

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 1 de 132			

INFORME DE GESTIÓN 2017



Carolina Wiesner Ceballos
Directora General

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 2 de 132			



Atención centrada en el usuario.



Gestión del riesgo.



Humanización de la atención en salud.



Gestión clínica excelente y segura.



Gestión de la tecnología.



Responsabilidad social.



Proceso de transformación cultural permanente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 3 de 132			



Proceso de transformación cultural permanente.

1. Direccionamiento estratégico



SOL

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 4 de 132			

1.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA



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.



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.

Nuestros principios

- B** **Buen trato** – Miramos a los ojos, escuchamos.
- O** **Oportunidad** – A tiempo en el lugar requerido.
- T** **Trabajo en equipo** – Trabajamos de manera conjunta.
- O** **Orientación a resultados** – Medimos nuestros logros.
- S** **Servicio** – Ayudamos a los demás.
- S** **Seguridad** – Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

“Un principio es inmodificable y no negociable”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 5 de 132			

Nuestros valores

Los valores a promover y cultivar son:

- **Responsabilidad** - Digno de crédito.
- **Consideración** - Con los demás.
- **Creatividad** - Innovación.
- **Transparencia** - Cero corrupción.
- **Compromiso** - Con el Plan de Desarrollo.

“Un valor se construye y edifica con el tiempo”

1.2 EJES DEL PLAN DE DESARROLLO 2015-2018



Eje objetivos del control del cáncer
(9 objetivos / 35 metas)

Líneas

Prevención
Detección temprana
Tratamiento
Cuidados paliativos



Eje objetivos misionales
(14 objetivos / 46 metas)

Líneas

Atención a pacientes
Docencia
Investigación
Salud Pública



Eje desarrollo de procesos de apoyo
(14 objetivos / 69 metas)

Líneas

Gestión financiera
Gestión del talento humano
Gestión de la tecnología
Gestión de la imagen corporativa

El desarrollo de nuestra Visión se cumple en:

3 ejes - 12 líneas estratégicas - 37 objetivos - 150 metas - 223 estrategias

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 6 de 132			

1.3 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Desarrollo misional



Salud Pública

Realizamos control del riesgo, detección temprana, seguimiento a servicios oncológicos y vigilancia epidemiológica sobre el control del cáncer.



Investigación

Generamos conocimiento para el control del cáncer.



Atención

Brindamos atención multidisciplinaria y damos soporte al paciente.



Docencia

Formamos y capacitamos el talento humano para el control del cáncer.

Fortalecimiento institucional



Calidad

Realizamos medición y mejoramiento continuo de los procesos institucionales.



Gestión de la Tecnología

Realizamos evaluación, análisis de costos y cumplimiento de estándares de seguridad.



Ambiental

Mantenemos un ambiente humanizado y seguro basado en el desarrollo sostenible.



Talento Humano

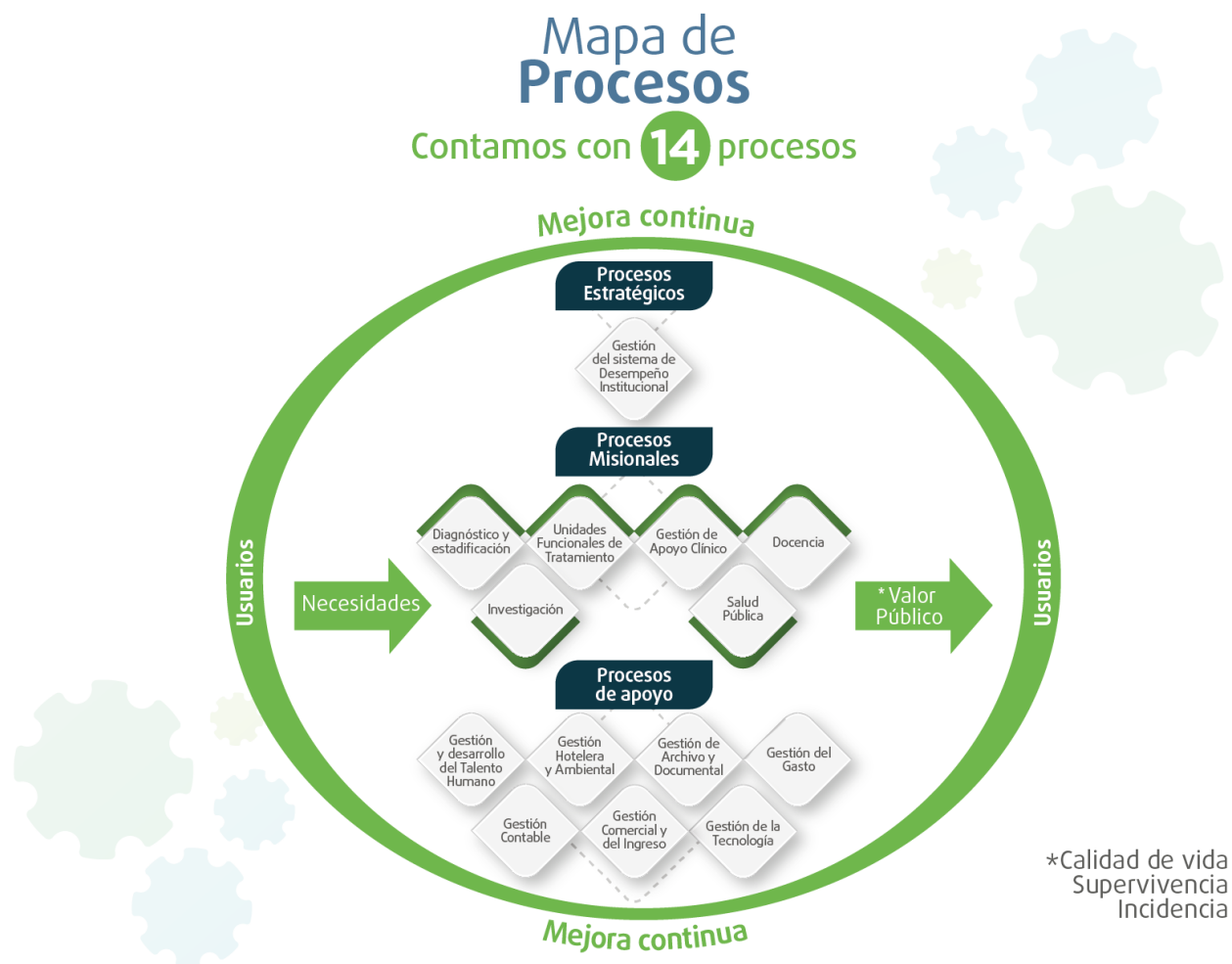
Atraemos, retenemos y desarrollamos el talento humano, generando sentido de pertenencia con base en principios y valores.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 7 de 132			

1.4 MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL

El Instituto Nacional de Cancerología para el logro de la misión y visión cuenta con 14 procesos de los cuales 6 son misionales, 7 de apoyo y 1 estratégico, desde los cuales se trabaja en la atención y cuidado del paciente, investigación, formación del talento humano y acciones de salud pública, con enfoque en el sistema de gestión de la calidad, habilitación y acreditación.

Imagen 1 Mapa de procesos Instituto Nacional de Cancerología ESE



Fuente. Sistema de Apoyo a Procesos del INC (SIAPINC4).

El presente informe tiene como propósito presentar la gestión realizada durante el año 2017 de la gestión asistencial, atención y cuidado de los pacientes, la docencia, la investigación y acciones en salud pública y la gestión administrativa y financiera, de acuerdo a las metas propuestas, las dificultades presentadas durante el año y los retos para el 2018.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 8 de 132	

1.5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2015-2018

El Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018 se compone de 3 ejes objetivos: Eje objetivo del control del cáncer, eje objetivo para el desarrollo de procesos misionales y eje objetivo para el desarrollo de procesos de apoyo, para los cuales se plantearon líneas, objetivos estratégicos y metas para dar cumplimiento a los ejes propuestos, a través de estrategias e indicadores.

Estructura Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018

COMPONENTES	EJES	LÍNEAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS	INDICADORES	ESTRATEGIA
	1. Objetivos del control del cáncer	Prevención	3	8	8	12
		Detección temprana	2	18	18	11
		Tratamiento	3	7	7	18
		Cuidado paliativo	1	2	2	5
	2. Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	6	20	20	31
		Investigación	4	6	6	22
		Docencia	2	8	9	8
		Salud Pública	2	12	12	9
	3. Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	2	7	7	22
		Gestión del talento humano	3	17	18	25
		Gestión de la tecnología	3	20	20	15
		Gestión de imagen corporativa	6	25	25	45
	TOTAL	3	12	37	150	152
					223	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

A continuación se relacionan los resultados del porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2016, teniendo en cuenta los resultados de las metas por eje y por línea propuestas para cada periodo:

Porcentaje de cumplimiento comparativo del PDI 2015-2016

EJES	% avance a Diciembre de 2015	% avance a Diciembre de 2016	% avance a Diciembre de 2017
Objetivos del control del cáncer	70%	86%	94%
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	81%	79%	85%
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	87%	82%	84%
Total	79%	82%	88%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 9 de 132	

Porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2016 por líneas del Eje objetivo para el control del cáncer

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017
Prevención	Control del riesgo	Prevalencia de VPH	75%	94%	83%
		Prevalencia de Tabaco			
Detección temprana	Tamización	Cobertura, Calidad y Seguimiento.	68%	100%	100%
		Mama, cuello uterino y colon recto			
	Oportunidad al diagnóstico	Estadios Tempranos (Próstata, melanoma, leucemia pediátrica estómago)			
Tratamiento	Oferta de servicios integrales	Promedio de servicios oncológicos habilitados.	60%	83%	100%
		Unidades funcionales			
	Estandarización	Adherencia Guías de práctica clínica			
		Desarrollo de nuevas guías			
	Calidad de la atención	Supervivencia 1,3,5 años :Mama, cuello uterino, leucemia pediátrica			
Cuidados paliativos	Oferta	Niveles de complejidad en las EPS	75%	50%	100
TOTAL LÍNEAS EJE CONTROL DEL CANCER			70%	86%	94%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2016 por líneas del Eje objetivo para desarrollo de procesos misionales

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017
Atención de pacientes	Seguridad	Eventos adversos max 2%	52%	80%	69%
		Adherencia a protocolos 80%			
		Cultura de seguridad al paciente			
		Adherencia a GPC mínimo 70%			
		Índice de infección asociado al cuidado de la salud 8%			
	Oportunidad atención	Estatificación diagnóstica a 20 días	0%	25%	66%
		Inicio de tratamiento 30 días			
		Intensidad de dosis			
		reingreso 10%			
	Eficacia	Supervivencia a 1, 3 y 5 años	89%	94%	92%
	Satisfacción	Satisfacción 93%	100%	100%	100%
	Trazabilidad del paciente	Trazabilidad	100%	100%	75%
Total			68%	80%	83%
Docencia	Incrementar oferta docente institucional	Nº Programas nuevos con registro calificado	100%	100%	89%
		Nº estudiantes en programas por año			

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 10 de 132	

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017
	Incrementar la oferta de educación no formal	Nº Cursos ofertados	92%	100%	99%
		Nº Estudiantes inscritos en cursos ofertados			
		Nº Pasantes internacionales			
TOTAL			96%	100%	94%
Investigaciones	Producción científica	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador	100%	80%	55%
	Factor de impacto	Incrementar Impacto del INC en el I S I	69%	82%	59%
	Cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones	86%	100%	66%
	Oportunidad en publicaciones	Cumplimiento de cronograma del proyecto	58%	61%	78
TOTAL			78%	81%	65%
Salud Pública	Fortalecer programas de vigilancia de Salud Pública	•Cumplimiento de reportes programados.	88%	95%	100%
		•Número de temas nuevos de la vigilancia del cáncer y sus factores de riesgo.			
		•Vigilancia servicios oncológicos			
		•Registros poblacionales			
		•Supervivencia de cáncer			
	Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos	Riesgo atribuible por factor de riesgo	100%	15%	100%
TOTAL			94%	55%	100%
TOTAL LÍNEAS EJE PROCESOS MISIONALES			81%	79%	85%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

*Los resultados de la vigencia 2017 se consolidan una vez se realice el cierre de los Planes operativos anuales de ese mismo año.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 11 de 132	

Porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2016 por líneas del Eje objetivo para desarrollo de procesos de apoyo

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017
Gestión financiera	Sostenibilidad	Relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios 90%	100%	81%	97%
		Incremento de facturación anual y recaudo anual , Recursos de fuentes alternas			
	Ejecución Presupuestal	90% ejecución por concepto de gasto	98%	95%	97%
		95% ejecución del ingreso			
		100% cumplimiento de plan anual de adquisiciones			
TOTAL			99%	88%	97%
Gestión Talento Humano	Retener	Diseñar e implementar el modelo de productividad y pago por desempeño a cuatro áreas asistenciales	90%	68%	50%
		Generar un modelo de incentivos investigaciones y administrativo			
		Disminuir en un 30% la rotación de los perfiles. Garantizar los incentivos			
	Atraer	Oportunidad de provisión de cargos, Reducir en un 30% las convocatorias desiertas recurso humano q Garantizar el sistema de incentivos	100%	67%	58%
	Calidad de vida laboral	Mejorar en un 40 a 50% la medición de clima laboral	100%	82%	90%
		Riesgo psicosocial, 55% Reducir en 6% accidente laboral, Reducir en 30% el ausentismo laboral. Cumplir el sistema a de gestión de seguridad en un 80%. Implementar la policita de talento humano			
TOTAL			97%	72%	66%
Gestión de la Tecnología	Sistemas de información	Gobierno en línea, 85% Disponibilidad seguridad con impacto en la operación transacciones con tiempo, respuesta de la mesa de ayuda	92%	89%	85%
	Biomédica	Garantizar la disponibilidad en un 95%; 12 ejercicios de vigilancia e, política de gestión de tecnología, porcentaje de incorporación del 50%; reducir la tasa de eventos adverso 50%; calificación de acreditación 3,5; Implementación 100% en tecnología biomédica; tiempo de respuesta de solicitud de mantenimiento 6 H.	47%	67%	74%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 12 de 132	

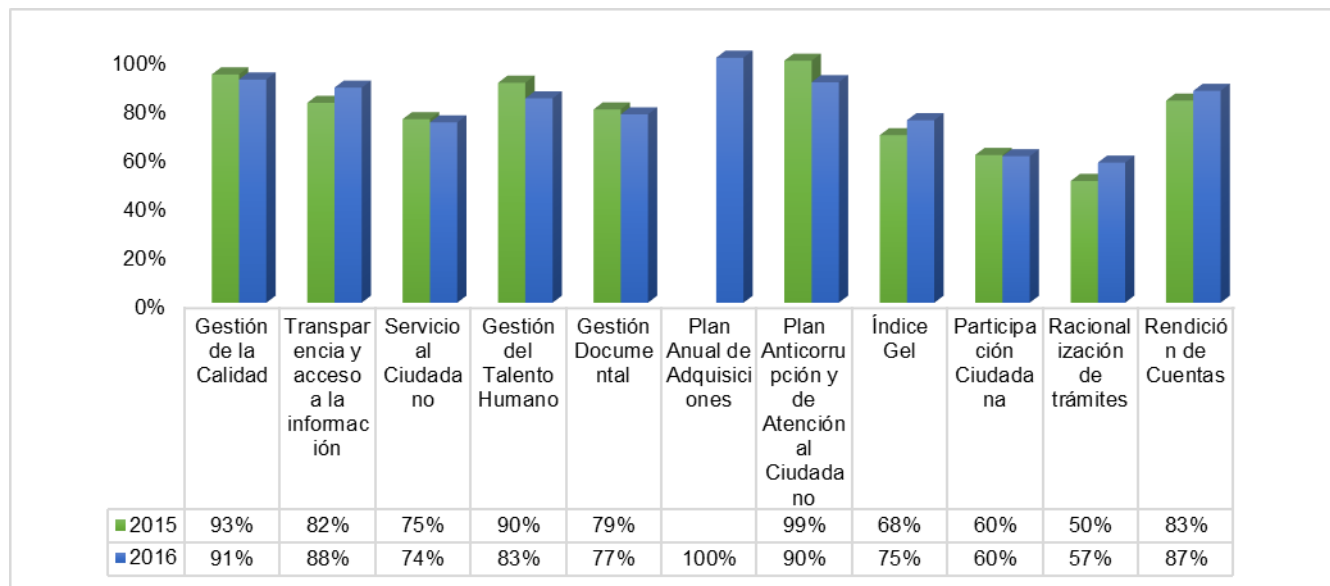
Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017
	Tecnologías de soporte	Tiempos de parada de la tecnología de soporte 5%	82%	96%	75%
		Costos de mantenimiento correctivo 10% Provisión de servicio en 100%; reducir los tiempos de respuesta			
TOTAL			74%	84%	78%
Gestión de la Imagen Corporativa	Posicionamiento	Impacto en medios masivos; Prensa gratis	100%	100%	98%
	Comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes, políticas y nivel de uso de canales formales	91%	100%	100%
	Imagen institucional	Satisfacción de aseguradores 95%, cumplir los tiempos de requerimiento en un 100% ; plan de mercadeo en 6 servicios ranking de entidades contratadas y capacidad instalada 100%	75%	81%	80%
	Infraestructura	Satisfacción de usuarios 85%, respuesta de mantenimiento 100%. Tasa de eventos adversos reducida en un 50%; Mantenimiento preventivo 100%; implementar 4 tecnologías ahorradoras; plan de señalización	78%	69%	80%
	Transparencia	Índice de transparencia 60%, cultura de autocontrol 60% auditoría interna 90%	94%	70%	97%
	Responsabilidad social	Índice de Responsabilidad social 75%	50%	84%	100%
TOTAL			81%	84%	92%
TOTAL LÍNEAS EJE PROCESOS APOYO			87%	82%	84%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

1.6 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

- ✓ Se está trabajando en la implementación del nuevo Modelo de planeación y gestión (MIPG), cuyo instrumento de medición el Formulario único de reporte a la gestión (FURAG), en el cuál se obtuvo un cumplimiento del 80% en promedio de todos los componentes para la vigencia 2016. Componentes FURAG:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 13 de 132	



Los resultados de la vigencia 2017 son publicados por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el transcurso del mes de febrero de 2018.

- ✓ Se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas el 30 de marzo de 2017, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014. Informe publicado en el link: [http://www.cancer.gov.co/Rendicion%20de%20cuentas%202016/Informe Rendicion de Cuentas 2016.pdf](http://www.cancer.gov.co/Rendicion%20de%20cuentas%202016/Informe%20Rendicion%20de%20Cuentas%202016.pdf)

1.7 JURÍDICA

En la vigencia 2017, la Asesoría Jurídica de la Dirección General encontró grandes retos de atender la demanda de los servicios jurídicos y tiene la satisfacción que a pesar de la enorme carga laboral, correspondiente a la atención oportuna de acciones de tutelas, derechos de petición, interposición de demandas, solicitudes de conceptos, gestiones de preparación y revisión de actos administrativos y la asistencia jurídica en la acción de contratación administrativa, realizó importantes gestiones y alcanzó las metas trazadas y respondió a la demanda funcional, que se traduce en el afianzamiento jurídico de la entidad y la eliminación, mitigación y prevención del daño antijurídico.

Así se puede contener la enorme carga de acciones de tutela y logró que más del 98% de las demandas por esta causa fueran favorables a los intereses del Instituto, evitando incidentes de desacato e investigaciones por incumplimiento.

A continuación se da en cifras las actividades más representativas:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 14 de 132			

	2016	2017
Clase de Trámites	No. de Trámites.	No. de Trámites.
Solicitudes de Conciliación	5 Prejudiciales	4 Prejudiciales
	11 judiciales	0 Judiciales
Demandas Nuevas	14	23
Tutelas Nuevas	4650	2092
Derechos de Petición	300	259
Acompañamiento de Comités	6	6
Asesorías.	705	550

Se atendió en forma oportuna la defensa de los intereses de la Entidad en los siguientes procesos:

RELACIÓN DE PROCESOS TRAMITADOS EN EL AÑO 2017		
JURISDICCIÓN	TIPO PROCESO	NÚMERO
LABORAL	FUERO SINDICAL	0
	RESPONSABILIDAD MÉDICA	0
	ORDINARIO	2
	Subtotal	2
CONTENCIOSO	NULIDAD SIMPLE	0
	REPARACIÓN DIRECTA	35
	NULIDAD Y RESTABLEC	16
	ACCIÓN POPULAR	0
	CONCILIACIÓN (C.E.)	0
	Subtotal	51
PENAL	REGULACIÓN DE PERJUICIOS	0
CIVIL	Subtotal	0
	PERTENENCIA (En contra)	0
CIVIL	PERTENENCIA (A Favor)	0
	EJECUTIVO	0
	RESPONSABILIDAD MÉDICA	1
	Subtotal	1
SOLICITUDES DE CONCILIACIÓN	EN PROCESO	0
	PREJUDICIAL	4
	Subtotal	4
TOTAL DE PROCESOS		58

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 15 de 132	

Atención de tutelas durante el año 2017

Uno de los temas que mayor atención y diligencia requiere de la función asesora, es la contestación de las tutelas instauradas contra el Instituto Nacional de Cancerología, especialmente por parte de los pacientes y la causa general es la negación en las autorizaciones de servicios y este año tuvimos un importante crecimiento de ellas en razón a la falta de contratación con las diferentes aseguradoras, especialmente CAPRECOM, CAFESALUD y SALUD TOTAL (por un tiempo), por la falta de pago oportuno y de disponibilidad presupuestal. También se resalta la falta de oportunidad en algunas áreas del instituto y el daño de equipos médicos. Las causas relevantes, en su orden:

- Servicios NO POS.
- Cuotas de Recuperación.
- Autorizaciones en otras IPS.
- Falta de Autorización de las aseguradoras
- Falta de contrato con las EPS
- Inoportunidad en el servicio

El siguiente cuadro representa el número de tutelas presentadas en las que el Instituto Nacional de Cancerología ESE fue vinculado de alguna forma; generalmente por que el Juez de tutela llama al Instituto para que presente sus razones y consideraciones:

2016

No. de Tut. impetradas	No. de Tut. atendidas	No. de Tut. a Favor	No. de Tut. en contra.
4650	4650	4630	30

2017

No. de Tut. impetradas	No. de Tut. atendidas	No. de Tut. a Favor	No. de Tut. en contra.
2092	2092	2085	07

1.7.1 Logros

Tanto la Asesoría de la Dirección como el Comité de Conciliación cumplieron su cometido de prevención del riesgo jurídico y del daño antijurídico de la Entidad, así como la efectiva defensa de los intereses del instituto; apreciación que se traduce del análisis comparativo de los riesgos y las acciones de demanda presentadas, las cuales en su mayoría fueron a favor, lo que implica un logro en la materialización efectiva de la defensa judicial y jurídica del Instituto, a cargo de esta Asesoría.

No cabe duda que las reformas, acciones y documentos adoptados en torno al Comité de Conciliación, permite un mejor accionar y materialización de las políticas y directrices que adopta para salvaguardar la integridad de los intereses del Instituto.

1.7.2 Dificultades

A la demanda legítima de los intereses en salud de los pacientes, motivado por el déficit de garantías del sistema de seguridad social en salud, que hace que las aseguradoras nieguen infundadamente las autorizaciones a servicios y la falta de cubrimiento de las prestaciones excluidas del plan obligatorio, se suma el desconocimiento de las normas sobre el SGSSS por parte de muchos Jueces de la República, lo que hace que al Instituto se le comine a prestar la asistencia en salud, sin garantía de pago efectivo por parte de las EPS y Entidades Territoriales. Afortunadamente, como se evidencia en las estadísticas descritas antes, las decisiones de tutela en su mayoría amparan el derecho de los pacientes y las órdenes son dadas en forma directa a las aseguradoras, quienes tienen el deber de garantizar la prestación de servicios de salud a los pacientes.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 16 de 132	

La cultura de extracción de dineros del Estado a costa de demandas temerarias por servicios de salud, ha incrementado las demandas de Responsabilidad Médica, situación que se dificulta en el hecho que los médicos se apartan de los protocolos, dejan de diligenciar documentos esenciales como el consentimiento informado y que no se consigna en las historias clínicas la condición del paciente a la llegada al tratamiento. Igual importancia en el análisis lo representa el hecho que el paciente que es remitido al Instituto viene en una condición precaria, debido inicialmente por la condición de su enfermedad oncológica y otra, en la oportunidad con que se remiten a esta especialidad.

El servidor público del Instituto no ha entrado en una verdadera cultura de la prevención, el compromiso y responsabilidad sobre los recursos públicos; hechos que se manifiestan a través de la dejación de funciones o retraso en el cumplimiento de las mismas con riesgo para el peculio institucional.

1.7.3 Oportunidades de Mejora

Finalmente se considera una gran oportunidad de mejora el proceso actual de preparación a la acreditación, en el cual la calidad en la prestación de los servicios, con todas sus atribuciones de oportunidad, continuidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia, se deben materializar para obtener un servicio de excelencia y, por contera, eliminación de riesgos antijurídicos.

Igualmente se establecerán los lineamientos para construir la guía de compensación en aquellos casos en los que la prestación del servicio haya sido deficiente y requiera de alguna forma compensar al usuario por cualquier daño que se le haya inferido.

“Responsable es aquella persona que piensa sus actos, responde por ellos, se hace cargo de sus consecuencias, acepta sus errores, aprende de ellos, los corrige y no los repite.”

1.8 DOCENCIA SERVICIO

1.8.1 Programas docentes institucionales

Actualmente existen 15 programas institucionales vigentes con tres Instituciones de Educación Superior (IES) con las que se tienen convenios especiales para desarrollo de programas en oncología:



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 17 de 132	

Durante el año 2017 se trabajó la documentación necesaria para la renovación de registros calificados de 11 de los programas académicos institucionales. Se actualizaron los libros maestros, se hicieron los cambios respectivos a los currículos y anexos técnicos y se radicaron en el Ministerio de Educación dentro del cronograma establecido.

El programa de doctorado en oncología, en convenio con la Universidad Nacional de Colombia, inició proceso de selección para primer grupo de estudiantes y comenzará su funcionamiento en el 2018.

El programa de maestría en enfermería oncológica en convenio con la FUCS ya está radicado en el Ministerio de Educación y está pendiente de aprobación por el mismo.

La cantidad de estudiantes matriculados en los programas y de graduados por año, es la siguiente:

	2016	2017
Número de programas con registro calificado	15	15
Número de estudiantes activos en los programas	50	54
Número de estudiantes graduados	25	25

1.8.2 Prácticas en educación formal de estudiantes rotatorios

Se cuenta con 34 convenios docencia-servicio vigente y dos convenios práctica, la evolución 2016 a 2017, es:

Tipo de convenio	2016	2017
Docencia – Servicio	33	34
Práctica	1	2

La satisfacción de las IES sobre la gestión institucional de los convenios docencia-servicio según datos de la encuesta aplicada a los representantes de las IES es de un 99%. No se tienen datos comparativos al ser un indicador de medición semestral que se comenzó a medir el primer semestre de 2017.

La distribución de estudiantes rotatorios que asistieron en 2016 y 2017 y el porcentaje de satisfacción, según los resultados de la encuesta de satisfacción a estudiantes, es:

EDUCACIÓN FORMAL	2016	2017
Porcentaje de satisfacción	92,01%	92,10%
Estudiantes rotatorios pregrado	1282	1099
Estudiantes rotatorios postgrado	751	694

En relación a los docentes, parte vital en la educación formal, se realizó la primera convocatoria institucional para el reglamento docente. Se otorgaron cinco reconocimientos como profesor emérito del INC y está en el momento el análisis la documentación presentada por 76 docentes para su clasificación dentro del reglamento.

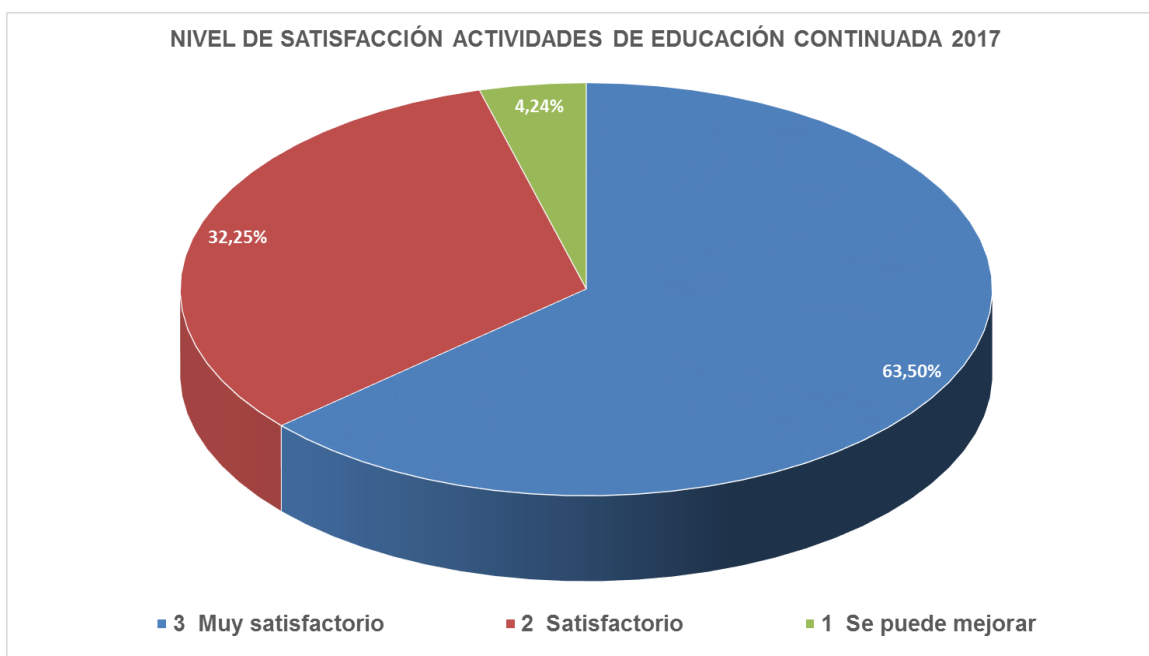
Como parte del convenio docencia-servicio con la Universidad El Bosque, se logró que 17 personas del INC obtuvieran título formal de Especialista en Docencia Universitaria.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 18 de 132			

1.9 PROGRAMAS DE EXTENSIÓN Y EDUCACIÓN NO FORMAL

El plan de educación continuada vigencia 2017 fue elaborado y aprobado por el comité de educación médica del 30 de enero de 2017, conformado por 39 solicitudes de eventos de educación continuada, sujeto a la disponibilidad presupuestal definida por la oficina asesora de comunicaciones, a quien se envió.

