

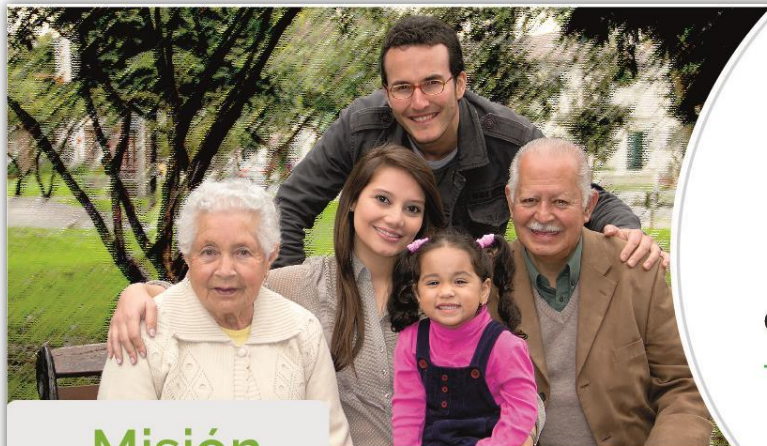


Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

INFORME DE GESTIÓN 2016



Carolina Wiesner Ceballos
Directora General (E)



Misión

Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

Visión

En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.

Principios

- El buen trato
- La vocación del servicio
- El trabajo en equipo
- La oportunidad de nuestras acciones
- La seguridad de nuestras acciones
- La orientación a resultados

Valores

- El compromiso con la Institución y su misión
- La responsabilidad sobre nuestros actos
- La transparencia de nuestro actuar
- La consideración por las condiciones y necesidades de los demás
- La creatividad como base de la innovación y la creación de conocimiento

Objetivos

Objetivo General

Presentar la gestión realizada durante el año 2016 en el Instituto Nacional de Cancerología a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano, el desarrollo de acciones en salud pública y la gestión de los procesos de apoyo administrativo.

Objetivos Específicos

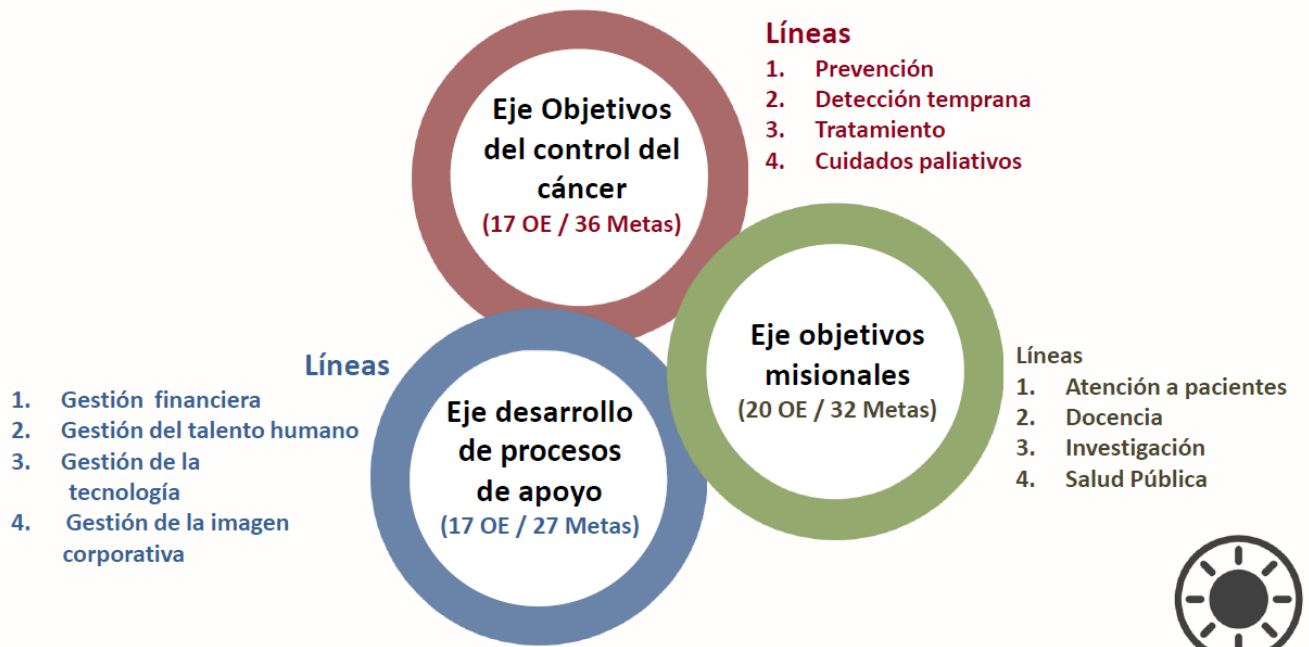
- Presentar la gestión Asistencial para la Atención y Cuidado de los pacientes
- Presentar la gestión Docente asistencial
- Presentar la gestión en Investigación y acciones en salud pública
- Presentar la gestión administrativa y financiera

I. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN MÉDICA Y DOCENCIA.

La Subdirección General de Atención Médica y Docencia se compone de cuatro (4) procesos de los seis (6) misionales Diagnóstico y Estadificación, Unidades Funcionales de Tratamiento, Gestión de Apoyo Clínico y Docencia; con ocho (8) grupos áreas y treinta y siete (37) grupos.

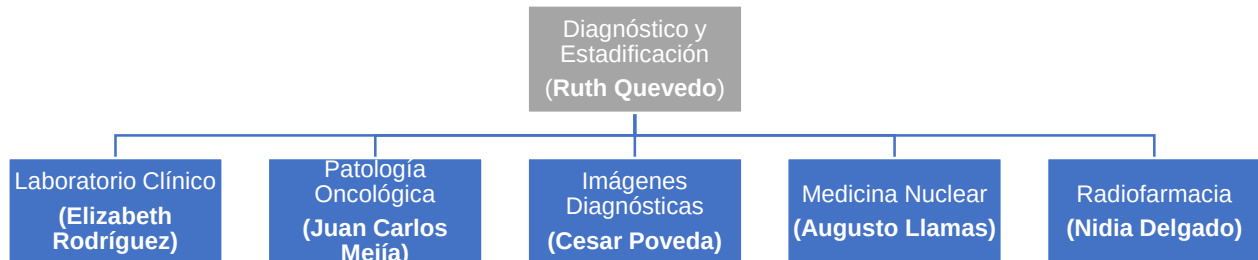


El desarrollo de nuestra **Visión** se cumple en:
3 ejes - 12 líneas estratégicas - 37 objetivos y 95 metas - 223 estrategias



1. LOGROS Y RETOS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE

1.1. DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN



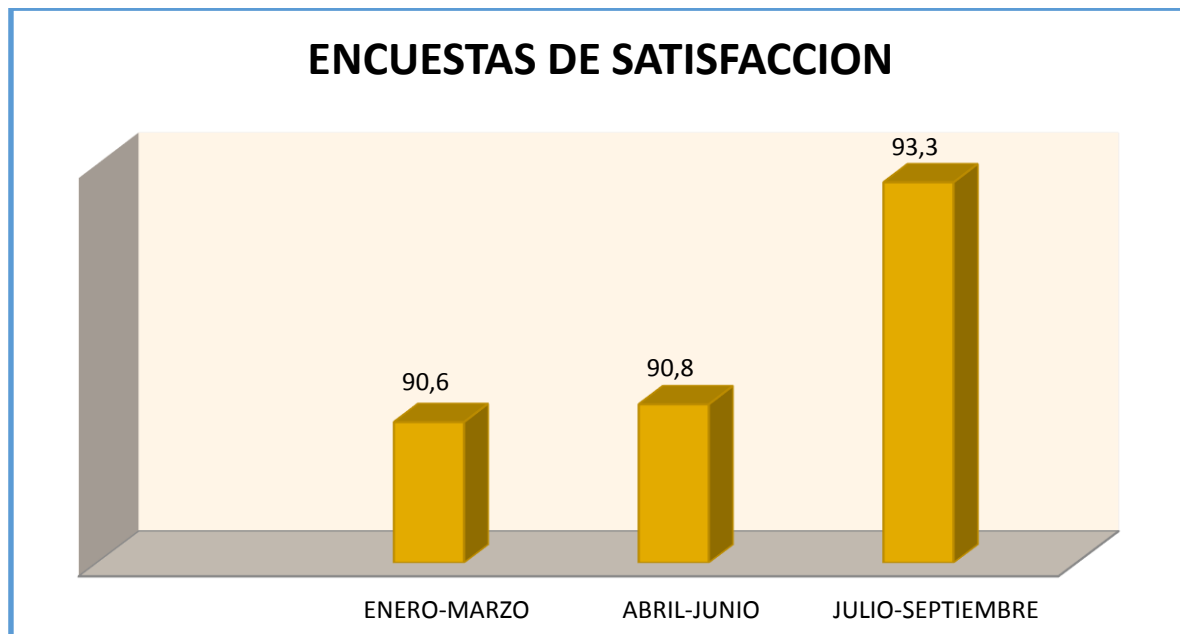
1.1.1. LABORATORIO CLÍNICO

▪ LOGROS OBTENIDOS

✓ OPORTUNIDAD:

Durante el transcurso del año se han ido mejorando varios procesos, entre ellos el proceso de atención al usuario de consulta externa:

La oportunidad en la toma de muestras al paciente ambulatorio ha mejorado significativamente, debido a que se ha intervenido este proceso hasta lograr impactarlo.



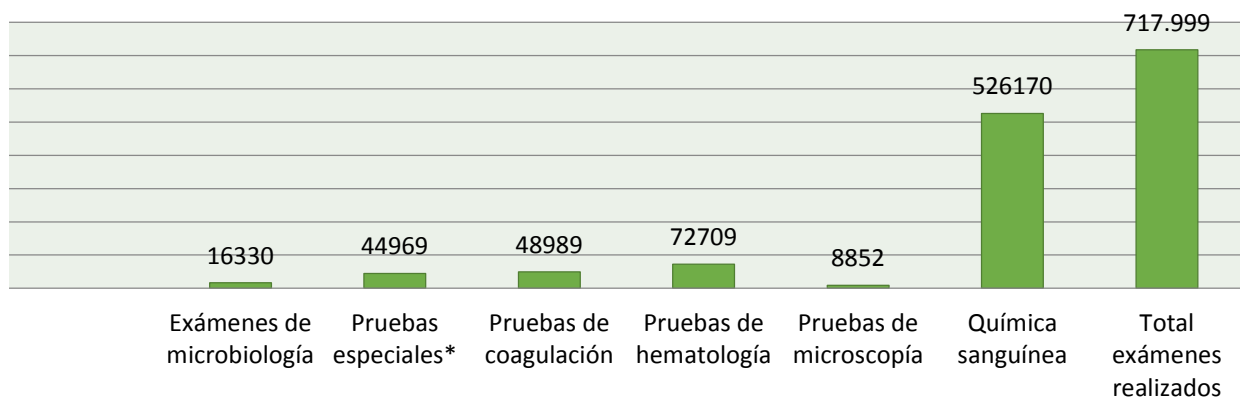
Finalmente la satisfacción de los usuarios, así como lo evidenciamos según las encuestas de calidad, la tasa de satisfacción entre Enero y Septiembre oscila entre el 90-93%, lo cual ha sido muy satisfactorio, puesto que se han venido implementando acciones con miras a la mejora en la calidad de la atención

✓ **PRODUCCIÓN:**

La productividad la medimos en términos de exámenes ordenados y realizados, a continuación. Numero de Exámenes procesados en las diferentes secciones del Laboratorio:

Laboratorio Clínico	1er. trimestre				2o. trimestre				3er. trimestre				4o. trimestre				Gran Total
	Enero	Febrero	Marzo	Total	Abril	Mayo	Junio	Total	Julio	Agosto	Septiembre	Total	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total	
Exámenes de microbiología	1.690	1.802	1.766	5.258	1.774	1.586	1.205	4.565	1.147	1.233	1.120	3.500	1.867	1.120		2.987	16310
Pruebas especiales*	3.499	4.069	3.955	11.523	4.383	3.393	3.851	11.627	4.050	4.343	4.572	12.965	4.282	4.572		8.854	44969
Pruebas de coagulación	4.275	4.182	4.184	12.641	4.268	4.143	3.873	12.284	4.073	4.845	5.133	14.051	4.880	5.133		10.013	48989
Pruebas de hematología	6.147	6.633	6.685	19.465	6.726	6.042	6.147	18.915	6.159	7.197	7.070	20.426	6.833	7.070		13.903	72709
Pruebas de microscopía	850	839	858	2.547	855	756	757	2.368	730	803	790	2.323	824	790		1.614	8852
Química sanguínea	44.309	47.819	47.616	139.744	48.543	44.273	44.141	136.957	44.895	53.248	51.226	149.169	49.074	51.226		100.300	526170
Total exámenes realizados	60.770	65.344	65.064	191.178	66.549	60.193	59.974	186.716	60.854	71.669	69.911	202.434	67.760	69.911	0	137.671	717.999
* Incluye: hormonas, marcadores tumorales, serología de infecciones, inmunoglobulinas																	
Fuente: Grupo Laboratorio, Estadísticas 2016 - INC.																	

LABORATORIO CLINICO PRUEBAS REALIZADAS ENERO - NOVIEMBRE AÑO 2016



CALIDAD:

La calidad la analizamos contemplando varios aspectos como son: la calidad técnica, la calidad de los procesos y la calidad de los resultados, para lo cual el laboratorio ha trabajado en estos aspectos estandarizando procesos tanto técnicos como administrativos.

Es para nosotros importante trabajar en los procesos técnicos que nos lleven a dar resultados precisos y exactos y que además nos lleven a preparar el terreno para la acreditación del laboratorio.

✓ **CALIDAD Y MEJORA DE LOS PROCESOS:**

Se cuenta con Sistema de Digitaron desde Julio/2014, el cual ha permitido que el proceso sea más ágil y organizado en la atención del paciente ambulatorio, tenemos como promedio en la atención 11-15 minutos, después de que el facturador ha liberado el proceso

El proceso de asignación de citas se eliminó, los pacientes vienen con 2 a 5 días de antelación a la cita médica a tomarse los exámenes.

✓ **CALIDAD Y MEJORA DE LOS RESULTADOS**

La validación de los resultados se realiza previa revisión del histórico del paciente.

- + Se ha implementado el sistema de Detección preliminar de mycobacterias tuberculosas y no tuberculosas en medio líquido /10 días, aportando un diagnóstico oportuno al paciente oncológico.
- + Pruebas de susceptibilidad para toda la identificación de levaduras de cualquier origen.
- + Confirmación de carbapenemasas por fenotipificación en el laboratorio clínico.
- + Validación e implementación de nuevas pruebas:

Electroforesis de Proteínas
Inmunofijación de Proteínas
Cadenas Livianas Kappa y Lambda
Beta 2 Microglobulina

✓ **INVESTIGACION:**

El laboratorio clínico del INC es una fuente importante de información para realizar estudios debido a las características tan especiales de nuestros pacientes, es por esta razón que se ha participado en algunos estudios como:

- + Frecuencia de Aspergilosis Invasora en pacientes con neoplasia hematológica formulados con voriconazol en el Instituto Nacional de Cancerología.
- + Construcción y validación de un sistema de puntuación para el reconocimiento de pacientes oncológicos con riesgo de infección por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en el INC.
- + Comparación en la medición de niveles de Vancomicina en pacientes con LMV y LMC.

▪ **RETOS:**

- + Reducir el indicador de entrega de resultados a GAICA a: 1H: 30 minutos.
- + Avanzar en el proceso de Acreditación como compromiso de Mejora Continua en pro del cliente interno y externo.

- ✚ Poner en marcha la atención del laboratorio clínico los días sábados para ampliar la cobertura del servicio
- ✚ Implementar el montaje de nuevas pruebas para la Unidad de Trasplante de Medula Ósea.
- ✚ Hacer seguimiento continuo para verificar que se logre la transmisión completa de los resultados a la Historia Clínica del Paciente.

1.1.2. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

▪ LOGROS:

El Grupo de Patología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología ha logrado consolidarse como el grupo más completo en el diagnóstico en Patología Oncológica del país con 9 Laboratorios especializados y el único Banco de Tumores Nacional.

Hemos tenido un crecimiento constante en el número de procedimientos realizados cada año. En el año 2015 realizados un total de 118035 procedimientos en los laboratorios básicos y para noviembre de 2016 hemos realizado 118876 procedimientos.

En Genética de 1291 pruebas realizadas en el 2015 para noviembre de 2016 van 1252, en Patología Molecular de 1571 en el 2015 llevamos 1598 en el 2016. Cabe recalcar que contamos con la prueba de Clonalidad linfóide para el diagnóstico de Neoplasias Hematolinfoides y somos el único centro en el país que lo hace. Iniciamos con 23 pruebas en el 2015 y llevamos realizadas 30 en el 2016.

El Banco Nacional de Tumores cuenta como 5815 donantes en el momento y se ha realizado la entrega de 497 muestras.

▪ RETOS:

Ante el crecimiento del grupo y la cantidad y calidad de información generada, el reto más grande para el grupo en el 2017 es adquirir y consolidar un sistema de información robusto y seguro que permita manejar de forma integral y dinámica los datos generados. Esto permitirá mejorar la oportunidad y garantizar la seguridad del paciente.

1.1.3. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Durante el desarrollo del año 2016 se lograron consolidar los siguientes hitos que favorecen la oportuna y adecuada atención de nuestros pacientes:

▪ LOGROS:

1. Se instituyó y puso en práctica las reuniones quincenales de seguimiento del departamento, lo que nos permitió detectar y corregir de forma oportuna e integral los problemas que nos afectan.
2. Se logró la contratación de un físico médico con dedicación exclusiva a nuestro departamento, lo que nos permitió iniciar la caracterización en términos de radiación y seguridad, de nuestros equipos.
3. Apertura de un nuevo consultorio de ecografía que nos permitió atender entre semana una consulta adicional de ecografía, y los fines de semana una consulta adicional de biopsias guiadas por ecografía, que se refleja en un incremento del 30 % en el número de pacientes atendidos en ambas modalidades.
4. Se realizó la revisión y actualización completa de toda la documentación de imágenes diagnósticas, que se encuentra montada en el SIAPINC.
5. Vinculación de una supervisión y coordinación administrativa de los tecnólogos (Ruth Quevedo).
6. Se realizó la actualización de hardware y software del equipo de resonancia magnética marca Siemens, colocándolo a nivel de los equipos más modernos disponibles, permitiendo el inicio del programa de resonancia magnética funcional.

7. Se lograron alcanzar y estabilizar los tiempos de lectura por parte del grupo médico de: 24 horas para hospitalización y 5 días para consulta externa.
8. Se realizó la actualización del nuevo sistema RIS-PACS marca Careestream, lo que nos permite una mejor y segura manejo de las imágenes obtenidas en los pacientes que asisten al departamento, incluyendo una nueva herramienta de software de seguimiento de tumores.
9. Se renovaron las estaciones de lectura, las actuales tenían 9 años de uso.
10. A nivel de productividad general se observa un incremento global de 12 % en el número de pacientes atendidos al comparar 2016 con 2015. (Ver tablas anexas)

ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA 2015														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL AÑO	PROMEDIO MENSUAL
ECOGRAFÍAS	1496	1355	1386	1329	1296	1155	1272	1153	1340	1374	1187	1307	15630	1302
BX X ECOGRAFÍA	260	298	226	287	243	228	198	220	248	247	230	280	2963	246
TAC	1351	1380	1387	1481	1492	1354	1636	1461	1614	1634	1464	1374	17628	1469
BX X TAC	10	14	14	19	10	15	12	13	10	6	10	7	140	11
MAMOGRAFÍAS	237	268	279	253	245	256	268	214	128	350	270	214	2980	248
BX X MAMOGRAFÍAS	9	13	35	23	22	22	28	12	11	12	29	28	244	20
RADIOLOGÍA SIMPLE	1800	1659	1894	1996	1901	1937	1900	1819	1888	2008	1820	1785	22377	1864
ANGIOGRAFÍA	58	76	77	67	66	87	76	82	82	107	89	127	994	82
RESONANCIA MAG.	408	447	457	418	456	459	548	499	455	577	445	453	5622	468
LECTURA EXTERNA	2	0		0										
PASO DE CATÉTER	10	7	17	7										
DRENAJE DE COLECCIÓN	7	4	3	8										
VALORACIONES	15	30	28	30										
PROMEDIO MENS.	5663	5549	5783	5888	5731	5513	5938	5473	5774	6315	5544	5575	68578	5710

ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA 2016														
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL AÑO	Promedio/mes
ECOGRAFÍAS	1308	1335	1338	1426	1164	1333	1319	1661	1722	1838	1730	1470	17652	1470
BX X ECOGRAFÍA	238	313	276	274	238	299	304	329	345	340	322	298	3576	298
TAC	1561	1810	1723	1972	1451	1645	1715	1938	1689	1875	1744	1738	20861	1738
BX X TAC	12	19	15	13	12	16	12	12	14	14	13	14	166	14
MAMOGRAFÍAS	271	253	273	286	212	284	260	292	276	313	314	275	3309	275
BX X MAMOGRAFÍAS	27	39	18	23	31	39	24	30	37	34	25	30	357	30
RADIOLOGÍA SIMPLE	1794	2002	1928	1986	1787	1724	1723	2147	1991	2086	1940	1915	22983	1915
ANGIOGRAFÍA	131	150	126	161	122	147	193	221	168	224	168	164	1975	164
RESONANCIA MAG.	576	559	601	626	527	542	74	474	560	581	580	520	6249	520
PROMEDIO MENS.	5918	6494	6296	6746	5544	6029	5624	7104	6832	7285	6836	6424	77128	6424

RETOS:

1. Mejorar los niveles de capacitación y competencias de nuestro personal, específicamente de los tecnólogos, para que puedan asumir el correcto manejo de los nuevos equipos y herramientas que se están instalando.
2. Renovar el “digiturno” que nos permita un mayor control y manejo oportuno de nuestros pacientes cuando solicitan acceso para hacer la facturación, la solicitud de cita y atención en las diferentes modalidades.
3. Realizar la renovación tecnológica, para convertir nuestro departamento en “100 % digital”, Esto incluye dar de baja por obsolescencia de los equipos de Rayos-X Siemens, el equipo de Rayos-x Portátil, y el fluoroscopio, al igual que realizar la renovación de uno de los tomógrafo por un equipo de microdosis de radiación que aumenta el rango de seguridad en la atención a nuestros pacientes, y que tenga la función de fluoroTAC lo que haría más flexible la realización de procedimientos.
4. Aumentar la oferta de atención en ecografía, con la instalación de dos nuevos consultorio en 2 meses.

1.1.4. MEDICINA NUCLEAR

▪ RETOS

1. Se evidencia faltantes en requisitos de habilitación como los certificados de administración de radiofármacos para los tecnólogos en medicina nuclear del servicio. Estándar de talento humano para el servicio de medicina nuclear definido en la Resolución 2003 de 2014.

Para resolver lo anterior se estructuró programa de formación para emitir los certificados en administración de radiofármacos llevado a cabo del 21 de mayo de 2015 al 18 de marzo de 2016 con una intensidad horaria de 41 horas, para dar cumplimiento a lo requerido en la resolución 2003 de 2014.

En conclusión, la totalidad de los Tecnólogos que ejercen sus funciones en el servicio de medicina nuclear cuentan con todos los requisitos exigidos por los diferentes entes de control.

2. La variación en los tiempos de intervención y modificaciones estructurales del proveedor natural (Radiofarmacia-INC) afectó la oportunidad de atención de los pacientes.

Se implementó plan de negociación en cooperación con el grupo de Radiofarmacia con proveedores externos para la compra de las dosis requeridas para la realización de los estudios en Medicina Nuclear convencional y PET/CT.

Se generó y adecuó procedimiento para compra de insumos con proveedor externo, el cual se contempla como plan alterno en caso de alguna eventualidad con la Radiofarmacia interna que no permita continuar la operación normal y no afectar la oportunidad de atención al paciente.

▪ LOGROS

1. Encuesta satisfacción del usuario 2016.

Mejora en la percepción de los usuarios.

Como se evidencia en la entrega de resultados de las encuestas de satisfacción por parte del Grupo de la Oficina Asesora de Calidad del INC, el servicio de Medicina Nuclear se encuentra en un nivel sobresaliente de resolución de inquietudes manifestadas por los usuarios (pacientes y/o familiares) y una calificación promedio de 94.3 en escala de 100, de la misma forma el ítem TRATO en la última entrega de resultados del mes de octubre se encuentra en el 100 lo que se encuentra alineado con la misión institucional.

2. Aumento de niveles de producción y oportunidad.

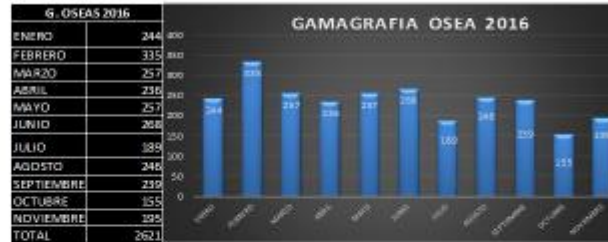
Más pacientes atendidos con calidad, son más familias satisfechas.

La mejora y adecuación de protocolos tanto diagnósticos como terapéuticos realizados en el servicio de Medicina Nuclear siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales y mediante la participación de los profesionales de este servicio en cursos internacionales ha permitido no solo la optimización de los tiempos de atención, equipos y horas/hombre, sino además generar en nuestros pacientes la confianza que serán atendidos a la mayor brevedad posible.

2016 vs 2015



TOTAL 2621



TOTAL 2228

2016 vs 2015



TOTAL 1758



TOTAL 2070

2016 vs 2015



TOTAL 937



TOTAL 864

2016 vs 2015



TOTAL 7.633



TOTAL 8.889

Debido a las obras de adecuación del proveedor natural Radiofarmacia y los problemas técnicos y operativos presentados por el equipo SPECT/CT, han influido en la prestación del servicio por eso se refleja una tendencia negativa en el último cuatrimestre. El servicio de Medicina Nuclear ha procurado brindar a sus pacientes la mayor oportunidad afrontando estas circunstancias.

3. Nuevos insumos, nuevos estudios.

Implementación de nuevos radiofármacos durante el 2016.

La implementación de nuevos radiofármacos ha permitido al servicio de medicina nuclear facilitar a los médicos tratantes contar estudios diagnósticos y terapias más efectivas que evitan a los pacientes a la exposición innecesaria de radiaciones, entre los cuales sobresale el Ra-223 (radio-223), como terapia para el tratamiento de cáncer de próstata y el 68Ga (Galio-68) para la realización de estudios de tomografía por emisión de positrones PET/CT que permite mayor sensibilidad diagnóstica en el caso de tumores neuroendocrinos.

4. Programas de capacitación.

Capacitaciones internas del personal de Medicina Nuclear y Colaboraciones internacionales.

Se desarrolló el curso internacional encabezado por el grupo de Medicina Nuclear-INC en cooperación técnica con la IAEA (International Atomic Energy Agency) titulado: "APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (ARCAL CXXXIII)", con enfoque especial en modalidades híbridas PET/CT y Spect/CT, donde se contó con la participación de asistentes de más de 13 países diferentes.



Apoyo al diagnóstico & tratamiento
de tumores en **pacientes pediátricos**
con Enfoque Especial en Modalidades Híbridas: **PET/CT y SPECT/CT.**

Dirigido a Médicos Nucleares y Médicos Referentes en las aplicaciones clínicas apropiadas de imágenes diagnósticas y terapias con radionúclidos.

**octubre
24 al 28**
Hotel Tequendama
Salón Guadalupe - Piso 17

Inscripciones:
zsalgado@cancer.gov.co

ENTRADA GRATUITA

IAEA
International Atomic Energy Agency

INC
Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

1.1.5. RADIOFARMACIA

Para realizar el presente informe de Radiofarmacia en el año 2016 se realizó teniendo en cuenta los siguientes objetivos y las condiciones del área:

- Producción de radiofármacos para medicina nuclear INC (Cliente Interno).
- Comercialización y Ventas de radiofármacos y servicios a Entidades externas (Clientes externos).
- Preparación de radiofármacos para ser usados en terapias de cáncer (^{131}I ; ^{177}Lu , ^{223}Ra).
- Producción de radiofármacos PET
- Producción de radiofármacos diferentes a ^{18}F -FDG
- Desarrollo de nuevas moléculas

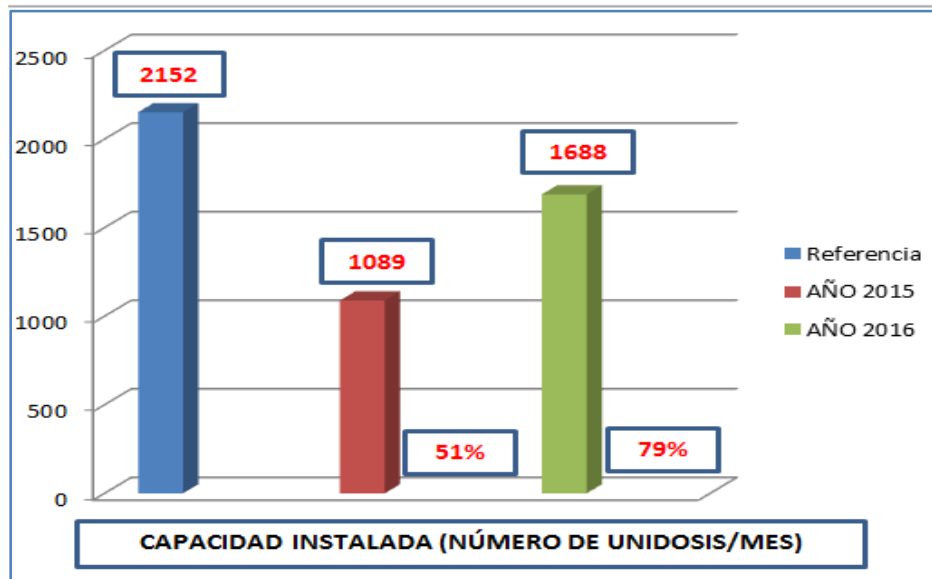
Para realizar los informes de producción se toma como referencia la capacidad instalada del área.

En cuanto a los insumos utilizados en la producción de los radiofármacos en los años 2015 Y 2016 se adquirieron con la finalidad de aumentar el número de dosis producidas y por ende aumentar la oportunidad, número de pacientes atendidos en cada uno de los periodos mencionados aumentando la productividad y disminuir así los costos de operación.

CAPACIDAD INSTALADA

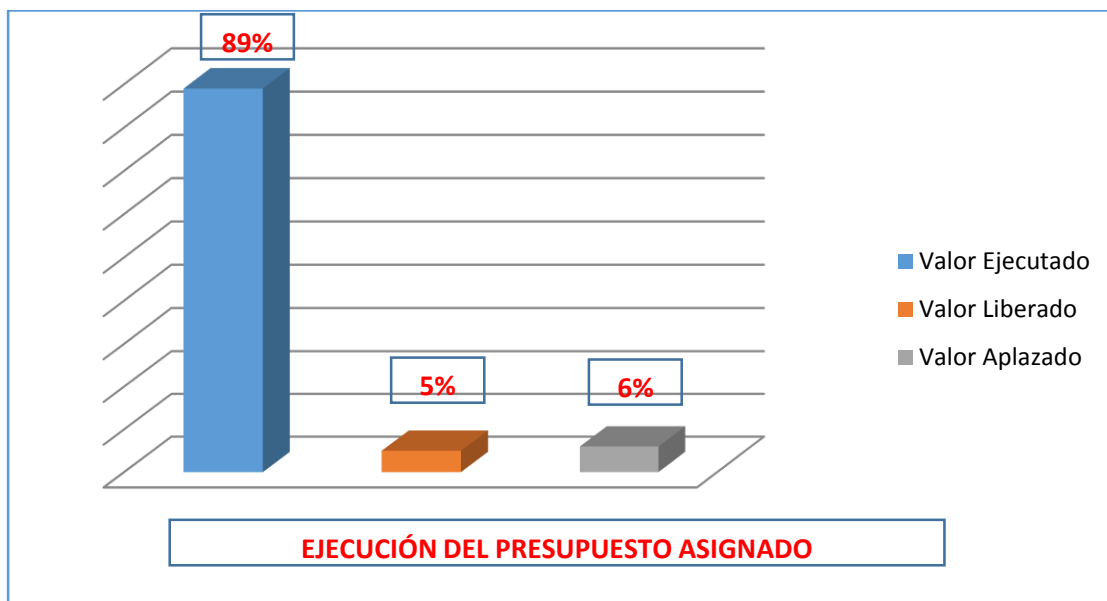
A continuación se describe la Capacidad Máxima Instalada y la capacidad actual utilizada.

TIPO DE ESTUDIO	CAPACIDAD MÁXIMA / MES No Dosis	CAPACIDAD UTILIZADA / MES (2015) No de dosis	USO DE CAPACIDAD INSTALADA (2015) %	CAPACIDAD UTILIZADA / MES (2016) No de dosis	USO DE CAPACIDAD INSTALADA (2016) %
Gammagrafías	1800	969	54%	1536	85%
Radiofármacos PET (^{18}F -FDG)	250	75	30%	105	42%
Radiofármacos PET diferentes a ^{18}F -FDG (^{68}Ga -DOTA-NOC)	24	5	21%	5	21%
Radiofármacos para Terapias de Cáncer Tiroideo	36	25	70%	37	102%
Radiofármacos para Terapias de Hipertiroidismo	36	13	36%	4	12%
Radiofármacos para Terapias de ^{177}Lu ,	6	2	34%	1	17%
TOTAL	2152	1089	51%	1688	79%



EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO AÑO 2015

Valor Asignado Año	Valor Ejecutado	Porcentaje de ejecución	Valor Liberado	Porcentaje liberación	Vigencias Futuras	Porcentaje Aplazado
\$ 2.149.955.697	\$ 1.911.876.104	89%	\$ 108.092.215	5%	\$ 130.987.378	6%



PRODUCCION DE RADIOFARMACOS AÑO 2015

La producción de la radiofarmacia se desarrolla en varios escenarios que son:

TRASLADOS DE DOSIS A MEDICINA NUCLEAR (CLIENTE INTERNO)

Los datos para la realización del presente reporte se obtuvieron del sistema SAP del Movimiento 311 "Salida por Centro de Costos" del almacén A023-Radiofarmacia a A012-Medicina Nuclear

TRASLADOS A MEDICINA NUCLEAR AÑO 2015	
COSTOS TOTALES	\$ 2.138.286.178,00
TOTAL DE VENTAS	\$ 2.750.536.000,00
UTILIDAD	\$ 612.249.822,00
PORCENTAJE DE UTILIDAD	28,60%
NUMERO TOTAL DE UNIDOSIS PRODUCIDAS	9970
UNIDOSIS PRODUCIDAS Y TRASLADADAS POR MES	831

DATOS DE A CLIENTES EXTERNOS:

Datos obtenidos del sistema SAP del Módulo SD SAP ventas externas

VENTAS A ENTIDADES EXTERNAS AÑO 2015 (CLIENTE EXTERNO)	
COSTOS DE PRODUCCIÓN PARA VENTAS A EXTERNOS	\$ 137.728.000
VENTAS TOTALES	\$ 262.441.000
UTILIDAD VENTAS A TERCEROS	\$ 124.713.000
PORCENTAJE DE UTILIDAD	90,50%
NUMERO TOTAL DE UNIDOSIS PRODUCIDAS	3088
UNIDOSIS PRODUCIDAS POR MES (CLIENTE EXTERNO)	258

PRODUCCION DE RADIOFARMACOS AÑO 2016 (SEPTIEMBRE)

Para el año 2016 se tuvieron en cuenta las mismas transacciones que en los años anteriores pero solo se tienen datos reales hasta el mes de septiembre que fue hasta donde se mantuvo la producción normalizada, posterior a esta fecha se intervino el área para adecuación de la misma buscando el cumplimiento y adaptación a las normatividades vigentes en el país.

TRASLADOS DE DOSIS A MEDICINA NUCLEAR (CLIENTE INTERNO)

Los datos para la realización del presente reporte se obtuvieron del sistema SAP del Movimiento 311 "Salida por Centro de Costos" del almacén A023-Radiofarmacia a A012-Medicina Nuclear.

TRASLADOS A MEDICINA NUCLEAR AÑO 2016 (SEPTIEMBRE)	
COSTOS TOTALES	\$ 770.272.827,00
TOTAL DE VENTAS	\$ 2.379.937.000,00
UTILIDAD	\$ 609.664.173,00
PORCENTAJE DE UTILIDAD	34,40%
NUMERO TOTAL DE UNIDOSIS PRODUCIDAS	8149
UNIDOSIS PRODUCIDAS Y TRASLADADAS POR MES	905

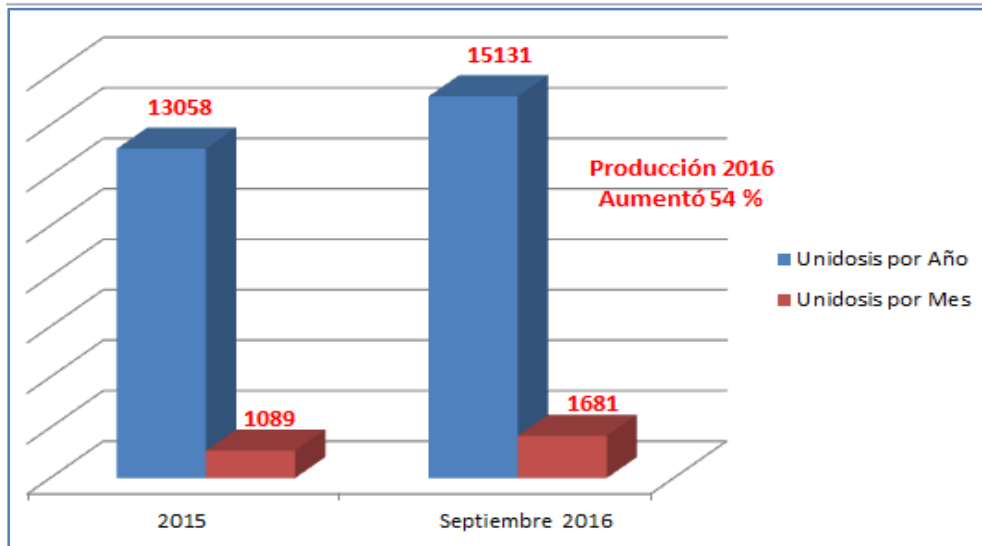
DATOS DE A CLIENTES EXTERNOS

Datos obtenidos del sistema SAP del Módulo SD SAP ventas externas.

VENTAS A ENTIDADES EXTERNAS AÑO 2016 (CLIENTE EXTERNO-SEPTIEMBRE)	
COSTOS DE PRODUCCIÓN PARA VENTAS A EXTERNOS	\$ 342.264.000
VENTAS TOTALES A 2016	\$ 497.720.000
UTILIDAD VENTAS A TERCEROS	\$ 155.456.000
PORCENTAJE DE UTILIDAD AÑO 2016	45,40%
NUMERO TOTAL DE UNIDOSIS PRODUCIDAS AÑO 2016	6982
UNIDOSIS PRODUCIDAS POR MES (CLIENTE EXTERNO)	776

TRASLADOS A MEDICINA NUCLEAR		
	2015	SEPTIEMBRE 2016
COSTOS TOTALES	\$ 2.138.286.178,00	\$ 770.272.827,00
TOTAL DE VENTAS	\$ 2.750.536.000,00	\$ 2.379.937.000,00
UTILIDAD	\$ 612.249.822,00	\$ 609.664.173,00
PORCENTAJE DE UTILIDAD	28,60%	34,40%
NUMERO TOTAL DE UNIDOSIS PRODUCIDAS	9970	8149
UNIDOSIS PRODUCIDAS Y TRASLADADAS POR MES	831	905

VENTAS A ENTIDADES EXTERNAS (CLIENTE EXTERNO)		
	2015	SEPTIEMBRE 2016
COSTOS DE PRODUCCIÓN PARA VENTAS A EXTERNOS	\$ 137.728.000	\$ 342.264.000
VENTAS TOTALES	\$ 262.441.000	\$ 497.720.000
UTILIDAD VENTAS A TERCEROS	\$ 124.713.000	\$ 155.456.000
PORCENTAJE DE UTILIDAD	90,50%	45,40%
NUMERO TOTAL DE UNIDOSIS PRODUCIDAS	3088	6982
UNIDOSIS PRODUCIDAS POR MES (CLIENTE EXTERNO)	258	776



PRODUCCIÓN DE RADIOFARMACOS PET DIFERENTES A (18F-FDG)		
	AÑO 2015	A SEPTIEMBRE 2016
COSTO DE PRODUCCIÓN	\$ 314.573.916	\$ 191.845.852
COSTO DE PRODUCCIÓN	\$ 367.200.000	\$ 271.400.000
TOTAL DOSIS PRODUCIDAS	54	46
UTILIDAD	\$ 52.626.084	\$ 79.554.148
PORCENTAJE DE UTILIDAD	16,70%	41,46%

PRODUCCIÓN DE RADIOFARMACOS PET (18F-FDG)		
	2015	SEPTIEMBRE 2016
COSTO DE PRODUCCIÓN	\$ 870.323.916	\$ 758.645.852
COSTO DE PRODUCCIÓN	\$ 1.222.200.000	\$ 1.143.400.000
TOTAL DOSIS PRODUCIDAS	909	918
UTILIDAD	\$ 351.876.084	\$ 384.754.148
PORCENTAJE DE UTILIDAD	40,43%	50,70%

DESARROLLO DE NUEVOS RADIOFÁRMACOS:

Durante el primer trimestre del presente año (2016) se empezó a trabajar en el desarrollo de radiofármacos PET con el radioisótopo ^{11}C específicamente ^{11}C -Metionina y ^{11}C -Colina. Los estudios se detuvieron durante aproximadamente tres meses por un daño en uno de los módulos de la caja de síntesis para la producción de estos radiofármacos por lo que tocó enviar el mismo a reparar en los Estados Unidos.

Durante el tercer trimestre del año se continuó con el desarrollo de estos radiofármacos obteniendo los primeros lotes de producción a los cuales se le realizaron los respectivos controles iniciales, en este momento en desarrollo y estandarización de la técnica así como la optimización de los controles de calidad. Este desarrollo se detuvo desde finales de Septiembre por realización obra civil en el área para cumplir con normatividad vigente.

CONCLUSIONES

1. La Radiofarmacia produce el 100% de las dosis demandadas por Medicina Nuclear, PET y clientes externos.
2. A pesar de utilizar sólo el 71% de la capacidad instalada máxima sigue siendo un área productiva.
3. La radiofarmacia desarrolla anualmente al menos un radiofármaco nuevo con indicaciones exclusivas en cáncer, lo que nos convierte en un centro líder en desarrollo de nuevos productos, convirtiendo al servicio de Medicina Nuclear y PET en pioneros en el uso de tratamientos y técnicas diagnósticas de punta en Colombia y América Latina en lo relacionado al uso de radiaciones ionizantes con fines médicos.
4. Los radiofármacos PET son los que dejan mayor margen de utilidad aproximadamente el 50%
5. Los nuevos radiofármacos de PET, después de estandarizada la técnica a pesar de no realizarse a diario, su utilidad es de aproximadamente 40%
6. A pesar de haber aumentado la producción de la radiofarmacia, es necesario que el Instituto establezca una estrategia de mercadeo de los productos elaborados por Radiofarmacia con el ánimo de incrementar las ventas externas o incrementar el número de estudios realizados por Medicina Nuclear y PET ya que la radiofarmacia cuenta con una gran capacidad disponible de producción
7. El material radiactivo que se emplea para la obtención de los radiofármacos tiene la ventaja de que puede obtenerse en grandes cantidades, por tanto a mayor número de pacientes atendidos reflejará menor costo, mejores tarifas de venta y mayor utilidad.
8. Las compras destinadas a investigación, estandarización y desarrollo de nuevos Radiofármacos NO deben incluirse en los costos de operación usual del servicio, son gastos de **inversión** de implementación de nuevos productos que deberán tenerse en cuenta para el cálculo de costos de los nuevos radiotrazadores.
9. Se logró la aprobación de la intervención del área para mejorar su infraestructura y poder así cumplir con los requerimientos de las normas vigentes.

