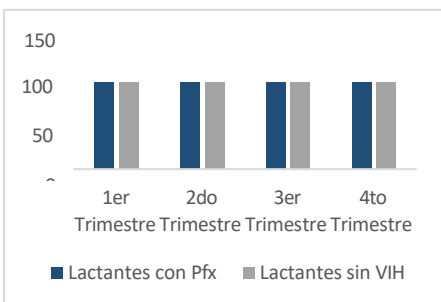
Análisis: Se ha cumplido el indicador de cobertura de exámenes realizados a los pacientes, se están tomando medidas efectivas para asegurar que los pacientes tengan acceso a los exámenes necesarios, dentro de estas los exámenes domiciliarios y que el equipo de salud está trabajando de manera proactiva en la sensibilización y educación a los pacientes.



Análisis: La entrega de TARV a las gestantes en nuestra IPS ha sido cumplida de manera efectiva, logrando así una reducción significativa en el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH. Continuaremos monitoreando este proceso y ajustando nuestras estrategias para mejorar la atención y el seguimiento de las gestantes. Continuamos implementando las estrategias de:

- Mantener el programa de capacitación para el personal de salud sobre la importancia del TARV en gestantes.
- Fortalecer la comunicación con las gestantes sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.

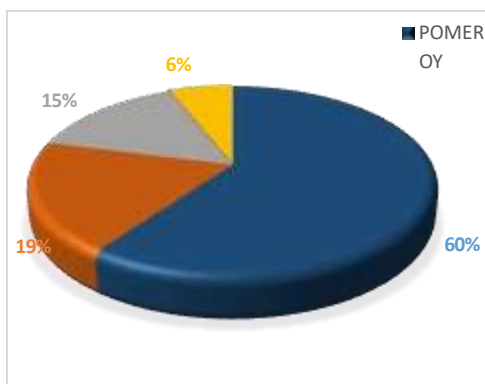
Porcentaje de lactantes con VIH por TMI



Estrategias:

- Cumplimiento a protocolos y GPC establecido para la atención de gestantes y lactantes
- Envíos de fichas de seguimiento de lactantes a EPS y M. Salud.
- Educación y verificación de toma de medicamento profiláctico suministrado al lactante
- Seguimiento a cargas virales al lactante para cumplimiento de algoritmo diagnóstico.
- Llamadas para garantizar cumplimiento de citas programadas.

Métodos de planificación utilizados

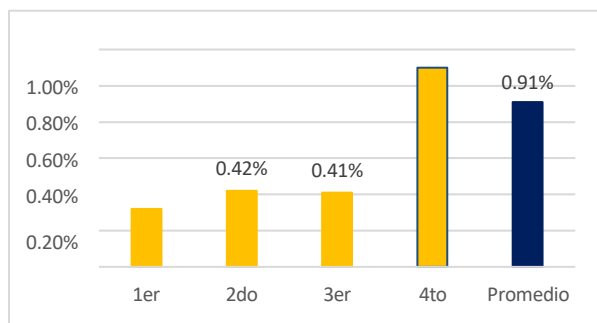


Se ha cumplido con el indicador de planificación, se han implementado estrategias de:

1. Colocación de método anticonceptivo a la gestante posterior al parto.
2. Oferta de método de planificación en consulta médica.

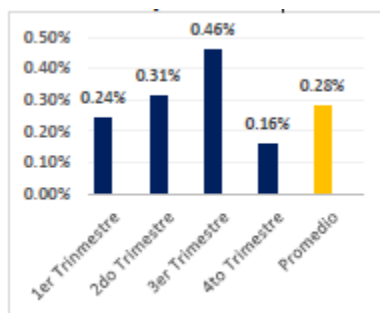
Todo lo anterior contribuye en minimizar el riesgo de embarazos no deseados como también evitar la TMI de VIH.

Hospitalizaciones por VIH/SIDA



La prevención de hospitalizaciones por VIH es una estrategia de costo-efectividad para las EPS, ya que la inversión en programas preventivos puede reducir la carga económica asociada con la atención hospitalaria y el tratamiento de complicaciones. A largo plazo, estas intervenciones no solo benefician a los pacientes, sino que también ayudan a las EPS a mantener su sostenibilidad financiera y mejorar la salud de su población asegurada. No se ha superado la línea de base.

Mortalidad por VIH/SIDA



Análisis; Durante todos los trimestres se ha mantenido por debajo de la línea de base, el indicador de mortalidad por VIH, El 80% de los pacientes se encuentran en control de su patología de base y la atención inmediata de enfermedades oportunistas a pacientes del programa.

La gestión integral realizada por la IPS ha logrado una significativa disminución en la mortalidad de pacientes con VIH. Las estrategias de detección temprana, tratamiento efectivo, educación y atención integral son clave para este éxito. Sin embargo, es fundamental continuar fortaleciendo estos programas y adaptándolos a las necesidades cambiantes de la población.

En los logros del programa de atención integral de VIH, se resalta

Aumento en el indicador de porcentaje de adherencia de los usuarios a las 48 semanas de TARV

0% de transmisiones a menores hijos de gestantes con VIH

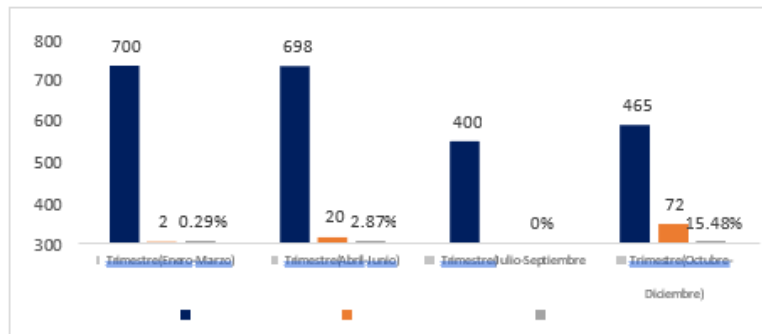
4.5.1 ATENCION INTEGRAL ARTRITIS REUMATOIDE

Objetivo del programa: Fortalecer el proceso de identificación oportuna y atención integral de pacientes con sospecha o diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) que nos permita obtener los mejores resultados clínicos, evitando o minimizando las complicaciones y discapacidades.

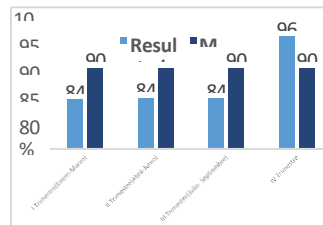
4.5.2 INDICADORES TRAZADORES ATRITIS REUMATOIDE

Pacientes que ingresan al programa Amarte

Para el año 2024 se han presentado 94 pacientes nuevos que ingresaron a la cohorte de Artritis Reumatoide, resultado de las actividades de tamizajes realizadas en la búsqueda activa de diagnósticos diferenciales o con sospecha diagnóstica para AR.



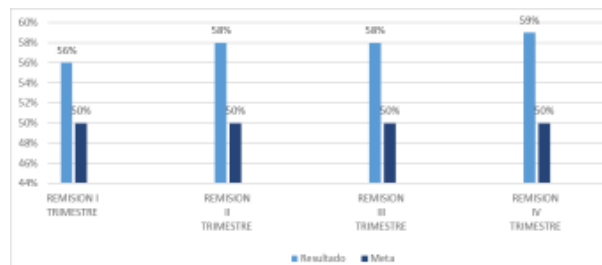
NUMERO DE PACIENTES CON MEDICION DEL DAS 28 A LOS 6 MESES DEL PROGRAMA AMARTE



Análisis: El DAS28 (Disease Activity Score-28) es una herramienta que se utiliza para medir la actividad de la artritis reumatoide en los pacientes, en el último trimestre se identifica una mejoría significativa en la medición del DAS, este progreso se ha logrado gracias a la intervención y el seguimiento del equipo interdisciplinario, así como a la implementación de un seguimiento estricto en la sensibilización del paciente para su asistencia a las citas como también actividades para mejorar la adherencia al tratamiento. Para la adherencia al tratamiento se ha establecido un protocolo de seguimiento que incluye:

- Citas Programadas: Los pacientes han sido citados regularmente para monitorear su progreso.
- Educación al Paciente: Se realizaron talleres educativos para informar a los pacientes sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y los efectos positivos de seguir las indicaciones médicas.
- Monitoreo de Medicación: Se ha implementado un sistema de seguimiento para evaluar la adherencia a los medicamentos, incluyendo recordatorios y llamadas de seguimiento.

% DE PACIENTES CON MEJORIA DEL DAS 28



- La intervención del equipo interdisciplinario y el seguimiento estricto de la adherencia al tratamiento han demostrado ser efectivos en la mejora del DAS 28 en nuestros pacientes con Artritis Reumatoide.
- Los resultados de remisión han superado la meta en todos los trimestres del contrato, superior al 50%, para el último trimestre se logra un 59%.
- Se recomienda continuar con estas estrategias y considerar la implementación de nuevas iniciativas que fortalezcan aún más el manejo integral de la enfermedad.



Consolata Mz. H lote 4

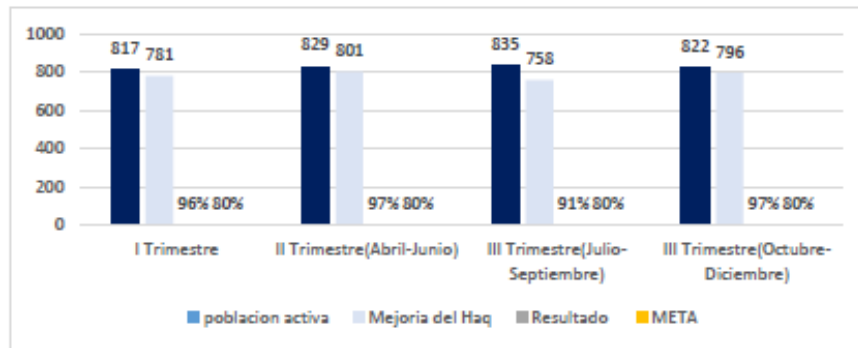


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

PROPORCIÓN DE PACIENTES EN QUIENES SE REALIZA HAQ AL MENOS UNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEL PROGRAMA AMARTE. META 80%



Análisis: Durante todo el año 2024 Se ha establecido un sistema de seguimiento continuo que permite a los pacientes recibir atención constante y personalizada, favoreciendo la detección temprana de complicaciones y la adaptación del plan de tratamiento según las necesidades cambiantes del paciente.

La evaluación periódica a través de la HAQ ha permitido a los profesionales de la salud de la IPS ajustar los tratamientos de manera oportuna, resultando en un mejor control de la enfermedad. Los pacientes presentan una disminución en la actividad inflamatoria y en la progresión de la artritis, con la sensibilización y mejoras evidentes en los síntomas de los pacientes.

4.6.1 ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL

OBJETIVO DEL PROGRAMA: Promover la salud mental integral, prevenir enfermedades mentales, garantizar acceso a tratamiento y apoyo, y fomentar la integración social y laboral de quienes enfrentan estos desafíos.

Los programas de gestión del riesgo en salud mental son esenciales para abordar de manera integral los factores que afectan el bienestar psicológico de la población. Estos programas buscan identificar, evaluar y mitigar los riesgos asociados a trastornos mentales, promoviendo así un enfoque proactivo en lugar de reactivo.

La salud mental en Colombia es un desafío que requiere de un enfoque multidisciplinario y de la implementación de programas de gestión del riesgo eficaces.

Este programa de salud mental no solo aplica para la prevención y tratamiento de trastornos mentales, sino también para la promoción de un entorno social más saludable y resiliente. A medida que el país avanza en su camino hacia la paz y la equidad, la atención a la salud mental debe ser una prioridad en la agenda pública.



Consolata Mz. H lote 4



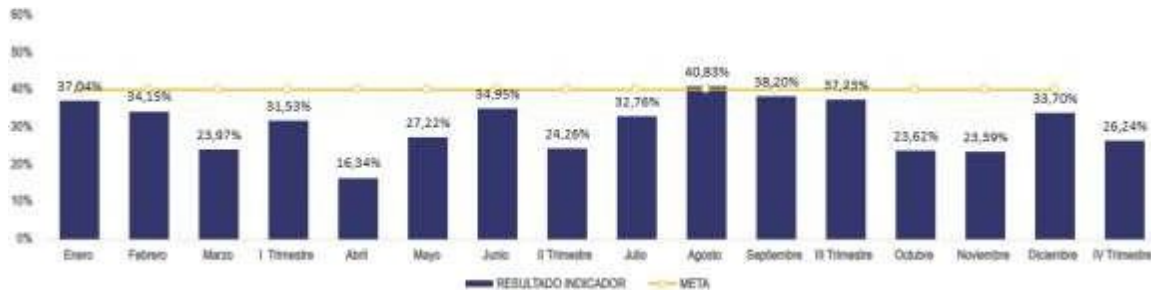
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

4.6.1 INDICADORES DEL PROGRAMA ATENCION INTEGRAL DE SALUD MENTAL

INDICADOR DE PORCENTAJE DE PACIENTES EN RECAÍDAS.



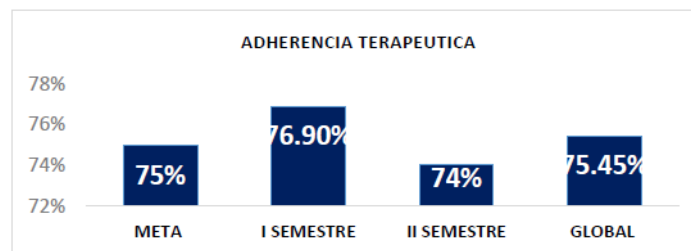
Análisis: Durante todo el año 2024 se ha cumplido el indicador de porcentaje de recaídas de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas (SPA), Para lograr este resultado durante el año 2024, se han implementado diferentes estrategias de las cuales se destacan:

- Manejo Farmacológico Adecuado: La correcta medicación y seguimiento en la adherencia al tratamiento farmacológico han ayudado a estabilizar a los pacientes y prevenir recaídas.
- Seguimiento y Apoyo Continuo
- Visitas Regulares: La programación de citas regulares para seguimiento puede ayudar a detectar problemas antes de que se conviertan en recaídas.
- Red de Apoyo Social: La participación de familiares y grupos de apoyo puede ofrecer un respaldo emocional importante para los pacientes.

Educación y Capacitación del Personal

- Formación Continua: la capacitación al personal en nuevas técnicas y enfoques en salud mental ha mejorado la calidad del servicio prestado y la efectividad del tratamiento.
- Sensibilización en Salud Mental: Programas de capacitación para el personal sobre la importancia de la empatía y la comunicación efectiva he mejorado la relación terapéutica.

PORCENTAJE DE ADHERENCIA DE PACIENTES



Consolata N

6549888

Análisis: Lograr una buena adherencia a los controles médicos en pacientes de salud mental en la IPS ha sido un desafío debido a diversas barreras, como el estigma social y personal puede disuadir a los pacientes de acudir a sus consultas, aun así, se ha logrado obtener una adherencia del 75% para el año 2024. Muchos pacientes se sienten avergonzados o temen ser juzgados, lo que afecta su adherencia al tratamiento, para mitigar este riesgo se ha Implementado programas educativos para desmitificar los trastornos mentales y sensibilizar sobre la importancia del tratamiento. Además, fomentar un entorno seguro y libre de juicios en las consultas.

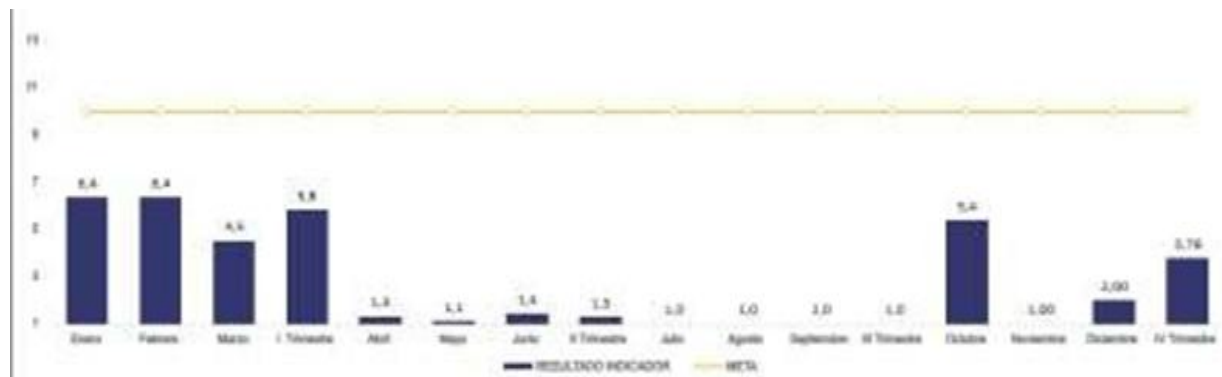
Algunos pacientes interrumpen su tratamiento cuando sienten que mejoran, lo que puede llevar a recaídas y la falta de seguimiento adecuado también se ha identificado que os pacientes con problemas de salud mental a menudo tienen dificultades para adherirse a los tratamientos farmacológicos debido a efectos secundarios, falta de comprensión sobre la medicación o simplemente olvido. La falta de una red de apoyo (familia, amigos o compañeros de tratamiento) puede dificultar que el paciente se comprometa a continuar con su tratamiento.

Estos retos son abordados de manera integral, involucrando tanto al paciente como a su entorno, a los profesionales de salud y al cuidador. Con estrategias personalizadas y un enfoque multidisciplinario, se ha mejorado la adherencia a los controles médicos en la IPS.

4.7.1 PROGRAMA MUJER SANA DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA

Objetivo del programa: identificar la enfermedad en sus etapas iniciales, cuando es más tratable y las opciones de tratamiento suelen ser más efectivas para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

Oportunidad en la toma de biopsias de mama.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com

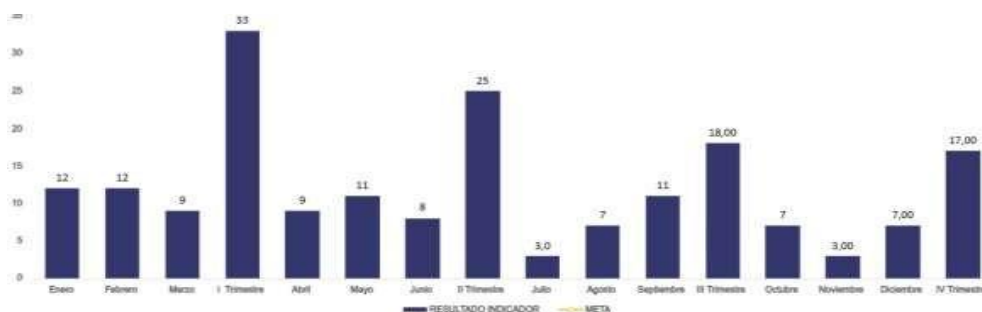


6549888

En todo el año 2024 se ha cumplido con el indicador de oportunidad en la toma de biopsias, facilitando el diagnóstico y tratamiento oportuno, pronóstico de las pacientes, como también el impacto positivo en el manejo de la salud pública y en la reducción de costos a largo plazo.