La encuesta de satisfacción de las actividades de educación por extensión arrojó los siguientes resultados (datos a tercer trimestre de 2017):



Como parte de las estrategias para fortalecimiento de las competencias en docencia e investigación, se realizó el seminario taller de elaboración y escritura de manuscritos científicos y el seminario de docencia universitaria, en los que se certificaron 16 y 51 personas, respectivamente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 19 de 132			

Nombre de la actividad académica:		SEMINARIO TALLER ELABORACIÓN Y ESCRITURA DE MANUSCRITOS CIENTÍFICOS – EDUCACIÓN CONTINUADA / EDUCACIÓN POR EXTENSIÓN			
Lugar del evento:		HOTEL TEQUENDAMA		Fecha del evento: 26 abril, 3-10-17-24 y 31 Mayo; 7 Junio	
N° Participantes	16	Participantes que diligenciaron la encuesta:	14	87,50%	

¿Cuán satisfecho quedó usted con los siguientes aspectos del curso?	3 Muy satisfactorio	2 Satisfactorio	1 Se puede mejorar			
PROMEDIO	12,17	86,90%	1,50	10,71%	0,33	2,38%

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEMINARIO TALLER ELABORACIÓN Y ESCRITURA DE MANUSCRITOS CIENTÍFICOS – EDUCACIÓN CONTINUADA / EDUCACIÓN POR EXTENSIÓN

■ 3 Muy satisfactorio ■ 2 Satisfactorio ■ 1 Se puede mejorar

Nombre de la actividad académica:		SEMINARIO DOCENCIA UNIVERSITARIA			
Lugar del evento:		AUDITORIO MARIO GAITÁN YANGUAS - INC		Fecha del evento: 23 y 24 Mayo 2017	
N° Participantes	51	Participantes que diligenciaron la encuesta:	27	52,94%	

¿Cuán satisfecho quedó usted con los siguientes aspectos del curso?	3 Muy satisfactorio	2 Satisfactorio	1 Se puede mejorar			
PROMEDIO	20,33	75,31%	5,33	19,75%	1,33	4,94%

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEMINARIO TALLER DOCENCIA UNIVERSITARIA 2017

■ 3 Muy satisfactorio ■ 2 Satisfactorio ■ 1 Se puede mejorar

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 20 de 132	

El uso de plataforma virtual para el desarrollo de cursos en el INC comenzó con la ejecución del contrato para la construcción de la plataforma que se llevó a cabo durante este año. A esta plataforma se migraron los cursos ya existentes pertenecientes al Área de Salud Pública y se desarrollaron los contenidos para el curso de inducción a estudiantes, tanto rotatorios como de programas institucionales.

1.10 INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL

La generación de conocimiento para el control del cáncer en las ocho líneas de investigación: epidemiología, diagnóstico y tratamiento, biología del cáncer, aspectos psicosociales del cáncer, control del riesgo y detección temprana, diversidad y etiología del cáncer, servicios oncológicos y actuar político y cáncer, 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.

1.10.1 Grupos de investigación reconocidos por Colciencias

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

En el año 2017 el grupo de investigación de biología del cáncer subió de categoría B a clasificación A1; los grupos de radiobiología clínica molecular y celular y clínica de seno y tejidos blandos pasaron de clasificación D a clasificación C.



CÓDIGO DE GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	LÍDER DEL GRUPO	INSTITUCIONES QUE LO AVALAN	GRUPO RECONOCIDO	GRUPO INSCRITO PARA MEDICIÓN	CLASIFICACIÓN DEL GRUPO
COL0008629	GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN BIOLOGÍA DEL CÁNCER	ALBA LUCÍA CÓMBITA ROJAS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.	✓	Si	A1
COL0028444	INVESTIGACIONES CLÍNICAS EN CÁNCER	RICARDO SÁNCHEZ PEDRAZA	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.; UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - OFICIAL	✓	Si	B
COL0031243	SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER	CONSTANZA PARDO RAMOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.	✓	Si	C
COL0124155	GREICAH - GRUPO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN CÁNCER Y ALTERACIONES HEMATOLOGICAS	SONIA ISABEL CUERVO MALDONADO	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.; UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - OFICIAL	✓	Si	C
COL0125528	CLÍNICA DE SENO Y TEJIDOS BLANDOS INC	JAVIER ANGEL ARISTIZABAL	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.	✓	Si	C
COL0131033	PATOLOGÍA ONCOLÓGICA INC	NATALIA OLAYA MORALES	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.	✓	Si	C
COL0159802	GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN RADIOBIOLOGÍA CLÍNICA, MOLECULAR Y CELULAR	PABLO MORENO ACOSTA	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - I.N.C.	✓	Si	C

Convocatoria Nacional para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el Reconocimiento de Investigadores del SNTel. 2017 // Resultado de análisis para la medición de grupos de investigación Convocatoria 2017.

<http://www.colciencias.gov.co/convocatorias/investigacion/convocatoria-nacional-para-el-reconocimiento-y-medicion-grupos>

Resultados de convocatoria publicada el diciembre 6 de 2017
<http://www.colciencias.gov.co/convocatorias/investigacion/convocatoria-nacional-para-el-reconocimiento-y-medicion-grupos>

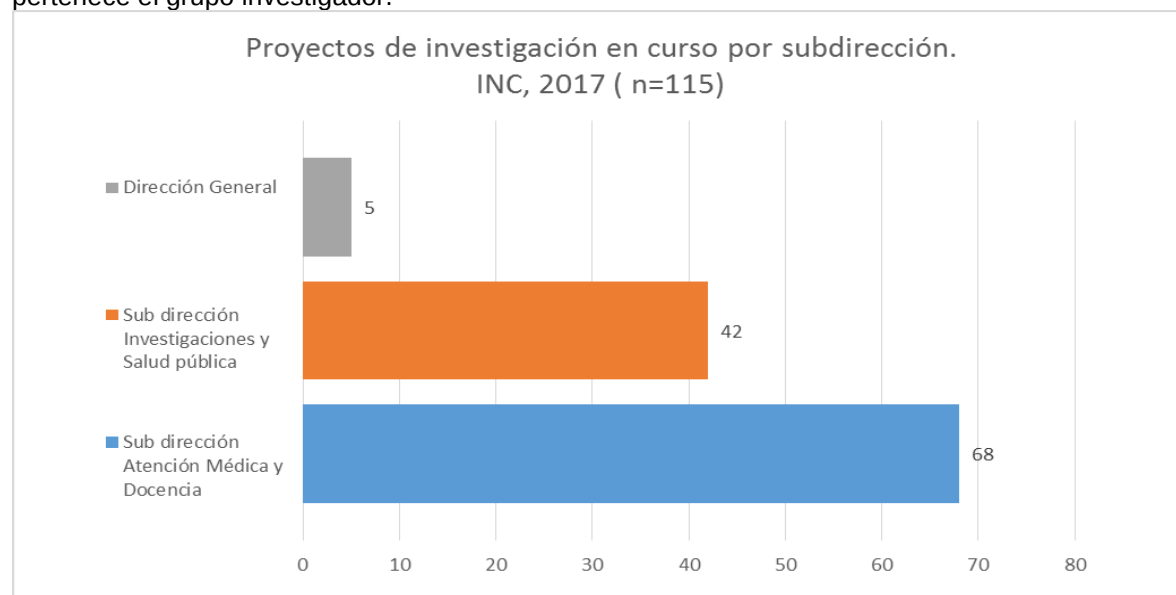
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 21 de 132	

1.10.2 Proyectos de investigación institucionales por grupos de trabajo

Durante el año 2017 se mantuvieron en ejecución 115 proyectos de investigaciones institucionales; de los cuales 18 (16 %) fueron proyectos nuevos (Figura 1).

Los 42 proyectos de investigación registrados como de la subdirección de investigaciones representa los trabajos de los grupos área de investigación (investigación clínica, validación de escalas, calidad de vida, biología del cáncer) y salud pública y los 68 proyectos de la subdirección de atención médica corresponden a los proyectos de investigación clínica registrados como trabajos de grado de los especialistas que desarrollan sus programas de formación en especialidades oncológicas en convenios con Universidades y el Instituto Nacional de Cancerología.

Proyectos de investigación institucional en curso durante el año 2017 agrupados por la subdirección a la que pertenece el grupo investigador.



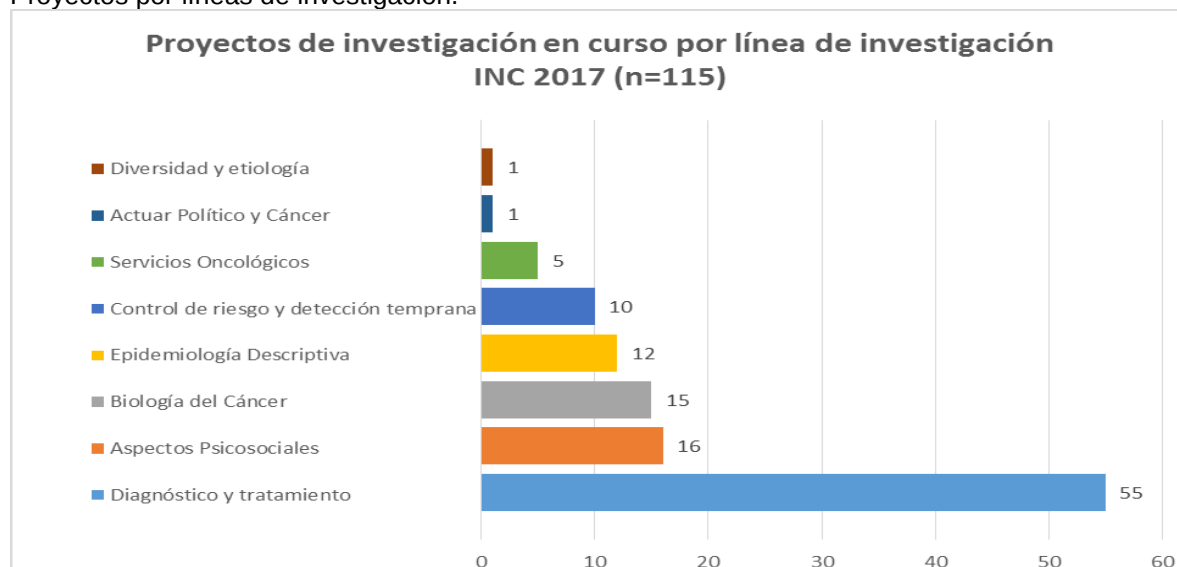
1.10.3 Proyectos de investigación institucionales por líneas de investigación

La producción por líneas de investigación mostrada en la figura 2, evidencia que el mayor número de proyectos se presentan en diagnóstico y tratamiento, aspectos psicosociales que sumados representan 71 (61%) proyectos de investigación clínica.

En los estudios registrados como propios de la institución se están realizando dos ensayos clínicos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 22 de 132	

Proyectos por líneas de investigación.



Fecha de corte 12 Dic 2017

1.10.4 Comisión evaluadora de proyectos de investigación

La subdirección general de investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención con el objetivo de reducir los tiempos prolongados de la evaluación de proyectos de investigación y mejorar la calidad de los proyectos implementó durante el año 2017 la comisión permanente de evaluación de proyectos de investigación que está integrada por cuatro miembros de la subdirección de investigación con formación en Epidemiología clínica, estadística o en metodología de la investigación.

La comisión evaluó 46 proyectos de los cuales fueron aprobados sin correcciones seis (13%), se solicitó correcciones a 30 (65%) y no se aprobaron 10 (21%).

Para el 2018 el reto es no solamente cuantificar los proyectos evaluados sino poder establecer los tiempos de oportunidad de la comisión en evaluar los proyectos y los tiempos de oportunidad de entrega de correcciones solicitada por los evaluadores; lo cual afecta en gran medida la oportunidad de aprobación de los proyectos. Para este fin diseñamos dos indicadores.

(t1) Tiempo de entrega de correcciones solicitadas por la comisión evaluadora = Fecha de entrega de las correcciones a la comisión – la fecha de solicitud de las correcciones.

(t2) Tiempo de la decisión definitiva de la comisión = Fecha de la decisión final – la fecha de radicación del proyecto en la comisión evaluadora.

De la misma forma y con el propósito de mejorar la calidad y la oportunidad de los proyectos institucionales y alinear la investigación a las necesidades de conocimiento del país; así como de estandarizar los tiempos de asesorías, se creó el grupo de trabajo permanente de asesoría de proyectos de investigación de la Subdirección General de Investigaciones; el cual está conformado por epidemiólogos clínicos del área médica y no médica, salubristas y estadísticos.

El grupo de asesoría de proyectos recibió 37 solicitudes de asesoría de proyectos durante el 2017. Culminaron la asesoría con sometimiento al comité de ética 10 (27%) de los cuales cuatro fueron aprobados y seis aún se

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 23 de 132	

encuentran en proceso de aprobación por CEI. Se encuentran en curso 18 (48%), se cerraron 6 asesorías (cuatro por inasistencia de los investigadores y dos por recomendación del asesor).

En total el 84% de las asesorías han mostrado ser eficientes por haber llegado a la presentación de los proyectos al comité de ética e investigación con éxito o encontrarse en curso.

La subdirección de investigación elaboró el documento denominado descripción de la actividad para presentación de trabajos de grado de proyectos de investigación observacionales descriptivos y analíticos (registrado en Siapin bajo el código INV-P01-D-05); en este documento se establecen las actividades que deben realizar los especialistas que presenten proyectos de investigación institucional y se establecen los tiempos para proyectos que sean presentados por especialistas que cursan programas en oncología en la institución en convenios con las universidades

1.10.5 Proyectos de investigación institucionales extrainstitucionales

Los estudios extrainstitucionales en curso son: quince ensayos clínicos de la industria farmacéutica de los cuales seis estudios son nuevos; y dos ensayos clínicos en cooperación internacional con la OMS y SWOG (tabla 2). Durante el 2017 se cerraron 9 ensayos clínicos de la industria farmacéutica, se recibieron 28 solicitudes de estudios de factibilidad de las cuales 23 fueron respondidas (14 como factibles y 9 no factibles) y hay cinco en espera de respuesta.

Por otro lado existen 15 estudios en curso en convenio con diferentes Universidades y otras instituciones diferentes a la industria farmacéutica y que no son universidades, de los cuales dos son proyectos nuevos.

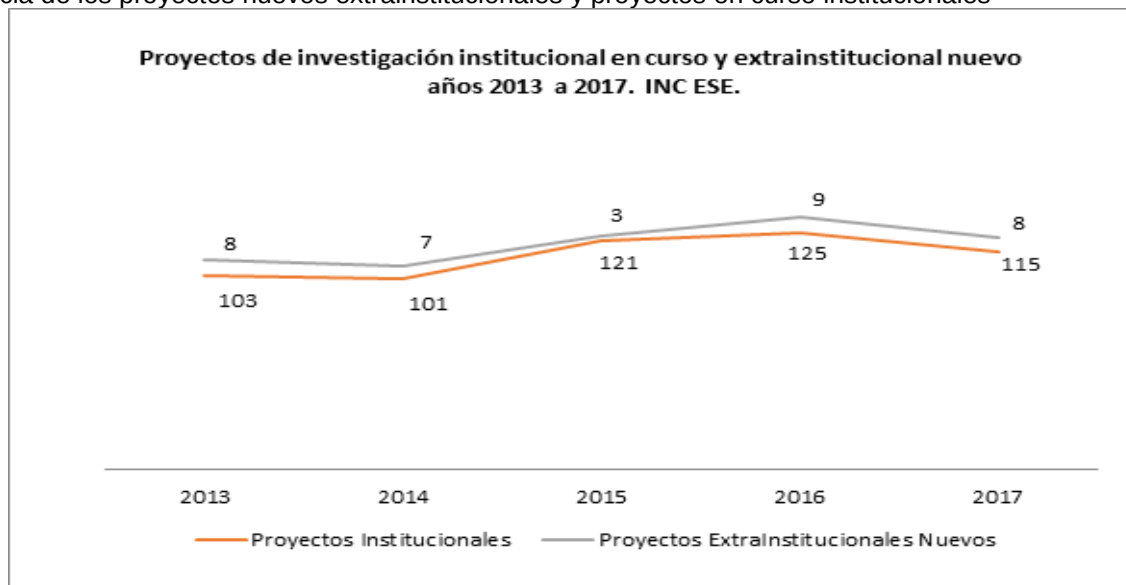
Estudios extrainstitucionales 2017

	Nuevos	Años anteriores	Total
Estudios con la industria farmacéutica	6	9	15
SWOG	0	1	1
OMS	0	1	1
Universidades y Otros convenios	2	13	15
Total	8	24	32

En la figura 3 se grafica la tendencia de los últimos cinco años del número de proyectos nuevos extrainstitucionales y los proyectos en curso institucionales. Observándose una reducción en el número de proyectos en curso en 2017 lo cual es explicado por el cierre de estudios antiguos realizados en los últimos 18 meses.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 24 de 132	

Tendencia de los proyectos nuevos extrainstitucionales y proyectos en curso institucionales



Fecha de corte 12 Dic 2017

En la tabla anterior se puede observar un descenso del número total de proyectos de investigación institucional aprobados por el comité de ética e investigación comparado con los años anteriores lo cual puede tener una explicación multifactorial: En primer lugar la implementación de una comisión de evaluación metodológica de proyectos de investigación con criterios estrictos para mejorar la calidad de las investigaciones, en segundo lugar el comité de ética e investigación tiene a la fecha 23 proyectos en proceso de evaluación y aprobación y en tercer lugar una demora en la presentación de las correcciones solicitadas por los evaluadores (treinta proyectos con correcciones); sin perjuicio de contemplar una baja motivación del grupo de clínicos en la presentación de proyectos

Tendencia de los proyectos nuevos por líneas de investigación aprobados por el comité de ética e investigación en los últimos seis años.

Proyectos Nuevos de Investigación Institucional Aprobados por CEI, por Línea de Investigación							
Líneas de Investigación	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia	13	17	8	15	19	9	72
Control del Riesgo y Detección Precoz del Cáncer	1	0	1	2	1	4	5
Aspectos Sico-Sociales del Cáncer	1	5	2	4	4	2	16
Epidemiología Descriptiva y Sistemas de Vigilancia del Cáncer	3	1	2	5	1	2	12
Biología del Cáncer en la Población Colombiana	6	4	2	4	3	3	19
Actuar político y cáncer	2	0	0	0	1	0	3
Diversidad y Etiología del Cáncer en Colombia	3	1	0	0	0	0	4
Servicios Oncológicos en Colombia	1	3	0	0	2	0	6
Total general	30	31	15	30	31	20	156

Fecha de corte 12 Dic 2017

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 25 de 132			

1.10.6 Proyectos de investigación cerrados

Durante el 2017 de los 44 estudios pendientes de cierre se lograron cerrar 34 (77.2%) La tabla 4 muestra la mejoría en la tendencia para el cierre de los proyectos de investigación.

Cierre de estudios de investigación en los últimos seis años

Tendencia de cierre estudios de investigación 2012 - 2017			
Año	Número de Proyectos		%
	Cerrados	Programados para cerrar	
2012	13	38	34%
2013	10	41	24%
2014	15	42	36%
2015	12	62	19%
2016	40	56	71%
2017	34	44	77%
Total	124	283	44%

Fecha de corte 12 Dic 2017

1.10.7 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 48 artículos aprobados, 34 fueron publicados en revistas nacionales e internacionales

Tabla 5: Publicaciones y ponencias 2017

Producción Científica	
Tipo de publicación	Número
Artículos Aprobados	48
Artículos Publicados	34
Libros (incluye Manuales)	3
Capítulos de libros	15
Ponencias en Eventos Científicos	41
Total	141

Fecha de corte 31 Dic 2017

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.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 26 de 132	

Tipo de publicación	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Artículos publicados internacionales	11	12	8	10	15	16
Artículos publicados nacionales	18	29	38	33	9	18
Libros	3	0	3	1	4	3
Capítulos de libros	1	0	0	0	0	0
Boletines Electrónicos	0	0	0	0	16	15
Total Productos	33	41	49	44	44	52

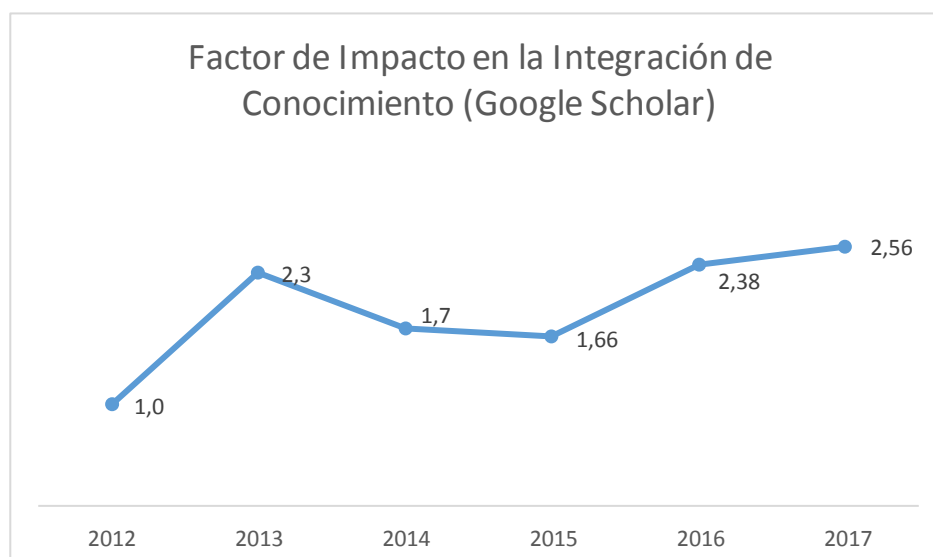
Fecha de corte 31 Dic 2017

1.10.8 Ponencias

Ponencias en eventos científicos 2014-2017	
Año	Número
2014	39
2015	54
2016	45
2017	41
Total	179

Fecha de corte 31 Dic 2017

Factor de Impacto



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 27 de 132	

1.11 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 a Noviembre del 2017 en el portal de elsevier.es 40.050 veces y en el portal de Science Direct 43.190 veces.

Se publicaron en forma cumplida, en portal <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361> tres de los cuatro volúmenes programados para el 2017 (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>.



Enero - Marzo 2017

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-1-S0123901517X00024>



Abril – Junio 2017

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-2-S0123901517X00036>



Julio – Septiembre 2017

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-3-S0123901517X00048>



Octubre – Diciembre 2017

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-4-S0123901518X0002X>

Volúmenes publicados en 2017.

En la tabla se muestran las categorías en las que fueron publicados los 30 manuscritos.

Referencia Vol (n), mes, año	Medio	Manuscrito	Número
*Rev Colomb Cancerol Vol 21 (4) Oct-Dic 2017 -En proceso-	Electrónico	Editorial	1
		Originales	2
		Reporte de casos	2
		Revisión de tema	2
		Subtotal	7
Rev Colomb Cancerol Vol 21 (3) Jul - Sep 2017	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 28 de 132			

Referencia Vol (n), mes, año	Medio	Manuscrito	Número
		Revisión	2
		Reporte de casos	2
		Subtotal	8
Rev Colomb Cancerol Vol 21 (2) Abr - Jun 2017	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	1
		Revisión de tema	1
		Imágenes en oncología	1
		Subtotal	7
Rev Colomb Cancerol Vol 21 (1) Ene - mar 2017	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	2
		Carta al editor	1
		Resúmenes congreso	1
		Subtotal	8
Total manuscritos			30

Fecha de corte 12 Dic 2017

1.11.1 Retos

- ✓ 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.

1.12 SALUD PÚBLICA

Para el año 2017 el Grupo Área de salud pública, se propuso como objetivo principal, posicionar al Instituto Nacional de Cancerología en el mercado de salud pública para el control del cáncer constituido por los planes de salud territoriales y los proyectos de investigación de salud pública, a través del Portafolio para el desarrollo de Planes de Salud Pública Territoriales del 2017 al 2022.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 29 de 132	

PRINCIPIOS BOTOSS	INDICADORES	Trimestre			
	PROCESO GASP (2017)	I	II	III	IV
OPORTUNIDAD	PSP-IND-01 Porcentaje de comunicaciones con ISBN o ISSN para el periodo (semestral)		66.6%		100%
	PSP-IND-03 Porcentaje de comunicaciones tipo boletines electrónicos y otros (semestral)		100%		100%
TRABAJO EN EQUIPO	PSP-IND-04 Porcentaje de cumplimiento compromisos propuestos en el POA (Trimestral)	100%	96.6%	100%	100%
ORIENTACIÓN A RESULTADOS	PSP-IND-05 Publicaciones científicas aprobadas (trimestral)	2	5	0	1
	GSI-IND-32 Impacto de los proyectos de Salud Pública (anual - 2106)	2			3
		(Resolución 3202/2016 RIAS, resolución 1477 de 2016 UFCA)			1) Modelo soporte integral y cuidado paliativos del enfermo crónico, 2) ASIS 2015, 3) Atlas de Mortalidad
	PSP-IND-02 - Eficiencia de los proyectos de salud pública (anual - 2016)	92,18%			92,71%
SERVICIO	PSP-IND-06 Número de ponencias en eventos científicos, académicos e institucionales. (trimestral)	2	11	15	9
	PSP-Prevención-IND-01 - Porcentaje de satisfacción de los usuarios del centro de educación (trimestral)	99.5%	99.9%	99.8%	99,61%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 30 de 132	

1.12.1 Logros

Salud Pública y Políticas y Movilización Social



- ✓ Acuerdo de voluntades para el diseño del Programa de Investigación de la sinergia INC-REDCUPS: Universidades y Tabaco.
- ✓ Acuerdo de voluntades con Grupo de Investigación de Universidades Rosario, El Bosque, FUCS, Los Andes: Cáncer y Compuestos Orgánicos Volátiles.
- ✓ Divulgación de los productos de Salud Pública a través de los mailing institucionales y extra-institucionales.
- ✓ Puesta en marcha del plan de visibilización de Salud Pública (incluye adquisición del stand).
- ✓ Desarrollo del portafolio del Grupo Área de Salud Pública para las acciones del PDCC 2012 – 2021.
- ✓ Desarrollo de las Jornadas de socialización de la propuesta general para re-edición del documento técnico de Movilización Social para el Control del Cáncer.
- ✓ Sometimiento de la re-edición del documento técnico de Movilización Social para el Control del Cáncer.
- ✓ Presentación en el Ministerio de salud y protección social del proyecto de cesación tabáquica -

Intervenciones preventivas sobre los factores de riesgo del comportamiento con el tratamiento individual del tabaquismo – PRIORITIP.

- ✓ Acompañamiento al trámite legislativo del Proyecto de ley 61/2017 Senado, “Por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos frente a sustancias nocivas. “Ana Cecilia Niño”. [Prohíbe el uso de asbesto, Ley Ana Cecilia Niño]”.
- ✓ Desarrollo de una jornada participativa para la actualización de la política institucional en salud pública, con la asistencia de actores claves de diversos sectores, que aportaron desde el abordaje de la salud pública y el control del cáncer en la identificación de acciones para el fortalecimiento del rol del INC respecto a su misionalidad y el desempeño en las políticas públicas que se relacionan con el control del cáncer a nivel nacional.
- ✓ Participación en el Convenio Marco para el control del Tabaco, Colombia junto con el Salvador fueron los dos únicos países de la región de las Américas que fueron seleccionadas para el proyecto FCTC 2030. Este proyecto apoyara la implementación del Convenio en el país hasta el 2021. Evento realizado en noviembre con la participación de una comisión internacional compuesta por delegados del secretariado del CMCT, DE LA Organización Panamericana de la Salud y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- ✓ Emisión de alertas legislativas.
- ✓ Desarrollo de tres Programas de aprendizaje por equipos (PAE):
 - Técnicas de negociación con actores políticos
 - Búsqueda de literatura enfocada a la investigación en salud pública
 - Conocer y apropiar la metodología para la formulación y aplicación de proyectos metodológica.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 31 de 132	

Prevención y Detección Temprana del Cáncer

- ✓ En 2017, se puso en marcha el proyecto de creación del Centro de Prevención y Detección temprana del Cáncer, en la sede San Juan de Dios, cuya inauguración se tiene planeada para el primer trimestre del año 2018.
- ✓ Se certificaron 560 estudiantes en cursos virtuales y se encuentran en curso 111, pendientes por terminar en el mes de diciembre, para ser certificados.