1.2. UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

1.2.1. SALAS DE CIRUGÍA

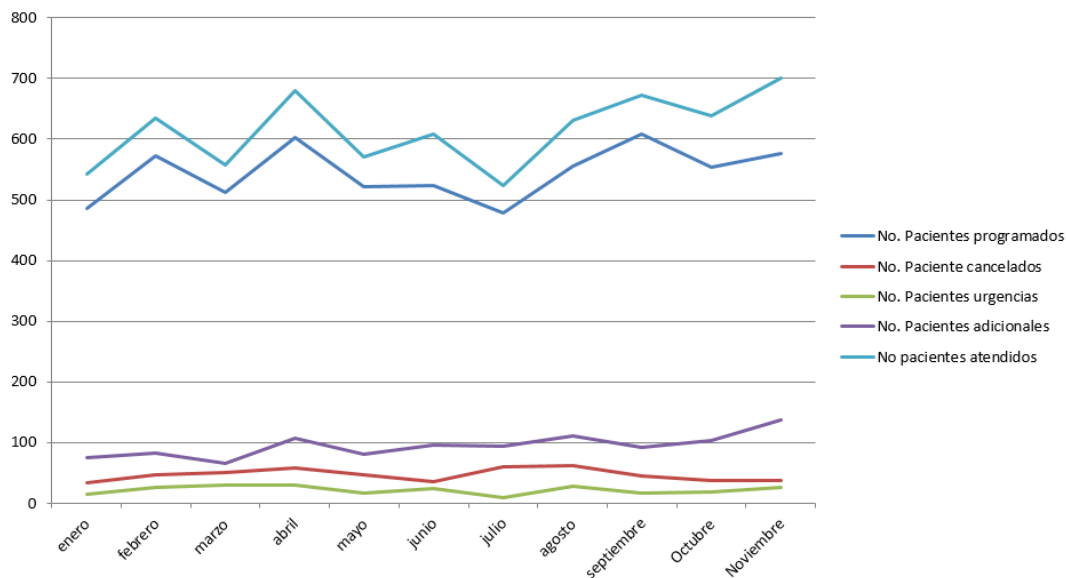
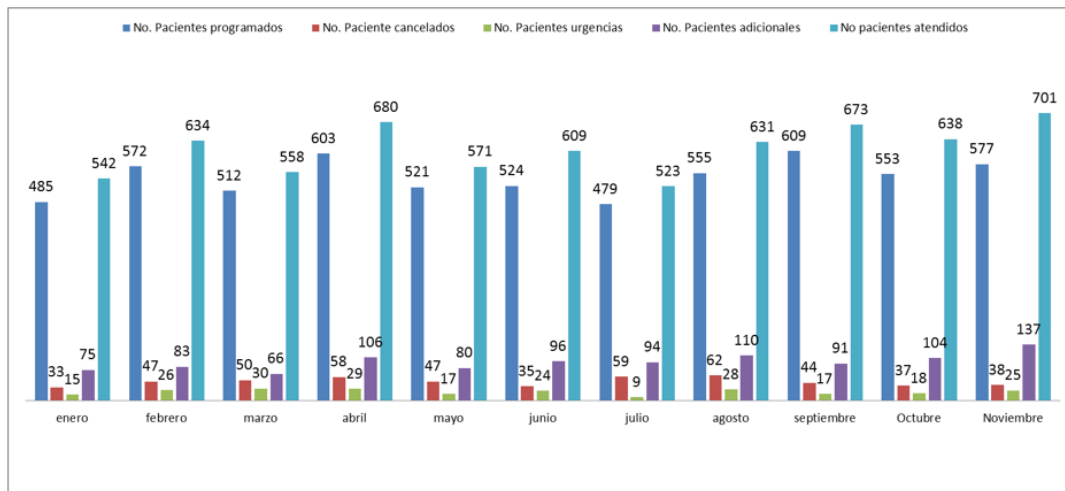
Pacientes Operados Por Cada Unidad Funcional



PACIENTES ATENDIDOS	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16	jul-16	ago-16	sep-16	oct-16	nov-16
CABEZA Y CUELLO	43	40	43	54	41	48	39	38	51	45	62
CIRUGIA DE TORAX	41	38	47	52	33	41	45	41	48	51	54
CIRUGIA PEDIATRICA	10	15	13	11	7	14	14	11	7	11	15
CIRUGIA PLASTICA	62	79	80	103	85	70	53	103	110	71	89
DERMATOLOGIA	13	11	9	16	13	13	9	14	10	16	6
GASTROENTEROLOGIA	64	80	68	67	58	71	63	71	55	64	67
GINECOLOGIA	28	36	31	34	28	36	28	37	42	41	38
NEUMOLOGIA	18	18	17	25	15	21	19	14	26	19	10
NEUROCIRUGIA	9	10	10	14	14	11	8	9	7	7	14
OFTALMOLOGIA	20	18	9	16	15	17	18	19	17	13	16
ORTOPEDIA	18	17	16	19	18	26	21	29	21	16	21
PEDIATRIA	42	41	48	55	58	68	50	73	76	79	72
SENO Y TEJIDOS BLANDOS	61	74	65	89	80	71	75	87	90	83	95
UROLOGIA	33	40	35	48	43	37	40	33	42	40	49
OTORRINO	0	3	5	4	3	3	0	0	0	0	2
MAXILO	2	3	5	4	1	2	1	2	1	3	5
MICRO CX	3	7	7	9	8	8	6	5	8	8	10
RADIOLOGIA	21	33	13	15	22	19	15	13	24	26	30
RADIOTERAPIA	54	56	31	34	16	18	7	18	20	17	24
OFTALMO FUERA	0	6	3	3	6	4	1	4	5	5	3
GASTRO FUERA	0	9	3	8	7	11	11	10	13	23	19
				0	0	0	0	0			
TOTAL	542	634	558	680	571	609	523	631	673	638	701

PROGRAMACION 2016

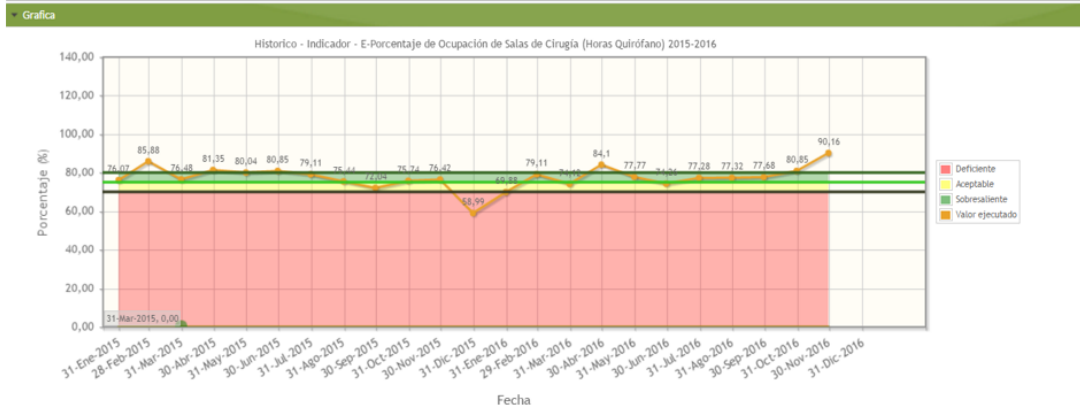
PROGRAMACION MES CIRUGIA 2016	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	PROMEDIO MES	PROMEDIO PORCENTA JE
No. Pacientes programados	485	572	512	603	521	524	479	555	609	553	577	545	88,6
No. Paciente cancelados	33	47	50	58	47	35	59	62	44	37	38	46	8,5
No. Pacientes urgencias	15	26	30	29	17	24	9	28	17	18	25	22	0,3
No. Pacientes adicionales	75	83	66	106	80	96	94	110	91	104	137	95	1,4
No pacientes atendidos	542	634	558	680	571	609	523	631	673	638	701	6760	
Promedio pacientes mes												615	



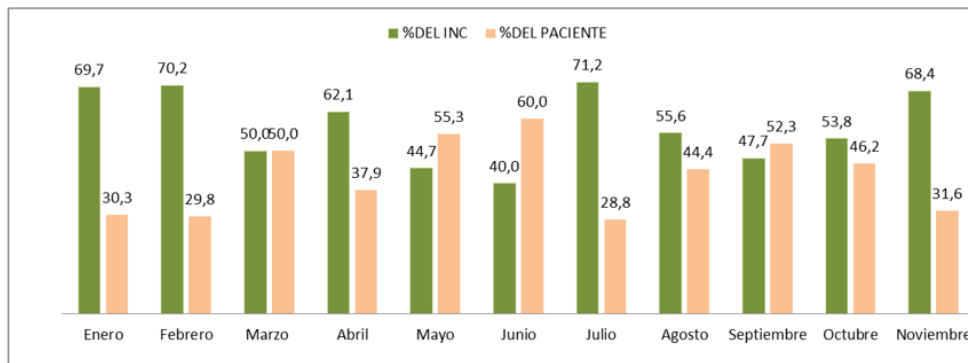
% OCUPACION



Promedios				
Detalles		Limites	Año anterior	Año actual
Unidad :	Unidades	Min :	Trim I :	Trim I :
Tipo :	Eficacia	Est :	Trim II :	Trim II :
Clase :	Estratégico	Máx :	Trim III :	Trim III :
			Trim IV :	Trim IV :
Mostrar 1 a 1 de 1 registros				Resumen año
				Sem I :
				Sem II * :
				Año* :



CANCELACION CIRUGIA ATRIBUIBLE AL INSTITUTO/AL PACIENTE 2016



MOTIVO CANCELACION ATRIBUIBLE AL PACIENTE	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	TOTAL
Paciente no llega	5	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	40
* Enfermedad Asociada Hipertension	2	3	3	1	1	4	3	5	6	0	1	29
* Enfermedad Asociada Gripe	1	1	5	4	10	4	2	6	4	8	2	47
MOTIVO CANCELACION ATRIBUIBLE AL INC	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	TOTAL
Tiempo Quirúrgico prolongado	1	8	6	8	5	3	13	11	6	9	9	79
Malta programación de la consulta - del médico	5	5	7	6	3	2	6	8	2	1	11	66
* Cambio de conducta médica	1	3	5	6	1	4	10	6	4	1	1	42

% CANCELACIÓN DE CIRUGIA

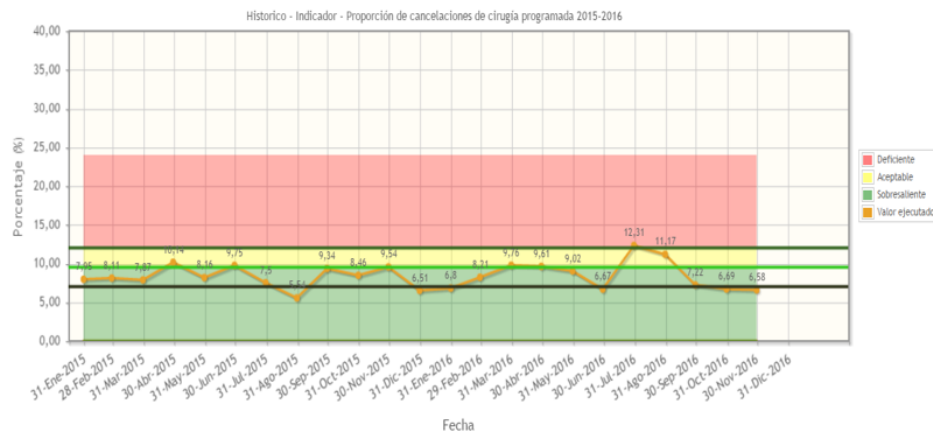


Detalles	Limites	Año anterior	Año actual	Resumen año
Unidad : Unidades	Min : 7.00	Trim I: 7.98	Trim I: 8.26	Sem I: 8.35
Tipo : Eficacia	Est : 9.50	Trim II: 9.35	Trim II: 8.43	Sem II *: 8.79
Clase : Estratégico	Máx : 12.00	Trim III: 7.46	Trim III: 10.23	Año *: 8.55
		Trim IV: 8.17	Trim IV: *	

Mostrar 1 a 1 de 1 registros

*Dato parcial de periodo sin terminar, favor NO tener en cuenta

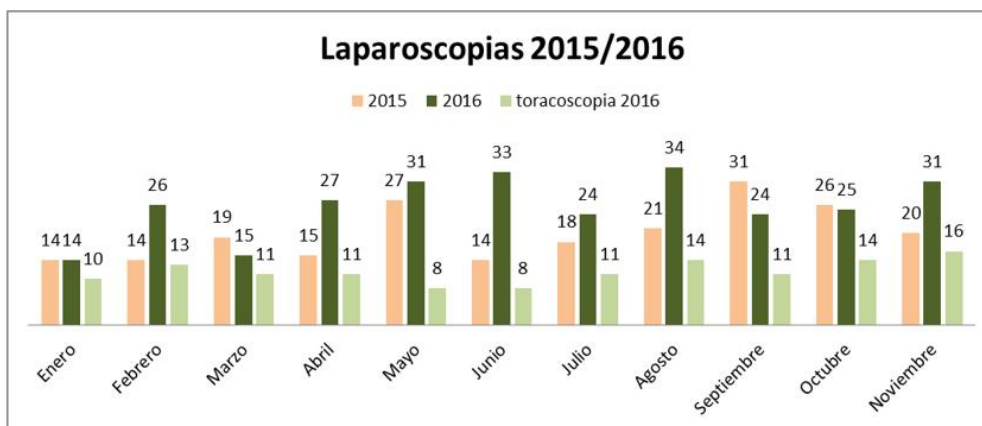
Gráfica



LAPAROSCOPIA 2015-2016/ TORACOSCOPIA 2016



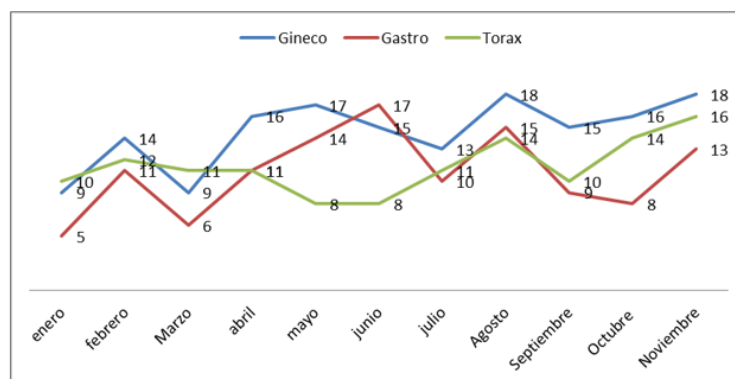
Laparoscopia Enero- Noviembre 2015	219
Laparoscopia Enero Noviembre 2016	284
Toracoscopia Enero Noviembre 2016	127



LAPAROSCOPIA POR GRUPO 2016



	enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Septiemb re	Octubre	Noviemb re
Gineco	9	14	9	16	17	15	13	18	15	16	18
Gastro	5	11	6	11	14	17	10	15	9	8	13
Torax	10	12	11	11	8	8	11	14	10	14	16
Seno		1					1				
Urología						1				1	
Cx Pediátrica								1	1		
total	24	38	26	38	39	41	35	48	35	39	47



LOGROS:

- Se aumentaron los controles en seguridad del paciente como son: marcación de sitio quirúrgico en preoperatorios, utilización de manillas en el 100% de pacientes, hacer parada de seguridad transoperatoria en cirugías de más de 8 horas, utilización de tableros de seguridad, las cuales han contribuido a NO tener eventos adversos por fallas en la seguridad del paciente.
- Aumento en procedimientos cirugía mínimamente invasiva a Noviembre: 219 en año 2015 y 284 en año 2016 (laparoscopia), toracoscopia año 2016 a Noviembre 127
- Mantener el porcentaje de ocupación en salas de cirugía con un promedio de 77%

RETOS:

- Disminuir el porcentaje de cancelación atribuible a la Institución por debajo del 40 %, actualmente en el 60 %.(mala programación de la consulta y tiempo quirúrgico prolongado)
- Aumentar la eficiencia de Salas de Cirugía disminuyendo tiempos quirúrgicos intercirugías y en inicio de cirugía.
- Obtener una programación a tiempo y real de las consultas quirúrgicas en cuanto a nombre del paciente, tiempo necesario en cirugía.
- Traer torres de laparoscopia en 3D o actualizar quirófano integrado.
- Aumentar porcentaje de ocupación a un 80% mes(trabajar sábados 12 horas)
- Implementar programa de Cirugía Robótica

1.3. SOPORTE AL PACIENTE CON CÁNCER

1.3.1. GRUPO AREA SOPORTE ONCOLÓGICO



Durante el presente año se han realizado las siguientes actividades en el grupo área soporte oncológico.

1. Se inició el despliegue de la implementación del programa de soporte oncológico a través de la ejecución del proyecto institucional, con las siguientes actividades específicas:

- Actividades de despliegue y socialización del programa en las reuniones académicas del instituto. N°4
- Entrenamiento y capacitaciones al personal médico, de enfermería y trabajo social del instituto.
 - Capacitación proyecto soporte oncológico a 37 médicos especialistas del área médica (17/02/2016).
 - Capacitación proyecto soporte oncológico a 47 médicos especialistas del área quirúrgica (18/04/2016).
 - Capacitación proyecto soporte oncológico a 21 enfermeras auxiliares de consulta externa (22/06/2016).
 - Capacitación proyecto soporte oncológico a 24 a médicos generales y especialistas del Grupo área médica (03/08/2016).
 - Capacitación en la inducción de fellows / (02/08/2016) a 10 médicos.
 - Talleres en las 6 unidades funcionales donde se inició la implementación formal #8 (septiembre, octubre y noviembre/2016).
- Contratación, entrenamiento, apoyo y supervisión al médico especialista en medicina familiar que realiza el acompañamiento en las diferentes unidades funcionales donde se ha iniciado la implementación del programa.
- Implementación del instrumento de tamización de necesidades de soporte, en los servicios de Urología, Ginecología, Mama, Cabeza y cuello, Dermatología y Endocrinología.
- Diseño del folleto informativo en soporte oncológico para el paciente de primera vez en el instituto.
- Mejoramiento y actualización del instrumento de tamización de necesidades con la inclusión de algunas variables.
- Diseño, organización, coordinación científica del I Simposio de Soporte Oncológico realizado en el Hotel Tequendama los días 3 y 4 de Noviembre/2016.

- Algunos resultados encontrados, el promedio de edad de los pacientes en las unidades implementadas entre 58 y 60 años, con predominio del sexo femenino, con un predominio de pacientes con necesidades que ameritan intervención.

UNIDADES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
	UROLOGIA DERMATOLOGÍA A GINECOLOGÍA	UROLOGIA DERMATOLOGÍA A GINECOLOGÍA SENO Y TEJIDOS BLANDOS	UROLOGIA DERMATOLOGÍA A GINECOLOGÍA SENO Y TEJIDOS BLANDOS	UROLOGIA DERMATOLOGÍA GINECOLOGÍA SENO Y TEJIDOS BLANDOS ENDOCRINOLOGÍA A
EDAD PROMEDIO	62	58	59	59
FEMENINO	57,04%	67,10%	69,07%	67,67%
MASCULINO	42,96%	32,90%	30,93%	32,33%
TOTAL	142	155	194	133
IMC	25,84	25,99	25,44	25,57
TERMOMETRO MENOR DE 4	14,79%	44,52%	60,31%	47,37%
TERMOMETRO MAYOR O IGUAL A 4	85,21%	55,48%	39,69%	52,63%

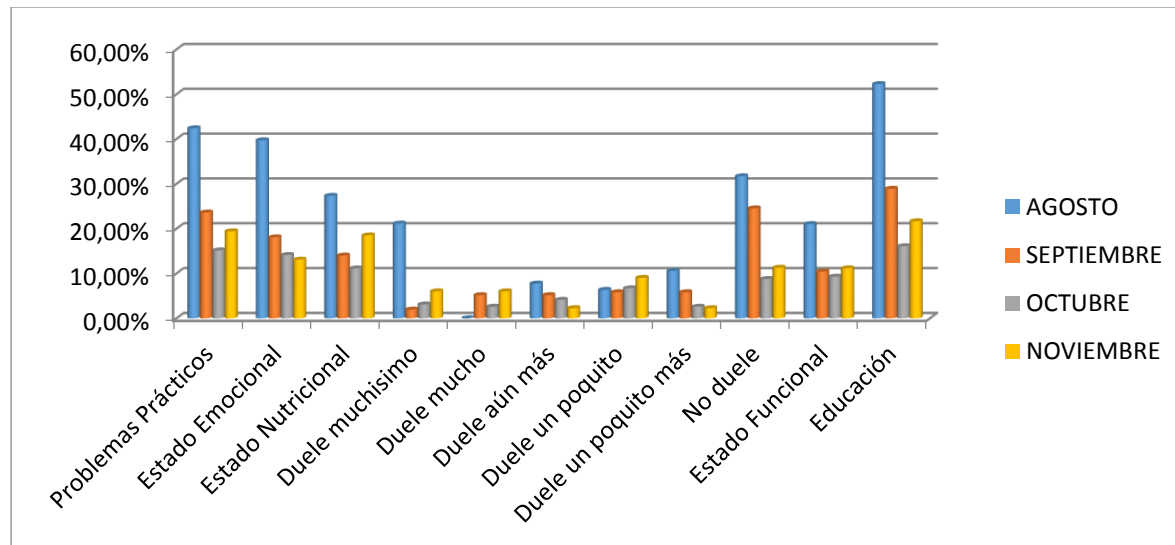
- Necesidades evidenciadas predominantemente problemas prácticos, estado emocional y estado nutricional.

PROMEDIO GENERAL POR DOMINIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
PROBLEMAS PRÁCTICOS	42,39%	23,61%	15,15%	19,40%
ESTADO EMOCIONAL	39,72%	18,06%	14,12%	13,08%
ESTADO NUTRICIONAL	27,32%	14,00%	11,13%	18,50%

- En cuanto al dolor se evidenció una proporción importante de pacientes con dolor sin el tratamiento adecuado.

DUELE AÚN MÁS	7,75%	5,16%	4,12%	2,26%
DUELE MUCHISIMO	21,13%	1,94%	3,09%	6,02%
DUELE MUCHO	0,00%	5,16%	2,58%	6,02%
DUELE UN POQUITO	6,34%	5,81%	6,70%	9,02%
DUELE UN POQUITO MÁS	10,56%	5,81%	2,58%	2,26%
NO DUELE	31,69%	24,52%	8,76%	11,28%
TRATAMIENTO DOLOR	67,69%	62,16%	72,16%	47,06%

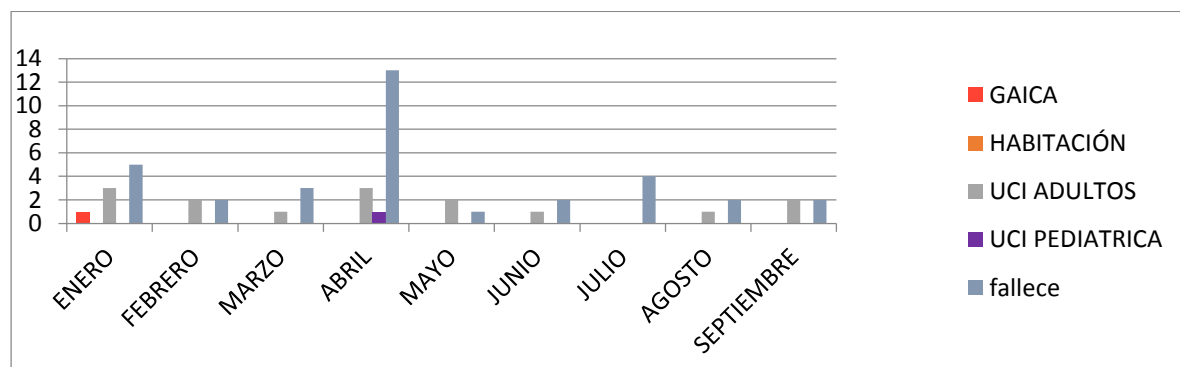
Esta gráfica resume las necesidades identificadas en las unidades implementadas



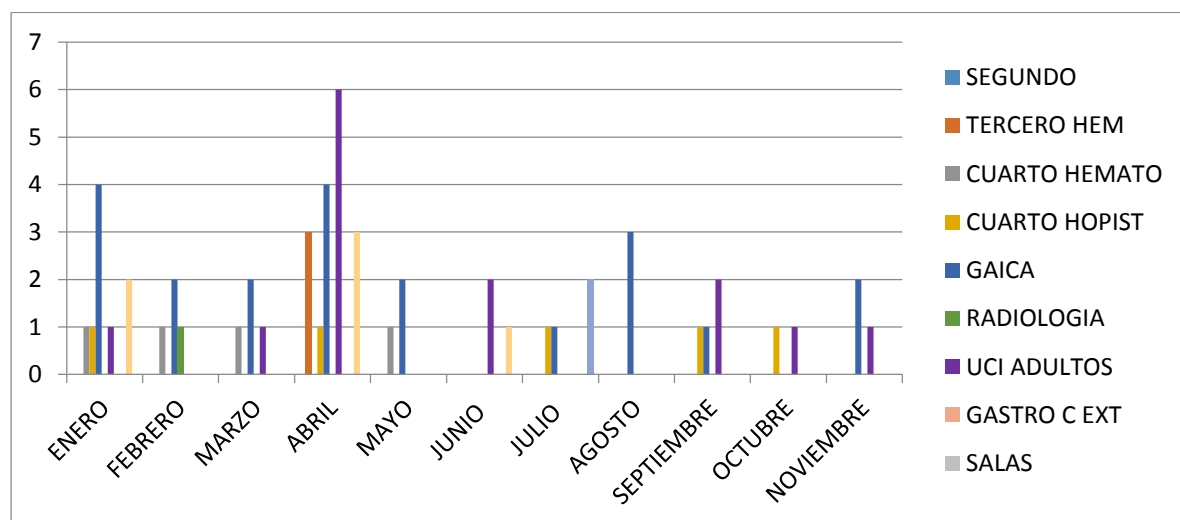
2. Estudio y diseño para organización del programa de soporte oncológico en pediatría mediante una amplia revisión bibliográfica y mesas de trabajo interdisciplinario.
 - Se definió que la aplicación de un instrumento de tamización no es aplicable en la población infantil por lo cual se diseñó una consulta multidisciplinaria en la cual el niño que ingresa por primera vez será evaluado por cuidado paliativo, rehabilitación, soporte nutricional, odontología y rehabilitación quienes evaluarán las condiciones del menor que ameriten una intervención con el acompañamiento del pediatra oncólogo.
 - Se realizaron meses de trabajo con la coordinadora de SAP, facturación y mercadeo para establecer el registro en la historia clínica y la estrategia de mercadeo y códigos CUPS para la generación de la orden.
 - Se realizó el diseño, estructuración y construcción del documento técnico del programa de soporte oncológico pediátrico para el Instituto Nacional de Cancerología.
 - Se realizó la contratación, capacitación y supervisión de la nutricionista encargada de coordinar la implementación del programa y fortalecer la atención por nutrición en los pacientes pediátricos del INC.
 - Se tiene programado para el mes de Enero iniciar la prueba piloto del programa de soporte en pediatría.
3. Se realizaron los estudios, asesoría en contratación, disposición y coordinación de los cursos de reanimación básica y avanzada (BLS, ACLS Y PALS) para médicos, enfermeras y técnicos del instituto. Se realizó el censo institucional para tal fin y la permanente coordinación con Salamandra logrando la certificación de 62 profesionales. Con la programación de 2 ACLS y 1 PALS para el mes de enero.
4. Se realizó el estudio, y diseño operativo del programa de atención domiciliaria con estudios de personal, insumos y tecnología necesarios para la implementación del programa. Se realizaron visitas de referenciación para la construcción y diseñó el proyecto institucional el cual fue aprobado para ejecución en 2017. Ya se realizaron los términos para contratación de personal.
5. Se realizó el diseño de la disposición operativa del proyecto de San Juan de Dios para la ampliación del grupo de soporte oncológico con la disponibilidad de salas de titulación y procedimientos en cuidado paliativo. Así mismo visitas de campo que verificaron que no se cuenta con los requisitos mínimos de habilitación, proceso que está ejecución para definir fecha de ejecución.

6. Se efectuaron los contactos con las secretarías de salud, la coordinación científica y operativa de los eventos regionales “Detección temprana del cáncer y manejo de lesiones preneoplásicas” en las ciudades de San Andrés con la participación de 55 profesionales y Popayán con 112 participantes. Se coordinó la realización del curso en Armenia que se llevará a cabo en el mes de febrero.
7. Se instauró la realización de la reunión de análisis de mortalidad hospitalaria RAMH en la cual se analizan los casos de pacientes con muertes no esperadas, de causa no conocida o muertes prevenibles en el INC. Para la misma se realiza el análisis y presentación de los indicadores de mortalidad hospitalaria y el informe de fallecimientos en pediatría. Se dio cumplimiento a la acción de mejora instaurada.
8. Se realizaron las acciones necesarias para la definición del alcance del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el INC, con una visita de referenciación a hospital de cuarto nivel certificado, revisión bibliográfica, mesas de trabajo con salud pública con la construcción de la pirámide poblacional y el perfil del usuario institucional, estudios de campo y censo de actividades. Se construyó el documento soporte de tal proceso, el cual será presentado con el fin de ejecutar la Acción de mejora que se planteó en la vigencia previa.
9. Se realizaron los comités de código azul con el monitoreo y vigilancia del proceso así como acompañamiento en medidas de mejora en cuanto a la ejecución de los mismos, actualización del inventario de carros de paro y monitoreo y disposición de los mismos.

DISTRIBUCIÓN DE CODIGOS AZULES POR FRECUENCIA



DISTRIBUCIÓN DE CODIGOS AZULES POR SERVICIO DE OCURRENCIA



10. Se ejecutaron las actividades planeadas como parte del PAE de Urgencias Oncológicas con capacitaciones magistrales de las diferentes urgencias en el espacio académico con la capacitación en las mismas de un total de 195 personas. Así mismo se realizaron 3 capacitaciones semestrales en activación de código azul para el grupo de enfermeras y auxiliares de enfermería de las diferentes áreas del instituto con el fin de mantener la continuidad del proceso y la capacitación del personal nuevo. Personal capacitado 74 personas.
11. Se realizó la coordinación científica y operativa del I Simposio de Aspectos Bioéticos en el manejo del paciente con cáncer realizado en el Instituto Nacional de Cancerología el 9 de septiembre de 2016 con la participación de más de 200 asistentes.
12. Se realizó junto con cuidados paliativos la coordinación científica de la visita de la Fundación de Chile los días 8 y 9 de Agosto para implementación de modelo de atención del cuidado paliativo en niños y la creación del proyecto de la casa de cuidados transicionales, aprobado par ejecución en 2017.
13. Fortalecimiento de la estrategia Lavado de manos y aislamiento. Se realizaron talleres y capacitaciones en las diferentes unidades funcionales con el fin de fortalecer la apropiación y cumplimiento de la estrategia de lavado de manos con la capacitación de más de 40 especialistas y fellows. Se diseñó junto con la oficina de comunicaciones un slogan de la gota de agua como mecanismo de recordación para el cumplimiento de la estrategia.
14. Se creó un documento base con criterios de indicación, manejo de infecciones asociadas y recambio de tubos de nefrostomía como protocolo de manejo de las mismas, resultado de mesas de trabajo con Infectología y radiología.
15. Se encuentra en ejecución el trabajo de investigación de morbilidad y mortalidad asociada a nefrostomía en pacientes con CA de cérvix del INC, con el objeto de establecer algunos determinantes de mejor o peor pronóstico y definir criterios para la realización de las mismas.
16. Se participó activamente en los comités de ética hospitalaria y el comité de ética en investigaciones como representación del área clínica.
17. Se realizan mesas de trabajo para definir la pertinencia y estructuración de la maya curricular para el programa de medicina interna del INC. Ya se tiene consolidada la maya curricular y está pendiente la presentación en comité de educación. La universidad de la sabana tiene pendiente el planteamiento operativo y de convenio institucional.
18. Se realiza la coordinación directa del servicio de medicina interna y la coordinación académica y ejecución de revisiones temáticas con estudiantes, residentes e internos.

1.3.2. COMITÉ VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE INFECCIONES

▪ INDICADORES DE IAAS

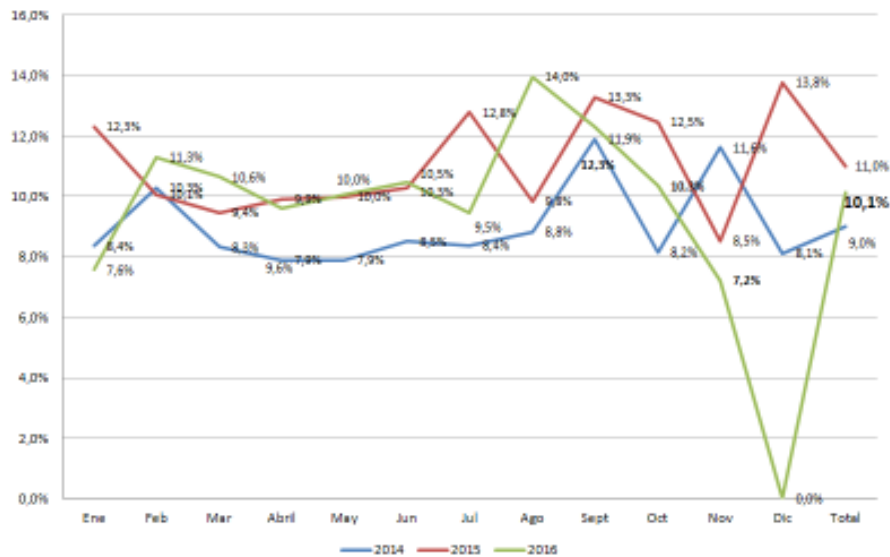
CARACTERÍSTICAS GENERALES PERIODO 2016



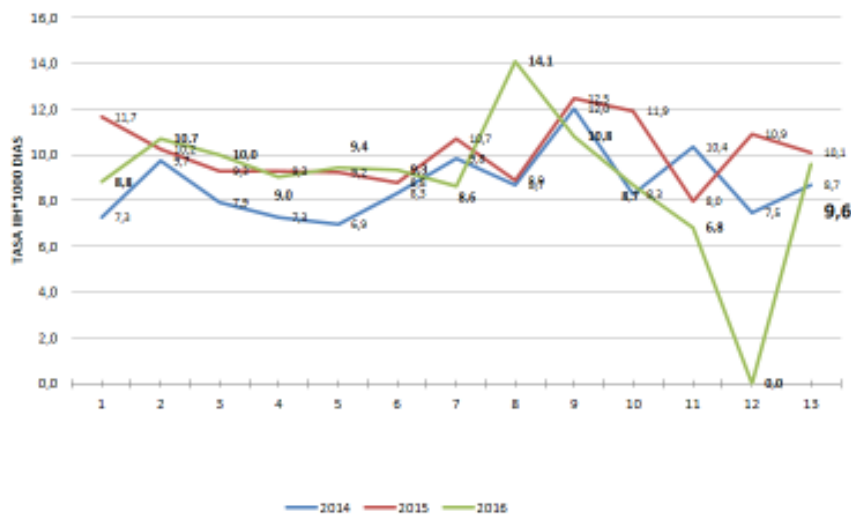
2016	IAAS	Pacientes	Egresos	Días Estancia
ENERO	56	52	740	6.356
FEBRERO	54	53	478	5036
MARZO	53	51	498	5294
ABRIL	47	46	500	5321
MAYO	51	48	508	5415
JUNIO	48	46	458	5148
JULIO	49	48	418	5689
AGOSTO	68	67	480	4763
SEPTIEMBRE	59	58	479	5455
OCTUBRE	49	48	474	5.657
NOVIEMBRE	36	34	499	5.732
DICIEMBRE				
TOTAL	570	551	5532	59866

La **tasa de infección** en el año 2016, fue de 10,1 % comparado con el año 2015, la variación se encuentra en 1 % observando mejoría en el índice global; todo relacionado con las medidas de educación, listas de chequeo y apoyo de los grupos para disminuir el número de infecciones asociadas a la atención en salud.

INDICE GLOBAL DE INFECCIÓN COMPARATIVO 2014-2016



TASA GLOBAL DE INFECCIÓN COMPARATIVO 2014-2016



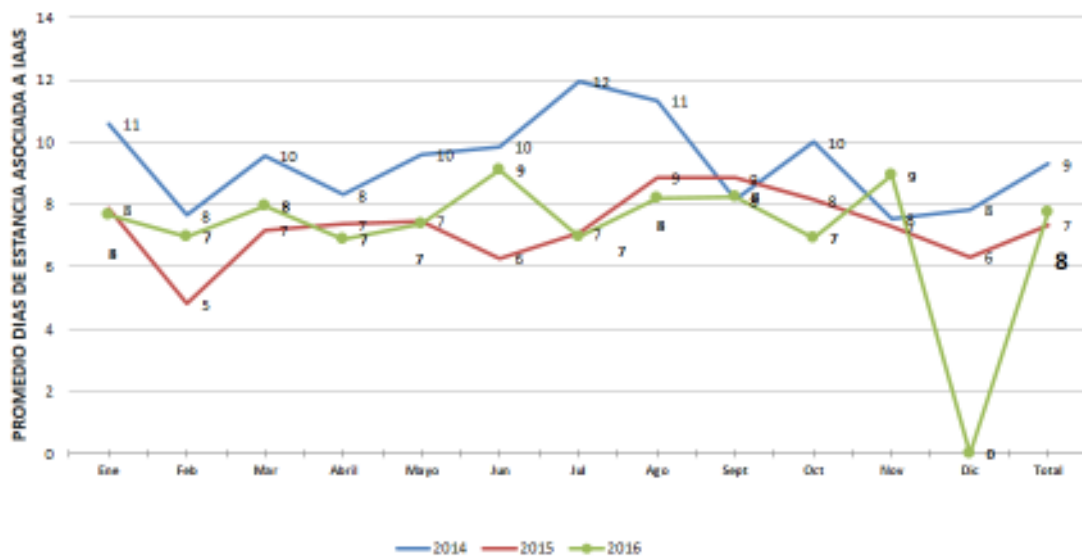
Sobre los **días estancia**, en el 2016, el promedio de días está en 8 días comparado con el 2015 que fue de 7 días y en 2014 de 9 días, es decir, que por cada 100 días, la estancia se prolonga en promedio 8 días

relacionada con la infección asociada a la atención en salud, lo que disminuye el riesgo de nuevos eventos infecciosos y muestra una mejora en la oportunidad de la atención en este evento adverso.

**DIAS PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR IAAS
COMPARATIVO 2014-2016**



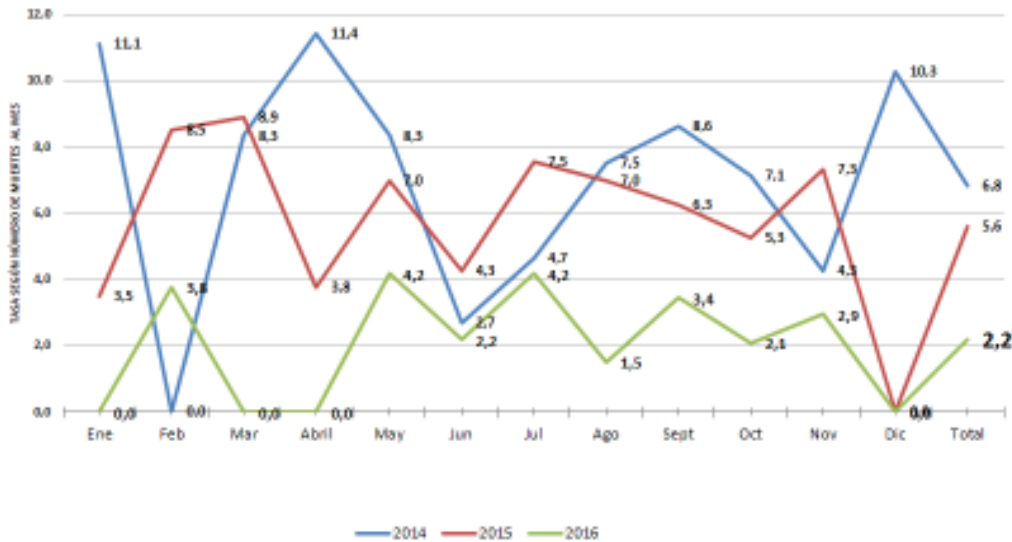
Días de estancia hospitalaria por IAAS
Total de IAAS



TASA DE MORTALIDAD POR IAAS COMPARATIVO 2014-2016



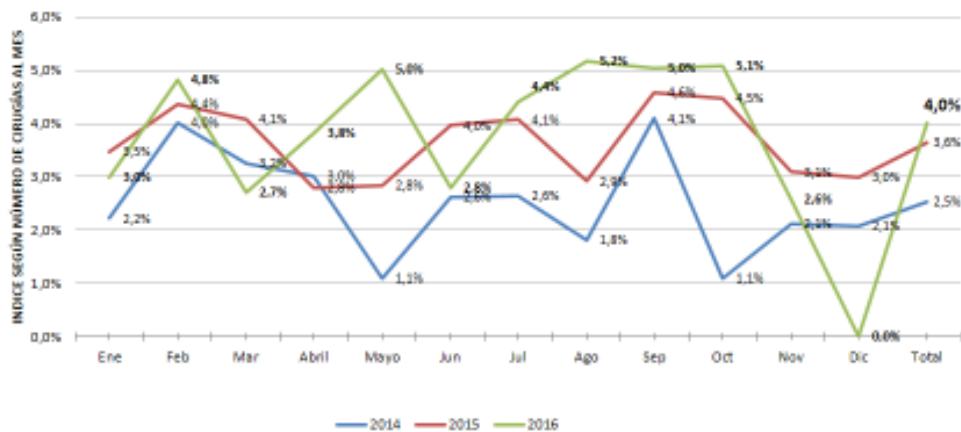
- $\frac{\text{Numero Muertes por IAAS en el periodo} \times 1000}{\text{Numero total de pacientes con IAAS en el periodo}}$



INDICE GLOBAL DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO - ISQ COMPARATIVO 2014-2016



- $\frac{\text{Numero de casos ISQ en el periodo} \times 100}{\text{Numero total Procedimientos Quirúrgicos}}$

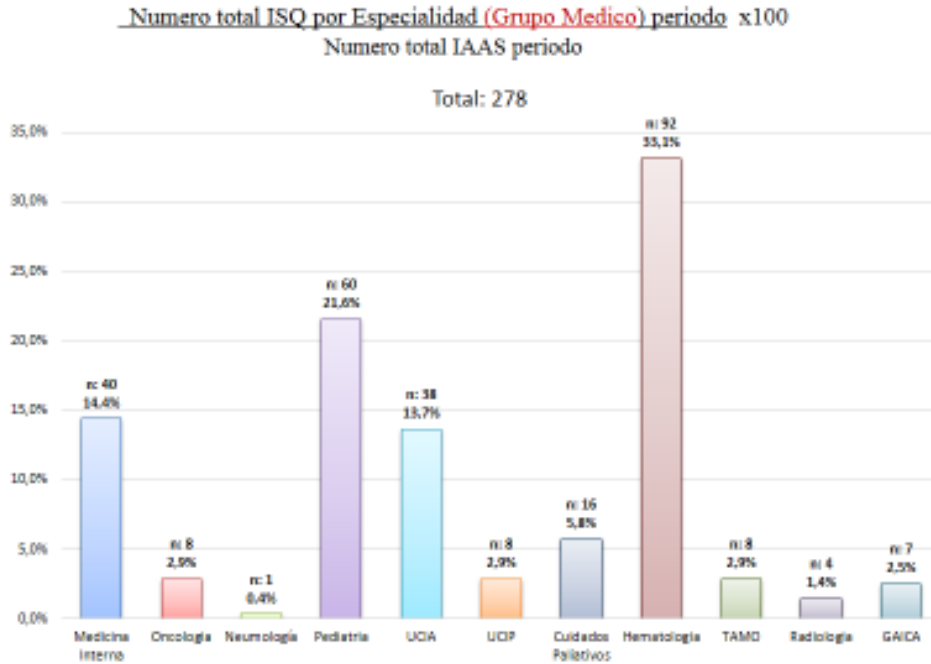


En el 2016 se presentaron 218 infecciones de las cuales el 37 % fueron superficiales: 80 casos. Así mismo el 51 % del total de cirugías fueron catalogadas como limpias contaminadas y el 49 % como cirugías limpias.



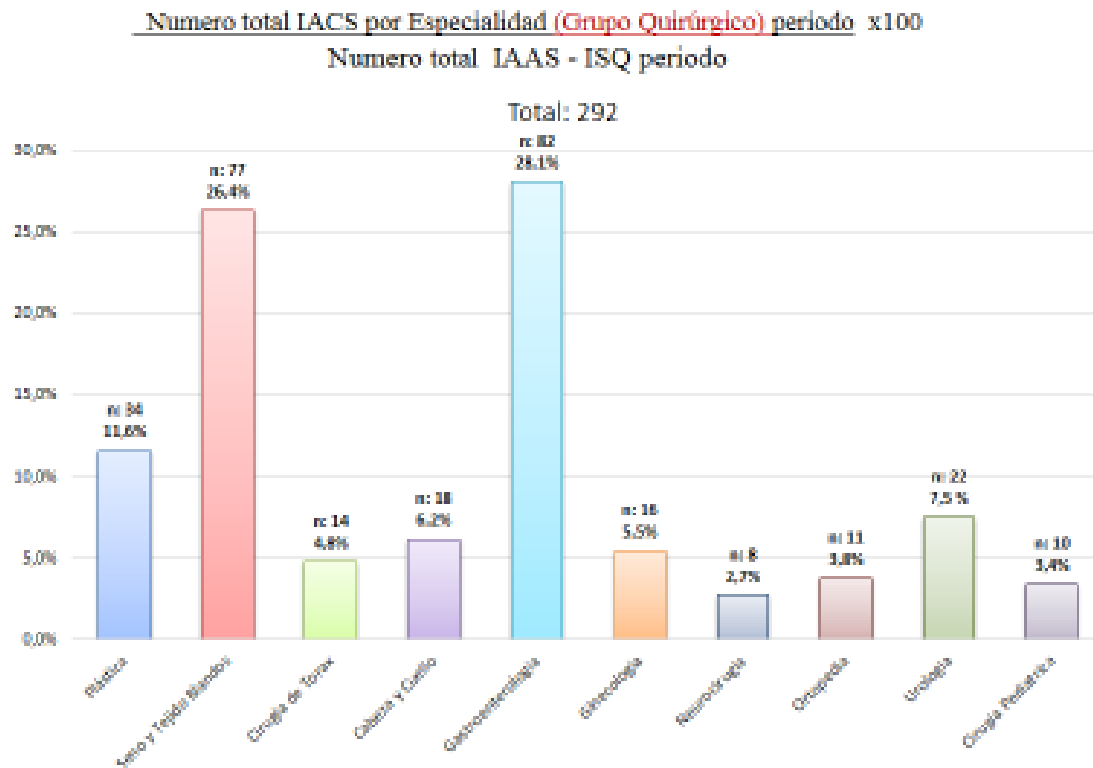
El total de infecciones asociadas al cuidado de la salud atribuibles al tratamiento médico fueron 278 casos de los cuales el servicio que más infecciones presentó en 2016 fue el grupo de hematología (33, 1 %), seguido de pediatría (21,6 %) y medicina interna (14,4 %)

PROPORCION DE IAAS POR GRUPOS MEDICOS 2016



El total de infecciones asociadas al cuidado de la salud atribuibles al tratamiento quirúrgico fueron 292 casos, de los cuales el servicio que más infecciones presentó en 2016 fue el grupo de gastroenterología (28, 1 %), seguido de seno y tejidos blandos (26,4 %) y cirugía plástica (11,6 %).

PROPORCION DE IAAS POR GRUPOS QUIRURGICOS 2016

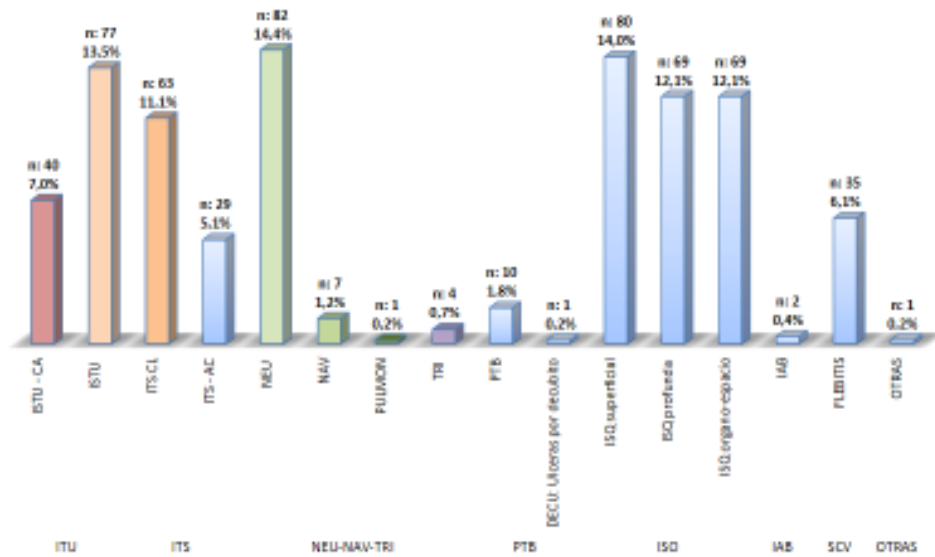


Se presentaron 570 infecciones asociadas a la atención en salud siendo las más comunes ISQ: infecciones del sitio Quirúrgico con 39 %, seguido de Neumonías con 14,4 %

**DISTRIBUCION PORCENTUAL IAAS
POR TIPO DE INFECCION
CONSOLIDADO 2016**



Total: 570



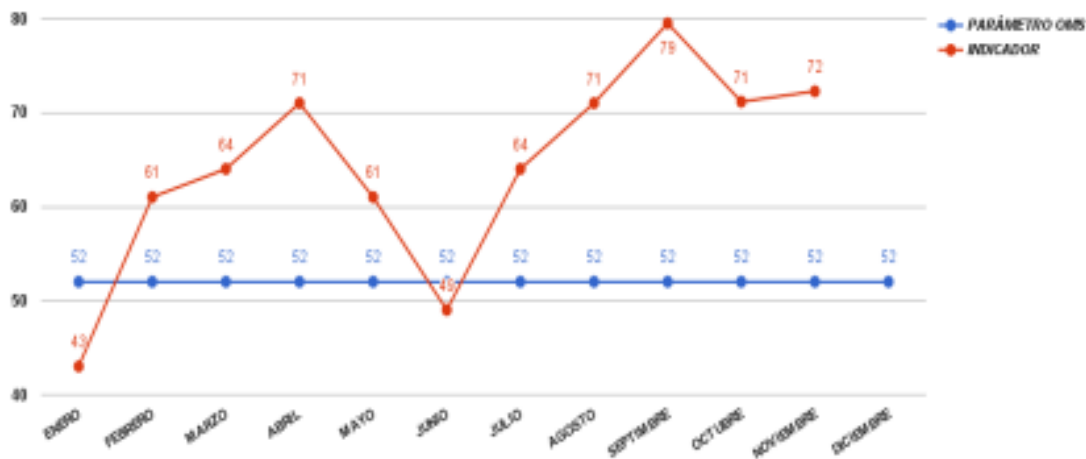
■ **INDICADORES GLOBALES LAVADO DE MANOS Y AISLAMIENTOS**

El acumulado final para 2016 es de 65% en comparación con 2015 que quedó en 49,75% observando una mejoría en cuanto a adherencia para lo cual se realizaron campañas educativas dirigidas al grupo médico, personal de enfermería, laboratorio clínico y camilleros así como capacitaciones a nuevos observadores de lavado de manos; actualmente se cuenta con observadores de los grupos de enfermería, terapia respiratoria y VEI.