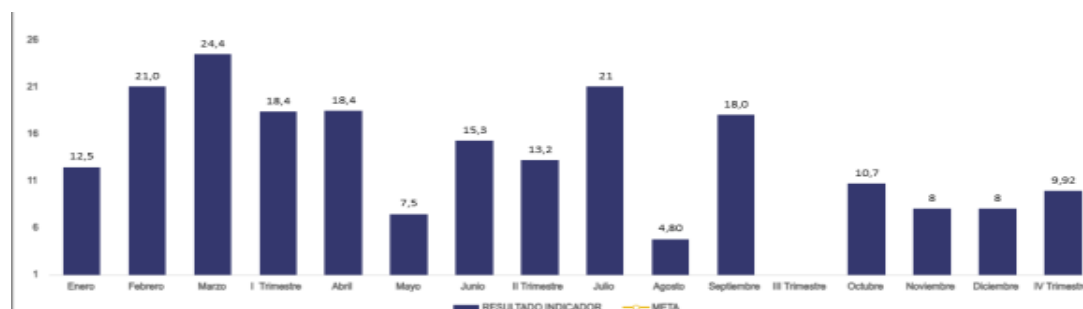
Una de las estrategias más significativas en nuestro programa es la implementación de técnicas avanzadas de biopsia, como la biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF) y la biopsia Trucut, facilitando un diagnóstico rápido y confiable. La disponibilidad de estos procedimientos en nuestra IPS ha reducido considerablemente los tiempos de espera y ha mejorado la experiencia de las pacientes

Número de pacientes diagnosticas con cáncer de mama



Análisis: Un diagnóstico temprano puede resultar en tratamientos menos agresivos y costosos, lo que beneficia tanto a los pacientes como al sistema de salud, en los diferentes trimestres se han diagnosticado pacientes con Cáncer de mama, con activación oportuna para su remisión a la ruta de cáncer y continuidad del tratamiento oncológico y quirúrgico.

Oportunidad en el diagnostico



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Análisis: en todos los trimestres del año 2024 se ha cumplido con la meta en la oportunidad en el diagnóstico, es importante destacar que, al detectar el cáncer de mama en fases tempranas, se pueden implementar tratamientos más efectivos, lo que puede reducir la tasa de mortalidad asociada con esta enfermedad. La oportunidad en la toma de biopsias de mama no solo mejora las probabilidades de diagnóstico temprano, sino que también influye en la eficacia del tratamiento, la tasa de curación, la calidad de vida de las pacientes y el pronóstico a largo plazo.

El programa se fundamenta en la atención por un equipo de médicos expertos en mastología, quienes cuentan con la formación y experiencia necesarias para realizar una evaluación exhaustiva de las pacientes. Esta atención especializada permite una identificación temprana de signos y síntomas sospechosos, así como la realización de estudios complementarios necesarios para el diagnóstico preciso.

5.1 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la actualidad, Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la presencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas

La seguridad del paciente es un eje fundamental en la calidad de la atención en salud, enfocándose en la identificación, análisis y mitigación de riesgos asociados a la prestación de los servicios. Durante la vigencia 2024, Caminos IPS S.A.S ha fortalecido su Programa de Seguridad del Paciente mediante la implementación de estrategias alineadas con la normatividad vigente y las mejores prácticas internacionales.

Este informe presenta los resultados obtenidos en el marco del programa, evidenciando el impacto de las acciones ejecutadas, los avances en la cultura de seguridad y las oportunidades de mejora identificadas. A partir del análisis de indicadores clave, eventos adversos reportados y medidas implementadas, se busca proporcionar una visión integral del desempeño institucional en la gestión de la seguridad del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los resultados del Programa de Seguridad del Paciente en Caminos IPS S.A.S durante la vigencia 2024, identificando logros, desafíos y oportunidades de mejora para fortalecer la cultura de seguridad en la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el comportamiento de los indicadores de seguridad del paciente en el periodo evaluado.
- Identificar tendencias y patrones en los eventos adversos reportados y su gestión.
- Evaluar el impacto de las estrategias implementadas para la reducción de riesgos en la atención.
- Determinar oportunidades de mejora y formular recomendaciones para optimizar la seguridad del paciente en la institución.



Consolata Mz. H lote 4



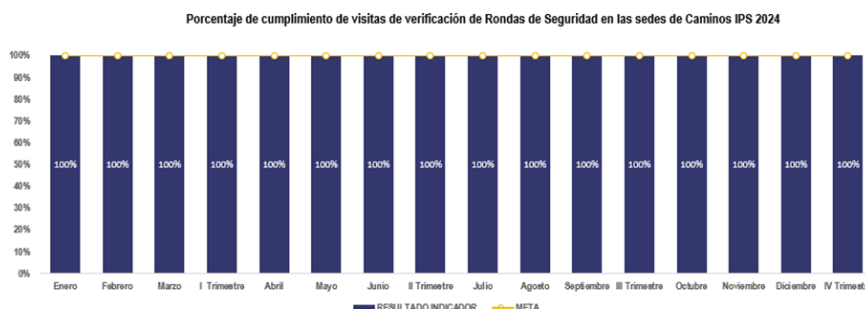
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

5.1.1 CUMPLIMIENTO DE VISITAS DE VERIFICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD

Durante vigencia 2024 se realizaron todas las rondas de seguridad del paciente en la organización (Ver gráfica 01), liderada por referente de seguridad del paciente y líderes de rondas en cada sede con una periodicidad semanal y que fue reforzándose a cumplir visitas 2 veces a la semana en el IV trimestre de 2024. Este resultado evidencia una ejecución rigurosa y sostenida de estas visitas, garantizando la supervisión continua de las condiciones de seguridad en la atención. La adherencia total a la meta sugiere un compromiso organizacional sólido con la seguridad del paciente y la calidad de la atención.



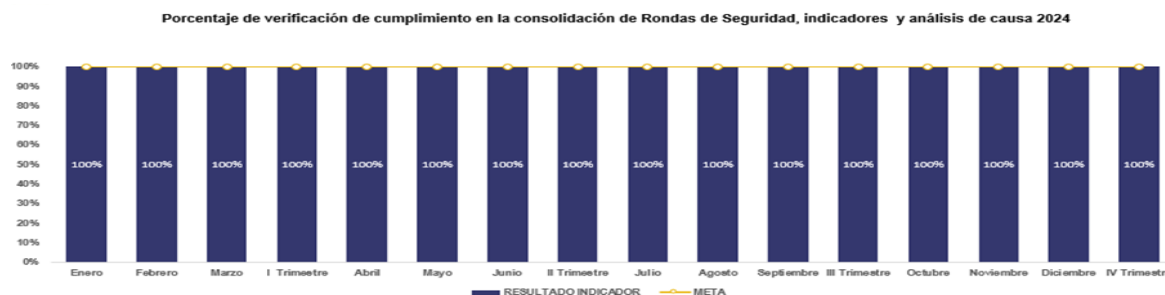
Grafica. Porcentaje de cumplimiento de visitas de verificación de Rondas de Seguridad en caminos IPS – Año 2024

Fuente: A-SEG-001 Aplicativo de Monitoreo de Rondas de Seguridad 2024

Como estrategias implementadas se refuerza la importancia de la Cultura de Seguridad en la institución, recordatorios a líderes correspondientes por medio de correo electrónico y seguimiento permanente del registro de la información semanal.

5.1.2 CUMPLIMIENTO EN LA CONSOLIDACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD, INDICADORES Y ANÁLISIS DE CAUSA

El porcentaje de verificación de cumplimiento en la consolidación de Rondas de Seguridad, indicadores y análisis de causa en el 2024 ha sido del 100%. Esto refleja una gestión eficiente y sistemática en la recopilación y evaluación de información clave para la seguridad del paciente. La consistencia en el cumplimiento sugiere un proceso bien estructurado y un equipo comprometido con la calidad y la mejora continua (Ver grafica).

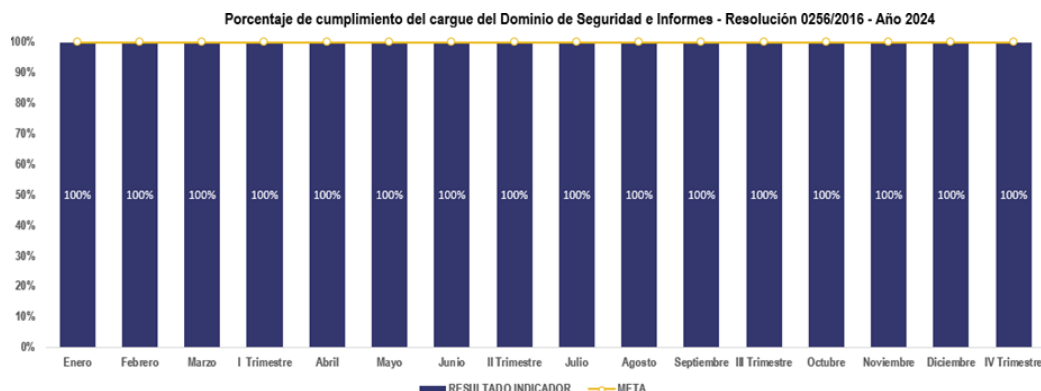


Grafica. Porcentaje de verificación de cumplimiento en la consolidación de rondas de seguridad, indicadores y análisis de causa 2024

Fuente: A-SEG-001 Aplicativo de Monitoreo de Rondas de Seguridad 2024

5.1.3 CUMPLIMIENTO EN EL CARGUE DEL DOMINIO DE SEGURIDAD RESOLUCIÓN 0256/2016

Durante la vigencia 2024, se evidencia un cumplimiento del 100% del cargue del Dominio de seguridad de acuerdo con la Resolución 0256/2016, descripción del comportamiento y análisis de causas de los indicadores. Esto indica un adecuado cumplimiento normativo y una gestión eficiente de la información requerida por la regulación. Mantener este nivel de desempeño sugiere que la institución ha establecido procesos sólidos para garantizar la carga oportuna y precisa de los datos (Ver grafica)

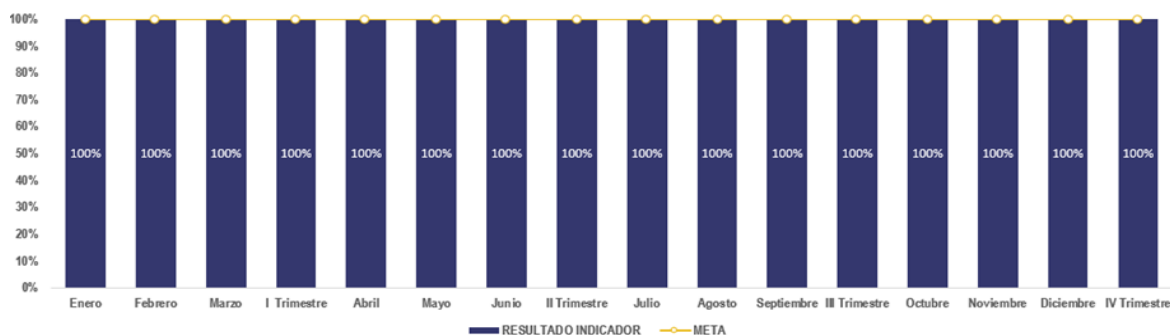


Grafica 03. Porcentaje de cumplimiento del cargue del Dominio de Seguridad e informes Resol. 256/2016 periodo 2024
Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de indicadores del Dominio de Seguridad Resol. 256/2016 2024

5.1.4 CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INDICADORES DE GESTIÓN

En el periodo evaluado, correspondiente a vigencia 2024, se evidencia un cumplimiento del 100% del reporte y análisis del comportamiento de los indicadores de gestión en Seguridad del paciente. Lo anterior se encuentra alineado con los resultados institucionales obtenidos en el año 2023, en el cual los resultados también fueron del 100% (Ver grafica). Esto indica una gestión eficiente y estructurada de la información clave para la seguridad del paciente, asegurando un monitoreo continuo y oportuno. El mantenimiento de este nivel de desempeño sugiere la existencia de procesos sólidos de recolección y análisis de datos.

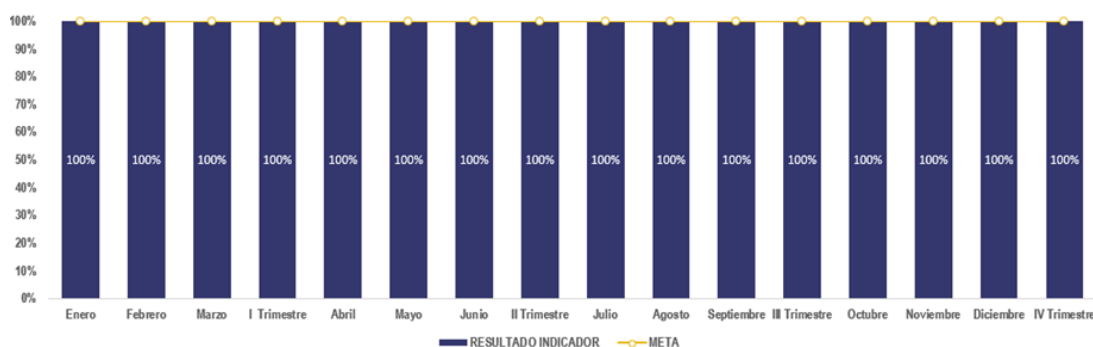
Porcentaje de Cumplimiento del Reporte y Análisis del comportamiento de los indicadores de gestión en Seguridad del paciente.



5.1.5 OPERATIVIDAD DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el periodo evaluado, correspondiente a vigencia 2024, se evidencia un cumplimiento del 100% de la operatividad del comité de seguridad del paciente. Lo anterior se encuentra alineado con los resultados institucionales obtenidos en el año 2023, en el cual los resultados también fueron del 100% (Ver gráfica 05), lo que indica que las reuniones y actividades programadas se han llevado a cabo de manera consistente. Este resultado sugiere un compromiso institucional con la gestión de la seguridad del paciente, asegurando el seguimiento y toma de decisiones oportunas.

Porcentaje de Cumplimiento de la Operatividad del Comité de Seguridad del Paciente 2024



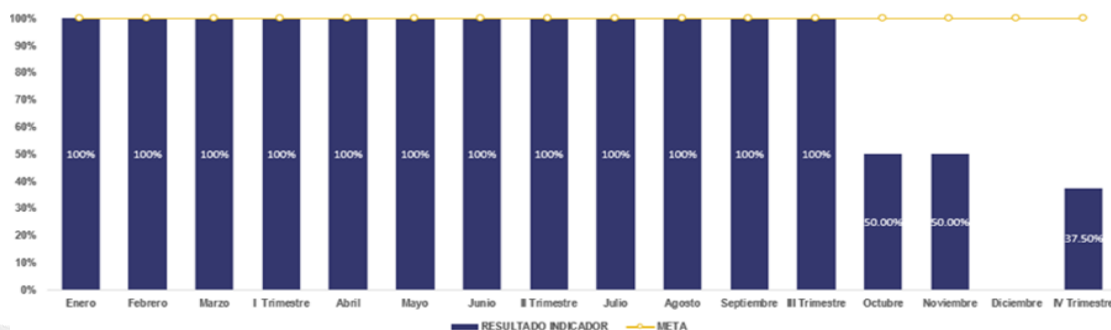
Grafica. Porcentaje de cumplimiento de la operatividad del comité de Seguridad del paciente - Año 2024

Fuente: Carpeta comité de Seguridad del paciente 2024

5.1.6 CIERRE DE PLANES DE ACCIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

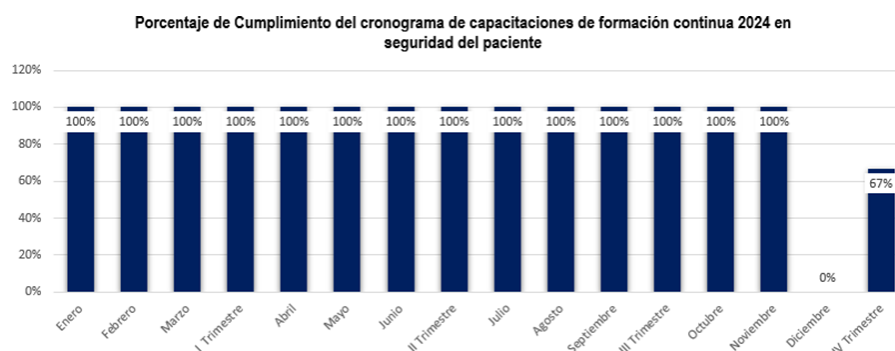
En el periodo evaluado, correspondiente a vigencia 2024, se evidencia un cumplimiento global del 87.80% en el cumplimiento de acciones, debido a que en el IV trimestre 2024 fue de un 37.50% del cierre de acciones derivadas de los planes de acción del Comité de Seguridad del paciente las cuales se encuentran en ejecución. Se encuentra en ejecución definir una muestra aleatoria representativa para la adherencia del protocolo de lavado de manos y para esto se debe definir capacidad instalada en cada Sede, se requirió listado completo de colaboradores por sede desde el proceso de Gestión Humana y se encuentra en ejecución mantenimientos correctivos de infraestructura de Caminos IPS SAS Olaya Herrera, Caminos IPS Mahates SAS Y Gran Manzana.

Porcentaje de cierre de acciones derivadas de los planes de acción del comité de Seguridad del Paciente



5.1.7 CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA

En el periodo evaluado, correspondiente a vigencia 2024, se evidencia un cumplimiento global del 91,66% del cronograma de formación continua, el 67% del cronograma de capacitaciones de formación continua en el último trimestre, lo anterior se encuentra por debajo de los resultados institucionales obtenidos en el III trimestre de 2023, en el cual los resultados fueron del 100%. Como análisis de causa se reprogramó una capacitación por no disponibilidad de agendas médicas en el mes de diciembre, por lo que el programa tiene como necesidad facilitar espacios académicos al personal asistencial para una capacitación continua durante Vigencia 2025.