- ✓ Se impartieron 47 cursos presenciales dirigidos a médicos generales, enfermeros y médicos especialistas (Detección temprana de cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer infantil, cáncer de piel, cáncer de colon y recto, Estrategia Ver y Tratar Vía-Vili, toma de citología, formación de capacitadores en detección temprana de cáncer de mama, foros con EPS) para un total de 566 profesionales capacitados en esta modalidad presencial.
- ✓ Se suscribieron convenios interadministrativos con las Secretarías Departamentales de Santander y Casanare, para el fortalecimiento de capacidades de profesionales de salud del primer nivel de atención para la detección temprana del cáncer.
- ✓ Se obtuvo un recaudo de \$ 341.728.878 en 2017 en el marco de la venta de servicios a partir de los cursos virtuales, presenciales y los dos convenios interadministrativos suscritos.
- ✓ Se virtualizó el curso dirigido a médicos generales en detección temprana de cáncer de colon y recto, que iniciará su impartición en primer semestre de 2018.
- ✓ Se impartieron 4 cursos dirigidos a trabajadores del INC, en detección temprana de cáncer de piel, cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de colon y recto y cáncer de cuello uterino, para un total de 110 asistentes.
- ✓ Fue aprobado por Colciencias y se asignó presupuesto por dicha entidad, para el proyecto denominado: "Estimación de la densidad mamográfica de mujeres en Colombia", para iniciar ejecución en 2018. Ya se firmó el contrato entre INC y Colciencias.
- ✓ Se obtuvo beca para asistir el Grupo del INC en nombre de Colombia, al Tercer Curso de Entrenamiento y Detección Precoz de cáncer colorrectal, en el marco del Programa PRENEC, en Chile, durante los días 28 de agosto a 2 de septiembre de 2017.
- ✓ Se participó en convocatoria con la Embajada de Japón en Colombia, sobre Proyectos Comunitarios en Seguridad Humana, con el proyecto llamado "Estrategia Ver y Tratar para el tratamiento inmediato de lesiones precancerosas de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia con regiones dispersas", el cual ya fue pre aprobado por la Embajada en Colombia, y se encuentra en estudio en Tokyo, para aprobación en el mes de enero de 2018.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 32 de 132	

- ✓ Fueron aprobados dos proyectos de investigación por el CEI del INC, de los cuales uno obtuvo aprobación de recursos por inversión nación del INC, para iniciar ejecución en 2018: "Evaluación de la concordancia interobservador en tamización para cáncer de cuello uterino con técnicas de inspección visual VIA VILI".
- ✓ Se diseñó el curso presencial de Actualización en toma de muestra de VPH, el cual ya se inició a ofertar en el portafolio del INC.
- ✓ Se diagramó e imprimió un rotafolio dirigido a auxiliares de enfermería y promotoras de salud, sobre VPH. Se diseñó y diagramó un rotafolio para población carcelaria sobre VPH y pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino, el cual será impreso próximamente. Se diseñó un boletín informativo para población general sobre cáncer gástrico, un boletín informativo sobre cáncer de colon y recto para población general, un boletín informativo para padres de familia sobre vacuna contra el cáncer de cuello uterino. Este material se encuentra aprobado, para iniciar su diagramación y difusión en 2018.
- ✓ Se tamizaron 1.472 mujeres con Estrategia Ver y Tratar VIA VILI, en el marco de un proyecto de investigación "Evaluación de la efectividad del tratamiento con crioterapia", de las cuales se encontraron 103 mujeres positivas y se tomaron 84 biopsias para lectura en el INC.
- ✓ Se desarrollaron los siguientes cursos presenciales dirigidos a médicos generales, enfermeros y especialistas. Tabla 7.

Cursos de detección temprana 2017.

Cursos	No. Cursos	Profesionales participantes
Actualización en toma de citología	12	Enfermeras profesionales, bacteriólogas.
Detección temprana en cáncer de mama	11	Médicos generales y enfermeras profesionales
Técnicas de inspección visual Via-Vili	9	Enfermeras y médicos generales
Detección temprana de Cáncer de Próstata	7	Médicos generales y enfermeras profesionales
Capacitadores en Detección temprana del cáncer de mama	2	Médicos Ginecólogos y médicos familiares
Foros en detección temprana del cáncer de Cuello Uterino	2	Entes administrativos de las EPS de Bogotá
Control de calidad de la mamografía	1	Médicos radiólogos
Detección temprana de cáncer de piel	1	Médicos generales.
Detección temprana de cáncer de Colon y recto	1	Médicos generales y familiares.
Detección temprana de cáncer Pediátrico	1	Médicos generales, residentes de pediatría y médicos pediatras

Fecha de corte 12 Dic 2017

Seguimiento y Evaluación de Servicios oncológicos

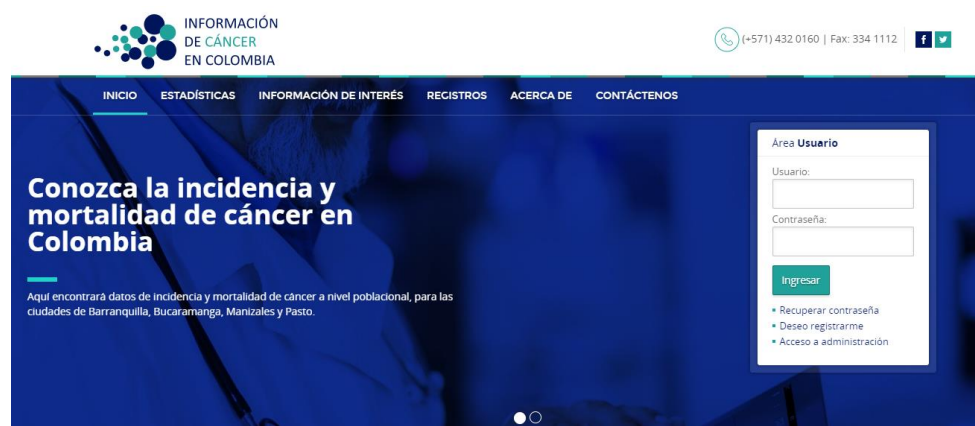
- ✓ El Grupo de Seguimiento y Evaluación de Servicios Oncológicos ha participado activamente en la implementación de la iniciativa internacional CCAN (city cancer challenger) 2025 desafío de ciudades contra el cáncer liderada por la UICC (unión internacional contra el cáncer), en las ciudades de Cali y Asunción (Paraguay).
- ✓ El Grupo está liderando la gestión de un convenio con la Gobernación de San Andrés para desarrollar acciones encaminadas a la conformación de una red de servicios en cáncer asistencia técnica y asesoría en la implementación del Plan decenal de Cáncer 2012-2021.
- ✓ Se ha desarrollado con éxito el proyecto el proyecto de investigación de suficiencia de servicios oncológicos en el Valle del Cauca, iniciativa que se espera sea replicada en otros territorios para el 2018.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 33 de 132	

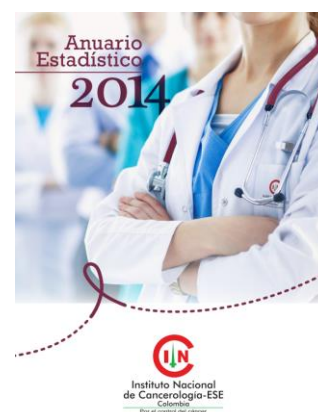
- ✓ El Grupo ha participado en el Consejo Nacional Asesor de cáncer infantil, actualmente lidera junto con HOMI la mesa técnica de CONACAI que busca llevar la implementación del plan de acción a los Entes territoriales.
- ✓ Desde la gestión de la tecnología se ha participado en las mesas sectoriales de equipos biomédicos y en la mesa de salud del SENA, se actualizó el procedimiento de evaluación para la adquisición de tecnologías que se ha alimentado desde las herramientas minihta y matriz de priorización.

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

- ✓ En agosto de 2017, se realizó el lanzamiento oficial de la página web INFOCANCER Sistema de Información de cáncer en Colombia.



- ✓ Se publicó en el mes de febrero de 2017 el boletín epidemiológico número 9 sobre vigilancia epidemiológica del cáncer, resultados de la notificación a SIVIGILA 2015 en menores de 18 años, resultados de los indicadores de defunción 2015 y se sometió en noviembre de 2017 el boletín epidemiológico número 10.
- ✓ Se publicó el anuario estadístico del 2014 y se sometió para publicación el anuario estadístico del 2015.
- ✓ Se realizaron 4 convenios con registros poblacionales de Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Manizales.
- ✓ Se publicó el Atlas de mortalidad 2007-2011.
- ✓ Se realizó el análisis de mortalidad en la base de datos del DANE 2016 y se publicó en Infoncancer.
- ✓ En el Mes de septiembre se realizó el curso de codificación de neoplasias hematológicas y tumores del Sistema Nervioso Central para registros de cáncer. Se realizó la transmisión virtual como centro colaborador de la IARC para los países de América Latina. Los países participantes fueron Ecuador, Argentina, Cuba, México, Panamá, Honduras, Nicaragua, Chile, Brasil, Guatemala, Perú, España, Salvador y Colombia.
- ✓ Realiza junto con el Ministerio de Salud y de la Protección Social un encuentro con los registros poblacionales con el propósito de fortalecer la integración de las diferentes fuentes de información como insumo para la consolidación del Sistema Nacional de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer.
- ✓ Publicación de los artículos: Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología. Revista Colombiana de Cancerología.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 34 de 132	

1.12.2 Retos

- ✓ Seguimiento a medios de comunicación con comunicación diaria a los actores institucionales interesados.
- ✓ Mejorar la visibilidad de las acciones en salud pública del Grupo de Evaluación y seguimiento de servicios oncológicos.

1.13 POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL

Durante el 2017 se obtuvieron un total de **861 impactos** en medios de comunicación (radio, televisión y prensa escrita), lo que genero un ahorro según el estudio de monitoreo de medios de \$ 9.161.915 millones de pesos, un 350% del cumplimiento por encima de la meta. Entre los medios que más reconocieron la labor institucional desde diferentes ángulos podemos encontrar a revista Semana, El Tiempo, RCN Radio, RCN Televisión, City TV, Canal El Tiempo, CM&, Canal Uno, El Universal.



Estrategias con medios

Recursos impresos y videoclips, para la educación en cáncer, con datos estadísticos y un lenguaje sencillo, producto que se ha posicionado como estrategia de promoción y prevención a nivel de medios de comunicación, donantes, pacientes, funcionarios y ciudadanía en general.

Para 2017 se realizaron 6 infografías: cáncer de seno, cáncer de pulmón, mitos en cáncer, tabaco para niños, cuidado paliativo, glaucoma.

Por otra parte, se realizaron 2 boletines de prensa en torno a la cirugía con el robot Da Vinci y el lanzamiento de la nueva plataforma Infocancer, estos boletines fueron difundidos a nivel nacional y se programaron ruedas de prensa en torno a los temas con participación de prensa nacional (RCN, NTN24, Canal Trece, Revista Semana, Canal Caracol, Canal El Tiempo, City Tv).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 35 de 132			



Proceso de transformación cultural permanente.

2. Gerencia



TORTUGA DE RÍO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 36 de 132	

2. GERENCIA

2.1 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Al cierre del ejercicio fiscal del 2017, el Instituto generó un resultado presupuestal de \$61.536.2 millones, lo cual se constituye en la Disponibilidad Inicial para el 2018.

2.1.1 Ejecución Presupuesto de Ingresos

El presupuesto definitivo de ingresos se aforó en \$292.117,7 millones y el recaudo ascendió a \$310.173,3 millones, equivalente a un nivel de recaudo del 106,2%, suma superior en \$18.055,6 millones frente a lo aforado, principalmente por efecto del mayor recaudo por la venta de servicios de salud con un 108,4% y los recursos de capital con un recaudo del 145,6%.

Los recursos propios se aforaron en \$244.168,8 millones y el recaudo fue de \$265.363,4 millones, equivalente a una ejecución del 108,7%, superior en \$21.194,6 millones.

En cuanto a los aportes de la Nación, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$44.809,7 millones que representan el 93,5% de lo aforado.

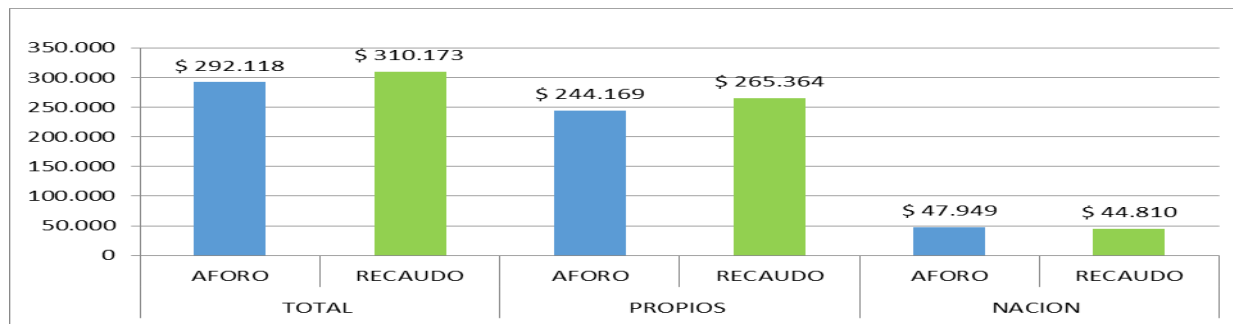
Por Venta de Servicios Salud se recaudaron \$212.154,9 millones frente a un aforo de \$195.763,9 millones, lo que representa una tasa de recaudo del 108,4%.

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 2017					
(Millones de \$)					
CONCEPTO		AFORO	PESO	RECAUDO	
				VALOR	%
	TOTAL INGRESOS	292.117,5	100%	310.173,1	106,2%
1	RECURSOS PROPIOS	244.168,8	83,6%	265.363,4	108,7%
1.1	DISPONIBILIDAD INICIAL	40.409,4	13,8%	41.796,7	103,4%
1.2	VENTA DE BIENES	538,0	0,2%	563,5	104,7%
1,3	VENTA SERVICIOS SALUD	195.763,9	67,0%	212.154,9	108,4%
1,5	OTROS ING EXPLOTACION	1.402,6	0,5%	2.322,3	165,6%
1,6	OTROS INGRESOS	855,0	0,3%	956,4	111,9%
1,7	RECURSOS DE CAPITAL	5.200,0	1,8%	7.569,6	145,6%
2	APORTE NACION	47.948,7	16,4%	44.809,7	93,5%

En el siguiente gráfico se muestra la ejecución total y por recursos, distinguiendo entre nación y propios.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 37 de 132	



2.1.2 Ejecución Presupuesto De Gastos

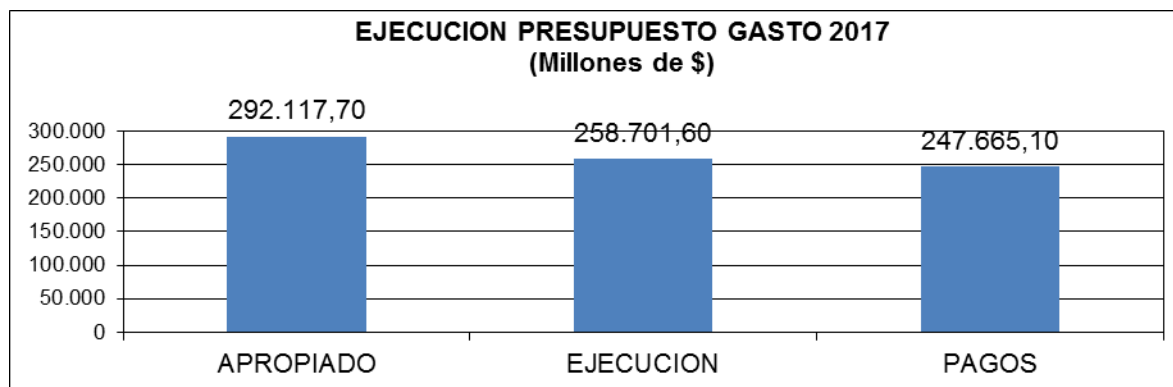
Del total apropiado para gastos que fue de \$292.117,7 millones se realizaron compromisos por valor de \$258.702 millones, que equivale a una ejecución del 89% y se realizaron pagos por valor \$247.665 millones, suma que representa un 96% de nivel de pagos de las obligaciones.

Del total del presupuesto que fue de \$292.117,7 millones se destinaron a Gastos de Funcionamiento \$108.654 millones, que equivalen al 37% del presupuesto, a Gastos de Operación Comercial \$159.708 millones, que representan el 55% del presupuesto, a Inversión el 8% que equivalen a \$23.756 millones.

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

EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS 2017					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
FUNCIONAMIENTO	108.654	93.344	86%	90.611	97%
OPERACIÓN COMERCIAL	159.708	146.809	92%	143.886	98%
INVERSION	23.756	18.549	78%	13.168	71%
TOTAL PRESUPUESTO	292.118	258.702	89%	247.665	96%

El siguiente gráfico muestra la ejecución total del presupuesto de gastos.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 38 de 132			

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$108.654 millones, se realizaron compromisos por valor de \$93.334 millones, es decir, que se ejecutó el 86% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$90.611 millones, equivalentes a un 97% de las obligaciones.

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

EJECUCION GASTOS DE FUNCIONAMIENTO 2017					
(Millones de \$)					
RECURSO	APROPIADO	EJECUTADO		PAGOS	
		VALOR	%	VALOR	%
TOTAL	108.654	93.344	86%	90.611	97%
G. PERSONAL	72.210	63.880	88%	62.934	99%
G.GENERALES	36.071	29.406	82%	27.619	94%
TRANSFERENCIAS	373	58	15%	58	100%

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$159.708 millones, se realizaron compromisos por \$146.809 millones, es decir, que se ejecutó el 92% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$143.886 millones, equivalentes a un 98% de las obligaciones.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de la operación comercial.

EJECUCION GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL 2017					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
COMPRA BIENES	106.850	100.448	94%	99.631	99%
COMPRA SERVICIOS	52.859	46.361	88%	44.256	95%
TOTAL PRESUPUESTO	159.708	146.809	92%	143.886	98%

El siguiente gráfico muestra la ejecución de los gastos de operación comercial



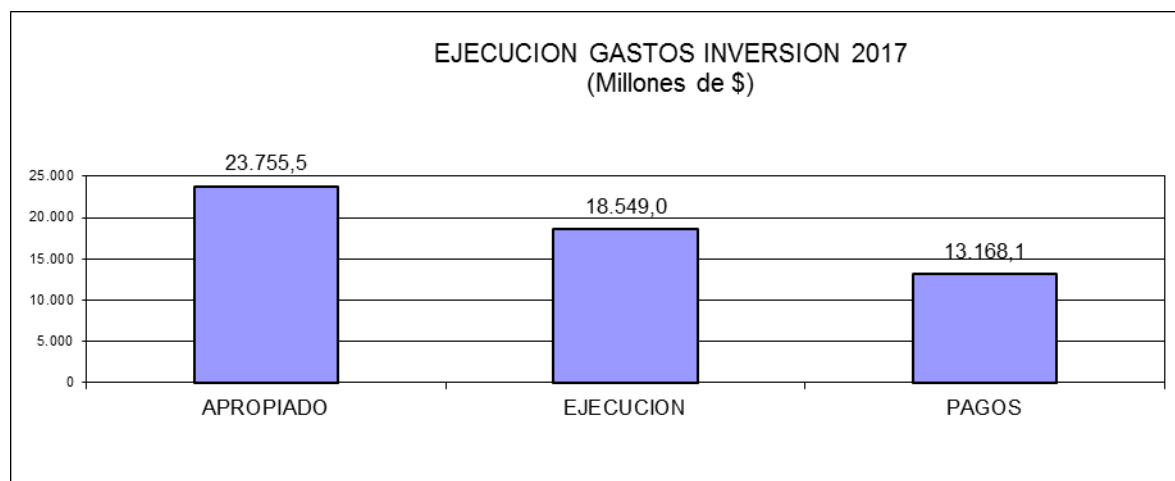
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 39 de 132	

En cuanto a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$23.755,6 millones y se ejecutó el 78%, que representan \$18.549,1 millones, así mismo, se realizaron pagos por valor de \$13.168,3 millones, que equivalen a un 71% de los compromisos efectuados.

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

EJECUCION PRESUPUESTO DE INVERSION 2017					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
CONSTRUCCION, AMPLIACION, DOTACION Y REMODELACION	11.497	7.690	67%	3.921	51%
FORTALECIMIENTO TECNOLOGIA BIOMÉDICA EN EL INC 2015-2021, BOGOTÁ	5.569	4.873	88%	4.650	95%
INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA PARA GENERAR CONOCIMIENTO CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL CONTROL INTEGRAL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	1.218	1.072	88%	868	81%
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE UN PROGRAMA EN SALUD PUBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	1.079	1.002	93%	804	80%
MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN TECNOLÓGICA DE LAS ÁREAS DE DIRECCIÓN, SOPORTE Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DEL INC	4.393	3.912	89%	2.925	75%
TOTAL PRESUPUESTO	23.756	18.549	78%	13.168	71%

El siguiente gráfico muestra la ejecución de los gastos de Inversión.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 40 de 132			

2.2 FACTURACIÓN

✓ Obtener una facturación anual con un incremento del IPC+1 punto

En el 2016 la facturación acumulada fue de \$215.457, 7 millones, superando la meta del POA en un 17,26% y de la empresa tercerizada en un 16,18%.

En el 2017 con corte a noviembre se ha facturado un valor de \$232.526,3 millones superando la meta POA en un 1%

✓ Facturación por línea de pago

La facturación por línea de pago registra, los siguientes datos: El 51% corresponde al régimen subsidiado, 28% al contributivo, el 15% al vinculado y el 6% al resto de regímenes.

✓ Porcentaje de conciliación efectuada respondida

En el 2016 la conciliación de la Glosa comprendida entre junio de 2013 y abril de 2015; se gestionó el 70% del valor asignado.

En el 2017 se registra un avance del 70%. Se continúa con la inoportunidad de citas que asignan las EPS como Nueva EPS y Ecoopsos.

✓ Gestionar la conciliación de la glosa nueva reiterada.

En el 2016 la glosa nueva se gestionó en un 88%.

En el 2017 la glosa se ha gestionado en un 98.83%

✓ Medición del plan de producción versus facturación 2017

La medición de la producción se ha venido realizando mes a mes. Se ha unificado el formato de presentación de los servicios cargados no obstante la información que arroja SAP no es consistente y como plan de mejora se solicitó a sistemas ajustes para el consolidado del reporte final

✓ Entidades adheridas al proyecto de autorizaciones

En el 2016 se dio inicio al proyecto de autorizaciones sin que medie el usuario. Con las siguientes actividades:

1. Socialización del proyecto con las diferentes ERP.
2. Inclusión de la obligación contractual en las minutas de prestación de servicios de salud.
3. Seguimiento en reuniones con las aseguradoras
4. La Supersalud, notificó el compromiso de vigilancia para el cumplimiento de esta implementación y obligación bajo la luz de la norma y proyecto iniciado por el INC-ESE.

En el 2017 el cumplimiento de adherencia es del 91%.

✓ Oportunidad en el trámite de la autorización ante la ERP

En la medición realizada en el 2016 el 72% de las autorizaciones se gestionaban en un rango entre 1 a 5 días.

En el 2017 la oportunidad registra una oportunidad promedio de dos días. En marzo y septiembre la oportunidad estuvo en 3 días.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 41 de 132	

✓ **Porcentaje de autorizaciones gestionadas.**

En el 2016 se gestionaron el 100%, de las cuales el 81% se obtuvo respuesta de las ERP y el 19% sin respuesta.

En el 2017 se ha gestionado el 100% de las autorizaciones.

✓ **Disminuir el tiempo de espera de facturación en el laboratorio clínico**

Para el 2017 el tiempo de facturación en el laboratorio clínico partía de una línea base de 28 minutos y se logró reducir a 20 minutos

✓ **Disminuir el tiempo de espera de facturación en hospitalización.**

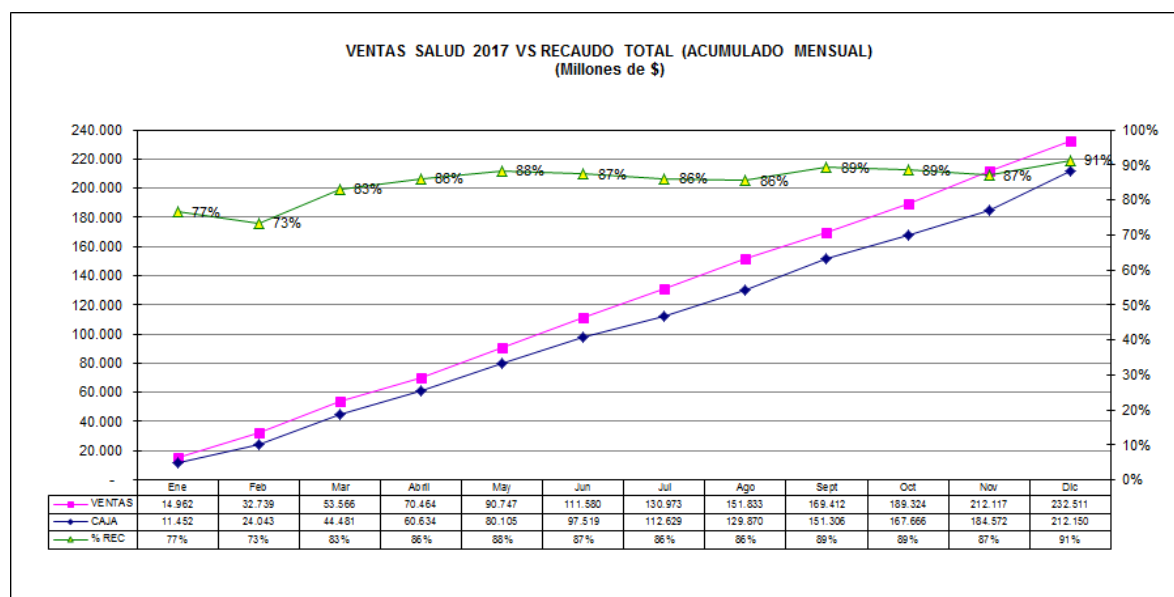
Para el 2017 el tiempo de facturación en hospitalización es de aproximadamente 2 horas

2.3 CARTERA

Durante la vigencia 2017 se facturaron por venta de servicios de salud \$234.082 millones y el recaudo en este mismo período ascendió a \$212.150 millones, cifra superior en un 27% frente al recaudo del 2016.

En el año 2017, con corte al mes de diciembre, se recaudaron por venta de servicios de salud \$212.150 millones, de ellos \$130.527 millones, el 62%, corresponden a servicios facturados en el 2017; \$66.901 millones, el 32%, a servicios facturados en el 2016 y \$14.722 millones, el 7%, a servicios facturados en el 2015 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 77% en el mes de enero a una acumulada para el mes de diciembre del 91%. Esto indica que, por cada peso facturado retornan 91 centavos.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 42 de 132			

2.4 CUENTAS POR PAGAR

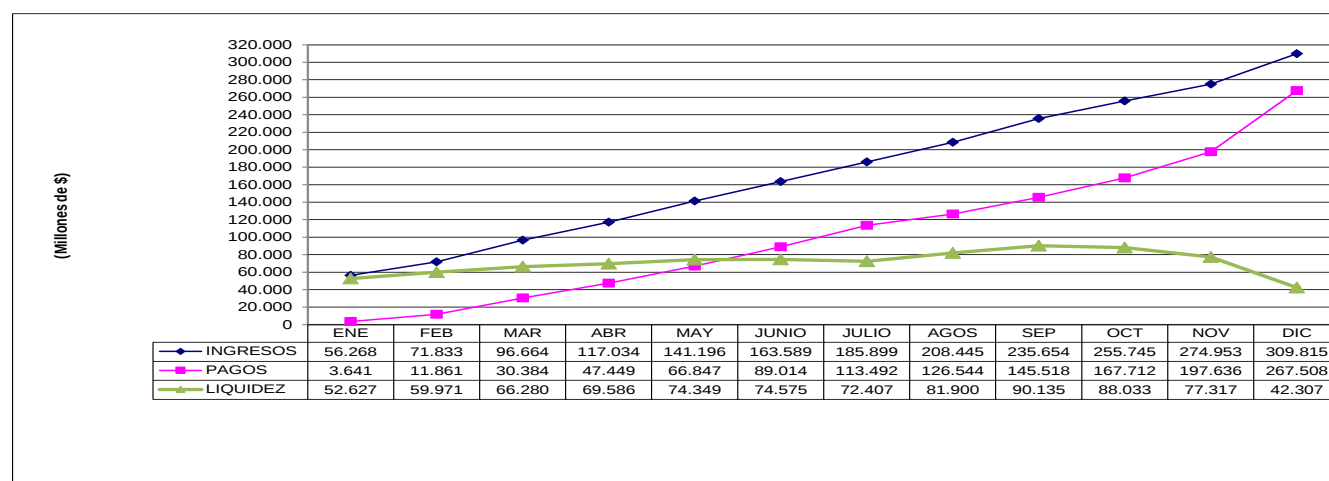
Al cierre de la vigencia fiscal 2017 se constituyeron cuentas por pagar por \$11.036,7 millones, de las cuales \$8.767,7 millones se financian con recursos propios y el restante \$2.269 millones se financian con Aportes de la Nación.

Las cuentas por pagar con recursos propios se incorporaron al presupuesto 2018, en la desagregación. Las financiadas con Aportes de la Nación se incorporarán al presupuesto 2018 mediante una adición presupuestal.

2.5 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 2017, se estima registrar una liquidez del orden de los \$42.307 millones.

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



2.6 ESTADOS FINANCIEROS 2016 BAJO NIIF-NICSP. RESOLUCION CGN No. 414/2014

La Contaduría General de la Nación, como ente regulador de la contabilidad pública y para efectos de la adopción de los estándares internacional, desarrolló la convergencia de la regulación contable Pública hacia Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP), para lo cual clasifico y definió 3 modelos de contabilidad para el sector público, así: 1). Entidades de Gobierno. 2). Empresas que cotizan en el mercado de valores, o que captan o administran ahorro del público y 3) Empresas que no cotizan en el mercado de valores, y que no captan ni administran ahorro del público.

El Comité Interinstitucional de la Comisión de Estadísticas de Finanzas Públicas clasificó al Instituto Nacional de Cancerología ESE, dentro del grupo de empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público.

Para las Empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, la Contaduría General de La Nación, expidió la Resolución 414 de 2014, por la cual se incorpora, en el Régimen

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 43 de 132			

de Contabilidad Pública, el marco normativo aplicable para algunas empresas sujetas a su ámbito y se dictan otras disposiciones. Es decir, que incorporó en el régimen de contabilidad pública, el marco conceptual y las normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos.

En el mes de marzo de 2017, se remitieron los estados financieros comparativos 2016-2015, bajo las NIIF-NICSP, 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, de ellos se destacan en los siguientes acápites del Estado de Situación Financiera, Estado de Resultado General y Estado de Cambios en el Patrimonio

2.7 ESTADO DE SITUACION FINANCIERA

El Estado de situación financiera-ESF- refleja la situación financiera del Instituto al 31 de diciembre de 2016. Presenta en forma clasificada, resumida y consistente, la situación financiera y revela la totalidad de sus activos, pasivos y patrimonio.

Al comparar las cifras del Estado de Situación Financiera al cierre de 2016 frente al 2015, tenemos que, los activos crecieron \$54.944,7 millones, equivalente al 20,1%, explicado básicamente por el efecto positivo de la cuentas por cobrar, las inversiones, las cuentas por cobrar no corrientes y la propiedad planta y equipo, conjugadas con el efecto negativo de la cuenta de efectivo; los pasivos crecieron en \$2.390,6 millones, equivalentes al 11,7%, explicado básicamente por efecto del incremento de los otros pasivos, las provisiones, conjugada con la disminución de las cuentas por pagar, y el patrimonio se incrementó en \$52.554,1 millones, equivalentes al 20,8%, básicamente por el efecto positivo de las cuentas de patrimonio y del resultado del ejercicio.