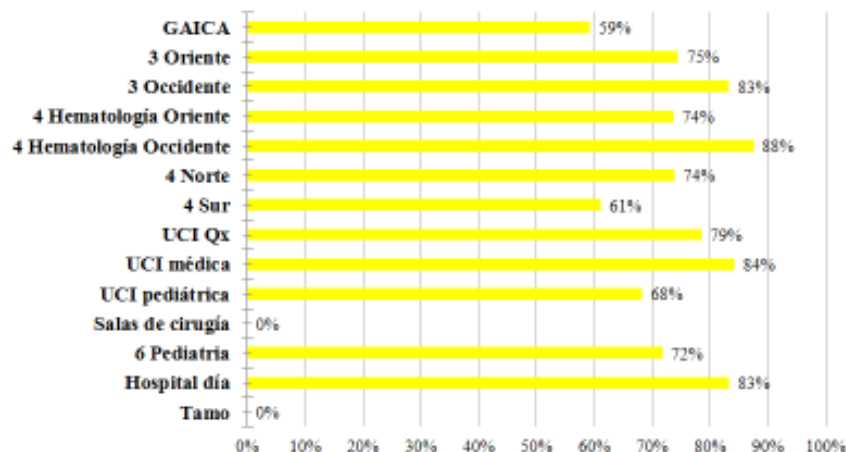
**PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA MULTIMODAL-HIGIENE DE MANOS
2016**



**ACUMULADO 2016
65 %**

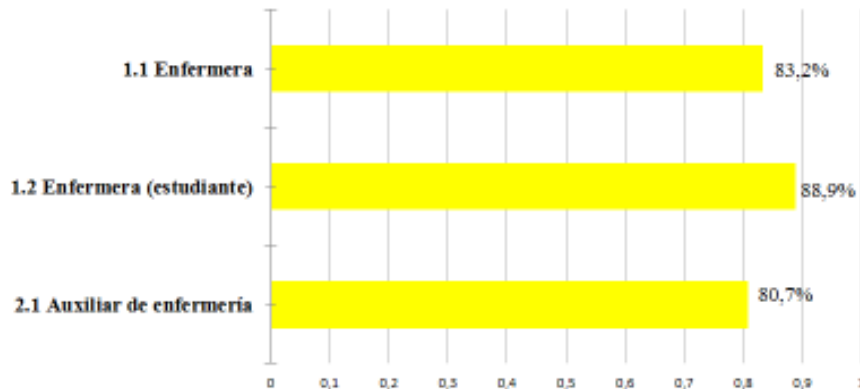


**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO POR SERVICIOS HOSPITALARIOS
NOVIEMBRE-2016**



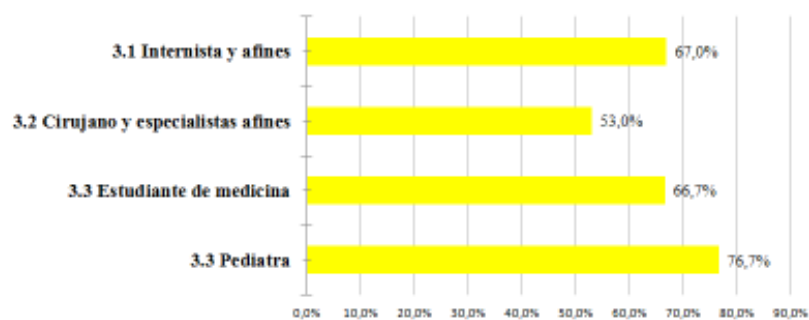
ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA MULTIMODAL		(5 MOMENTOS)
PARAMETRO	DESCRIPCIÓN	SEMAFORIZACIÓN
< 52% OMS	No Adherencia EM	Rojo
53-90 %	Refuerzo de conceptos	Amarillo
>91% INC-VEI	Adherido a EM	Verde

**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO LAVADO DE MANOS
CATEGORIAS PROFESIONALES
CATEGORIA 1 Y 2 – ENFERMERAS
NOVIEMBRE-2016**



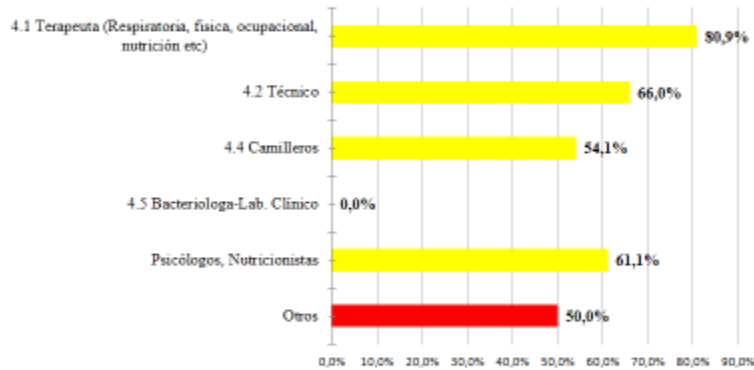
ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA MULTIMODAL (5 MOMENTOS)		
PARAMETRO	DESCRIPCIÓN	SEMAFORIZACIÓN
< 52% OMS	No Adherencia EM	
53-90 %	Refuerzo de conceptos	
>91% INC-VEI	Adherido a EM	

**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO LAVADO DE MANOS
CATEGORIA 3 – MEDICOS
NOVIEMBRE-2016**



ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA MULTIMODAL (5 MOMENTOS)		
PARAMETRO	DESCRIPCIÓN	SEMAFORIZACIÓN
< 52% OMS	No Adherencia EM	
53-90 %	Refuerzo de conceptos	
>91% INC-VEI	Adherido a EM	

**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO LAVADO DE MANOS
CATEGORIA 4 – OTROS PROFESIONALES
NOVIEMBRE -2016**

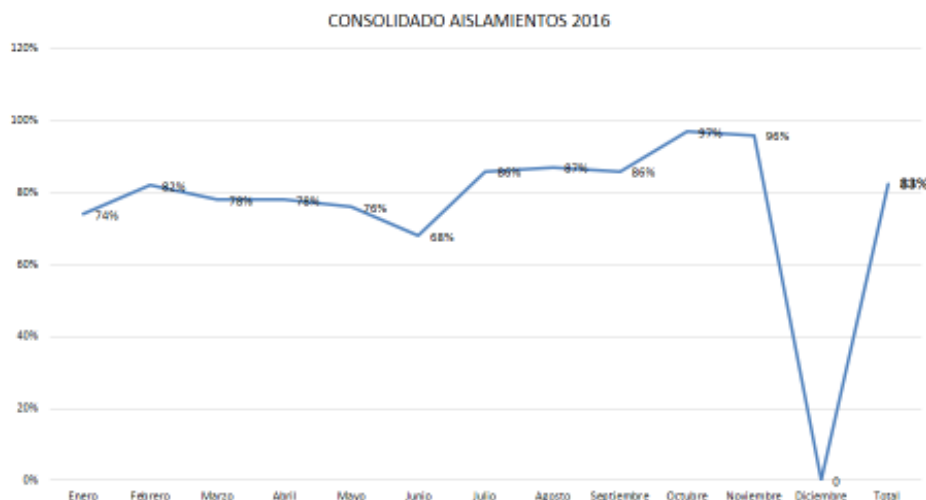


ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA MULTIMODAL		(5 MOMENTOS)
PARAMETRO	DESCRIPCIÓN	SEMAFORIZACIÓN
< 52% OMS	No Adherencia EM	Rojo
53-90 %	Refuerzo de conceptos	Amarillo
>91% INC-VEI	Adherido a EM	Verde

Se mejoró la adherencia al protocolo de aislamientos encontrando un porcentaje final del 83% en 2016 en comparación con 2015 que cerró en 61%. Se realizaron actividades educativas a los grupos médicos, personal de enfermería, laboratorio clínico y camilleros.

Se realizó vigilancia continua de cumplimiento en los servicios de hospitalización y listas de chequeo en cada una de las áreas hospitalarias.

**ADHERENCIA GLOBAL PROTOCOLO DE AISLAMIENTOS
2016**



1.3.3. SEGUIMIENTO A SUPERVIVIENTES

1.3.3.1. CÁNCER DE MAMA

SERVICIO: Cirugía de Seno y Tejidos Blandos INC

▪ INTRODUCCION:

El Instituto Nacional de Cancerología, inicio un proyecto en octubre de 2014 basado en la experiencia internacional de un modelo compartido de atención al paciente superviviente de cáncer de seno, con diagnostico mayor a los 5 años en remisión sin terapia activa, en principio instruyendo y capacitando al personal médico para así promover el cuidado, la rehabilitación y las necesidades de los largos supervivientes en relación a secuelas oncológicas, riesgo de recurrencia, promoción de la salud e identificación de segundas neoplasias. Esta es una etapa más del soporte continuo del cáncer el cual supone retos y oportunidades oncológicas en liderazgo del cuidado integral del largo superviviente.

▪ LOGROS:

- Identificación de población de paciente supervivientes de cáncer de seno
- Detección de recidiva, recurrencias y/o segundas neoplasias
- Tamizaje según factores de riesgo para patología malignas prevalente según guías de ministerio de protección social.
- Manejo de secuelas secundarias a toxicidad quirúrgica, radioterapéutica y farmacológica (quimioterapia, hormonoterapia y terapias target)
- Apoyo psicosocial dirigido según necesidades de la paciente.
- Rehabilitación integral del paciente oncológico.
- Disminuir las secuelas físicas, psicológicas y sociales del tratamiento del cáncer de mama.
- Brindar información suficiente sobre supervivencia a largo plazo, relación con la familia y sexualidad.

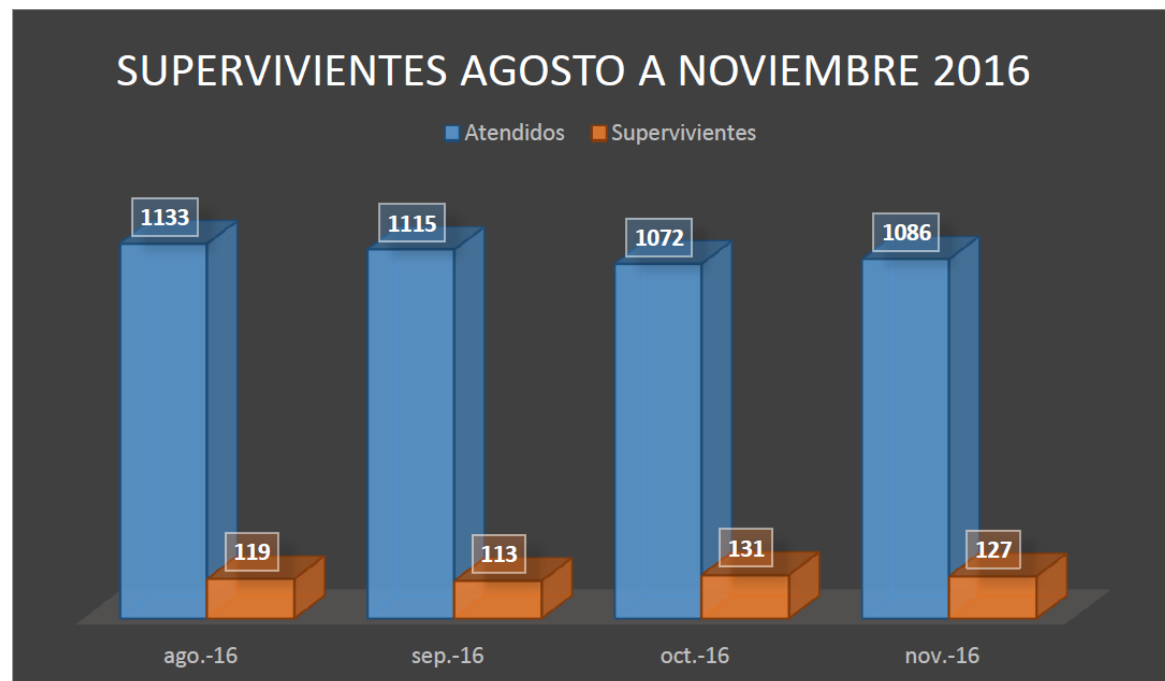


Tabla 1: Gráfico supervivientes descripción mensual, consulta total atendida / consulta superviviente día.

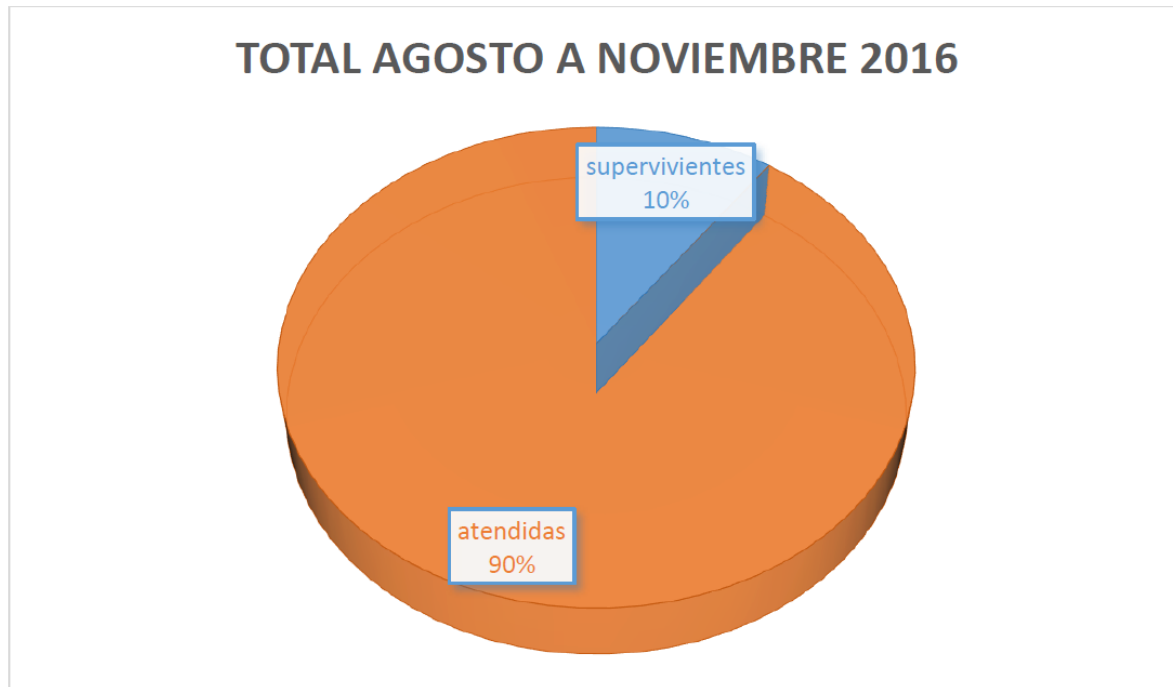


Tabla 2: Grafico paciente totales atendidas entre agosto de 2016 y noviembre de 2016 Descripción total: 4406 ATENDIDAS / 490 SUPERVIVIENTES.

▪ RETOS:

- Rehabilitación. Optimizar el potencial de salud del superviviente.
- Vigilancia de la recidiva. Detección precoz de la recurrencia.
- Intervención precoz sobre las complicaciones relacionadas con el cáncer y su tratamiento.
- Identificar secuelas acumuladas según toxicidad de los tratamientos, y complicaciones estéticas funcionales de distinta intensidad y gravedad.
- Prevención y tratamiento precoz de alteraciones del estado psicológico secundarias al cáncer o a su tratamiento.
- Promoción de la salud. Reducción del riesgo de desarrollo de comorbilidades o segundas neoplasias.
- Valoración de la susceptibilidad genética para el cáncer en el paciente y familiar para algunos tipos de cáncer
- Evaluación e intervención por las consecuencias socioeconómicas del cáncer y su tratamiento y normalización del acceso al trabajo, escuela y calidad de vida.

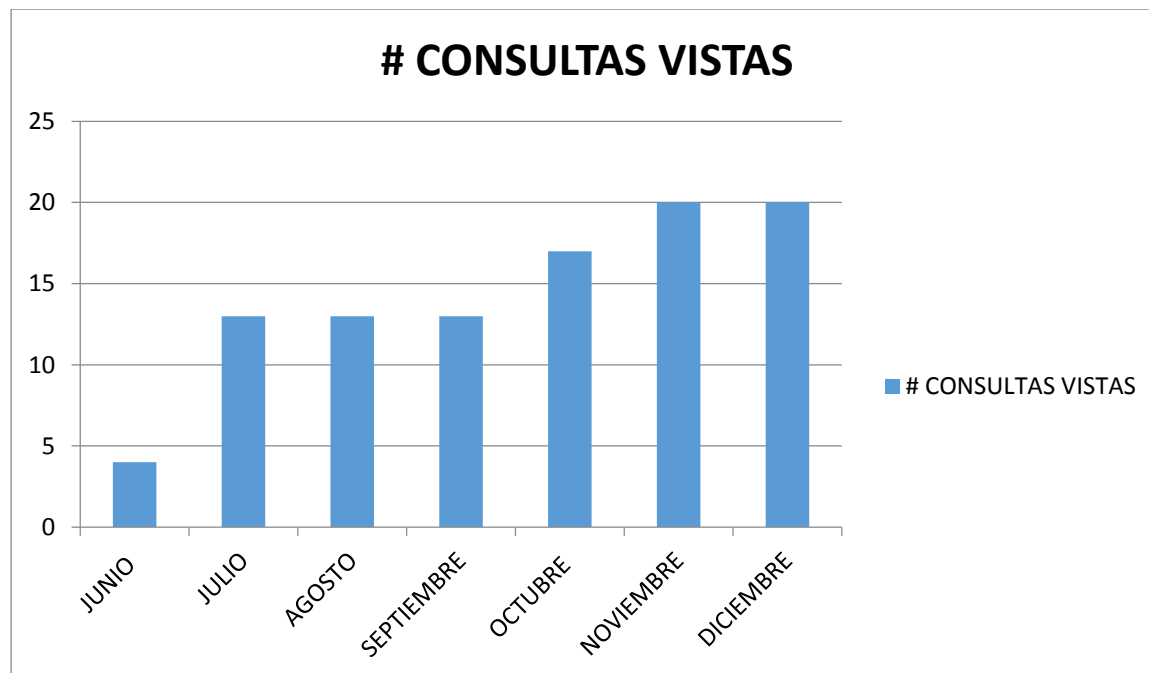
▪ BIBLIOGRAFÍA

- National comprehensive cancer network NCCN clinical practice guidelines in oncology survivorship version 2.2106 nccn.org
- National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER). Cancer statistics review, NCI 1.National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER).
- Cancer statistics review, NCI 2006. <http://www.seer.cancer.gov>. Soliman H, Agresta SV. Current issues in adolescent and young adult cancer survivorship. Cancer Control 2008;15:55-62.

- Monográfico SEOM largo supervivientes en cáncer, Sociedad española de oncología médica. Elena Brozos Vázquez, Francis Vázquez Rivera, Juan Cueva Bañuelos, Francisco Javier Barón Duarte. Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- American Cancer Society: Cancer Facts and Figures, 2004. Atlanta GA, American Cancer Society Atlanta, 2004.

1.3.3.2. ONCOLOGÍA

La consulta superviviente del servicio de Oncología Clínica durante el año 2016 mes a mes a partir de Junio.



▪ LOGROS:

1. Esto indica que durante el año se vieron un total de 86 paciente supervivientes y se ha logrado que mes a mes aumente la consulta como lo muestra la gráfica.
2. En esta consulta se ha informado a los pacientes sobre el programa de supervivientes y el objetivo del mismo.
3. Se ha garantizado la continuidad del seguimiento médico.
4. Se ha mejorado la oportunidad de citas de oncología para los pacientes que están en tratamientos de quimioterapia

▪ RETOS:

Sin embargo se han presentado algunas situaciones que han dificultado que esta consulta sea mayor y que esperamos mejor día a día, los cuales exponemos a continuación:

- No hubo consulta superviviente desde el mes de mayo de 2015 hasta el mes de mayo de 2016.
- Una vez reiniciado el programa superviviente, se encontró que no hay consultorios disponibles para que la Dra. Bogoya realice esta consulta, por lo que por ahora se está llevando a cabo los días viernes y el

resto de la semana durante la consulta de oncología clínica a los pacientes que están agendados con los oncólogos.

- Por parte de call center falta conocimiento de esta consulta, por lo que se están refiriendo a los pacientes a la consulta de oncología clínica y no a la consulta de superviviente.
- Algunos pacientes aunque se llaman por el Call center para realizar el agendamiento no aceptan esta valoración y continúan su control con el Oncólogo Clínico, por lo que hace falta educación e información a los pacientes sobre este programa.
- Algunos pacientes no asisten a esta consulta teniendo ya la cita programada.
- En el sistema SAP la opción de “CONSULTA ONCOLOGÍA PACIENTE SUPERVIVIENTE”, dejó de estar habilitada, por lo que se está generando la orden como control de oncología con la observación escrita de consulta superviviente, generando confusiones.
- No hay información sobre este programa de superviviente en los diferentes servicios del Instituto Nacional de Cancerología, para que sean remitidos los pacientes directamente a esta consulta.
- La consulta superviviente se ha logrado por la búsqueda activa de estos pacientes que ha realizado la Dra. Bogoya en sistema SAP que se anexa en imágenes.

1.4. ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

1.4.1. RESULTADOS PRESTACION DE SERVICIOS DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA AÑO 2016

1.4.1.1. CONSULTA EXTERNA

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA 1° VEZ	3615
CONSULTA AMBULATORIA BRAQUITERAPIA	48
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (INTERCONSULTAS (GAICA)	502
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA HOSPITALARIA	360
TOTAL INTERCONSULTAS	862

JUNTA DE DECISIONES (CASOS ESPECIALES)	212
---	------------

CONTROLES DE CONSULTA AMBULATORIA	1715
CONSULTA DE SEGUIMIENTO	0
TOTAL CONTROLES Y SEGUIMIENTO	1715

CONTROLES DE MORBILIDAD	594
CONTROLES DURANTE EL TRATAMIENTO	404
TOTAL CONTROLES DURANTE EL TRATAMIENTO	998

1.4.1.2. TELETERAPIA

DISTRIBUCION POR EQUIPOS:	
COBALTO THERATRON 780	0
CLINAC 600	776
DUAL	0
CLINAC IX- 1	742
CLINAC IX-2	333
PACIENTES NUEVOS TRATADOS CON MEGAVOLTAJE	1851

PACIENTES TRATADOS CON TÉCNICA CONFORMAL	793
PACIENTES TRATADOS CON TÉCNICA IMRT	663
TOTAL	1456

PACIENTES ATENDIDOS RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA	8
PACIENTES ATENDIDOS RADIOCIRUGÍA	6

TRATAMIENTOS CON FOTONES > 10 Mv	41254
1.25 MeV	0
TOTAL SESIONES DE TRATAMIENTO	41254

TRATAMIENTOS CON ELECTRONES	53
------------------------------------	-----------

PACIENTES NUEVOS /SIMULACION TAC	
---	--

TAC SIMULACION	2171
TOTAL SESIONES DE TRATAMIENTO	2171
IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS	
UNIDADES DE PLAQUETAS	4131
UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS	1625
CUPS	511
TOTAL DE PRODUCTOS SANGUINEOS IRRADIADOS	6267

1.4.1.3. BRAQUITERAPIA

BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA DE DOSIS INTRAOCULAR	5
BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS	339
APLICACIONES DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS	715

1.4.2. ANALISIS DE RESULTADOS 2016

1.4.2.1. ANALISIS DE CONSULTA EXTERNA

- Se aumentó el número de consultas médicas especializada de 1° vez en 258 consultas.
- La consulta ambulatoria de Braquiterapia disminuyó en 7 consultas
- Los controles de consulta externa ambulatoria disminuyeron en 26
- Interconsulta médica especializada hospitalaria y Gaica aumentó en 84 interconsultas.
- Junta de casos especiales aumento en 17 pacientes
- No se están atendiendo seguimientos
- Hubo un incremento en los controles durante el tratamiento en 217 y disminución de 52 controles por morbilidad comparado al 2015.

1.4.2.2. TELETERAPIA

- Hubo un incremento de 123 pacientes nuevos tratados con megavoltage que corresponde a un 6.65% comparado con el 2015.
- Nulo uso de la unidad de cobalto para pacientes razón por la cual se dio de baja.
- Aumento de tratamientos con alta tecnología: 1456 pacientes fueron tratados con técnica 3D-CRT: Conformal e IMRT, que corresponde al 78.66% de los pacientes, 8.38% más que en el 2015
- El uso del IMRT se aumentó de 29.3% (2015) a 35.8 %
- El número de sesiones aumento en 5.146 sesiones.
- El número de simulaciones TAC aumentó en 158 simulaciones.

1.4.2.3. PRODUCTOS SANGUINEOS

- Hubo un incremento en la irradiación de productos sanguíneos en 4528. Aún no se tiene ningún beneficio en facturación para el servicio de Radioterapia que solicitamos para bonificar y incentivar a los tecnólogos.

1.4.2.4. BRAQUITERAPIA

- Aumento el número procedimientos de Braquiterapia de alta tasa en 68 tratamientos y 11 aplicaciones.

▪ LOGROS

Asistenciales:

1. Instalación del nuevo Acelerador lineal IX.
2. Actualización del Acelerador lineal 600 con multiláminas para tratamientos conformados.
3. Instalación y capacitación del SOFTWARE y HARDWARE RapidArc
4. Aumento de número de pacientes nuevos por año en un 6.65 %
5. Aumento de la técnica IMRT 35.8 % de los pacientes
6. Adquisición de la Red Aria e implementación en el Servicio a modo de prueba hasta dic.31 de 2016. En enero del 2017 se implementará de manera total e integral el uso de la red Aria.
7. Se mantuvo el uso de la técnica RapidArc aportando disminución de tiempo de máquina por tratamiento y optimizando el recurso para tratar más pacientes por día.
8. Se están realizando los controles dosimétricos de equipos y pacientes con la regularidad establecida por Protocolos Internacionales.
9. Se está realizando semanalmente la Reunión de Equipos donde revisamos el comportamiento de las máquinas (Aceleradores lineales) en conjunto con Biomédica y el Proveedor intermediario de Varian.
10. Horario extendido de atención a pacientes para mejorar la productividad de inicios de Radioterapia con jornadas hasta las 5:00 AM a 7:30 PM de lunes a viernes y sábados hasta las 4:00 PM, añadiendo horario nocturno para las contingencias.
11. Permaneció el modelo de productividad para Oncólogos Radioterápicos y Físicos Médicos.
12. Ingresó un Médico Oncólogo Radioterápico joven a la Planta.

Docentes:

1. Continuidad del programa de Oncología Radioterápica con proceso de selección adecuado. En el momento hay 7 residentes y 2 seleccionados ingresarán en febrero de 2017.
2. Se hizo el Consenso con el Grupo de Cirugía de mama y tejidos blandos del INC-ESE para RIO (Radioterapia Intra operatoria) en cáncer de mama como dosis única y como Boost.
3. Se hizo el Consenso con el Grupo de Cirugía de mama y tejidos blandos del INC-ESE para RIO (Radioterapia Intra operatoria) en Sarcomas como adyuvancia.
4. Se hizo Revisión de la Literatura y se llegó a un Consenso de Expertos sobre las Dosis de restricción para tejidos sanos en Radioterapia 3D e IMRT con el fin de implementarlas en el INC-ESE.
5. Se llevó a cabo el Primer Simposio Internacional sobre Radiobiología clínica aplicada del INC-ESE en noviembre 10 de 2016 al cual asistieron 90 profesionales entre Médicos Oncólogos Radioterápicos y Físicos Médicos del país.
6. Presentación de un Póster en ALATRO 2015 en Rosario-Argentina, sobre La experiencia del INC-ESE en cáncer de cabeza y cuello y radioterapia conformada.
7. Presentación oral de un Abstract de Radiobiología del Dr Pablo Moreno en ALATRO 2015, Rosario-Argentina.
8. Presentación en Costa Rica en el Congreso de Radioterapia Pediátrica de dos Conferencias: sobre cáncer de Nasofaringe en niños y la experiencia del INC-ESE y Gliomas del Tallo, tratamiento con radioterapia 3DCRT e IMRT.
9. Presentación en Costa Rica en el Congreso Internacional de Radioterapia Pediátrica de un Póster sobre comparación dosimétrica de IMRT y 3DCRT en el tratamiento del Meduloblastoma.
10. Capacitación de un Oncólogo Radioterápico, un Físico Médico y un tecnólogo en IGRT en Río de Janeiro-Brazil.
11. Capacitación de un Oncólogo Radioterápico en Radiocirugía craneal en Caracas-Venezuela.
12. Capacitación en Medellín, en el Hospital Pablo Tobón Uribe para un Médico Oncólogo Radioterápico, un Físico Médico y un Tecnólogo en TBI (Total body irradiation) para trasplantes de médula ósea con el fin de implementar la nueva técnica en el INC-ESE en el 2017.

13. Se capacitaron en el INC-ESE tres Médicos Radioterapeutas provenientes de Pasto, Bucaramanga y Cali en “Delimitación de volúmenes para Radioterapia 3D”

DIFICULTADES:

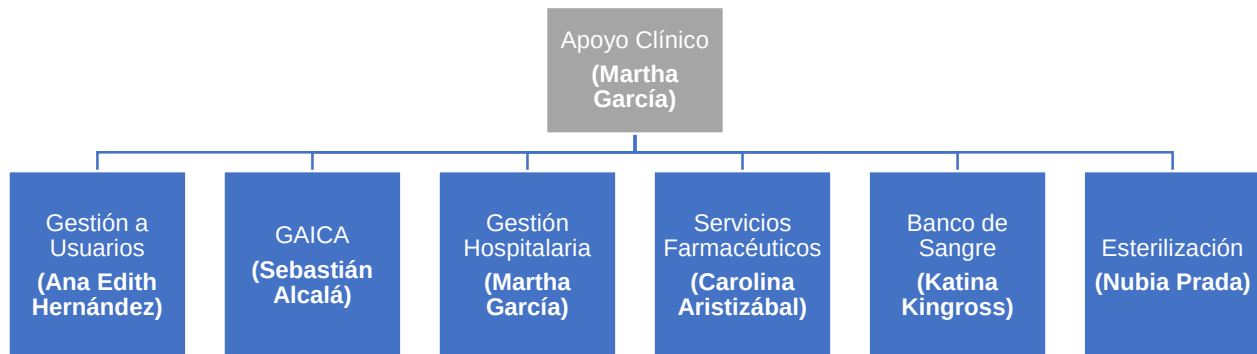
1. El Acelerador IX antiguo presenta continuamente fallos y para entre 3 horas y 7 días con frecuencia casi diaria.
2. Disminución de paciente para Braquiterapia ginecológica.
3. Disminución de inicios por falta de Copagos, afectando la oportunidad a otros pacientes.
4. Talento humano de tecnólogos desmotivados: solicitan estar dentro de la productividad.
5. Talento humano escaso y poco motivado. Según estándares necesitaríamos 7 oncólogos radioterapeutas y 5 físicos. Solo se cuenta con 4 oncólogos radioterapeutas.

RETOS

1. Implementar la TBI
2. Implementar de manera formal la SBRT.
3. Re iniciar los seguimientos de pacientes tratados con Radioterapia en el INC.
4. Implementar horario de atención por la tarde para los Médicos Especialistas y Físicos Médicos.
5. Mejorar el modelo de productividad para motivación, continuidad y aumento de personal.
6. Comprar e implementar la Radioterapia con un Thomotherapy.
7. Curso de Capacitación para los tecnólogos
8. Curso de Capacitación Nacional para Oncólogos Radioterápicos sobre Gerencia de un Servicio de Oncología

1.5. GESTIÓN DE APOYO CLÍNICO

El Grupo Área Apoyo Clínico está constituido por seis coordinaciones de acuerdo con el mapa de procesos del Instituto Nacional de Cancerología (INC). Con el propósito de realizar el informe de gestión de cada una de estas dependencias, hemos considerado dividir las actividades realizadas en logros alcanzados de acuerdo con los resultados obtenidos y medidos a través de los indicadores de gestión y dificultades observadas en talento humano, e infraestructura.



1.5.1. GESTIÓN A USUARIOS

Un logro muy significativo para el grupo de gestión a usuarios corresponde la realización semanal de la revista social en pisos, que incluye la presentación y el análisis de casos. De esta forma se gestiona con oportunidad los egresos tempranos con requerimiento de apoyo social.

Continuando con el proceso de PQRS, este se ha actualizado y fortalecido durante el transcurso del año, de acuerdo con los requerimientos legales vigentes.

Durante el 2016 se asignaron 1040 albergues para niños, niñas, adolescentes y adultos mujeres y hombres. También, con el propósito de solventar ciertas necesidades sentidas del paciente con el fin de favorecer la continuidad de los tratamientos instaurados, se ha venido entregando en conjunto con la Fundación este tipo de ayudas (transporte, minutos a celular entre otros). Así mismo, contamos con personal exclusivo para la atención en el punto de información y trabajadoras sociales exclusivas para los servicios de GAICA y Oncología Clínica.

Con el propósito de determinar las causas de inasistencia, se está realizando un seguimiento telefónico oportuno desde las diferentes consultas, sobre los principales motivos, retroalimentando con esta información a los representantes de las asociaciones de usuarios y realizando los correctivos por causa institucional, optimizando la oportunidad en las agendas.

Adicionalmente, se desarrollaron los documentos sobre las barreras de acceso y el manual de atención al ciudadano, los cuales son requeridos para el cumplimiento de los estándares de acreditación.

1.5.2. GAICA

El grupo GAICA continúa siendo centro de referencia distrital y nacional de urgencias oncológicas y es la ruta de entrada de muchos pacientes a la Institución. Hasta el momento de la presentación de este informe, hemos realizado 12623 consultas, siendo el dolor en un 33.3% el principal motivo de consulta. Así mismo, el servicio está resolviendo el 63% de la situación clínica de los pacientes en menos de 24 horas.

Hemos podido determinar de acuerdo con las necesidades de nuestros usuarios y apoyados en el estudio de cargas y movimientos realizado por Planeación, el número de personal médico y de enfermería requerido para la atención con calidad de nuestros usuarios. Esto se ve reflejado en la encuesta de satisfacción institucional. Sin embargo, las dificultades para retener el talento humano, médico y de enfermería en el servicio, vienen afectando la dinámica del trabajo en equipo, pues el compromiso institucional no es asumido por todos.

El contar con una trabajadora social exclusiva para el servicio de GAICA y con una enfermera de gestión, nos ha permitido generar la cultura del egreso temprano, mejorar la trazabilidad en la realización de estudios diagnósticos y optimizar la oportunidad en la respuesta de interconsultas. Necesitamos fortalecer la disponibilidad de la toma de RMN bajo anestesia general, pues las fechas asignadas no corresponden a los estándares establecidos para los servicios de urgencias (menos de 24 horas).

La ubicación de urgencias pediátricas en el sexto piso, constituye un gran aporte en la atención de nuestros pacientes menores de edad. Esto permitió la creación de un espacio confortable, para los pacientes y sus cuidadores, donde un gran equipo de trabajo conformado por el servicio de Pediatría oncológica, UCI Pediátrica y la enfermera de la UACAI, gestionan con mejores condiciones locativas la atención de los niños.

Una gran dificultad para el servicio de GAICA lo constituye la infraestructura. Es un servicio habilitado para 11 camillas y en las contingencias de este año, llegamos a tener requerimientos de ubicación para 100 pacientes. De igual forma, el equipo de salud no cuenta con adecuados puestos de trabajo, específicamente el grupo de enfermería, y adicionalmente los espacios de descanso son bastante limitados.

Hemos venido trabajando con los familiares, el ofrecer espacios de información y mejorar la accesibilidad para el acompañante permanente. Pero el espacio físico constituye una gran barrera al querer contar con el apoyo de los familiares en los procesos de atención y cuidado del paciente. Por tal motivo, en el POA para el año 2017, hemos querido contar con pantallas informativas donde se evidencie la trazabilidad de nuestros usuarios (ubicación, estudios diagnósticos en realización, pendientes) para disminuir la ansiedad que genera por parte de los cuidadores el no poder acompañar a su paciente las 24 horas del día.

El servicio de GAICA fue creado inicialmente como un espacio de atención para los pacientes que siendo revisados por la consulta externa especializada de la Institución, cursaban con urgencia oncológica que ameritaba su hospitalización inmediata. Ante la no disponibilidad de camas en hospitalización, se ubicaban temporalmente en esta área. Actualmente, es un servicio con disponibilidad al público 24 horas, donde el 90% de los pacientes acude desde su casa a través de traslado primario. Esto viene generando una importante sobreocupación que nos cuestiona sobre la efectividad de las rutas de atención en el distrito y la necesidad de replantear a la Subdirección Médica este modelo de atención como el gran reto para el año 2017.

El grupo de atención integral del paciente con cáncer tiene como objetivo estratégico la Realización de la atención inmediata del paciente con urgencia oncológica, integrada al modelo institucional con eficacia, seguridad, oportunidad y calidad ofreciendo calidez y respeto a la dignidad humana.

Contamos con infraestructura para la atención de nuestros pacientes; área de observación de 11 pacientes habilitadas con 1 zona de reanimación específica, 3 consultorios médicos, 1 consultorio de triage, sala de observación, una sala de paso, zona de espera y área de Facturación.

Contamos con 8 médicos en jornadas de 7am a 1pm; 1pm a 7pm y de 7pm a 7 am.

Grupo de enfermería la cual se manejan 4 turnos, mañana, tarde, noche 1 y noche 2. Y tenemos con disposición 9 auxiliares, 4 jefes de enfermería y 2 camilleros en la mañana; 9 auxiliares y 5 jefes de enfermería con 2 camilleros en la tarde y noches con 8 auxiliares con 3 jefes de enfermería y 1 camillero.

En los últimos 11 meses realizamos en el servicio de GAICA 12623 consultas con un promedio mensual de 1147, de las cuales a su clasificación de triages encontramos

Triage I: 1,6%
Triage II: 45%
Triage III: 26%
Triage IV: 23%
Triage V: 4.4%

Nuestra primera causa de consulta sigue siendo el dolor nuestra principal causa de urgencias encontrándose en un 33.3%

▪ **NUESTRAS GRANDES FORTALEZAS**

Resolutividad:

Los médicos de urgencias tienen un alto grado de resolutividad, resolviendo de toda la consulta generada en el servicio en menos de 24 horas en un 63%.

Complejidad:

Somos el único servicio de urgencias oncológicas especializado con personal idóneo para el manejo de las mismas lo que da un plus de seguridad y de acertabilidad en la atención médica de nuestro servicio de urgencias

Satisfacción:

Según nuestras rutas de atención el servicio de GAICA es un servicio de entrada y la primera cara de la institución ante los usuarios, y contamos el primer lugar en satisfacción institucional a pesar de todos los problemas que se presentan sobre la sobreocupación en nuestro servicio.

Nuestro nivel de quejas a pesar del alto volumen de consultas es siempre menor al 1%.

▪ **NUESTRAS DEBILIDADES**

Sentido de pertenencia:

La alta rotación de médicos y enfermeras en el servicio tanto propios del servicio como en las diferentes especialidades que interactúan en nuestro medio afectan la calidad misma de nuestra atención, la falta de compromiso, cuidado, y “deber ser” de la institución hacen que sea un proceso más difícil de llevar y de evaluar.

Infraestructura:

La gran demanda de atención médica dada por falencias mismas del sistema de salud hace que nuestro servicio siempre este en sobreocupación sobrepasando la capacidad instalada y así no brindando una atención con la calidad que estamos acostumbrados a ofrecer, siendo este punto coyuntural ya que nuestros pacientes son pacientes crónicos que requieren cuidados especiales y condiciones específicas para manejo, haciendo imposible su manejo adecuado.

Personal de trabajo:

Con lo comentado por la sobredemanda el servicio se convierte en un servicio dinámico y no fijo con lo que los volúmenes son variables y tenemos que garantizar la atención con los estándares de calidad, sin

embargo nuestro personal en ocasiones coyunturales se vuelve imposible de manejar con lo que deterioramos dicha atención.

Grupo de apoyo y engranaje:

GAICA su principal grupo de apoyo es el servicio de laboratorio e Imaginología, a pesar de mejoras factibles dadas por las múltiples conversaciones y planes de mejora y contingencia hechas con los mismos, continuamos con los problemas con los tiempos de realización de laboratorios e imágenes diagnósticas, requerimos de tiempos específicos para poder dar resolución a los problemas del os paciente de forma oportuna y veraz pero la programación de imágenes diagnósticas y algunos reporte de laboratorio hace difícil una tarea que sería mucho más fácil en beneficio de nuestro paciente disminuyendo si tiempo de espera en GAICA.

▪ LOGROS:

Por revisión de la oficina de planeación nuestras cargas y movimientos se mejoró el personal médico y de enfermería para dar capacidad y cumplimiento adecuado con calidad a todos nuestros paciente
Adquisición de camillas para ampliar nuestra capacidad de atención en el servicio con la entrega de 15 camillas en el transcurso del 2016.

La ubicación de las urgencias pediátricas en un lugar digno con una infraestructura adecuada para atención infantil.

▪ NUESTROS RETOS

Planes de capacitación y mejora:

Tenemos programados realización para mejoría de la atención de nuestros pacientes con jornadas de actualización en Imaginología y en manejo del dolor con los grupos de cuidado paliativo e imágenes diagnósticas.

Adecuación de infraestructura:

Proyecto de adecuación de infraestructura en el servicio el GAICA para mejorar espacio físico y tener áreas más óptimas para los pacientes acompañantes y paciente así como para el personal de salud.

Para mejorar el sistema de información a familiares de pacientes quedo para el POA del 2017 la adecuación de pantallas informativas con nombre de paciente, transito en el servicio y estado clínico para mejorar la comunicación a familiares siendo uno de las principales preocupaciones en el servicio.

1.5.3. GESTIÓN HOSPITALARIA

Durante el año 2016, hemos seguido realizando la supervisión de las actividades asistenciales y gestionando mecanismos de apoyo para las mismas con el propósito de facilitar el ingreso oportuno y el alta temprana de nuestros pacientes. De acuerdo con la meta propuesta, se obtuvo un 95% de ocupación, con un giro cama promedio de 3.33. Igualmente, con estancia hospitalaria general de 10.4 días.

Las estancias prolongadas fueron manejadas desde la creación del formato GAH-P02-F 08, el cual es reportado por los servicios de GAICA y Hospitalización a esta coordinación los días miércoles, para determinar los motivos de las mismas (clínicos, institucionales, trámites con EPS, red de apoyo) y agilizar el egreso. De esta forma se ha podido determinar que los principales motivos de estancia prolongada en GAICA corresponden a la falta de disponibilidad de camas hospitalarias y dificultades en la programación de estudios radiológicos. Así mismo, para el servicio de hospitalización, el principal motivo corresponde a condiciones clínicas del paciente inherentes a su patología de base.

Se realizó con apoyo del grupo de servicios farmacéuticos y la coordinación de mercadeo, la gestión correspondiente a la entrega de medicamentos condicionantes de egreso por 1 semana: opiáceos y heparina de bajo peso molecular. Igualmente se gestionó junto con el grupo de trabajo social la oportunidad en la entrega de oxígeno domiciliario y la presencia del cuidador para los fines pertinentes. En los últimos tres meses, contamos con el apoyo de las enfermeras de gestión de piso para facilitar estos procedimientos.

Persisten dificultades en cuanto a infraestructura, disponibilidad de mantenimiento oportuno, deterioro progresivo de los puestos de trabajo de enfermería principalmente.

En conjunto con el grupo de planeación, enfermería, cartera, facturación, trabajo social y mercadeo, se desarrolló la ruta de atención hospitalaria del INC, la cual una vez sea aprobada por la Subdirección Médica será ingresada al SIAPINC y se iniciará el despliegue e implementación. Con esta ruta pensamos disminuir los tiempos de egreso, desde la orden verbal del médico al paciente, hasta el egreso del mismo con las respectivas recomendaciones, de acuerdo con la sugerencia planteada por el asesor en acreditación.

Además, se actualizó el proceso de referencia y contrarreferencia, dando cumplimiento al plan de mejora, y generando una ruta que facilitará el ingreso del paciente oncológico al INC, disminuyendo los tiempos de respuesta y facilitando la interpretación de la solicitud a partir del diligenciamiento del formato único de referencia para el INC. Para el 2017 debemos desplegar e implementar este procedimiento, por tal motivo es necesario que esta actividad éste a cargo de personal médico exclusivo para la realización de la misma.

Se llevó a cabo la supervisión del cumplimiento de las funciones consignadas en los contratos de servicios de hemodiálisis, traslado en ambulancias e imágenes diagnósticas, a los cuales se les realizó control de calidad de los servicios prestados (reportado a Gestión de la Calidad).

1.5.4. SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Se realizó la consolidación del comité de farmacia, aprobando medicamentos para los servicios de Oncología, Hematología y Pediatría, de acuerdo con la mejor evidencia clínica disponible, eficacia y presupuesto. Igualmente se dio trámite a las solicitudes de Enfermería (por seguridad y protección del paciente); solicitudes de inclusión de insumos y dispositivos médicos para procedimientos en salas de cirugía.

Se elaboró el acta de comité por patología, de acuerdo con la resolución 1016 de julio 2015: cobro y pago de servicios Plan Obligatorio de Salud (POS). Procedimiento para la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital.

Fue elaborado el presupuesto para el año 2017, teniendo en cuenta necesidades de medicamentos, dispositivos e insumos médicos aprobados en el 2016, así como nuevas necesidades previstas.

Realizamos el seguimiento con el aliado estratégico, mediante la consolidación de la alianza estratégica, inicio de nuevo contrato; se verificó el cumplimiento de los procesos del servicio farmacéutico en cuanto a distribución, dispensación - oportunidad, atención farmacéutica, cumplimiento de indicadores de gestión (FV, seguimiento farmacoterapéutico, indicadores de ley).

Dando cumplimiento a los objetivos del POA, se realizó la homologación de medicamentos NO-POS y acuerdos contractuales para la autorización en el suministro de medicamentos con las EPS de mayor volumen. Seguimiento a resolución 3951 No-Pos.

Se inició la implementación de programas como conciliación medicamentosa, seguimiento de medicamentos de alto riesgo y LASSA y política y seguimiento de antimicrobianos; generamos la creación

del centro de información de medicamentos INC- CIMINC; estos procesos hacen parte del programa de seguridad del paciente orientados al cumplimiento de objetivos y criterios para habilitación y estándares de acreditación.

En cuanto al programa de farmacovigilancia, continuamos en el desarrollo del mismo, mediante capacitaciones, reforzamiento del reporte de eventos adversos asociados al uso de medicamentos, seguimiento y análisis de eventos. Reporte a los entes reguladores (Invima) y seguimiento de casos con comité de seguridad.

Desarrollamos la consolidación de actividades docentes del servicio farmacéutico INC-Universidad Nacional (Casos clínicos, interacción en rondas médicas e integración a los procesos del servicio farmacéutico, Rotaciones diseñadas en conjunto INC/UN, orientadas por dos docentes y con participación activa de los farmacéuticos del servicio.

Participamos en los diferentes comités institucionales: Comité de infecciones, tecnología, código azul, seguimiento a facturación y conciliaciones de cuentas prestamos permutas, apoyo a área comercial, estudios previos (contratos- comodatos) y finalmente se realizaron las convocatorias de muestras para conceptos técnicos (nov-dic 2016).

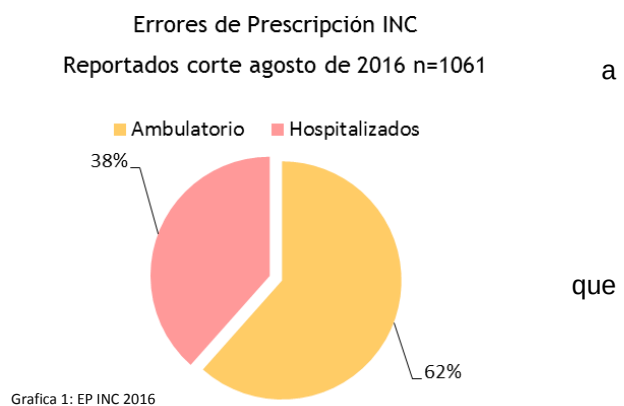
▪ ERRORES DE MEDICACIÓN

La complejidad del “sistema de utilización de medicamentos”, en los que se incluye la selección, la prescripción, la validación, la dispensación la administración y la monitorización y tratamiento representa factores de riesgo en la seguridad del paciente.

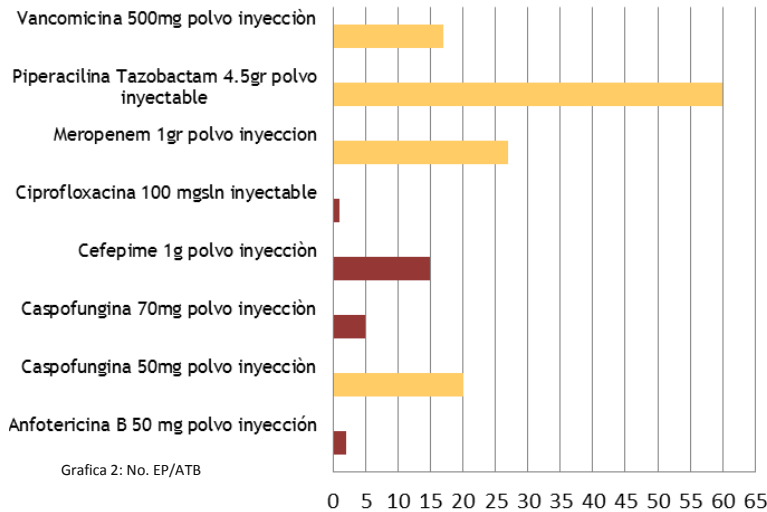
El servicio farmacéutico considera dentro de su política y dentro de su manual de gestión la reducción y el tratamiento de los errores de medicación como elemento indispensable en la seguridad de los pacientes del INC. Para el año 2016, se identificaron y se retroalimentaron los errores de medicación correspondientes al uso de antimicrobianos (como parte del programa de auditoría PARUA):

Errores reportados:

El 64% (n=147) de los errores de prescripción (EP) ocurridos en hospitalización (n=408) corresponden medicamentos antimicrobianos. Con el objetivo de establecer con que medicamento se cometían más errores de medicación se determinó por número de reportes que correspondía al medicamento Piperacilina Tazobactam 4.5gr (gráfica 2), así mismo se comparó con el consumo en DDD (dosis diaria definida) para hospitalizados, observando no es el antimicrobiano más prescrito. (Grafica 3).