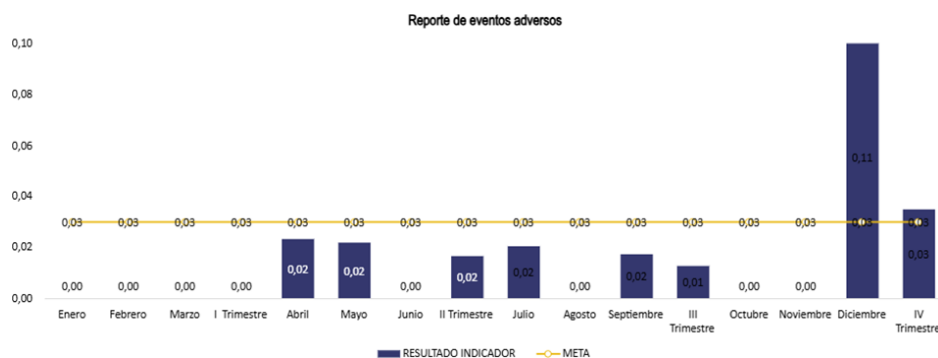


Grafica. Porcentaje de cumplimiento del cronograma de capacitaciones de formación continua en seguridad del paciente 2024.

Fuente: FOR-GH-016 Formato Cronograma de Actividades de Formación V_02

5.1.8 INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS



Grafica. Indicador de gestión de reporte de eventos adversos – Año 2024.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2024



Consolata Mz. H lote 4



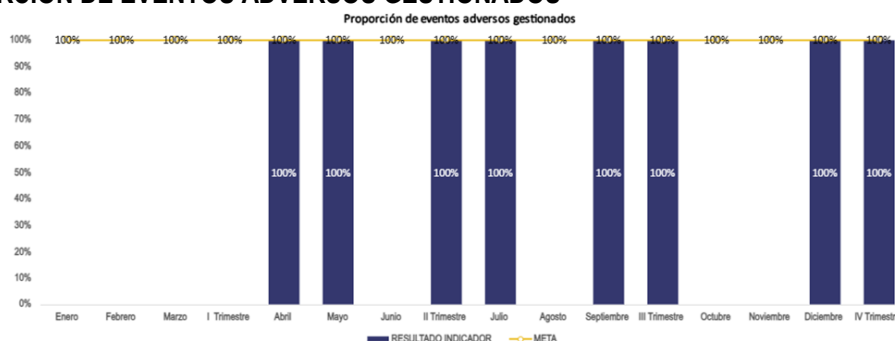
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Análisis de resultados: El análisis del reporte de eventos adversos en Caminos IPS durante 2024 muestra que, en la mayoría del año, el indicador se mantuvo por debajo o en el umbral de la meta establecida (0,03), con varios meses en 0,00, lo que podría indicar ausencia de eventos o subnotificación. Sin embargo, en diciembre se presentó un incremento significativo (0,11), elevando el promedio del IV trimestre a 0,03. En diciembre de 2024 se presentaron 4 episodios de caídas en el servicio de consulta externa, este resultado se encuentra por encima a comparación vigencia anterior, diciembre de 2023, donde se reportaron 2 casos. A comparación con ONCAS el resultado actual se encuentra por encima del comportamiento departamental y nacional correspondiente a mismo periodo (0.03). Dado que, la tasa de caídas se encuentra fuera de metas se requirieron acciones correctivas. Este aumento pudo estar relacionado con una mayor demanda de servicios, fallas en la adherencia a protocolos o una mejora en la cultura de reporte. Para fortalecer la seguridad del paciente, se recomienda incentivar el reporte de eventos para obtener datos más precisos. De acuerdo con el resultado del comportamiento del indicador, se implementó metodología institucional de análisis de causas y diseño de plan de mejoramiento.

PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS GESTIONADOS



Grafica. Indicador de gestión Proporción de eventos adversos gestionados– Año 2024.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2024

Análisis de resultados: El análisis de la proporción de eventos adversos gestionados en Caminos IPS durante 2024 muestra un cumplimiento del 100% en todos los meses y trimestres evaluados, alcanzando la meta establecida. Esto indica que todos los eventos reportados fueron abordados oportunamente, lo que refleja un adecuado seguimiento y gestión del programa de seguridad del paciente. Sin embargo, es fundamental mantener esta tendencia, asegurando que la calidad de la gestión incluya análisis causa raíz, implementación de planes de mejora y seguimiento a las acciones correctivas, especialmente en períodos con mayor incidencia de eventos adversos, como se observó en diciembre.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



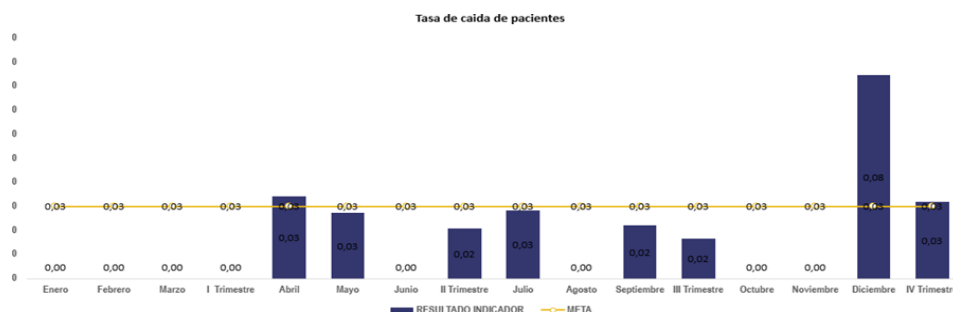
6549888

PROPORCIÓN DE INCIDENTES GESTIONADOS



Análisis de resultados: El análisis de la proporción de incidentes gestionados en Caminos IPS durante 2024 evidencia un cumplimiento del 100% en todos los meses y trimestres evaluados, asegurando que todos los incidentes reportados fueron abordados de manera efectiva y conforme a la meta establecida. Este resultado refleja un adecuado desempeño en la gestión de incidentes, lo que contribuye a la mejora continua de la seguridad del paciente. No obstante, se recomienda fortalecer la cultura de reporte, garantizando que los incidentes sean notificados de manera oportuna, analizados con enfoque preventivo y se implementen estrategias correctivas para minimizar la recurrencia de eventos adversos.

TASA DE CAÍDAS



Grafica. Indicador de gestión Tasa de caída de pacientes – Año 2024.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2024

Análisis de resultados: La tasa de caídas de pacientes a lo largo del año en comparación con la meta establecida de 0,03. Se observa que en la mayoría de los meses la tasa se mantiene en 0,00, lo que indica un buen control del indicador. Sin embargo, en algunos meses como abril, mayo, julio y septiembre, hubo un ligero incremento, aunque sin superar la meta institucional. La principal alerta se presenta en diciembre, donde la tasa alcanza 0,08, superando significativamente la meta establecida, lo que sugiere un aumento en los eventos de caídas.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

De acuerdo con el resultado del comportamiento del indicador Tasa de caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa, correspondiente a diciembre de 2024, el cual se encuentra fuera de la meta establecida y a todos los casos reportados, se implementaron metodología institucional de análisis de causas y diseño de plan de mejoramiento que incluya acciones correctivas.

FLEBITIS EN SITIO DE VENOPUNCIÓN

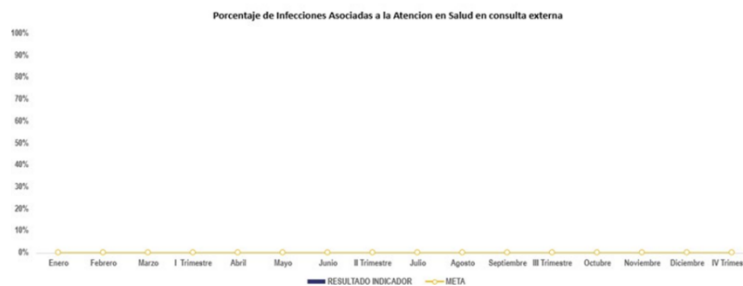


Grafica. Indicador de gestión Flebitis en sitio de venopunción – Año 2024.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2024

Análisis de resultados: La tasa de flebitis en el sitio de venopunción a lo largo del año, con una comparación entre el resultado del indicador y la meta establecida. Se observa que no hay valores registrados para ninguno de los meses, lo que indica que no se han reportado casos de flebitis, comportamiento similar en la vigencia 2023. Este resultado sugiere un adecuado control en la colocación y manejo de accesos venosos, lo cual es positivo para la seguridad del paciente, sin embargo, siempre en las rondas de seguridad se evalúa si el procedimiento y la vigilancia de este evento se están realizando de manera efectiva.

PORCENTAJE DE IAAS



Grafica. Indicador de gestión Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud – Año 2024



Consolata Mz. H lote 4



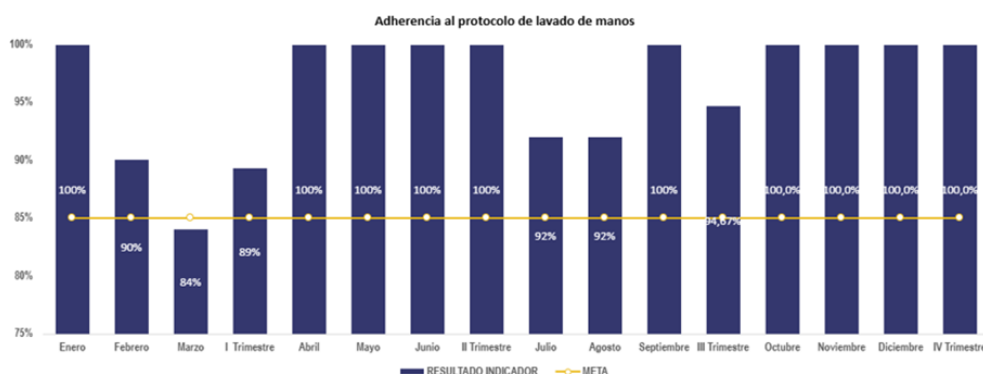
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Análisis de resultados: El porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud en consulta externa a lo largo del año, comparando el resultado del indicador con la meta establecida. Se observa que no hay valores registrados en ningún mes, lo que indica que no se han reportado casos de infecciones o que el indicador no ha presentado variaciones, comportamiento similar en el 2023. Esto puede interpretarse como un resultado positivo en términos de prevención de infecciones en consulta externa; sin embargo, es importante continuar verificando el proceso de vigilancia epidemiológica y el reporte de estos eventos se estén llevando a cabo de manera efectiva.

ADHERENCIA DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS



Grafica 14. Indicador de gestión Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud – Año 2024.

Fuente: FOR-CAL-014 Ficha técnica de Indicadores de gestión en Seguridad del paciente año 2024

Análisis de resultados: La adherencia al protocolo de lavado de manos a lo largo del año, comparando el resultado del indicador con la meta establecida, se observa que en la mayoría de los meses la adherencia ha sido del 100%, excepto en febrero (90%), marzo (84%), junio (89%), julio (92%) y septiembre (94.87%). Durante el 2024 se evaluó 296 colaboradores el procedimiento de lavado de manos. En general, los resultados son positivos, ya que la mayoría del tiempo se ha alcanzado o superado la meta. Sin embargo, los meses con valores inferiores pueden indicar oportunidades de mejora en la capacitación del personal, refuerzo en las estrategias de cumplimiento o auditorías para garantizar que la adherencia se mantenga constante.

5.1.8 GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES 2024

En Caminos IPS S.A.S, como parte del fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente, se ha implementado una Matriz de Fallas de Atención Insegura, la cual permite la identificación, registro, análisis y gestión de eventos adversos, incidentes y condiciones inseguras. Esta herramienta facilita el monitoreo continuo de los riesgos asociados a la prestación del servicio, permitiendo la implementación de acciones preventivas y correctivas que contribuyen a la mejora de la calidad y seguridad del paciente.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Durante la vigencia 2024, se han documentado y analizado diversas fallas, clasificadas según su tipo de riesgo, gravedad y medidas de prevención, garantizando un enfoque proactivo en la mitigación de eventos adversos y en la optimización de los procesos asistenciales.

N°	Fecha de fallas	Reporte	Sede de reporte	Evento de reporte	Nombre del Reportante	Cargo del Reportante	Tipo de Evento	ID Document	Nombre y apellidos	Edad	Clasificación de la falla	Prevención de la falla	Tipo de riesgo	Gravedad	Analizado
1	23/04/2024	23/04/2024	Olivia Herrera	Consulta Externa	Ana raquel Molina	Gestora del programa	CC	1047410075	Silvia castellanos Sanjuanero	35	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
2	30/05/2024	10/05/2024	Consolata	Consulta Externa	Veronica Olave	Directora de Experiencia	CC	1050336540	Yuliana Miranda Marquez	31	Incidente	Prevenible	Datos de identificación	Imperceptible	SI
3	17/05/2024	10/05/2024	Olivia Herrera	Consulta Externa	Ana raquel Molina	Gestora del programa	CC	73341238	Lester Morales Castañero	46	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
4	26/07/2024	20/08/2024	Consolata	Toma de muestra	Zeyda Julio	Gestora del programa	CC	73072368	Victor Lara Almeida	69	Incidente	Prevenible	Datos de identificación	Imperceptible	SI
5	30/07/2024	20/08/2024	Ronda Real 2° Piso	Consulta Externa	Kiarley	Gestora del programa	CC	1052732048	Cristian Vasquez Castro	38	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
6	20/08/2024	5/08/2024	Ronda Real 3° Piso	Consulta Externa	Yarledyris Banquez	Gestora del programa	TP	10584391	Mary Barera Jimenez	56	Incidente	Prevenible	Relacionados con lo	Menor	SI
7	20/08/2024	5/08/2024	Ronda Real 3° Piso	Consulta Externa	Yarledyris Banquez	Gestora del programa	CC	35006550	Ligia Salom ortiz	72	Incidente	Prevenible	Relacionados con lo	Menor	SI
8	17/09/2024	20/09/2024	Olivia Herrera	Consulta Externa	Luis Martinez	Médico del programa	CC	33137563	Cecilia Peralta Pupo	72	Incidente	Prevenible	Relacionados con el	Imperceptible	SI
9	16/09/2024	19/09/2024	Olivia Herrera	Consulta Externa	Fabian Benavides Ca	Médico del programa	CC	45471101	Etebana Maximón Gutierrez	74	Incidente	Prevenible	Relacionados con el	Imperceptible	SI
10	23/09/2024	26/09/2024	Ronda Real 3° Piso	Consulta Externa	Yarledyris Banquez	Gestora del programa	CC	45513072	Liliana Del carmen Noya Jorge	52	Incidente	Prevenible	Datos de identificación	Menor	SI
11	23/09/2024	26/09/2024	Ronda Real 3° Piso	Consulta Externa	Yarledyris Banquez	Gestora del programa	CC	33176037	Lilia Jorge Sanchez	82	Incidente	Prevenible	Datos de identificación	Menor	SI
12	20/09/2024	25/09/2024	Ronda Real 3° Piso	Apoyo Diagnóstico	Alicia Diaz	Gestora del programa	CC	45426789	Lila Maria Luaiwa Ramos	67	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
13	6/12/2024	6/12/2024	Gran Manzana	Consulta Externa	Alicia Diaz	Gestora del programa	CC	45491863	Luz Mary Calcedo Garcia	58	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
14	31/12/2024	16/12/2024	Providencia	Consulta Externa	Alicia Diaz	Gestora del programa	Tipo E	1137533311	Valery Marquez De Avila	8	Evento adverso	Prevenible	Lesiones en miembros	Menor	SI
15	23/12/2024	23/12/2024	Gran Manzana	Consulta Externa	Alicia Diaz	Gestora del programa	CC	33278276	Amalia Rosa Merino Gamara	76	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
16	28/12/2024	28/12/2024	Gran Manzana	Consulta Externa	Yarledyris Banquez	Gestora del programa	CC	39089163	Maria Torreglosa De Month	76	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI
17	28/12/2024	28/12/2024	Gran Manzana	Consulta Externa	Yarledyris Banquez	Gestora del programa	CC	45469340	Maria Asunción Torres Martinez	59	Incidente	Prevenible	Fallas en los registros	Menor	SI
18	30/12/2024	30/12/2024	Olivia Herrera	Consulta Externa	Ana raquel Molina	Gestora del programa	CC	22785635	Erilia Morales Diaz	46	Evento adverso	Prevenible	Caída de pacientes	Menor	SI

Imagen. Matriz de fallas de atención inseguras 2024

El análisis de los tipos de riesgos en Caminos IPS S.A.S. evidencia que la principal causa de fallas en la atención insegura está relacionada con caídas de pacientes (8 casos), seguidas por fallas en los registros clínicos (5 casos). También se reportaron eventos relacionados con laboratorio clínico/patología (2 casos), dispositivos y equipos médicos (2 casos) y fallas en procesos o procedimientos asistenciales (1 caso).

No se registraron incidentes relacionados con infraestructura, administración de medicamentos, infecciones asociadas a la atención en salud, gestión organizacional o trámites administrativos. Estos resultados resaltan la necesidad de reforzar medidas preventivas enfocadas en la seguridad del paciente, especialmente en la prevención de caídas y en la mejora de los registros clínicos.



Imagen. Reporte de eventos adversos 2021-2024



Imagen. Reporte de incidentes 2021-2024



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

El análisis del reporte de eventos adversos e incidentes en Caminos IPS S.A.S. muestra una variabilidad en los reportes a lo largo de los años:

- **Eventos Adversos:** Se observa una disminución de 11 casos en 2021 a 6 en 2022, seguido de un aumento significativo a 18 en 2023. En 2024, la cifra desciende nuevamente a 9 eventos adversos reportados.
- **Incidentes:** Hubo un incremento progresivo de 8 incidentes en 2021 a 27 en 2022 y 33 en 2023. Sin embargo, en 2024, los reportes disminuyen drásticamente a 9.

Esta tendencia podría reflejar cambios en la cultura de seguridad del paciente, en los procesos de reporte o en la implementación de estrategias de mitigación. Es importante evaluar si la disminución en 2024 responde a una mejora en la seguridad o a una posible subnotificación de los eventos.