El siguiente cuadro presenta en forma comparativa las principales cuentas del Estado de Situación Financiera del Instituto Nacional de Cancerología E. S. E.

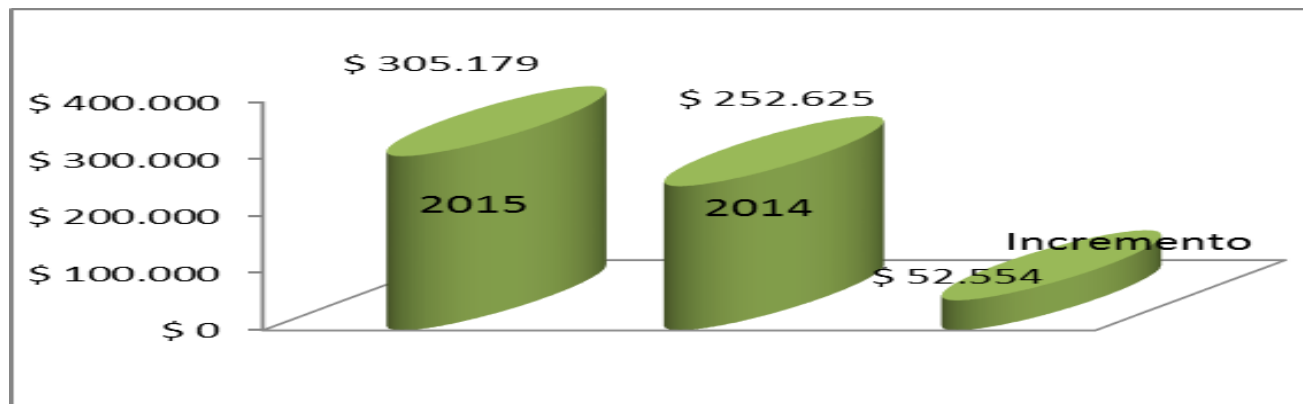
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA						
CONCEPTO	2016		2015		VARIACION	
	Millones \$	Peso %	Millones \$	Peso %	Millones \$	%
TOTAL ACTIVO	328.046,4	100	273.101,6	100	54.944,7	20,1%
TOTAL PASIVO	22.866,9	7%	20.476,3	7%	2.390,6	11,7%
PATRIMONIO	305.179,5	93%	252.625,4	93%	52.554,1	20,8%
TOTAL PASIVO+PATRIMONIO	328.046,4	100%	273.101,6	100%	54.944,7	20,1%

El patrimonio comprende el valor de los recursos públicos, representados en bienes y derechos, deducidas las obligaciones que tiene la empresa para cumplir las funciones de cometido estatal.

A 31 de diciembre de 2016 el Patrimonio del Instituto presenta un saldo de \$305.179,5 millones, revelando un incremento de \$52.554 millones, es decir, una variación positiva del 20,8% en comparación con el valor registrado el año anterior.

En el siguiente gráfico se puede visualizar el incremento del patrimonio del Instituto en el 2016 frente al año 2015.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 44 de 132			



2.8 ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL 2016

Al cierre de la vigencia 2016, el Instituto arroja una Utilidad Neta del Ejercicio de \$16.515,1 millones, cifra mayor en \$12.656,8 millones frente a la obtenida en el 2015 que fue de \$3.858,3 y que corresponde a una variación positiva del 328%.

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

El siguiente cuadro presenta en forma comparativa el detalle del Estado de resultado Integral.

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL				
CONCEPTO	2016	2015	VARIACION	
	Millones \$	Millones \$	Millones \$	%
INGRESOS OPERACIONALES	261.483,8	210.337,8	51.146,0	24,3%
INGRESOS NO OPERACIONALES	13.046,8	13.627,0	-580,2	-4,3%
TOTAL INGRESOS	274.530,6	223.964,8	50.565,9	22,6%
COSTO MEDICO Y ASISTENCIAL	195.051,3	155.467,1	39.584,2	25,5%
GASTOS DE ADMINISTRACION Y OPERACIÓN	42.036,5	50.930,8	-8.894,3	-17,5%
OTROS GASTOS	20.927,7	13.708,5	7.219,2	52,7%
TOTAL COSTO Y GASTOS	258.015,5	220.106,5	37.909,1	17,2%
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO	16.515,1	3.858,3	12.656,8	328,0%

2.9 MERCADEO

✓ Porcentaje Contratos Gestionados

En el 2017 el Instituto contrató con 62 entidades, donde el 29.032% son entidades del régimen subsidiado, 17.74% entidades del régimen contributivo, 4.83% entes territoriales, 17.74% régimen especial, 16.12% investigaciones y 6.45% Radiofarmacia. En la siguiente grafica se relacionan el número de contratos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 45 de 132	



62 CONTRATOS

✓ **Implementar un plan de sensibilización y educación a las ERP**

En el año 2016 se realizaron dos (2) actividades, cumplimiento del 100%.

En el 2017 se programaron nuevamente dos (2) actividades, no obstante, se realizaron seis (6) actividades para un cumplimiento del 300%.

✓ **Percepción del cliente**

En el 2016 la calificación de la percepción de cliente arrojó una calificación del 92% y en el 2017 la calificación es del 87%.

2.10 LOGROS

- ✓ **MODELO PGP:** El modelo inició su implementación el 9 de septiembre de 2017 con CAPITAL SALUD. Se propone revisar el tema de facturación por diagnósticos para COMPENSAR (Melanomas) y NUEVA EPS para Mielomas múltiples.
- ✓ Superar las metas de facturación.
- ✓ Fortalecimiento comercial y contractual con las ERP.
- ✓ Acompañamiento para implementación MiPres contributivo.

2.11 RETOS

- ✓ Se escaló la solicitud a Neoris y realizaron la presentación de una solución que según lo evaluado es viable; ya se presentó el número de horas que requieren para hacer el desarrollo, quedó avalado por sistemas para realizarse durante el mes de enero de 2018. Este desarrollo también daría solución a la facturación global del PGP.
- ✓ La implementación Resolución 1479-2015 (NO POS Régimen Subsidiado), conlleva a ajustes en SAP e implementación de modelos de facturación y reconocimiento de cuentas ante las ERP y los entes territoriales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 46 de 132	

- ✓ Apoyar al Grupo de Costos de los procedimientos especializados para ofertarlos por evento a fin de garantizar una contratación y recaudo más efectivo.
- ✓ Revisar procesos de prestación de servicios sobre la facturación integral para acordar junto con las ERP gestión más eficiente y reducirle tiempos e inicio del tratamiento mediante la gestión de las autorizaciones.
- ✓ RIPS: hacer seguimiento a la calidad del registro de RIPS
- ✓ Lograr áreas adecuadas, suficientes y que permitan una gestión y comodidad ajustada a requerimientos de calidad. Para todo el Area la asignación de sala de juntas para atención de nuestros clientes (Aseguradoras – ERP)
- ✓ Se requiere fortalecer el procedimiento y reducir los tiempos de cargue, respuesta y conciliaciones.
- ✓ Disminuir el porcentaje de glosa inicial del 12% al 8%.
- ✓ Se solicita la posibilidad de un reporte automático para SIHO Y SISPRO
- ✓ Lograr con Contabilidad y Facturación la depuración de facturas que se encuentran con respuesta de glosa, en glosa conciliada o saldos con entidades en liquidación.
- ✓ Mejorar estrategias de ventas mediante capacitaciones de PNL- Coaching(Cliente)
- ✓ Ingresar nuevas líneas de productos - Diagnostico de patologías más frecuentes
- ✓ La contratación con entes territoriales con el fin de asegurar el pago del NO POS del régimen subsidiado.
- ✓ Apoyar el fortalecimiento del Grupo de costos como base para ofertar tarifas y paquetes de acuerdo a las necesidades de nuestros clientes.
- ✓ Apoyar a estrategias Institucionales como Telemedicina.
- ✓ Apoyar y fortalecer la imagen corporativa frente y específicamente a oportunidad ya que impacta negativamente como promesa entregada al cliente y que no se cumple.
- ✓ Apoyar poyo a estrategias de servicio al cliente.
- ✓ Apoyar estrategias de barreras de acceso.
- ✓ En el 2016 y 2017 se han venido fortaleciendo las relaciones comerciales, para ello se dispone con los ejecutivos de cuenta que gestionan los procesos de contratación y solicitudes realizadas por los diferentes clientes. Se realizan visitas comerciales y de seguimiento. En el 2016 y 2017 se ejecutó plan de sensibilización.
- ✓ Se actualizó el portafolio Institucional
- ✓ Se dio acompañamiento e inicio al nuevo modelo de Contratación PGP, con CAPITALSALUD
- ✓ Fortalecimiento relaciones comerciales y conocer expectativas del cliente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 47 de 132			

3. Proceso de atención del cliente asistencial (PACAS)



Atención centrada en el usuario.



Gestión clínica excelente y segura.



Humanización de la atención en salud.

COLIBRÍ CAUCANO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 48 de 132	

3. PROCESO DE ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL (PACAS)

3.1 SOPORTE AL PACIENTE CON CÁNCER

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

- Se realizó la implementación del programa de soporte oncológico en los 13 grupos quedando de la siguiente manera el cubrimiento
- A través de la ejecución del proyecto institucional, se desarrollaron las siguientes actividades específicas:
 - ✓ Inclusión del programa en las actividades que se realizan de inducción por parte de docencia el día de ingreso de fellows y residentes. A la fecha se han realizado 2 charlas en el auditorio.
 - ✓ Se han realizado capacitaciones a las cuales han asistido 358 personas y a 137 médicos y enfermeras se les ha brindado re inducción, dentro de las cuales se incluye acompañamiento en el diligenciamiento de la herramienta.
 - ✓ Socialización de resultados obtenidos en las Juntas médicas de cada una de las unidades en las que se ha implementado la herramienta, se han realizado 9 socializaciones con 78 asistentes.
 - ✓ Se incluyó el monitoreo de los datos con la finalidad de verificar la calidad de la digitación de las herramientas en la plataforma digital.
 - ✓ Contratación, entrenamiento, apoyo y supervisión al profesional de salud líder de la implementación del programa, que realiza el acompañamiento en las diferentes unidades funcionales.
 - ✓ Implementación del instrumento de tamización de necesidades de soporte, en los servicios de Oncología, hematología, cirugía Plástica, gastroenterología, ortopedia y cirugía de cabeza y cuello.
 - ✓ Diseño, organización, coordinación científica del II Simposio de Soporte Oncológico realizado en el Hotel Tequendama los días 3 y 4 de Noviembre/2017 en donde se logró una asistencia de 190 participantes.

Algunos de los resultados encontrados muestran que el promedio de edad de los pacientes en las unidades implementadas esta entre 59 años, con predominio del sexo femenino y de pacientes con necesidades que ameritan intervención.

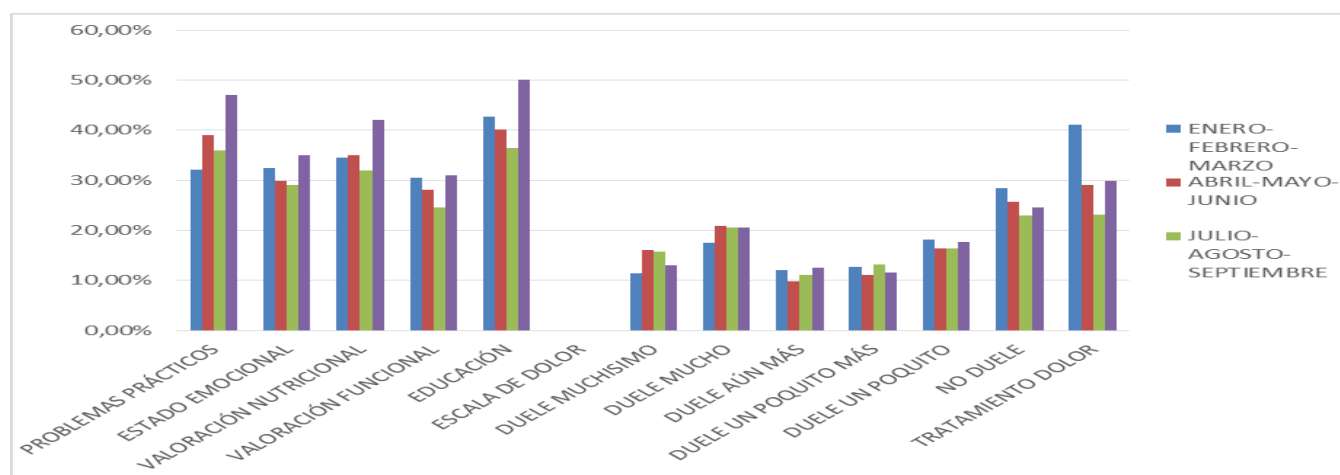
PROMEDIO GENERAL POR DOMINIO	ENERO-FEBRERO-MARZO	ABRIL-MAYO-JUNIO	JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE	OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE
PROBLEMAS PRÁCTICOS	32,18%	39,01%	36,0%	47,0%
ESTADO EMOCIONAL	32,37%	29,91%	29,0%	35,0%
VALORACIÓN NUTRICIONAL	34,58%	34,98%	32,0%	42,0%
VALORACIÓN FUNCIONAL	30,57%	28,09%	24,6%	31,0%
EDUCACIÓN	42,74%	40,05%	36,5%	50,0%

- ✓ Necesidades evidenciadas predominantemente problemas prácticos, estado emocional y estado nutricional.
- ✓ En cuanto al dolor se evidenció una proporción importante de pacientes con dolor sin el tratamiento adecuado.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 49 de 132	

ESCALA DE DOLOR	TRIMESTRE			
	ENERO-FEBRERO-MARZO	ABRIL-MAYO-JUNIO	JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE	OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE
DUELE MUCHÍSIMO	11,46%	16,14%	15,80%	13,00%
DUELE MUCHO	17,52%	20,89%	20,50%	20,60%
DUELE AÚN MÁS	12,10%	9,81%	11,10%	12,60%
DUELE UN POQUITO MÁS	12,74%	11,08%	13,20%	11,60%
DUELE UN POQUITO	18,15%	16,46%	16,40%	17,70%
NO DUELE	28,34%	25,63%	22,90%	24,50%
TRATAMIENTO DOLOR	41,09%	29,00%	23,17%	29,80%

Esta gráfica resume las necesidades identificadas en las unidades implementadas



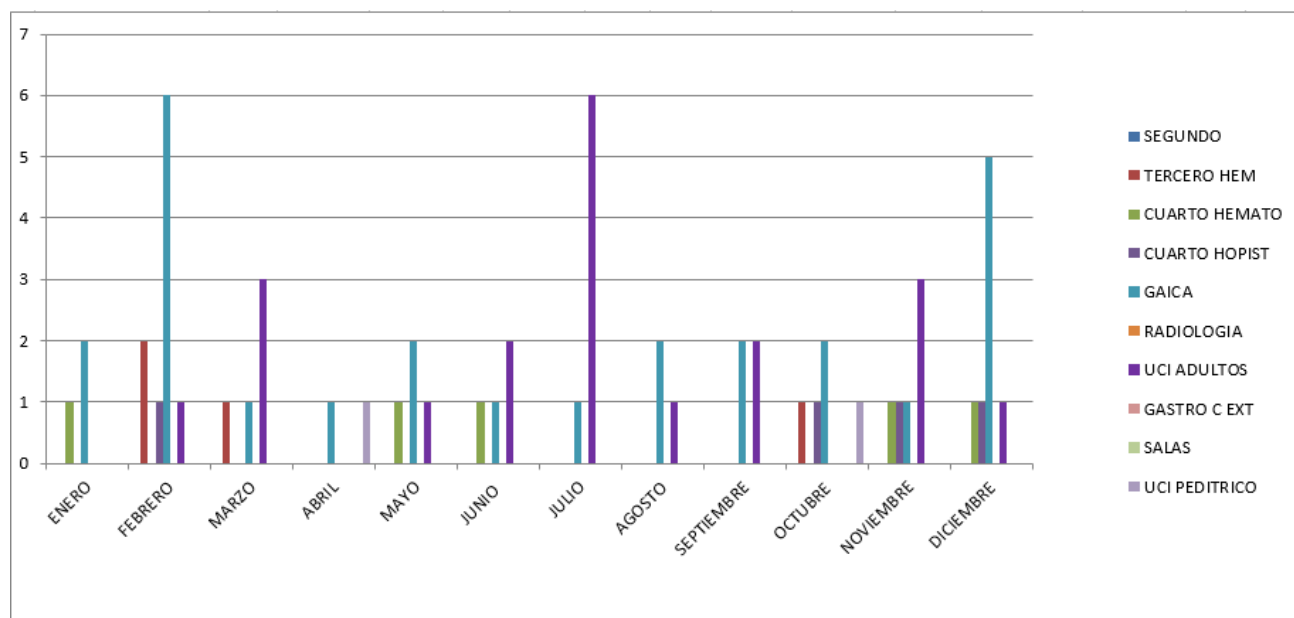
- Estudio y diseño para organización del programa de soporte oncológico en pediatría mediante una amplia revisión bibliográfica y mesas de trabajo interdisciplinario.
- Se realizaron los cursos de reanimación básica y avanzada (BLS, ACLS Y PALS) para médicos, enfermeras y técnicos del instituto.
- Se 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. Se realizaron los términos para contratación de personal. Ya
- Se inició la implementación del programa de atención domiciliaria con la inclusión de sistema de transporte exclusivo para el Instituto y un aumento del volumen de pacientes que se encuentran en el programa en un 40%.
- 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 Arauca y Amazonas. Se coordinó la realización del curso en Barranquilla que se llevará a cabo en el mes de febrero.
- 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 realizaron las acciones necesarias para la definición del alcance del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el INC, revisión bibliográfica, mesas de trabajo con salud pública con la

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 50 de 132	

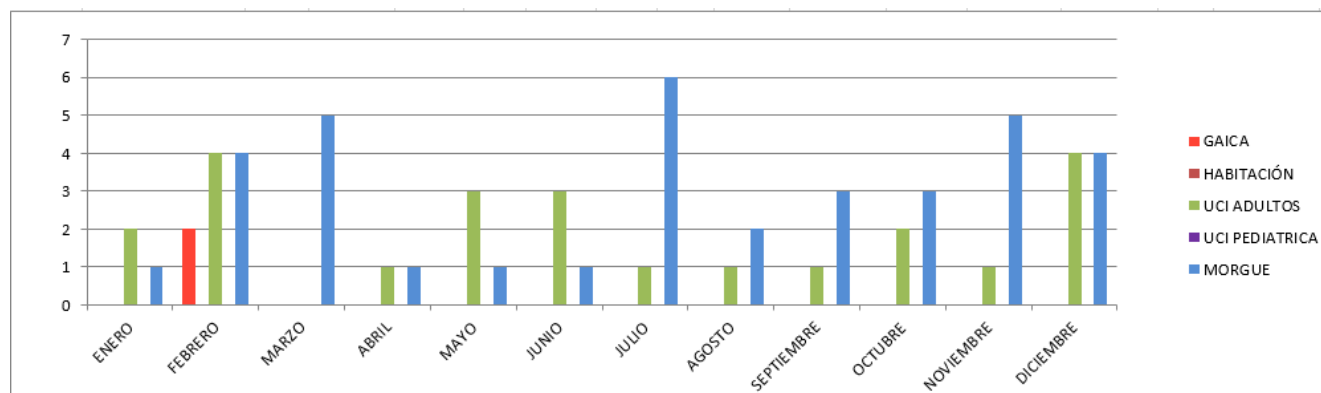
construcción de la pirámide poblacional y el perfil del usuario institucional, estudios de campo y censo de actividades. Se construyó el documento soporte de tal proceso, y el cronograma del mismo.

- 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 CÓDIGOS AZULES POR FRECUENCIA



DISTRIBUCIÓN DE CÓDIGOS AZULES POR DESCENLACE



- 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 150 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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 51 de 132	

con el fin de mantener la continuidad del proceso y la capacitación del personal nuevo. Personal capacitado 91 personas.

12. Se realizó junto con cuidados paliativos la coordinación científica de la visita de la Fundación de Chile 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. Se ejecutó 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. Artículo en construcción.
14. Se participó activamente en los comités de ética hospitalaria y el comité de ética en investigaciones como representación del área clínica.
15. Se realizan mesas de trabajo 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.

3.1.1 Retos

- ✓ Lograr implementar por completo el programa de soporte oncológico e iniciar los seguimientos de los pacientes que ingresan al programa
- ✓ Establecer la participación de especialista en las juntas médicas de decisiones
- ✓ Realizar mesas de trabajo para educación continua de médicos y enfermeras en el tema relacionado a soporte oncológico
- ✓ Desplegar el componente de extensión hospitalaria en el programa de atención domiciliaria
- ✓ Iniciar la medición de los indicadores de cobertura, impacto y oportunidad del programa de atención domiciliaria
- ✓ Renovación de la certificación ACL – BLS de los funcionarios que así lo ameriten
- ✓ Contribuir en cada una de las actividades de acreditación
- ✓ Mejorar la oportunidad de consulta en los diferentes servicios para lograr optimizar la atención oportuna.

3.2 SEGUIMIENTO A SUPERVIVIENTES

3.2.1 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA

SERVICIO: Clínica de urología oncológica INC.

COORDINADOR: Dr. Rodolfo Varela Ramírez

MEDICO GENERAL: Dra. Angie Ramírez Ramírez

El INC cuenta con un programa de atención al paciente superviviente de cáncer cuyo diagnóstico sea confirmado y hayan sido tratados con terapia con intención curativa para el caso de la consulta de urología pacientes tratados con prostatectomía radical o radioterapia externa, estos pacientes requieren como característica la no evidencia de recaída bioquímica, así mismo excluye a quienes se encuentren con terapia hormonal ya sea con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas u orquidectomía bilateral simple.

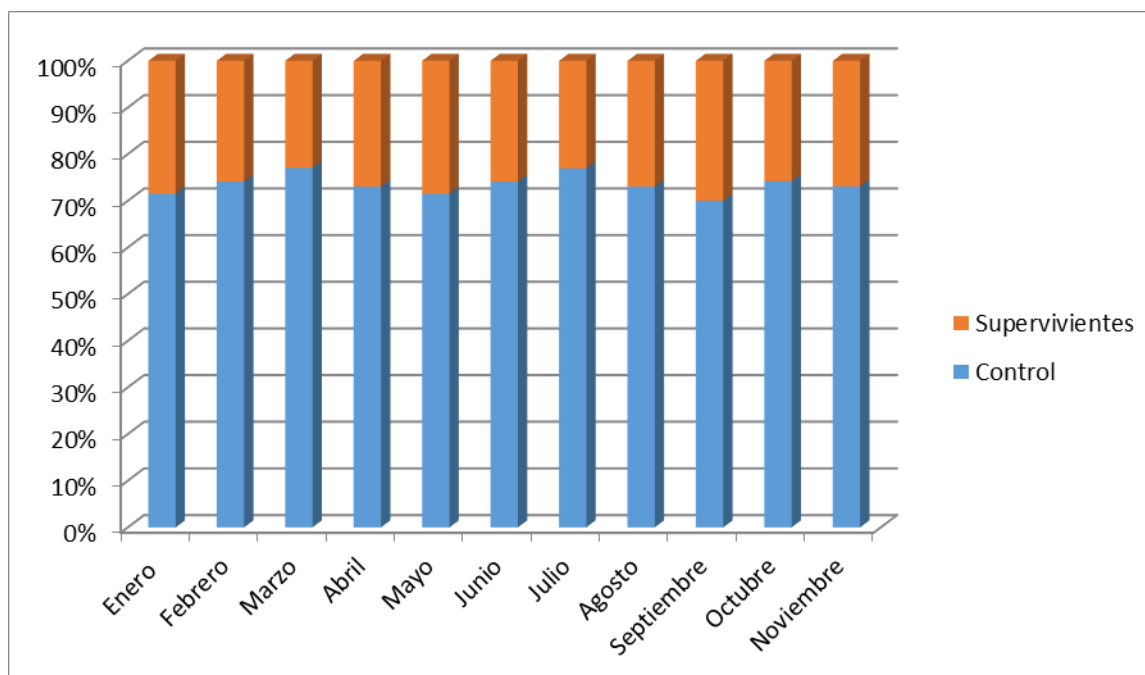
El objetivo de esta intervención es promover el cuidado, la rehabilitación y las necesidades de los largos supervivientes en relación a secuelas oncológicas, riesgo de recurrencia, promoción de la salud.

ESTADÍSTICAS

- ✓ Para el año 2017 desde enero a noviembre en la consulta de urología oncológica se atendieron 52.192 pacientes que incluyen todas las patologías urológicas oncológicas incluida consulta y procedimientos urológicos en general.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 52 de 132	

- ✓ Se atendieron 4.365 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata en la consulta de control, en esta estadística se incluyen pacientes en seguimiento y en tratamiento activo
- ✓ El promedio de pacientes supervivientes atendidos en la consulta de urología oncológica atendidos en el instituto nacional de cancerología osciló entre el 30 y 40%.



3.2.2.1. Logros

- ✓ Identificación de población de pacientes supervivientes de cáncer de próstata.
- ✓ Identificación de pacientes con recaída que requieren tratamientos complementarios.
- ✓ Determinación de los tiempos de seguimiento en los pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata
- ✓ Tamizaje según factores de riesgo para patología malignas prevalente según guías de ministerio de protección social.
- ✓ Identificación de síntomas que sugieren recaída clínica en los pacientes con cáncer de próstata
- ✓ Detección de las complicaciones más frecuentes en el tratamiento con intención curativa: (disfunción eréctil, incontinencia urinaria)
- ✓ Manejo de secuelas secundarias a toxicidad quirúrgica, radioterapéutica y farmacológica.
- ✓ Apoyo psicosocial dirigido según necesidades de la paciente.
- ✓ Rehabilitación integral del paciente oncológico.

3.2.1.2. 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,
- ✓ Promoción de la salud. Reducción del riesgo de desarrollo de comorbilidades o segundas neoplasias.
- ✓ Establecer un programa de detección de disfunción eréctil e incontinencia urinaria

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 53 de 132	

3.2.2 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUPERVIVIENTES CÁNCER DE MAMA

SERVICIO: Cirugía de Seno y Tejidos Blandos INC

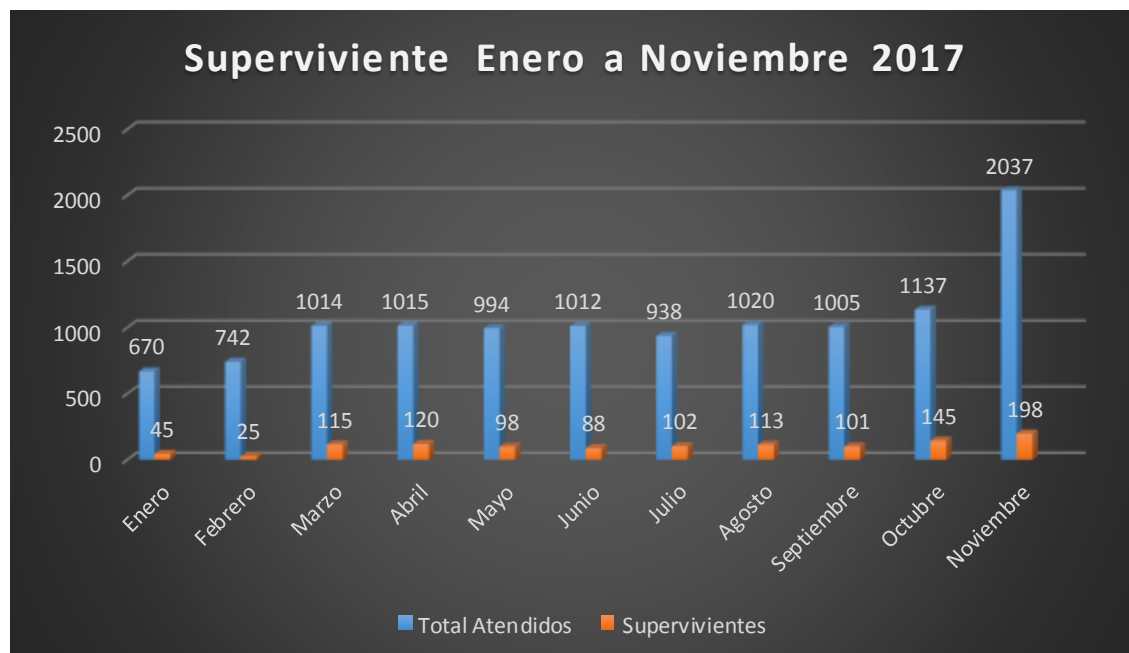
MÉDICO GENERAL: Sara Mendoza Díaz, Medico seguimiento al paciente supervivientes

Fecha de inicio: Agosto 2016 hasta la actualidad.

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.