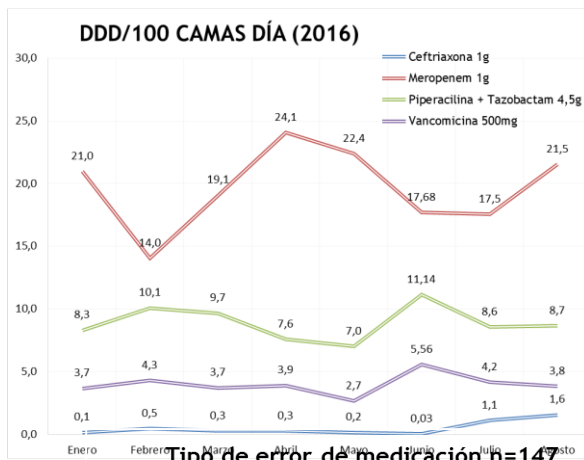


EM por antimicrobiano n=147

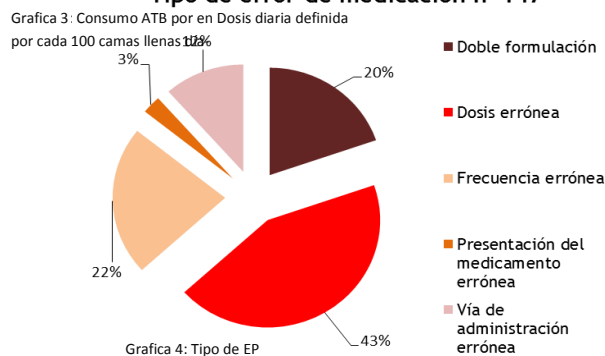


Como se determinó en el comité de antimicrobianos, la Piperacilina Tazobactam 4.5gr considero el mayor número de EP sin ser el medicamento con mayor consumo. Establecer esta relación permitió al servicio identificar el tipo de error y así mismo establecer barreras de seguridad en lo que respecta a la vigilancia de la función renal de pacientes con terapia antibiótica con Piperacilina Tazobactam 4.5gr, y plantear estrategias para reducir la cantidad de errores presentados. La información retroalimentada al comité de antimicrobianos se presentó con el objetivo de que los líderes de los grupos pudieran informar a los prescriptores de los servicios con el objetivo de generar alertas en piso con este tipo de

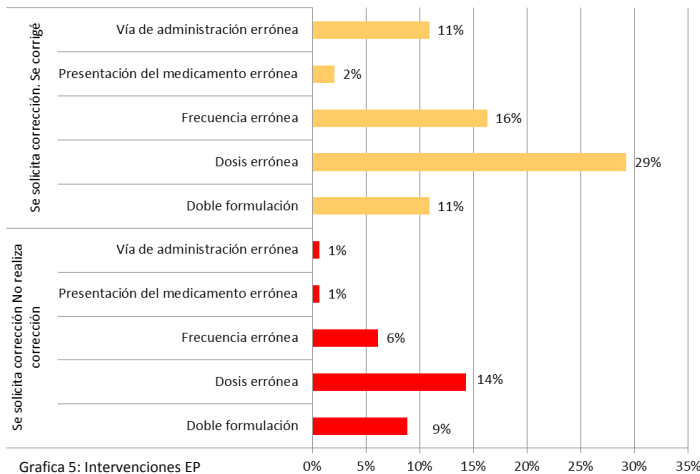
medicamentos.



El tipo de error fue importante para establecer el motivo de EP más frecuente, y así mismo realizar las intervenciones farmacéuticas, a través de llamadas telefónicas o visita al servicio tratante para solicitar las debidas correcciones o justificaciones a los prescriptores, además de enfatizar en la importancia de hacer las mismas para mejorar la calidad de la información en las historias clínicas y evitar posibles procesos de glosas (ej.: cuando la el EP considera un subdosificación que no corresponde a la cantidad d ampollas dispensadas).)- Gráfica 4-



Así mismo se midió la aceptabilidad de la intervención farmacéutica con número absoluto de EP corregidos cuando el farmacéutico se comunica con el prescriptor o con el jefe del servicio para su debida corrección. A futuro el servicio farmacéutico espera realizar la comparación entre periodos anuales para observar el impacto del programa de reporte de errores sobre los prescriptores, ya que se considera que las intervenciones han permitido acciones de mejora que reducen la posibilidad de que se presenten eventos adversos. Siendo la dosis errónea el EP más frecuente se espera en el 2017 realizar como parte del programa de inducción a médicos una capacitación informativa de la prescripción en el INC.



Gráfica 5: Intervenciones EP

Con las capacitaciones e intervenciones se espera que la aceptación de las intervenciones del servicio farmacéutico sea mayor a las de las presentadas en el último comité. (Gráfica 5)

También se retroalimenta la información de los errores de prescripción por separado a cada uno de los servicios que solicitaron esta información (Oncología, hematología y pediatría).

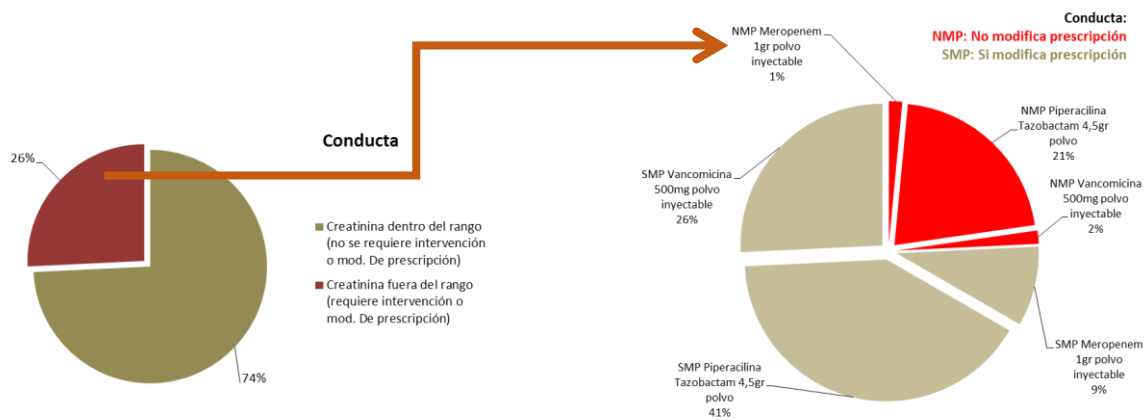
El proceso de errores de prescripción seguirá articulándose con los programas enfocados a seguridad del paciente, y hace parte esencial de las intervenciones farmacéuticas que se hacen en el servicio para evitar la aparición de eventos adversos en la cadena productiva de los medicamentos del INC.

SEGUIMIENTO DE ANTIMICROBIANOS

El servicio farmacéutico junto con el grupo de Infectología inició el seguimiento de antimicrobianos en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos con el objetivo de evaluar los ajustes de dosis para pacientes con diagnóstico de sepsis, de acuerdo al protocolo enviado por la coordinación de UCI para manejo de pacientes con sepsis confirmada y la herramienta tecnológica <http://infectologia.co/ABcritico-PC/index.html> de acuerdo al Consenso Colombiano - Infectio. 2011; 15 (1):48-61; para el año 2016 se evaluó en dos escenarios, el primer escenario sin informar formalmente a la UCI del seguimiento, y el segundo escenario informado a los prescriptores.

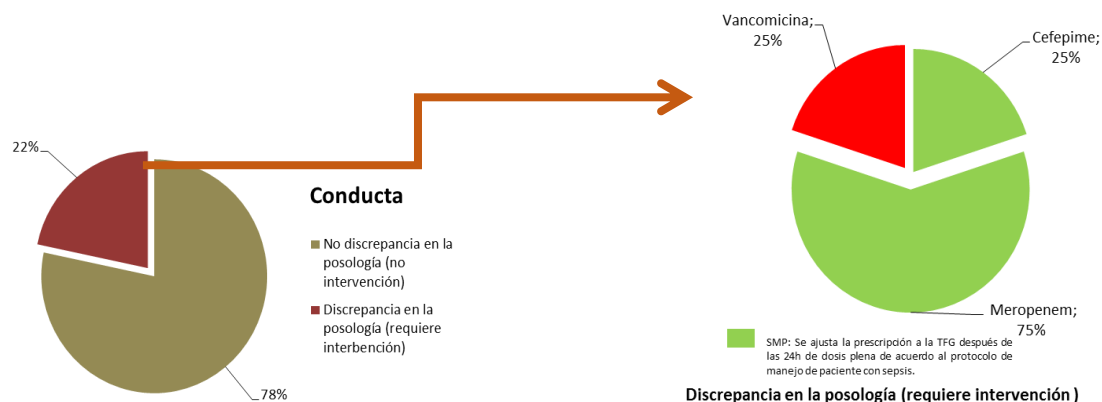
1 Escenario: Al seguimiento fueron incluidos (n=66 pacientes). Para este primer escenario se determinaron las discrepancias en la posología de la terapia de antimicrobianos vigilados de acuerdo a la política del servicio farmacéutico. En este primer escenario se determinó que el 26% (n=17) de los pacientes requerían intervención por parte del servicio debido a que según el consenso las tasas de filtración glomerular se encontraban fuera de rango. (Gráfica 6)

Al evaluar la aceptabilidad de la intervención se observó que del total de prescripciones susceptibles a intervención no se modifica un 24% del total de pacientes.



Gráfica 6: % de pte con creatinina fuera del rango, y aceptabilidad después de la intervención.

1. Escenario: En el escenario informado fueron incluidos (n=23 pacientes). Igualmente se determinaron las discrepancias en la posología, los cuales eran susceptibles de intervención el 23% de estos pacientes (n=5); en este caso se consideró la intervención a las 24 horas después de iniciado el tratamiento, de acuerdo a la guía de tratamiento aportada por la UCI adultos. Se evaluó igualmente la aceptabilidad, obteniendo resultados similares, pero mayor ajuste en otros medicamentos que no se realizaba ajuste del escenario anterior: (grafica 7)



Grafica 7: % de pte con creatinina fuera del rango, y aceptabilidad después de la intervención.

Los resultados obtenidos de este seguimiento en estas unidades estableció la ruta a seguir con los servicios de pacientes más numerosos, si bien en el segundo escenario el porcentaje de no ajuste es similar al del primer escenario, en valores absolutos se identifica que son más pacientes a los que se les ajusta la dosis cumpliendo el protocolo de manejo de paciente con sepsis aportado por la Unidad de Cuidados Intensivos; así mismo el acompañamiento al tratamiento y las intervenciones permitieron mejorar la conducta médica de ajuste de dosis considerando las tasas de filtración de los pacientes.

Actualmente el servicio se encuentra realizando seguimiento del servicio de hematología bajo el mismo consenso y con las mismas herramientas (Inicio el 24 de Octubre de 2016). A futuro se espera contar con herramientas de software que permitan el tratamiento y manejo adecuado de datos para poder aumentar la capacidad del programa.

▪ FARMACOVIGILANCIA

Durante el periodo de Enero – Noviembre de 2016 Se reportaron 71 reacciones adversas a medicamentos y 15 problemas relacionas con el uso de medicamentos; 24 fueron reportados por los diferentes servicios hospitalarios y 47 por el servicio farmacéutico detectados durante la consulta farmacéutica

Reacciones adversas discriminadas por servicio que reporta

SERVICIOS HOSPITALARIOS	REPORTE
UCI PEDIÁTRICA	1
UCI ADULTO	1
INFECTOLOGÍA	1
HOSPITAL DÍA	1
HOSPITALIZACIÓN	1
TAMO	3
PEDIATRÍA	4

RADIOLOGÍA	12
CONSULTORIO FARMACÉUTICO	47

Tabla 2: Casos reportados por servicio

Reacciones adversas reportadas discriminadas por medicamento:

MEDICAMENTOS	RAM	TIPO DE REACCION	GRAVEDAD	MEDICAMENTOS	RAM	TIPO DE REACCION	GRAVEDAD
DOXO LIPOSOMAL	1	Efectos colaterales	MODERADA	PIPERACILINA + TAZOBACTAM	1	Efectos colaterales	MODERADA
ERLOTINIB	1	Efectos colaterales	MODERADA	TRATAMIENTO TUBERCULOSIS 1RA Y 2DA LÍNEA	2	Hipersensibilidad	MODERADA
CAPECITABINA	1	Efectos colaterales	MODERADA	VANCOMICINA	2	Efectos colaterales	MODERADA
DOXORRUBICINA	1	Efectos colaterales	MODERADA	FULVESTRANT	2	Hipersensibilidad	MODERADA
IRONOTECA N	1	Efectos colaterales	MODERADA	CICLOFOSFAMIDA	3	Efectos colaterales	MODERADA
METRONIDAZOL AMP	1	Hipersensibilidad	GRAVE	DOCETAXEL	5	Efectos colaterales	MODERADA
GEMCITABINA	1	Hipersensibilidad	MODERADA	CARBOPLATINO	7	Efectos colaterales	MODERADA
CISPLATINO	3	Efectos colaterales	MODERADA	ASPARAGINASA	8	Efectos colaterales	MODERADA
TAMO (ONDANSETRÓN Y FOSFATO DE POTASIO)	3	Efectos colaterales	SERIA	PACLITAXEL	10	Efectos colaterales	MODERADA
OXALIPLATINO	5	Efectos colaterales	MODERADA	MEDIO DE CONTRATE	13	Efectos colaterales	MODERADA

Tabla 3: Reacciones adversas de medicamentos

Problemas relacionados con el uso de medicamentos:

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE	TOTAL	ACCIÓN
Mezclas cristalizadas de Piperacilina + Tazobactam 4.5gr UCI enero de diciembre de 2015 enero de 2016	4	PLAN DE MEJORA
Error de etiquetado nutrición parenteral velocidad de infusión incorrecta , etiqueta externa incorrecta	1	ACCIÓN CORRECTIVA
Error de etiquetado nutrición parenteral , etiqueta externa incorrecta, no se siguen protocolos	2	PLAN DE MEJORA
No oportunidad en la entrega de medicamentos lorazepam ,desconocimiento de protocolos aliado estratégico	2	ACCIÓN CORRECTIVA
No oportunidad en la entrega de medicamentos caspofungina central de mezclas aliado estratégico	1	PLAN DE MEJORA
Error en la dispensación y administración de medicamentos prednisolona 5 mg prednisona 50 mg pediatría aliado estratégico	1	PLAN DE MEJORA
No entrega oportuna de medicamentos , desabastecimiento dalteparina de 50000 UI riesgo de sobreanticoagular aliado estratégico	1	ACCIÓN CORRECTIVA

No entrega oportuna de medicamentos , fenobarbital unidosis pediatría ,preparación central de mezclas aliado estratégico	1	ACCIÓN CORRECTIVA
No entrega oportuna medicamento Somatostatina uci aliado estratégico	1	PLAN DE MEJORA
Error dispensación, y administración. No tenía prescrito filgrastim pegilado,se le administrado el filgrastim 300mcg sol. Inyectable. Aliado estratégico	1	PLAN DE MEJORA

Tabla 4: Problemas relacionados con el uso de medicamentos

Vemos con preocupación la falta de reporte de los diferentes servicios de la institución, la mayoría de los eventos son identificados en el consultorio farmacéutico durante la entrevista al paciente lo que en muchos casos dificulta el análisis por que no se encuentra la reacción adversa registrada en la historia clínica. Para el 2017 como plan de mejora se planteó aumentar en 3% trimestral el reporte de eventos adversos y reforzar campañas de divulgación del programa de seguridad del paciente en lo que concierne a Farmacovigilancia, tecno vigilancia, hemovigilancia.

▪ CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

La conciliación de medicamentos como elemento fundamental en la seguridad del paciente y pilar de la acreditación institucional.

Teniendo en cuenta que la conciliación se realiza al ingreso, traslado y alta, se empezó la socialización con los médicos del servicio de GAICA durante los meses de septiembre, Octubre y Noviembre. Otros servicios se fueron capacitando alternativamente, pero el principal énfasis de este periodo fue en el servicio de urgencias, ya que desde allí ingresan gran parte de los pacientes.

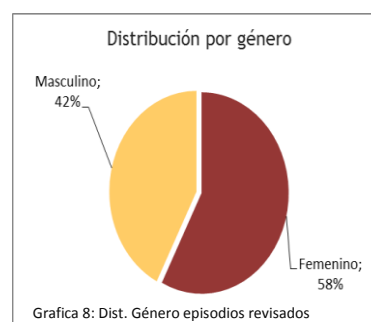
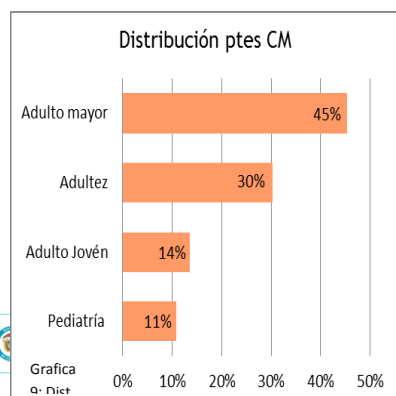
Así mismo se publicó a través de la oficina de comunicaciones, y con la colaboración de la coordinación de enfermería la alerta de seguridad de conciliación, actualmente cada servicio cuenta con esta alerta de seguridad para su rápida consulta

A continuación, se presentan los resultados de los meses septiembre, noviembre y diciembre de la conciliación de medicamentos en el primer servicio donde se aplicó (ingreso hospitalario GAICA), se revisaron por episodios (tabla 5) de ingreso a GAICA las conciliaciones, con variables como: (nota de conciliación, nota de antecedentes, criterios de exclusión para análisis de discrepancia –según el manual): Distribución género de los pacientes revisados por episodio de ingreso a GAICA: Se consideraron únicamente los pacientes con estancia hospitalaria mayor a 24 horas (grafica 8). Ref: Manual de conciliación.

Total episodios GAICA revisados Septiembre, Octubre y Noviembre	956
Ingresos excluidos, factores de exclusión manual conciliación.	839
Total de conciliaciones analizadas incluidas	117

Tabla 5: Resultados CM GAICA

Grupo Etario de los pacientes revisados por episodio de ingreso a GAICA: (tabla 7, gráfica 9)



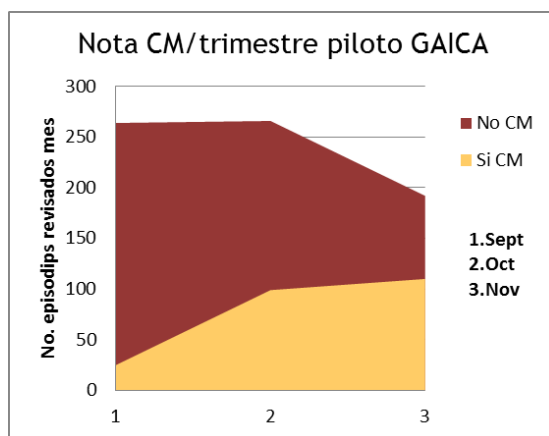
Grafica 8: Dist. Género episodios revisados

N° 9 - 85 / PBX: 4320160

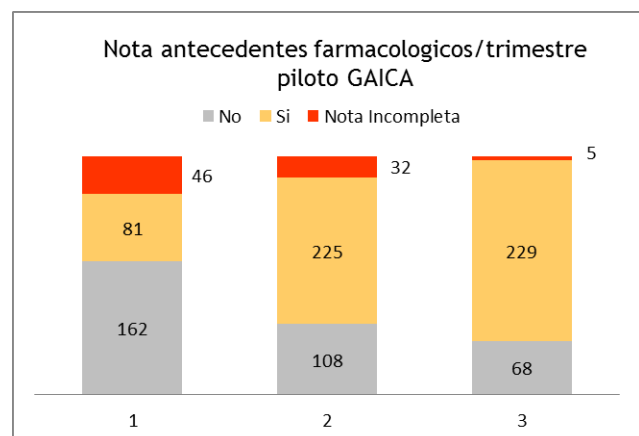
www.cancer.gov.co
Bogotá D.C., Colombia
NIT: 899.999.092 - 7

Se evaluó el cumplimiento al procedimiento de conciliación medicamentosa, en la cual se revisó que los pacientes tuvieran la nota de conciliación, de lo contrario igualmente eran revisados y comparados con los antecedentes farmacológicos.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, se evaluó los resultados mes a mes con el objetivo de observar la aceptabilidad de los prescriptores del servicio de GAICA a medida que se hacían refuerzos paulatinos de capacitación:



Gráfica 11: Tendencia meses septiembre, octubre y noviembre nota CM.



Gráfica 12: Tendencia meses septiembre, octubre y noviembre nota antecedentes.

Como se observa en la gráfica 11 hay una tendencia a adoptar el procedimiento y realizar las notas de conciliación y las notas de antecedentes farmacológicos gráfica 12.; en septiembre la aceptación era baja ya que no se hacían notas de conciliación en el total de ingresos por mes, así mismo hasta 162 pacientes no tenían nota de antecedentes farmacológicos. A medida que se hicieron los refuerzos y demás se ha podido obtener una cobertura que se encuentra en aumento.

▪ INDICADORES DE COBERTURA GAICA:

Si bien el estándar del indicador de cobertura es superior al 90%, se obtuvo en GAICA coberturas por encima del 50% del total de ingresos de pacientes con más de 24 horas en el INC; el objetivo del servicio es aumentar la cobertura.

El cálculo del indicador se realizó teniendo en cuenta el tablero estadístico de GAICA:

El servicio farmacéutico continuará con el proceso de conciliación de medicamentos en los traslados y las altas hospitalarias. Se planea que la conciliación sea un programa de capacitación que se incluya en las jornadas de inducción del personal médico, para aumentar la aceptabilidad del proceso y cobertura.

Indicador Cobertura Programa GAICA Píloto	Numerador	Denominador	Resultado
Indicador Septiembre	289	431	67%
Indicador Octubre	365	470	78%
Indicador Noviembre	302	501	60%

Tabla 9: Indicadores cobertura servicio GAICA en CM Septiembre, Octubre y Noviembre

1.5.5. BANCO DE SANGRE

El servicio de colecta extramural, representó el 60% de las unidades donadas al INC. Se realizó una producción de glóbulos rojos de 7978, siendo transfundidas 7631. El excedente de unidades fueron canjeadas por unidades de plaquetas requeridas. De otro lado, 8152 unidades de plaquetas fueron recolectadas, pero el requerimiento de soporte transfusional fue de 9951. El déficit fue cubierto con unidades provenientes de aféresis y el resultado del canje con otros bancos de sangre de la red distrital. Se reporta un incremento del 30% en relación con el año anterior en la realización de procedimientos de aféresis.

Se ha considerado un 99% de eficiencia en la entrega de hemocomponentes, con oportunidad promedio de 65 minutos en la entrega. Además, menos del 1% de los hemocomponentes transfundidos (19 de 20464 unidades totales) presentaron reacciones adversas a la transfusión.

Todos los controles de calidad resultaron satisfactorios y es el segundo año que participamos como referentes de Colombia ante la OPS.

En infraestructura se presentan grandes dificultades, ya manifestadas por los observadores del INVIMA, en cuanto a la ubicación del área de recuperación de los donantes posterior al procedimiento el cual corresponde a la sala de espera del servicio clínico de Hematología, igualmente las profesionales de calidad y promoción se encuentran ubicadas en el corredor entre el área de donantes y el área administrativa.

La carpa de donación del INC se encuentra con marcado deterioro y requiere remplazo prioritario, que cumpla condiciones que favorezcan y estimulen la donación de sangre.

Ha resultado infructuoso contar con un médico general para que desarrolle las actividades de hemovigilancia y el principal problema radica en la oferta salarial. (2 millones de pesos para actividades de tiempo completo)

El alto consumo de plaquetas de los pacientes en la institución, hacen del programa de aféresis un requerimiento permanente. La dificultad radica en la disponibilidad del tiempo del donante para este procedimiento. Los funcionarios del INC que de forma voluntaria se acercan al banco para realizar su donación por aféresis son menores del 1% del total de trabajadores.

▪ PRODUCCION AÑO 2016

El 60% de las unidades fueron donadas en colecta extramural, siendo estas unidades más seguras por ser dadas por donantes habituales

PRODUCCION GLOBULOS ROJOS 7978 UNIDADES VS 7631 TRANSFUNDIDAS.
SOBRARON 347 UNIDADES DE LAS CUALES 136 SE DESCARTARON POR REACTIVIDAD.
156 SE CANJEARON POR PLAQUETAS.

PLAQUETAS PRODUCIDAS 8152 UNIDADES VS 9951 TRANSFUNDIDAS.
EL DEFICIT SE CUBRIO CON AFERESIS Y EL CANJE DE GLOBULOS ROJOS POR PLAQUETAS CON OTROS BANCOS DE LA RED DISTRITAL.

AFERESIS= 362 PROCEDIMIENTOS, 724 PRODUCTOS

Incremento de 30% en esta actividad con relación a 2015

PLASMAS PRODUCIDOS 7946 VS 2166 TRANSFUNDIDOS.

EL REMANENTE NO TRANSFUNDIDO SE UTILIZO PARA LA PREPARACION DE CRIOPRECIPITADOS PRODUCIDOS 1864 VS 1236 TRANSFUNDIDOS.

EFICIENCIA DEL 99% en la entrega de hemocomponentes.

OPORTUNIDAD DE 65 MINUTOS EN LA ENTREGA,

REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION =19 RAT de 20464 unidades transfundidas. MENOS DEL 1% debido al uso de hemocomponentes filtrados e irradiados.

▪ DIFICULTADES

Quince (15) Bancos de Sangre de Bogotá y Uno (1) de Cali captando donantes en la capital hacen que las instituciones estén saturadas de solicitudes de donación.

La secretaria de Salud asigna espacios públicos a los cuales asisten diferentes unidades móviles y el Banco de Sangre del Instituto va con una carpa que se deteriora muy fácilmente por el uso continuo en espacio público y está en muy malas condiciones; se encuentra en proceso de compra debido a que se debe reemplazar cada año.

▪ DIFICULTADES INTERNAS

La ubicación del servicio en dos áreas diferentes dificulta el control del personal y de las actividades que realizan.

Falta contratar un médico para realizar las actividades de hemovigilancia pero no se puede conseguir fácilmente porque no acepta el salario que le ofrecen.

Todos los resultados de inmunohematología e inmunoserología se revisan por la coordinación, debido a la criticidad de los mismos y estas actividades ocupan de dos a tres horas de cada profesional diariamente.

Se requiere enviar hoja de vida al Instituto Nacional de Salud para aprobar otro profesional que pueda coordinar el servicio, debido a que el coordinador del Banco de Sangre está sujeto a las visitas del INVIMA para poder ausentarse y tomar vacaciones. Actualmente está aprobada la bacterióloga Claudia Cruz, pero tiene serios problemas de salud que le impiden coordinar el servicio y salud ocupacional debe ayudarla a gestionar su pensión por invalidez.

El alto consumo de plaquetas de los pacientes de la Institución hace que el programa de aféresis se incremente para poder suplir las necesidades, pero la mayor dificultad es el tiempo que deben permanecer conectados al separador celular, razón por la cual es difícil conseguir estos donantes y la mejor población sería la Institucional para realizarla, pero los funcionarios que son realmente altruistas son menos del 1 por 1000, evidenciado en las sensibilizaciones que se realizan donde proponen contraprestaciones como tiempo libre, lo cual es una muestra de la cultura general que hace que a pesar de que el Banco de Sangre es muy rentable, por utilizar una materia prima gratuita, se presenta esta gran dificultad para conseguirla.

▪ CONTROLES DE CALIDAD

Todos resultaron satisfactorios y es el segundo año que participamos como referentes de Colombia ante la OPS, obteniendo de nuevo felicitaciones por los resultados de parte del Instituto Nacional de Salud.

▪ INVIMA

Tenemos la acreditación para funcionamiento pero el año entrante empezará a certificar en buenas prácticas y según las observaciones que dejan y que hacen verbalmente, no cumplimos con infraestructura y solamente nos han dejado funcionar por presentar altos estándares de calidad en los procesos.

El área de refrigerio de los donantes se comparte con la sala de espera de Hematología y sería preferible destinar este consultorio para realizar transfusiones, debido a que se están recibiendo ambulatoriamente en promedio 3 pacientes y en un espacio encontrado en el área administrativa que tampoco es el más adecuado, debido a que se le quitó la oficina a las personas que realizan las tareas de calidad y promoción y estas se encuentran ubicadas en el corredor entre el área de donantes y el área administrativa.

▪ RETOS

Es muy importante mantener los estándares de calidad y los controles comparativos con los entes de control Nacionales e Internacionales e incrementar la captación, especialmente de aféresis, que es un producto óptimo para suplir las necesidades de plaquetas de los pacientes oncológicos.

1.5.6. ESTERILIZACIÓN

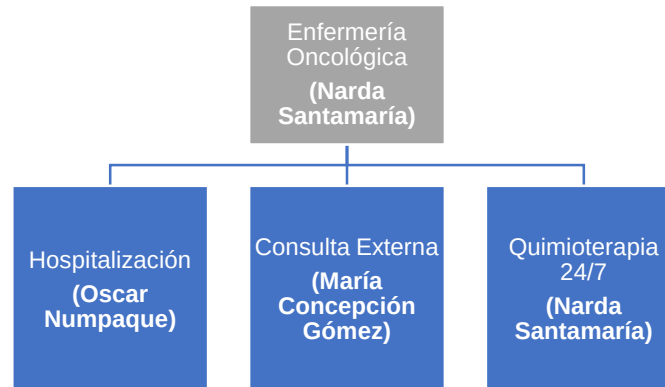
El servicio de Esterilización, cuenta con procesos establecidos, personal competente y capacitado incluyendo auxiliares de enfermería y de servicios generales, lo cual garantiza el orden y aseo del área, la adecuada distribución, espacios definidos para cada función, dando cumplimiento a la ruta unidireccional. Una gran fortaleza en el rastreo por trazabilidad de cada uno de los productos, desde su entrada hasta su salida del servicio, cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad del paciente.

Tenemos grandes retos en infraestructura, requiriendo la impermeabilización del área en su infraestructura exterior, que genera problemas de humedad interna. Al igual que problemas con los techos que recubren toda el área.

Es necesario la renovación y cambio de nuevas tecnologías tanto en equipos como en mobiliario, que permita optimizar aún más los procedimientos del servicio y el bienestar del personal.

Finalmente, la alta rotación del personal tercerizado, altera la dinámica del servicio y genera alteraciones en la atención del cliente interno.

1.6. GRUPO ÁREA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA



▪ LOGROS

1.6.1. ATENCIÓN A PACIENTES

1. Actualización de Manual de enfermería: Este incluyó 47 procedimientos y 24 alertas de seguridad.

2. Seguridad del paciente:

- Se logró adherencia por el personal de enfermería en la educación al paciente y familia sobre el riesgo de caída en un 90%.
- Cobertura del 100% de los pacientes con lesiones en piel. Durante los últimos 6 meses en el INC solo se encuentran lesiones de piel Grado I –II. Las lesiones grado III y IV no se han registrado dado las medidas preventivas que se han realizado.
- Se está realizando el Protocolo de manejo de potasio endovenoso en conjunto con Medicina Interna (Dr. Osorno) y el grupo de farmacia.

3. Comité de Enfermería: Desde hace 8 meses se está realizando el comité de enfermería donde hay participación de las enfermeras líderes de los servicios, enfermeras del Grupo de Vigilancia Epidemiológica de infecciones y la enfermera de seguridad. Este tiene por objetivo articular y abordar los servicios de hospitalización de la misma manera a través de la alineación de protocolos, la revisión y análisis de los indicadores de cuidado, además de establecer acciones de mejora que contribuyan a optimizar los resultados.

Frecuencia: Una vez por mes.

4. Implementación del quinto signo vital (dolor): Durante el 2016 Las enfermeras de cuidado paliativo realizaron el diagnóstico en relación a conocimientos y oportunidad en el manejo del dolor por parte de enfermería e implementaron en los servicios de hospitalización el quinto signo vital.

5. Primera jornada de actualización en Cuidado Intensivo: Se realizó la primera jornada de actualización en cuidado intensivo para el personal de enfermería en el mes de noviembre.

6. Taller de Fortalezas

Enfermeras: en los meses de abril, mayo y junio se realizó el taller de liderazgo basado en fortalezas.

Auxiliares de Enfermería: El taller de inteligencia emocional fue desarrollado en 4 sesiones por grupo desde el mes de julio hasta noviembre.

Departamento de Enfermería: Liderazgo, comunicación y resolución de problemas durante el mes de noviembre.

1.6.2. CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

Actualmente se encuentra en construcción, su objetivo principal es realizar el acompañamiento y orientación espiritual y psicosocial tanto al paciente como a su familia durante esta etapa de la vida. Su alcance va desde el momento que se identifica que el paciente se encuentra próximo a fallecer hasta el seguimiento telefónico a los familiares posterior a la muerte del paciente. El programa es abordado interdisciplinariamente.

▪ RETOS:

1. Mejorar la cobertura de educación en las enfermeras

- a. Conceptos básicos (propuesta plataforma Dr. Explain Full), a través de la virtualidad con evaluaciones 3 veces por año.
- b. Jornadas Mensuales de capacitación.

2. **Implementación de Modelo de cuidado de Enfermería:** El cual se encuentra alineado al modelo de cuidado para el paciente con cáncer, su implementación permite orientar el cuidado de enfermería, unificar conceptos y alcanzar un objetivo común.

3. **Implementación del Programa de Reconocimiento para Enfermería:** Este se desarrollará con el apoyo de bienestar, tiene como finalidad premiar a los trabajadores de enfermería que demuestren un sobresaliente desempeño en la adherencia a protocolos y atención a los pacientes entre otros.

4. **Mejoramiento de la comunicación y clima organizacional en el grupo de Enfermería:** Para el año 2017 será dirigido a auxiliares de enfermería, los temas seleccionados estarán basados en los principios institucionales de buen trato y trabajo en equipo.

5. **Fortalecimiento del programa “Pacientes sin dolor en el Instituto Nacional de Cancerología”:** Se continuará el acompañamiento y seguimiento del quinto signo vital implementado en el 2016 por parte de las enfermeras de cuidado paliativo, teniendo como meta para el 2017 pacientes sin dolor en el Instituto Nacional de Cancerología.

1.6.3. CONSULTA EXTERNA

1. Administración del recurso humano (auxiliares de enfermería) designado para la consulta externa, teniendo en cuenta:

- Recomendaciones por salud ocupacional
- Características del servicio
- Programación de las agendas médicas
- Horarios de los funcionarios de enfermería

2. Participar en la planeación, ejecución y seguimiento de los procesos de requeridos en la consulta externa:

- Los necesarios para el cumplimiento de habilitación
- Los requeridos por la oficina de planeación
- Aquellos identificados por los coordinadores médicos de las consultas

3. Gestionar a los servicios las necesidades relacionadas con equipos, mantenimiento e infraestructura:

- Se verificó el plan de mantenimiento de los equipos, realizando el acompañamiento de las empresas en los diferentes servicios para la consecución de las tareas.
- Se realizó la solicitud de reparación correctiva de todos los equipos según necesidad.
- Se dio trámite a la solicitud de los equipos, teniendo en cuenta el plan de necesidades y los requerimientos de los coordinadores médicos
- Se atendió y dio trámite a los diferentes requerimientos de infraestructura identificados

4. Continuar con la evaluación y seguimiento para el control del consumo de insumos y medicamentos requeridos en las áreas, con el apoyo del servicio farmacéutico.

- Se realizaron inventarios aleatorios en los servicios, verificando existencias, marcas pactadas, condiciones de almacenamiento y fechas de vencimiento
- Se tramitó ante la farmacia las no conformidades y otras novedades de los insumos, medicamentos y dispositivos médicos, requeridos para el funcionamiento de las consultas
- Se levantó el inventario para cierre del periodo fiscal 2016, en las diferentes consultas junto con farmacia y la revisoría fiscal

5. Gestión de indicadores:

- Tabular mensualmente los datos de tiempos de espera para consultas de primera vez, controles y juntas, por especialidad
- Tabular mensualmente los datos de inasistencia por consulta
- Alimentar mensualmente el tablero de indicadores para consulta externa y reportarlo a planeación
- Subir al SIAPINC toda la información obtenida.

6. Atender las necesidades de las diferentes consultas en lo concerniente a la prestación del servicio:

- Se atendió el llamado de los coordinadores médicos, para solucionar quejas y/o peticiones de los clientes internos y externos
- Se dio trámite ante la subdirección requerimientos relacionados con agendas médicas
- Se trabajó con las empresas tercerizadas: como lavandería, aseo y facturación, buscando mejorar la prestación del servicio.

7. Asistencia comités y demás reuniones

- Se participó en los diferentes comités y reuniones programadas por las subdirecciones médicas y administrativas.

RELACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA (CONSULTAS DE PRIMERA VEZ, CONTROLES Y JUNTAS) PARA LOS AÑOS 2015 Y 2016						
MES	AÑO 2016			AÑO 2015		
	Paciente programados	Pacientes atendidos	Inasistencia	Pacientes programados	Pacientes atendidos	Inasistencia
Enero	10368	9212	1156	9984	8649	1335

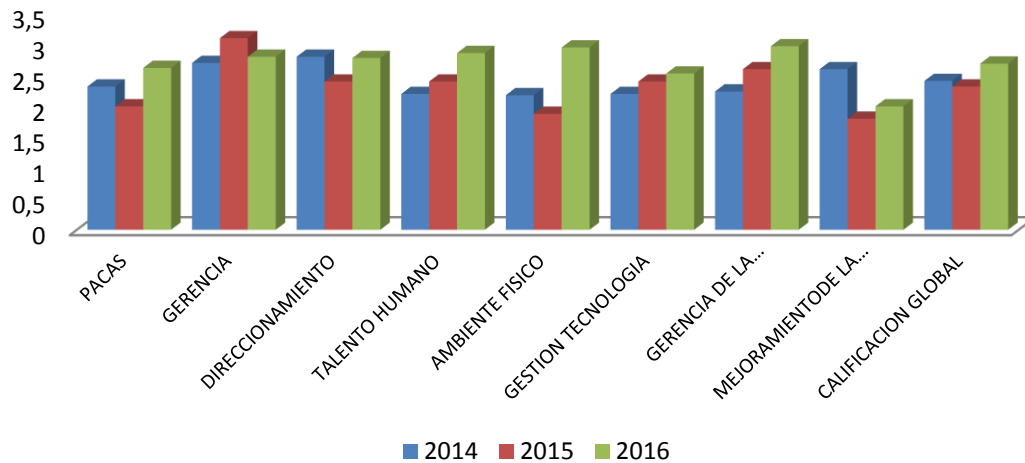
Febrero	12970	11517	1453	11149	9596	1553
Marzo	12367	10941	1426	12372	10393	1979
Abril	13155	11739	1416	11444	9485	1959
Mayo	12115	9720	2395	11153	9428	1725
Junio	13199	11437	1762	9950	8371	1579
Julio	10918	9479	1439	11090	9259	1831
Agosto	13748	12052	1696	10316	8890	1426
Septiembre	14332	12545	1787	12439	10575	1864
Octubre	12794	11110	1684	11575	9730	1845
Noviembre	13434	11529	1905	12037	10160	1877
TOTAL	139400	121281	18119	123509	104536	18973

Nota: En los datos reportados **no están** incluidos los procedimientos realizados en las Consultas de Radioterapia, Gastroenterología, Cardiología, Hematología, Rehabilitación, Cabeza y Cuello.

1.7. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

▪ PACAS

ESTANDARES	CALIFICACION		
	2014	2015	2016
PACAS	2,32	2	2,62
GERENCIA	2,7	3,1	2,8
DIRECCIONAMIENTO	2,8	2,4	2,78
TALENTO HUMANO	2,2	2,4	2,86
AMBIENTE FISICO	2,18	1,88	2,95
GESTION TECNOLOGIA	2,2	2,4	2,53
GERENCIA DE LA INFORMACION	2,24	2,6	2,97
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2,6	1,8	2
CALIFICACION GLOBAL	2,41	2,32	2,69



Por grupo de estándares PACAS

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES	CALIFICACION
DERECHO DE LOS PACIENTES	2,6
SEGURIDAD DE PACIENTE	2,9
ACCESO	2,6
REGISTRO E INGRESO	2,7
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	2,7
PLANEACION DE LA ATENCION	2,7
EJECUCION DE TRATAMIENTO	2,6
EVALUACION DE LA ATENCION	2,5
SALIDA Y SEGUIMIENTO	2,6
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2,6
MEJORAMIENTO	2,7
TOTAL GENERAL PACAS	2,6

1.8. SEGURIDAD DEL PACIENTE

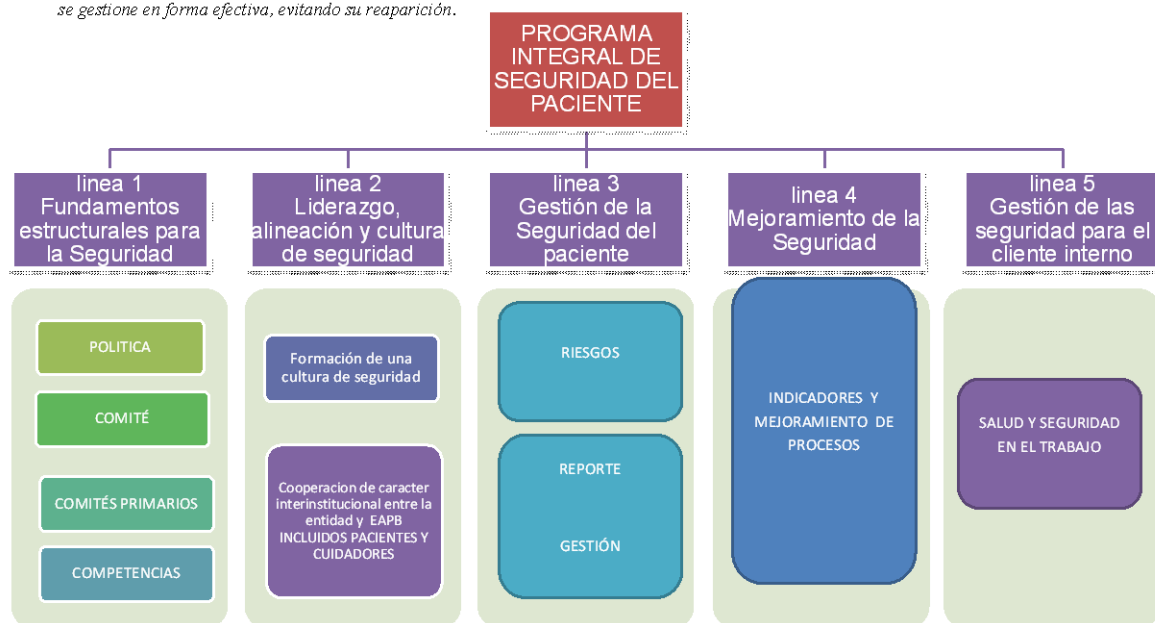
Se realiza informe de I trimestre de 2016 en lo relacionado a nivel de reporte y de eventos adversos trazadores identificados

Ejes de programa de seguridad del paciente institucional:



El Instituto Nacional de Cancerología-ESE, se compromete a proteger al paciente de cualquier daño que pudiese ser ocasionado con motivo de la prestación del servicio de salud. Para lo anterior trabajará por la reducción de los eventos adversos e incidentes durante la prestación de servicios de salud oncológicos.

Para tal logro, implementa de forma proactiva y previsiva estrategias, tales como la gestión del riesgo, la educación tanto del cliente interno como externo, la capacitación y entrenamiento en seguridad a los procesos de atención, involucrando el cliente interno, el paciente, la familia, los colaboradores y las aseguradoras. Creando así una cultura de seguridad, justa, no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad, un entorno seguro, unos procesos, estructuras y tecnologías seguras, un recurso humano capacitado y confiable, donde cada evento, informado o detectado, se gestione en forma efectiva, evitando su reaparición.

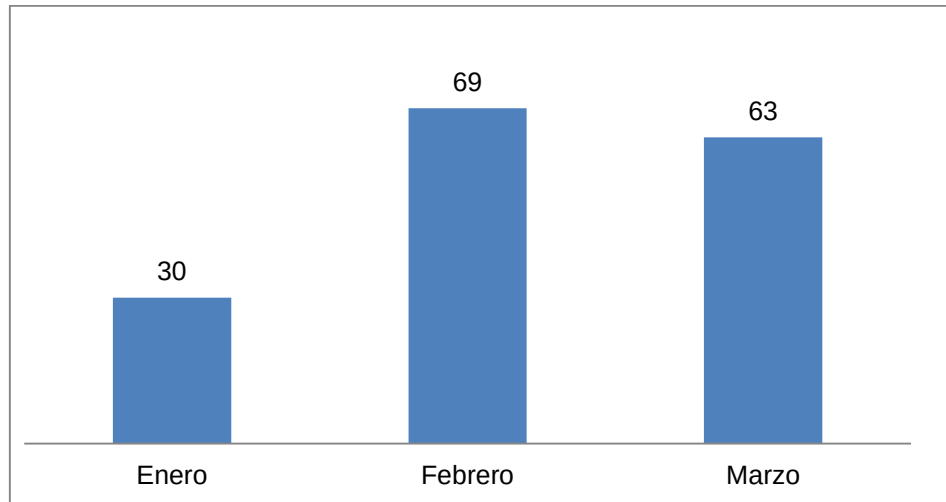


▪ REPORTE Y GESTION

Para el primer trimestre de 2016 se realizaron los siguientes reportes los cuales se toman por el aplicativo SIAPINC4 y el SAP;

Mes	Reportes Seguridad Paciente
Enero	30
Febrero	69
Marzo	63
Total general	162

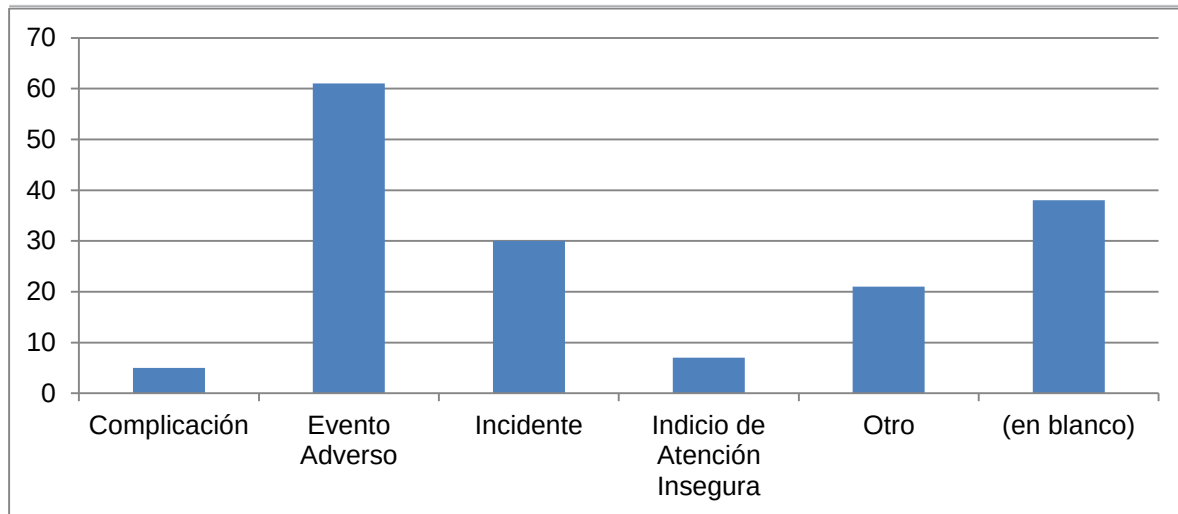
El mayor número de reportes se presentó en el mes de Febrero, al igual es importante establecer que al comparar con los reportes realizados el año anterior para el I trimestre se evidencia un aumento relativo de los mismos.



La clasificación por tipo de reporte se presenta a continuación siendo el mayor número de reportes que ingresa al sistema se clasifica como evento adverso;

Clasificación reporte	Número
Complicación	5
Evento Adverso	61
Incidente	30
Indicio de Atención Insegura	7
Otro	21
(en blanco)	38
Total general	162

Un total general de reportes para el I trimestre de 162 reportes.