5.1.9 LOGROS

- ✓ Mayor participación de pacientes y familias en su seguridad, a través de estrategias de educación y comunicación efectiva.
- ✓ Actualización de POL-SEG-001 Política de Seguridad del Paciente V_08, con fecha de aprobación e inclusión en la documentación del Sistema de Gestión de Calidad del 9/10/2024.
- ✓ Actualización del PGM-SEG-001 Programa de Seguridad del Paciente V_03 con fecha de aprobación e inclusión en la documentación del Sistema de Gestión de Calidad del 21/01/2025.
- ✓ Evaluación de la comprensión de la política y programa de seguridad del paciente a un 61,7%, correspondiente a ciento noventa y siete (197) colaboradores (Ver informe de socialización y evaluación de la comprensión de la política y programa de seguridad del paciente 2024).
- ✓ Actualización de la Matriz de indicadores de evaluación de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente, para los cuales se tiene proyectado iniciar la medición y análisis a partir de la vigencia 2025
- ✓ Actualización del FOR-CAL-014 Formato de indicadores de Gestión para la evaluación de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente
- ✓ Documentación de las prácticas faltantes de la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente relacionadas con Procesos Asistenciales Seguros: Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares, Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas, Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental, Prevención de la malnutrición o desnutrición y Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.
- ✓ Documentación de la práctica faltante de la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente relacionada con Prácticas que mejoran la actuación de profesionales.
- ✓ Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- ✓ Documentación e inclusión en la documentación del Sistema de Gestión de Calidad la buena práctica en seguridad del paciente, relacionada con involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.
- ✓ Actualización de las recomendaciones de la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, previamente documentadas en la organización:
 - PTC-SEG-002 Protocolo para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos V_04, con fecha de actualización del 20/01/2025.
 - PTC-SEG-003 Protocolo para la detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud V_04, con fecha de actualización del 14/12/2024.
 - PTC-SEG-004 Protocolo para garantizar la correcta identificación del paciente en la toma de muestras de laboratorio V_04, con fecha de actualización del 14/12/2024.
 - PTC-SEG-005 Protocolo de Lavado de Manos V_05, con fecha de actualización del 30/12/2024.
 - PTC-SEG-006 Protocolo para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas V_06, con fecha de actualización del 29/07/2024.
 - PRO-SEG-007 procedimientos para garantizar la funcionalidad del consentimiento informado V_04, con fecha de actualización del 03/12/2024.
 - PTC-SEG-015 Protocolo para garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado V_04, con fecha de aprobación del 03/12/2024.
 - PTC-SEG-016 Protocolo para prevenir el cansancio en el personal de salud V_04, con fecha de aprobación del 14/12/2024.
- ✓ Actualización del PTC-SEG-005 Protocolo de Lavado de Manos V_05, con fecha de actualización e inclusión en la documentación del Sistema de Gestión de Calidad del 30/12/2024.
- ✓ Modificación del A-SEG-001 Aplicativo de Monitoreo de Rondas de Seguridad con el fin de evaluar la implementación de las Buenas Prácticas incluidas en la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- ✓ Creación de Folleto institucional Autocuidado y seguridad del paciente el cual se entrega en las salas de espera de las diferentes sedes.
- ✓ Cumplimiento del 98,9% en las actividades del PAMEC relacionadas con seguridad del paciente.

5.1.10 DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Sostenibilidad del Cero Eventos Adversos:** Mantener en 0% la incidencia de flebitis en venopunción e infecciones asociadas a la atención en salud es un reto continuo que requiere vigilancia constante y capacitación del personal.
- **Mejora en la Adherencia al Lavado de Manos:** La fluctuación en el cumplimiento del protocolo de lavado de manos en ciertos meses evidencia la necesidad de reforzar estrategias para garantizar su cumplimiento uniforme en toda la institución.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- **Compromiso del Personal:** La sensibilización y el empoderamiento del talento humano en seguridad del paciente deben fortalecerse para evitar subnotificación.
- **Fortalecimiento de la cultura de seguridad:** Aumento en la notificación y análisis de eventos adversos y fallas, promoviendo el aprendizaje organizacional.
- **Fortalecimiento de la cultura de seguridad:** La ausencia de eventos adversos críticos es un indicador positivo que se puede aprovechar para promover una cultura organizacional de seguridad y excelencia en la atención.
- **Capacitación y sensibilización continua:** Las oportunidades de mejora en la adherencia al lavado de manos pueden abordarse con sesiones formativas interactivas y campañas de concientización.
- **Uso de herramientas tecnológicas:** La implementación de herramientas digitales para la notificación y monitoreo de eventos adversos puede optimizar la vigilancia epidemiológica y mejorar la toma de decisiones en tiempo real.
- **Reconocimiento y motivación del Personal:** Incentivar el cumplimiento de buenas prácticas mediante estrategias de reconocimiento puede reforzar la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente.

6.1 PROCESO DE GESTIÓN HUMANA 2024

El presente informe es el resultado de la gestión realizada por el departamento de Gestión Humana durante el año 2024, en cumplimiento de los objetivos, lineamientos, decisiones, prácticas y métodos adoptados por la institución Caminos IPS.

ALCANCE

Este informe recoge los resultados obtenidos durante los cuatro trimestres del año 2024 en el proceso y subprocesos del Departamento de Gestión Humana, reportados por los responsables de los diferentes procesos institucionales y consolidados por el departamento de gestión humana.

OBJETIVO

Dirigir, gestionar y resolver los asuntos laborales, aplicando la normatividad vigente, actuando con eficacia y eficiencia en cada uno de los procesos y subprocesos de la Institución.

RESUMEN

Durante el año 2024, el Departamento de Gestión Humana ha logrado importantes avances en la gestión del talento humano, destacando la aplicabilidad de la Batería de Riesgo Psicosocial, el cumplimiento del cronograma de vacaciones acumuladas y la ejecución de procesos de retiro por mutuo acuerdo. La colaboración de los diferentes líderes y el equipo de gestión humana ha sido fundamental para el cumplimiento de los objetivos de la Gerencia.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com

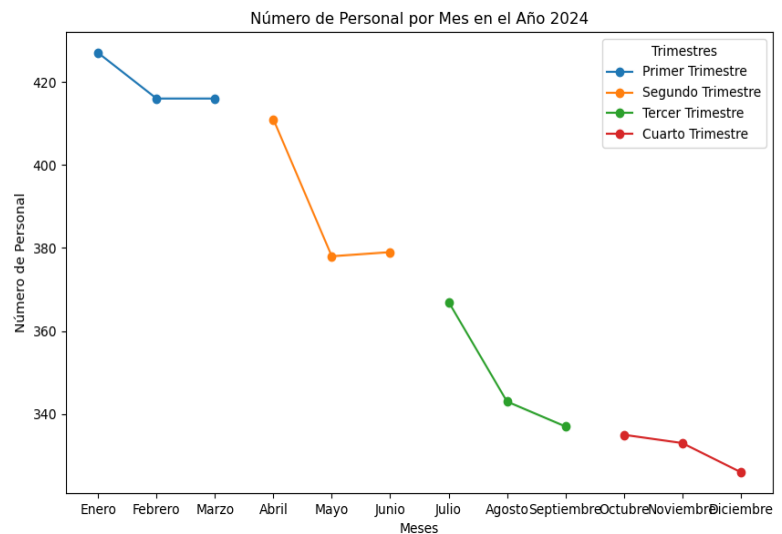


6549888

6.1.1 RESULTADOS DE INDICADORES DE GESTIÓN

NÚMERO DE PERSONAL

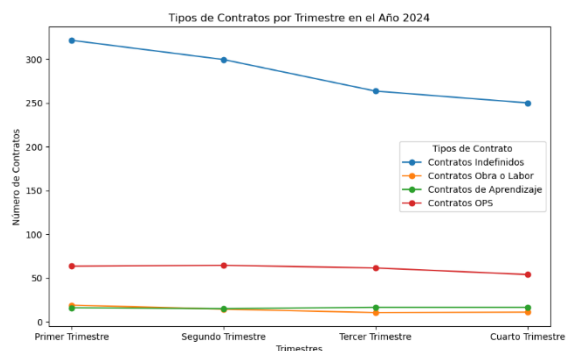
- **Primer Trimestre:**
 - ✓ Enero: 427
 - ✓ Febrero: 416
 - ✓ Marzo: 416
- **Segundo Trimestre:**
 - ✓ Abril: 411
 - ✓ Mayo: 378
 - ✓ Junio: 379
- **Tercer Trimestre:**
 - ✓ Julio: 367
 - ✓ Agosto: 343
 - ✓ Septiembre: 337
- **Cuarto Trimestre:**
 - Octubre: 335
 - Noviembre: 333
 - Diciembre: 326



El número de personal mostró una tendencia decreciente a lo largo del año, comenzando con 427 en enero y terminando con 326 en diciembre. Esta disminución puede ser atribuida a los retiros y la optimización de la plantilla de personal.

TIPOS DE CONTRATOS

- **Primer Trimestre:**
 - ✓ Contratos Indefinidos: 315-328
 - ✓ Contratos Obra o Labor: 17-21
 - ✓ Contratos de Aprendizaje: 16
 - ✓ Contratos OPS: 63-64
- **Segundo Trimestre:**
 - ✓ Contratos Indefinidos: 288-311
 - ✓ Contratos Obra o Labor: 9-20
 - ✓ Contratos de Aprendizaje: 14-16
 - ✓ Contratos OPS: 64-65



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



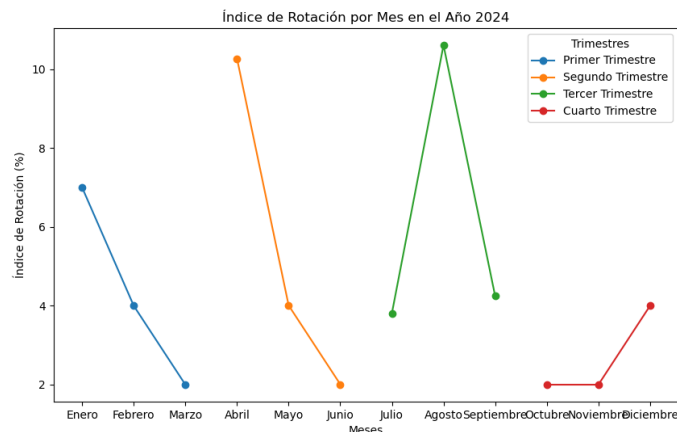
6549888

- **Tercer Trimestre:**
 - ✓ Contratos Indefinidos: 248-279
 - ✓ Contratos Obra o Labor: 10-11
 - ✓ Contratos de Aprendizaje: 16-17
 - ✓ Contratos OPS: 61-62
- **Cuarto Trimestre:**
 - ✓ Contratos Indefinidos: 248-252
 - ✓ Contratos Obra o Labor: 10-12
 - ✓ Contratos de Aprendizaje: 14-19
 - ✓ Contratos OPS: 54

Los contratos indefinidos representaron la mayoría de los contratos durante todo el año, con un porcentaje que osciló entre el 75% y el 76%. Los contratos por obra o labor y de aprendizaje tuvieron una menor representación, mientras que los contratos OPS mantuvieron una proporción constante.

ÍNDICE DE ROTACIÓN

- **Primer Trimestre:**
 - ✓ Enero: 7%
 - ✓ Febrero: 4%
 - ✓ Marzo: 2%
- **Segundo Trimestre:**
 - ✓ Abril: 10.27%
 - ✓ Mayo: 4.01%
 - ✓ Junio: 2.01%
- **Tercer Trimestre:**
 - ✓ Julio: 3.81%
 - ✓ Agosto: 10.61%
 - ✓ Septiembre: 4.25%
- **Cuarto Trimestre:**
 - ✓ Octubre: 2%
 - ✓ Noviembre: 2%
 - ✓ Diciembre: 4%



El índice de rotación mostró variaciones significativas, especialmente en abril y agosto, donde se superó la meta del 5%. Esto indica que hubo periodos de alta rotación de personal, posiblemente debido a cambios organizacionales o finalización de contratos. Sin embargo, en el cuarto trimestre, la rotación se mantuvo dentro de la meta establecida.



Consolata Mz. H lote 4



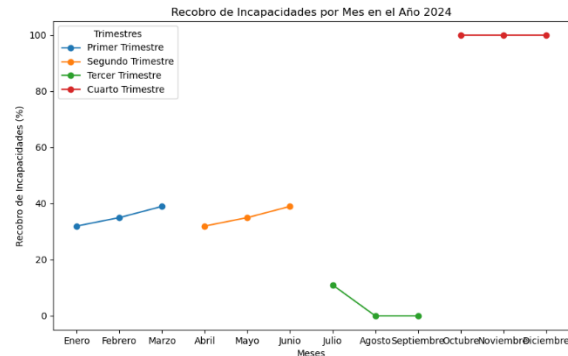
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

RECUBRO DE INCAPACIDADES

- **Primer Trimestre:**
 - ✓ Enero: 32%
 - ✓ Febrero: 35%
 - ✓ Marzo: 39%
- **Segundo Trimestre:**
 - ✓ Abril: 32%
 - ✓ Mayo: 35%
 - ✓ Junio: 39%
- **Tercer Trimestre:**
 - ✓ Julio: 11%
 - ✓ Agosto: 0%
 - ✓ Septiembre: 0%
- **Cuarto Trimestre:**
 - ✓ Octubre: 100%
 - ✓ Noviembre: 100%
 - ✓ Diciembre: 100%



El porcentaje de recobro de incapacidades fue consistente durante los primeros tres trimestres, con un aumento gradual. En el cuarto trimestre, se logró un cumplimiento del 100%, lo que refleja una mejora en la gestión de incapacidades y recobros.

RECAUDO DE INCAPACIDADES

- **Primer Trimestre:**
 - Total: \$8,108,943
- **Segundo Trimestre:**
 - Total: \$9,665,765
- **Tercer Trimestre:**
 - Total: \$43,317,670
- **Cuarto Trimestre:**
 - Total: \$23,208,518



El recaudo de incapacidades mostró un incremento significativo en el tercer trimestre, alcanzando un total de \$43,317,670. En el cuarto trimestre, aunque el total fue menor, se mantuvo un buen nivel de recaudo, sumando \$23,208,518.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

6.1.2 LOGROS

- **Primer Trimestre:**
 - ✓ Cumplimiento del 100% de las actividades para auditorías programadas.
 - ✓ Plan de ajuste realizado según lo pactado por la gerencia.
- **Segundo Trimestre:**
 - ✓ Ejecución de procesos de retiro por mutuo acuerdo.
 - ✓ Cierre del caso de pensión por invalidez de un colaborador.
- **Tercer Trimestre:**
 - ✓ Terminaciones por mutuo acuerdo al personal de laboratorio.
 - ✓ Auditoría ICONTEC con resultado de 0 hallazgos.
- **Cuarto Trimestre:**
 - ✓ Aplicabilidad de la Batería de Riesgo Psicosocial.
 - ✓ Cumplimiento del cronograma de vacaciones acumuladas.
 - ✓

6.1.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Durante todo el año 2024, el departamento de gestión humana se enfocó en realizar las actividades de forma integral en los procesos y subprocesos que lo conforman. Este estilo de gestión permitió incrementar los niveles de productividad y satisfacción laboral en cada uno de los colaboradores. Se recomienda continuar aplicando la normatividad vigente, actuando con eficacia y eficiencia en cada uno de los procesos y subprocesos de la Institución.

7.1 GESTION DE MEJORA CONTINUA

La Gestión de Mejora Continua en Caminos IPS SAS es un proceso estratégico orientado a la optimización de los procesos asistenciales y administrativos, con el propósito de garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en la prestación de servicios de salud. Su implementación responde a la necesidad de fortalecer el desempeño organizacional mediante la identificación de oportunidades de mejora, la promoción de una cultura enfocada en la excelencia y la capacidad de adaptación a las dinámicas normativas y regulatorias del sector salud en Colombia.

En este contexto, la institución implementa, mantiene y mejora el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) a través de sus tres componentes obligatorios: el Sistema Único de Habilitación (SUH), que asegura el cumplimiento de los requisitos mínimos de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad técnico-administrativa; el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), que impulsa estrategias de evaluación y mejora con enfoque en estándares de acreditación en salud; y el Sistema de Información para la Calidad (SIC), que permite brindar información a los usuarios para que puedan elegir servicios de salud de acuerdo a su calidad a través del reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

A su vez, estos componentes se integran con el Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015, consolidando un modelo de gestión alineado con la mejora continua, el enfoque centrado en procesos, el pensamiento basado en riesgos y la satisfacción los usuarios

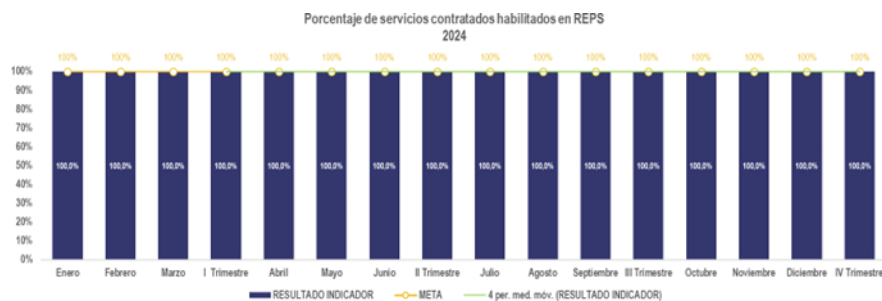


El objetivo es establecer, implementar, mantener y mejorar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud y el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, mediante el análisis, generación de estrategias y el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, con el fin de contribuir al cumplimiento del direccionamiento estratégico.

7.1.1 INDICADORES TRAZADORES MEJORA CONTINUA

SERVICIOS CONTRATADOS HABILITADOS EN REPS

Fuente: FOR-CAL-014 Formato Indicadores de Gestión – Proceso Gestión de Mejora Continua 2024



Durante de la vigencia del 2024 el porcentaje de servicios contratados, con el cliente EAPB, habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, fue el del 100%. Lo anterior se encuentra alineado con los resultados institucionales obtenidos en el año 2023, en el cual se obtuvo un 100% de cumplimiento. Durante el período evaluado se evidencia un comportamiento constante del indicador, cuyos resultados se mantienen cumpliendo la meta establecida por la organización.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

De acuerdo con los datos del Registro Especial de Prestadores de Salud - REPS, al finalizar la vigencia 2024 Caminos IPS SAS cuenta con treinta y cuatro (34) servicios contratados y habilitados, de los cuales veintisiete (27) hacen parte del grupo de Consulta Externa General y Especializada y siete (7) del grupo de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. Se evidencia una disminución del 37 a 34 servicios.

CUMPLIMIENTO DE LA OPERATIVIDAD DE LOS COMITÉS INSTITUCIONAL



Fuente: FOR-CAL-014 Formato Indicadores de Gestión – Proceso Gestión de Mejora Continua 2024

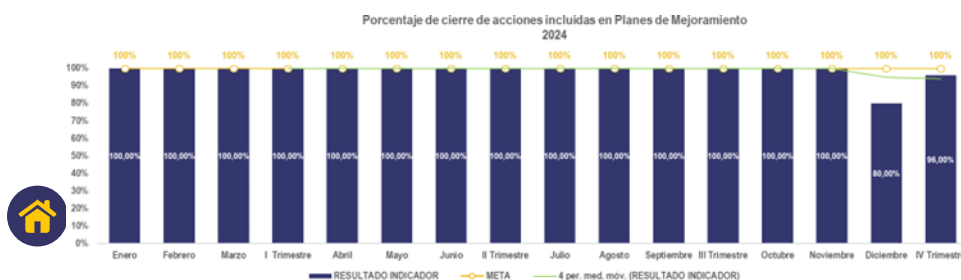
El cumplimiento de la operatividad de los Comités Institucionales en el año 2024 fue del 100% al igual que en la vigencia 2023. Se evidencia un comportamiento constante del indicador, cuyos resultados se mantienen cumpliendo la meta establecida por la organización, correspondiente al 100%.