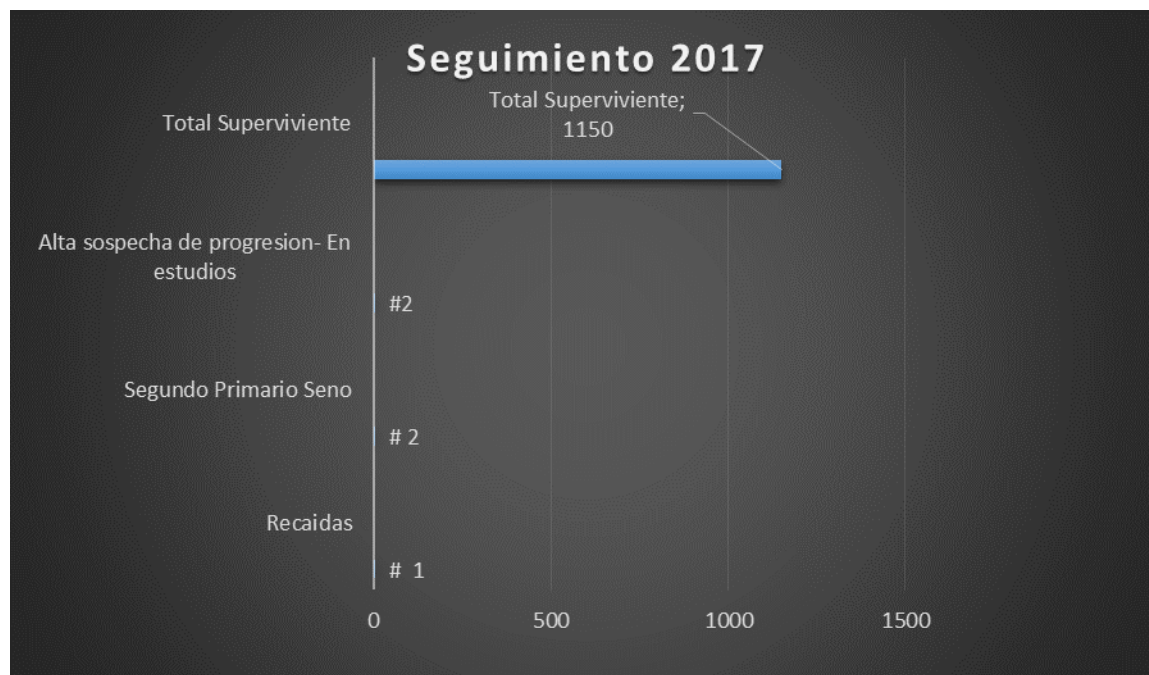
ESTADÍSTICAS

Supervivientes descripción mensual, consulta total atendida / consulta superviviente día.



Seguimiento Supervivientes descripción durante 11 meses, del total de pacientes 1150, identificación de dos segundos primarios de Seno, una recaída y dos pacientes en estudios, por alta sospecha de progresión.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 54 de 132			



3.2.2.1. Logros

- ✓ Identificación de población de paciente supervivientes de cáncer de seno
- ✓ Detección de 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 intervenciones quirúrgicas, tratamiento radioterapéutico 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.

3.2.2.2 Dificultades

- ✗ Recolección del paciente superviviente: La recolección de datos se realiza en el programa SAP, mediante una búsqueda una a una de las pacientes agendadas en el programa diario de consulta externa (lunes a viernes), filtrando por patología y años de tratamiento según lo establecido.
- ✗ En el programa SAP hay una casilla para la consulta control de Seno Superviviente, la cual se entrega a la paciente como consulta anual o consulta de control con exámenes/revisión clínica, pero no hay algo que la identifique posteriormente, o que el sistema logre filtrar todas las pacientes a las que se les ha dado ese control.
- ✗ Algunas pacientes desean el acompañamiento de los profesores y cirujanos tratantes para la finalización de la consulta y revisión anual. De igual manera se explica a pacientes y familiares, en conjunto con docente la función del médico en asistencia y las características del programa de paciente superviviente de cáncer de seno.
- ✗ Inconvenientes con las EPS, en remisión de paciente por no convenio.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 55 de 132	

3.2.2.3 Retos

- ✓ Rehabilitación. Optimizar el potencial de salud del superviviente.
- ✓ Vigilancia de las recaídas. Detección precoz de la recurrencia.
- ✓ Intervención precoz sobre las complicaciones relacionadas con el cáncer y su tratamiento.
- ✓ Identificar secuelas acumuladas de los tratamientos, y complicaciones 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.

3.2.3 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUPERVIVIENTES DE ONCOLOGÍA

SERVICIO: Unidad de Oncología Clínica

COORDINADOR: Dr. Ricardo Elías Brugés Maya

MEDICO GENERAL: Dra. Laura Juliana Bogoya B.

A continuación se relaciona en un gráfico las consultas del programa superviviente vistas durante los meses de enero (13 pacientes), febrero (23 pacientes), marzo (13 pacientes), abril (14 pacientes), mayo (26 pacientes), junio (21 pacientes), julio (21 pacientes), agosto (16 pacientes), septiembre (22 pacientes), octubre (28 pacientes), noviembre (24 pacientes), diciembre (29 pacientes programados). Además de otros pacientes que durante la semana se han agendado en las consultas de los Oncólogos.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 56 de 132	

3.2.3.1. Logros

- ✓ Se aumentó la consulta de pacientes supervivientes durante el año 2017 a 250 consultas aproximadamente como lo muestra la gráfica.
- ✓ Se logró que más pacientes se adhirieran a la consulta de supervivientes, cumpliendo así sus controles y estudios indicados de acuerdo a la pertinencia.
- ✓ Se ha garantizado la continuidad del seguimiento médico.
- ✓ Sigue mejorando la oportunidad de citas de oncología para los pacientes que están en tratamientos de quimioterapia.
- ✓ Ha mejorado el conocimiento del personal del call center en relación a la consulta de pacientes supervivientes, por lo que la programación de la consulta ha sido un poco más sencilla para los pacientes.
- ✓ Se continúa con la búsqueda activa de los pacientes supervivientes para que sean programados en esta consulta.

3.2.3.2 Retos

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

- ✓ Aun no se cuenta con un consultorio fijo disponible para que la Dra. Bogoya realice esta consulta de lunes a jueves por lo que por ahora se sigue 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.
- ✓ Lograr que todos los profesionales Oncólogos, remitan a los pacientes considerados supervivientes a la consulta y poder así continuar su seguimiento.
- ✓ 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.
- ✓ 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, sin embargo en ocasiones se olvida esta anotación y se genera confusiones para la solicitud de la consulta retornando nuevamente a la consulta de oncología clínica.
- ✓ Mejorar la 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.

3.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE

3.3.1 GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de gestión de seguridad del paciente consiste en desarrollar programas que conduzcan a la mejora de la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en los servicios de hospitalización y consulta externa a través de un cambio cultural en las prácticas desarrolladas.

Su objetivo principal es establecer los lineamientos necesarios a adoptar en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E en pro de disminuir la incidencia o aparición de posibles problemas de seguridad del paciente, mediante la utilización de herramientas que identifiquen los riesgos; planear, implementar y evaluar métodos de gestión de eventos que permitan prevenir su ocurrencia en los procesos de atención en salud.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 57 de 132	

3.3.1.1. Retos

- ✓ Desplegar la educación al familiar y/o cuidadores del paciente con inmovilidad prolongada con salida para la casa y entrega de material educativo. (Folleto en construcción actualmente).
- ✓ Optimizar el acompañamiento al personal de enfermería que labora en los diferentes servicios de GAICA, UCIs adultos y tercero occidente donde se hace necesario según los indicadores obtenidos durante el año 2016 fortalecer la adherencia de los cuidados dirigidos hacia la prevención de las lesiones en piel por presión.
- ✓ Incentivar al personal de enfermería la importancia de realizar los cambios posturales en equipo con el fin de evitar lesiones en piel por fricción en el paciente y/o lesiones en la columna en el personal de enfermería quienes realizan dicha actividad.
- ✓ Aplicar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de las prácticas seguras y la disminución de las Úlceras por Presión. Chequeo cruzado: Verificación de registros de listas de chequeo contra revisión de la piel del paciente.

ruta del paciente



LESIONES EN PIEL



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 58 de 132			

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



CAMPAÑA PÁSAME EL PATO

En el año 2017 se realizó una campaña de sensibilización llamada “pasa el pato” dirigida al personal, la cual busca concientizar al personal sobre la importancia de brindar el pato cada 2 horas e indagar sobre la atención de las necesidades primarias.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 59 de 132			

3.3.2 EVALUACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Las evaluaciones se le entrega personalmente a cada una de las personas evaluadas. El personal de enfermería con resultados bajos debe realizar actividades de educación en los diferentes servicios de hospitalización con el fin de socializar las fallas más comunes.

EVALUACIÓN ADHERENCIA A ESCALAS Y NOTAS DE ENFERMERÍA 2017								
Edu. caídas	Regis. Post.	Regis. Venop	Escala caída	Escala de Bradem	Escala Flebitis química	Fij. Lámina	Identif. del paciente	Notas de Enf.
94%	67%	64%	71%	75%	27%	87%	83%	82%

En Junio del año 2017 se socializa el primer boletín de seguridad del paciente en los diferentes servicios de hospitalización, hospital día, urgencias, TAMO, Coordinación hospitalaria, subdirección médica, subdirección administrativa y talento humano.

Página 2

BOLETÍN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Flebitis Mecánica

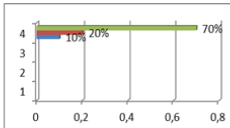
Sabías que?
La principal causa de flebitis mecánica se da por escoger la vana cefálica y/o basilica ubicada en el pliegue del antebrazo.

Recordemos:
Las flebitis mecánicas se asocia con la ubicación, técnica de inserción y calibre del catéter.

Experiencia y habilidad del personal de enfermería
Catéter de gran calibre insertado en una vena de lumen pequeño.
Deficiente fijación y estabilización del catéter.
Zonas corporales de flexión.

No olvides
Las inserciones periféricas deben ser supervisadas al inicio, en la mitad y antes de terminar la jornada.
El dolor es un síntoma inicial de flebitis. *Por favor que no sea subjetivo para ti.*

Indicadores causa de flebitis mecánica



¡Cómo prevenirlas!
Siempre se empezará de **DISTAL a PRÓXIMAL**, de modo que si un intento resulta fallido podremos ascender por el recorrido venoso para un nuevo intento.




Importante
La complicación de cualquier tipo de flebitis puede terminar siendo bacteriana.

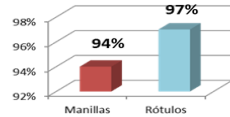
Página 3

Identifica bien a tu paciente

Sabías que?
La inadecuada práctica de cortar la manilla de identificación es una causa fundamental de muchos errores.

Recordemos:
Antes de administrar cualquier práctica de salud confirmar los datos del paciente.
Cuando se realiza un traslado se debe entregar junto con el paciente.

Indicador cumplimiento Identificación del paciente



Importante
Verificar el estado de la manilla de identificación cuando los pacientes van a salas de CX, radiología, etc.

No olvides
Los pacientes hospitalizados no deben circular en la institución sin manilla de identificación.

¡No me cortes!
Esto incurre en que los pacientes sufran eventos adversos.



En el mes de septiembre 2017 se instaló en cada una de las habitaciones afiches que contienen los cuidados que los pacientes y familiares deben cumplir para evitar los eventos de caídas y lesiones por presión durante la hospitalización.

En conjunto con el Grupo de Bienestar Laboral se realizó Retroalimentación y Capacitación con la **organización OES**; el cual iba dirigido a la seguridad del paciente Hospitalizado, con énfasis en Riesgos como Caídas, úlceras por presión y administración de medicamentos, determinando estrategias de control para la prevención de Incidentes o Eventos Adversos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 60 de 132	

3.3 HUMANIZACIÓN

3.4.1 CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

3.4.1.1. Logros

Atención a pacientes

- ✓ Publicación de la actualización del Manual de enfermería en el SIAPINC 4.
- ✓ Actualización de 21 alertas de seguridad. INCLUIDO Primer Boletín de Alerta de Seguridad.

Primer boletín de seguridad del paciente

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
22 Junio 2017
Volumen 1, n° 1

BOLETÍN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Motivos de caídas en el INC

Sabías que?

Recordemos

Debemos priorizar

ImportanteDiligenciar correctamente la escala de valoración del riesgo. (J.Downton)

Realizar la educación adecuada al paciente y la familia sobre caídas y sus consecuencias.

Atender al llamado del paciente lo mas pronto posible

Indicador cumplimiento educación al paciente y cuidador en prevención de caídas mes de mayo 2017

¡HEYME CON TU PACIENTE!

¡CADA DOY HORAS DE NO RECURRE!

No olvides las consecuencias

- Hemorragia intracraneana.
- Fracturas (en especial las de cadera generan estancias prolongadas).
- Hematomas y laceraciones en la piel.

CONCEPTO DEL MES PARA APRENDER

!Recuerda!

Evento adverso:
Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño al paciente.

Incidente:
Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño

Florence Nightingale

Seguridad del paciente

3.4.2 IMPLEMENTACIÓN DEL QUINTO SIGNO VITAL (DOLOR)

Durante el 2017 Las enfermeras de cuidado paliativo continuaron con la realización del 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.

El registro del dolor por parte del grupo de enfermería se incrementó a un 94%.

De acuerdo a los registros de enfermería, se observó que para 2017 los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología presentan un dolor controlado, validado por la curva de dolor de registros, en la cual se observa un promedio de 40% de pacientes sin dolor, un 38% dolor leve, un 14% dolor moderado y un 7% dolor severo.

3.4.2.1 Proyectos de Investigación:

- ✓ Percepción del Cuidado de Enfermería dado a los pacientes con cáncer.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 61 de 132	

- ✓ La experiencia de la diada paciente-cuidador familiar en cuidados paliativos durante el proceso de transición hospital – hogar.
- ✓ Efecto de una intervención de enfermería en la competencia para el cuidado en el hogar de las personas con cáncer sometidas a cirugía.
- ✓ Nory Rodríguez. Adherencia a tratamientos oncológicos cáncer de seno.
- ✓ Oscar Javier Estudiante de pasantía investigación Proyecto de grado en Terapia Enterostomal – doctorado de Enfermería. UN de 7 a 1pm. Martha Galindo Investigadora Principal.

3.4.2.2 Plan de atención de enfermería para el cuidado integral del paciente y su familia en el instituto nacional de cancerología

El cual se encuentra alineado al Modelo Institucional del cuidado para el paciente con cáncer, en el manejo interdisciplinario, soporte oncológico y la gestión de la enfermedad, su implementación permite orientar el cuidado de enfermería, unificar conceptos y alcanzar un objetivo común. Dentro del proceso de atención de enfermería, la enfermera que da un buen cuidado en el INC expresa su ser de manera asertiva y veraz, mantiene motivación, es curiosa, proactiva y recursiva con respecto a sus pacientes y familiares. Lidera con fortaleza, optimismo y valor es sensible, su responsabilidad no refleja solamente la votación si no un gran sentido de pertenencia. Esta enfermera da lo mejor de sí, tiene disposición, es paciente, persistente y perseverante.

3.4.3 PROGRAMAS ESPECIALES

3.4.3.1 Cuidando a los Cuidadores

Actualmente se lleva a cabo el programa cuidando a los cuidadores se ofrece principalmente a cuidadores principales de paciente con cáncer, que contactan al servicios de manera directa, o remisión. El objetivo fortalecer la habilidad de cuidado y la calidad de vida, para disminuir la carga de los cuidadores, familiares de pacientes con cáncer. Dentro del programa cuidando a los cuidadores, se viene desarrollando un programa de cuidado para apoyar en el duelo un producto derivado de este programa es el código 7 : decir adiós a los seres queridos que fallecen por cáncer, que tiene como objetivo principal atender mediante un código de alerta al paciente y su familia en la fase final de la vida de manera organizada, con el fin de lograr un afrontamiento funcional de la muerte de una persona por cáncer ; teniendo en cuenta la necesidad de los pacientes de sus cuidadores, sus preferencias al final de la vida.

La cobertura en el programa fue de 1.200 personas cuidadoras de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, se realizó el 100% de talleres grupales y se realizó un 97% de seguimientos telefónicos el 3% restante son relacionadas con llamadas fallidas.

3.4.3.2 Plan de egreso Hospitalario

Es un aspecto fundamental dentro del que hacer de enfermería que permite que los pacientes y cuidadores logren llegar a su hogar con la seguridad de saber cómo desarrollar el cuidado. El paciente y cuidador necesitan una instrucción y un acompañamiento para poder cuidar mejor su salud y fortalecer sus habilidades como cuidador e incluso su propia capacidad para cuidarse, El profesional garantiza el cuidado seguro del paciente, el apoyo al cuidador familiar Guía estandarizada que debe tener establecidos unos pasos secuenciales, organizados y previamente definidos para el cuidado integral Y seguro de los pacientes al interior y al salir de la Institución.

El programa tuvo una cobertura de 921 pacientes con egreso durante el 2017 lo que corresponde al 73% de egresos institucionales. Se brindó educación Diada- Paciente a 2.004 personas que correspondieron a pacientes y cuidadores.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 62 de 132	

Se amplió cobertura de dos patologías en el programa de plan de egreso hospitalario correspondientes a pacientes con cirugía de Sugar-baker y amputación/desarticulación y se inicia con la prueba piloto plan de egreso pacientes ambulatorios el cual incluye inicialmente pacientes posquirúrgicos de las especialidades de Cirugía Plástica, Dermatología y urología.

A diciembre del 2017 se amplía la cobertura a un 100% de las patologías quirúrgicas.

3.4.3.3 Terapia Enterostomal

El programa de Terapia Enterostomal del Instituto Nacional de Cancerología tiene como propósito brindar cuidado de enfermería en dos fases: Prevención "Protocolo de prevención de alteraciones de la integridad de la piel del paciente oncológico" y segunda fase, Tratamiento de pacientes oncológicos con ostomía, heridas de alta complejidad (heridas dehiscentes, infectadas, fistulas, abdomen abierto, lesión dérmicas, lesiones por presión) y lesiones derivadas al tratamiento oncológico (lesiones tumorales, mucositis), impactando adecuadamente en la reincorporación de los pacientes a su vida cotidiana teniendo como figura base los cuidadores, es liderado por enfermeras especializada en el área, inmerso en un equipo transdisciplinario, con base en la evidencia científica, tecnológica y desarrollo de investigación que aporte igualmente al fortalecimiento de la disciplina.

En el 2017 1.500 pacientes oncológicos con heridas, hicieron parte del programa Terapia Enterostomal, de los cuales, en promedio mensual se realizaron 380 curaciones y un total de 373 talleres de educación a pacientes y familiares con relación a las temáticas de paciente ostomizado y lesión tumoral.

3.4.3.4 Cuidados Paliativos PAD

La enfermera de la unidad de cuidado paliativo cumple funciones en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. En cada una de estas áreas se realizan actividades orientadas a brindar cuidado al paciente con síntomas no controlados y/o pacientes en fase avanzada de la enfermedad proporcionando un sistema de apoyo a las familias y/o cuidadores al brindar educación de forma continua sobre los cuidados del paciente en el domicilio y así garantizar que tendrán las herramientas básicas para cuidar al paciente en su hogar.

En promedio para 2017 el programa presento una cobertura del 82% de entrenamiento a los pacientes en manejo por Unidad de Cuidados Paliativos, en el cual realizaron taller individualizado al paciente y cuidador, generando un entrenamiento en cuidados del paciente en el domicilio, el restante 20% se relaciona con los pacientes, que continuaron hospitalizados y los que fallecieron antes del entrenamiento.

Se realizaron 257 visitas del programa de atención domiciliaria a un total de 178 pacientes en manejo por Unidad de Cuidados Paliativos y se realizaron un total del 66% de seguimientos efectivos telefónicos a los pacientes con catéteres subcutáneos implantados en consulta de hospitalización y GAICA, el 34% restante no fueron efectivos por número fuera de servicio.

3.4.3.5 Fertilidad y Cáncer, Salud Sexual Y Reproductiva

Conjunto de actividades encaminadas hacia la asesoría en salud sexual y reproductiva a todo paciente en edad fértil con patología oncológica con probabilidad de tratamiento oncológico atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a todo paciente en edad fértil con patología oncológica con probabilidad de tratamiento oncológico atendido en el Instituto Nacional de Cancerología.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 63 de 132	

Ingresaron al programa durante los meses de octubre a diciembre de 2017 un total de 197 pacientes de los cuales se logró una cobertura del 92% en educación salud sexual y reproductiva (planificación familiar, ITS y disfunción sexual) y se realizaron 285 seguimientos a los pacientes del programa.

Programas Especiales	Productividad	Adherencia	Impacto	Educación
Cuidando Cuidadores	73%	94%	97%	100%
Terapia Enterostomal		92%		100%
Cuidado Paliativos	90%		90%	87%
Plan De Egreso Hospitalario		85%	86%	85%
Fertilidad y Cáncer, Salud Sexual y Reproductiva	11%	100%	29%	9%

Tabla. Resultado Programas Especiales 2017

En octubre del 2017 se establecen directrices e indicadores para el programa de fertilidad y cáncer, lo cual se ve reflejado en el resultado de los indicadores.

3.4.4 LOGROS

- ✓ Se logró adherencia por el personal de enfermería en la educación al paciente y familia sobre el riesgo de caída en un 94%, en donde los servicios como Gaica, UACAI, TAMO, Cuarto Oriente, Cuarto Occidente están en un del 100%.
- ✓ 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 desde el mes de Mayo, no se han registrado dado las medidas preventivas que se han realizado.
- ✓ Se intensificó la presencialidad durante rondas de seguridad para la vigilancia de catéteres periféricos, con el fin de disminuir la incidencia de flebitis mediante acciones oportunas.

3.4.5 RETOS

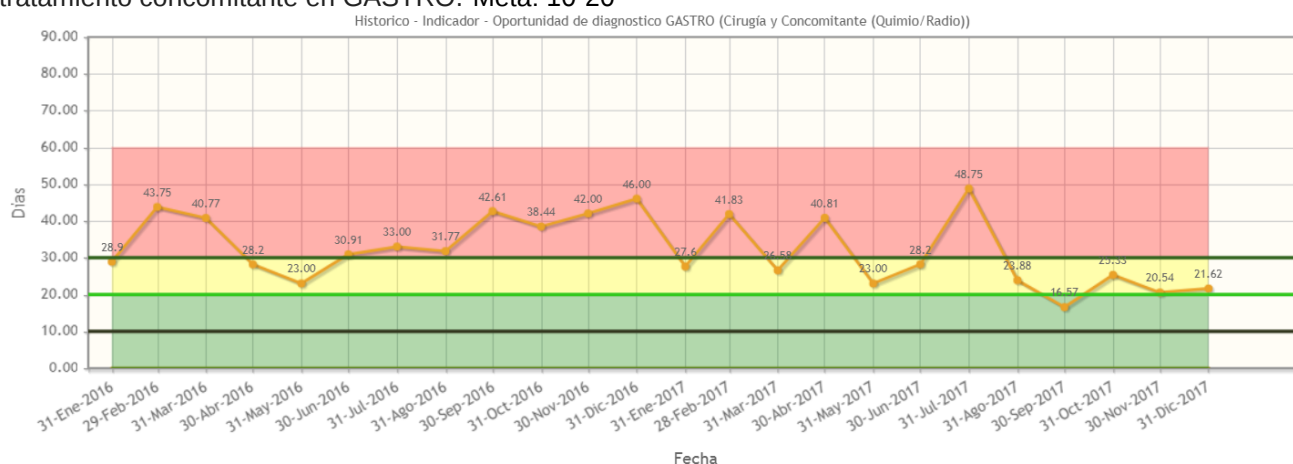
- ✓ Mejorar la cobertura de educación en las enfermeras
 - Jornadas Mensuales de capacitación.
 - Estrategias para disminuir la incidencia de los eventos adversos.
 - Insistir en la realización de cursos de certificación para el personal de enfermería mediante convenios existentes.
- ✓ Implementación 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.
- ✓ Mejoramiento de la comunicación y clima organizacional en el grupo de Enfermería: Para el año 2017 se dirigió a auxiliares de enfermería, los temas seleccionados.
- ✓ Llevar los Programas Especiales como parte fundamental del proceso de Atención en cada una de las áreas.
- ✓ Alinear las Guías de Inducción de los diferentes Servicios de Hospitalización al Manual de Enfermería.
- ✓ Realizar con apoyo de Planeación Procedimiento de Enfermería.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 64 de 132	

3.5 PRODUCCIÓN EN LA ATENCIÓN – INDICADORES

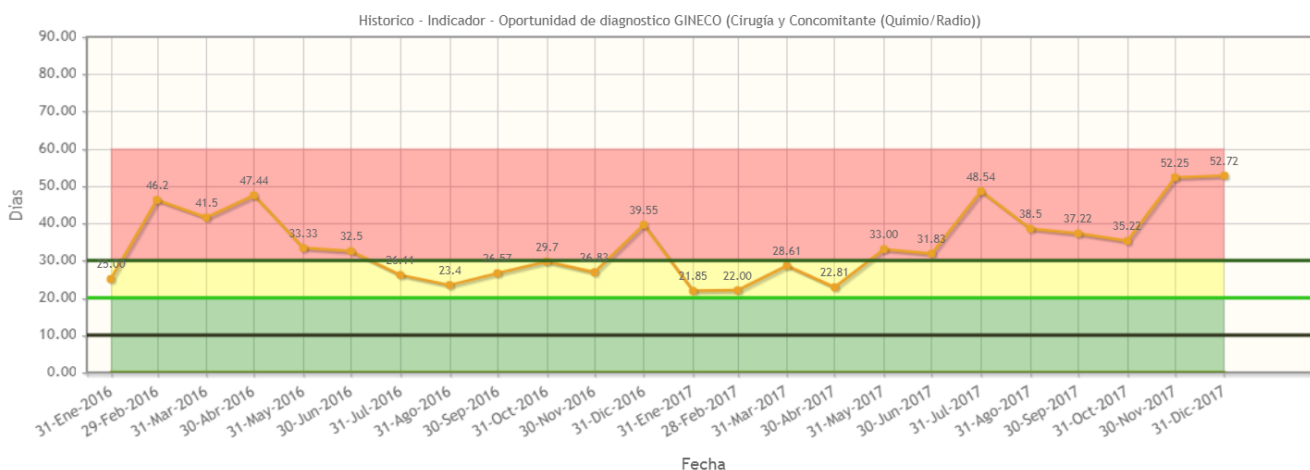
Oportunidad de diagnóstico GASTRO (Cirugía y Concomitante (Quimio/Radio))

Tiempo transcurrido entre la cita de primera vez en GASTRO y la consulta Bidisciplinaria}{Número de Cirugías clasificadas como inicio de tratamiento en GASTRO}+{Número de Quimio y/o Radio clasificadas como inicio de tratamiento concomitante en GASTRO. Meta: 10-20



Oportunidad de diagnóstico GINECO (Cirugía y Concomitante (Quimio/Radio))

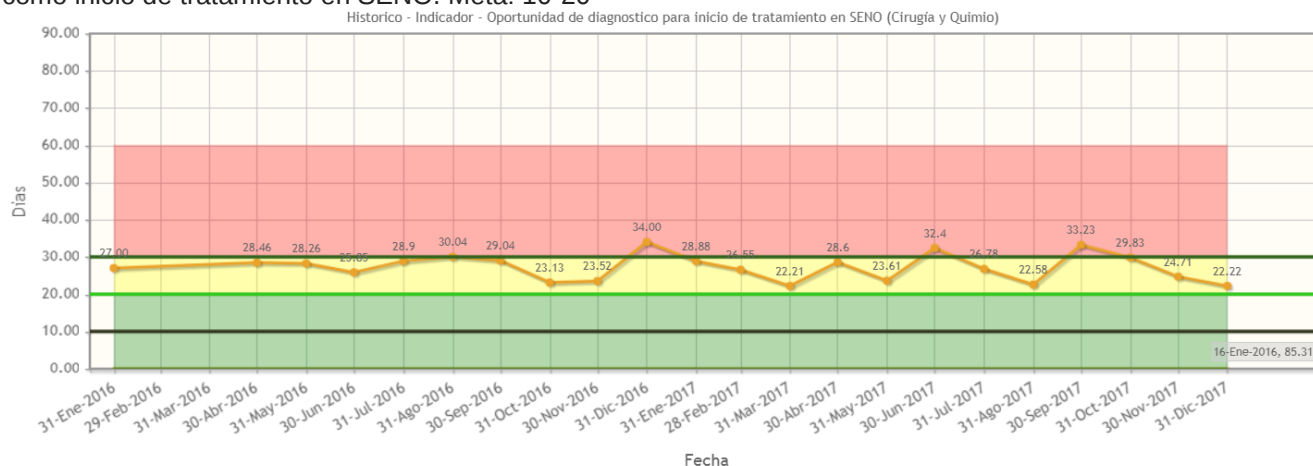
Tiempo transcurrido entre la cita de primera vez en GINECO y la consulta Bidisciplinaria}{Número de Cirugías clasificadas como inicio de tratamiento en GINECO}+{Número de Quimio y/o Radio clasificadas como inicio de tratamiento concomitante en GINECO}+{Número de Quimios clasificadas como inicio de tratamiento en GINECO. Meta: 10-20



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 65 de 132	

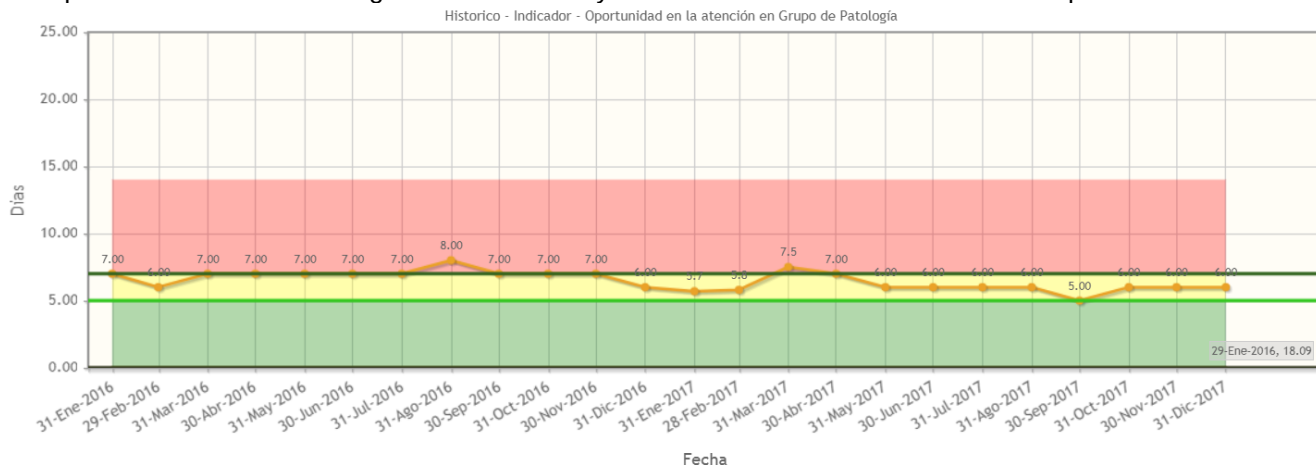
Oportunidad de diagnóstico para inicio de tratamiento en SENO (Cirugía y Químio)