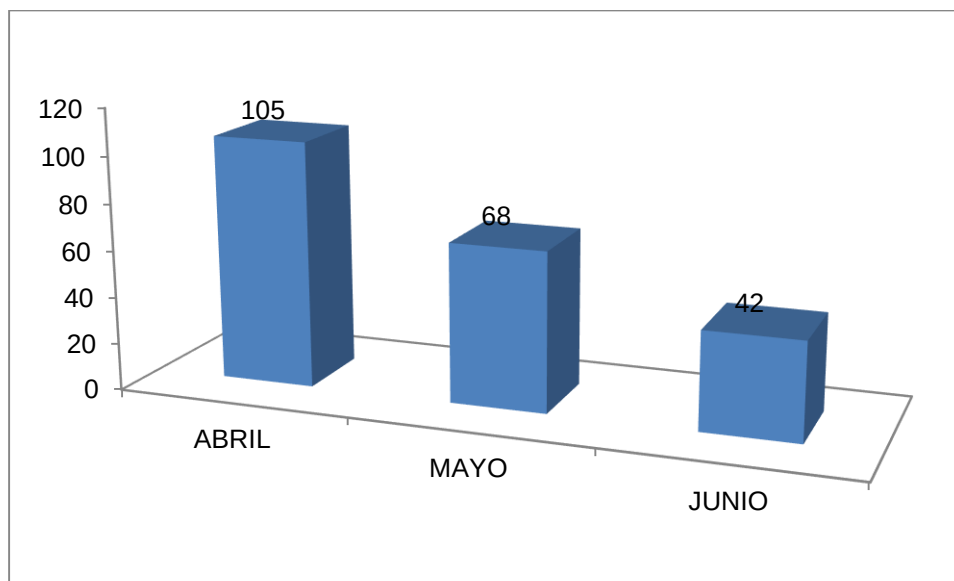


Para el II trimestre de año 2016 se evidencian los siguientes reportes se observa un descenso en relación al trimestre anterior:

REPORTES II TRIMESTRE

MES	# REPORTES
ABRIL	105
MAYO	68
JUNIO	42

En la gráfica se puede observar la disminución de reportes de mes a mes durante el trimestre:

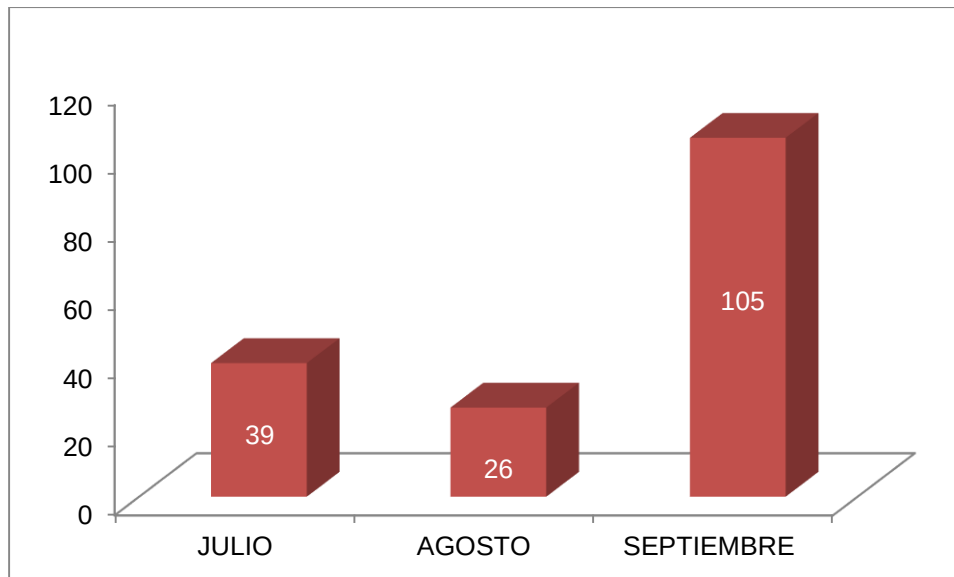


Para el III trimestre de año 2016 se evidencian los siguientes reportes se observa un descenso en relación al trimestre anterior en los dos primeros meses ya que tercer mes se observa un aumento relativo de número de reportes realizados:

REPORTES III TRIMESTRE

MES	# REPORTES
JULIO	39
AGOSTO	26
SEPTIEMBRE	105

En la gráfica se puede observar la disminución de reportes de mes a mes con un pico en el tercer mes durante III trimestre:



En lo relación con el tipo de evento se observa el comportamiento durante el trimestre desglosado por mes donde el contante con mayor número de reportes clasificado como evento adverso por tipo de evento "Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales"

TIPO EVENTO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Accidentes de paciente	1	0	0	0	0	0
Caídas de pacientes	9	4	0	3	1	0
Relacionados con fallas en los registros clínicos	3	0	0	0	0	0
Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional	3	0	0	0	0	0
Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	1	0	0	0	0	0
Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	6	0	1	3	0	0
Relacionados con la sangre o sus derivados	1	0	0	0	0	0
Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	1	8	3	0	0	2
Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales	15	6	1	3	1	3

Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	1	0	0	0	0	0
Infección ocasionada por la atención en salud	0	1	1	1	0	0
Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	0	3	0	0	0	1
Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología				0	1	5
OTROS				0	0	1

CONCLUSIONES

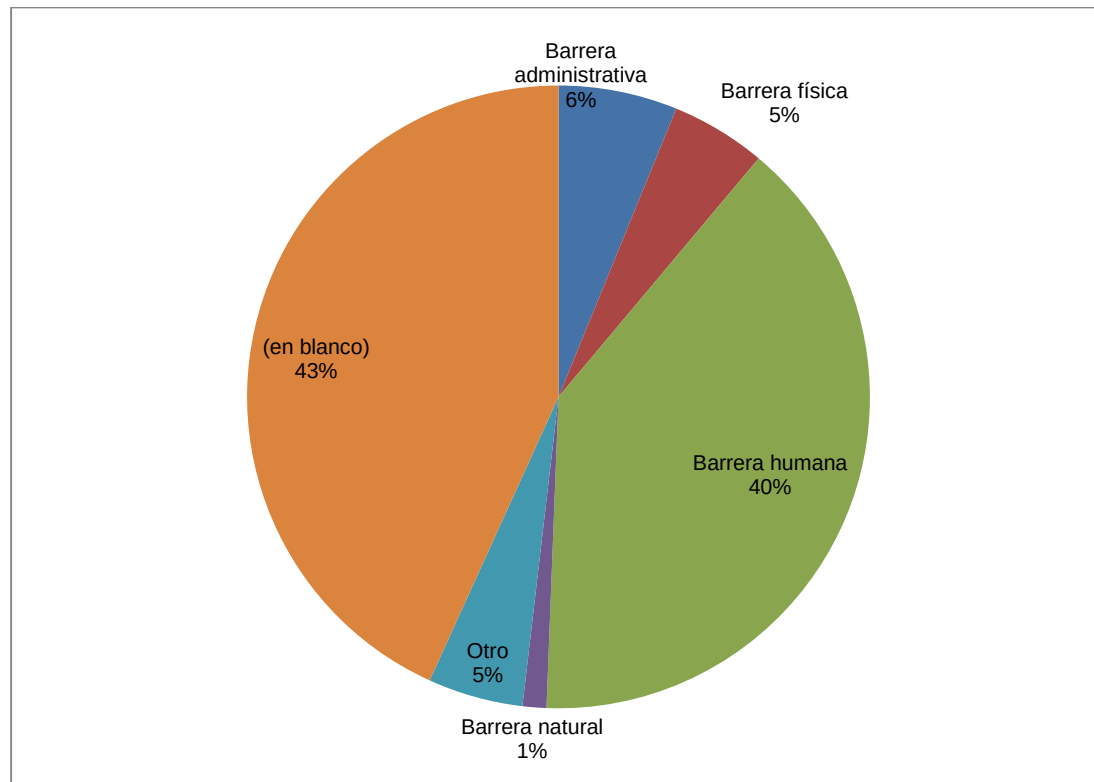
Para el I trimestre de 2016 se evidencian un total de 162 reportes de los cuales se clasificaron como evento adverso 62 e incidente 30 reportes.

A continuación se presenta el consolidado de cada uno de los reportes por según clasificación por tipo de reporte:

Etiquetas de fila	Cuenta de NroProblema
Complicación	5
(en blanco)	5
Evento Adverso	61
Accidentes de pacientes	1
Caídas de pacientes	8
Otro	10
Relacionados con el comportamiento	1
Relacionados con fallas en los registros	1
Relacionados con la gestión de recursos	4
Relacionados con la medicación o la administración	1
Relacionados con los dispositivos y equipos	10
Relacionados con procesos o procedimientos	24
Relacionados con trámites administrativos	1
Incidente	30
Otro	2
Relacionados con el laboratorio clínico	1
Relacionados con la infraestructura o instalaciones	1
Relacionados con la sangre o sus derivados	1
Relacionados con los dispositivos y equipos	3
Relacionados con procesos o procedimientos	5
Relacionados con trámites administrativos	1
(en blanco)	16
Indicio de Atención Insegura	7
Relacionados con el laboratorio clínico	2
Relacionados con la gestión de recursos	2
Relacionados con la medicación o la administración	1
(en blanco)	2
Otro	21
Caídas de pacientes	1
Otro	2
Relacionados con el comportamiento	1
Relacionados con procesos o procedimientos	1
(en blanco)	16
(en blanco)	38
(en blanco)	38
Total general	162

Se reporta las causas de las barreras presentadas durante los eventos reportados siendo la más frecuente la falla en la barrera humana que se estableció durante el procedimiento realizado que incidió en que se presentara el evento.

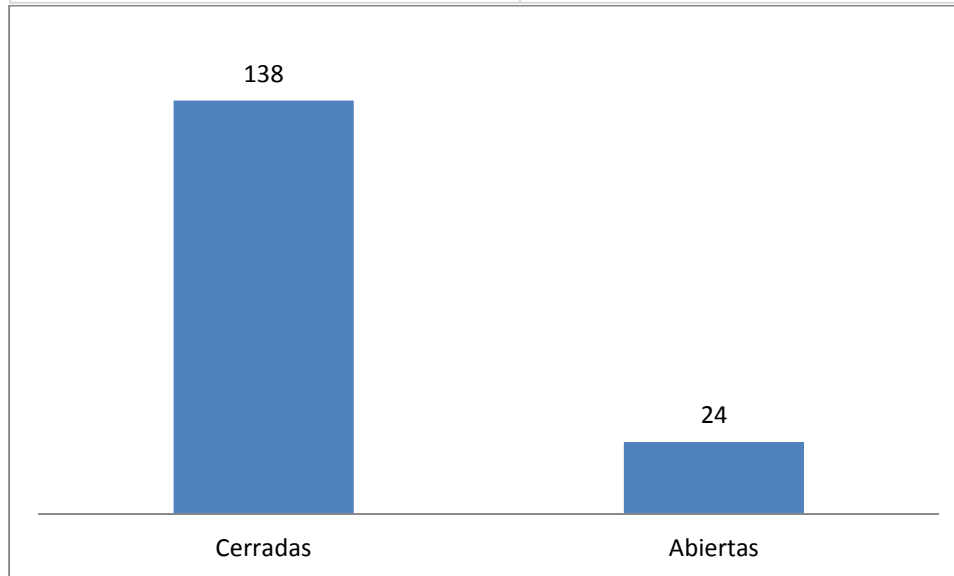
Etiquetas de fila	Cuenta de NroProblema
Barrera administrativa	10
Barrera física	8
Barrera humana	64
Barrera natural	2
Otro	8
(en blanco)	70
Total general	162



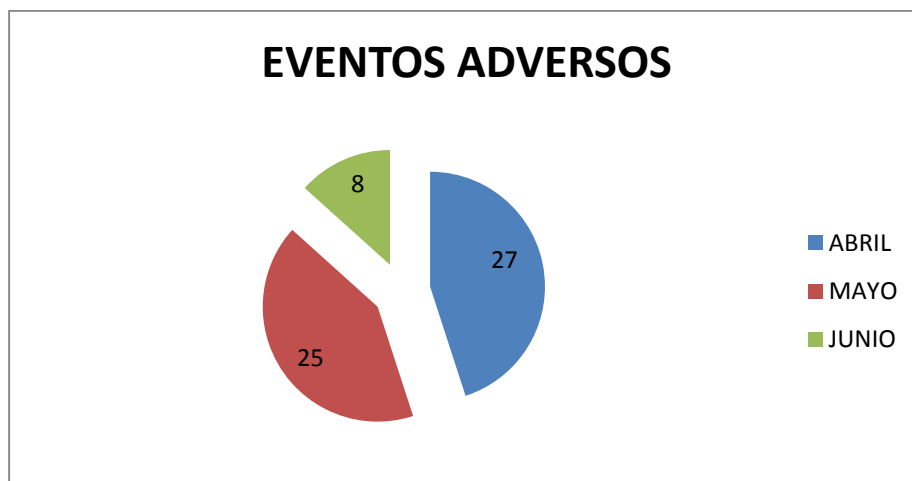
En lo relacionado a la gestión de los eventos reportados se puede evidenciar que para el I trimestre se tienen abiertas a la fecha de la auditoria un total de 24 reportes abiertos los cuales se reportaron a los responsables del cierre y gestión de los mismos.

Gestión en relación a reportes por el SIAPINC 4

Cerradas	138
Abiertas	24
Total	162
Cerradas	138
Abiertas	24
Total	162



De acuerdo a la clasificación se reportan como eventos adversos para el trimestre II de 2016 un total 60 reportes clasificados como eventos adversos lo cual se muestra en la siguiente grafica;



Para el II trimestre se evidencia un total de reportes abiertos un total de 55 reportes y 157 cerradas.

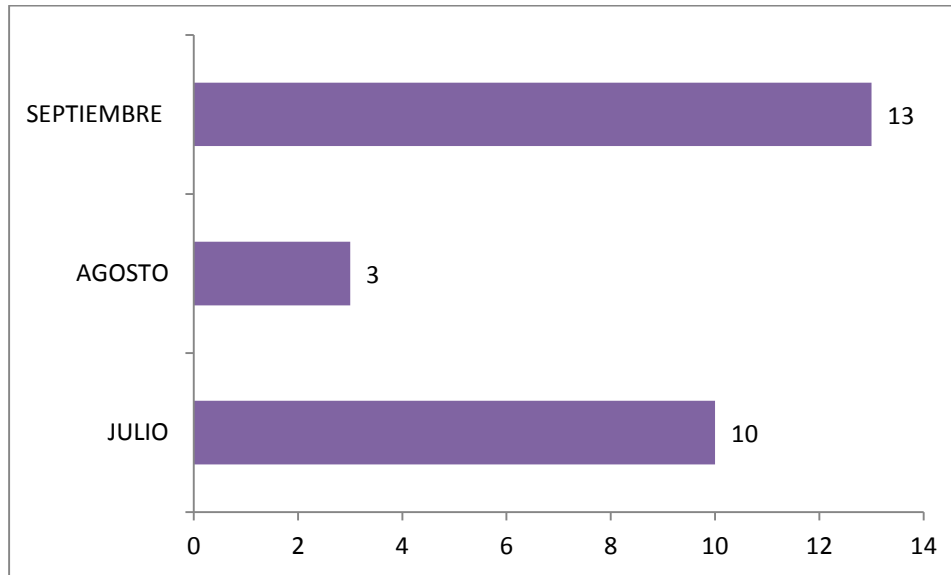
Reporte de eventos de acuerdo a servicio para el II trimestre 2016 de la siguiente manera:

SERVICIO		# EVENTOS
 MINSALUD	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	Calle 1ª N° 9 - 85 / PBX: 4320160 www.cancer.gov.co Bogotá D.C., Colombia NIT: 899.999.092 - 7

GAICA	6
SALAS DE CIRUGIA	4
HOSPITAL DIA	3
UCI	22
HOSPITALIZACION	15
RADIOTERAPIA	1
SUBDIRECCION MEDICA	1

Donde la mayor proporción de eventos se reportaron del servicio de unidad de cuidado intensivo seguido de servicio de Hospitalización.

De acuerdo a la clasificación se reportan como eventos adversos para el trimestre II un total de 26 reportes clasificados como eventos adversos lo cual se muestra en la siguiente grafica;



Para el III trimestre se evidencia un total de reportes abiertos un total de 13 reportes y 105 cerradas.

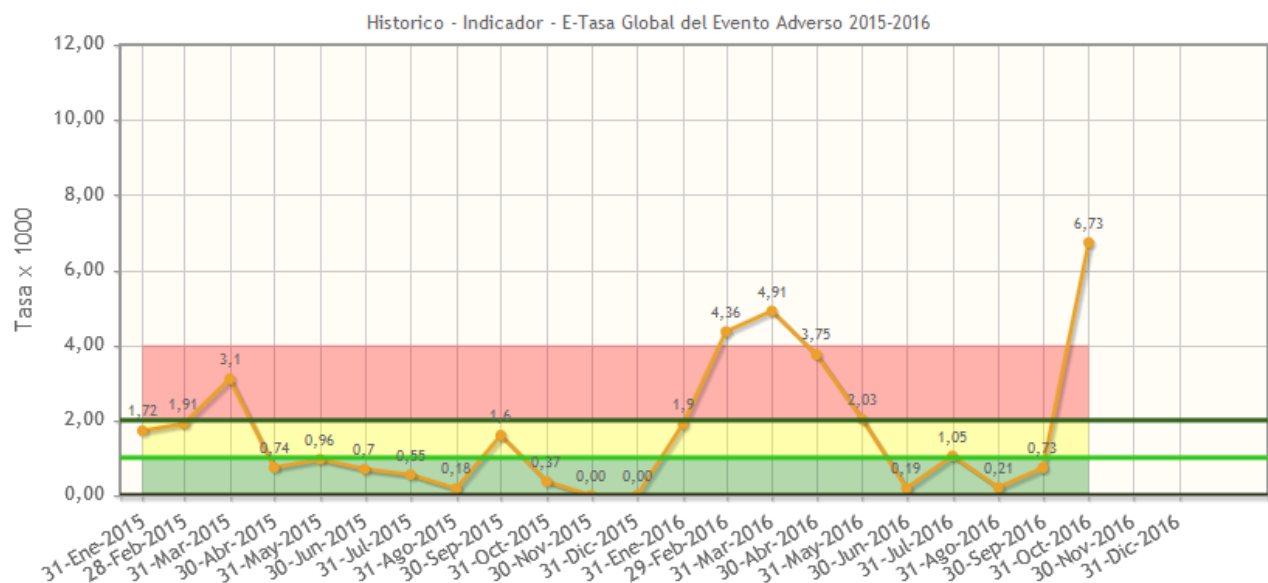
Reporte de eventos de acuerdo a servicio para el III trimestre de la siguiente manera:

SERVICIO	# EVENTOS
Imágenes diagnósticas_TAC	2
laboratorio clínico	6
Salas de cirugía	2
Servicio transfusional	1
Unidad de Cuidado Intensivo	6
Hospitalización	9

RECOMENDACIONES

Realizar el reporte mensual de acciones abiertas y cerradas a cada uno de los responsables de las mismas.

1. Incentivar el reporte de los eventos que se presenten ya que se está observando la tendencia a la disminución de reportes
2. Realizar la retroalimentación ante el Comité de seguridad del paciente, al igual que reporte a cada uno de los servicios que tienen pendiente el cierre de los eventos reportados.
3. Se recomienda establecer un mecanismo para evitar que al terminar el trimestre evaluado se presenten eventos abiertos es decir sin gestionar
4. Se reporta el comportamiento del indicador de tasa global de eventos adversos con corte a septiembre 2016



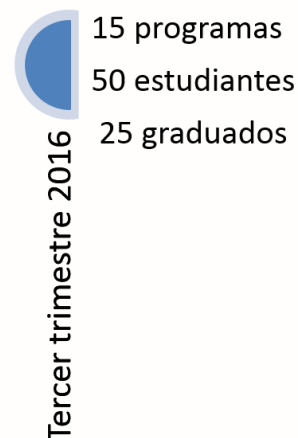
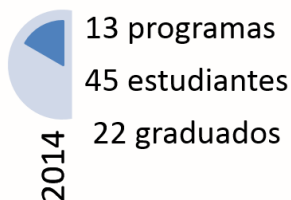
2. DOCENCIA



2.1 POLÍTICA DE DOCENCIA

El Grupo Área Docencia apoya el objetivo de control del cáncer mediante la **formación de talento humano altamente calificado** en las diferentes áreas de la oncología y con un profundo sentido de la **humanidad** y la **responsabilidad**, para que los pacientes de todo el país tengan acceso a las mejores oportunidades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y paliación.

Programas docentes institucionales



Programas docentes institucionales vigentes

Primera Especialidad

Oncología
Radioterápica-
UMNG

Segunda Especialidad

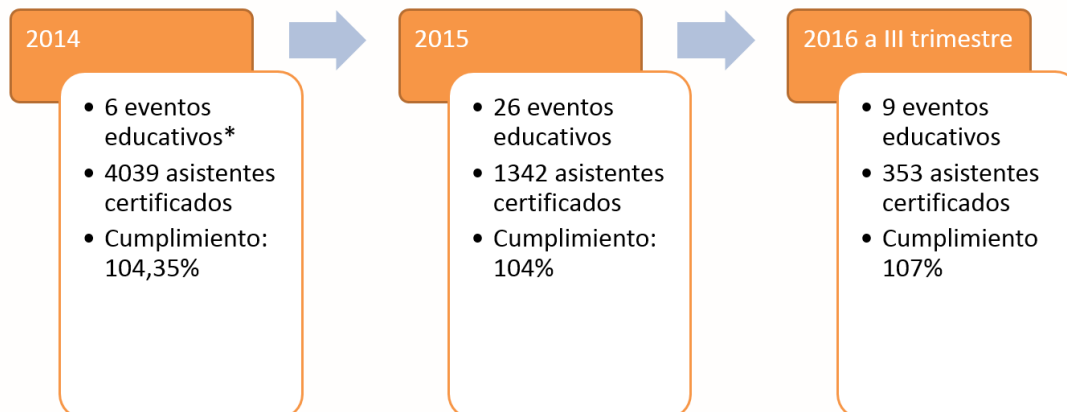
- Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva - UMNG
- Cirugía Oncológica - UMNG
- Cirugía Plástica Oncológica- UMNG
- Ginecología Oncológica- UMNG
- Hemato Oncología Pediátrica - UMNG
- Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos - UMNG
- Ortopedia Oncológica- UMNG
- Rehabilitación Oncológica- UMNG
- Urología Oncológica- UMNG
- Dermatología Oncológica- UMNG
- Cirugía de Cabeza y Cuello- UMNG
- Oncología Clínica – U. EL BOSQUE
- Cirugía de Seno y Tejidos Blandos - FUCS
- Mastología- FUCS

Prácticas en educación formal

EDUCACIÓN FORMAL	2014	2015	2016 A III TRIMESTRE
Porcentaje de satisfacción*	92%	91%	91,9%
Estudiantes rotatorios pregrado	1244	1337	1083
Estudiantes rotatorios postgrado	634	702	542
Observadores	23	19	11

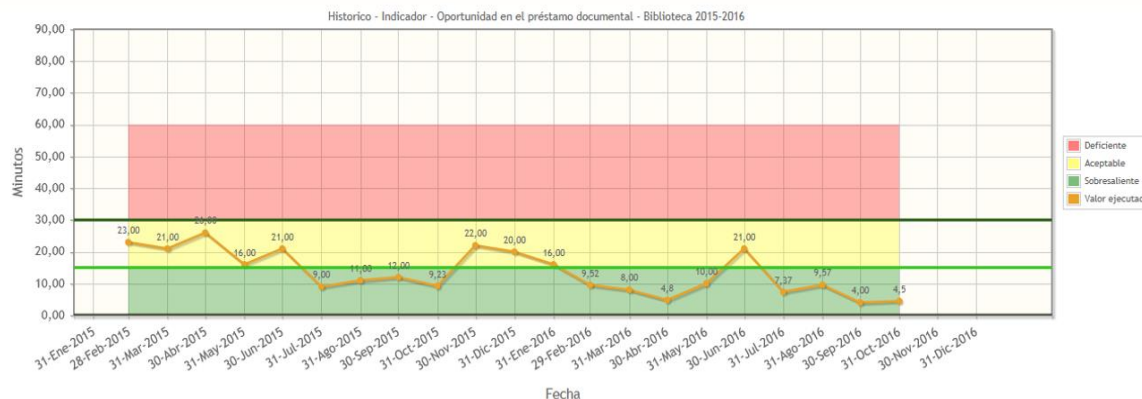
*Según resultados de la encuesta de evaluación a estudiantes en prácticas formativas

Educación por extensión



*En el año 2014 se realizó el Congreso Internacional: Atención Multidisciplinaria en Cáncer, como celebración de los 80 años de servicio continuo del INC

Oportunidad en el préstamo documental



Oportunidad préstamo documental: 4,5 minutos

LOGROS

❖ Programas docentes institucionales:

- Aprobación del programa nuevo:
 - ✓ Cirugía de Cabeza y Cuello (Resolución MEN 02156 del 5 de febrero de 2016).
- Radicación de programa ante el MEN y atención de la visita de pares:

✓ Maestría en Enfermería Oncológica.

- Inicio del trabajo para la renovación de registros calificados de los programas con UMNG.

❖ **Convenios docencia:**

- Aumento en el número de comités docencia-servicio realizados e inclusión de IES con las que en el pasado no se había podido gestionar estos comités

❖ **Gestión información científica:**

- Compra Plataforma LWW Oncology Book Collection
- Elaboración de proyecto de modernización de la biblioteca

❖ **Prácticas en educación formal:**

- Se aumentó la cobertura de inducción a estudiantes al realizarla cada 15 días y hacer evaluación de la misma.

❖ **Formación de docentes:**

- 15 docentes del INC cursando programa de especialización en docencia universitaria con la Universidad El Bosque

❖ **Otros:**

- Actualización de los 5 procedimientos de docencia
- Regulación de las rotaciones como observadores en el INC
- Primer grupo en hacer cargue de indicadores durante todo el año y cumplimiento del POA a tercer trimestre cercano al 100%

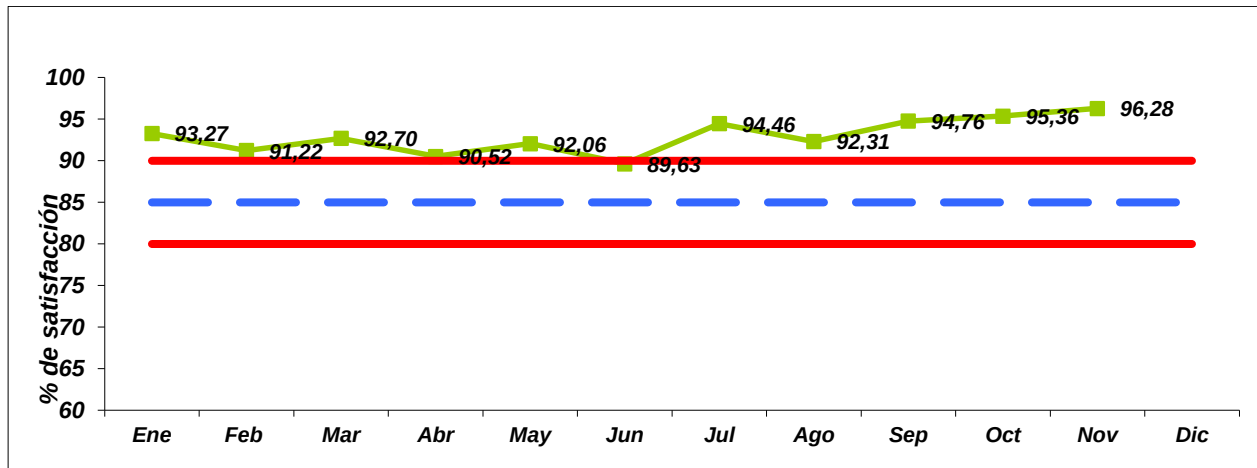
▪ **RETOS**

- Renovar los registros calificados de los programas institucionales en convenio con la UMNG
- Implementación de la plataforma virtual para educación y diseño de la inducción virtual
- Diplomado en docencia para docentes del INC
- Lograr mayor cobertura en realización de comités docencia-servicio para llegar a cumplir la normatividad al respeto (4 comités por año por cada IES)
- Programas nuevos: hematología – patología oncológica

3. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

El grupo con menos satisfacción fue ambulatorio con un porcentaje del 91%, siendo el servicio de Radioterapia el más insatisfecho con porcentaje del 86.4% la variable tiempo alcanzó un 63,3% que la califica como muy largo y largo.

El grupo con mejor satisfacción fue GAICA con un porcentaje del 100%, siendo las variables información, tiempo, trato e instalaciones alcanzaron un 100% que las califican como excelente y bueno.



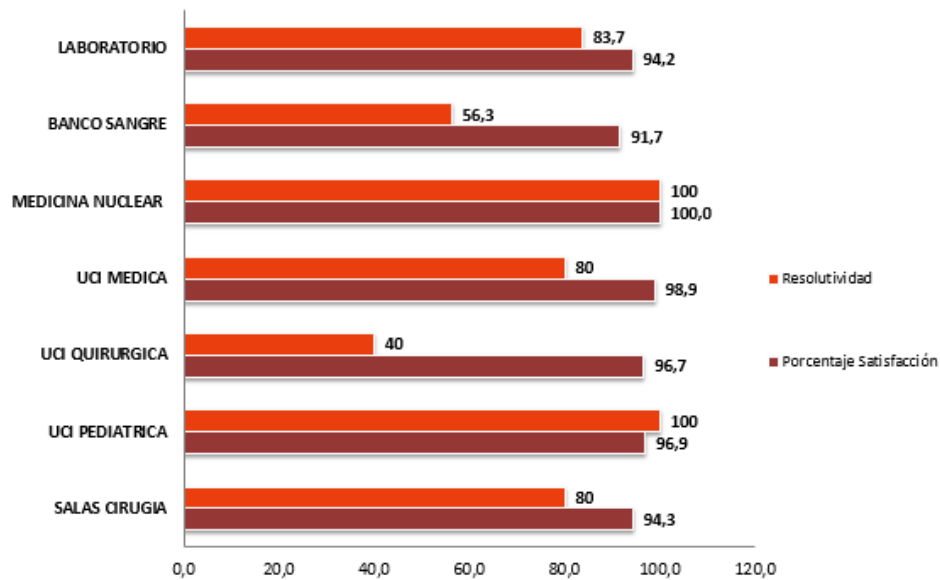
Periodo	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Valor Mes	93,27	91,22	92,70	90,52	92,06	89,63	94,46	92,31	94,80	95,36	96,28	
Promedio c/d tres periodos	92,40			90,74			93,86			95,82		

Fuente: Registro encuestas de satisfacción del INC.
Asesoría de Calidad

Encuesta satisfacción del usuario noviembre 2016



Grupo de Apoyo Distribución por servicio



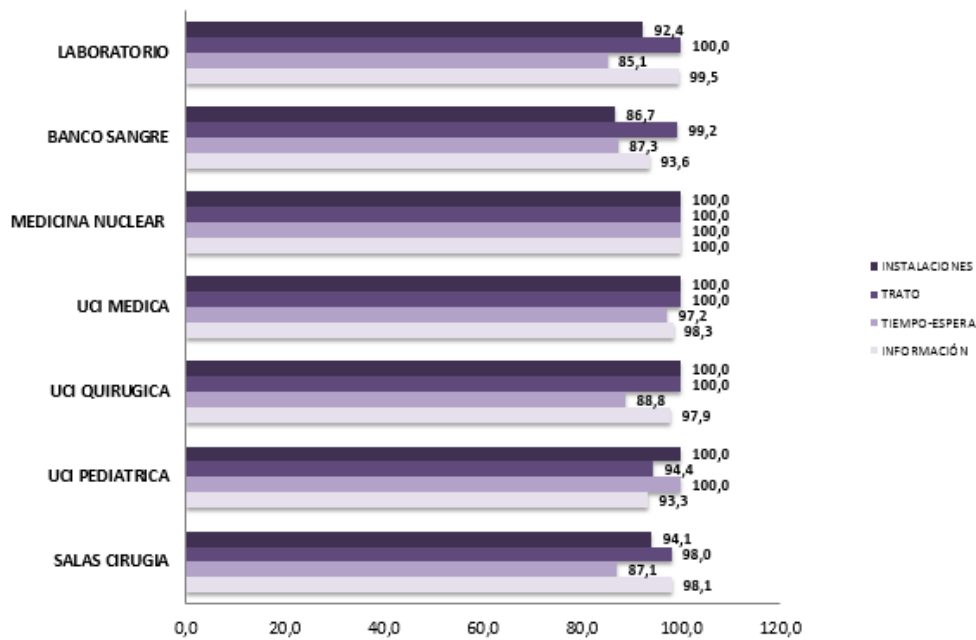
Resolutividad: Fue atendido y fue resuelto – Fue atendido pero no resuelto – No fue atendido

Fuente: Registro encuestas de satisfacción del INC.
Asesoría de Calidad

Encuesta satisfacción del usuario noviembre 2016



Grupo Apoyo Distribución por variable



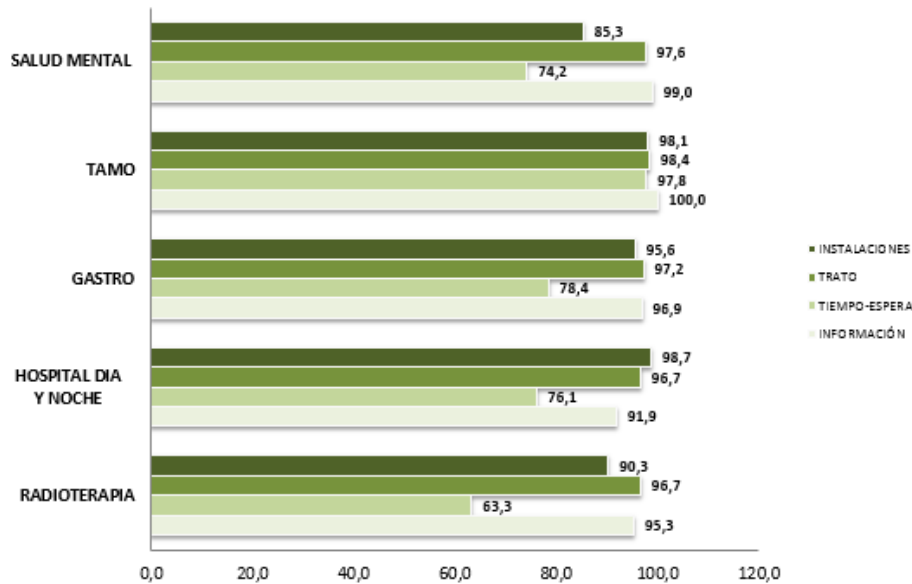
Resolutividad: Fue atendido y fue resuelto – Fue atendido pero no resuelto – No fue atendido

Fuente: Registro encuestas de satisfacción del INC.
Asesoría de Calidad

Encuesta satisfacción del usuario noviembre 2016



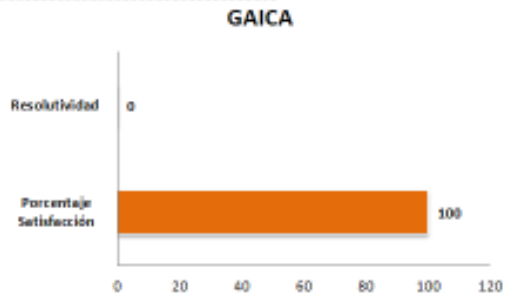
Ambulatorio Distribución por variable



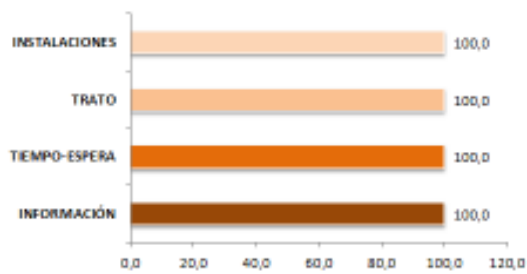
Resolutividad: Fue atendido y fue resuelto – Fue atendido pero no resuelto – No fue atendido

Fuente: Registro encuestas de satisfacción del INC.
Asesoría de Calidad

Encuesta satisfacción del usuario noviembre 2016



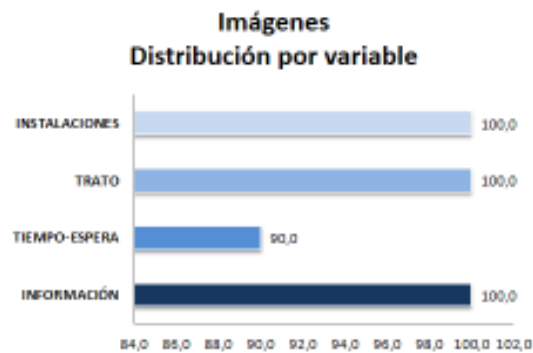
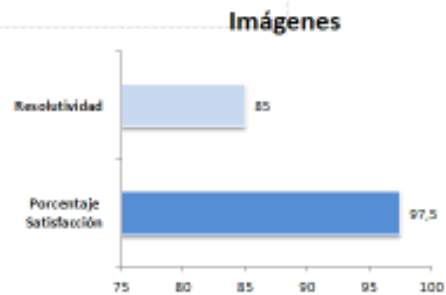
GAICA Distribución por variable



Resolutividad: Fue atendido y fue resuelto – Fue atendido pero no resuelto – No fue atendido

Fuente: Registro encuestas de satisfacción del INC.
Asesoría de Calidad

Encuesta satisfacción del usuario noviembre 2016



Resolutividad: Fue atendido y fue resuelto – Fue atendido pero no resuelto – No fue atendido

Fuente: Registro encuestas de satisfacción del INC.
Asesoría de Calidad

4. TABLEROS ESTADÍSTICOS

4.1 DATOS:

Comparación consolidada de actividades e indicadores, INC 2015 - 2016*

Actividades asistenciales e indicadores	2014	2015	2016*	variación (%)
Consultas totales	152.791	152.884	156.857	3%
Consultas de urgencias	12.243	11.918	12.881	8%
Consultas de urgencias pediátricas	1.036	1.017	1.051	3%
Consultas de primera vez	24.819	26.683	27.607	3%
Consultas de control	78.605	86.319	90.965	5%
Interconsultas GAICA	1.126	1.584	1.175	-26%
Interconsultas hospitalarias	20.130	21.362	18.953	-11%
Asistencias de Especialistas a las Junta de decisiones	14.832	14.837	12.680	-15%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Estadísticas 2016 - INC.

* El dato de 2016 esta proyectado para los meses de Nov-Dic

Comparación pacientes atendidos en el INC, 2015 - 2016*

Actividades asistenciales e indicadores	2014	2015	2016*	variación (%)
N° Pacientes atendidos en consulta externa	91.048	106.691	111.532	5%
N° Pacientes Hospitalizados	7.348	7.846	8.370	7%
N° Pacientes atendidos en GAICA*	9.774	9.937	10.550	6%
N° Pacientes atendidos en UCI's	785	940	935	-1%
N° Pacientes atendidos en salas de cirugía	6.477	5.951	5.984	1%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Estadísticas 2016 - INC.

* El dato de 2016 esta proyectado para los meses de Nov-Dic

Actividades y procedimientos - INC, 2015 - 2016*.

Actividades y procedimientos	2014	2015	2016*	variación (%)
N° de Sesiones quimioterapia	12511	15.215	16.480	8%
N° de procedimientos de trasplante de medula ósea (autó	23	24	32	35%
N° de Cirugías	10711	12.201	12.497	2%
N° de Sesiones radioterapia (IMRT, IGRT, conformacional,	34.337	36.820	39.494	7%
N° de estudios de medicina nuclear (Gammagrafías, PET-	7.879	8.659	8.515	-2%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Estadísticas 2016 - INC.

* El dato de 2016 esta proyectado para los meses de Nov-Dic

4.2 INDICADORES

Subgrupo	Indicador	Unidad de Medida	2.014	2.015	2.016	variación
Gestión Científica	E-Cumplimiento en la programación de educación continuada	Porcentaje (%)	97,7	72,5		-25,2
	E-Índice de proyectos nuevos	Índice	0,26	0,5		0,2
	E-Porcentaje de estudios de investigación cerrados	Porcentaje (%)	19	19		-
Gestión de Productividad	E-Productividad Horas Quirófano Disponible	Porcentaje (%)	78,6	76,5		-2
	E-Productividad Hospital día (Giro Silla)	Índice	24	31		6
	E-Relación Estudiantes - Docentes	Índice	2,0	3,5		1,5
	E-Giro Cama	Índice	3,1	3,3		0,2
Gestión Financiera	E-Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación	Porcentaje (%)	100	110		10
	E-Porcentaje de cumplimiento en las metas de recaudo	Porcentaje (%)	111	109		-2
	E-Porcentaje de ejecución presupuestal	Porcentaje (%)	56,7	61,4		4,6
	E-Índice de Ingresos por Cooperación (Acumulado)	Índice	0,7	0,8		0,1

Fuente: Sistema de Información INC - SIAPINC 2016.

Subgrupo	Indicador	Unidad de Medida	2.014	2.015	2016*	variación 2015-2016
Gestión de Calidad	E-Calidad y satisfacción de las prácticas formativas en el INC	Porcentaje (%)	92	90		-90,4
	E-Calidad-Tasa Global de Infecciones	Tasa x 1000	8,5	10,0	10,3	0,3
	E-Indexación de publicaciones	Índice	0,93	0,85		-0,9
	E-Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada control y seguimiento	Días	6,8	4,2	4,5	0,3
	E-Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de primera (1) vez	Días	13,5	12,2	12,5	0,3
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento (Institucional)	Días	51,7	57,6	58,1	0,5
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días)	Días	58,2	69,5	66,8	-2,7
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Quimioterapia (Días)	Días	38,3	46,5	52,5	6,0
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días)	Días	33,7	51,6	49,1	-2,5
	E-Tasa Global del Evento Adverso	Tasa x 1000	1,8	1,0	2,1	1,1
	N-Porcentaje de reingreso	Porcentaje (%)	2,1	1,1	0,6	-0,5
	N-Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes	Porcentaje (%)	85,8	91,0		-91,0

*El dato 2016 esta proyectado para los meses de Nov y Dic.

Fuente: Sistema de Información INC - SIAPINC 2016.

Subgrupo	Indicador	Unidad de Medida	2.014	2.015	2016*	variación 2015-2016
Indicadores de Oportunidad	E-Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada control y seguimiento	Días	6,8	4,2	4,5	0,3
	E-Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de primera (1) vez	Días	13,5	12,2	12,5	0,3
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento (Institucional)	Días	51,7	57,6	58,1	0,5
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días)	Días	58,2	69,5	66,8	-2,7
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Quimioterapia (Días)	Días	38,3	46,5	52,5	6,0
	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días)	Días	33,7	51,6	49,1	-2,5

*El dato 2016 esta proyectado para los meses de Nov y Dic.

Fuente: Sistema de Información INC - SIAPINC 2016.

Subgrupo	Indicador	Unidad de Medida	2.015	2016*	variación 2015-2016
Indicadores de Seguridad del Paciente	Índice de errores en la identificación de muestras y hemocomponentes	Índice	0,1	0,0	-0,1
	Porcentaje de RAT por componente sanguíneo	Porcentaje (%)	0,1	0,1	0,0
	N-Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Porcentaje (%)	0,3	0,5	0,2
	N-Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Tasa x 1000	0,5	0,5	0,0
	N-Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Tasa x 1000	0,5	0,6	0,1
	N-Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Tasa x 1000	0,5	1,7	1,2
	N-Tasa de úlceras por presión	Índice	0,9	4,6	3,8
	Porcentaje de extravasación de antineoplásicos (vesicantes) administrados	Porcentaje (%)	0,4	0,1	-0,4
	Porcentaje de Sondas y drenajes desplazadas	Porcentaje (%)	1,0	2,1	1,0
	Tasa de Flebitis (Químicas/Mecánicas)	Tasa x 1000	1,6	2,2	0,6
	E-Calidad-Tasa Global de Infecciones	Tasa x 1000	10,0	10,3	0,4
	Índice Global de ISQ	Índice	3,6	4,3	0,6
	N-Índice Global de Infecciones	Índice	10,8	11,0	0,2
	Tasa de Flebitis	Tasa x 1000	2,7	0,6	-2,1
	Tasa de Infección asociada a catéter central	Tasa x 1000	3,4	2,2	-1,2
	Índice de muestras mal identificadas en laboratorio	Índice	0,6	0,2	-0,4
	Índice de resultados erróneos emitidos por el laboratorio	Índice	0,1	0,2	0,1
	Proporción de pacientes expuestos innecesariamente a radiación ionizante	Porcentaje (%)	0,0	0,1	0,1
	Índice de errores de localización anatómica en el tratamiento	Índice	0,0	0,0	0,0
	Índice de errores en la delineación de volúmenes	Índice	0,0	0,0	0,0
	Índice de errores en la dosis recibida del tratamiento	Índice	0,0	0,0	0,0
	Índice de errores en la prescripción clínica del tratamiento	Índice	0,0	0,0	0,0
	Porcentaje de pacientes quirúrgicos llevados a UCI sin indicación pre quirúrgica	Porcentaje (%)	1,0	0,3	-0,7
	Proporción de cancelaciones de cirugía programada	Porcentaje (%)	8,2	8,7	0,5
	Índice de incidentes y eventos adversos asociados con el uso de dispositivos médicos	Índice	0,5	2,3	1,8
	Índice de eventos adversos pediátricos	Índice	SD	0,1	
	Índice de Infecciones pediátricas	Índice	SD	1,6	
	Farmacovigilancia (Gestión de sospechas de reacciones adversas a medicamentos)	Índice	4,7	2,4	-2,3
	Índice de errores de medicación	Índice	9,3	8,0	-1,2
	E-Tasa Global del Evento Adverso	Tasa x 1000	1,0	2,6	1,6
	Índice Global del Evento Adverso	Índice	1,0	2,8	1,7

*El dato 2016 esta proyectado para los meses de Nov y Dic.

Fuente: Sistema de Información INC – SIAPINC 2016.

JESÚS ANTONIO ACOSTA PEÑALOZA
Subdirector General de Atención Médica y Docencia

II. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La subdirección general de investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención tiene por objetivos generar el conocimiento necesario para contribuir al control del cáncer; y diseñar, desarrollar e implementar acciones de vigilancia epidemiológica, control del riesgo, detección temprana, evaluación y seguimiento de servicios oncológicos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Para el logro de los objetivos el Instituto Nacional de Cancerología estableció las siguientes líneas de investigación.

1. Epidemiología descriptiva del cáncer.
2. Diagnóstico y tratamiento del cáncer.
3. Biología del cáncer (Mecanismos moleculares).
4. Aspectos psicosociales del cáncer.
5. Control del riesgo y detección temprana del cáncer.
6. Diversidad y etiología del cáncer.
7. Servicios oncológicos.
8. Actuar político y cáncer.

La generación de conocimiento para el control del cáncer en estas ocho líneas de investigación se produce a través del desarrollo de proyectos de investigación institucional, independientes de la industria farmacéutica; proyectos extra institucionales realizados en cooperación con Universidades, Organizaciones nacionales e internacionales y proyectos de la industria farmacéutica.

La Institución cuenta con siete grupos de investigación inscritos en el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, Colciencias (Tabla 1).

Tabla1: consultada diciembre 24/2016: <http://www.colciencias.gov.co/scienti>



Cod grupo	Nombre grupo	Lider	Ver Perfiles	Avalado	Estado	Clasificado en
1 COL0031243	Salud Pública y Epidemiología del Cáncer	Constanza Pardo Ramos	Ver Perfiles	1 de 1	Categoría C	Convocatoria 737 de 2015
2 COL0159802	Grupo de Investigación en Radiobiología Clínica, Molecular y Celular	Pablo Moreno Acosta	Ver Perfiles	1 de 1	Categoría D	Convocatoria 737 de 2015
3 COL0008629	Grupo de Investigación en Biología del Cáncer	Alba Lucía Cómbita Rojas	Ver Perfiles	1 de 1	Categoría B	Convocatoria 737 de 2015
4 COL0028444	Investigaciones clínicas en cáncer	Ricardo Sánchez Pedraza	Ver Perfiles	2 de 2	Categoría B	Convocatoria 737 de 2015
5 COL0124155	GREICAH - Grupo en enfermedades infecciosas en cáncer y alteraciones hematológicas	Sonia Isabel Cuervo Maldonado	Ver Perfiles	2 de 2	Categoría C	Convocatoria 737 de 2015
6 COL0131033	Patología Oncológica INC	Natalia Olaya Morales	Ver Perfiles	1 de 1	Categoría C	Convocatoria 737 de 2015
7 COL0125528	Clínica de Seno y tejidos blandos INC	Javier Angel Aristizabal	Ver Perfiles	1 de 1	Categoría D	Convocatoria 737 de 2015

1. LOGROS Y RETOS EN INVESTIGACION.

1.1 Proyectos de investigación institucionales por grupos de trabajo.

Durante el año 2016 se mantuvieron en ejecución 125 proyectos institucionales de investigación; de los cuales 31 (24,8 %) fueron proyectos nuevos.