Dado que, el resultado del indicador se encuentra acorde con la meta establecida, no se requieren acciones correctivas; sin embargo, el Proceso de Gestión de Mejora Continua implementa las siguientes buenas prácticas y estrategias para mantener el comportamiento:

- Seguimiento periódico a los líderes de los Comités Institucionales a través del equipo de calidad.
- Evaluación trimestral de la operatividad y cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de los comités institucionales.

Envío de recordatorio mensuales sobre el cargue oportuno de las actas de los Comités Institucionales, utilizando las aplicaciones de Microsoft 365.

CIERRE DE ACCIONES INCLUIDAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONALES



6549888

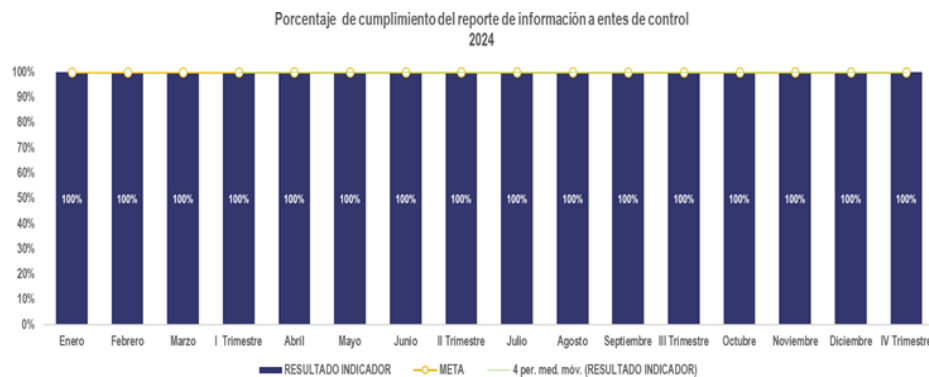
Fuente: FOR-CAL-014 Formato Indicadores de Gestión – Proceso Gestión de Mejora Continua 2024.

En el periodo evaluado el porcentaje de cierre de acciones incluidas en planes de mejoramiento fue en promedio del 99.3%, resultado que evidencia una ligera desviación de 0.7 puntos porcentuales de la meta establecida por la organización, correspondiente al 100%. La desviación en el cierre de acciones incluidas en planes de mejoramiento en el año 2024 se debe a la falta de cierre de una actividad.

Se recomienda implementar las siguientes estrategias con la finalidad de cerrar la actividad y evitar futuros incumplimientos que conlleven a sanciones por parte de los entes regulatorios:

- Evaluar la automatización del diseño y seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora institucionales, a través de un software que permite la priorización de actividades de cumplimiento normativo, incorporando un sistema de alerta temprana que identifique y priorice las acciones de mejora relacionadas con requisitos regulatorios inaplazables.
- Reiterar el escalamiento del caso a la Gerencia y ésta a su vez al Máximo Órgano Social de la organización, para la asignación de recursos e implementación de estrategias que permitan adelantar la gestión para la expedición de la licencia de construcción e la sede Caminos IPS SAS Mahates

CUMPLIMIENTO DEL REPORTE DE INFORMACIÓN A ENTES DE CONTROL



El indicador de cumplimiento del reporte de información a entes de control presentó un comportamiento constante y con tendencia positiva durante toda la vigencia 2024, logrando un 100% de cumplimiento en cada trimestre del año. (Ver gráfica 6). Este resultado se encuentra alineado con la meta establecida por la organización, lo que indica que el proceso de reporte ha sido gestionado adecuadamente, logrando cumplir de manera oportuna con los plazos establecidos en la planificación anual.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

En comparación con la vigencia 2023, en la cual también se alcanzó un 100% de cumplimiento, se evidencia una continuidad en el desempeño óptimo del indicador, lo que demuestra una gestión eficaz y sostenida en el proceso de reporte de información y la adecuada implementación y seguimiento de los procesos internos para garantizar el cumplimiento normativo.

En el período evaluado se cargaron 102 reportes a entes de control, dentro de los cuales se encuentran reportes Financieros, del Sistema de Información para la Calidad - SIC, de Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT y del Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED.

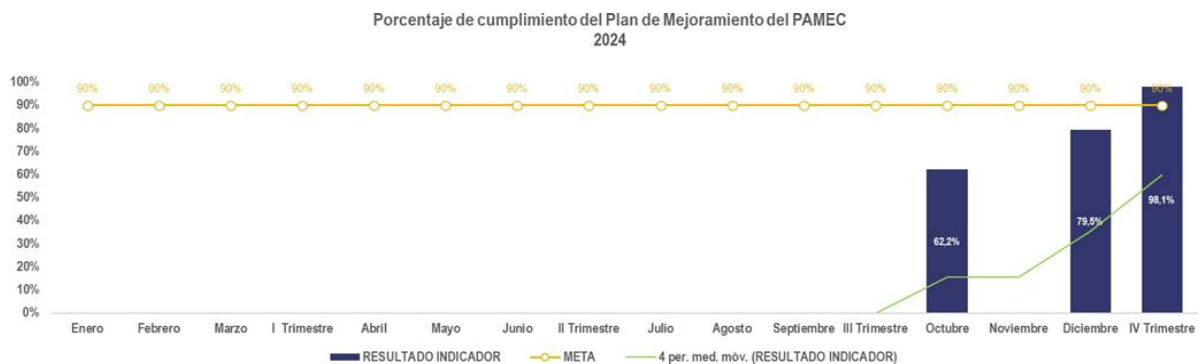
La organización ha implementado las siguientes estrategias clave para garantizar la sostenibilidad de estos resultados:

- Cargue anticipado de los reportes normativos en las plataformas correspondientes, según el Cronograma Interno, con fechas anteriores a las fechas reales establecidas, permitiendo un margen de seguridad ante posibles imprevistos.
- Programación y envío de recordatorios sobre las fechas de cargue de información, durante los primeros cinco

(5) días de cada mes, utilizando las herramientas institucionales de Microsoft 365, para asegurar el cumplimiento oportuno.

- Publicación del cronograma institucional de reportes en los tableros de las oficinas de los responsables y envío a través de correo electrónico institucional, facilitando la visualización y el cumplimiento de los plazos establecidos.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PAMEC 2024



Gráfica 7. Cumplimiento del Plan de Mejoramiento del PAMEC 2024



Consolata Mz. H lote 4

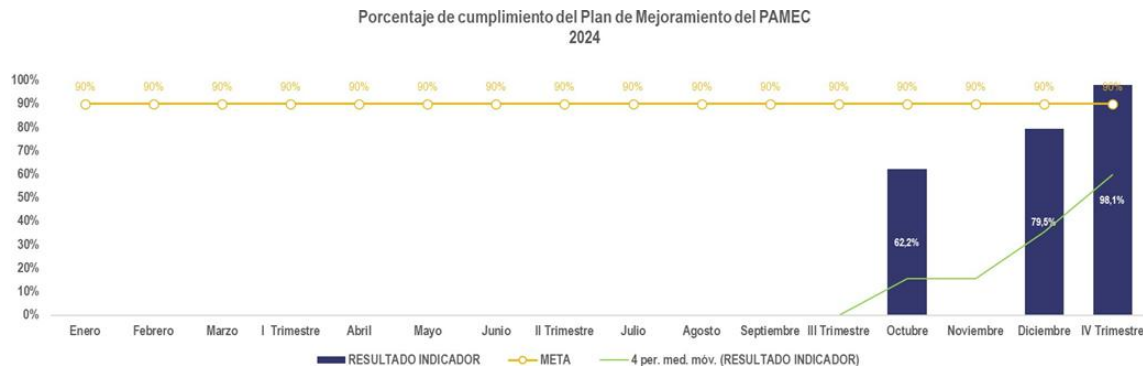


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PAMEC 2024



El indicador de cumplimiento del Plan de Mejoramiento del PAMEC presenta una periodicidad de medición anual. Sin embargo, se realizan mediciones parciales en octubre, diciembre y al finalizar el IV Trimestre durante las auditorías de seguimiento al PAMEC, para controlar el comportamiento del indicador y actuar de manera oportuna frente a posibles desviaciones.

En el tercer seguimiento a la ejecución de las acciones incluidas en el Plan de Mejoramiento del PAMEC 2024, se evidenció un cumplimiento global del 98,1%, superando en 8,1 puntos porcentuales la meta institucional establecida del 90%. El análisis comparativo con los seguimientos previos demuestra una tendencia positiva sostenida en la implementación del plan: En el primer seguimiento, se obtuvo un 66,2% de cumplimiento, avanzando un 20% con respecto al resultado del segundo seguimiento, en el que se registró 79,5% de cumplimiento. Se destaca un avance adicional del 23% con respecto al porcentaje obtenido en el seguimiento final, lo que refleja la consolidación del trabajo constante de los procesos en la implementación de las acciones establecidas.

Este indicador impacta directamente el objetivo estratégico de la organización: "Fomentar la gestión de la innovación y la mejora continua en todos los procesos de la organización". A través del Plan de Mejoramiento del PAMEC la organización identifica oportunidades de mejora en la prestación de servicios de salud, optimizar los procesos internos y garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad. Su correcta ejecución contribuye a la innovación en la gestión de la calidad, asegurando una atención segura, eficiente y centrada en el paciente. El cumplimiento del plan en la vigencia 2024 refleja la efectividad de las estrategias implementadas y el compromiso de la organización con la mejora continua y el cumplimiento de la normatividad legal vigente.

CUMPLIMIENTO DE LA AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fuente: FOR-CAL-014 Formato Indicadores de Gestión – Proceso Gestión de Mejora Continua 2024.



El indicador de cumplimiento de la Auditoría Interna del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 presenta un desempeño constante durante el 2024, con un cumplimiento del 100% en el IV Trimestre, alcanzando y superando la meta establecida del 90%. El resultado anual evidencia la adecuada planificación y ejecución del proceso de auditoría interna, cumpliendo con el numeral 9.2 de la NTC ISO 9001:2015, el cual exige que la organización realice auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información sobre si el sistema de gestión de calidad. El cumplimiento total del indicador permite evidenciar que se realiza la evaluación de la conformidad y desempeño del Sistema de Gestión de Calidad.

Para mantener el comportamiento del indicador dentro de la meta establecida, la organización ha implementado las siguientes buenas prácticas y estrategias en el proceso de auditoría interna:

- Planificación del ejercicio de auditoría: A través del diseño del programa y plan de auditoría interna, asegurando la adecuada programación de las auditorías en función de la criticidad de los procesos y los requisitos normativos.
- Verificación del desarrollo del ejercicio: Mediante la auditoría interna realizada por el equipo ADE, garantizando la correcta ejecución del proceso y la recolección de hallazgos que contribuyan a la mejora continua.

7.1.2 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC

PLANEACIÓN PAMEC 2024

En el mes de enero la Coordinación de Calidad diseñó programación de la ruta crítica del PAMEC 2024, aprobada por la Gerencia y el Comité de Calidad, a través de Acta CC_012024:



Consolata Mz. H lote 4




info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Tabla 2. Programación Proyecto PAMEC 2024. Fuente: Documento PAMEC 2024.

 PROGRAMACIÓN PROYECTO PAMEC 2024 CAMINOS IPS SAS				
PROPÓSITO	Establecer un Programa de Auditoría para la Mejora de la Calidad, tomando en consideración las oportunidades de mejora priorizadas producto de la autoevaluación de los estándares de acreditación y demás fuentes de mejoramiento logrando a través de la formulación de acciones disminuir las brechas evidenciadas entre la calidad observada frente a la calidad esperada.			
ALCANCE	El alcance del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad está orientado al Sistema Único de Acreditación, inicia desde la autoevaluación de los estándares de acreditación del año 2023, hasta el aprendizaje organizacional logrado del cumplimiento de las acciones de mejora ejecutadas. El período de implementación y evaluación corresponde a la vigencia 204 con un seguimiento final que se realizará en el mes de enero de 2025.			
TAREAS	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	DURACIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN
T1	Sensibilización y capacitación en PAMEC con enfoque en Estándares de Acreditación en Salud.	29/03/2024	1	30/03/2024
T2	Autoevaluación Cualitativa con base en los Estándares de Acreditación en Salud.	30/03/2024	70	8/06/2024
T3	Autoevaluación Cuantitativa con base Estándares de Acreditación en Salud.	9/06/2024	92	9/09/2024
T4	Selección de procesos a mejorar y priorización oportunidades de mejora.	11/09/2023	5	16/09/2023
T5	Definir calidad esperada.	16/09/2023	5	21/09/2023
T6	Definición de la metodología para el seguimiento y medición inicial del desempeño de los procesos.	21/09/2024	5	26/09/2024
T7	Diseño de planes de acción.	16/09/2024	5	21/09/2024
T8	Estructuración del documento PAMEC.	21/09/2024	5	26/09/2024
T9	Ejecución del plan de acción.	21/09/2024	116	15/01/2025
T10	Evaluación del mejoramiento.	10/12/2024	51	30/01/2025
T11	Aprendizaje organizacional y estandarización de procesos.	10/12/2024	51	30/01/2025

CUMPLIMIENTO DE LA RUTA CRÍTICA



Fuente: Propia Caminos IPS SAS.



Consolata Mz. H lote 4



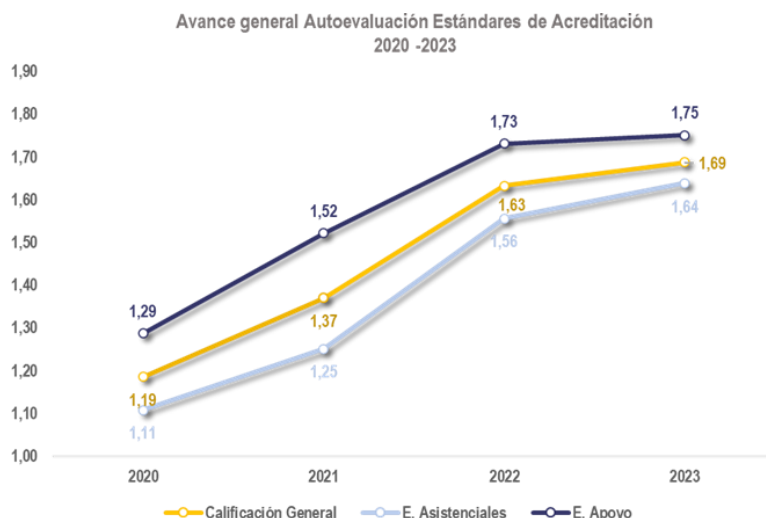
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

En la vigencia 2024 se cumplió el 100% de los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ver Imagen 1). A continuación, se presenta el detalle de los resultados de cada uno de los pasos implementados.

AVANCE GENERAL ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2020 – 2023



Gráfica. Avance general Autoevaluación Estándares de Acreditación 2020 - 2023.

Fuente: Matriz de Autoevaluación 2024.

El análisis de la tendencia en la autoevaluación de los Estándares de Acreditación en Caminos IPS SAS durante el período 2020 - 2023 evidencia un crecimiento progresivo en la calificación general, reflejando el impacto de una gestión estratégica orientada a la mejora continua. Este avance ha sido impulsado por factores clave como el compromiso gerencial, la asignación de recursos económicos para asesoría e implementación, una planificación estructurada, la articulación efectiva entre procesos y equipos de trabajo, y el desarrollo de planes de comunicación y educación en torno a la implementación de la ruta crítica del PAMEC.

En 2020, la calificación general se situó en 1,29, registrando un incremento del 15% en 2021, donde alcanzó 1,37. Posteriormente, en 2023, la calificación aumentó un 17% con respecto a 2021, llegando a 1,63, lo que representa un incremento total del 37% en comparación con 2020, obteniendo un puntaje final de 1,6.

Por otro lado, los estándares asistenciales han experimentado un crecimiento significativo, evolucionando desde una calificación de 1,10 en 2020 hasta alcanzar 1,69 en 2023, lo que representa un avance del 40%. Este progreso resalta la implementación efectiva de estrategias de mejoramiento y el cierre de brechas en la prestación de servicios de salud.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

La trayectoria ascendente en la calificación de los estándares de acreditación refleja una evolución sostenida en la calidad institucional, con un enfoque integral en el fortalecimiento de los procesos de apoyo y la mejora continua de los estándares asistenciales. Este avance demuestra el compromiso de Caminos IPS SAS con la excelencia en la atención en salud, garantizando una prestación de servicios más eficiente, segura y centrada en el usuario.

7.1.3 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015

MEDICIÓN DE 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



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%.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com

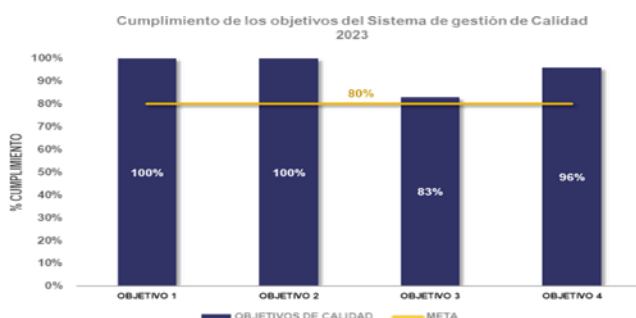


6549888

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.

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%.

La medición del cumplimiento se realiza con corte del mes de abril de cada vigencia, al documentar la Revisión por la Dirección. La medición del año 2024 se realizará en el mes de abril del año 2025.



Fuente: Matriz de Indicadores de Gestión Caminos IPS SAS

7.1.4 GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

En el año 2024, la organización ha cumplido con la planificación e implementación de acciones para la gestión de riesgos y oportunidades en el marco del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), en conformidad con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

Como parte de este proceso, se consideraron las cuestiones internas y externas analizadas en el Documento Contexto 2024, así como los requisitos de las partes interesadas pertinentes. Con base en este análisis, se identificaron los riesgos y oportunidades necesarios de abordar con el fin de:

- Asegurar el cumplimiento de los objetivos y resultados previstos del SGC.
- Potenciar los efectos deseables y las oportunidades de mejora.
- Prevenir y mitigar posibles efectos adversos en los procesos.
- Impulsar la mejora continua y la sostenibilidad del sistema.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Para la gestión de estos riesgos y oportunidades, se utilizó el A-GE-005 V_04 Aplicativo de Gestión de Riesgos y Oportunidades 2024 (Ver imagen 17), en el cual se registraron:

- 46 riesgos asociados a los diferentes procesos organizacionales.
- 104 controles diseñados para prevenir o mitigar el impacto de estos riesgos.
- Un porcentaje de eficacia del GG% en la implementación de los controles definidos.
- 7 oportunidades asociados al contexto de la organización.
- 16 tratamientos para aprovechar las oportunidades.