Número de Cirugías clasificadas como inicio de tratamiento en SENO}+{Número de Quimioterapias clasificadas como inicio de tratamiento en SENO. Meta: 10-20



Oportunidad en la atención en Grupo de Patología

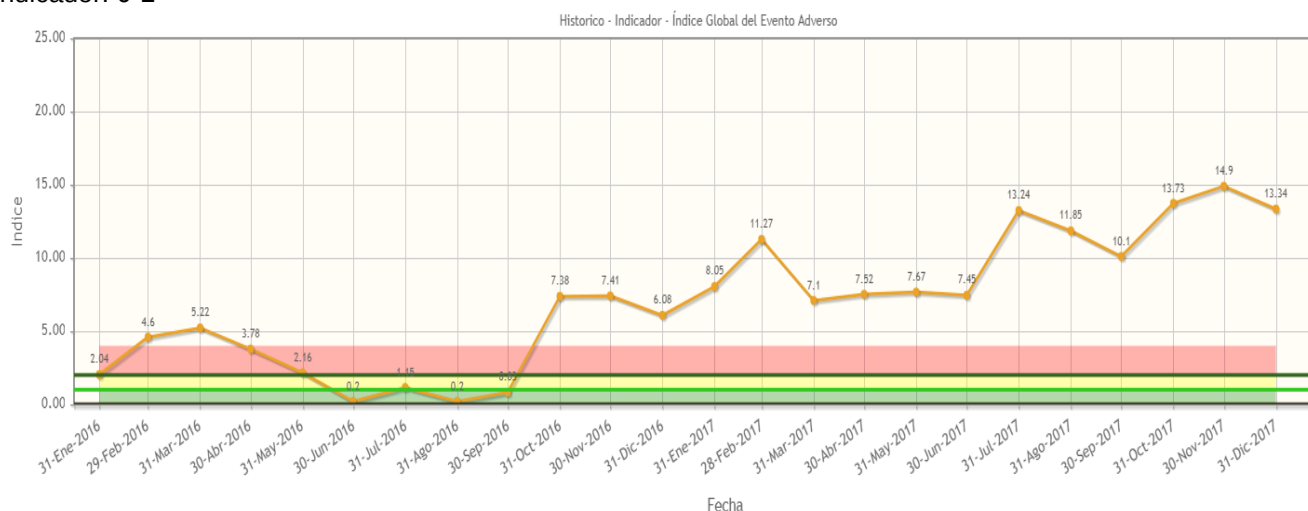
Tiempo transcurrido entre el registro de muestras y el momento en el cual es firmado el reporte. Meta: 0-7



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 66 de 132	

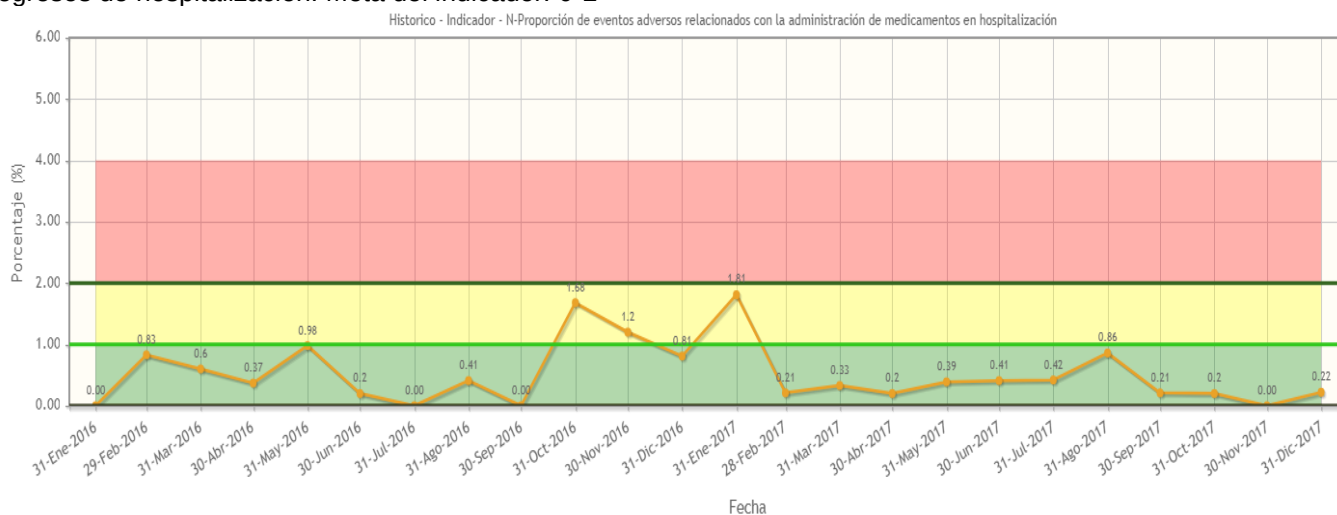
Índice global de evento adverso: **Meta no cumplida**

Número total de eventos adversos detectados y gestionados/Total de egresos de hospitalización. Meta del indicador: 0-2



Proporción de Eventos Adversos relacionados con la administración de medicamentos en los servicios de hospitalización: **Meta cumplida**

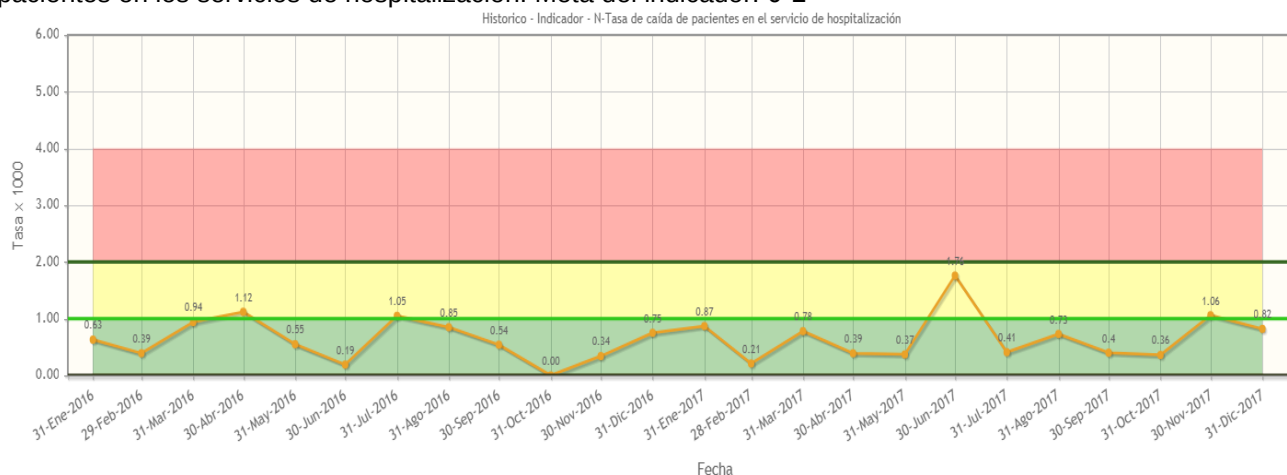
Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización / Total de egresos de hospitalización. Meta del indicador: 0-2



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 67 de 132	

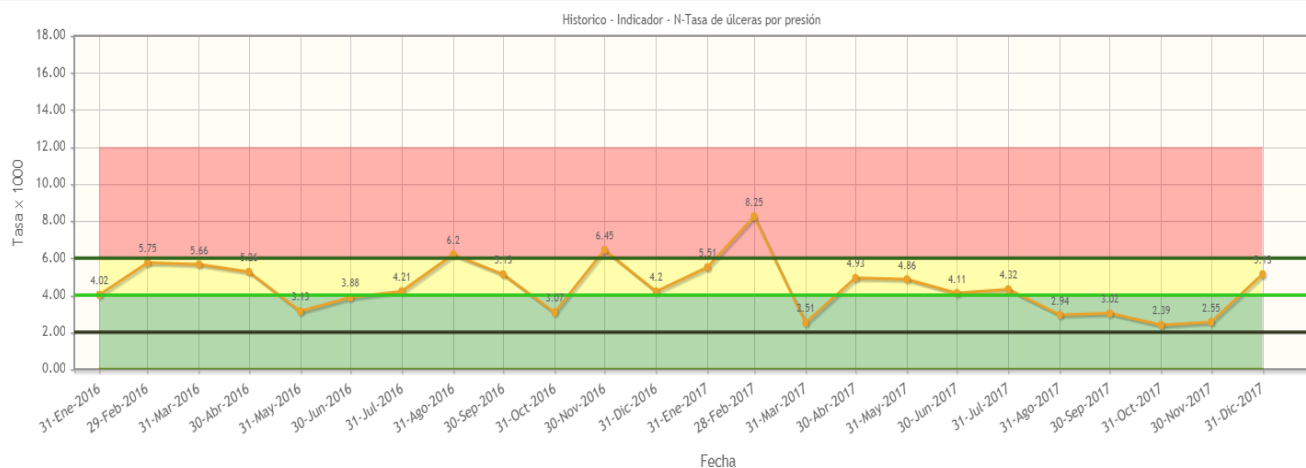
Tasa de caída de pacientes en hospitalización: **Meta cumplida.**

Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización. Meta del indicador: 0-2



Tasa de úlceras por presión: **Meta no cumplida.**

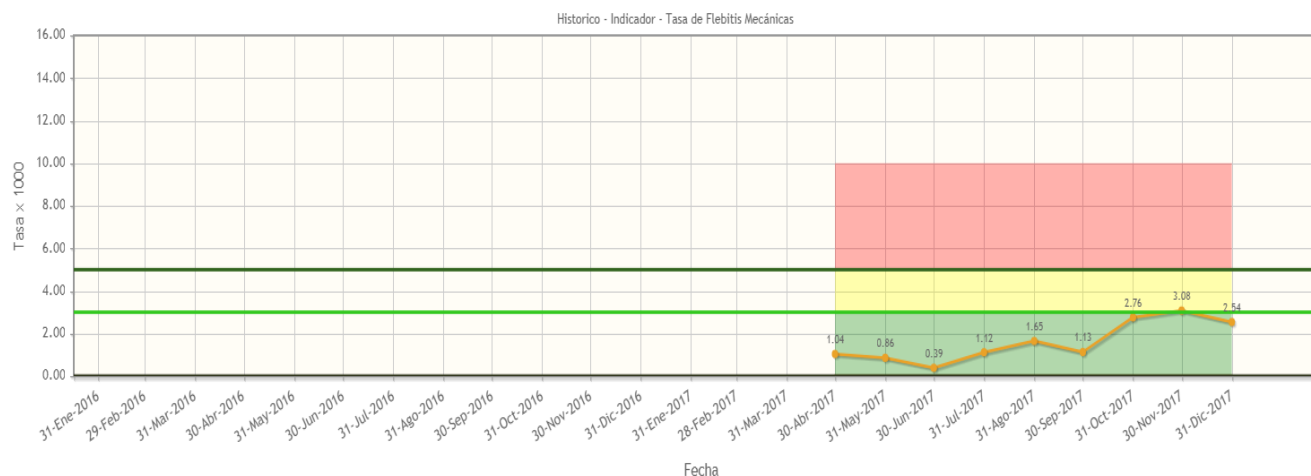
Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización. Meta del indicador: 0-2



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 68 de 132	

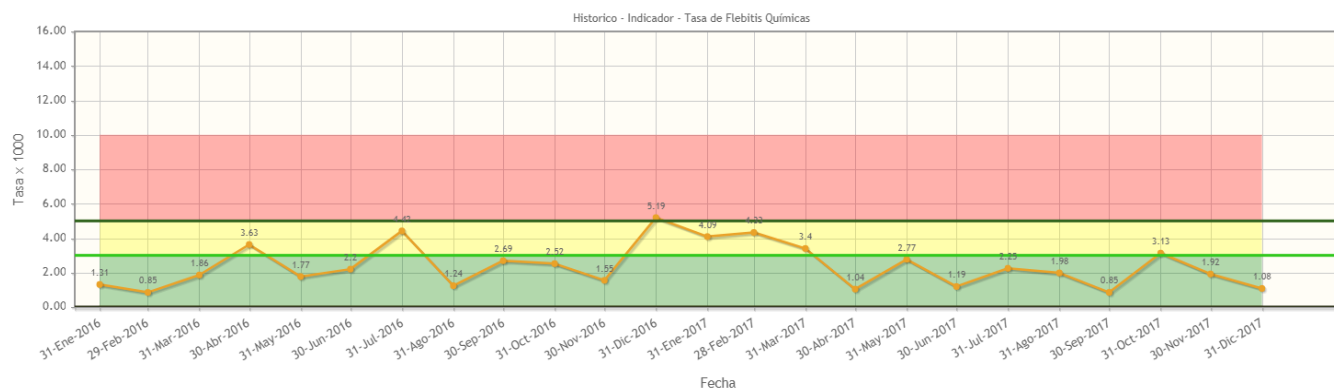
Tasa de flebitis mecánica: **Meta cumplida.**

Número de flebitis mecánicas / Número total de días catéter venoso periférico en el periodo. Meta: 0-5



Tasa de flebitis química: **Meta cumplida.**

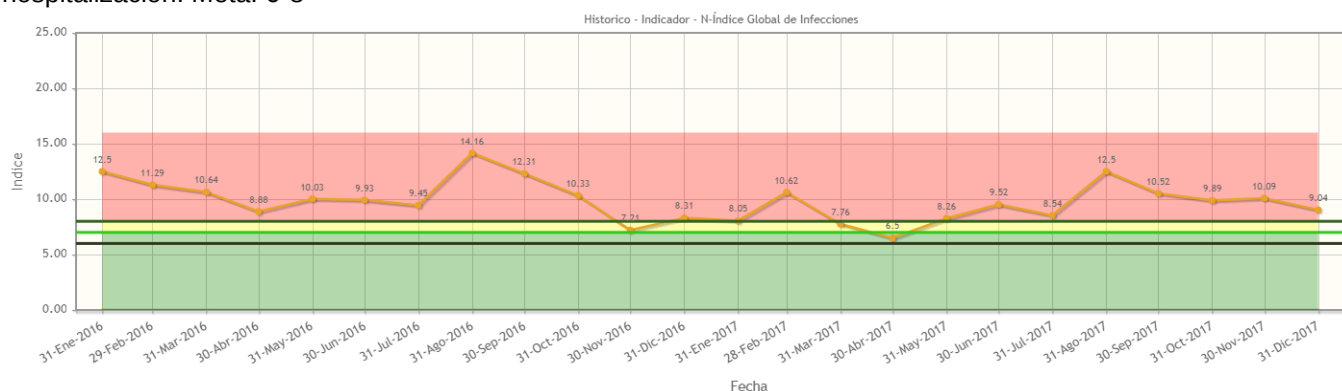
Número de flebitis químicas / Número total de días catéter venoso periférico en el periodo. Meta: 0-5



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 69 de 132	

Índice global de infecciones: **Meta no cumplida.**

Número total de Infecciones Asociadas al cuidado de la salud detectadas en el periodo/ Total de egresos de hospitalización. Meta: 6-8



Tasa global de infecciones: **Meta no cumplida.**

Número total de Infecciones Asociadas al cuidado de la salud detectadas en el periodo / Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización. Meta: 6-8

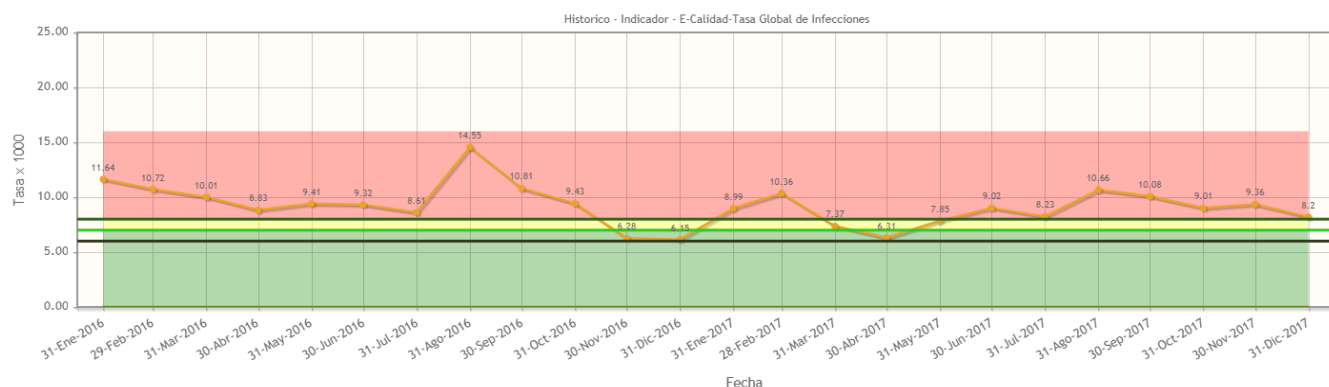


Gráfico. Tasa global de Infecciones, identificadas en los servicios de hospitalización. Fuente SIAPINC INC 2017

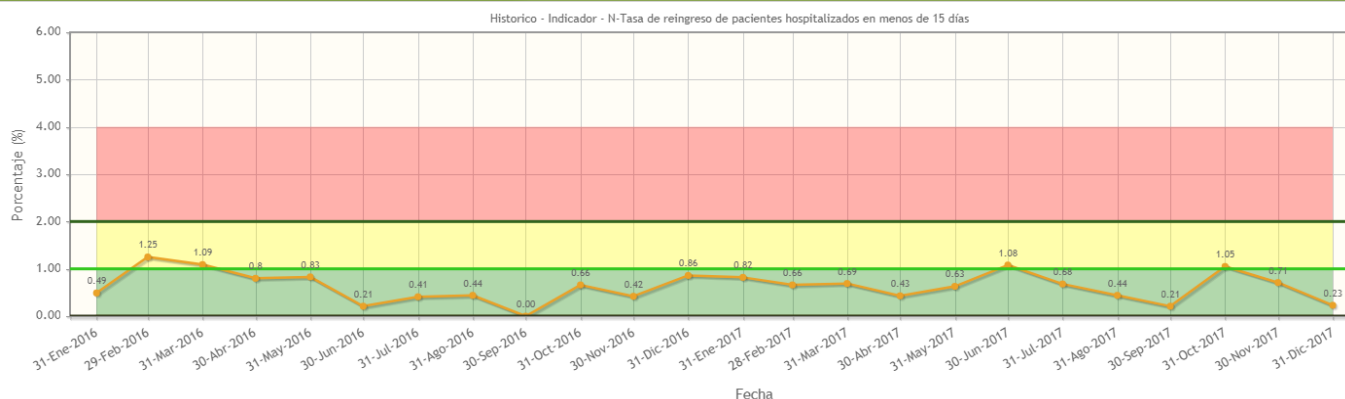
Se sugiere realizar la referenciación con instituciones de misión similar a la del INC que permita comparar estándares y comportamientos de infección en pacientes oncológicos.

En proceso continua la estrategia para mejorar la adherencia al lavado de manos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 70 de 132	

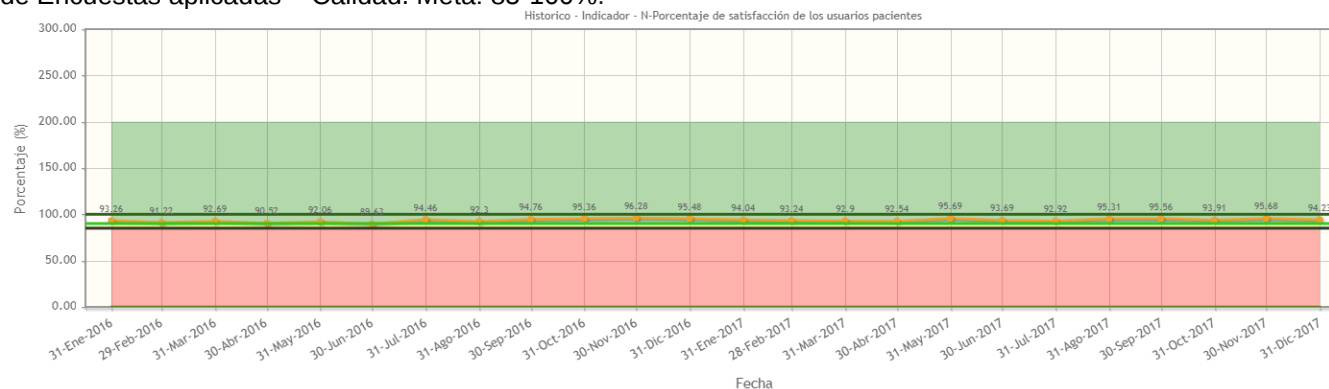
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días: **Meta cumplida.**

Pacientes que reingresan a hospitalización, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso/ Número total de egresos vivos en el periodo. Meta: 0-3



Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes: **Meta cumplida.**

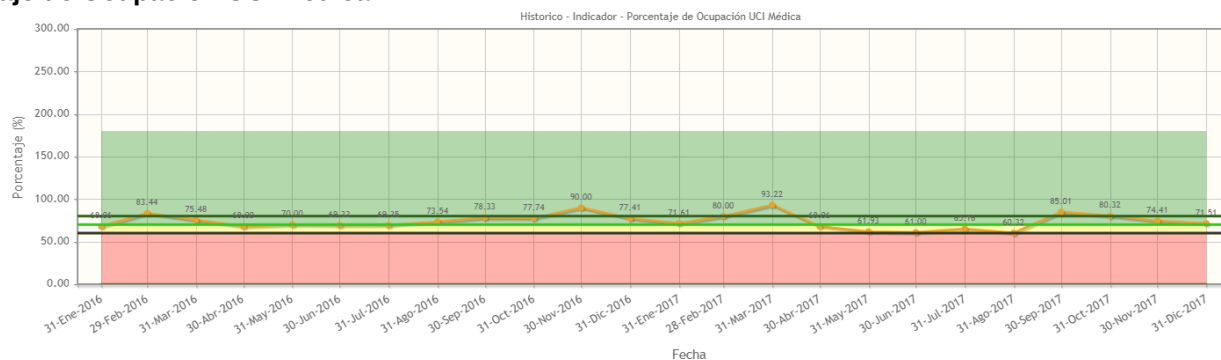
No. Total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la Institución / Número Total de Encuestas aplicadas – Calidad. Meta: 85-100%.



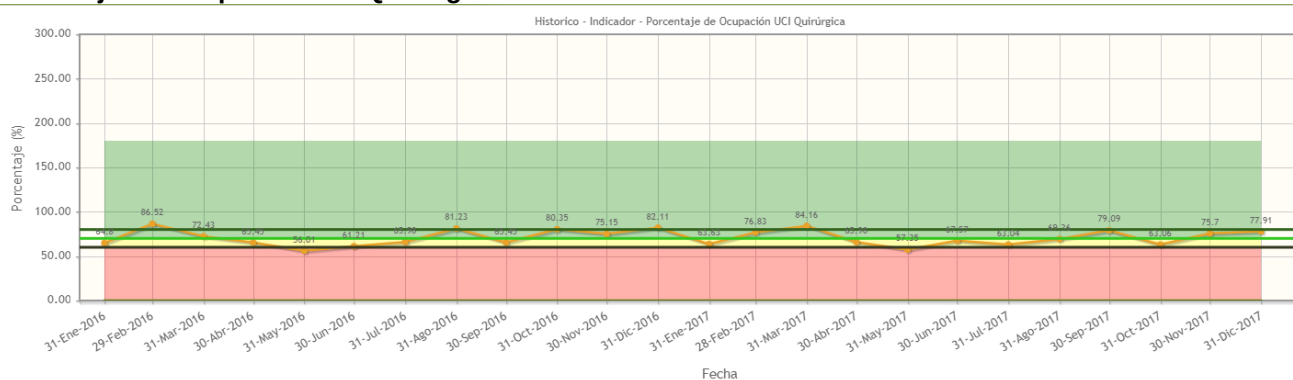
- ✓ Actualmente se están llevando en el SIAPINC, un total de 3 indicadores por cada una de las Unidades: Médica, Quirúrgica y Pediátrica.
- Estancia
 - Giro Cama
 - Porcentaje de Ocupación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 71 de 132	

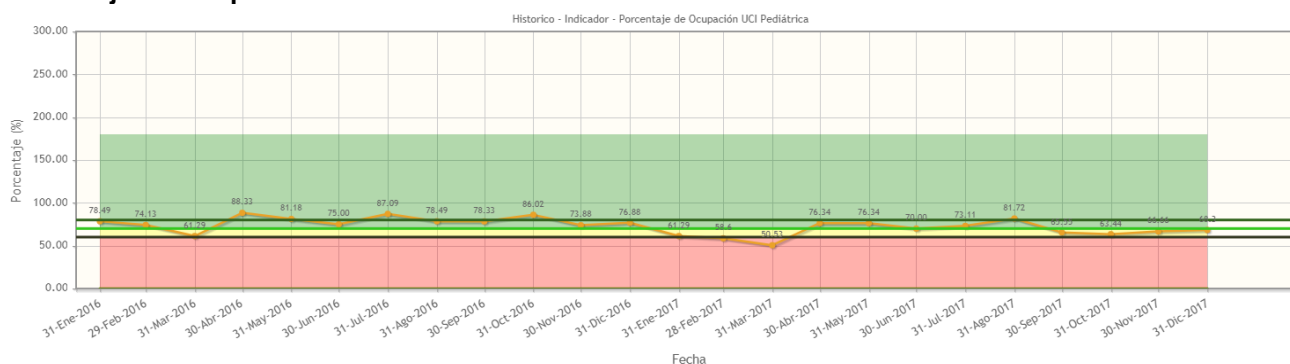
Porcentaje de Ocupación UCI Médica.



Porcentaje de Ocupación UCI Quirúrgica.



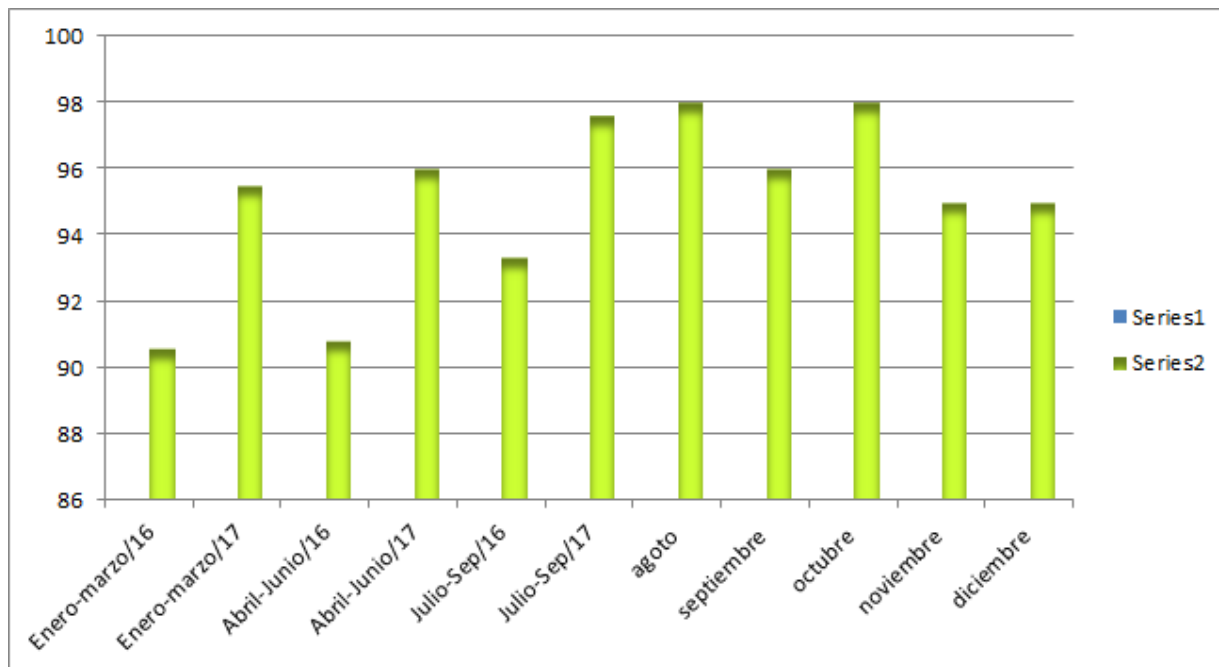
Porcentaje de Ocupación UCI Pediátrica.



✓ Laboratorio clínico

Con relación al año anterior, en cuanto a la producción se aumentaron el número de pruebas y en la percepción de satisfacción del usuario nos mantuvimos por encima del 90%, mejoró significativamente, lo cual puede atribuirse a la implementación de los nuevos dispositivos SKL 50, ubicados en cada cubículo de toma de muestras. Con los que se mejora la seguridad del paciente y la calidad en la atención del paciente, lo cual se evidencia a través de las encuestas de satisfacción y de los tiempos de oportunidad generados por el software de laboratorio.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 72 de 132	



A través del año 2017 fuimos mejorando en la percepción de satisfacción de nuestros usuarios, y aspiramos a seguir en la misma línea

Calidad y mejora de los procesos:

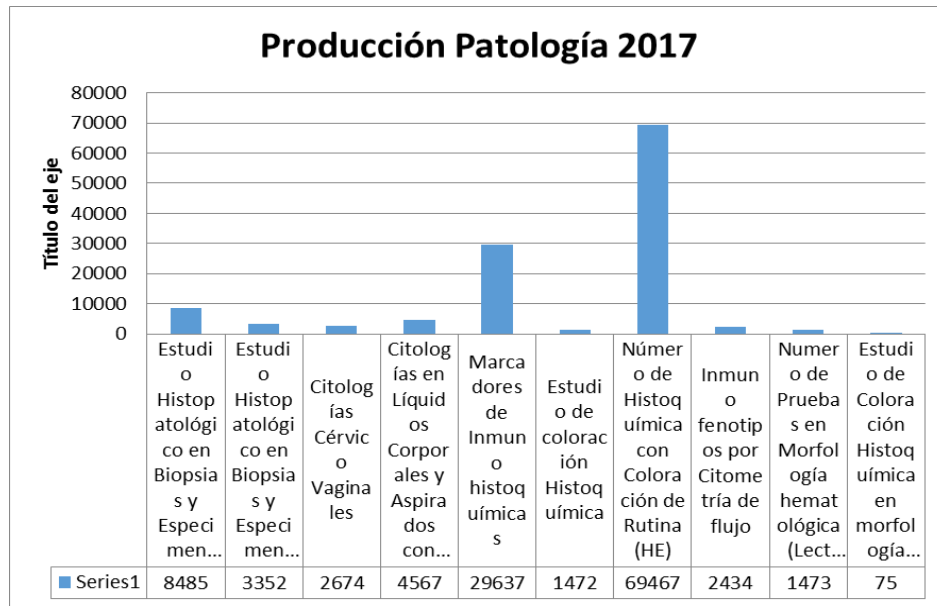
- ✓ Implementación del Paquete Instruccional de Correcta Identificación del paciente, con lo que se avanza en el proceso de acreditación.
- ✓ Ampliación del portafolio de servicios con nuevas pruebas para Apoyo de las diferentes especialidades médicas: Ciclosporina A,- Tacrolimus, Proteína S y C de la Coagulación, Vitamina B12 y Ácido fólico, Panel viral respiratorio, GGT y Lipasa.
- ✓ Puesta en marcha del servicio de Laboratorio los días sábados para atención del paciente ambulatorio a partir del mes de abril.