La Figura 1 muestra los proyectos en curso agrupados por grupos de trabajo. Los 78 proyectos de investigación clínica contemplan los trabajos de grado de los especialistas que desarrollan sus programas de formación en convenios con Universidades y el Instituto Nacional de Cancerología y los estudios de validación de escalas y calidad de vida.

La investigación en salud pública representa los trabajos agrupados de los grupos de promoción y prevención temprana con el grupo de vigilancia epidemiológica

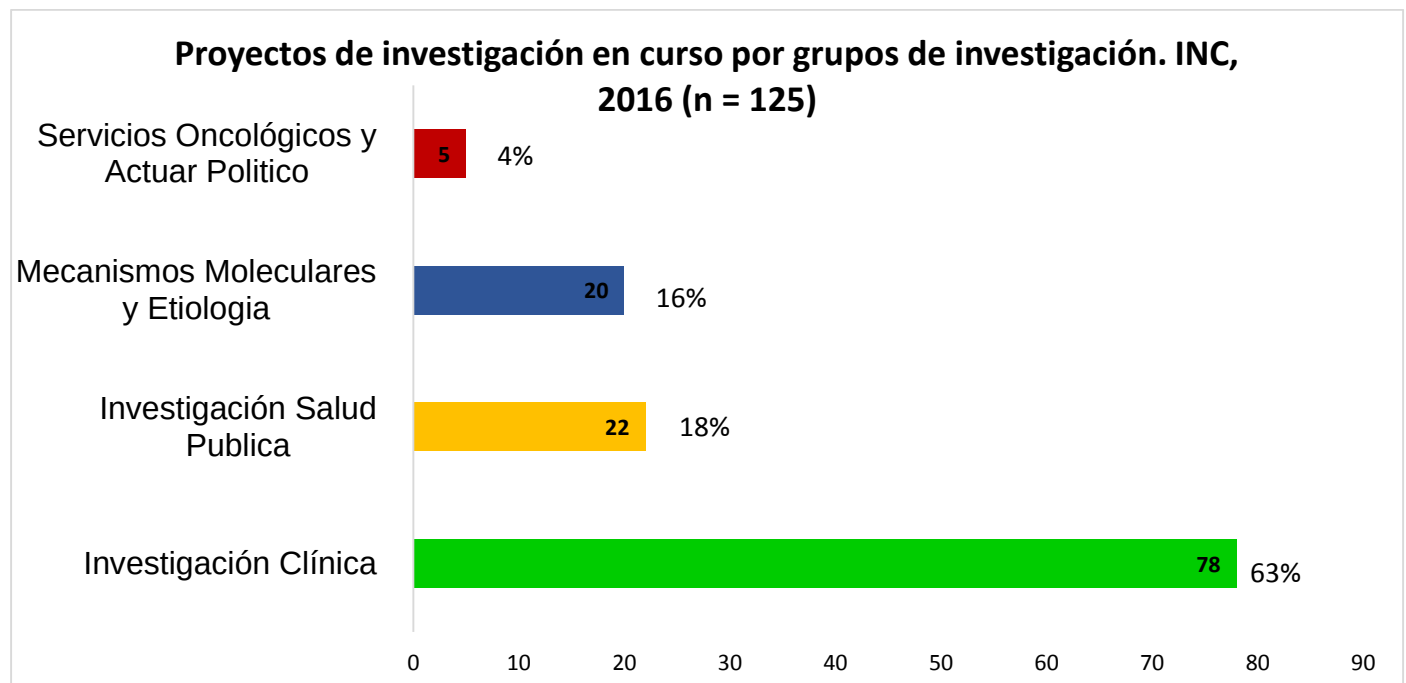


Figura 1: Proyectos institucionales aprobados en ejecución por grupos de investigación durante el 2016.

1.2 Proyectos de investigación institucionales por líneas de investigación.

La producción por líneas de investigación muestra que el mayor número de proyectos se presentan en diagnóstico y tratamiento, mecanismos moleculares, aspectos psicosociales y epidemiología descriptiva (Figura 2)

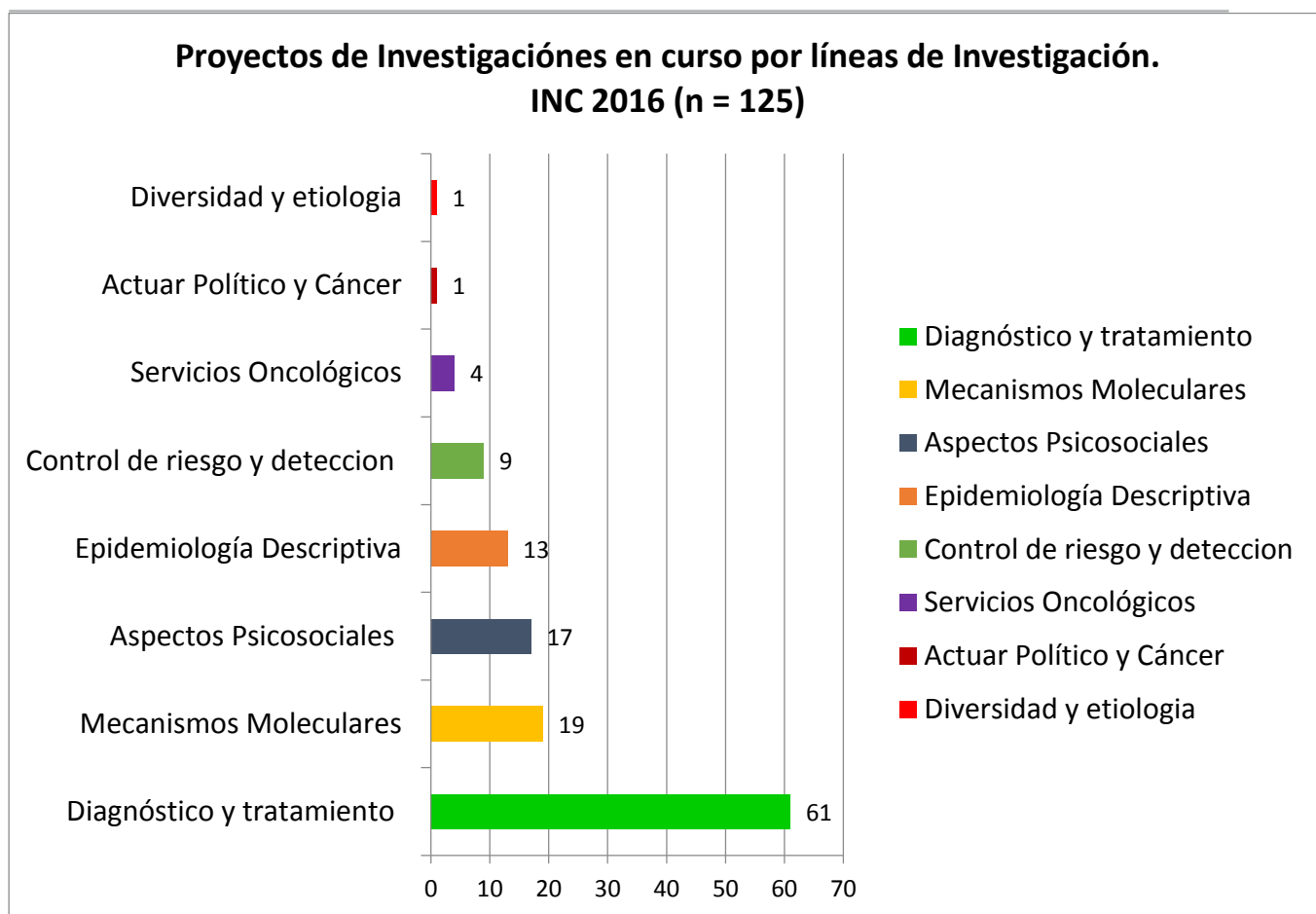


Figura 2: Proyectos por líneas de investigación.

1.3 Proyectos de investigaciones extra institucionales.

Los estudios extra institucionales en curso son 20 ensayos clínicos, dieciocho estudios de la industria farmacéutica y dos estudios en cooperación internacional (OMS y SWOG), y 25 estudios en curso de diferentes Universidades en convenio con el Instituto Nacional de Cancerología.

En la tabla 2 se muestran los ensayos clínicos de la industria farmacéutica y se especifica el patrocinador y la patología en la cual se basa el estudio.

La figura 3 muestra la tendencia en los últimos siete años del total de proyectos nuevos institucionales y extra institucionales y del total de los que están en curso; y en la tabla 3 se puede observar la tendencia en los últimos cinco años de los proyectos nuevos por líneas de investigación aprobados por el comité de ética e investigación institucional.

NOMBRE DEL ESTUDIO	SPONSOR	PATOLOGÍA
V503-001	Merck	Cuello uterino
CRAD001N2301	Novartis	Linfomas
COLD COAGULATION	OMS	Cuello uterino
APHINITY BIG 04-11/BO 25126/TOC 4939g	Roche	Mama
V212	Merck	Cáncer en general
PROXIMA	Sanofi	Próstata
MAB CUTE MO25455	Roche	Linfomas
RADIANT-4	Novartis	Pulmón
STEVIE MO25616	Roche	Piel y tejidos blandos
MK-3475	Merck	Piel y tejidos blandos
BIORIX	BIOCAD	Linfomas
RTXM83,	RPS	Linfomas
C16021	PPD	Mielomas
KX-ORAX-001	Kinex Pharmaceuticals	Mama
GO29058	Roche	Mama
CHRONOS-3	Bayer	Linfomas
KEY-NOTE-158	MSD de Colombia	Tumores sólidos
EMR 100070-008	QUINTILES	Estómago
CA209-649	Bristol Meyer-Squibb	Esófago
S1007	SWOG	Mama

Tabla 2: Ensayos clínicos en ejecución durante el 2016.

Las tendencias muestra una baja producción científica en términos de la presentación de proyectos de investigación en algunas líneas de investigación (actuar político y cáncer, servicios oncológicos, control del riesgo y detección temprana, diversidad y etiología del cáncer).

Proyectos de Investigaciones nuevos y en curso. INC, años 2010-2016.

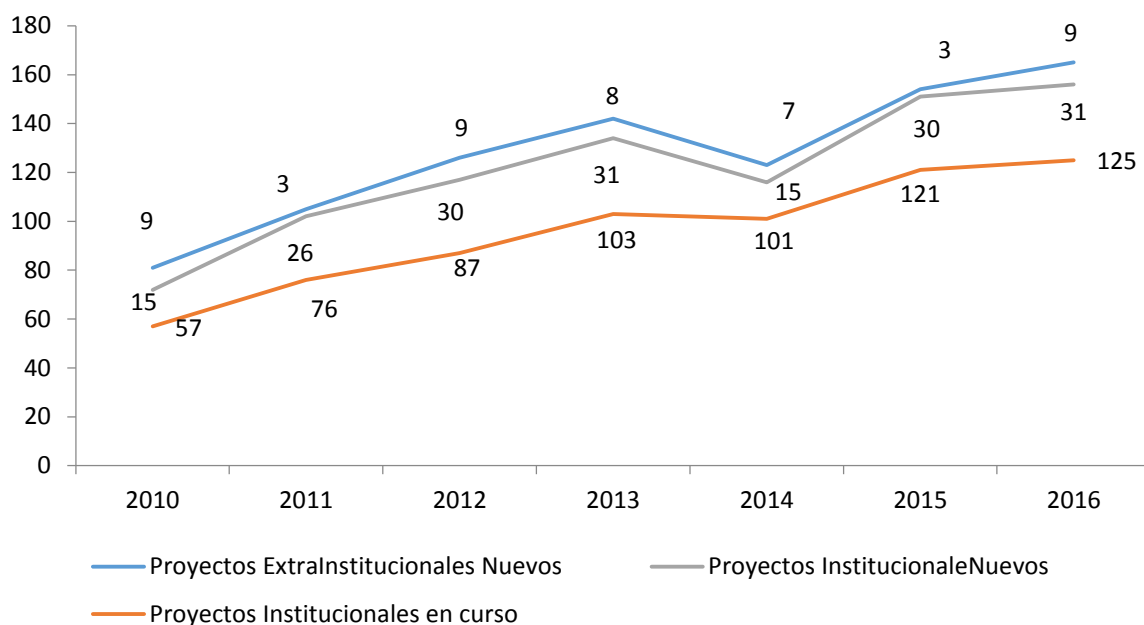


Figura 3: Tendencia de los proyectos de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología.

Proyectos Nuevos de Investigación Institucional Aprobados por CEI, por Línea de Investigación						
Líneas de Investigación	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Actuar político y cáncer	2	0	0	0	1	3
Aspectos Sico-Sociales del Cáncer	1	5	2	4	4	16
Biología del Cáncer en la Población Colombiana	6	4	2	4	3	19
Control del Riesgo y Detección Precoz del Cáncer	1	0	1	2	1	5
Diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia	13	17	8	15	19	72
Diversidad y Etiología del Cáncer en Colombia	3	1	0	0	0	4
Epidemiología Descriptiva y Sistemas de Vigilancia del Cáncer	3	1	2	5	1	12
Servicios Oncológicos en Colombia	1	3	0	0	2	6
Total general	30	31	15	30	31	137

Tabla 3: Tendencia de los proyectos nuevos por líneas de investigación aprobados por el comité de ética e investigación en los últimos cinco años.

1.4 Proyectos cerrados.

Durante el 2016 de los 56 estudios pendientes de cierre se lograron cerrar 32 (57%) y se dejaron sometidas ocho solicitudes de cierre que fueron aprobadas en enero de 2017 (25 %) con lo cual se completaron 40 estudios cerrados (71 %). La tabla 4 muestra la mejoría en la tendencia para el cierre de los proyectos de investigación.

Tendencia de cierre estudios de investigación 2011 - 2016			
Año	Número de Proyectos		%
	Cerrados	Programados para cerrar	
2011	9	34	26%
2012	13	38	34%
2013	10	41	24%
2014	15	42	36%
2015	12	62	19%
2016	40	56	71%

Tabla 4: Cierre de estudios de investigación en los últimos seis años.

1.5 Publicaciones.

La producción científica como resultado de los proyectos de investigaciones institucionales y de los programas de salud pública y del programa de guías y protocolos se muestran en la tabla 5. De los 24 artículos publicados 15 fueron aceptados en revistas internacionales y 9 en revistas nacionales.

Producción Científica (Publicaciones) año 2016	
Tipo de publicación	Número
Artículos Aprobados	37
Artículos Publicados	24
Libros del grupo vigilancia epidemiológica	4
Manual metodológico para elaborar protocolos clínicos	1
Boletines Electrónicos	16
Ponencias en Eventos Científicos	45
Total productos	127

Tabla 5: Publicaciones y ponencias 2016

La tendencia en los últimos cinco años con relación a las publicaciones en revistas nacionales o internacionales muestra una reducción importante en las revistas nacionales mientras se mantienen relativamente constantes con ligera variaciones las publicaciones internacionales (Tabla 6). La figura 4 muestra el factor de impacto de las publicaciones.

Comparativo Producción Científica INC						
Tipo de publicación	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Artículos en revistas internacionales	15	11	12	8	10	15
Artículos en revistas nacionales	34	18	29	38	33	9
Libros	0	3	0	3	1	4
Capítulos de libros	8	1	0	0	0	0
Boletines Electrónicos	0	0	0	0	0	16
Total Productos	57	33	41	46	44	44

Tabla: 6

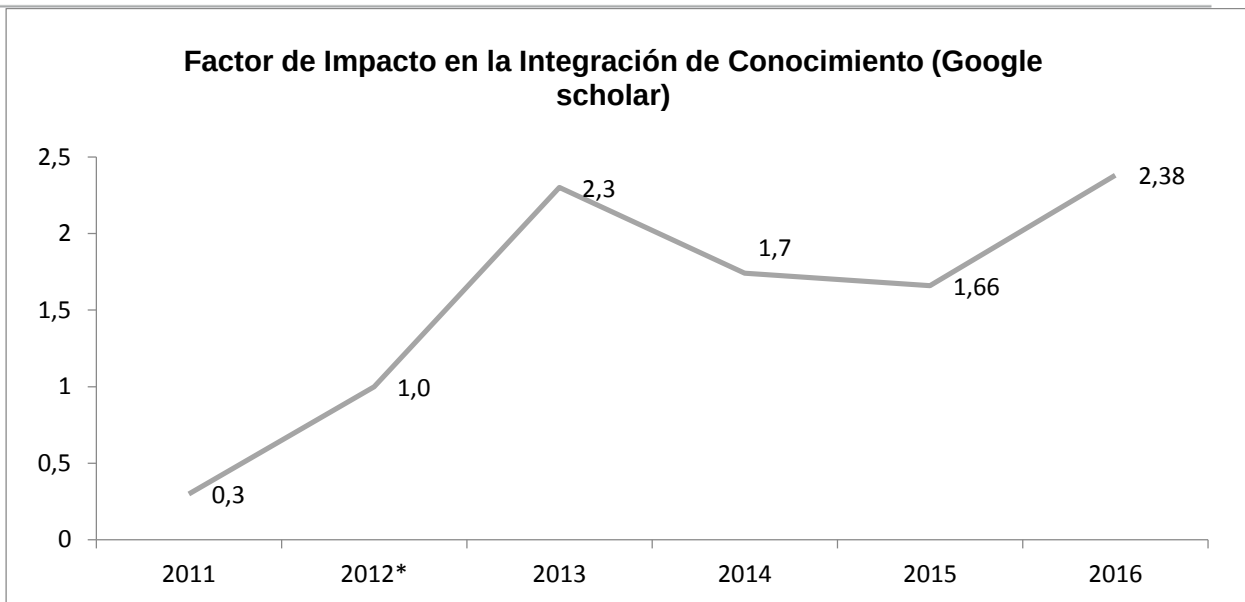


Figura: 4

1.6 Ponencias.

Ponencias en eventos científicos 2014-2016			
	2014	2015	2016
Ponencias en eventos científicos	39	54	45

1.7 Jornada de Investigación.

Se realizó en la ciudad de Cali del 13 al 15 de octubre del 2016 las V jornadas de investigación en cáncer que contó con la participación de seis conferencistas internacionales y dos nacionales relacionados a continuación.

Conferencistas internacionales

Philip Castle, Profesor del Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Albert Einstein College of Medicine - New York USA

Tirtha Kamal Das, Profesor de Biología Regenerativa y Desarrollo, Mount Sinai School of Medicine - New York USA

Isabelle Rommieu, Investigadora del Grupo de Nutrición y Epidemiología International Agency for Research on Cancer IARC - Francia

Angélica Ángeles Llerenas, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública – México

Jovanny Zabaleta, Profesor del Centro de Ciencias de la Salud Stanleys Scott Cancer Center LSU - New Orleans USA

Marion Piñeros, Investigadora, Sección de supervivencia, International Agency for Research on Cancer, IARC – Francia.

Conferencistas nacionales.

Javier Ángel Aristizabal, Jefe de la clínica de seno y tumores de tejidos blandos Instituto Nacional de Cancerología

Antonio Huertas Salgado, Coordinador Banco Nacional de tumores Instituto Nacional de Cancerología

Se inscribieron al evento 239 personas de las cuales recibieron certificación de asistencia 139. Se realizaron presentaciones en poster y 24 ponencias orales con dos ganadores (El trabajo ganador del primer puesto, realizado en Instituto Nacional de Cancerología por el grupo dedicado a la investigación de mecanismos moleculares del cáncer, en cooperación con la Universidad de Louisiana, además fue ganador del premio Nacional de Medicina).

1.8 Informe de la Revista Nacional de Cancerología.

La revista Colombiana de Cancerología es en Iberoamérica la revista de oncología publicada en español con un buen posicionamiento y reconocimiento, debido a la presencia en Sciece Direct, Scielo, Embase y Lilacs.

La revista fue consultada entre enero y octubre del 2016 en el portal de elsevier.es 2085 veces y en el portal de Science Diterect 5456 veces.

Se publicaron en forma cumplida, en portal <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361> los cuatro volúmenes programados para el 2016 (Figura 5). Además se está cumpliendo el cargue de los artículos aceptados en la sección de Anamve online <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-avance>.



Figura 5: Volúmenes publicados en 2016.

La revista publicó 31 manuscritos en las siguientes categorías (Tabla 7):

Referencia Vol (n), mes, año	Medio	Manuscrito	Número
Rev Colomb Cancerol Vol 20 (4) Oct-Dic 2016	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	2
		Revisión de tema	1
		Total manuscritos	7
Rev Colomb Cancerol Vol 20 (3) Jul - Sep 2016	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	1

		Revisión de tema	1
		Imágenes en oncología	1
		Carta al editor	1
		Total manuscritos	8
Rev Colomb Cancerol Vol 20 (2) Abr - Jun 2016	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	2
		Revisión de tema	1
		Carta al editor	2
		Total manuscritos	8
Rev Colomb Cancerol Vol 20 (1) Ene - mar 2016	Electrónico	Editorial	1
		Originales	2
		Artículo especial (Guía)	1
		Reporte de casos	2
		Revisión de tema	1
		Carta al editor	1
		Total manuscritos	8

Tabla: 7 Manuscritos publicados.

2. LOGROS Y RETOS SALUD PÚBLICA

2.1 Logros en Prevención y detección temprana del cáncer.

Se realizó el análisis del capítulo de detección temprana del cáncer de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015 de Profamilia, en sus 4 componentes (cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colorectal).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social se realizó y entregó la actualización de los manuales de control de calidad en mamografía analógica y digital CR, los cuales será parte de una Resolución sobre control de calidad, que será emanada del MSPS.

Se realizó el diseño del curso presencial dirigido a médicos generales en detección temprana en cáncer de piel y se realizaron dos cursos presenciales en la ciudad de Bogotá.

Se elaboró el diseño y los contenidos del curso virtual dirigido a médicos generales en detección temprana de cáncer de colon y recto; y en detección temprana en cáncer de piel.

Se elaboró el contenido del manual en detección temprana de cáncer gástrico.

Se certificaron 550 estudiantes en cursos virtuales y se encuentran en curso 372, pendientes por terminar para ser certificados.

Se desarrollaron nueve cursos presenciales dirigidos a médicos generales, enfermeros y especialistas.
Tabla 7.

No Cursos	Cursos	Participantes
2	Detección temprana en cáncer de mama	Médicos generales, familiares y ginecólogos
2	Control de calidad de la mamografía	Médicos radiólogos
2	Detección temprana de cáncer de piel	Médicos generales.

2	Detección temprana de cáncer de Colon y recto	Médicos generales y familiares.
1	Técnicas de inspección visual Via-Vili:	Enfermeras.

Tabla 7: Cursos de detección temprana 2016.

Se realizó el diseño y estructuración del diplomado en prevención y detección temprana del cáncer que será ofertado a partir de 2017 para médicos.

El centro de educación realizó charlas personalizadas a 1895 pacientes atendidos y a 2037 familiares o cuidadores, además 203 charlas educativas para 4383 asistentes.

2.1 Logros en Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos.

Se cumplió con el convenio interadministrativo con el ministerio de salud y protección social cuyo objetivo era la verificación de condiciones técnico científicas de habilitación de servicios oncológicos. Se realizó el apoyo y verificaron de 184 servicios oncológicos en el país en 48 Instituciones prestadoras de servicios de salud y 19 prestadores independientes.

Se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación “Estudio de suficiencia de servicios oncológicos en el valle del cauca 2017” INC, Univalle, MSPS.

2.2 Logros en Vigilancia Epidemiológica.

Se realizaron 4 convenios con registros poblacionales de Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Manizales; y se coordinó la reunión de los 4 registros en la ciudad de Cali en el marco de las jornadas de investigación.

Asistencia técnicas a registros poblacionales, a la cuanta de alto costo y al sistema de información del cáncer en Colombia (repositorio de datos de los registros poblacionales de cáncer en Colombia).

Se realizó el análisis de mortalidad en la base de datos del DANE 2014 y se publicó en la sesión de cifras en cáncer de la página Web del Instituto Nacional de Cancerología.

Se publicó el anuario estadístico del 2013 y se sometió para publicación el anuario estadístico del 2014.

Se publicaron dos libros: Sistema de vigilancia epidemiológica para cáncer ocupacional (SIVECAO) y sistema de información sobre la exposición ocupacional a agentes cancerígenos para Colombia.

Se publicó en el mes de febrero de 2016 el boletín epidemiológico número 8 sobre VIH/SIDA y se sometió en noviembre de 2016 el número 9 sobre cáncer en pediatría.

Se realizó del atlas de mortalidad 2007 – 2011 el cual se sometió el 16 de diciembre de 2016 al comité editorial de la Revista Colombiana de Cancerología.

Participación en el progreso para el logro del repositorio de datos del registro de cáncer. En el mes de octubre en las jornadas de investigación se presentó el desarrollo logrado en la plataforma del sistema de información del cáncer en Colombia.

2.3 Logros en Apoyo a la legislación.

Fortalecimiento del componente digital como elemento clave para el control del cáncer y sus factores de riesgo.

Articulación con el Min Salud y la sociedad civil (Veeduría, REDCUPS) en los temas relacionados con el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco CMCT.

Incorporación del tema de las bebidas azucaradas en el seguimiento de medios y en la articulación con la sociedad civil.

El logro tangible del grupo de políticas y movilización social fue la publicación de 16 boletines electrónicos.

EJECUCIÓN DE RECURSOS PARA LA FINANCIACIÓN DE PROYECTOS.

Las fuentes de financiación con las que contó el Instituto Nacional de Cancerología para el desarrollo de los dos macroproyectos, mejoramiento de la investigación y programas de salud pública, son principalmente los recursos aportados por la nación, recursos de Colciencias para el apoyo al joven investigador, por recursos administrados mediante contratos con el Ministerio de salud y protección social y los recursos de la investigación extra institucional. La ejecución presupuesta es mostrada en la tabla 8.

Macroproyecto	Recursos			Ejecución presupuestal	
	Nación	Administrados	Total		
P. Salud pública	1.024.000.000,00	413.000.000,00	1.437.000.000,00	1.227.000.000,00	85%
M. de investigación	1.096.000.000,00	16.000.000,00	1.112.000.000,00	978.000.000,00	88%
Total subdirección	2.120.000.000,00	429.000.000,00	2.549.000.000,00	2.205.000.000,00	87%

Tabla: 8

3. RETOS EN LA INVESTIGACIÓN.

Articular investigadores e instituciones regionales en el desarrollo de proyectos de investigación con miras a desarrollar programas de investigación en el mediano y largo plazo.

Promover el desarrollo de las líneas de investigación en etiología, servicios oncológicos y actuar político.

Lograr la consecución de recursos externos para financiación de proyectos (Colciencias, Universidades, Cooperación Internacional).

Capacitación en análisis de datos genómicos y formación en bioinformática.

Mejorar la calidad de la investigación estimulando la realización de investigación observacional analítica, ensayos clínicos y la investigación trasnacional.

III. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

1. PROCESO GESTIÓN ARCHIVO Y DOCUMENTAL

1.1 LOGROS Y AVANCES

1.1.1 RADICACIÓN Y CONTROL DE LA CORRESPONDENCIA

Se registraron 14.519 entradas, 10.724 salidas (Oficios externos), 11.900 oficios internos, 123 circulares y 115 memorandos para un total general de 37.258 comunicaciones oficiales.

Se registraron 660 devoluciones de correspondencia

- **AUDITORIAS ARCHIVOS DE GESTION**

Se realizaron auditorías a los archivos de Gestión, evaluando el manejo de tablas de retención y su aplicación, ordenamiento en archivo de gestión, transferencias documentales y el manejo de oficios y trazabilidad de tareas y cierre de las mismas en siapinc4 utilizando como herramienta una lista de verificación documenta.

De los 20 grupos hubo 15 grupos con calificación buena y cinco grupos aplazados.

Se evidenció que hubo un porcentaje de cumplimiento de un 75% frente a la línea base del año 2015 que fue del 65% por lo tanto tuvo un incremento del 10% en mejora de manejo de archivos de gestión respecto al año anterior.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO ARCHIVISTICO – PMA**

Se estableció plan de mejoramiento de acuerdo con la visita realizada por el Archivo General de la Nación.

- **RESULTADO DE AUDITORIAS**

Del resultado de otras auditorias se evidenciaron 13 hallazgos de Gestión de Archivo y Documental. Como resultado en las Auditorias del Registro de la Historia Clínica se evidenciaron 7 hallazgos.

- **PROYECTO GESTIÓN DOCUMENTAL I FASE**

Actividades Realizadas:

- Formulación del Programa de Gestión Documental (PGD), entrevistas documentales y diseño de estructura de documentos. 100%
- Diagnóstico de Archivo 100%
- Elaboración de las Tablas de Valoración Documental (TVD), con cuadros evolutivos y cuadros de clasificación. 100 %
- Organización de 100 metros lineales de Historias Clínicas 100%
- Organización de 200 metros lineales de Historias Laborales 100%
- Organización de 300 metros lineales de Fondo Acumulado (año 2000 hacia atrás), Se clasificó por dependencia entregaron inventarios naturales. 100%
- Digitalización e indexación de 750.000 folios de Historias Laborales. 100%
- Digitalización 750.000 folios de Historias Clínicas de pacientes fallecidos. 100%

- **CAPACITACIONES**

Se realizaron varias capacitaciones grupales con una participación de 30 funcionarios y tres capacitaciones masivas con una participación de 95 funcionarios.

- **PRÉSTAMOS DOCUMENTALES**

Se realizaron 171 préstamos documentales desde archivo central.

- **ESTRATEGIA CERO PAPEL**

Con la Oficina de Comunicaciones y la oficina de Gestión Ambiental se realizaron campañas institucionales por medio de boletines electrónicos de las buenas prácticas del uso del papel y el mejoramiento de la eficiencia administrativa.

- **SIAPINC4 – MÓDULO DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVISTICA**

En cuanto al módulo de correspondencia hay que mejorar tiempos de respuesta, facilidad en las búsquedas, control de tareas delegadas, lista desplegable para poder asignar la diferente actividad a realizar que se determine para el funcionario, poder enviarle copia a otro funcionario de una tarea delegada para que esté enterado, entre otras. Se encuentra en implementación final el módulo de archivística.

- **CENTROS DE COPIADO**

Se prestó el servicio para un total de 458.512 copias.

- **COMITÉ DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN**

Se dio cumplimiento a las 4 reuniones programadas en el año por el comité de Archivo y Documentación y 1 Comité Extraordinario.

- **ORGANIZACIÓN ARCHIVOS DEPENDENCIAS**

Se realiza la organización de archivos de gestión para transferencia a archivo central de algunas dependencias como son:

- Subdirección de Investigaciones
- Investigación Epidemiológica del Cáncer
- Contratos
- Jurídica
- Salud Pública

1.2 INDICADORES DEL PROCESO

Indicadores del Oportunidad del Proceso: (se encuentran registrados en Siapinc4)

INDICADORES AÑO 2016	numerador / denominador	MAX	MIN.	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LA SOLICITUD DE PRESTAMOS DOCUMENTALES GAD-IND-01	TOTAL DE DIAS PARA TODOS LOS PRESTAMOS	3 DÍAS	1 DÍA	4	15	19	11	8	25	10	16	34	16	3	10	171
	No. TOTAL DE PRESTAMOS			5	7	17	9	5	18	8	18	28	7	7	25	154
	PROMEDIO DIAS			0,80	2,14	1,12	1,22	1,60	1,39	1,25	0,89	1,21	2,29	0,43	0,41	1,11
PROPORCION DE NO CONFORMIDADES EN LA CORRESPONDENCIA GAD-IND-03	DOCUMENTOS DEVUELTOS O NO CONFORMES	10%	0%	33	48	91	41	85	50	32	57	22	148	30	23	660
	TOTAL SALIDAS			664	1063	1350	957	994	1046	975	956	873	1599	1011	923	12411
				5,0	4,5	6,7	4,3	8,6	4,8	3,3	6,0	2,5	9,3	3,0	2,5	5,3
GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA GAD-IND-04	HISTORIAS CLINICAS FISICAS EXTRAVIADAS	0,5%	0%	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	HISTORIAS CLINICAS FISICAS SOLICITADAS			2159	2329	1581	2592	2179	2.036	1822	2717	2104	1966	1796	1032	24313
				0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

• ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Se prestaron un total de 24.313 historias clínicas para los diferentes servicios asistenciales y trabajos médicos.

• DIGITALIZACIÓN DE LABORATORIOS Y OTROS SOPORTES

Esta actividad se sigue desarrollando y todos los documentos autorizados se escanean y se suben a la historia clínica electrónica. Para un total aproximado de 64.539 (se promedia el mes de diciembre).

• SOLICITUDES DE COPIA HISTORIA CLÍNICA

Fueron solicitados por ventanilla 713 copias de historia clínica.

• INGRESOS Y FALLECIMIENTOS (reportados al archivo de Historias Clínicas)

Ingresaron 6.924 historias clínicas nuevas y fallecieron 1.144 pacientes.

1.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA (DIFICULTADES):

- Espacios insuficientes para archivo de historias clínicas.
- Deficiencia en compromiso y cumplimiento de cronograma de transferencias documentales por parte de los dueños de los procesos.
- Actualización de direcciones para una óptima canalización.
- Reevaluar el plan de gestión documental.
- Organización y depuración de Historias Clínicas que reposan en el archivo de historias clínicas en el INC.
- Cumplir con inventarios documentales conforme a la norma en todas las oficinas de gestión del INC.

1.4 RETOS PARA EL 2017

- Puesta en marcha del módulo de archivística de Siapinc4.
- Capacitación a los usuarios para del módulo de archivística de Siapinc4.
- Continuar con la Fase II del Proyecto de Gestión Documental:
- Organización del restante 350 metros lineales restantes de Fondo Acumulado.
- Construcción del PINAR y tabla de caracterización de series y/o subseries documentales para tener un control de todos los documentos que tiene el INC.
- Actualización de Tablas de retención Documental teniendo en cuenta la nueva estructura orgánica.
- Elaboración del Sistema Integrado de Conservación SIC.
- Digitalización de Actos Administrativos y resoluciones.
- Organización de 24 metros lineales de historias laborales faltantes.
- Digitalización e indexación de los 24 metros organizados de las historias laborales intervenidas.
- Cumplir con el nuevo plan de Plan de Mejoramiento Archivístico PMA del Archivo General de la Nación el cual llegó el pasado 9 de septiembre.
- Lograr estabilizar el archivo de historias laborales dentro del proceso de gestión del Talento Humano y bajo parámetros del procedimiento de gestión documental.

2. PROCESO GESTION DE LA TECNOLOGIA.

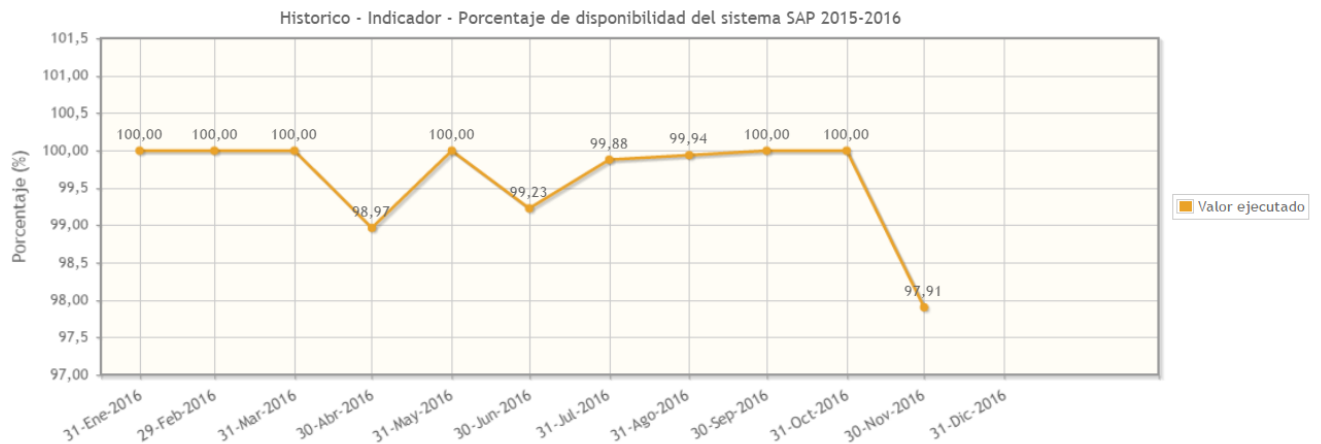
2.1 LINEA SISTEMAS.

2.1.1 LOGROS, AVANCES E INDICADORES.

Ejecución POA 30 de Diciembre de 2016. Al grupo área de sistemas le corresponde el 58% del 100% del POA del proceso gestión de tecnología. Sobre el 58% se tiene avance del 48% que corresponde a un avance del 89% del POA del grupo área.

Ejecutar plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información	2,0%	Cumplir con el plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente	100%
	2,0%		100%
Implementar al 100% la segunda fase del proyecto (Telefonía Unificada)	7,0%	Etapa-2_Cableado_Instalacion Terminar etapa 2 Instalación de cableado. Etapa-2_Equipos Telefónicos Terminar etapa 2 instalación de Teléfonos	50%
	7,0%		50%
Implementar al 100% el Proyecto 3 (Implementación NIIF)	7,0%	NIIF - Implementación	100%
	7,0%		100%
Realizar al Integración SAP - Varian	4,0%	Etapa Precontractual Implementación de Integración SAP - Varian	50%
	2,1%		3%
Implementar el Sistema Biométrico Control Acceso	6,0%	Etapa Precontractual Implementación del Sistema Biométrico Control Acceso	53%
	4,9%		50%
Evaluar el Diagnóstico de software de Patología de acuerdo al plan de optimización del servicio	2,0%	Documento evaluación necesidad del software de Patología de acuerdo al plan de optimización del servicio	32%
	2,0%		82%
Realizar estudio de FASE I Proyecto BI	4,0%	Etapa Precontractual Definir el alcance -Requisitos, especificaciones técnicas y cuantificación para la implementación de BI	100%
	2,7%		50%
Garantizar la disponibilidad del sistema mínimo en 98%	6,0%	Realizar las actividades técnicas procurando mantener la disponibilidad de los sistemas de TI por encima del 98%	17%
	6,0%		67%
Administrar y sostener infraestructura de tecnología Informática actual	6,0%	Etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual Ejecutar labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática actual.	100%
	6,0%		100%
Optimizar tiempos de respuesta Plataforma SIAPINC IV y agregar funcionalidad	4,0%	Tiempos de respuesta Requerimientos de Funcionalidad Adicional	50%
	2,1%		28%
Mantener actualizada la infraestructura de puestos de trabajo	4,0%	Etapa Instalación infraestructura TI usuario Final.	25%
	4,0%		53%
Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos	3,0%	Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos (≤1500 milisegundos)	100%
	3,0%		100%
Resolución y socialización de la política	3,0%	Publicación y socialización de la política de seguridad informática en INC	100%
	3,0%		100%

CUMPLIMIENTO PROGRAMADO DEL TOTAL DE POA	58%
CUMPLIMIENTO REALIZADO POA TIC	52%
CUMPLIMIENTO REALIZADO POA GTE	89%

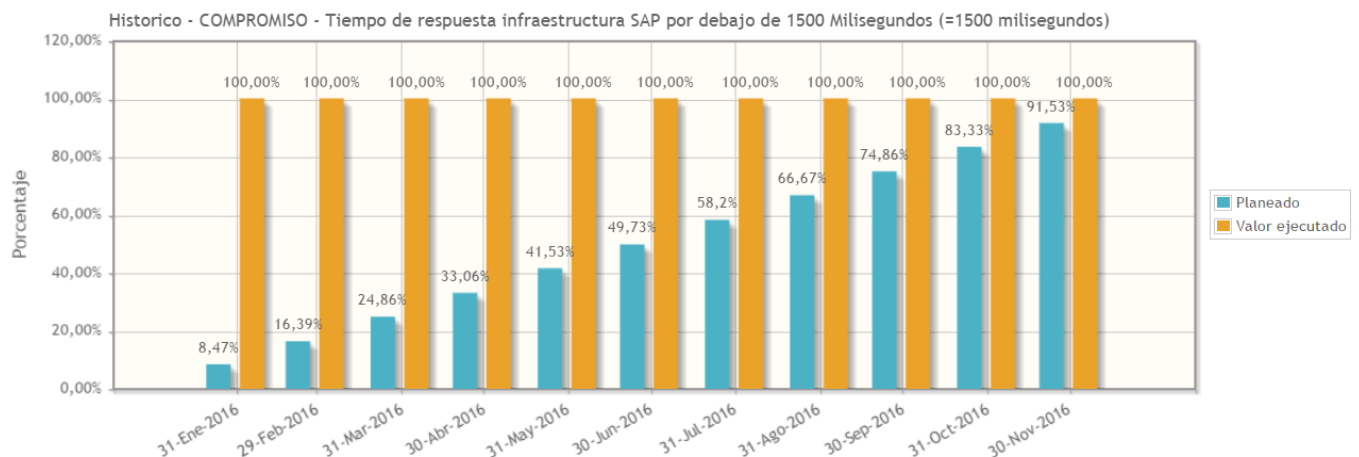
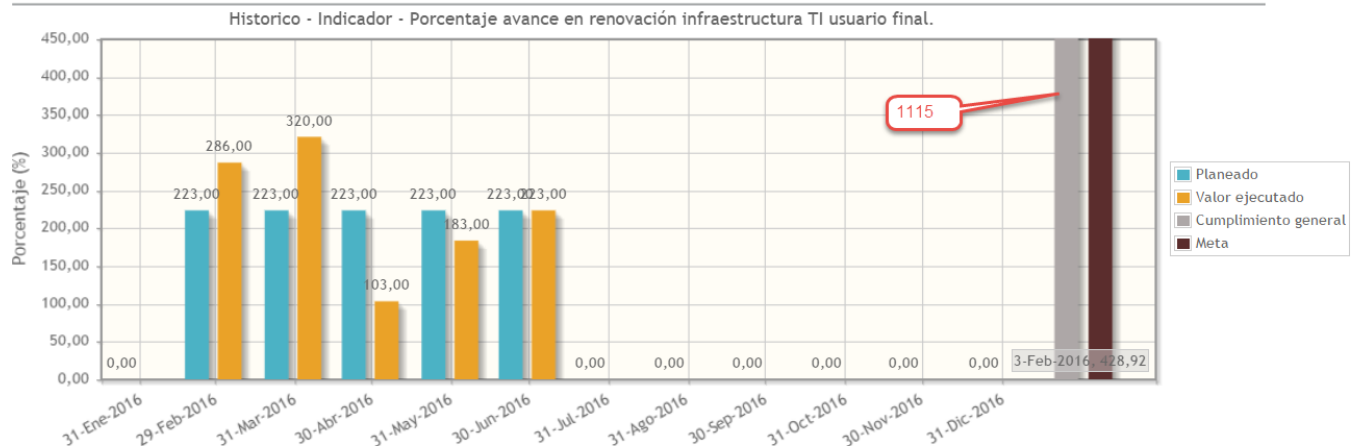


OUTSOURCING

- Cambio de todas las impresoras, computadores portátiles, Access Point y servidores con los servicios de antivirus, correo, dominio, impresoras y seguridad.
- Renovación de computadores de escritorio.
- Renovación de la red inalámbrica para tener movilidad interna en el INC.
- Implementación de un mejor software de gestión de mesa de ayuda.

En resumen el listado los equipos instalados son estos:

Computadores de escritorio	910
Computadores portátiles	98
Servidores	6
Impresoras	203
Escáner	7
Access Point	79
Lectoras de código de barras	8



SOPORTE Y MANTENIMIENTO DE SOFTWARE E INFRAESTRUCURA GARANTIZANDO SU OPERACIÓN NORMAL PARA TODOS LOS SISTEMAS DE INFORMACION.:

Sap, Siapinc IV, Sistemas Ris Pacs de radiología y medicina nuclear, correo electrónico, pagina web, sistema instacount de esterilización, sistema de laboratorio clínico, sistema de biobanco, sistema de patología, servicios de red, servicios de internet, intranet, sistema de control de acceso, sistema de telefonía.

TELEFONÍA

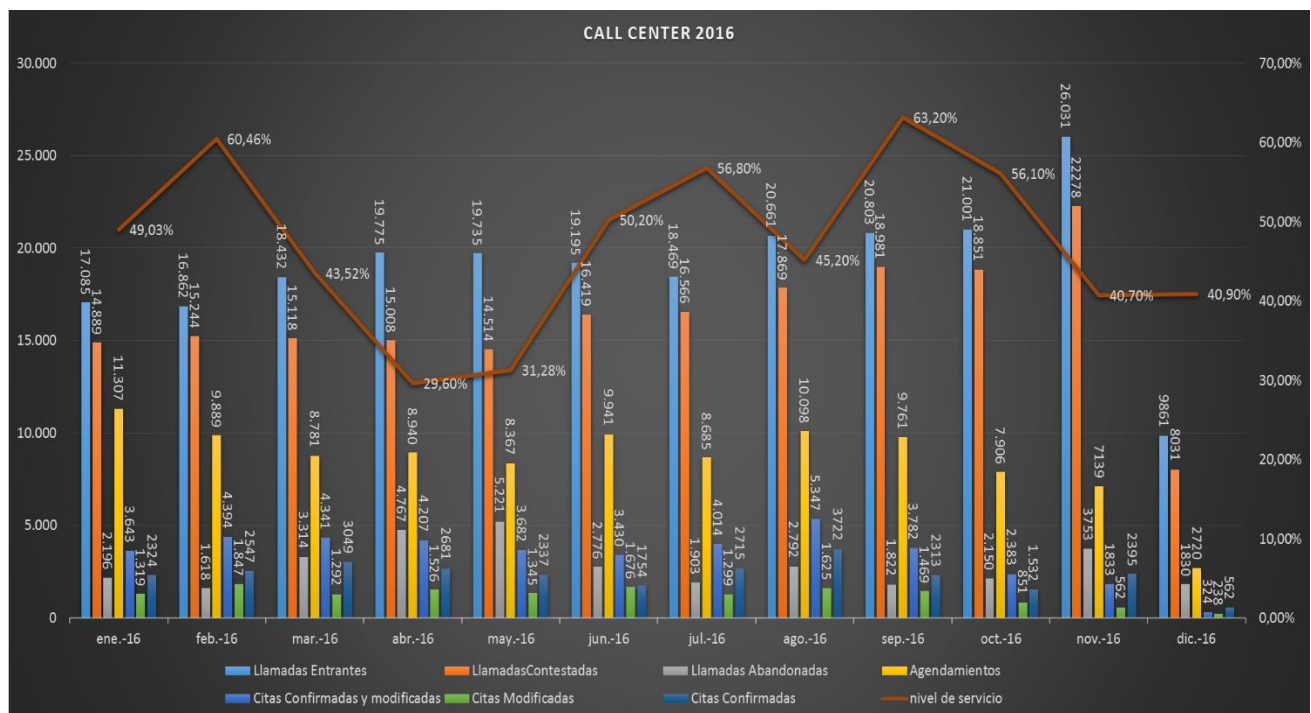
UNE

- En el mes de abril se concluyó la instalación de los puntos de red y para el mes de mayo se terminó con la instalación de teléfonos incluídas las habitaciones que tenían punto de red.
- Se realizaron las configuraciones en los móviles de los subdirectores y el director, para usar su teléfono como extensión.
- Se realizó la instalación de las líneas de contingencia en áreas específicas.
- Ampliación de minutos a celular de 12.000 a 24.000 por el mismo costo.
- Resumen de teléfonos instalados:

ITEM	Tipo de teléfono	TOTAL
1	Habitaciones hospitalarias, UCI y TAMO.	152
2	Ejecutivos	7
3	Secretariales	10
4	Administrativos	776

- El servicio de Call center se está prestando con 12 agentes de la siguiente manera 10 personas en la recepción de llamadas, una para la confirmación de citas y una para modificación de citas.
- Se realizó el mantenimiento preventivo a los teléfono del 28 de noviembre al 12 de diciembre del 2016
- Al finalizar el mes de noviembre se autorizaron 2 agentes más destinados a la confirmación de citas.

INDICADORES DEL CALL CENTER



SIAPINC

Se realizó el registró de soporte en sitio desde el mes de octubre.