En conclusión la gestión de la calidad es la base del crecimiento y mejoramiento institucional, los resultados de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, en el periodo comprendido entre los años 2020 y 2024, indican que el proceso de Gestión de Mejora Continua en Caminos IPS SAS evidenció avances significativos en el fortalecimiento del Sistema Único de Habilitación (SUH), el Sistema de Información para la Calidad (SIC), el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015. Estos resultados reflejan el compromiso de la organización con el cumplimiento de los estándares normativos y la optimización de sus procesos internos, impactando positivamente en la operación y en la prestación de servicios de salud.

El desempeño óptimo en el SUH garantizó la inscripción y habilitación de servicios de salud asegurando el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad vigente. Esta gestión eficiente permitió la consolidación de la oferta de servicios de la IPS, fortaleciendo su capacidad de atención y garantizando la continuidad en la prestación de servicios de salud.

En el SIC, la organización alcanzó un cumplimiento total en el reporte de indicadores en PISIS, evidenciando la efectividad de la metodología de recolección, análisis y reporte de datos. Este desempeño asegura la confiabilidad de la información reportada a los entes de control y las EAPB, optimizando la toma de decisiones basada en datos precisos y oportunos.

El PAMEC avanzó de manera satisfactoria con el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas, lo que se tradujo en el fortalecimiento de la seguridad del paciente, la satisfacción de los usuarios, la optimización de procesos clínico- administrativos, la gestión de riesgos y un avance en la cultura de transparencia y ética empresarial. La implementación de estrategias de auditoría interna y seguimiento a indicadores de eficacia y efectividad permitió la identificación y mitigación de riesgos, promoviendo una cultura organizacional enfocada en la excelencia operativa y la mejora continua.

En cuanto al Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, se logró un alto grado de cumplimiento en la ejecución del plan de trabajo y los requisitos normativos, consolidando el enfoque basado en procesos, la gestión del riesgo y la mejora continua dentro de la organización.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

La optimización de la información documentada y la memoria organizacional fortaleció la estandarización de procedimientos, mejorando la eficiencia operativa y la trazabilidad de la gestión institucional.

El impacto global de estos logros en la operación de Caminos IPS SAS se reflejó en la mejora de la calidad de los procesos, de la atención en salud y la consolidación de una gestión alineada con el direccionamiento estratégico. La sinergia entre los diferentes sistemas y procesos permitió alcanzar un desempeño integral sólido, contribuyendo con la sostenibilidad y competitividad de la IPS en el sector salud.

De cara al futuro, el reto se centra en mantener y superar estos estándares, fortaleciendo la gestión basada en datos, la cultura de mejora continua y la capacidad de respuesta a los cambios del entorno. Los resultados obtenidos en 2024 sientan las bases para la evolución del modelo de calidad de la IPS, asegurando una atención en salud con altos niveles de seguridad, eficiencia y satisfacción para los usuarios y demás grupos de interés.

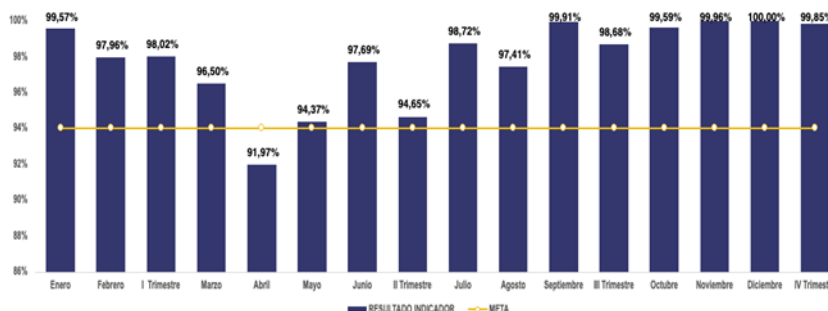
8.1 GESTION FINANCIERA Y CONTABLE

Al realizar un análisis integral de la gestión financiera de Caminos IPS durante el año 2024, se tienen en cuenta los principales indicadores de desempeño, la evolución del EBITDA, los ingresos y costos operacionales, así como las estrategias implementadas para optimizar la rentabilidad y el flujo de efectivo.

Durante el 2024, la institución enfrentó desafíos financieros relacionados con el incremento de gastos administrativos, ajustes en la estructura de costos operacionales y variaciones en la facturación de contratos. Sin embargo, se lograron avances en la reducción del endeudamiento, control de costos y optimización del EBITDA, lo que permitió sostener la estabilidad financiera.

8.1.1 INDICADORES TRAZADORES FINANCIEROS

GESTIÓN DE FACTURACION



Consolata Mz. H lote 4



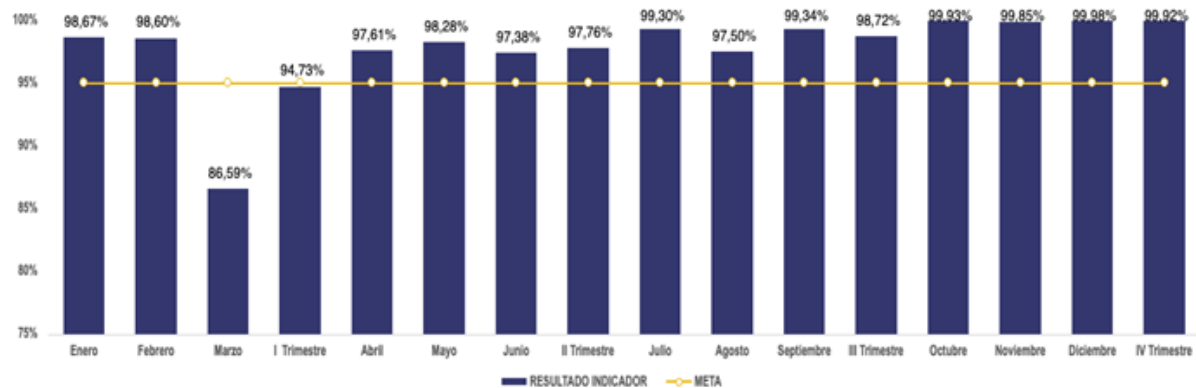
info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Este indicador representa la consecución de un proceso que notablemente evidencia resultados positivos para la organización en donde el 99,8 % de los servicios prestados se encuentran facturados permitiendo que se mantenga un flujo de caja y consecución de pago de obligaciones financieras.

GESTION DE RADICACION



Durante el 2024 Caminos IPS radico el 98% de su radicación lo que fue un logro contundente en la gestión de facturación y radicación permitiendo que la IPS contara con los recursos económicos necesarios para el desarrollo de su operación, para la consecución de este logro se realizaron actividades encaminadas a cumplimiento de la radicación:

1. Seguimiento semanal a la facturación y radicación de los servicios prestados bajo el contrato de evento, con el propósito de identificar oportunidades de mejora que contribuyan a reducir el rezago en la facturación.
2. Gestión de ciertas especialidades y procedimientos incluidos en el contrato de evento fueran aprobados automáticamente por la EPS, agilizando así el proceso y optimizando los tiempos de facturación.
3. Encontrar a través de TIC la interoperabilidad de los Software utilizados por Caminos IPS para lograr el 100% de la automatización de la información necesaria para el correcto, oportuno y efectivo proceso de facturación y radicación.
4. Lograr la optimización de la calidad de los RIPS y las diferencias entre los servicios prestados y facturados para que el proceso de radicación de facturas sea oportuno y efectivo, teniendo en cuenta que se aproxima la implementación de la Resolución 2275, la cual fue aplazada transitoriamente para el 01 de febrero de 2025.



Consolata Mz. H lote 4

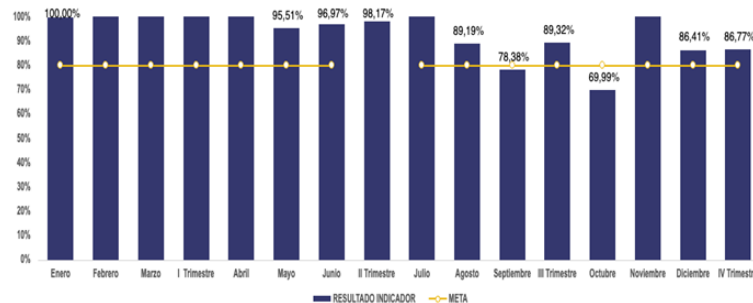


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

RECAUDO DE CARTERA

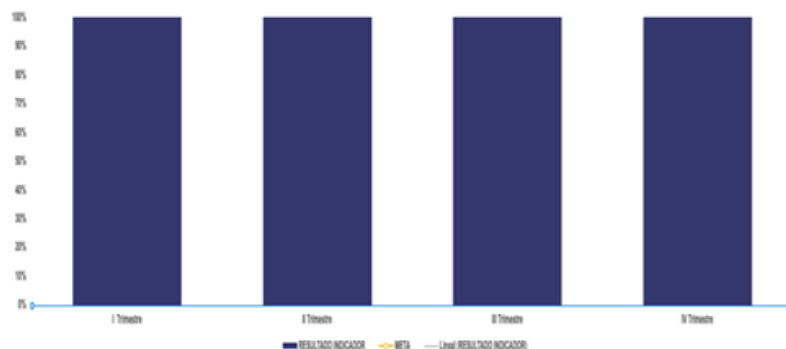


El recaudo de la cartera ha experimentado un aumento significativo para el año 2024 dándole cumplimiento a la meta esto representa un flujo de caja sano para la organización.

Actividades realizadas para la consecución de aumento de este indicador:

1. Depuración de cartera: se ha logrado identificar, revisar y recuperar cuentas pendientes.
2. Acuerdos de pagos con clientes,
3. Optimización del Flujo de Efectivo.
4. Gestión de Liquidez: Mantener un equilibrio adecuado entre los activos líquidos y las obligaciones financieras.
5. Gestión de cobro con un enfoque más activo y decidido para recuperar deudas pendientes, para mantener el flujo de efectivo.
6. Contingencias y Planificación de Crisis: Prepararse para eventos imprevistos y crisis financieras. Esto incluye la creación de planes de contingencia y reservas para enfrentar situaciones difíciles.

RAZON CORRIENTE O LIQUIDEZ



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com

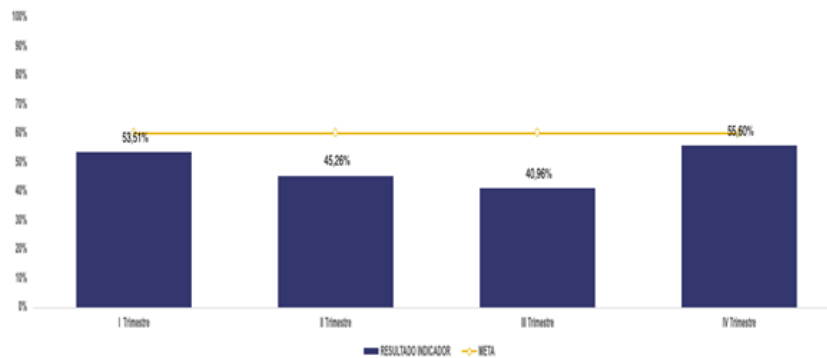


6549888

La razón corriente se mantuvo estable en 1.5 en todos los trimestres del año, indica que la IPS dispone de \$1.5 en activos corrientes por cada \$1 en pasivos corrientes, asegurando una capacidad adecuada para cubrir sus obligaciones de corto plazo

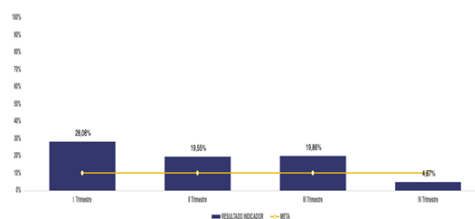
El crecimiento paralelo de los activos y pasivos corrientes en porcentajes similares (+2.47% y +2.43%, respectivamente) sugiere que la organización ha financiado su expansión de manera equilibrada, sin afectar su capacidad de pago. No obstante, se recomienda optimizar la gestión de cobros y pagos, con el objetivo de fortalecer la liquidez sin depender del aumento de los pasivos.

INDICE DE ENDEUDAMIENTO TOTAL



El Índice de Endeudamiento se redujo de 63.59% en 2023 a 55.58% en 2024, representando una disminución de 8.01 puntos porcentuales. Esto significa que en 2024 la Institución financió menos de sus activos con deuda, mejorando su posición financiera, autonomía operativa y reduciendo su exposición a riesgos asociados con tasas de interés y obligaciones de pago. Es fundamental continuar monitoreando este indicador a lo largo del tiempo para asegurar que la organización mantenga una estructura financiera saludable y sostenible.

MARGEN NETO DE UTILIDAD



- El EBITDA creció un 1.58% en 2024, mostrando una mejora en la rentabilidad operativa.



Consolata Mz. H lote 4

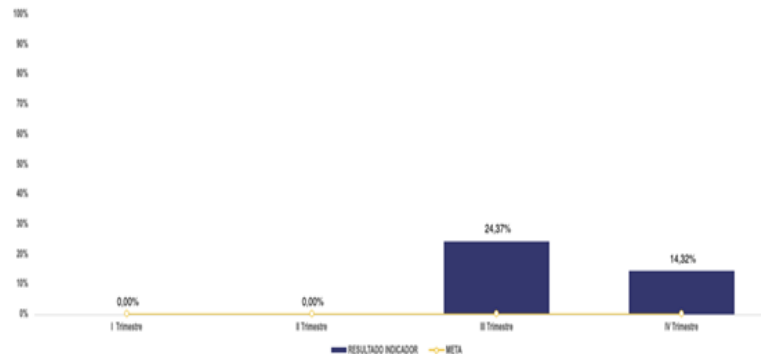


info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

MARGEN EBITDA



Durante el año 2024 el **margen EBITDA** aumentó ligeramente (0.10%), se debe seguir trabajando para alcanzar la meta del **20%**, lo que sugiere oportunidades de optimización en costos.

- Los costos operacionales disminuyeron (-5.81%), lo que fue clave para compensar el impacto negativo del crecimiento de los gastos administrativos.
- El endeudamiento disminuyó de manera significativa, permitiendo una estructura financiera más saludable.
- El aumento en la depreciación y amortización (+97.4%) refleja inversiones en activos, las cuales deben ser monitoreadas para garantizar un retorno positivo.

8.1.2 OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Optimizar los gastos administrativos: Implementar estrategias de eficiencia operativa para contener el crecimiento de estos costos.
- Continuar con la reducción del endeudamiento: Mantener políticas de liquidez y financiamiento que reduzcan la dependencia de deuda externa.
- Fortalecer la estrategia de facturación y radicación: Implementar tecnologías que automaticen estos procesos y reduzcan el rezago.
- Monitorear la rentabilidad de las inversiones en infraestructura, asegurando que contribuyan al crecimiento sostenible.
- Mejorar el margen **EBITDA**, explorando oportunidades para aumentar la eficiencia y reducir costos superfluos.
- Caminos IPS logró mantener estabilidad financiera y mejorar su estructura de costos en 2024, aún hay retos en la optimización del margen **EBITDA** y la eficiencia de facturación. Se recomienda seguir implementando estrategias de control financiero para alcanzar los objetivos a largo plazo.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

8.1.3 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2024

Análisis general de la ejecución presupuestal 2024

Valores expresados en pesos colombianos (COP)

Categoría	Proyectado	Ejecutado	Desviación	% Cumplimiento
INGRESOS	\$41,272,140,351	\$40,984,591,088	-\$287,549,263	99.30%
COSTOS	\$26,042,806,372	\$24,639,310,922	-\$1,403,495,450	94.61%
GASTOS	\$9,584,718,370	\$10,772,187,844	+\$1,187,469,474	112.39%

Durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, CAMINOS IPS S.A.S. evidenció un desempeño sobresaliente en la gestión y ejecución de sus ingresos operacionales, alcanzando un 99.30 % de cumplimiento frente al valor proyectado. Esta cifra refleja una adecuada planeación financiera y una gestión eficiente del recaudo, alineada con los compromisos contractuales y la estrategia institucional.

En términos individuales, se destacan los siguientes comportamientos:

El Contrato Multicohorte Cartagena alcanzó una ejecución del 100%, evidenciando cumplimiento pleno del recaudo estimado.

El Contrato Evento y el Contrato Multicohorte Municipios superaron el valor presupuestado en un 0.67% y 2.24% respectivamente, generando un ingreso adicional total de \$148 millones, producto del incremento en la demanda y del ajuste en los valores reconocidos por la EPS.

El Contrato PGP presentó una ejecución del 97.46%, lo que representa una leve desviación negativa de aproximadamente \$48 millones, atribuible a la variabilidad del comportamiento poblacional.

La ejecución presupuestal de ingresos para la vigencia 2024 muestra un comportamiento sólido y consistente, con un nivel de cumplimiento cercano al 100 %, cumpliendo con las metas de recaudo establecidas y permitiendo un flujo de caja estable para la operación institucional.

Durante la vigencia 2024, CAMINOS IPS S.A.S. ejecutó el 94.61% del presupuesto asignado para costos, evidenciando una gestión financiera eficiente con ajustes operativos alineados a las condiciones del entorno.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Los subrubros con ejecución inferior a lo proyectado fueron:

- Servicios (68.80%) y Mantenimiento (59.17%), reflejando posibles optimizaciones contractuales.
- Gasto de Personal (85.83%) y Honorarios Asistenciales (89.91%) mantuvieron ejecución adecuada, aunque con ajustes por cargas laborales.
- Materiales y Suministros también ejecutó por debajo (85.51%), debido a controles en insumos o eficiencias logísticas.

En contraste, se destacan sobre ejecuciones en:

- Seguros (114%) y Arrendamientos (229.16%), asociados a renovaciones contractuales, nuevas sedes y coberturas ampliadas.

La ejecución presupuestal correspondiente al año 2024 para **CAMINOS IPS S.A.S.** evidencia un comportamiento general favorable en cuanto al cumplimiento de los ingresos proyectados, con un nivel de ejecución del **99.30 %**, lo que refleja una gestión sólida en el recaudo, alineada con los objetivos institucionales y los compromisos contractuales asumidos.