Laboratorio Clínico 2017	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	1.250	1.056	1.091	3.397	960	1.070	1.176	3.206	1.618	1.388	1.074	4.080	1.212	1.120	1.011	3.343	14026
Pruebas especiales*	3.899	3.817	4.352	12.068	3.645	4.106	3.710	11.461	4.691	3.915	5.330	13.936	4.156	3.940	3.817	11.913	49378
Pruebas de coagulación	3.677	4.100	4.360	12.137	3.641	3.959	3.811	11.411	5.518	4.589	4.741	14.848	5.381	4.921	4.439	14.741	53137
Pruebas de hematología	5.757	5.982	6.701	18.440	5.865	5.987	5.824	17.676	8.014	6.525	6.025	20.564	6.803	6.630	6.493	19.926	76606
Pruebas de microscopía	763	679	810	2.252	682	712	716	2.110	915	756	647	2.318	703	676	623	2.002	8682
Química sanguínea	42.754	46.229	54.129	143.112	46.262	46.209	45.868	138.339	62.921	51.113	47.352	161.386	54.548	52.772	50.476	157.796	600633
Total exámenes realizados	58.100	61.863	71.443	191.406	61.055	62.043	61.105	184.203	83.677	68.286	65.169	217.132	72.803	70.059	66.859	209.721	802.462

En cuanto a la producción, en el 2017 se realizaron 27380 pruebas más, comparando con el 2016. El mayor número de pruebas se realiza en química sanguínea, seguido de pruebas de Hematología.

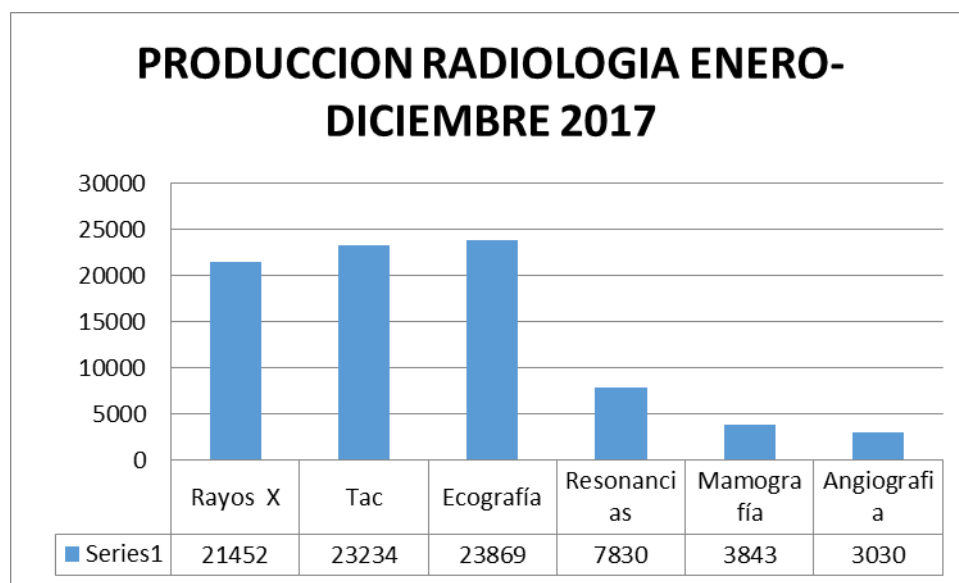
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 73 de 132			

✓ Patología Oncológica



Para el servicio de Patología la prueba más solicitada es la inmunohistoquímica, seguido de marcadores de inmunohistoquímica. El comportamiento comparado con 2016 fue de una ligera disminución.

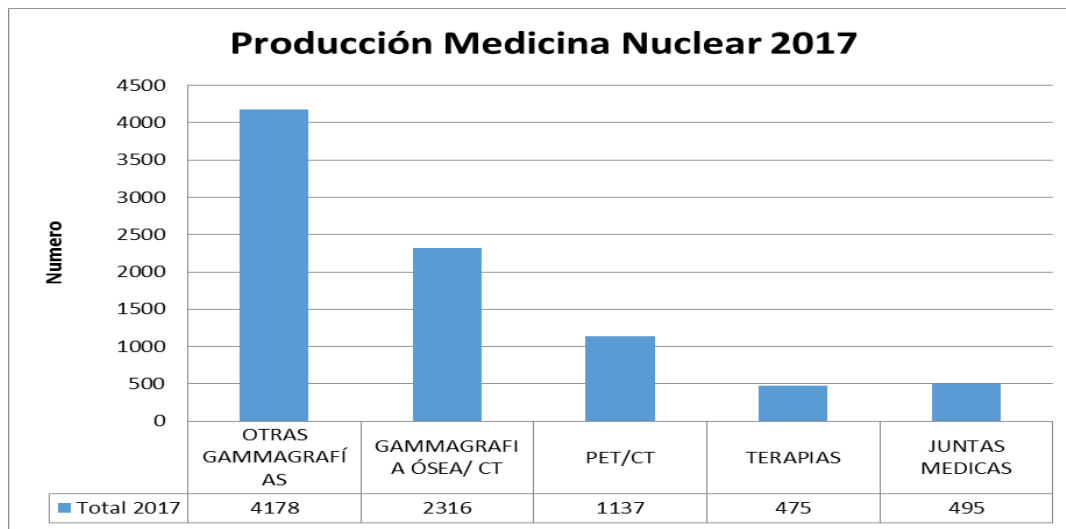
Se encuentra en proceso de desarrollo el nuevo software interno del servicio que deberá estar funcionando a finales de 2019. Este software nos permitirá hacer seguimiento a las muestras desde su marcación en algunos puntos en donde se recoge la muestra (salas de cirugía, radiología etc) hasta el reporte final.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 74 de 132			

El servicio ha tenido un crecimiento notable comparado con año anterior. Se realizaron 75.715 estudios más. Los servicios que más han crecido son angiografía, resonancia, ecografía principalmente.

✓ **Medicina Nuclear**



Para el año 2017, las gammagrafías óseas se integran protocolos híbridos de Medicina Nuclear convencional con CT a partir de Marzo (se debe multiplicar por dos cada uno de los estudios). No contamos con 3 tecnólogos por cuatro meses lo que afectó la toma de estudios de gammagrafías óseas. Con respecto al 2016 disminuimos levemente en cuanto a la producción.

Se logró aumentar en terapias metabólicas, a pesar de las dificultades que se tuvieron en el grupo con respecto a los técnicos y en Radiofarmacia. También aumentamos en Juntas Médicas. En donde se disminuyó fue en la producción de otras gammagrafías diferentes a las óseas.

A pesar de los problemas conocidos por la administración del INC, se implementó plan de contingencia para la priorización de estudios de Medicina Nuclear convencional y Tomografía por emisión de Positrones (PET/CT), para este último a partir del segundo semestre se da preponderancia a la realización de con 68Ga, para estudio de tumores neuroendocrinos sin dejar a un lado los estudios con FDG y brindando la mayor oportunidad a las unidades funcionales y consultas de base del INC, 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.

✓ **Nuevos insumos, nuevos estudios.**

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 la exposición innecesaria de radiaciones, siendo consecuentes con las recomendaciones internacionales y los principios básicos de radioprotección, para las 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.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 75 de 132			

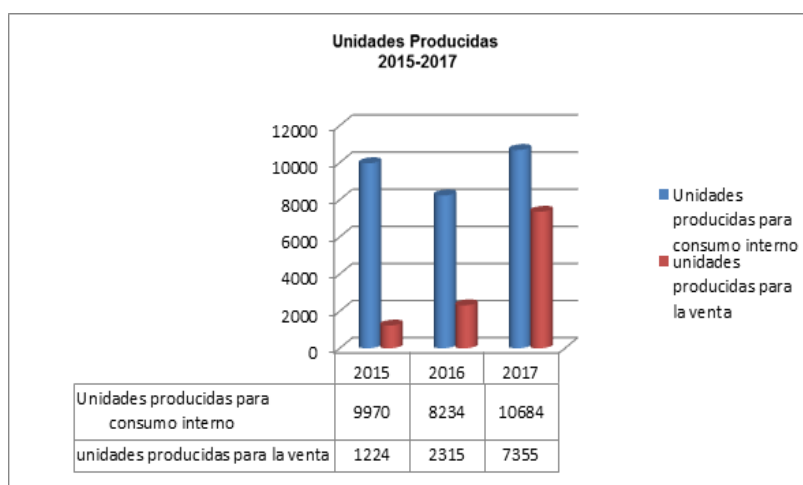
- ✓ Consolidación de consultas para terapias metabólicas.

Las consultas de:

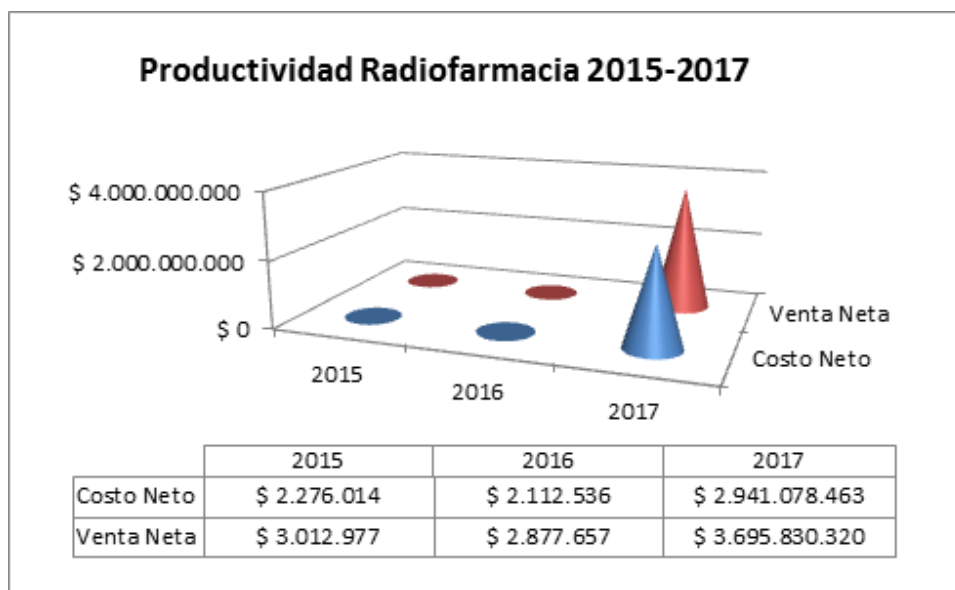
- * Consulta de lutecio 177
- * Consulta de radio 223
- * Consultas de hipertiroidismo

Permiten la evaluación de pertinencia y rutas de atención más cortas y efectivas para el paciente, así como la demostrada efectividad logística para la consecución de radiofármacos necesarios, traslados de pacientes (según corresponda), hospitalización y procesos administrativos más expeditos.

- ✓ **Radiofarmacia**



Las unidades producidas para el consumo interno y externo aumentaron con respecto al año 2016. Se debe tener en cuenta el aumento sobre todo en la producción de unidades producidas para la venta.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 76 de 132	

Según el costo neto comparado con el valor de renta, observamos que tenemos rentabilidad con respecto al costo de producción

✓ Desarrollo de nuevos radiofármacos:

- ❖ Se trabajó en el desarrollo de 68Ga-PSMA y 11C-Colina para diagnóstico en pacientes con cáncer de próstata mediante tecnología PET. Se iniciará la inyección a pacientes antes de terminar el 2017 con 11C-COLINA
- ❖ Actualmente se está trabajando mediante un proyecto institucional la implementación de la resolución 4245 de 2015 para obtener la Certificación en Buenas prácticas de elaboración de radiofármacos (BPER) y Buenas prácticas de Manufactura (BPM) para la elaboración de cápsulas de yodo 131 (131I)

✓ Comercialización de radiofármacos:

La Radiofarmacia comercializa radiofármacos con:

- EPS Sanitas
- Fundación ESENSA
- Importrans SAS
- Clínica San Rafael

Durante la vigencia 2017 en el mes de octubre se reinició el contrato con la Clínica el Country para la venta de radiofármacos PET principalmente 18F-FDG, a la fecha se ha facturado más de 50.000.000, sin incrementar los gastos de producción ni de personal puesto que se está comercializando el material radioactivo no utilizado en la institución y que antes constituía un desperdicio.

Se legalizan contratos con la Clínica Bonnadona (Barranquilla) para suministro de radiofármacos especialmente (18F-FDG) el cual entra en vigencia a partir del 1 de mayo del año en curso y con Tadashi (SAS) en la ciudad de Bogotá (Antigua Fundación ESENSA)

✓ **Servicios farmacéuticos**

Las tres especialidades en las que se evidenció un mayor número de errores en la formulación corresponde a los servicios de Hematología con 358, Oncología 336 y Hematología Pediátrica con 71 formulaciones.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 77 de 132	

ERRORES DE MEDICACION POR ESPECIALIDAD

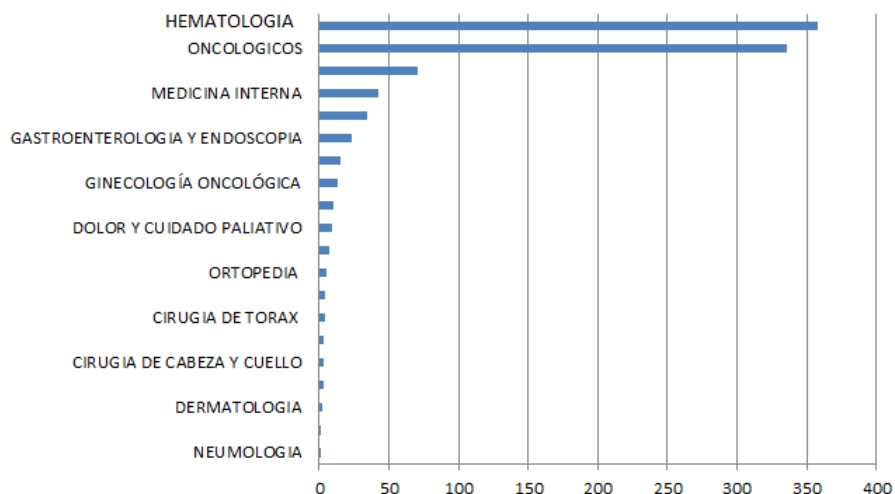


Gráfico. Número de errores de prescripción de la medicación, distribuidos por la Especialidad Médica prescriptora. SAP INC 2017

En el gráfico se muestra el total de errores por especialidad en el tiempo comprendido entre enero a octubre del 2017; se hace revisión del error y se realiza la intervención para la aclaración y corrección de este, en caso de ser ambulatorio se devuelve la fórmula al médico prescriptor para la corrección y cambio de esta; mensualmente se le envía el consolidado de errores a la especialidad para la retroalimentación con el coordinador, al ser las consultas ambulatorias oncología y hematología de mayor captación de pacientes puesto que se cuenta con el consultorio a primera mano para las consultas externa; Sin embargo se está trabajando para que esto llegue a las otra especialidades y así disminuir el incidencias de errores de medicación en la institución .

✓ Tipo de errores de prescripción de medicación

TIPO DE ERROR	SEMESTRAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Medicamento erróneo	19	1	2	1	1	4		3	2	3	2
Doble formulacion	28	0	0	0	0	0	0	9	0	5	14
Duración de tratamiento incorrecto	29	0	0	0	0	0	11	3	4	7	4
otros (documentales)	33	0	1	8	7	6	7	0	4	0	
Presentación del medicamento errónea	48	0	0	0	0	0	2	1	3	14	28
Omisión de dosis	68	2	5	4	0	9	6	8	10	14	10
Vía de administración errónea	77	6	8	3	8	6	4	15	8	0	19
Frecuencia errónea	99	8	11	7	7	10	19	9	1	9	18
Cantidad no corresponde a dosis prescrita	207	25	23	29	13	20	23	20	26	23	5
Dosis errónea	311	25	20	18	20	47	33	26	29	47	46
TOTAL	919	67	70	70	56	102	105	94	87	122	146

Tabla. Clasificación de errores de prescripción. Fuente SAP INC 2017.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 78 de 132	

En la tabla se evidencia los errores de medicación, donde la dosis errónea es la más común y el de cantidades; se ha hecho hincapié a los médicos prescriptores, de la necesidad de una correcta formulación para evitar evento adversos asociados a medicamentos o posible proceso de glosas.

✓ **Distribución de Errores de Prescripción por Servicios Ambulatorio – Hospitalizado**

Servicio	SEMESTRAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Ambulatorio	427	35	45	51	33	39	38	39	47	54	46
Hospitalizado	492	32	25	19	23	63	67	55	40	68	100

Tabla. Distribución por servicios, errores de prescripción. Fuente SAP INC 2017.

En la tabla, se evidencia la distribución por error en la prescripción, la cual alcanza un 54% mayor en el servicio hospitalario, durante los meses de enero y octubre del 2017; se plantean estrategias de capacitación al personal médico de inducción y re inducción, para así evitar que se genere algún tipo de evento adverso; se continua la revisión de la prescripción identificando, filtrando y corrigiendo estos tipo de errores antes de realizar la administración del medicamento al paciente.

- ✓ En los últimos 10 meses se realizaron en el servicio de GAICA 11.289 consultas con un promedio mensual de 1.129, con la siguiente clasificación de triage:

Clasificación de Triage	Porcentaje
I	1.2%
II	42.9%
III	30.3%
IV	22.1%
V	5.2%

Tabla. Clasificación paciente ingreso a GAICA de acuerdo a escala TRIAGE. Fuente SAP INC 2017

Nuestra primera causa de consulta sigue siendo el dolor, seguido de la fiebre y el vómito como complicaciones de los tratamientos oncológicos, o los procedimientos quirúrgicos realizados a nuestros pacientes. Dentro de la epidemiología tenemos como diagnostico oncológico principal el cáncer de mama y sus complicaciones asociadas.

- ✓ Los médicos del servicio resuelven en un 50% los motivos de consulta en las primeras 24 horas. El otro 50% requiere valoración por la especialidad tratante y/o unidad de soporte oncológico.
- ✓ 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> del consenso Colombiano - Infectio. 2011;15(1):48-61.

Gráfico. Número de registro de seguimientos de antibióticos prescritos en la Institución. SAP INC 2017

De las 247 verificaciones se encontraron 24 discrepancias que corresponde a un 10% de los seguimientos, cada una de estas discrepancias fue aclarada con los médicos tratantes y soportando su prescripción de manera que no se tuviera ninguna implicación en la atención del paciente.

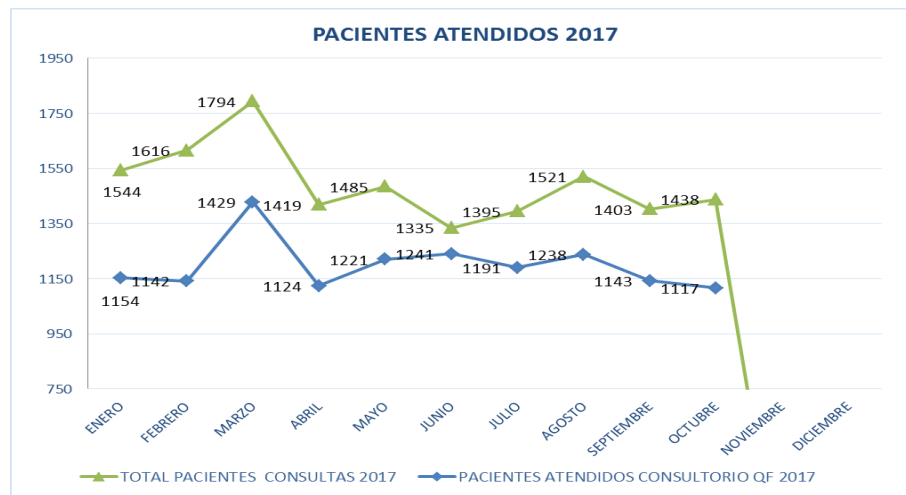
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 79 de 132			

Dentro del seguimiento se identificó el aumento de devoluciones de mezclas preparadas por diversos motivos, predominando entre ellos la suspensión y altas hospitalarias. Se comenta en el comité PARUA debido a que esto representa no solo una pérdida para la central de mezclas si no genera la opción de problemas en las administraciones en piso, aún más cuando los motivos son por sobrantes; las evoluciones medicas posteriores a las horas de corte de preparación en la central son las principales fallas y generadoras de la devolución, así como la no información por los servicios a farmacia y/o central de mezclas; Actualmente hemos venido mejorando en la comunicación con el servicio de Hematología y Hematología Pediátrica; se espera para el 2018 mejorar la respuesta de servicios como Hematología y Medicina Interna.

Actualmente el servicio, junto al grupo de Infectología se encuentra realizando una validación de la política antimicrobiana la cual será aprobada por el comité de uso racional de antimicrobianos de la institución PARUA; así mismo se definirán nuevos parámetros e indicadores para el seguimiento de antimicrobianos donde nos enfocaremos en los indicadores socializados por la Secretaría Distrital de Salud, donde se incluyen el seguimiento de la profilaxis usadas en procedimientos quirúrgicos y sus días de tratamiento (no superior a 24h), intervenciones por parte de Infectología a los 7 días terapia antimicrobiana, revisión de adherencia a las guías de formulación de terapias antimicrobianas institucionales (Guía institucional de neutropenia febril).

✓ Consultorio farmacéutico

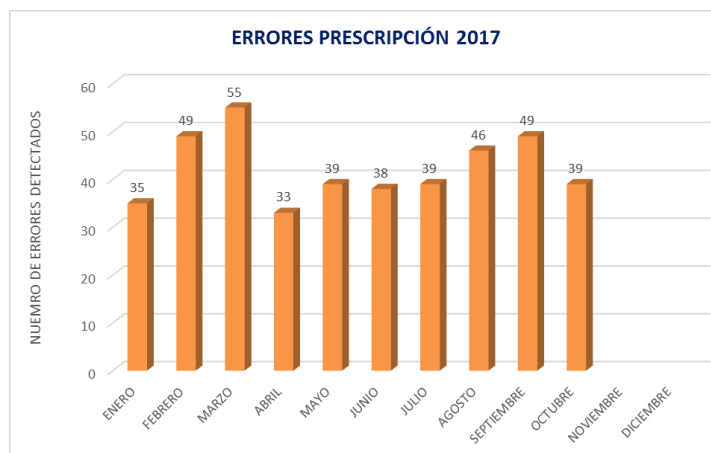
El servicio farmacéutico cuenta con 2 consultorios, en los cuales se realiza la atención y seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes del INC. La atención de pacientes, incluye la entrevista y atención en el consultorio farmacéutico que permite identificar eventos adversos y realizar intervenciones para prevenir, solucionar o minimizar la carga de toxicidad y morbilidad de la terapia oncológica. El paso por el consultorio es un requisito para la administración de medicamentos oncológicos como parte de las estrategias de seguridad del paciente.



Gráfica. Número de pacientes atendidos en el consultorio farmacéutico. Fuente SAP INC 2017

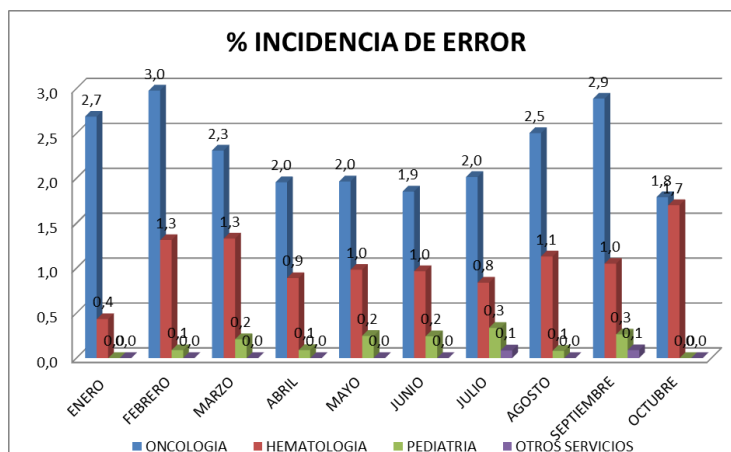
El cubrimiento de los pacientes por el servicio farmacéutico es del 80%, de los cuales un 14% corresponde a pacientes de primera vez. Un solo farmacéutico brinda atención a los pacientes de las consultas de: Hematología, Oncología y Hematología Pediátrica, por lo cual, para aumentar la oportunidad se requeriría contar con mayor recurso humano.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 80 de 132	



Gráfica. Comportamiento de errores de prescripción captados para quimioterapia intravenosa. Fuente SAP INC 2017

Corresponde a valores absolutos, puesto que cualquier error en la prescripción es catalogado como incidente, el cual puede ocasionar daño al paciente si no es corregido.



Gráfica. Comportamiento de errores de prescripción distribuido por servicios tratantes. Fuente SAP INC 2017

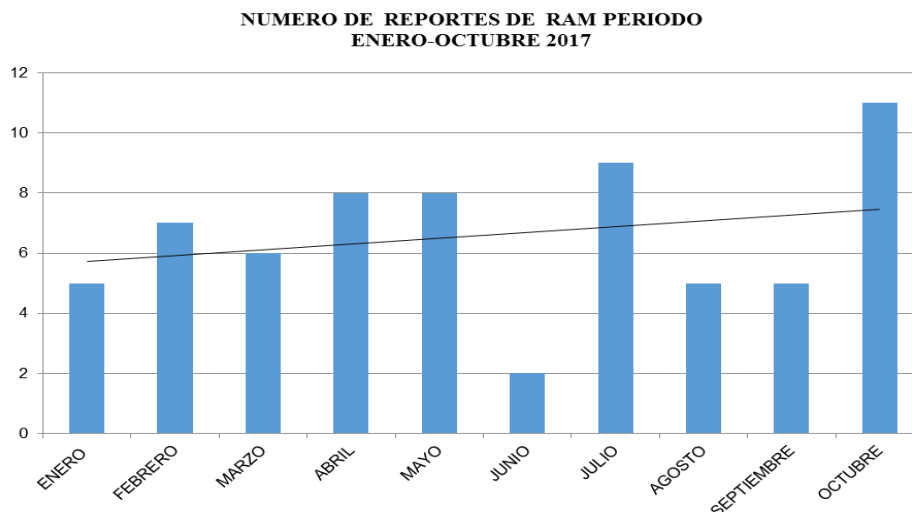
Se evidencia curvas de aprendizaje de los servicios.

En el consultorio se captura información de eventos relacionados al uso de los medicamentos. La notificación de eventos adversos enriquece la información de farmacovigilancia y las estrategias para garantizar la seguridad del paciente, generando intervenciones que mitigan su impacto y evitan a futuro nuevos incidentes.

- ✓ **Farmacovigilancia**
- ✓ Reporte de reacciones adversas a medicamentos

Durante el periodo de Enero – Octubre de 2017 se reportaron un total de 65 reacciones adversas a medicamentos y un problema relacionado con el uso de medicamentos. Todas las Reacciones Adversas a Medicamentos RAM, son reportadas a los entes de control INVIMA y Secretaria de Salud del Distrito enmarcado en el programa Nacional de Farmacovigilancia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 81 de 132	



Gráfica. Número de reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos. Fuente SAP INC 2017

Tipo de reacción	Ram
Hipersensibilidad tipo 2	29
Neuropatías periféricas	6
Hipersensibilidad tipo 1	6
Fotosensibilidad e hipersensibilidad	3
Hipersensibilidad velocidad de infusión	3
Síndrome mano – pie	3
Epistaxis	2
Extravasación	2
Pérdida de agudeza visual	2
Daño hepático	1
Efecto colateral (UCI)	1
Hematuria macroscópica	1
Hiperpigmentación cutánea	1
Hipersensibilidad tipo 1 síndrome mano - pie	1
Liberación de citoquinas	1
Mecanismo Desconocido	1
Necrosis en paladar	1
Sin indicación terapéutica	1
Toxicidad pulmonar	1

Tabla. Tipo de Reacciones Medicamentosas presentadas. Fuente SAP INC 2017.

De las RAM reportadas, se consideran reacciones esperadas con análisis de causalidad probable evidenciadas en la literatura. El problema relacionado al uso de medicamentos PRUM, detectado fue un caso de una prescripción de inmunoglobulina sin indicación terapéutica clasificado como error de formulación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 82 de 132	

Número de reportes por Medicamento 2017

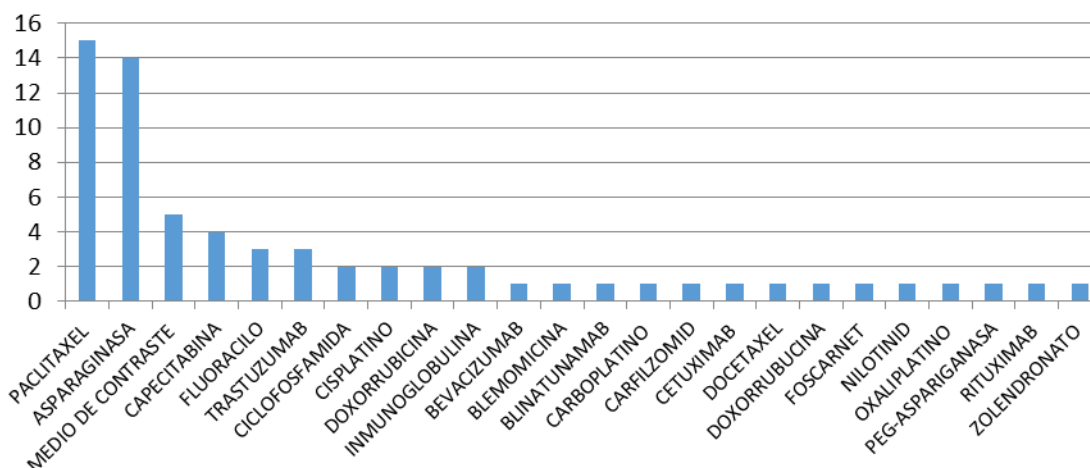


Gráfico. Número de reportes por medicamento. Fuente SAP INC 2017

El medicamento con mayor número de reportes relacionado con reacciones adversas esperadas es el Paclitaxel, seguido de Asparaginasa con reacciones de hipersensibilidad; luego de los análisis de causalidad, para el caso del Paclitaxel se determinó que una de las causas probables asociadas a la reacción fue la velocidades de infusión; para la Asparaginasa la reacción reportada es de hipersensibilidad reportada por los servicios de Hematología Pediátrica, los cuales llevan un seguimiento estricto con la infusión de este medicamento, teniendo en cuenta que esta reacción esta reportada con la mayor incidencia en presentarse.