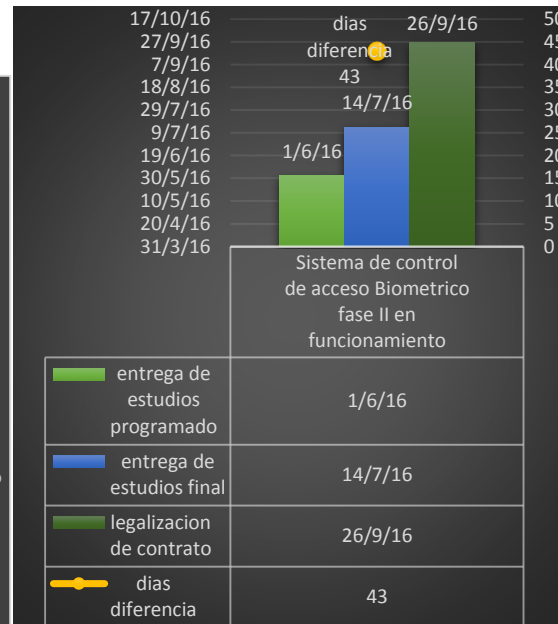
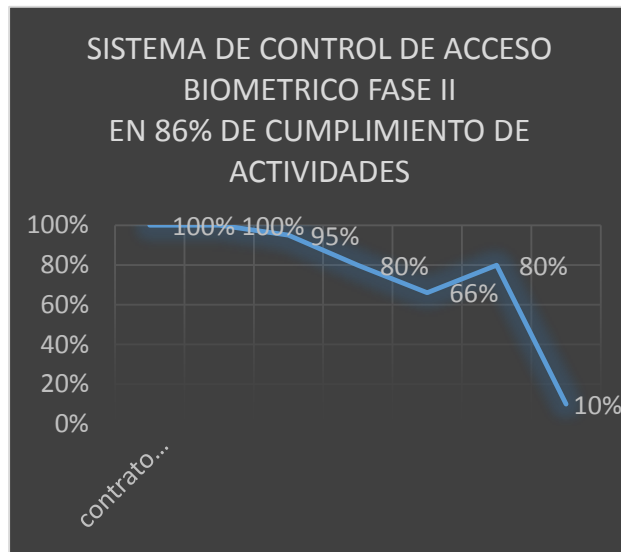
PROYECTOS

NIFF - Proyecto en funcionamiento entregado en productivo en el mes de marzo de 2016, de acuerdo al cronograma.

SISTEMA CONTROL DE ACCESO

Fase I del proyecto entregado **100%** en el mes de marzo de 2016,

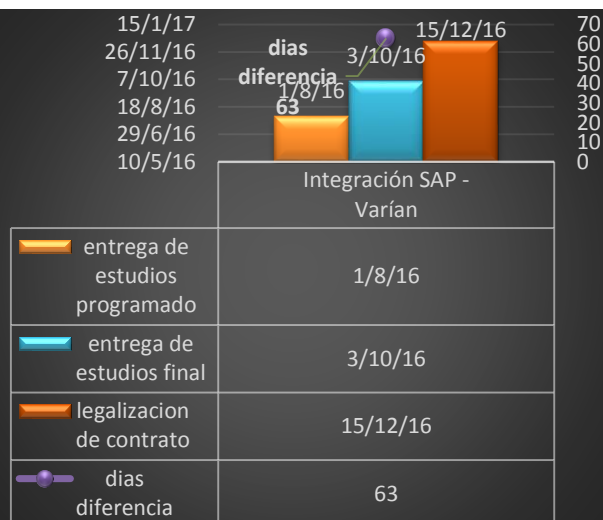
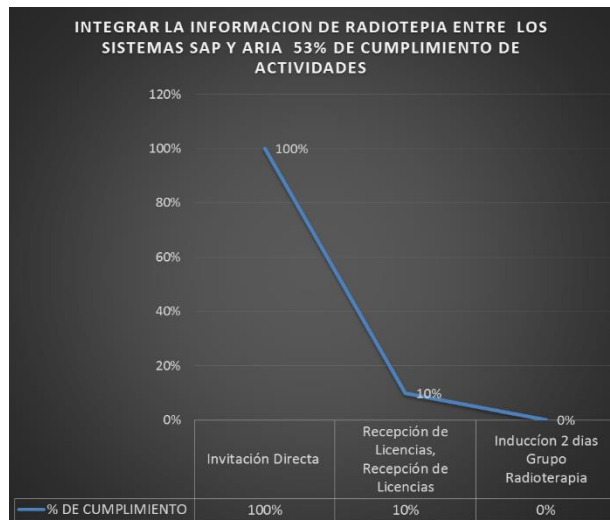
Fase II. Actualmente en etapa de implementación la cual inicialmente planteó para el 15 de diciembre, posteriormente se solicitó una adición hasta el 30 de enero de 2017 con el ánimo de completar pruebas al 100%



INTERFASE SAP – VARIAN.

Por indicación del servicio se debe fortalecer al interior de radioterapia la utilización y el despliegue del sistema ARIA y más adelante una vez se consolide este proceso retomar el tema de la interface SAP-ARIA.

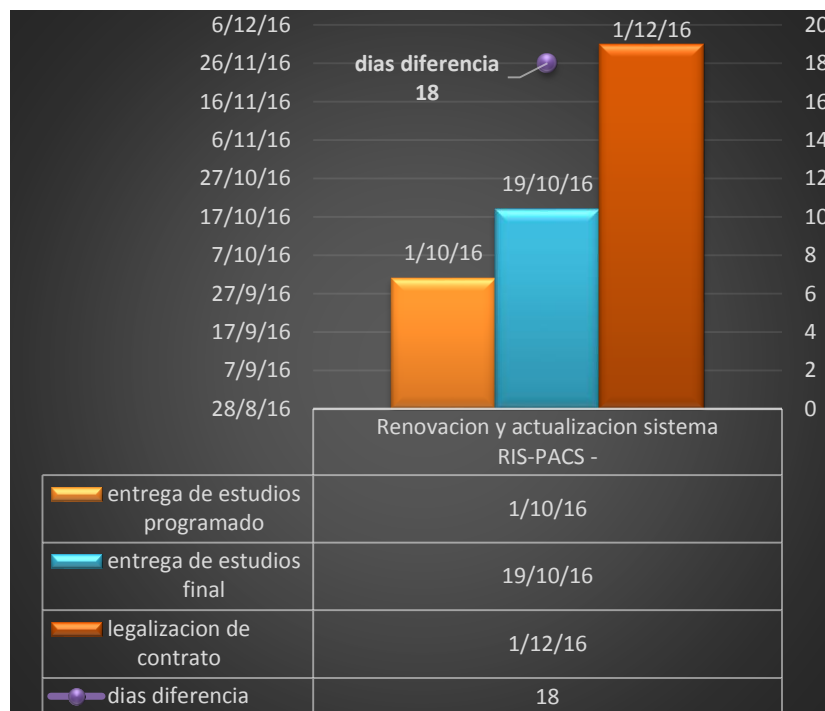
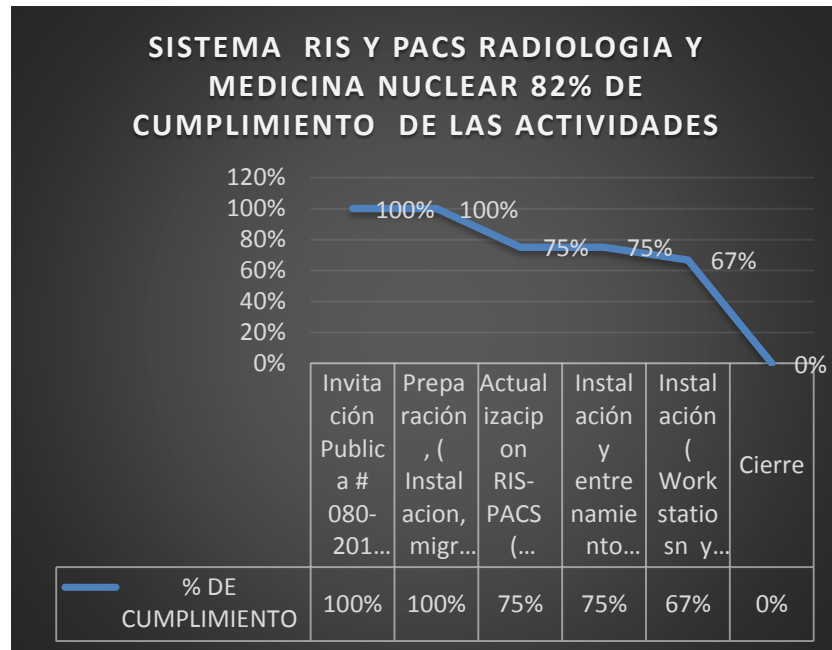
Se gestionó adquisición de licencias ARIA RO SMART SPACE y DISEASE MANAGEMENT.



ACTUALIZACION SISTEMA RIS –PACS DE RADIOLOGIA Y MEDICINA NUCLEAR.

Se solicitó una adición en tiempo hasta el 31 de enero de 2017, para dar por terminado esta actualización.

RENOVACION ESTACIONES SISTEMA RIS-PACS DE RADIOLOGIA Y MEDICINA NUCLEAR.



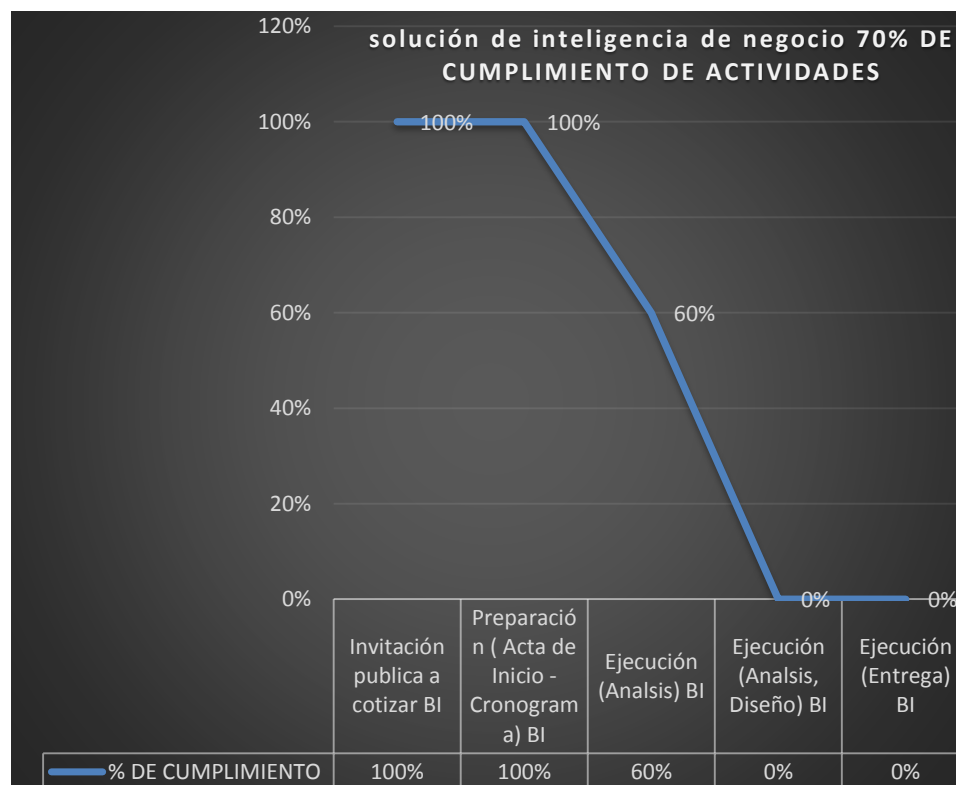
PROYECTO BI

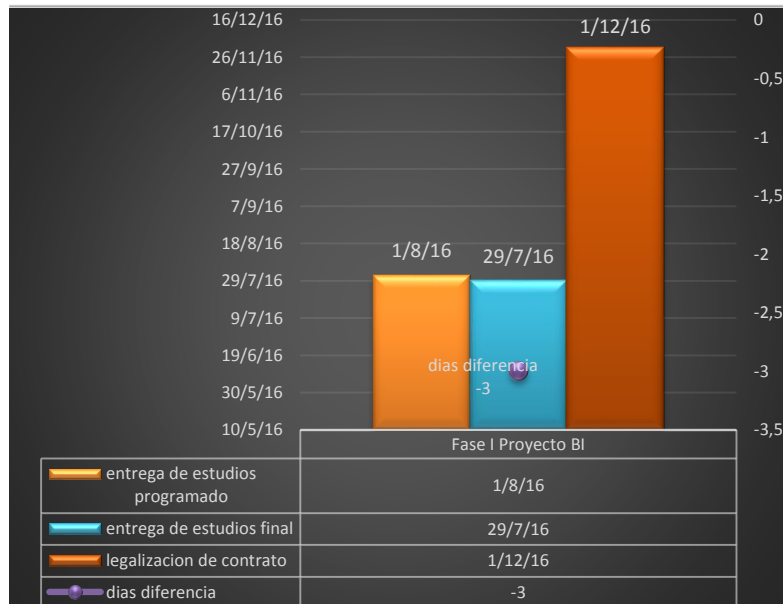
El día 11 de noviembre se recibió la notificación del contrato 618-2016, el cual, tiene como objetivo definir el plan estratégico de BI y los requerimientos para su implementación a partir de la próxima vigencia.

Se realizó la apertura de proyecto ante los directivos de la institución y actualmente estamos en la etapa de entrevistas y recolección de información por parte de la consultoría.

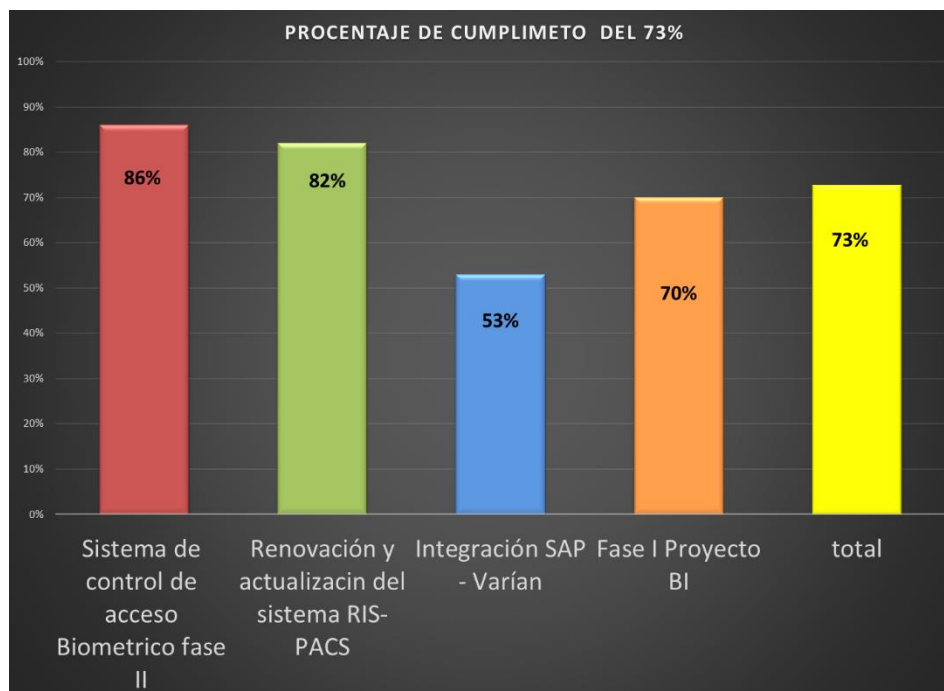
Se tiene previsto tener el documento final en el mes de enero de 2017.

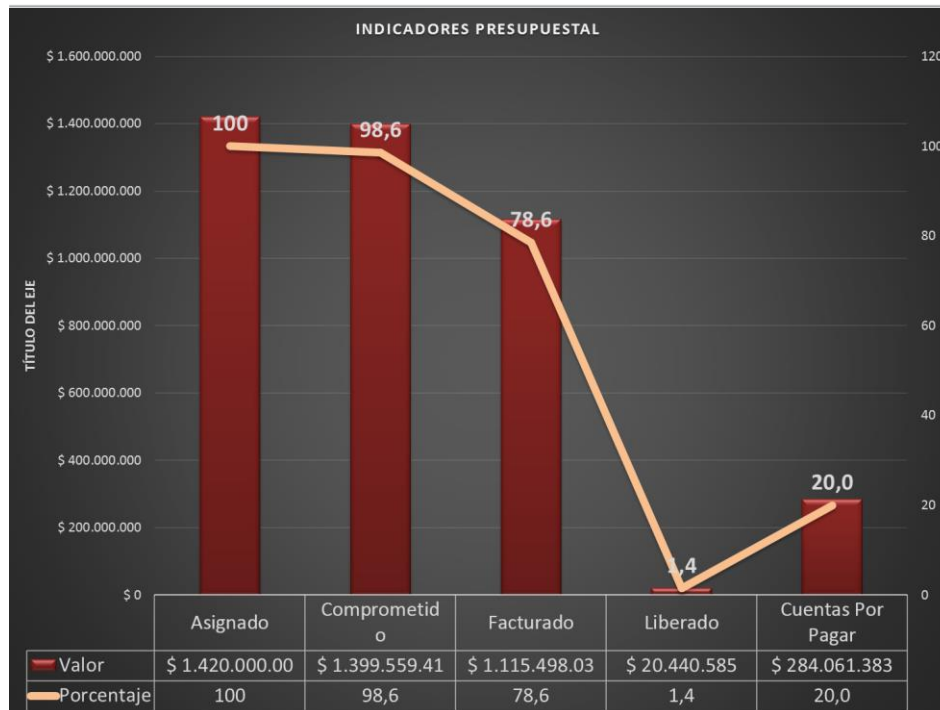
Avance.





Resumen Proyectos





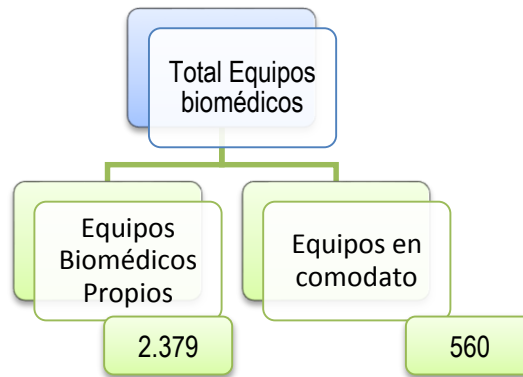
2.1.2 RETOS 2017

- Es necesario mejorar el contenido, cualidades, soporte y los tiempos de respuesta de todos los módulos del sistema SIAPINC IV. Se requieren mejoras a los módulos y así mismo, se requiere un módulo específico para la gestión contractual.
- Mejorar la eficiencia en la ejecución de los recursos.
- Implementar de forma conjunta los módulos de inducción y capacitación virtual.
- Estandarizar los requerimientos del módulo BI.

3. LÍNEA GESTIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

- **Inventario Equipos Biomédicos**

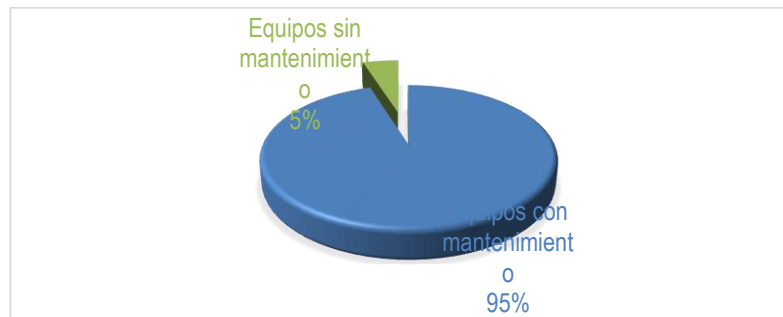
De acuerdo al resultado del estudio de capacidad instalada realizado durante las vigencias 2015-2016, se tiene el siguiente inventario de equipos biomédicos.



Se encuentran en periodo de garantía 412 equipos que se han recibido durante los últimos dos (2) años. Se tramitaron 156 solicitudes de baja de equipos biomédicos, durante la vigencia 2016.

- **Mantenimiento Equipos Biomédicos**

Del total de los equipos fuera de garantía 1987, se encuentran actualmente con contratación de mantenimiento preventivo 1890, para una distribución porcentual:



- **Adquisición de tecnología Biomédica**

Durante el año 2016, se realizó la adquisición de 51 referencias de equipos biomédicos y de refrigeración.

3.1 LOGROS

- La modificación del sistema – Implementación transacción IW21 para el reporte de mantenimientos correctivos y la inclusión de los protocolos de mantenimiento en SAP
- Actualización del 63% de las Hojas de vida en SAP, anteriormente se contaba con Hoja de Vida electrónica del 15% de los equipos
- Contratación unificada de mantenimiento equipos hospitalarios
- Contratación de mantenimientos con bolsa de repuestos

3.2 RETOS

- Lograr la unificación de base de datos de equipos biomédicos (capacidad instalada-almacén y biomédica)
- Mejorar los tiempos de respuesta y resolución en mantenimientos correctivos.
- Fortalecer el programa institucional de tecnovigilancia.

3.2 PROCEDIMIENTO GESTIÓN ALMACÉN Y ACTIVOS FIJOS

INVENTARIOS DE ACTIVOS FIJOS

- De los 91 inventarios enviados, se encuentra sin certificar 1 – Gaica con un indicador de cumplimiento del 99%.
- Así mismo en verificación uno – Física Médica quien no ha realizado las actualizaciones del cambio de coordinador

3.2.1 PLANES DE MEJORA

- Se realizó el cierre de los planes de mejora a cargo del grupo almacén.
- No hay planes de mejora abiertos sin vencer.

3.2.2 ACTIVIDADES

- Se realizaron 989 posiciones de solpe de materiales durante el 2016.
- Se realizaron los estudios previos del plan anual de adquisiciones 2016.
- Ingresos a almacenes por \$14.370,379.740,06 – incluye equipos a diciembre 22/16
- Egreso a almacenes (gastos no ligados a facturación de pacientes) \$ 2.520.015.420,73. a diciembre 22 de 2016
- Cuatro comités internos de inventarios.
- Depuración de los almacenes por nueva normatividad de reactivovigilancia
- Se ha actualizado en forma permanente la base de datos de la aseguradora en cuanto a activos que ingresan y se dan de baja

3.2.3 LOGROS

- Actualización del módulo de activos fijos a normas NIIF
- Disminución del índice de razonabilidad de los inventarios
- Control de los almacenes
- Depuración del plan de necesidades con los consumos reales verificados con la facturación por pruebas
- Control del consumo en papelería y elementos de aseo (disminución de un 22%)
- Actualización de los procedimientos de gestión de almacenes (gestión del gasto), inventario de activos fijos y novedades de activos fijos (gestión contable)

3.2.4 RETO

- Centralización de los almacenes – Ubicar en un solo espacio todos los insumos de los laboratorios.

4. PROCEDIMIENTO GESTIÓN CONTRACTUAL

4.1. LOGROS OBTENIDOS EN LA VIGENCIA

- ETAPA PRECONTRACTUAL:** En la etapa precontractual se elaboraron 3.979 documentos, así:

No.	TIPO DE DOCUMENTO	CANTIDAD
1	CONVOCATORIAS PÚBLICAS	91
2	INVITACIONES A COTIZAR	275
3	CONTRATACIONES DIRECTAS	193
4	CUADROS ADJUDICACIONES ELABORADOS	1850
5	RESPUESTA A PROVEEDORES	538
6	ACTAS COMITÉ APOYO A LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL	103
7	ADENDAS ELABORADAS	623
8	ACTAS DE DECLARATORIA DE DESIERTAS	242
9	ACTAS DE AUDIENCIA CONVOCATORIA PÚBLICA	54
10	ACTA DE SUBASTA INVERSA	10
TOTAL		3.979

- ETAPA CONTRACTUAL:** En la etapa contractual con corte al 31 de diciembre de 2016, se elaboraron 1.368 documentos, así:

CLASE DE DOCUMENTO CONTRACTUAL	MODALIDAD	CANTIDAD	VALOR TOTAL	LEGALIZADAS	PROCESO DE LEGALIZACIÓN
CONTRATOS	ACEPTACIÓN DE OFERTA	234	3.065.796.590,00	228	6
	ALIANZA ESTRATÉGICA	3	1.869.493.334,00	3	0
	APROBACIÓN DE COTIZACIÓN	281	1.092.755.659,00	268	13
	ARRENDAMIENTO	3	41.990.000,00	2	1
	COMODATO	23	5.374.378.322,00	21	2
	DEPÓSITO	1	-	1	0
	COMPRAVENTA	25	4.773.880.905,00	23	2

CLASE DE DOCUMENTO CONTRACTUAL	MODALIDAD	CANTIDAD	VALOR TOTAL	LEGALIZADAS	PROCESO DE LEGALIZACIÓN
	CONVENIOS	10	1.210.484.779,00	8	2
	INTERADMINISTRATIVO COMPRAVENTA				0
	NO EJECUTADO				0
	NO PERFECCIONADO				0
	OBRA	8	1.682.266.737,00	2	6
	PERMUTA	3	159.380.046,00	3	0
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	101	45.715.596.740,00	88	13
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO	15	4.438.916.042,00	15	0
	SEGUROS	1	697.958.310,00	1	0
	SUMINISTRO	69	13.042.844.671,00	68	1
	SUMINISTRO E INSTALACION	1	64.130.600,00	1	0
	SUBTOTAL	778	83.229.872.735,00	732	46
CONTRATOS ADICIONALES	EN VALOR 2015	135	100.714.034.337,00	126	9
	EN VALOR 2016	100	9.846.390.618,00	95	5
	SUBTOTAL	235	110.560.424.955,00		
OTROS DOCUMENTOS CONTRACTUALES	ADICIONES EN PLAZO, ACLARATORIOS, MODIFICATORIOS, ENTREGAS EXTEMPORANEAS, SUSPENSIONES, REINICIO, ACTAS DE TERMINACIÓN, ETC.	355	NR	347	8

CLASE DE DOCUMENTO CONTRACTUAL	MODALIDAD	CANTIDAD	VALOR TOTAL	LEGALIZADAS	PROCESO DE LEGALIZACIÓN
TOTAL		1.368	193.790.297.690,00	1.300	68

De acuerdo con lo anterior se precisa que: se legalizó el 95.02% de los documentos contractuales elaborados en la vigencia 2016, los cuales corresponden a 1.300 de los documentos contractuales 2016, el restante 4.95% corresponden a documentos contractuales que se encuentran en proceso de legalización, teniendo en cuenta el cierre de la vigencia y la demora en la entrega de los documentos de orden legal por parte de los contratistas.

- **ETAPA POST-CONTRACTUAL:** En el año 2016 se liquidó y certificó (Ingresos Vs Pagos) el 100% de los contratos correspondientes a la vigencia 2015:

- **LOGROS**

- Actualización del procedimiento en el SIAPINC y socialización del mismo.
- Simplificación del trámite de elaboración de estudios previos.
- Implementación del certificado de pago unido al informe de supervisión.
- Información periódica del proceso contractual a las diferentes áreas del Instituto.
- Aprobación del talento humano necesario para suplir las necesidades de las etapas contractuales.
- Revisión de las minutas en la etapa pre contractual, contractual y pos contractual.
- Continuidad de los contratos (adjudicación de los mismos hasta 2 o 3 vigencias futuras).
- Unificación de los mantenimientos correctivos y preventivos.
- Contrato de consultoría para la revisión del Estatuto, Manual y Procedimiento contractual, con propuesta de mejora en implementación.

4.1.1 INDICADORES

➤ ETAPA PRE-CONTRACTUAL

1.) GDG-IND-05	
ITEMS ADJUDICADOS EN COMITÉ DEL PAA	974*
ITEMS DEL *PAA	1.067
PORCENTAJE	91.28%
2.) GDG-IND-06	
ITEMS PRESENTADOS A COMITÉ PAA	1.237
ITEMS DEL *PAA	1.067
PORCENTAJE	115.93%

* Datos tomados de la base de datos "ejecución del Plan Anual de Adquisiciones (Excel)"

* PAA – Plan Anual de Adquisiciones

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

➤ ETAPA CONTRACTUAL

ÍTEM	INDICADOR	31 DE DICIEMBRE DE 2016		
		META AÑO	RESULTADO 31 DE DICIEMBRE DE 2016	% DE CUMPLIMIENTO ACUMULADO
1	Elaborar, Legalizar y notificar el 100% de los contratos	Legalizar el 100% de los contratos correspondientes a los elementos adjudicados en el comité de apoyo a la actividad contractual.		94.08%

➤ ETAPA POST-CONTRACTUAL

ÍTEM	INDICADOR	ACUMULADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016		
		META AÑO	RESULTADO ACUMULADO VIGENCIA 2016	% DE CUMPLIMIENTO ACUMULADO
3	Número de contratos liquidados y certificados (Ingresos vs pagos) * 100 / Número de contratos celebrados durante la vigencia anterior que requieren liquidación y certificación (ingresos vs pagos)	Revisar y tramitar el 100% de las liquidaciones y certificados (Ingresos vs pagos) de la vigencia 2015	CONTRATOS LIQUIDADOS VIGENCIA 2015: Se liquidó el 100% de los contratos durante la vigencia 2016, correspondientes a 782 contratos de la vigencia 2015.	100%

4.1.2 DIFICULTADES IDENTIFICADAS

HALLAZGO	PROBLEMA	ESTRATEGIA
Durante los últimos años, se ha evidenciado por parte de las áreas técnicas solicitudes inadecuadas y otras no planeadas, que han conllevado a elaborar un Plan Anual de Adquisiciones con falencias que	- Inadecuada planeación de las necesidades. - Cambio en los Planes de Necesidades. - Demora en los traslados y adiciones presupuestales.	- Mejorar y revisar el procedimiento de la planeación de las necesidades. - Ajustar el plan anual de adquisiciones a las necesidades institucionales,

HALLAZGO	PROBLEMA	ESTRATEGIA
han perjudicado el proceso de gestión contractual.		de acuerdo con lo establecido en el Plan de Necesidades.
Las áreas técnicas no cumplen el cronograma del PAA y realicen la entrega de los estudios previos o justificación técnica con tardanzas demasiado prolongadas	- Falta de cumplimiento al cronograma establecido del PAA. - Demora en el trámite interno de firma de las invitaciones.	- Capacitación estudios previos. - Estandarización proformas estudios previos. - Entrega estudios previos en vigencia anterior sujeto a incentivos
Se evidencia falta de agilización y tramitología innecesaria, en cuanto a los procesos internos que involucran la revisión y Vo.Bo. De los documentos pre-contractuales, contractuales y pos-contractuales; así mismo, la oportunidad de entrega de los soportes y documentos contractuales por parte de los contratistas, genera gran impacto en la legalización y notificación de los mismos.	- Demora en el trámite interno de la revisión contractual. - Demora en la devolución de los documentos contractuales por parte del contratista. - Inadecuada gestión por parte del contratista en la entrega de documentos soportes para la legalización del contrato (pólizas, pago de aportes).	- Estandarizar minutas y cumplir esos parámetros. - Revisión integrada interna. - Mitigar el impacto efectuado por la demora de la entrega de los documentos contractuales y sus soportes, haciendo uso de la garantía de seriedad de la oferta en los casos que aplique y en los que no, reflejarlo en las calificaciones del proveedor por parte de los supervisores.
Los supervisores de los contratos no cumplen a cabalidad con las obligaciones estipuladas tanto en el estatuto de contratación como en el manual de contratación.	- Falta de informes de supervisión o interventoría. - Inadecuada información y reporte por parte de los interventores y supervisores de los incumplimientos de los contratos.	Unificación certificados de pago con informe de supervisión.
Impacto en la adjudicación debido a la fluctuación generada por el dólar.	- Incremento en los precios de referencia de acuerdo al IPC. - No adjudicación de los procesos. - Incremento en las declaratorias desiertas por precio. - Adjudicaciones realizadas por encima de lo establecido (IPC), las cuales están sustentadas por la necesidad y prioridad de los pacientes.	- Realizar estudios económicos, donde se estudie la posibilidad de realizar compras a mayores tiempos, con el ánimo de adelantarse a futuras fluctuaciones que impacten al presupuesto otorgado. - Realizar la mayoría de compras locales en lugar de realizar importaciones.

HALLAZGO	PROBLEMA	ESTRATEGIA

4.1.3 RETOS

- Lograr crear una cultura institucional de la importancia de la adecuada planeación de las necesidades institucionales y de la relevancia del proceso de gestión contractual y la incidencia como proceso transversal.
- Mejorar la eficiencia, la unidad de criterios y la comunicación al nivel interno.
- Lograr concientizar a las áreas técnicas del Instituto en la importancia del cumplimiento del cronograma del Plan Anual de Adquisiciones.
- Lograr la ejecución oportuna y eficiente del plan anual de adquisiciones, desde la etapa de planeación, selección, contratación y liquidación.
- Verificar el cumplimiento de las actividades que deben realizar los supervisores dentro de las funciones establecidas en el estatuto de contratación, el manual de contratación y demás normas concordantes.
- Implementar un control para alertar los vencimientos de los contratos, con el objetivo que prever que no se quede algún servicio o bien sin cobertura.
- Implementar las mejoras planteadas por la Consultoría.
- Plantar la delegación de funciones para optimizar los plazos del proceso de gestión contractual.

5. PROCEDIMIENTO GESTION FINANCIERA

5.1 PRESUPUESTO INGRESOS Y GASTOS

El presupuesto Inicial fue aprobado por \$221.342,2 millones, se efectuaron modificaciones por \$25.033 millones, quedando el presupuesto definitivo en \$246.375,2 millones.

5.1.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS 2016

El presupuesto definitivo de ingresos se aforó en \$246.375,2 millones y el recaudo ascendió a \$261.230,9 millones, equivalente a un nivel de recaudo del 106%, suma superior en \$14.855,7 millones frente a lo aforado, principalmente por efecto del mayor recaudo por la venta de servicios de salud con un 109,3% y los recursos de capital con un recaudo del 155,7%.

El siguiente cuadro muestra el nivel de participación de los diferentes conceptos de ingreso y los niveles de recaudo de los mismos.

EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS 2016					
(Millones de \$)					
	CONCEPTO	AFORO	PESO	RECAUDO	
				VALOR	%
	TOTAL INGRESOS	246.375,2	100%	261.230,9	106,0%
1	RECURSOS PROPIOS	200.264,9	81,3%	217.284,7	108,5%
1.1	DISPONIBILIDAD INICIAL	40.454,9	16,4%	40.454,9	100,0%
1.2	VENTA DE BIENES	238,0	0,1%	457,2	192,1%
1.3	VENTA SERVICIOS SALUD	153.415,0	62,3%	167.689,1	109,3%
1.4	OTROS ING EXPLOTACION	1.180,0	0,5%	1.536,0	130,2%
1.5	OTROS INGRESOS	800,0	0,3%	645,7	80,7%
1.6	RECURSOS DE CAPITAL	4.177,0	1,7%	6.501,8	155,7%
2	APORTE NACION	46.110,3	18,7%	43.946,2	95,3%

El Recaudo de los recursos propios ascendió a \$217.230,9 millones, que equivalen a un 108,5 % de lo aforado.

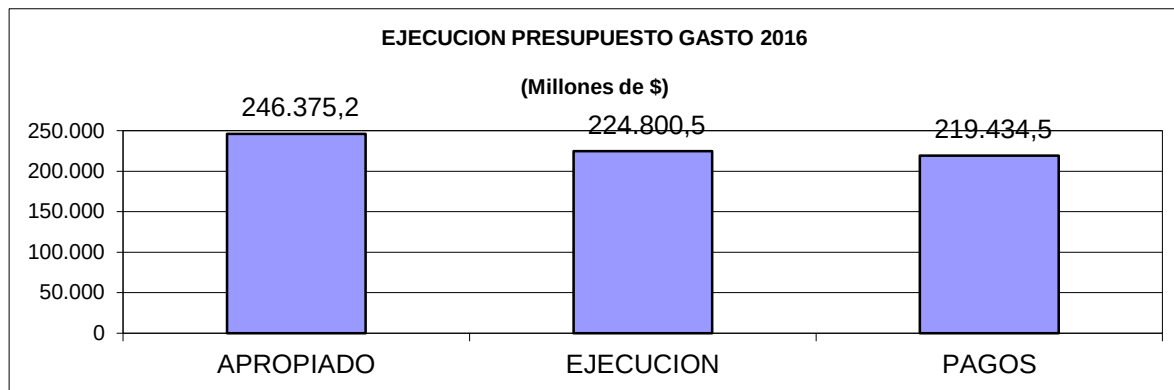
Por Venta de Servicios Salud se recaudaron \$167.689,1 millones frente a un aforo de \$153.415 millones, lo que representa una tasa de recaudo del 109,3%.

En cuanto a los aportes de la Nación, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$43.946,2 millones que representan el 95,3 de lo presupuestado.

5.1.2 EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE GASTOS

Del total apropiado para gastos que fue de \$246.375,2 millones se realizaron compromisos por valor de \$224.800,5 millones, que equivale a una ejecución del 91% y se realizaron pagos por valor \$219.434,5 millones, suma que representa un 98% de nivel de pagos de las obligaciones.

En el siguiente gráfico se muestra la ejecución total del presupuesto de gastos 2016.



Del total del presupuesto que fue de \$246.375,2 millones se destinaron a Gastos de Funcionamiento \$95.144 millones, que equivalen al 39% del presupuesto, a Gastos de Operación Comercial \$131.468 millones, que representan el 53% del presupuesto, a Inversión el 8% que equivalen a \$19.763.

El siguiente cuadro muestra la ejecución del presupuesto de gastos, discriminado por sus principales componentes.

EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
FUNCIONAMIENTO	95.144	82.597	87%	80.793	98%
OPERACIÓN COMERCIAL	131.468	127.795	97%	126.695	99%
INVERSION	19.763	14.409	73%	11.946	83%
TOTAL PRESUPUESTO	246.375	224.801	91%	219.434	98%

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$95.143 millones, se realizaron compromisos por valor de \$82.597 millones, es decir, que se ejecutó el 87% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$80.793 millones, equivalentes a un 98% de las obligaciones.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de los gastos de funcionamiento.

EJECUCION GASTOS DE FUNCIONAMIENTO					
(Millones de \$)					
RECURSO	APROPIADO	EJECUTADO		PAGOS	
		VALOR	%	VALOR	%
TOTAL	95.143	82.597	87%	80.793	98%
G. PERSONAL	64.350	56.606	88%	56.561	100%
G.GENERALES	30.622	25.946	85%	24.186	93%
TRANSFERENCIAS	171	46	27%	46	100%

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$131.468 millones, se realizaron compromisos por \$127.795 millones, es decir, que se ejecutó el 97% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$126.695 millones, equivalentes a un 99% de las obligaciones.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de la operación comercial.

EJECUCION GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL 2016 (Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
COMPRA BIENES	88.654	87.540	99%	87.190	100%
COMPRA SERVICIOS	42.814	40.254	94%	39.505	98%
TOTAL PRESUPUESTO	131.468	127.795	97%	126.695	99%

En cuanto a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$19.763 millones y se ejecutó el 73%, que representan \$14.409 millones, así mismo, se realizaron pagos por valor de \$11.946 millones, que equivalen a un 83% de los compromisos efectuados.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de la Inversión por cada macroproyecto.

EJECUCION PRESUPUESTO DE INVERSION 2016 (Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
CONSTRUCCION, AMPLIACION, DOTACION Y REMODELACION	8.777	4.281	49%	2.996	70%
FORTALECIMIENTO TECNOLOGIA BIOMÉDICA EN EL INC 2015-2021, BOGOTÁ	6.000	5.796	97%	5.355	92%
INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA PARA GENERAR CONOCIMIENTO CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL CONTROL INTEGRAL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	1.167	1.003	86%	887	88%
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE UN PROGRAMA EN SALUD PUBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	1.526	1.299		1.269	98%
MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN TECNOLÓGICA DE LAS ÁREAS DE DIRECCIÓN, SOPORTE Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DEL INC	2.293	2.031	89%	1.439	71%
TOTAL PRESUPUESTO	19.763	14.409	73%	11.946	83%

5.2 CUENTAS POR PAGAR

Al cierre de la vigencia fiscal 2016 se constituyeron cuentas por pagar por \$5.366 millones, las cuales se incorporan al presupuesto del 2017, mediante una adición presupuestal, a fin de ser canceladas.

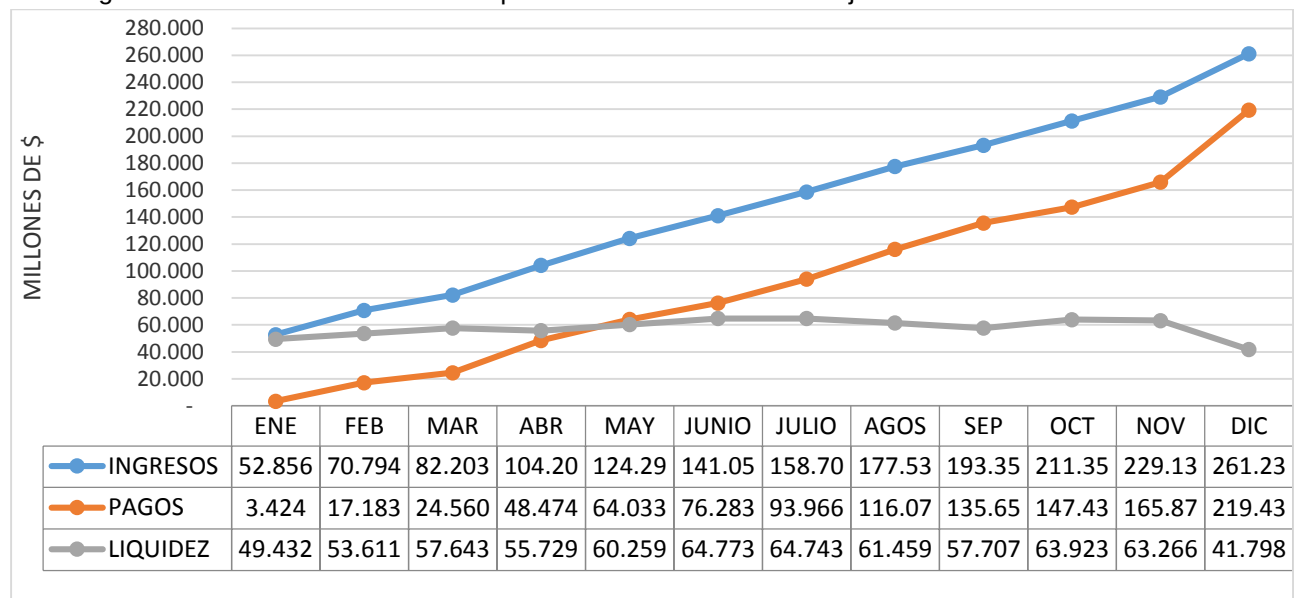
5.3 RESULTADO PRESUPUESTAL

Al cierre del ejercicio fiscal del 2016, el Instituto generó un resultado presupuestal de \$41.796,7 millones, lo cual se constituye en la Disponibilidad Inicial para el 2017.

5.4 LIQUIDEZ DE LA TESORERÍA

La tesorería del Instituto durante toda la vigencia 2016, mostro excedentes de liquidez significativos para el fortalecimiento financiero institucional. Al cierre de la vigencia 2016, se registró una liquidez de \$44.128 millones.

En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento mensual de la caja del Instituto.



5.5 PROCESO DE GESTION CONTABLE

En el mes de febrero de 2016 se remitieron los estados financieros comparativos 2015-2014 a la Contaduría General de la Nación, estos fueron dictaminados por la Revisoría Fiscal sin salvedades y fueron aprobados por la Junta Directiva del Instituto en el mes de marzo de 2016, de ellos se destacan en los siguientes acápites el Balance General, Estado de Resultado y Cambio en la situación patrimonial

Balance General.

El siguiente cuadro presenta en forma comparativa las principales cuentas del Balance General del Instituto Nacional de Cancerología E. S. E.

BALANCE GENERAL COMPARATIVO						
CONCEPTO	2015		2014		VARIACION	
	Millones \$	Peso %	Millones \$	Peso %	Millones \$	%
TOTAL ACTIVO	261.052	100	245.371	100	15.681,7	6,4%
TOTAL PASIVO	13.882	5%	14.261	6%	-378,90	-2,7%
PATRIMONIO	247.171	95%	231.110	94%	16.060,6	6,9%
TOTAL PASIVO+PATRIMONIO	261.052	100%	245.371	100%	15.681,7	6,4%

Al comparar las cifras del balance al cierre de 2015 frente al 2014, tenemos que, los activos crecieron \$15.681 millones, equivalente al 6.4%, explicado básicamente por el efecto de las cuentas de efectivo, inversiones, deudores a largo plazo y de propiedad planta, conjugado con la disminución de los deudores corto plazo; los pasivos decrecieron en \$379 millones, equivalentes al - 2,7%, explicado básicamente por efecto del incremento de los otros pasivos, conjugada con la disminución de los pasivos estimados, y el patrimonio se incrementó en \$16.061 millones, equivalentes al 6.9%, básicamente por el efecto de las cuentas de patrimonio institucional y el resultado del ejercicio.

Estado de Actividad Financiera Económica, Social y Ambiental.

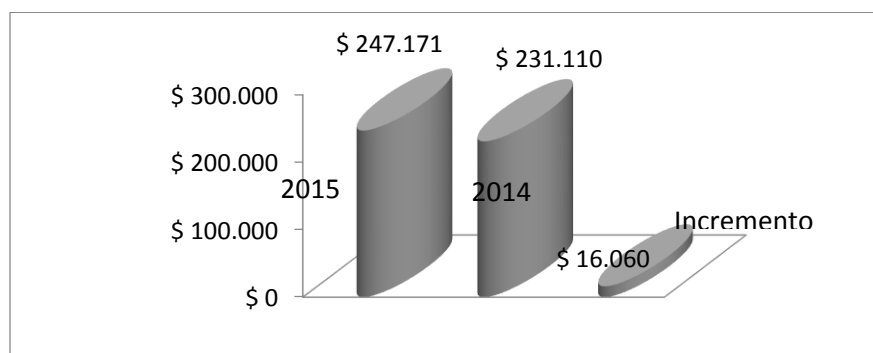
Al cierre de la vigencia 2015, el Instituto arroja una Utilidad Neta del Ejercicio de \$16.057,3 millones, cifra mayor en \$3.910,8 millones frente a la obtenida en el 2014 que fue de \$12.145,5 y que corresponde a una variación positiva del 32,2%.

El anterior resultado, demuestra la solidez, estabilidad y viabilidad financiera del Instituto y por ende el continuo fortalecimiento patrimonial.

Estado de Cambios en el Patrimonio.

A 31 de diciembre de 2015 el Patrimonio del Instituto presenta un saldo de \$247.170,5 millones, revelando un incremento de \$16.060,4 millones, es decir, una variación positiva del 6.9% en comparación con el valor registrado el año anterior.

En el siguiente gráfico se puede visualizar el incremento del patrimonio del Instituto en el 2015 frente al año 2014.



Implementación NIIF.

Durante el año 2016 se llevó a cabo el proceso de implementación de las NIIF. Para el efecto la contabilidad se registra bajo los parámetros de Colgaap y NIC-SP

En febrero de 2017 se llevara a cabo el proceso de generación de los estados financieros bajo el nuevo marco normativo de las NIIF y se presentaran a la Junta Directiva para su respectiva aprobación.

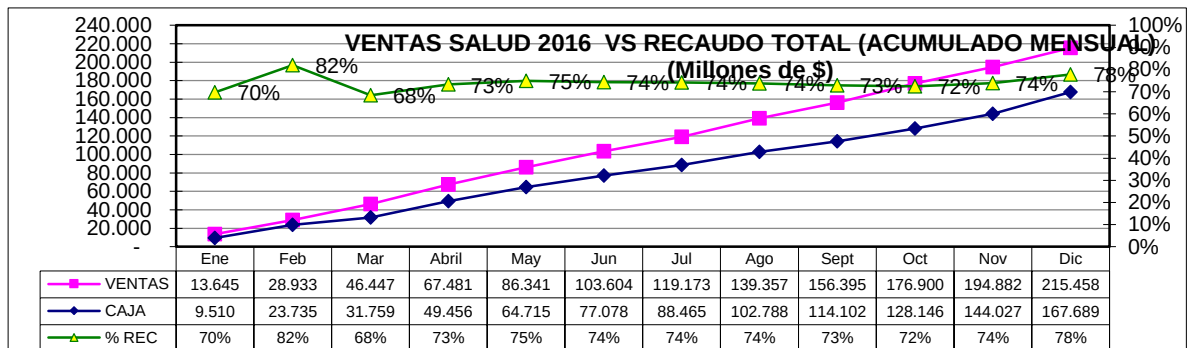
GESTIÓN CARTERA

Durante la vigencia 2016 se facturaron por venta de servicios de salud \$215.458 millones y el recaudo en este mismo periodo ascendió a \$167.689.

Con relación al PDI se tenía una meta de recaudo para el 2016 de \$152.321 millones, la cual se superó en un 10%.