En cuanto a los **costos**, la ejecución alcanzó un **94.61 %**, resultado que permite concluir que la institución mantuvo una disciplina financiera efectiva, realizando ajustes oportunos en la operación sin afectar el desarrollo misional. Este desempeño demuestra una adecuada capacidad de adaptación a las condiciones cambiantes del entorno y a la dinámica operativa interna.

En conjunto, el análisis presentado permite identificar oportunidades de mejora y fortalezas institucionales en la gestión financiera, reafirmando el compromiso de CAMINOS IPS S.A.S. con la transparencia, la sostenibilidad y el cumplimiento de las disposiciones establecidas por los entes de vigilancia y control.

9.1 GESTIÓN INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2024

El informe de seguimiento a la gestión de riesgos de CAMINOS IPS S.A.S. para el año 2024 proporciona un resumen detallado del Sistema Integral de Administración de Riesgos (SIAR). Este sistema es fundamental para garantizar la continuidad y calidad en la atención al paciente, prevenir eventos adversos y asegurar la sostenibilidad operativa y financiera de la institución.

OBJETIVOS

El objetivo general del informe es evaluar el desempeño del SIAR durante el año 2024, identificando áreas de mejora y proponiendo recomendaciones para fortalecer la gestión de riesgos. Los objetivos específicos incluyen desarrollar una guía metodológica, informar a las partes interesadas sobre los riesgos, implementar medidas preventivas, garantizar el cumplimiento normativo y promover una cultura de prevención.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el año 2024 se llevaron a cabo diversas actividades para mejorar la gestión de riesgos, entre las cuales se destacan:

- Diagnóstico de simplicidad organizacional:
 - ✓ Metodología: El diagnóstico involucró a 116 colaboradores de diversas áreas (administrativa, asistencial, financiera y niveles táctico y estratégico). Se evaluaron múltiples dominios de simplicidad organizacional, incluyendo estructura organizacional, talento humano, estrategia y planificación, legal, operacional, servicios, reuniones, visión y comunicación, presentaciones y valor del tiempo del personal.
 - ✓ Resultados Principales: Clasificación General: La organización se ubicó en la categoría de "Compleja" con un puntaje promedio de 30.9.
 - ✓ Distribución de resultados:
 - Oportunidades para simplificación: 39.6%
 - Complejidad: 39.6%
 - Complejidad seria: 14.7%
 - Complejidad paralizante: 6.1%
 - ✓ Dominios Clave:
 - Operacional (690 puntos): Necesidad de revisar y estandarizar procesos operativos, descentralizar la toma de decisiones y simplificar niveles de aprobación
 - Reuniones (426 puntos): Optimización de la gestión y efectividad de las reuniones, consolidación de reuniones improductivas y establecimiento de agendas claras.
 - Valor del Tiempo del Personal (398 puntos): Gestión eficiente del tiempo, evitando falsas urgencias y promoviendo la transparencia en la gestión del tiempo.
 - Talento Humano (358 puntos): Implementación de sistemas de reconocimiento y simplificación de procesos de contratación.
 - Productos o Servicios (324 puntos): Mejora de la calidad y entrega de servicios mediante la digitalización y automatización de procesos.
 - ✓ Recomendaciones:
 - Operacional: Actualizar procesos e información documentada con participación del personal operativo. Descentralizar la toma de decisiones y simplificar niveles de aprobación.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- Reuniones: Realizar talleres de administración del tiempo y reuniones efectivas. Establecer políticas claras para la gestión de reuniones.
 - Valor del Tiempo del Personal: Fomentar una cultura de transparencia en la gestión del tiempo. Integrar prácticas de gestión del tiempo en la evaluación de desempeño.
 - Talento Humano: Implementar programas de incentivos basados en el desempeño. Simplificar procesos de contratación y evaluación de desempeño.
 - Productos o Servicios: Digitalizar y automatizar procesos administrativos. Capacitar al personal y fomentar la colaboración interdepartamental.
- **Taller de direccionamiento estratégico y Balanced Scorecard:**
 - ✓ El objetivo fue revisar nuestra plataforma estratégica, analizar el contexto externo e interno y reformular nuestros objetivos estratégicos para alinearlos al SIAR.
 - ✓ Metodología: El taller utilizó herramientas como la cadena de valor, el análisis PEST y el análisis DOFA para evaluar la situación interna y externa de la organización. Estas herramientas permitieron identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, y desarrollar planes de acción específicos.
 - ✓ Resultados Principales:
 - Análisis DOFA: Fortalezas: Buena reputación en el mercado, alta fidelización de clientes, talento humano considerado como activo estratégico, uso de medios productivos y tecnológicos avanzados.
 - Debilidades: Problemas operativos continuos, falta de diferenciación clara frente a otras instituciones, necesidad de optimizar habilidades del talento humano, gestión ineficiente de reuniones y tiempo de los trabajadores.
 - Oportunidades: Implementación de prácticas sostenibles, uso de IA para predecir brotes y optimizar recursos, crecimiento económico esperado.
 - Amenazas: Cambios en legislaciones laborales y pensionales, competencia creciente, cambios demográficos y tensiones geopolíticas.
 - ✓ Estrategias Derivadas:
 - Estrategia Ofensiva (FO): Crecimiento utilizando las fortalezas internas para aprovechar las oportunidades externas.
 - Estrategias DO: Corregir debilidades aprovechando oportunidades.
 - Estrategias DA: Afrontar amenazas mitigando debilidades.
 - Estrategias FA: Mantener fortalezas y explotar oportunidades.

- **Resocialización de lineamientos generales del SIAR.**

- ✓ **Objetivos de la Socialización:**

- Revisar los Objetivos del SIAR: Asegurar la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos a los que está expuesta la organización. Prevenir posibles impactos negativos en los objetivos de la entidad. Promover la toma de decisiones oportunas para gestionar eficazmente los riesgos.
 - Repasar Conceptos Claves
 - Evaluación de Riesgos: Proceso global de identificación, análisis y valoración del riesgo, realizado de manera sistemática, iterativa y colaborativa.
 - Tratamiento de Riesgos: Selección e implementación de opciones para abordar el riesgo, incluyendo la formulación de opciones, planificación, implementación, evaluación de eficacia y tratamiento adicional si es necesario.
 - Marco Normativo: principalmente la Circular Externa 004-5 de 2021 que establece los lineamientos generales para diseñar, implementar y poner en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y subsistemas para cada uno de los riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.
 - ISO 31000:2018: Directrices y orientaciones en gestión de riesgos, incluyendo el proceso de gestión de riesgos y sus componentes.

- **Taller de metodología de gestión de riesgos en IPS.**

- ✓ La metodología AMFE es una herramienta sistemática utilizada para identificar y evaluar los modos de falla potenciales en un proceso, producto o sistema, y sus efectos sobre el desempeño.
 - ✓ El taller se centró en dos enfoques principales:
 - Enfoque Reactivo/Correctivo (REAC):
REAC: Reaccionar, enmendar, actuar y corregir.
Este enfoque se centra en corregir las fallas o mitigar el daño causado por un incidente. En el área de salud, este enfoque no es viable debido a la necesidad de prevenir incidentes antes de que ocurran.
 - Enfoque Proactivo/Preventivo (APPI):
 - APPI: Anticipar, prever, planificar e identificar.
 - Este enfoque reduce el impacto negativo en la operación, mejora la calidad del servicio, la seguridad del paciente y la eficacia organizacional.
 - Actividades del Taller: Presentación de Conceptos, Estudio de Casos, Pensamiento Basado en Riesgos.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- **Revisión y resocialización de las políticas de los subsistemas de administración del riesgo:**

Políticas de los Subsistemas

- ✓ **Política de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF):**
Objetivo: Prevenir, detectar y gestionar riesgos asociados a la corrupción, opacidad y fraude.
Compromisos: Fomentar una cultura ética y transparente, implementar directrices claras, garantizar el cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno, proveer recursos y herramientas, establecer mecanismos de denuncia, realizar auditorías periódicas y promover la responsabilidad compartida.
- ✓ **Política de Riesgo Actuarial:**
Objetivo: Garantizar la precisión en las proyecciones de costos y servicios, asegurando la sostenibilidad financiera.
Compromisos: Realizar análisis actuariales periódicos, mantener reservas técnicas adecuadas, ajustar modelos actuariales según cambios en perfiles de riesgo y realizar análisis de sensibilidad y stress testing.
- ✓ **Política de Riesgo de Crédito:**
Objetivo: Asegurar una adecuada administración de las cuentas por cobrar y la recuperación de la cartera.
Compromisos: Evaluar la solvencia de contrapartes, establecer límites de exposición crediticia, monitorear la calidad crediticia, mantener provisiones para deudas incobrables y realizar análisis de sensibilidad y stress testing.
- ✓ **Política de Riesgo de Liquidez:**
Objetivo: Garantizar que la IPS cuente con recursos suficientes para enfrentar necesidades financieras inmediatas y de largo plazo.
Compromisos: Mantener activos líquidos, realizar proyecciones de flujo de caja, diversificar fuentes de financiamiento, desarrollar planes de contingencia y monitorear continuamente la liquidez.
- ✓ **Política de Riesgo de Mercado de Capitales:**
Objetivo: Identificar, evaluar y gestionar riesgos asociados a las inversiones en instrumentos financieros.
Compromisos: Diversificar inversiones, realizar análisis de sensibilidad y stress testing, establecer límites de exposición, monitorear condiciones del mercado y ajustar estrategias de inversión.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- ✓ **Política de Riesgo Operacional:**
Objetivo: Mitigar impactos negativos derivados de problemas internos, garantizando un funcionamiento eficiente.
Compromisos: Mapear y optimizar procesos operativos críticos, implementar controles internos robustos, mantener planes de contingencia, diseñar un plan de continuidad del negocio y realizar auditorías regulares.
- ✓ **Política de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT/FPADM):**
Objetivo: Gestionar proactivamente los riesgos asociados al lavado de activos y financiación del terrorismo.
Compromisos: Establecer directrices claras, definir consecuencias del incumplimiento, priorizar la prevención, involucrar a todos los colaboradores, realizar análisis periódicos y asegurar la efectividad de los mecanismos de prevención.
- ✓ **Política de Riesgo en Salud:**
Objetivo: Identificar y mitigar riesgos que pueden afectar la salud de los usuarios.
Compromisos: Garantizar atención basada en políticas de atención integral en salud, adoptar guías de prácticas clínicas, mantener un programa de seguridad del paciente y promover una atención de salud completa y eficiente.
- **Socialización de la actualización del código de ética y buen gobierno.**
 - ✓ Al incorporar nuevas políticas, definiciones, y mecanismos de control, la institución fortalece su compromiso con la transparencia, la ética, y la gestión efectiva de riesgos. Esto no solo asegura el cumplimiento normativo, sino que también promueve una cultura organizacional basada en la integridad y la excelencia en la prestación de servicios de salud.
- **Actualización y socialización política del sistema integral de gestión de riesgo:**
 - ✓ La Nueva Versión incluye aspectos relevantes como:
 - Alineación Estratégica: Garantizar la alineación de la planeación estratégica con el contexto normativo.
 - Cultura de Autocontrol: Liderada por el máximo órgano de gobierno.
 - Ética y Conducta: Incorporación en el Código de Conducta y Buen Gobierno.
 - Identificación de Factores: Evaluación de factores internos y externos.
 - Ciclo de Gestión de Riesgo: Criterios claros para cada etapa del ciclo.
 - Exposición y Tolerancia: Directriz institucional en materia de exposición y tolerancia de riesgos.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- Definición de Límites: Criterios para la definición de límites frente a pérdidas y exposición.
 - Sistemas de Información: Políticas de manejo de bases de datos y seguridad de la información.
 - Cuantificación de Riesgos: Políticas para garantizar información adecuada.
 - Control Interno: Lineamientos del sistema de control interno y monitoreo.
 - Usuarios y Proveedores: Características básicas y mercados de actuación.
 - Comité de Gestión de Riesgos: Conformación voluntaria del comité.
- ✓ Mejoras Destacadas:
- Alineación Estratégica: La nueva política enfatiza la alineación de la planeación estratégica con el contexto normativo, asegurando una gestión de riesgos más coherente y efectiva.
 - Liderazgo en Cultura de Autocontrol: La instauración de la cultura de autocontrol, autorregulación y mejora continua es liderada por el máximo órgano de gobierno, fortaleciendo el compromiso institucional.
 - Ética y Conducta: La incorporación de lineamientos de ética y conducta en el Código de Conducta y Buen Gobierno asegura un funcionamiento más transparente y responsable.
 - Ciclo de Gestión de Riesgo: La especificación clara de los criterios para cada etapa del ciclo de gestión de riesgo mejora la precisión y efectividad en la gestión de riesgos.
 - Sistemas de Información: Las políticas de manejo de bases de datos y seguridad de la información garantizan la calidad y seguridad de la información utilizada en la gestión de riesgos.
- **Socialización del programa de transparencia y ética empresarial (PTEE).**
- ✓ El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) de CAMINOS IPS S.A.S. refuerza el compromiso de la institución con la integridad y la transparencia en todas sus operaciones y relaciones comerciales. Este programa está diseñado para prevenir, detectar y sancionar cualquier conducta que atente contra la ética y los valores corporativos, incluyendo actos de corrupción y soborno. El PTEE garantiza el cumplimiento de las normativas legales y regulatorias, fomentando una cultura organizacional basada en la confianza, la responsabilidad y la rendición de cuentas
 - ✓ Objetivo General: Comprometerse a nivel organizacional con la prevención, identificación y corrección de situaciones que podrían derivar en prácticas inadecuadas o fraudulentas, reforzando la reputación y la integridad institucional.
 - ✓ Objetivos Específicos:
 - Desarrollar y aplicar mecanismos de control para la detección temprana de conductas irregulares o fraudulentas



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- Implementar procesos formativos y de sensibilización para todos los colaboradores, orientados a la prevención de malas prácticas y el fomento de un entorno ético
 - Establecer protocolos correctivos y sancionatorios efectivos para garantizar que las situaciones detectadas se tramiten oportunamente y conforme a la normativa vigente
 - Definir claramente los roles y responsabilidades en relación con el programa de ética empresarial.
- ✓ Alcance: El PTEE forma parte de las políticas organizacionales y se aplica a todas las partes interesadas de CAMINOS IPS.
 - ✓ Marco Normativo: El PTEE se basa en normas y estándares internacionales y nacionales, incluyendo la Ley 2195 de 2022 y la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, que establecen medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción.
 - ✓ Estructura Organizacional: La estructura organizacional del PTEE incluye la Asamblea General de Accionistas, la Revisoría Fiscal, el Representante Legal y el Oficial de Cumplimiento del PTEE, cada uno con responsabilidades específicas para asegurar la implementación y el cumplimiento del programa.
 - ✓ Partes Interesadas: Las partes interesadas de CAMINOS IPS incluyen empleados, directivos, autoridades, ciudadanos y proveedores. La institución establece lineamientos para regular las interacciones y relaciones con cada grupo, garantizando una gestión adecuada de sus expectativas e intereses.
 - ✓ Medidas Adoptadas: El PTEE establece normas internas para la prevención y mitigación del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno, así como los principios y valores de la Plataforma Estratégica. Las medidas incluyen la identificación de factores, riesgos, acciones de control y planes de mitigación, y la asignación de roles y responsabilidades para la implementación del programa.
- **Socialización del subsistema integral de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude (SICOF).**
 - ✓ Este manual establece un marco integral para identificar, monitorear, tratar, evaluar y controlar los riesgos asociados a la corrupción, opacidad y fraude (COF), fortaleciendo la cultura institucional de integridad y lucha contra el COF en todos los niveles de la organización.
 - ✓ Objetivo General: Garantizar la mitigación de los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude originados de factores internos y externos de CAMINOS IPS, a través de la implementación de acciones preventivas o correctivas necesarias para controlar los factores generadores de riesgos.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- ✓ **Objetivos Específicos:**
 - Impulsar una cultura de integridad y compromiso en la lucha contra la corrupción, opacidad y fraude dentro de la IPS.
 - Promover una conducta ética y transparente entre todos los colaboradores de la institución.
 - Implementar mecanismos y controles efectivos que faciliten la prevención de riesgos asociados a la corrupción, opacidad y fraude, tanto internos como externos.
 - Disminuir la vulnerabilidad de la institución ante riesgos de corrupción, opacidad y fraude, reduciendo así su nivel de exposición.
- ✓ **Alcance:** El SICOF abarca desde la identificación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF), hasta la generación de una cultura de gestión del riesgo basada en el mejoramiento continuo y el seguimiento del cumplimiento de este.
- ✓ **Políticas de Prevención de COF:**
 - Política Anticorrupción: Establece la Cero Tolerancia frente a la corrupción, implementando controles y mecanismos para prevenir y detectar actos corruptos.
 - Política Antisoborno: Prohíbe cualquier forma de soborno y corrupción, estableciendo directrices claras para la gestión de conflictos de interés y mecanismos de denuncia.
 - Política de Protección y Confidencialidad para Denunciantes: Garantiza la protección y confidencialidad de las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad, fraude o actos antiéticos.
- ✓ **Procesos y Procedimientos:**
 - ✓ Manual de SICOF: Instrumenta las diferentes etapas y elementos del SICOF.
 - ✓ Procedimiento para denuncia y gestión de actos de corrupción, opacidad, fraude e infracciones antiéticas: Facilita el reporte y gestión de actos irregulares.
 - ✓ Procedimiento de protección al denunciante: Asegura la seguridad y confidencialidad de los denunciantes.
- ✓ **Mecanismos**
 - Indicadores Claves de Control y Riesgo
 - Matriz de Riesgos
 - Sistema de Denuncias: Facilita el reporte de actos de COF y actos antiéticos, garantizando la confidencialidad y protección de los denunciantes.

- ✓ Estructura Organizacional y Responsabilidades:
 - Asamblea General de Accionistas: Define y aprueba las estrategias y políticas generales del SICOF.
 - Representante Legal: Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas y desarrollar estrategias para el cambio cultural.
 - Oficial de Cumplimiento: Responsable de diseñar, implementar y monitorear el SICOF, así como de presentar informes periódicos sobre su evolución.

9.1.2 INVENTARIO DE RIESGOS INSTITUCIONALES

PROCESOS	N.º RIESGOS POR PROCESO
Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional	3
Gestión del Servicio Farmacéutico	5
Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario	4
Gestión de Mejora Continua	5
Gestión Financiera	4
Gestión Logística	4
Gestión Humana	3
Gestión TIC	6
Procesos Misionales	12
TOTAL RIESGOS	46

Se gestionaron un total de 46 riesgos institucionales, distribuidos en diferentes procesos como gestión TIC, gestión del servicio farmacéutico, gestión financiera, entre otros.

ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS

PROCESOS	N.º CONTROLES POR PROCESO
Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional	5
Gestión del Servicio Farmacéutico	5
Gestión del Sistema de Información, Atención y Experiencia al Usuario	9
Gestión de Mejora Continua	15
Gestión Financiera	7
Gestión Logística	12
Gestión Humana	12
Gestión TIC Procesos	17
Misionales	12
TOTAL CONTROLES	89

Se implementaron 89 controles o acciones preventivas para mitigar los riesgos identificados. Los riesgos con análisis residual bajo se monitorean trimestralmente, los moderados bimestralmente y los altos o extremos mensualmente.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

9.1.3 DETALLE DEL INVENTARIO DE RIESGOS Y CONTROLES POR PROCESO

Proceso Gestión TIC:

- Riesgos: 13.04% del total gestionado.
- Controles: Implementación de software de gestión, clasificación según criticidad, revisiones periódicas, jornadas extraordinarias, controles de acceso basados en roles, sistemas de monitoreo y auditoría, procedimientos de respaldo y recuperación.

Proceso Gestión del Servicio Farmacéutico:

- Riesgos: 10.87% del total gestionado.
- Controles: Verificación exhaustiva del cumplimiento, estudio de casos en el Comité de Farmacia y Terapéutica, verificación técnica y correcta aplicación.

Proceso Gestión Financiera:

- Riesgos: 8.70% del total gestionado.
- Controles: Seguimiento continuo a facturación y recaudo, supervisión del nivel de endeudamiento, control de gastos operativos, monitoreo y optimización de procesos, cronogramas de radicación, controles de calidad en validación previa.

Proceso Gestión Logística:

- Riesgos: 8.70% del total gestionado.
- Controles: Implementación sistema gestión inventarios con alertas automáticas, auditorías periódicas precios, capacitaciones sobre normativas vigentes, planificación y gestión planes mejora derivados rondas infraestructura.

Proceso Gestión Humana:

- Riesgos: 6.52% del total gestionado.
- Controles: Capacitación sobre normativas vigentes y procedimientos autoevaluación, verificación mensual información registrada REPS vs prestación servicios salud sede.

Proceso Gestión del Direccionamiento Estratégico y Organizacional:

- Riesgos: 6.52% del total gestionado.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

- Controles: Actualización procesos e información documentada con participación personal operativo, descentralización toma decisiones simplificación niveles aprobación.

Procesos Misionales:

- Riesgos: 26.09% del total gestionado.
- Controles: Búsqueda activa pasiva eventos interés sanitario, socialización GPC atención gestantes VIH equipo interdisciplinario.

9.1.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- Fortalecimiento de la cultura de gestión de riesgos.
- Eficacia de los controles implementados.
- Necesidad de mejora continua en áreas clave.

Recomendaciones:

- Revisión y estandarización de procesos.
- Optimización de la gestión del tiempo y reuniones.
- Digitalización y automatización de procesos.
- Implementación de sistemas tecnológicos.
- Monitoreo y seguimiento continuo.
- Fortalecimiento del talento humano.
- Fomento del compromiso personal y adherencia al tratamiento.

La implementación de estas acciones contribuirá a crear un entorno más colaborativo y eficiente, posicionando a CAMINOS IPS S.A.S. para enfrentar los desafíos futuros en el sector salud.

10.1 GESTION DE EXPERIENCIA AL USUARIO

Para CAMINOS IPS garantizar una buena experiencia dentro de la atención en salud es lo más importante, para eso existen mecanismos que nos permiten racionalizar ese compromiso con el usuario, El sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF) se encarga de recepcionar y gestionar en tiempo oportuno las respuestas al usuario, de tal forma que le permita a la organización establecer estrategias de intervención que promueva una mejora continua, impactando en la satisfacción de los clientes internos y externos.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

10.1.1 INDICADORES TRAZADORES EXPERIENCIA DEL USUARIO

OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE PQRSF

Este indicador se calcula con el propósito de garantizar la gestión oportuna de las PQRSF en la organización. En el análisis del indicador de PQRSF (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades) recibidas en la IPS en el año 2024, se observa una tendencia significativa al cumplimiento en tiempos de respuesta de las solicitudes. Para el año 2024, se continua la medición de la oportunidad en las respuestas de los reclamos, según la clasificación dada por la Super Intendencia Nacional de Salud en su resolución 00005 del 2023, con fecha de implementación del 01 de julio del año 2023.

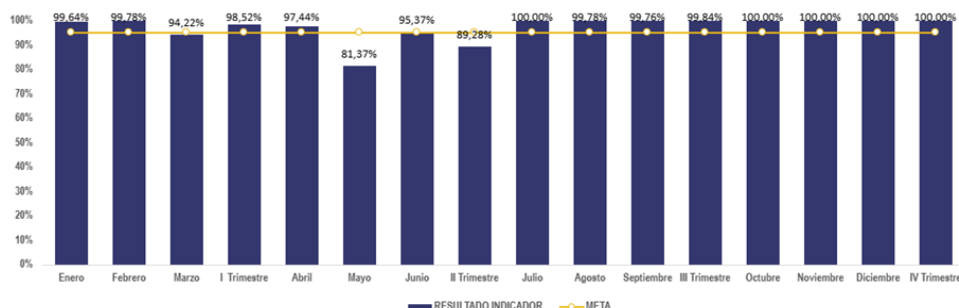


Gráfico 1. Resultados indicador Oportunidad en la gestión de PQRSF de enero a diciembre del año 2024

Al realizar la desagregación del indicador de Gestión de oportunidad, se presenta los resultados agrupados así:

- Quejas y reclamos
- Peticiones y sugerencias
- Felicidades

A continuación, se evidencian resultados por cada grupo

OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

El comportamiento de la oportunidad de gestión de Quejas y Reclamos gestionando en un 100% los requerimientos de los usuarios, con resultados variados en varios meses, por varias causales, las cuales fueron identificadas, abordadas de manera integral y se realizaron planes de mejora con una mejoría notable a partir del mes de junio. Este logro refleja un compromiso firme con los estándares de calidad y eficiencia en el manejo de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. La implementación rigurosa de los procedimientos establecidos ha permitido que todas las solicitudes sean atendidas de manera oportuna y conforme a los plazos establecidos, garantizando así una respuesta ágil y adecuada a las inquietudes y necesidades de los pacientes.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

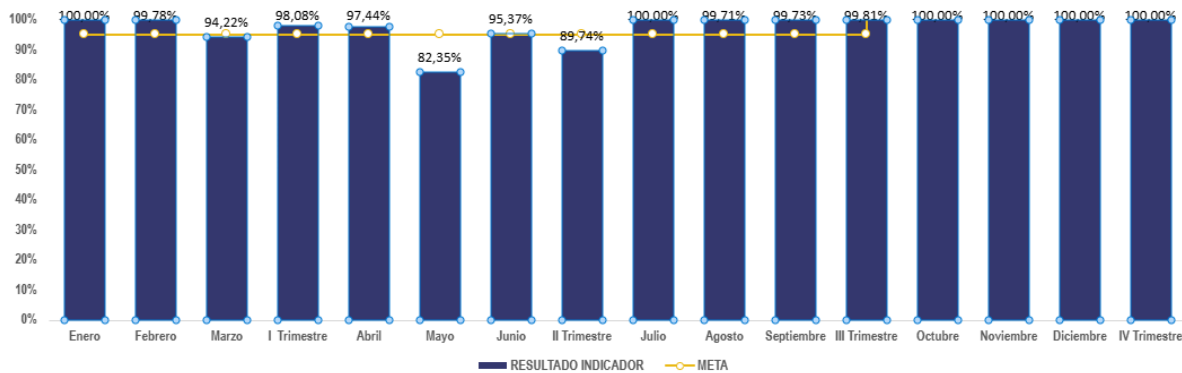


Gráfico 2. Resultados indicador Oportunidad en la gestión de Quejas y Reclamos en el año 2024

OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE PETICIONES Y SUGERENCIAS

En el comportamiento de la oportunidad de gestión de Peticiones y Sugerencias, se evidencia un proceso de mejora en los resultados del año 2024. Durante el año 2024, la IPS ha gestionado el 100% de las peticiones y sugerencias realizadas por los usuarios, cumpliendo así con un estándar de atención excepcional. La completa gestión de estas peticiones y sugerencias no solo ha permitido implementar mejoras valiosas en nuestros procesos y servicios, sino que también ha fortalecido la confianza y la relación con nuestros pacientes, garantizando una experiencia más positiva y enriquecedora. manteniendo de la meta del 100% todos los meses, ver gráfico 3

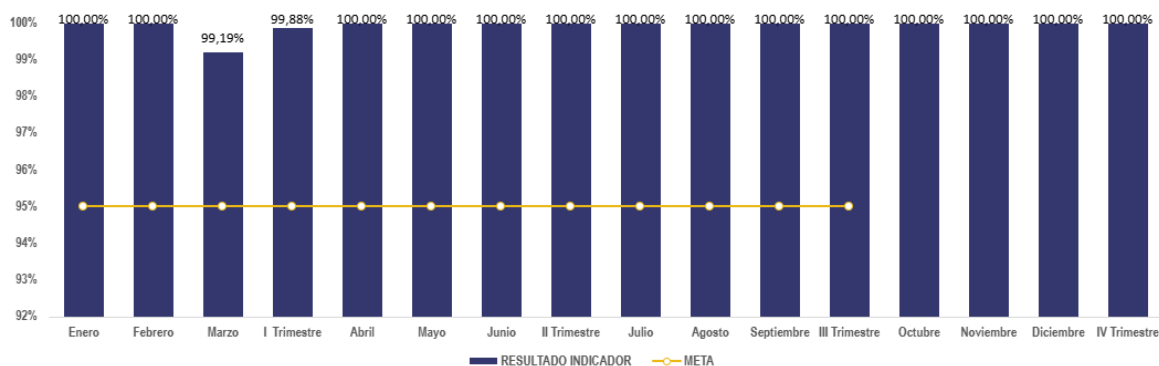


Gráfico 3. Resultados indicador Oportunidad en la gestión de Peticiones y Sugerencias del año 2024.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE FELICITACIONES

Durante el año 2024, en Caminos IPS, no se recibieron felicitaciones, por lo que se decidió implementar estrategias para mejorar la calidad del servicio y fomentar una comunicación más efectiva con los pacientes, garantizando así su satisfacción y reconocimiento en el futuro.

CANALES DE RADICACIÓN

En el año del 2024 se han recepcionado 4205 PQRSF, recibidas así:

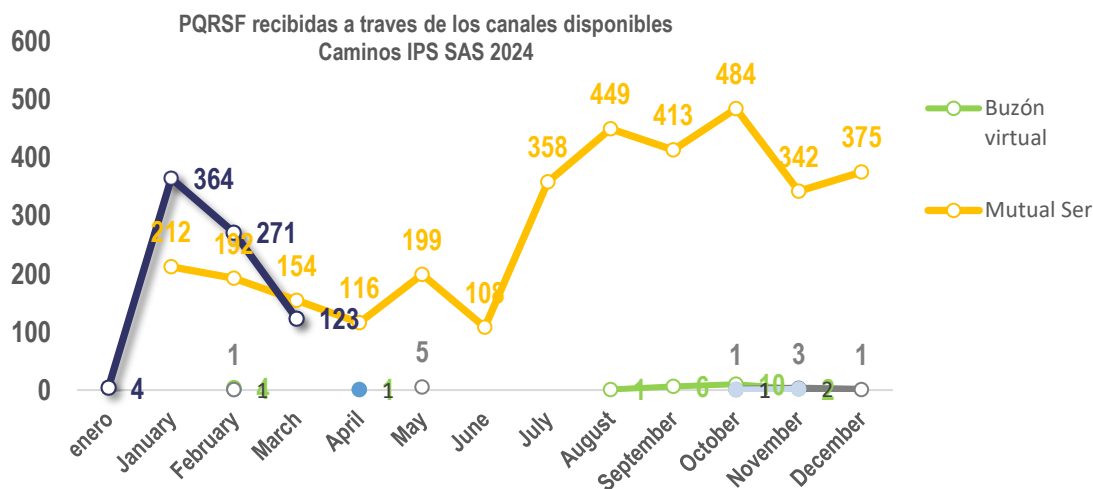


Gráfico 4. Comportamiento de las PQRSF según canales de radicación en el año 2024.

Las PQRSF fueron radicadas a través de los diferentes canales de acceso en la organización: buzón virtual (página web), buzón físico (sedes), correo electrónico y personalmente en las sedes. En el grafico 6 se puede visualizar en línea de tiempo el comportamiento del número de radicados por mes según cada canal, encontrando que el principal medio de radicación para los usuarios es Mutual Ser.

COMPORTAMIENTO DE LAS PQRSF

En el periodo evaluado se identifican 1734 radicados, de los cuales 810(44%) corresponden a reclamos, 916 (55%) a peticiones, el 7% restante distribuidos entre quejas 1 (0,30%) y sugerencias 7 (0,70%). En el grafico 7 se puede visualizar el comportamiento con tendencia al aumento, lo anterior dado a las estrategias para mejorar la frecuencia de uso de los canales y el correcto reporte de los radicados y registros.



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

Comportamiento de las PQRSF Caminos IPS SAS Año 2024

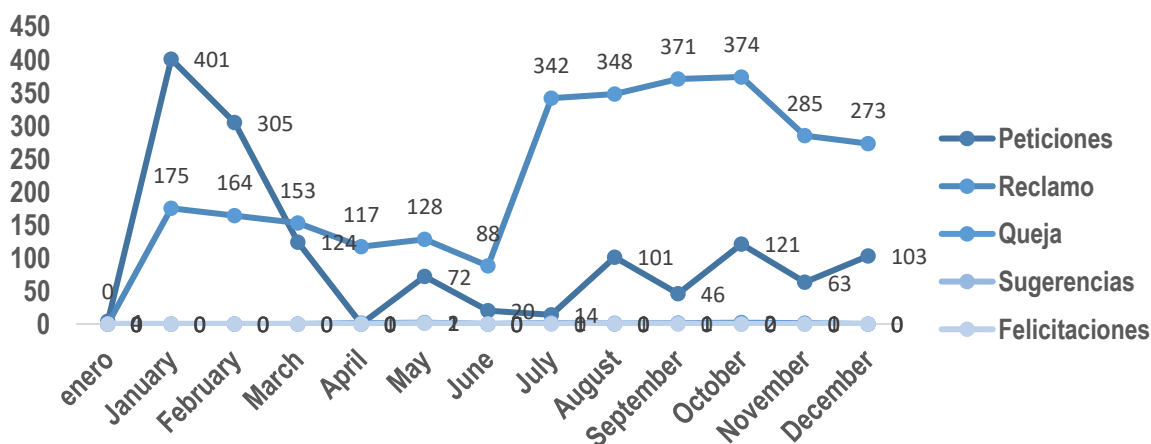


Gráfico 5. Comportamiento de las PQRSF según en el año 2024.

PROPORCION DE SATISFACCION GLOBAL DE LOS USUARIOS EN EL 2024

La satisfacción global es un indicador clave en la evaluación de la calidad de los servicios de salud en la IPS. Este indicadore no solo refleja la experiencia del paciente, sino que también tienen un impacto significativo en la reputación y el éxito a largo plazo de la IPS. En el 2023 y 2024 se ha mantenido una satisfacción superior a 99%, en el 2024 incrementó la satisfacción en un 0.2%



Consolata Mz. H lote 4



info@caminosips.com
www.caminosips.com



6549888

PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIAN SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS

La proporción de usuarios que recomendaría a la IPS es un indicador clave para diferenciarse y destacarse frente a otras instituciones., en el año 2023 y 2024 se han obtenido unos excelentes resultados. Las recomendaciones positivas mejoran la reputación de la IPS en la comunidad, lo que atrae a más pacientes y, potencialmente a más profesionales de la salud.



En conclusión, el análisis de la tendencia de PQRSF para el año 2024 ha ofrecido una visión integral del desempeño de la IPS en la gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. Durante este período, se ha observado una evolución positiva en varios aspectos clave.

La eficiencia en la resolución de PQRSF ha mejorado, con una reducción notable en los tiempos de respuesta, cumpliendo de manera consistente con los plazos establecidos por la normativa vigente. Además, la implementación de nuevas estrategias y procesos ha permitido una mejor identificación y abordaje de las áreas problemáticas, contribuyendo a una disminución en la frecuencia de quejas recurrentes y un aumento en la satisfacción general de los usuarios.

La satisfacción global es un indicador clave en la evaluación de la calidad de los servicios de salud en la IPS. Este indicador no solo refleja la experiencia del paciente, sino que también tienen un impacto significativo en la reputación y el éxito a largo plazo de la IPS. En el 2023 y 2024 se ha mantenido una satisfacción superior a 99%, en el 2024 incrementó la satisfacción en un 0.2.

11. CONCLUSIONES

La gestión del riesgo en salud en Colombia, a través de programas dirigidos a la gestión del riesgo, ha demostrado ser efectiva en diversos aspectos, pero enfrenta retos significativos que requieren atención. Es crucial que se continúe invirtiendo en la capacitación del personal, la sensibilización de la población y el fortalecimiento de los sistemas de salud para garantizar el acceso equitativo y la calidad en la atención. Las oportunidades que surgen de la innovación y la colaboración interinstitucional pueden ser aprovechadas para mejorar aún más la salud de la población y la efectividad de los programas implementados.

Los buenos resultados de la CAMINOS IPS en la gestión de programas de riesgo ha permitido a los usuarios llevar una vida más plena y activa, lo que a su vez disminuye la carga emocional y social que estas enfermedades a menudo conllevan.

Los programas de detección temprana, como el de cáncer de mama, conducen a diagnósticos en etapas iniciales, lo que generalmente se traduce en mejores pronósticos y tratamientos menos invasivos.

La gestión proactiva de condiciones crónicas como la el riesgo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades de riesgos metabólico, enfermedades como la artritis y el VIH han reducido la incidencia de complicaciones graves, lo cual es fundamental para evitar hospitalizaciones costosas y prolongadas, y se generan ahorros significativos en el gasto hospitalario para el sistema de salud.

Invertir en programas de gestión de riesgos y prevención puede contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud, asegurando que haya recursos suficientes para atender a la población en el futuro.

Estos resultados presentados por la CAMINOS IPS no solo reflejan un compromiso con la salud de los pacientes, sino que también resaltan la importancia de invertir en estrategias de prevención y manejo proactivo. Lo cual mejora la calidad de vida de los pacientes, como también representa un ahorro significativo para el sistema de salud y las EPBS, contribuyendo a la sostenibilidad y eficiencia del sistema de salud en su conjunto.

KAREN VILLALBA VILLAMIL
Gerente