En el año 2016, con corte al mes de diciembre, se recaudaron por venta de servicios de salud \$167.689 millones, de ellos \$109.745 millones, el 65%, corresponden a servicios facturados en el 2016; \$45.297 millones, el 27%, a servicios facturados en el 2015 y \$12.647 millones, el 8%, a servicios facturados en el 2014 y anteriores.

El siguiente gráfico muestra la correlación entre los valores facturados y recaudados, de forma mensual acumulada; donde se infiere que la correlación varía entre una tasa de retorno del 70% en el mes de enero a una acumulada para el mes de diciembre del 78%. Esto indica que, por cada peso facturado retornan 78 centavos.



Con corte a diciembre 31 de 2016, el total de la cartera por servicios de salud asciende a \$183.896 millones, de ellos, \$98.679 millones son cartera corriente y \$85.216 millones a cartera no corriente. Frente al 2015, la cartera se incrementó en \$28.177,91 millones, que equivale a un incremento del 18%, explicado por el incremento en la venta de servicios prestados. Del total de la cartera, el 54%, que son \$98.679 millones, corresponde a cartera de la vigencia 2016 y el restante 46% que asciende a \$85.216 millones corresponde a cartera del año 2014 y anteriores.

Es importante aclarar que, dentro de la cartera corriente que asciende a \$98.679 millones, está incluida la facturación del mes de diciembre de 2016, la cual se radica en el mes de enero de 2017.

La cartera corriente que asciende a \$98.679 millones se ha provisionado en el 4,57%, que equivale a \$4.510 millones y la cartera de difícil recaudo que asciende a \$85.216 millones se ha provisionado en un 86%, equivalente a \$72.872 millones. En suma, el total de la cartera que asciende a \$183.896 se ha efectuado provisiones al 31 de diciembre de 2016 por valor de \$77.382 millones, suma equivalente al 42%. La cartera neta se registra por valor de \$106.514 millones.

Del total de la cartera, el 30%, es decir, \$55.545 millones corresponden a facturación menor a 90 días, que es el ciclo normal del sistema. De otra parte, \$18.287 millones, que equivalen al 10% del total de la cartera,

se encuentran entre los 91 y 180 días. Igualmente, \$24.847 millones, equivalente al 14%, corresponden a cartera entre 181 y 360 días y \$85.216 millones, equivalente al 46%, corresponde a cartera mayor a 360 días. Es de anotar, que para la cartera antigua se adelantan las acciones jurídicas y específicas requeridas para su recuperación.

En el siguiente cuadro se muestra la composición de la cartera a diciembre de 2016, por edades, de manera nominal y acumulada.

CARTERA POR EDADES A DICIEMBRE 2016				
edad	Nominal		Acumulado	
	Millones \$	PART	Millones \$	PART
0 - 30	23.953,3	13%	23.953,3	13%
31 - 60	21.596,1	12%	45.549,4	25%
61 - 90	9.995,8	5%	55.545,2	30%
91 - 180	18.287,0	10%	73.832,3	40%
181 -360	24.847,2	14%	98.679,4	54%
Mas de 361	85.216,4	46%	183.895,9	100%
TOTAL	183.895,9	100%		

De acuerdo con el régimen tenemos que, el 42% de la cartera es con entidades del régimen subsidiado, el 35% con entidades del contributivo y el 13% con entidades territoriales, entre otros.

El 45% de la cartera se encuentra concentrada en tres entidades (Nueva EPS, Capital Salud y Caprecom), entidades a las cuales se les ha solicitado la conciliación de la cartera. En este caso, la Nueva EPS ha realizado algunos compromisos y ha efectuado pagos por compra de cartera, mientras que entidades como CAPRECOM, no dieron respuesta efectiva a las solicitudes realizadas para el pago de cartera antigua y actualmente se encuentra en liquidación al igual que Saludcoop. La cartera de entidades en liquidación asciende a \$23.493 millones equivalente al 13% del total de la cartera.

OPORTUNIDADES DE MEJORA (DIFICULTADES)

- Con Nueva EPS persiste la falta de oportunidad de pagos dentro de la vigencia mensual, impactando así en los indicadores de recaudo.
- Existe una cartera de 2013 hacia atrás, que se considera como de difícil recaudo, siendo las de mayor impacto Nueva Eps y Ecoopsos, ya que no se ha logrado oportunidad en las citas de conciliación.
- La falta de continuidad en los contratos con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, ha ocasionado un incremento en la cartera y los pagos de dichos servicios se cancelaran por pasivos exigibles, proceso más dispendioso para el cobro y pago.
- Existen anticipos realizados por las entidades ante la falencia de un contrato. El caso más contundente se tiene con Cafesalud, para ello desde el Area Comercial se ha intentado llegar a un acuerdo contractual pero la entidad no ha definido y manifestó no disponer de recursos y que se encontraban en una etapa de diagnóstico que les impedía contratar.

- Los anticipos ingresan por necesidad de un tratamiento integral de acuerdo a la patología del paciente, ingresa el dinero al INC, y muchas veces el saldo se sobre ejecuta o quedan saldos pendientes por ejecutar. Cuando se solicita a la entidad realizar los cruces de cartera, ellos a su vez el anticipo lo han cargado a facturación normal por urgencias o tutelas lo que impide aclarar las cuentas o saldos de manera oportuna. Nos encontramos en un plan de trabajo de revisión que sea en beneficio de las partes y de los usuarios ya que al parecer existen saldos a favor de Cafesalud

6. PROCESO INFORME DE GESTIÓN GRUPO ÁREA GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO AÑO 2016

INDICADORES

Como líder del Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano puedo concluir que se dio el cumplimiento en un 80% del Plan Operativo Anual POA.

LOGROS

- Proyección, elaboración y aprobación de la Resolución No.0165 del 10 de marzo de 2016 que contiene el plan de incentivos vigencia 2016.
- Elaboración, presentación y sustentación de los estudios técnicos de planta temporal y modificación de planta del.
- Cambio de cultura en el uso de la dotación como imagen institucional.
- Reingeniería de los Grupos de Ciclo de Vida Laboral y Bienestar y Capacitación.
- Resolución de recursos y quejas interpuestas en evaluación del desempeño.
- Se resolvieron 15 quejas y 15 derechos de petición.
- Se estudió, presento y elaboró bajo la Supervisión de la dirección General y la Oficina de Planeación y Sistemas la nueva estructura interna institucional, con la reglamentación de los nuevos grupos internos de trabajo y nuevo manual de funciones y competencias comportamentales.
- Mejoramiento en los planes de bienestar y capacitación en cuanto a contenido, objetivo y ejecución presupuestal.
- Se resolvieron 30 reclamaciones en procesos de selección.
- Revisión y actualización de los 20 modelos de contratación de empresas que prestan servicios complementarios, tercerizados y de productividad en los que la Coordinación del Grupo Area ejerce funciones de supervisión.

DIFICULTADES

- Entrenamiento de nuevos Coordinadores de los Grupos Ciclo de Vida Laboral y Bienestar y Capacitación.
- Falta de apoyo por parte de los líderes dentro del proceso de cambio de las políticas de Talento Humano.
- Falta de un cronograma para las realizaciones de las diferentes reuniones lo que impacta en la productividad de los líderes de Gestión Humana.
- Falta de apoyo en la implementación del trabajo en equipo de los grupos de Talento Humano.

- Unificación en el Grupo Area en el manejo presupuestal de las entidades que prestan servicios en el INC en los cuales se es supervisor del contrato lo que genera falta de control sobre el mismo, pero se continua con la responsabilidad en su manejo.
- Impacto negativo en el clima organizacional de los diferentes regímenes laborales existentes en las empresas que prestan servicios al INC y el régimen de los servidores nuestros los cuales son diferentes y generan sentimientos de desigualdad.

RETOS

- Continuar en la búsqueda de disminuir el riesgo psicolaboral.
- Continuar con el trabajo de impacto en liderazgo y trabajo en equipo.
- Tomar medidas frente al resultado de cargas de trabajo para la planeación del talento humano.
- Aprobación de la Planta Temporal y modificación de planta presentada y sustentada.
- Implementación capacitación y acompañamiento de la implantación del nuevo sistema de evaluación del desempeño para funcionarios de carrera administrativa.
- Búsqueda de métodos dentro de la legalidad que permita contar con programas de bienestar y capacitación para los trabajadores de las empresas que prestan servicios al INC que mejoran la calidad de vida y se disminuya el sentimiento de desigualdad frente a los funcionarios de planta.

6.1 GRUPO PLANIFICACIÓN, REMUNERACIÓN Y REGISTRO DEL TALENTO HUMANO

Tomando como referente el Plan de Desarrollo Institucional, una de las políticas de Talento Humano, es generar estrategias para atraer y desarrollar el talento humano, para la vigencia del 2016 el Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano, en el Plan Operativo Anual, planteó dos estrategias fundamentales: Revisar los modelos de contratación del personal tercerizado y ajustar y actualizar los estudios, Elaborar el plan de necesidades del talento humano de acuerdo al nuevo mapa, unidades funcionales y cargas de trabajo, Elaborar Revisar el plan de contratistas referentes a su ubicación y revisar los modelos de contratación del personal tercerizado, las cuales se cumplieron al 100%.

INDICADORES

El Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano, actualmente tiene en el SIAPINC IV, los siguientes indicadores: Registro de Historias Laborales, Información de Bonos Pensionales, No. De Actos Administrativos realizados, Oportunidad en la liquidación de la Nómina, Oportunidad en la liquidación de la nómina de supernumerarios, Oportunidad en la liquidación de las órdenes de pago de los contratistas, Oportunidad en la entrega de facturas a personal externalizado, los cuales se encuentran actualizados hasta el mes de noviembre de 2015.

LOGROS

- Revisión y actualización de los 20 modelos de contratación de empresas que prestan servicios complementarios, tercerizados y de productividad en los que la Coordinación del Grupo Area ejerce funciones de supervisión.
- Implementación de informe periódico de vinculación, contratación, rotación y permanencia de los cargos que conforman la planta de personal.
- Liquidación oportuna de la nómina del personal de planta.
- Participación en la elaboración de los estudios técnicos de creación de la Planta Temporal y modificación de planta presentada en el año 2016.

- Se lideró junto con el Grupo de Gestión Documental y Correspondencia la actualización del sistema de gestión documental de las historias laborales.

DIFICULTADES

- Contar con la información oportuna del recurso humano de los servicios tercerizados, situación que impide realizar una planificación real del Talento Humano.
- Entrega de facturas extemporáneas
- Falta de compromiso por parte de los líderes y funcionarios para el cumplimiento oportuno del diligenciamiento del Formato Único de Hojas de Vida en el SIGEP, situación que pone en riesgo el cumplimiento de la Institución ante el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Rotación del personal que no es de planta en el grupo por encontrar mejores salarios en otras entidades lo que ha implicado reentrenamiento constante del personal.

RETOS

- Alinear el proceso de planificación del recurso humano con las empresas que prestan servicios complementarios, tercerizados y de productividad.
- Estabilizar el proceso de planificación del Talento Humano como herramienta de gestión para la toma de decisiones por parte de la Dirección General.

6.2 GRUPO BIENESTAR Y CAPACITACIÓN

El Grupo de Bienestar y Capacitación dio cumplimiento en la ejecución así:

CAPACITACIÓN

El Plan Institucional de Capacitación está conformado por tres ejes principales los cuales son:

- **Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAE):** Para el año 2016 se realizó la inscripción de 5 PAES los cuales se ejecutaron de la siguiente manera:
 - ✓ **PAE SISTEMA DE GESTION DE LA TECNOLOGIA:** Se ejecutó en un 211% capacitando 958 funcionarios, la meta de cumplimiento en capacitación para este PAE era de 455 funcionarios.
 - ✓ **PAE URGENCIAS ONCOLOGICAS:** Se ejecutó en un 107% capacitando 824 funcionarios, la meta de cumplimiento en capacitación para este PAE era de 773 funcionarios.
 - ✓ **PAE DESARROLLO DE COMPETENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIOS ESTRATEGICOS:** Se ejecutó en un 60% capacitando 60 funcionarios, la meta de cumplimiento en capacitación para este PAE era de 100 funcionarios.
- **Actualizaciones Técnicas o de Ley:** se ejecutaron dentro del plan 24 se ejecutaron de 76 solicitadas por las diferentes subdirecciones y no incluidas en el Plan se realizaron 47 con un total 654 participantes.
- **Planes de Mejoramiento Producto de la Evaluación de Desempeño:** Se realizaron 21 de 30 Capacitaciones solicitadas. Dirigidos a funcionarios de Carrera administrativa.

LOGROS

- Implementación del Plan de Capacitación en los tres ejes fundamentales (proyectos de aprendizaje en equipo, actualizaciones de competencias y plan de mejoramiento de acuerdo a la evaluación de desempeño).
- Las capacitaciones se tramitaron dentro de los tiempos establecidos ante el Comité Compras, no hubo capacitaciones tramitadas en hechos cumplidos.
- De 452 solicitudes de capacitación se ejecutaron 47, y cinco no se ejecutaron por no aprobación del comité de compras.
- El presupuesto se ejecutó en un 63% mejorando la meta respecto al año inmediatamente anterior que fue del 45%.
- Se realizó la ejecución de un 100% de los Incentivos, para grupos de trabajo y funcionarios de carrera.

DIFICULTADES

- En los Proyectos de aprendizaje en equipo se evidencio la falencia de ejecución de 2 líderes en sus proyectos de aprendizaje PAE.
- En las actualizaciones de competencias se evidencio la falta disponibilidad por parte de los coordinadores para programar a los funcionarios en las capacitaciones; a su vez no se entregaron los formatos de consolidados de capacitación
- Las capacitaciones dictadas en las Instalaciones del Instituto se evidencia la falta de participación por parte de los funcionarios.

BIENESTAR

El Plan Institucional de Bienestar está conformado por cuatro ejes principales los cuales son:

6.3 AREA DE CALIDAD DE VIDA LABORAL Y PERSONAL.

- **Programa Retiro Asistido:** Se realizó el Taller Sensibilización fuera de Bogotá en la ciudad de Paipa con una participación de 15 funcionarios
- **Programa de Pensionados (Club de Pensionados):** Se realizó un Stand – Up Concert Show Roberto Camargo en la semana cultural ofrecido a los pensionados con una participación de 27 pensionados; de igual manera se realizó una salida a Girardot con la asistencia de 18 pensionados, en el paseo navideño (Tour de luces navideñas) nos acompañaron 11 pensionados.

Educación formal:

- **Fomento Educativo:** Se tramitaron 15 fomentos educativos para el I semestre de 2016 y 12 fomentos educativos para el II semestre de 2016 para un total de 27 fomentos educativos.
- **Convenio Docencia:** Se realizaron 29 Apoyos económicos para los funcionarios de planta con las diferentes universidades con las cuales el Instituto tiene convenios vigentes.
- **Lenguas Extranjeras:** Se tramitaron 72 Apoyos económicos para los funcionarios de planta.

6.4 AREA DE ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN, DESARROLLO DE HABILIDADES PERSONALES, FAMILIARES Y CULTURALES

- **Actividades de Integración Familiar:**

- **Vacaciones Recreativas:** Se realizaron 70 inscripciones en el mes de junio y 35 inscripciones en el mes de octubre para la participación de las vacaciones recreativas de los hijos de los funcionarios con edades entre los 6 y 11 años.
- **Campamentos:** Se realizaron 3 campamentos en los meses de junio, octubre y diciembre con una participación de 90 hijos de funcionarios con edades entre los 12 y 16 años
- **Salida Recreativa:** Se realizó la salida para los hijos de los funcionarios en el mes de diciembre al parque temático Jaime Duque con una participación de 98 funcionarios y de 133 hijos con edades entre los 0 y 16 años y Para el mes de Enero se tiene programada una actividad igual para los funcionarios que no pudieron asistir en el mes de diciembre
- **Caminatas:** Se realizó el paseo navideño (Tour de luces) en la ciudad de Boyacá con una participación de 61 funcionarios, 57 beneficiarios y 11 pensionados.
- **Obsequio de Navidad:** Se realizó la entrega de 306 bonos por valor de \$150.000 cada uno.
- **Torta Navideña:** Se realizó la entrega de 711 tortas navideñas para los funcionarios de planta
- **Actividades Deportivas**
 - **Media Maratón:** Se realizó la inscripción de 15 funcionarios.
 - **Carrera Bodytech:** Se realizó la inscripción de 8 funcionarios
 - **Carrera New Balance:** Se realizó la inscripción de 11 funcionarios
 - **Carrera de Unicef:** Se realizó la inscripción de 10 funcionarios
 - **Gimnasio:** Se realizó la inscripción de 59 funcionarios
 - **Torneo interempresas:** Se realizó la inscripción de 31 funcionarios de planta y 20 funcionarios tercerizados para un total de 51 funcionarios
 - **Escuelas Deportivas:** Se realizaron 170 inscripciones de funcionarios y 142 inscripciones de beneficiarios a las diferentes escuelas deportivas
 - **Entrenamientos:** Se encuentran 62 funcionarios de planta y 22 tercerizados participando de los diferentes entrenos deportivos
- **Actividades Culturales**
 - **Semana Cultural:** En la semana Cultural se realizó las siguientes actividades: show teatro foro, torneo de Xbox, show Roberto Camargo, carrera de observación, obra de teatro, presentación de talentos, bingo, bazar y juegos autóctonos) teniendo una participación de 771 funcionarios en todas las actividades.
- **Actividades de Integración Laboral**
 - **Reconocimiento de la actividad o profesión:** Se realizó un homenaje (desayuno o almuerzo) para celebrar cada una de las profesiones o actividades, con una participación de 660 funcionarios de planta, 653 tercerizados y 61 funcionarios de contrato.
 - **Aniversario del Instituto:** En el mes de julio se celebró el aniversario del Instituto con una participación de 730 funcionarios de planta y 1070 funcionarios de contrato y tercerizados.
 - **Entrega de Manifestaciones:** Se realizó la entrega de 13 obsequios por nacimiento de hijos de funcionarios de planta.

- **Actividades de Responsabilidad Social:**

Actividad día de los niños pacientes: Se realizó la actividad de los niños pacientes en el mes de octubre con una participación aproximada de 250 niños.

Lectura cura: lectura realiza a pacientes y familia los días martes y viernes en las salas de espera de cirugía y Hospital día, para un total de 1000 persona.

ASISTENCIA EN ACTIVIDADES BIENESTAR

	Funcionarios	Tercerizados	TOTAL
Torneo Inter-empresas	31	20	51
Entrenamientos deportivos	62	22	84
Pre pensionados	19	N/A	19
Club de pensionados	56	N/A	56
Vacaciones Recreativas	105	N/A	105
Almuerzo cumpleaños INC 81	730	1070	1800
Campamentos	90	N/A	90
Media Maratón	15	N/A	15
Maratón Bodytech	8	N/A	8
Carrera New Balance	11	N/A	11
Carrera Unicef	10	N/A	10
Reconocimiento de la Profesión	660	714	1374
Apoyo de lenguas extranjeras	72	N/A	72
Almuerzo de Fin de año	743	939	1682

LOGROS

- Modificación en las actividades del plan de Bienestar, las cuales buscaron la equidad, la participación, promover el sentido de pertenecía la mitigación del riesgo psicolaboral y el mejoramiento del clima organizacional.
- La realización de las actividades con el Club de Pensionados.

DIFICULTAD

- La resistencia al cambio por parte de los funcionarios en algunas de las actividades del plan de Bienestar.

RETOS

- Contribuir con el mejoramiento de la cultura organizacional y la disminución de riesgo psicosocial
- Realizar cursos libres como fotografía, artes plásticas, yoga, pintura, etc., en las instalaciones del Instituto.

Conclusión: las actividades de celebración de días especiales para los funcionarios tuvieron una satisfacción del 95%.

6.5 GRUPO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para la vigencia de Enero a Diciembre del año 2016, el Grupo de seguridad y salud en el trabajo se plantearon 391 actividades encaminadas al cumplimiento de las estrategias del Plan Operativo Anual, Plan de Desarrollo del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. vigencia 2015-2018, para dar cumplimiento a la política de seguridad y salud en el trabajo y plan de trabajo de SST, las cuales están distribuidas en los programas de : riesgo químico, radiaciones ionizantes, riesgo biológico, riesgo biomecánico, riesgo psicosocial, seguridad industrial, higiene industrial y medicina preventiva, y ejecución y capacitación de los comités de convivencia laboral, emergencias y COPASST. De las cuales se desarrollaron 347 con un porcentaje de cumplimiento del 89 %.

INDICADORES

Con el apoyo de los profesionales que hacen parte del Grupo seguridad y salud en el trabajo se dio ejecución a las actividades programadas con un cumplimiento del 89% teniendo en cuenta que el porcentaje de cumplimiento por cada programa está dentro del rango del 84 y 100%, sin embargo cabe resaltar que en el programa de riesgo psicosocial tuvo un porcentaje más bajo puesto que no se contó con el profesional por un espacio de cuatro meses lo que retrasó el cumplimiento de las mismas.

LOGROS

- Aumentar el reconocimiento al interior de las áreas del instituto, fortaleciendo el reporte de condiciones de salud, reporte de accidentes y demás condiciones que están relacionadas con la salud de los trabajadores tanto de planta como personal tercerizado y contratistas.
- Implementar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo bajo los parámetros del decreto 1072 de 2015 con una calificación de 71 sobre 100 puntos posibles; De acuerdo a calificación externa el Consejo Colombiano de Seguridad.
- Establecer un control individual de seguimiento a la entrega de elementos de protección personal y una disminución en el presupuesto como apoyo en el plan de austeridad.
- Radicar ante la secretaría distrital de salud el plan hospitalario de emergencias requisito básico para la acreditación con un puntaje de 91 sobre 100 puntos posibles.
- Realizar simulacros de evacuación involucrando pacientes y personal asistencial (pediatría) y reducir los tiempos de evacuación con relación al año anterior. Así como la implementación de simulaciones en las áreas de Radiofarmacia, medicina nuclear y Patología.
- Tener actualizado el inventario y plano de ubicación de los extintores, camillas, botiquines como insumos del plan de emergencias con los que se cuenta en el INC.
- Certificar brigadistas de planta en rescate en alturas en caso de requerirlo.

- Dar continuidad a la escuela de liderazgo generando sentido de pertenencia por parte de los asistentes.
- Interacción y trabajo en equipo del grupo de seguridad y salud en el trabajo con los grupos de ciclo de vida, bienestar y planificación.
- Acompañamiento en el estudio e implementación de la señalización institucional en trabajo colectivo con infraestructura y comunicaciones.
- Implementación de los kit anti derrames como requisito ambiental en el almacenamiento de combustible. (ACPM)
- Implementación del programa prevención de lesiones deportivas a los equipos del Instituto (Football femenino, masculino, tenis de mesa, atletismo, Voleibol), con base en exámenes de aptitud deportiva con el objetivo de disminuir las lesiones deportivas y así accidentes deportivos.
- Armonización de los programas de seguridad y salud en el trabajo con las empresas tercerizadas.
- Reducción de la tasa de accidentalidad en un 3.6% con una meta establecida del 1.5. %
- Reconocimiento de la ARL en la implementación de ayudas externas como prevención de los desórdenes musculo esqueléticos.
- Disminución de los tiempos de respuesta a solicitudes de calificación de origen solicitadas por las EPS.

DIFICULTADES

- Falta de compromiso de algunos líderes de área en la participación y desarrollo de las actividades del grupo de seguridad y salud en el trabajo
- Retraso en la respuesta a requerimientos que corresponden a otras áreas lo que impacta en la resolución de problemas. (iw21).
- Cambio de personal en los procesos internos del grupo asesores y profesional universitario.
- Mantener la cultura de actualización, control y registro de documentos, formatos relacionados con las actividades del programa de SST.
- Poca asistencia del área asistencial a capacitaciones y entrenamientos.
- Resistencia al cumplimiento de normas y procedimientos de SST de las empresas tercerizadas y contratistas.
- Sub registro en la información para generar informes de ausentismo.

RETOS

- Implementar al 100 % los requerimientos del decreto 1072 en el INC.
- Fortalecer las acciones conjuntas para el cumplimiento de las recomendaciones médico laborales.
- Continuar con la implementación del programa de reincorporación y reubicación laboral.
- Fortalecer el reporte de condiciones de salud por parte de los funcionarios del INC.
- Lograr una cobertura del 80% en intervención psicosocial, mejoramiento de clima laboral, resolución de conflictos, y trabajo en equipo.
- Lograr implementar herramientas innovadoras en los programas de vigilancia epidemiológica que apunten a la disminución de los accidentes, enfermedades y ausentismo laboral.
- Realizar la medición de clima y riesgo psicosocial al menos a un 55% de la población.
- Aumentar el número de brigadistas capacitados y certificados en los diferentes turnos.
- Implementación del programa de prevención del riesgo cardiovascular,
- Generación de informes de ausentismo semestrales.

6.6 GRUPO CICLO DE VIDA LABORAL

INDICADORES

Durante el año 2016 se efectúa el cargue del 100% de los indicadores, que se pueden apreciar en el SIAPINC con su análisis respectivo. Se reprograman dos indicadores que se dejan para ser evaluados en el año 2017 y que corresponden a: Diseño y ejecución de página Web; este indicador por temas de tiempos de ejecución el jefe financiero solicita que se ejecute en el año 2017. Elaboración de un documento para invitación de una empresa que efectúe estrategia para retención y promoción del talento humano.

LOGROS

- En el segundo semestre se logró hacer la selección de una empresa que realice las pruebas psicotécnicas que se aplican a las personas que superan las pruebas de conocimientos, se viene implementando desde el mes de Octubre del año 2016 de acuerdo a lo siguiente:
- Se llevó a cabo una socialización con los tercerizados sobre temas de Inducción en Septiembre 6 donde asistieron 84 personas y el 13 de septiembre se efectuó capacitación de Inducción y Reinducción a 110 funcionarios de planta; en Noviembre 22 nuevamente se hace acercamiento de socialización con 110 tercerizados y el 29 de noviembre se hace Inducción y Reinducción a 110 funcionarios de planta.
- Se realizan 8 reuniones de acercamiento y socialización con empresas tercerizadas para tratar de buscar espacios de socialización de la plataforma estratégica y unificar temas de acreditación que se deben dar a conocer a los diferentes participantes en actividades del Instituto Nacional de Cancerología.
- Se llevan a cabo los procesos de selección por debajo de los treinta y cinco días para aquellos que no presentan reclamaciones.
- Actualización de los procesos y procedimientos de ciclo de vida laboral.
- Reformulación de algunos indicadores.

DIFICULTADES

- La concertación de objetivos del personal provisional no se logró en las fechas establecidas, generando incumplimiento en el indicador establecido.
- Problemas con la página web por espacio para almacenamiento de la información.
- Los requerimientos no son entregados a esta dependencia con el tiempo requerido para los procesos correspondientes.

RETOS

- Ejecutar en el año 2017 los proyectos de página web y de retención y promoción del talento humano.
- Socialización y divulgación de nueva forma de evaluación según acuerdo 565 del 25 de enero de 2016.

7. PROCESO GESTION COMERCIAL Y DEL INGRESO.

7.1 LOGROS Y AVANCES

- **Actualización del portafolio:** (Programación POA: 30 de noviembre de 2016)

El Instituto en el 2016 actualizo el portafolio de servicios, que consistió en el diseño y suministro de 600 carpetas diseñadas en tres tapas que contienen la información básica del portafolio. Adicionalmente, se diseñó de manera individual, es decir por cada servicio o clínica la información que sustenta el portafolio; misión asistencial, procedimientos clínicos relevantes, tecnología y médicos que dan soporte.

El documento base del portafolio consta de 86 páginas y en la actualidad es el soporte para la entrega de las ofertas presentadas a las aseguradoras y que soportan la contratación de prestación de servicios de salud, adicionalmente se dispone en la página web el portafolio de las clínicas.

- **GESTIONAR Y REALIZAR EL 100% DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN POR LA VENTA DE SERVICIOS (Mensual)**

CONTRATOS ACTIVOS																										
TIPOS DE REGIMEN	HABILITADAS	ene-16		feb-16		mar-16		abr-16		may-16		jun-16		jul-16		ago-16		sep-16		oct-16		nov-16		dic-16		
		LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	LEG	ACT	
CONTRIBUTIVO	13	1	5		4			3	2	4	0	7	0	7	7		7		7	1	8		8			
SUBSIDIADO	30	5	16	2	15	3	12	2	15	4	14	2	16	1	17		17		17	2	19	1	19			
ENTES TERRITORIALES	33	1	4		4	1	5	0	5	1	4	1	5		4		4		4	1	5	2	6			
SUB TOTAL	76	7	25	2	23	4	20	4	24	5	25	3	28	1	28	0	28	0	28	4	32	3	33	0	0	
REGÍMEN ESPECIAL		1	12	1	12		12		12	1	12	1	11		11		10	2	12	2	13		13			
INVESTIGACIONES			6		6		6		6	0	4	0	4	1	5		7		7		8	1	9			
RADIOFARMACIA		1	3		3		3		3	0	3	0	1	1	3		4		4		4		4			
FUNDACIONES			4		4		4		4	0	4	0	3		3		3		3		3		3			
PRIVADAS			2		2		2	2	2	2	4	1	4		4		4		4		4		4			
SUB TOTAL		2	27	1	27	0	27	2	27	3	27	2	23	2	26	0	28	2	30	2	32	1	33	0	0	
TOTAL		76	9	52	3	50	4	47	6	51	8	52	5	51	3	54	0	56	2	58	6	64	4	66	0	

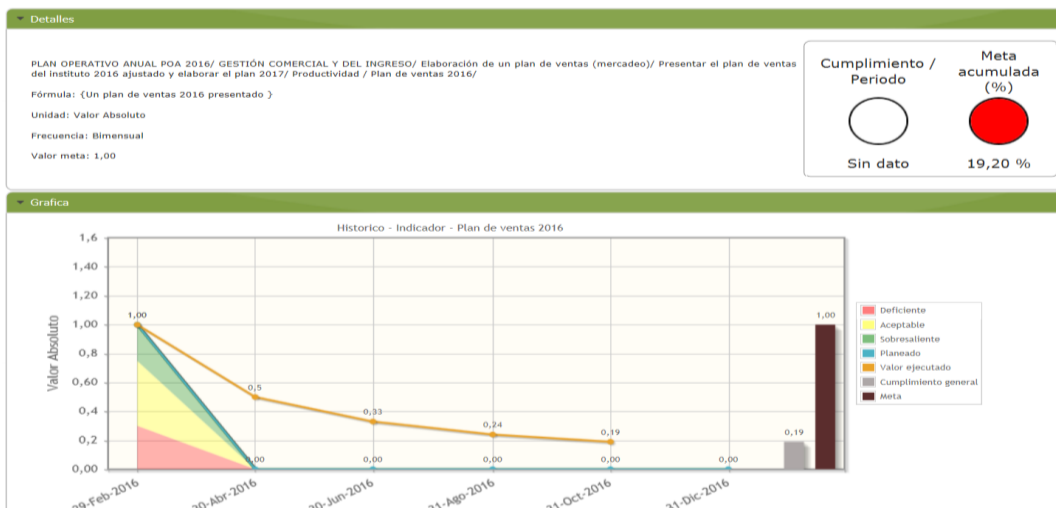
VENTAS 2016: En marzo se entregó el proyecto de ventas para el año 2016, arrojó un valor global de \$157.841.5 millones, esta cifra se superó en un 36%, pues las ventas a diciembre de 2016 se situaron en los \$215.458 millones. Por el PDI se estableció como meta de ventas \$183.731 millones (Ventas 2015+ (IPC+1), y frente a las ventas al cierre del año, se superó en un 17%.

VENTAS 2017: La facturación 2016 arrojó un valor de \$ 215.457.7 millones. Como anteproyecto de 2017 se calculan ventas por un valor de \$226.315.millones y con el PDI un valor de \$230.055.8 millones.

Como mejora al plan de ventas es importante poder comparar contra capacidad instalada y de otro lado conocer costos de producción en servicios ofertados.

PRODUCTIVIDAD VS FACTURACIÓN						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL PRODUCCION		\$ 114.501.203.316,00	\$ 126.577.924.749,34	\$ 137.558.263.935,23	\$ 157.841.594.901,00	\$ 226.315.000.000,00
FACTURACIÓN BRUTA	\$ 113.445.187.664,00	\$ 131.581.456.284,00	\$ 139.770.583.472,00	\$ 170.437.718.776,00	\$ 213.409.850.756,00	\$ 232.189.917.623,00
GLOSA ACEPTADA	\$ 1.280.231.427,00	\$ 750.893.437,00	\$ 1.198.058.435,00	\$ 1.283.492.066,00		
GLOSA DEFINITIVA		\$ 3.400.685.738,00	\$ 2.506.242.910,04	\$ 2.723.653.625,92		
FACTURACIÓN NETA		\$ 109.955.505.545,00	\$ 122.805.902.591,81	\$ 133.459.027.669,96		
META PDI	\$ 109.000.000.000,00	\$ 124.466.396.211,00	\$ 138.466.396.211,00	\$ 146.283.892.661,00	\$ 183.731.860.841,00	\$ 230.055.819.115,00
META ALIADO ESTRATÉGICO	\$ 109.000.000.000,00	\$ 124.466.396.211,00	\$ 138.466.396.211,00	\$ 149.079.304.331,00	\$ 185.436.238.028,00	\$ 232.189.917.623,00
FACTURADO	\$ 113.445.187.664,00	\$ 131.581.456.284,00	\$ 139.770.583.472,00	\$ 170.437.718.776,00	\$ 213.409.850.756,00	\$ 232.189.917.623,00
VARIACIÓN	104%	114,189%	111,248%	105,646%	125,5995%	125%
GLOSA ACEPTADA	***SIN PROCESO DE CONCILIACIÓN					
GLOSA DEFINITIVA	***CONCILIADA Y DEFINITIVA					

Indicador - Plan de ventas 2016



7.1.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA (DIFICULTADES)

- Modelo de facturación: Las órdenes clínicas y autorizaciones enviadas con varias prestaciones para diferentes servicios, generando multiplicidad de facturas para radicar a cargo de una sola autorización.
- Realización de prestaciones, sin tener el costo de las mismas, por lo tanto se encuentra subfacturación porque se cobra un procedimiento convencional, mientras que el realizado corresponde a uno especializado.
- Procedimientos multidisciplinarios que se podrían paquetear, se están cobrando por evento y es difícil la consecución de las autorizaciones y el valor cobrado es reducido.
- El no compromiso de algunas ERP o cumplimiento de la norma frente al proceso de autorizaciones, con el ánimo de contribuir a la oportunidad de inicio del tratamiento.
- Pre autorizaciones generadas por algunas ERP, que no son liberadas por el Instituto al momento de realizar la prestación del servicio.
- La especialización de las prestaciones del Instituto, no son reconocidas como tal por las aseguradoras, entrando en un proceso de conciliación de Homólogos, lo cual termina generando

glosa y devoluciones mientras la aseguradora acepta el código RINC o en su defecto se concilia el homólogo CUPS.

- Inadecuado registro de los medicamentos administrados al paciente, por el grupo de enfermería ya sea por exceso o por defecto, conllevando a un reproceso en la revisión de medicamentos ordenados, dispensados y administrados.
- También se evidenció falencias en la presentación de los RIPS, la falta de calidad del registro primario, incluso el diligenciamiento del motivo que originó la prestación y el no diligenciamiento de campos obligatorios que impedían validación de los mismos RIPS, lo que conlleva a la no recepción de las cuentas y el no pago de la facturación por parte de las aseguradoras.
- Ejecutar planes de mejora, asegurando el recurso para apoyar la auditoría al procedimiento del aliado estratégico (Plan de riesgos).
- En cuanto a infraestructura: se carece para facturación áreas para archivo de gestión.
- Para todo el Área la asignación de sala de juntas para atención de nuestros clientes (Aseguradoras – ERP).
- Dificultades en la radicación de facturas, porque las ERP se excusan en que no hay contrato

7.1.2 ACCIONES DE MEJORAMIENTO

- Establecer el procedimiento de facturación, de tal manera que permita el cobro de todas las prestaciones autorizadas con un único número en una sola factura.
- Realizar el costo de los procedimientos especializados para ofertarlos por evento a fin de garantizar una contratación y recaudo más efectivo.
- Gestionar con Sistemas la aplicación de la resolución 1479 en el aplicativo SAP, con el fin de facturar adecuadamente las prestaciones, medicamentos y dispositivos médicos NO POS ante las EPS-S y los Entes Territoriales.
- Realizar reuniones de acercamiento con las ERP, para acordar trámites interinstitucionales, para mejorar la atención del paciente y reducirle tiempos de espera en el inicio del tratamiento.
- Solicitar a las ERP no generar Pre-autorizaciones para evitar tiempos y reproceso innecesarios para la prestación del servicio.
- El registro de los medicamentos administrados al paciente, por el grupo de enfermería ya sea por exceso o por defecto, debe ser efectivo y disminuir el reproceso en la revisión de medicamentos ordenados, dispensados y administrados.
- También se evidenció falencias en la presentación de los RIPS, la falta de calidad del registro primario, incluso el diligenciamiento del motivo que originó la prestación y el no diligenciamiento de campos obligatorios que impedían validación de los mismos RIPS, lo que conlleva a la no recepción de las cuentas y el no pago de la facturación por parte de las aseguradoras.
- Ejecutar planes de mejora, asegurando el recurso para apoyar la auditoría al procedimiento del aliado estratégico (Plan de riesgos).
- En cuanto a infraestructura: Para facturación Áreas para archivo de gestión.
- Para todo el Área la asignación de sala de juntas para atención de nuestros clientes (Aseguradoras – ERP)
- Realizar reuniones de acercamiento con las EPS, para generar autorizaciones por servicio.
- Elaborar un plan de trabajo con costos para realizar definir el valor a cobrar por los procedimientos realizados con nuevas tecnologías.
- Mejorar la calidad del registro primario diseñando herramientas que permitan su control y evaluación.
- Evidenciar y corregir los errores de parametrización en el software.

- Fortalecer el procedimiento y reducir los tiempos de cargue y respuesta de glosas y devoluciones.
- Se solicita la posibilidad de un reporte automático para SIHO Y SISPRO

7.1.3 LOGROS

- Superar la meta tanto presupuestal como la del aliado estratégico en un 15%, lo que nos permite asegurar la sostenibilidad financiera del Instituto.
- Seguimiento al procedimiento de cargue de servicios de Radiología, modificado en diciembre de 2015, dando como resultado la disminución de anulación de facturas que permita la toma del examen o la realización del procedimiento y adicionar los insumos antes del cierre de la factura.
- Dar continuidad al proyecto de autorizaciones que permita mejorar la oportunidad en el inicio de tratamiento a los pacientes.
- Estabilización del proyecto integral de facturación (Facturación, radicación, gestión de glosas y conciliación) gracias al compromiso de todo el Grupo asistencial, administrativo y del Aliado estratégico.
- Ajustar el tarifario particular de acuerdo a la resolución 00541 y 00542.

7.1.4 RETOS

- Ejecutar el procedimiento de autorizaciones ambulatorias con el 100% de las entidades.
- Cumplir con la meta de facturación proyectada para el 2017 aproximadamente \$183.730.millones.
- Establecer un procedimiento de facturación, que permita que los servicios ambulatorios autorizados con un solo número de autorización, queden cobrados en una sola factura; con el fin de mejorar la contratación y reducir la glosa y devolución por éste motivo.
- Disminuir el porcentaje de glosa inicial del 15% al 9%.
- Asegurar la conciliación de Glosa Antigua \$12.776.341.408,71 en un 100%.
- Parametrizar los Homólogos para dar cumplimiento a la facturación según la resolución 1479 de 2015.
- Implementar la conexión entre SAP y el aplicativo del Ministerio para la formulación de NO POS.

8. PROCESO GESTION HOTELERA Y AMBIENTAL.

8.1 INDICADORES GRUPO INFRAESTRUCTURA

INDICADORES GRUPO AREA GESTION AMBIENTAL Y HOTELERA		TIPO DE INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE A DICIEMBRE DE 2016
NOMBRE	FORMULA		
GRUPO DE INFRAESTRUCTURA			
Porcentaje de eventos adversos atribuibles a infraestructura y ambiente físico gestionados	(Número de eventos adversos asociados a infraestructura gestionados / Número de eventos asociados a infraestructura reportados) * 100	Eficiencia	100%
Porcentaje de implementación de tecnología LED (dato acumulado)	(Número de bombillos LED / Número total de bombillos identificados en inventario) * 100	Eficacia	100%

INDICADORES GRUPO AREA GESTION AMBIENTAL Y HOTELERA		TIPO DE INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE A DICIEMBRE DE 2016
NOMBRE	FORMULA		
Porcentaje de adopción de tecnologías en obras nuevas	(Número de obras nuevas con tecnología implementada/ número de obras nuevas con servicio)	Eficiencia	70%
Informe de daños por mal uso de infraestructura del instituto	Informe mensual de daños por mal uso de infraestructura del instituto elaborado y presentado en comité de gestión ambiental	Eficacia	1
Conexiones realizadas al agua de la PTAR	Número de conexiones realizadas al agua de la PTAR	Eficacia	33%
Plan institucional de mantenimiento preventivo (2016-2017)	Plan institucional de mantenimiento preventivo (2016-2017) elaborado	Eficacia	1
Porcentaje de implementación del plan institucional de mantenimiento preventivo (dato acumulado)	(Número de áreas con intervención de mantenimiento preventivo / Total de áreas del INC) * 100	Eficacia	100%
Calificación de autodiagnóstico	Total mantenimientos ejecutados / Total mantenimientos programados x 100	Eficacia	100%
Índice de respuesta de mantenimiento preventivo (Equipos)	Porcentaje de ejecución de cronograma mantenimiento preventivo.	Eficacia	95%
Encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	Encuesta elaborada y aprobada, para medir la satisfacción del servicio de mantenimiento	Eficacia	1
Aplicación encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	Informe con resultados de prueba piloto, encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	Eficacia	1
Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de mantenimiento / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de mantenimiento) * 100	Eficacia	95%
Indicadores 1) Índice de provisión de servicios con oportunidad y calidad 2) Disponibilidad de equipos 3) Tiempo de respuesta 4) Índice de respuesta de equipos de soporte	Número de indicadores creados en Siapinc 4 que cumplan la necesidad identificada en el servicio	Eficacia	4
Porcentaje de satisfacción (90%) de mantenimiento y equipos de soporte	Número de indicadores creados en Siapinc 4 que cumplan la necesidad identificada en el servicio	Eficacia	95%
Porcentaje de respuesta oportuna de mantenimiento correctivo	(Número de ordenes ejecutadas en termino / Total órdenes recibidas en el periodo) * 100	Eficacia	70%
Informe tiempo de parada de tecnología de soporte	Un informe tiempo de parada de tecnología de soporte	Eficacia	1
Informe de costos de mantenimiento correctivo institucional	Un informe de costos de mantenimiento correctivo institucional	Eficacia	1
Implementación institucional con estándares de señalización Fase I	Áreas con estándares de señalización fase I / Total de áreas del instituto.	Eficiencia	60%

INDICADORES GRUPO AREA GESTION AMBIENTAL Y HOTELERA		TIPO DE INDICADOR	PORCENTAJE DE AVANCE A DICIEMBRE DE 2016
NOMBRE	FORMULA		
Documento con el plan de accesibilidad	Un documento que contenga plan de accesibilidad en edificio hospitalización y medicina nuclear	Eficiencia	1
Planes PMR y PEMP	Planes (PMR y PEMP) elaborados	Eficacia	1
Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE	((Número de actividades ejecutadas del proyecto /Total de actividades que conforman el proyecto)	Eficacia	40%
Licencia de reforzamiento y reordenamiento estructural	(Licencia de reforzamiento y reordenamiento estructural para el INC)	Eficacia	80%

8.2 LOGROS

- Control de las ordenes de mantenimiento a través de la transacción en SAP IW21 que ha permitido que se puedan realizar en un menor tiempo, máximo cinco (5) días, lo que conlleva a que todas aquellas deficiencias en la infraestructura del Instituto se corrijan de una manera eficiente.
- Contratación de mantenimiento tercerizado con un tiempo de respuesta a las solicitudes del 93% de efectividad.
- Se entrega la obra del nuevo acelerador lineal
- Se implemento el circuito cerrado de televisión con más de 200 cámaras.
- Se implemento el corredor seguro en asocio con la empresa de vigilancia.
- Se realizó adecuación de la cocina para la preparación de los alimentos para funcionarios y pacientes, los costos de estas adecuaciones fueron asumidos por el contratista.
- A la fecha la satisfacción del servicio prestado por el Grupo de vigilancia esta en un porcentaje del 96%, porcentaje que se mantiene por encima de la meta propuesta 95%.
- Satisfacción del servicio prestado por el Grupo de lavandería esta en un porcentaje del 97%; porcentaje que se mantiene por encima de la meta propuesta 95%. Actualmente se brinda el servicio de lavandería para el paciente y su familia de fuera de Bogotá, que por la complejidad del estado del paciente deben tener permanencia en el INC.
- En el servicio de TAMO se entrega ropa esteril para el paciente el kit incluye toalla, pijama, sabanas, sobresabanas y traje quirúrgico.
- Satisfacción del servicio prestado por el Grupo de aseo y desinfección esta en un porcentaje del 94%
- El Grupo de **Ambiental y Soporte Hotelero** fue premiado como mejor equipo de trabajo del INC en clima organizacional y acreditación en humanización.
- Se logro la contratación hasta el 31 de julio de 2018 de los servicios de alimentos, vigilancia, ropería, aseo y desinfección.
- Implementación de alimentos saludables a través de maquinas dispensadoras de alimentos con biometría para funcionarios de planta y tercerizados autorizados por cada empresa.
- Instalación de maquinas de bebidas calientes.
- Instalación de maquinas de elementos de aseo para pacientes.

- Se realizó la instalación puntos de anclaje para realizar la limpieza de vidrios exteriores e interiores con trabajo en alturas.
- Se tramita el contrato para realizar el muestreo isocinético a la caldera dos.
- Se realizan verificaciones periódicas de las rutas sanitarias para el control de los residuos generados en el INC y verificaciones periódicas del manejo de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales.
- Capacitaciones al personal médico- docente sobre el manejo adecuado de residuos.
- Se realizó la tala y poda de especies arbóreas evaluadas y autorizadas por la Secretaria Distrital de Ambiente.
- Se realizará el lavado y desinfección de los tanques de agua potable del INC, cajas de verificación, caracterización de los vertimientos que se generan en la planta de tratamiento de aguas residuales.
- Se aprobo la política ambiental, actualmente se ha avanzado en xxxx estándares de acreditación.

8.3 DIFICULTADES

- Demora en los tiempos de contratación.
- A pesar del avance en el trámite para la licencia del reforzamiento estructural del 1 al 7 piso consulta hospitalizados, a la fecha de este informe no contamos con la aprobación de licencias.
- Legalización de la propiedad del lote comprado al Materno Infantil, lo cual contribuye a que no se pueda realizar la solicitud de licencia para la construcción del nuevo edificio y la falta de espacios físicos en el INC.

8.4 RETOS

Los retos administrativos son múltiples y muy variados; sin embargo, algunos de ellos tienen un impacto potencial mayor que invita a priorizar su presentación.

Una de las principales prioridades es avanzar en el desarrollo del plan maestro de obras, para lo cual debemos obtener además de las aprobaciones en las instancias del gobierno nacional y distrital, las licencias de construcción, especialmente, para el nuevo edificio de servicios ambulatorios y reforzamiento estructural. La reorganización de las áreas permitirá ofrecer un mejor servicio y generar mayor confort en funcionarios y usuarios.

- Continuar con el trámite de licencia reforzamiento estructural del edificio de hospitalización que a la fecha está en un 85%.
- Instalar la red de extinción y detección de incendios en todas las edificaciones del INC, para el cumplimiento de unos de los requisitos de estándar de ambiente físico de acreditación.
- Remodelación de GAICA.
- Culminar con la señalización del INC.
- Implementación de nuevas tecnologías que incorporen disminución de consumo en los servicios de energía y acueducto (iluminación LED y orinales sin agua)
- Consolidar los requisitos indispensables para la ejecución del nuevo proyecto del Edificio Consulta Externa y Ambulatorio.
- Mantenernos en el estandar de satisfacción del servicio de alimentos de los pacientes y funcionarios en un 95%.
- Lograr que la Secretaria Distrital de Ambiente, certifique que el INC no genera vertimientos de carácter significativo ambiental.
- Implementar un programa consolidado de capacitación sobre el manejo de residuos para todas las áreas del INC.
- Sensibilizar a los funcionarios del INC con respecto al uso racional y eficiente de los servicios de agua y energia.

-
- Continuar con el nivel de satisfacción de los servicios tercerizados a cargo del Grupo de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero.
 - Lograr que el estandar de ambiente físico alcance el 3.5 de puntaje en acreditación.