Reacciones Adversas a Medicamentos por Servicios

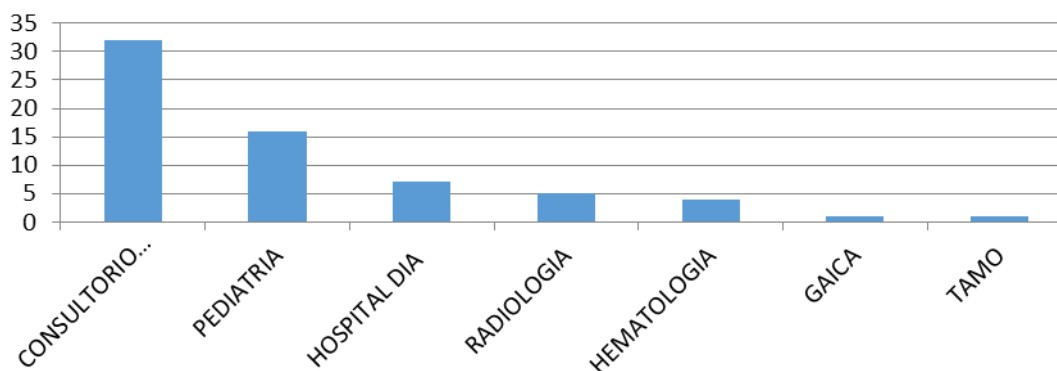


Gráfico N 19. Número de Reacciones Adversas reportadas por Servicios. Fuente SAP INC 2017

El 48 % de las reacciones son reportadas por el consultorio farmacéutico detectadas durante la consulta, el 24% por el servicio de pediatría y un 27 % por diferentes servicios hospitalarios.

La evaluación en el consultorio de Farmacia, es un requisito para la administración de medicamentos oncológicos como parte de las estrategias de seguridad del paciente. Representa una importante fuente de notificación de eventos adversos y así se garantiza la gestión de intervenciones farmacéutico/paciente, farmacéutico/médico, farmacéutico/farmacéutico para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 83 de 132			

✓ Conciliación de medicamentos

Resultados de enero a noviembre de 2017 de la conciliación de medicamentos, se revisaron por episodios 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-):

✓ Referenciación:

En el mes de julio se realizó una referenciación con respecto al manejo de la conciliación en el Hospital San José, con el apoyo del área de gestión de calidad. Esto permitió definir responsables, verificación de nuestros formatos acordes con el proceso y definición de pacientes a intervenir.

✓ Cobertura del diagnóstico de la conciliación septiembre 2016 a febrero de 2017: Revisión del servicio farmacéutico

Desde el mes de septiembre de 2016 a febrero del 2017, se estableció la situación diagnóstica del proceso de conciliación medicamentosa en el Instituto Nacional de Cancerología, logrando los siguientes resultados:

Se revisaron un total de 1.914 episodios de ingreso en GAICA, de los cuales se detectó que hasta el 13% consideraban factores de inclusión para el análisis (pacientes mayores de 18 años que consumen 4 o más medicamentos, pacientes VIH y gestantes); 8% del total excluidos por ser menores de 18 años y 79% excluidos por no considerar factores de inclusión o no tener toda la información de conciliación y/o antecedentes farmacológicos para el respectivo análisis.

De los pacientes intervenidos se evidenció que el 48% corresponden a adultos mayores, población objetivo y en la que el proceso de conciliación de medicamentos se debe enfocar, teniendo en cuenta que son pacientes poli medicados lo que aumenta el riesgo de problemas relacionados con la medicación PRM y eventos adversos.

✓ Cobertura de la implementación del proceso conciliación abril 2017 a octubre de 2017

Se consolidó la información en el mes de marzo del 2017 y se realiza una reorganización del proceso de conciliación medicamentosa en los meses de abril hasta la fecha, obteniendo los siguientes resultados de cobertura donde se evaluó, la nota de conciliación por paciente ingresado, manejo y control de medicamentos de custodia y análisis de discrepancias o errores de conciliación medicamentosa.

✓ Contexto de conciliación medicamentosa entre los meses de abril 2017 a octubre 2017

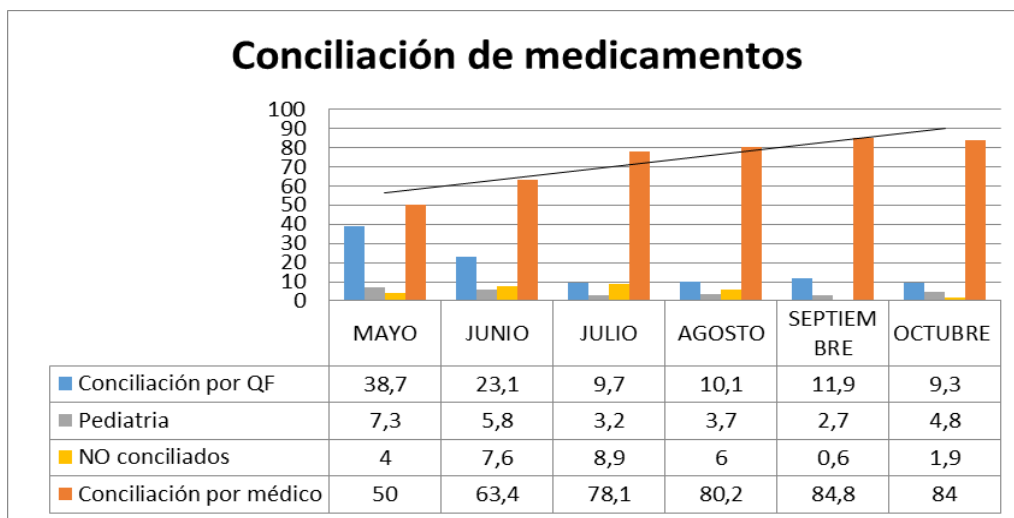
GAICA-Urgencias y hospitalización se recibe el principal ingreso de pacientes para atención médica oncológica y hematológica, lo que conlleva a que este sea el escenario del proceso de conciliación medicamentosa, a través de la socialización y el despliegue del manual de conciliación, donde se tuvo cobertura total en GAICA y de forma paralela en los piso de hospitalización.

✓ La situación: resultados y consideraciones

Durante esta fase de verificación, desde abril de 2017 a octubre de 2017, se revisaron un total de 2.388 episodios de ingreso en GAICA, de los cuales se detectó que el 21.5 % consideraban factores de inclusión para el análisis (pacientes mayores de 18 años que consumen 4 o más medicamentos, pacientes VIH y gestantes); del total de episodios revisados, el 4.6% son exclusiones al proceso por ser menores de 18 años y 73.8% excluidos por no considerar factores de inclusión o no tener toda la información de conciliación y/o antecedentes farmacológicos para el respectivo análisis, información que debe ser suministrada por del médico prescriptor, no se evalúa este 73% de los pacientes las discrepancia por no ser paciente poli medicado, pero se valoran como

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 84 de 132	

paciente, y se tiene en cuenta para el dato de cubrimiento de conciliación (cuenta con nota medica de conciliación en la historia clínica).



Gráfica. Reporte de Conciliación Medicamentosa. Fuente SAP INC 2017.

La gráfica de tendencia de la conciliación, evidencia un aumento en la conciliación elaborada por los Médicos Generales, en los meses transcurridos entre mayo y octubre pasando de un 50% a un 84 %; se hace necesario entonces, continuar capacitando al personal en el alcance del proceso para que el indicador aumente.

Indicador de cobertura INGRESO	Numerador (numero total de episodios revisados por el servicio farmaceutico)	Denominador (total de ingreso GAICA tablero estadistico SIAPINC)	Resultados
Indicador abril de 2017	283	509	55.5%
Indicador mayo de 2017	302	472	63.9%
Indicador junio de 2017	455	510	87.25%
Indicador julio de 2017	370	515	71.84 %
Indicador agosto de 2017	348	528	65.9 %
Indicador septiembre de 2017	328	489	67.07%
Indicador octubre de 2017	312	480	65%

Tabla. Indicador de cobertura de Ingreso reporte de conciliación en la Historia Clínica. Fuente SAP INC 2017.

El indicador de cobertura es una tendencia bastante variada, esto depende en gran medida al tiempo laboral del químico farmacéutico que revisa episodios, analiza los errores de conciliación y elabora la entrevista. Siendo mayor en el mes de junio de 87.25 %, esta cobertura de revisión de historia de clínica mes a mes tiene como objetivo tener personal de tiempo completo dedicado a conciliación y este a su vez tenga las condiciones adecuadas en cuanto equipo de trabajo, disponibilidad de información, etc., de tal forma que se pueda incrementar la cobertura por encima de 80 % mes tras mes (meta establecida)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 85 de 132			

✓ **Centrales de mezclas**

✓ Central de Mezclas para adecuación de Medicamentos no Oncológicos

Adecuación de antimicrobianos:

En el transcurso del año se han adecuado en promedio 5.600 mezclas de medicamentos antimicrobianos al mes para un total de 56.251 mezclas (datos hasta el mes de octubre de 2017), con un mínimo de 3.340 mezclas en el mes de enero (debido a la adecuación de infraestructura de las centrales solo se adecuó únicamente Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina) y un máximo de 6.685 mezclas en el mes agosto.

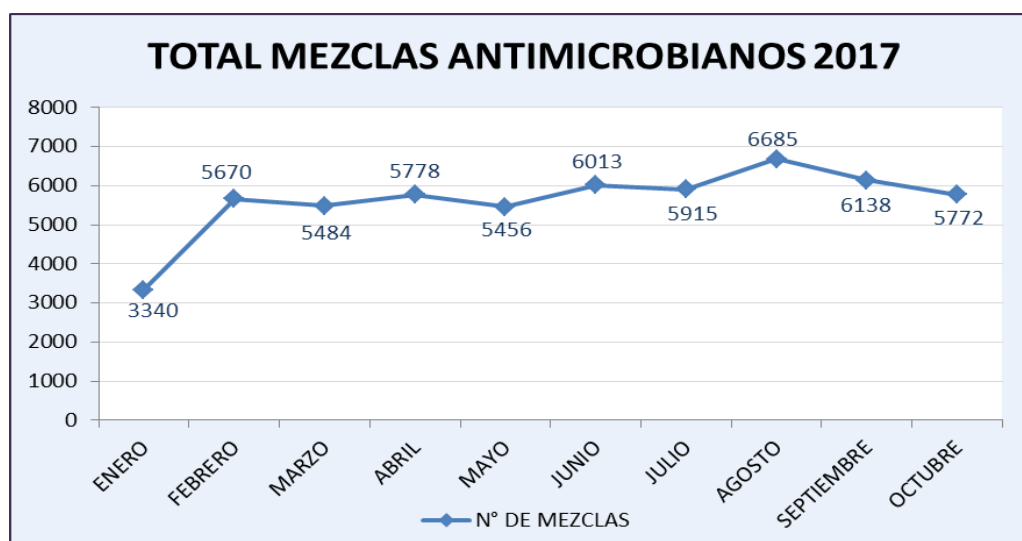


Gráfico. Número total de mezclas de antimicrobianos. Fuente SAP INC 2017

Los medicamentos antimicrobianos que se adecuan actualmente son: Anfotericina, Caspofungina, Cefepime, Meropenem, Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina. En este año ingresaron dos nuevas moléculas al proceso de adecuación: Anfotericina Liposomal y Fosfomicina.

Adecuación de nutriciones parenterales:

En el transcurso del año se han adecuado en promedio 275 mezclas de nutriciones parenterales al mes para un total de 2.754 mezclas (datos hasta el mes de octubre de 2017) con un mínimo de 156 mezclas en el mes de junio y un máximo de 336 mezclas en el mes de septiembre. La variación del número de nutriciones dependerá de las intervenciones de los servicios de Gastroenterología y el grupo de soporte nutricional. El servicio farmacéutico apoya la ronda junto al grupo de soporte Nutricional. Para mejora de intervenciones y correcta indicación de nutrición parenteral, el grupo de nutrición está en fase de creación de la guía de manejo de soporte nutricional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 86 de 132	

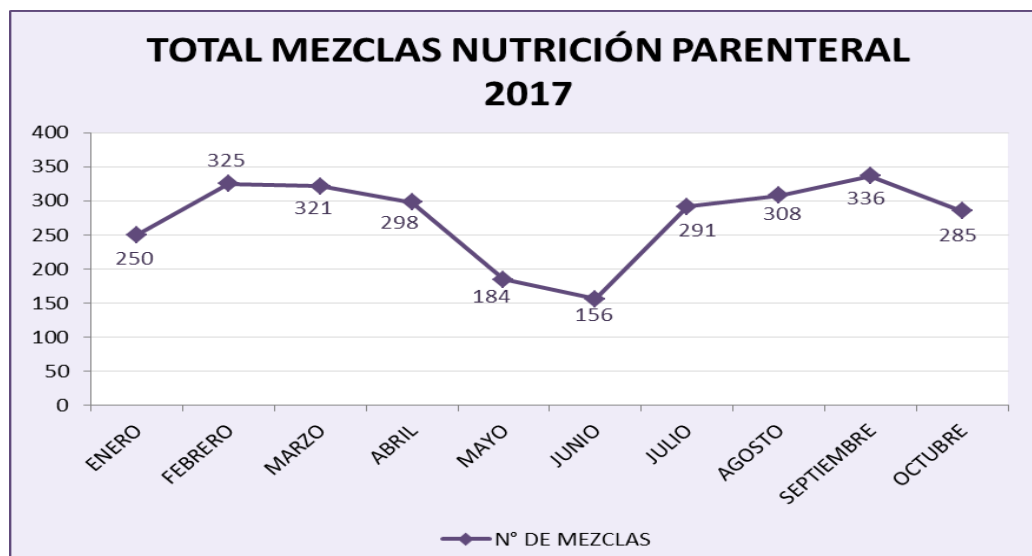


Gráfico. Número total de mezclas de nutrición parenteral. Fuente SAP INC 2017

Adecuación de unidosis de analgésicos y anestésicos:

Desde el mes de agosto se realiza adecuación de unidosis de morfina (IV) lo que ha conllevado a una mayor eficiencia en la dispensación de este medicamento así como mayor control frente al uso racional de medicamentos de control especial; en promedio se adecúan 4.000 unidosis de Morfina al mes. Además de la Morfina este año se inició con la adecuación de Ketamina, Midazolam (jarabe VO) y Fentanilo para salas de cirugía, permitiendo el uso racional de estos medicamentos de control.

✓ Reenvase de Meglumina:

Se continúa con el reenvase del medio de contraste Meglumina para el servicio de Radiología. Así se permite su dispensación en unidosis por paciente sin desperdicio de medio de contraste. En promedio se reenvasan 600 dosis de Meglumina al mes.

✓ Central de Mezclas para adecuación de Medicamentos Oncológicos:

En el transcurso del año se han adecuado en promedio 5400 mezclas de medicamentos oncológicos al mes para un total de 54.450 mezclas (datos hasta el mes de octubre de 2017), con un mínimo de 5.133 mezclas en el mes de julio y un máximo de 6.058 mezclas en el mes de marzo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 87 de 132	

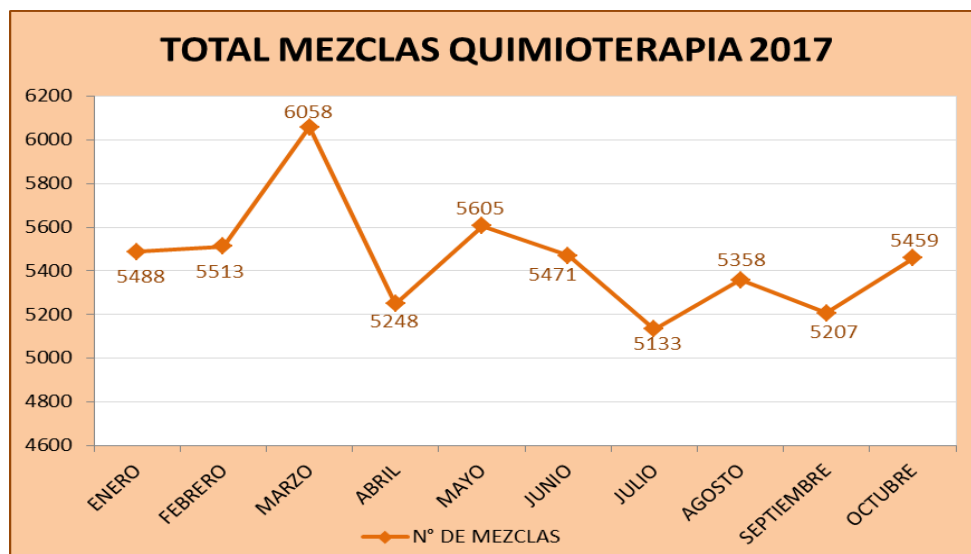


Gráfico. Número total de mezclas de quimioterapia. Fuente SAP INC 2017

Del total de las mezclas oncológicas el 75% (en promedio) de las mezclas corresponden a quimioterapias para pacientes ambulatorios (quimio 24/7) y el 25% a quimioterapias para pacientes hospitalizados.

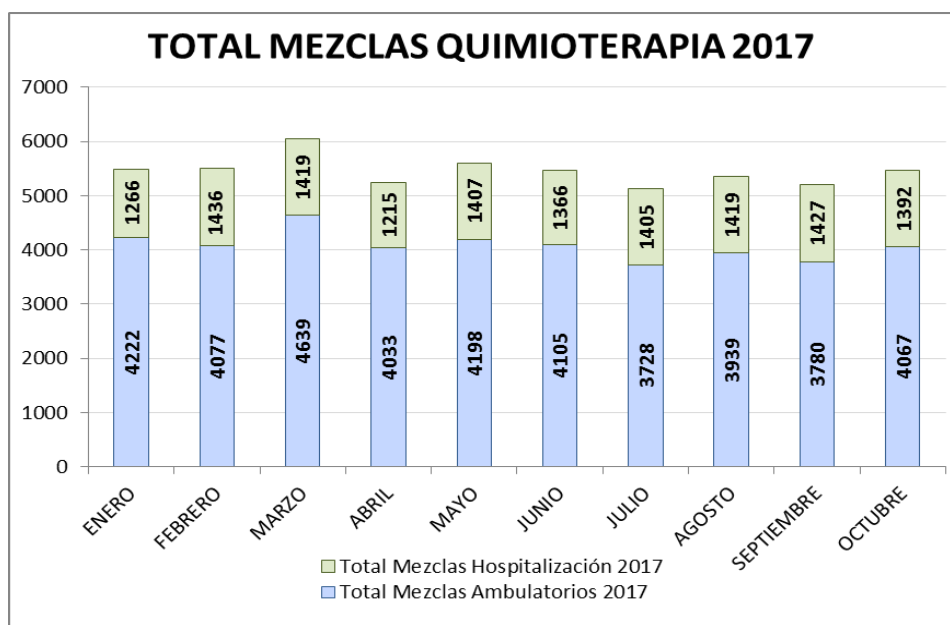


Gráfico. Número total de mezclas de quimioterapia de acuerdo al servicio hospitalización y ambulatorio. Fuente SAP INC 2017

En la actualidad en la central de quimioterapia se adecuan 80 moléculas de medicamentos oncológicos (la mayoría de administración intravenosa). El medicamento que más se adecúa es el Paclitaxel con una representación del 8% del total de medicamentos, seguido del Pegfilgrastim (7%) y Fluorouracilo (6,6%).

A continuación se relacionan los diez medicamentos con mayor rotación en la central de quimioterapia:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 88 de 132	

MEDICAMENTO	%
PACLITAXEL	8
PEGFILGRASTIM	7
FLUOROURACILO	6,6
CISPLATINO	4,7
FOLINATO DE CALCIO	4,6
DOXORRUBICINA	4,5
CICLOFOSFAMIDA	4,3
ZOLENDRONATO	4,1
TRASTUZUMAB	3,8
CARBOPLATINO	3,6

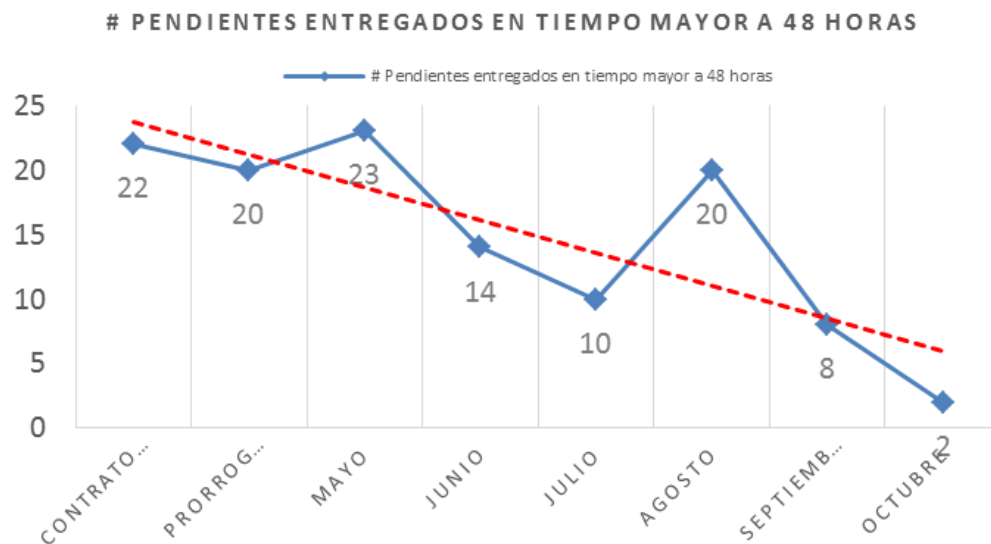
Tabla. Medicamentos con mayor rotación en la central de quimioterapia. Fuente SAP INC 2017.

Esta alta rotación de los medicamentos anteriormente mencionados se debe a que estos son utilizados en el tratamiento de los tipos de cáncer más comunes en el Instituto Nacional de Cancerología: Cáncer de mama, gástrico, de recto, de colon y linfomas.

También han adecuado moléculas nuevas tales como: Daratumumab, Temozolamida IV, Pembrolizumab, y Nivolumab. Nuevas tecnologías para el tratamiento de paciente oncológico

- ✓ Tiempos de atención farmacia ambulatoria
- ✓ Tiempos de atención: Se evidencia tiempos óptimos de atención. Promedio de atención de 20 minutos por paciente.
- ✓ Número de pacientes atendidos vs medicamentos y dispositivos dispensados en farmacia ambulatoria: se evidencia una disminución de número de pacientes atendidos en el mes de septiembre (una hipótesis puede ser por inicio de contrato con capital salud PGP, lo que pudo incidir en una leve disminución de pacientes atendidos en INC).
- ✓ Se cuenta con un promedio de 1550 medicamentos y dispositivos dispensados en la farmacia ambulatoria mes, de los cuales no más del 1.5% es el indicador de medicamentos o dispositivos pendientes en la entrega; sin embargo el hecho de no realizar la entrega de forma oportuna impacta en la atención del paciente.
- ✓ Pendientes en farmacia ambulatoria menos de 48 horas (indicador normativo): entregas que no sobrepasaron las 48 horas de entrega, los cuales fueron entregados a la mayor brevedad para no interrumpir la atención de los pacientes.
- ✓ Pendientes en farmacia ambulatoria mayores a 48 horas: Para los meses de septiembre y octubre de 2017 se evidencia una disminución de los pendientes mayores a 48h, lo que puede interpretarse como una mejora en la oportunidad en la atención de los pacientes así como un óptimo suministro de medicamentos. Sin embargo se solicita mejora del proceso de gestión de inventario compras y abastecimiento; dentro de las causas de la no entrega oportuna de medicamentos o dispositivos médicos, se encuentran: problemas de definición de stock de seguridad de medicamentos y tener encuentra el incremento del número de pacientes para definir stock de rotación de medicamentos, inconveniente logístico (adquisición), productos en desabastecimiento (no hubo información al interventor. Nuevamente se solicita reforzar verificación de Stock de seguridad así como rotación mensual de productos para que no se generen pendientes.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 89 de 132	



Gráfica. Total de pendientes entregados en tiempo mayor a 48 horas en la Farmacia Ambulatoria. Fuente SAP INC 2017.

Errores de dispensación: se verifica al 100% los carros de dispensación. Tipo de errores que se pueden detectar:

Tipo de Error
Cantidad errónea por defecto
Cantidad errónea por exceso
Medicamento erróneo
Concentración errónea
Forma farmacéutica errónea
Frecuencia errónea

Tabla. Tipos de errores de dispensación de Medicamentos. Fuente SIAPINC INC 2017

- ✓ Se realizan ajustes de procesos para identificación correcta del medicamento o dispositivo así como validación de la solicitud del servicio. Se realiza capacitación del personal para evitar incidencia de presentarse estos errores.
- ✓ Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación informada: Se están atendiendo en un promedio 400 pacientes mes de los cuales un promedio de 35% pacientes hacen parte del programa de atención farmacéutica y un promedio de 45% están en el proceso de dispensación informada, el restante de los pacientes no requieren o desea pertenecer a los programas de asesorías farmacéuticas. Se cuenta con mayor proporción de pacientes en dispensación (hay que tener en cuenta el tipo de medicamento y complejidad). Se identifican las causas de aceptación o no del seguimiento, se evidencia causas como: falta de interés, no cuenta con cuidador o desconocimiento del tratamiento, falta de tiempo.
- ✓ Luego de intervenciones farmacéuticas realizadas. Se evidencia un incremento de adherencia y un porcentaje de optimización entre 88% y 90%.
- ✓ Diagnósticos en seguimiento

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 90 de 132			

Diagnóstico principal	Promedio
Cáncer de seno	54,65%
Cáncer de estomago	11,63%
Tumor Cerebral	8,14%
Leucemia mieloide crónica	5,81%
Cáncer de colon	3,49%
Cáncer de recto	3,49%
Cáncer de Próstata	2,33%
Cáncer de páncreas	2,33%
Mieloma múltiple	1,16%

Tabla. Diagnósticos de seguimiento en Farmacovigilancia. Fuente SAP INC 2017

- ✓ Detección de Resultados Negativos a mediación, RNM: Se está implementando la identificación del tipo de problema administrativo para realizar las correspondientes intervenciones en colaboración con el grupo de mercadeo ante las EPS; así mismo las reacciones adversas fueron reportadas ante el INVIMA y se identificaron como reacciones esperadas de los medicamentos. El paciente se encuentra en seguimiento para evaluar incidencia y poder realizar intervenciones futuras con los tratantes según sea el caso.
- ✓ Evaluación de procesos hospitalarios: se presenta EPS de mayor elaboración de No-PBS, así como tipo de medicamento No PBS; siendo la Nueva EPS la mayor en generación de MIPRES y Capital salud la mayor en generación de formato No PBS. Se determina que en el INC el porcentaje de medicamentos No-PBS para régimen contributivo se encuentra entre el 22 – 25%.
- ✓ Atención farmacia hospitalaria: durante los meses septiembre y octubre se atendieron más de 200 pacientes por día en los servicios de hospitalización. Promedio de 9 medicamentos por paciente dispensados a día.

Banco de Sangre

- ✓ Oportunidad de 26 minutos en entrega para cirugía
- ✓ Oportunidad de 65 minutos en entrega a pisos.
- ✓ Reacciones adversas a la transfusión 0,06%.

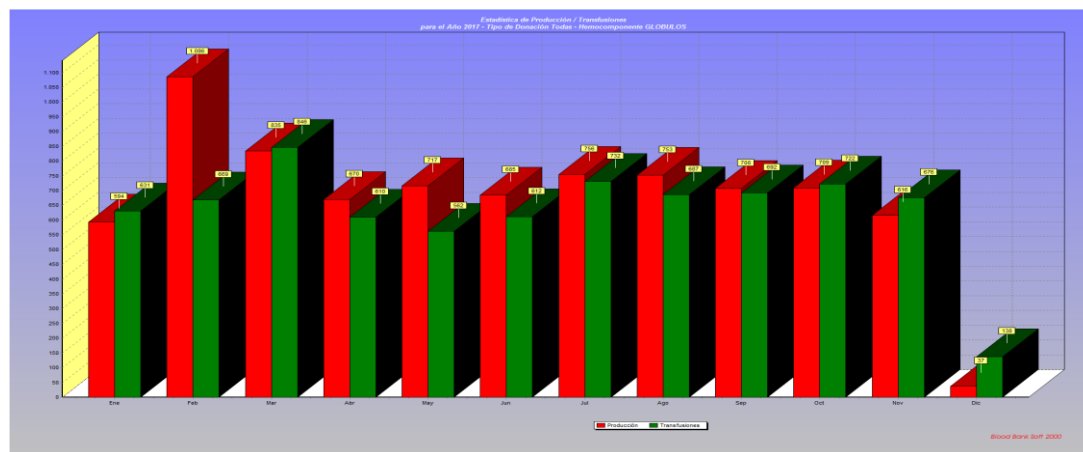


Gráfico. Relación entre producción y soporte transfusional administrado de Glóbulos Rojos Empaquetados. Fuente SAP INC 2017

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 91 de 132	

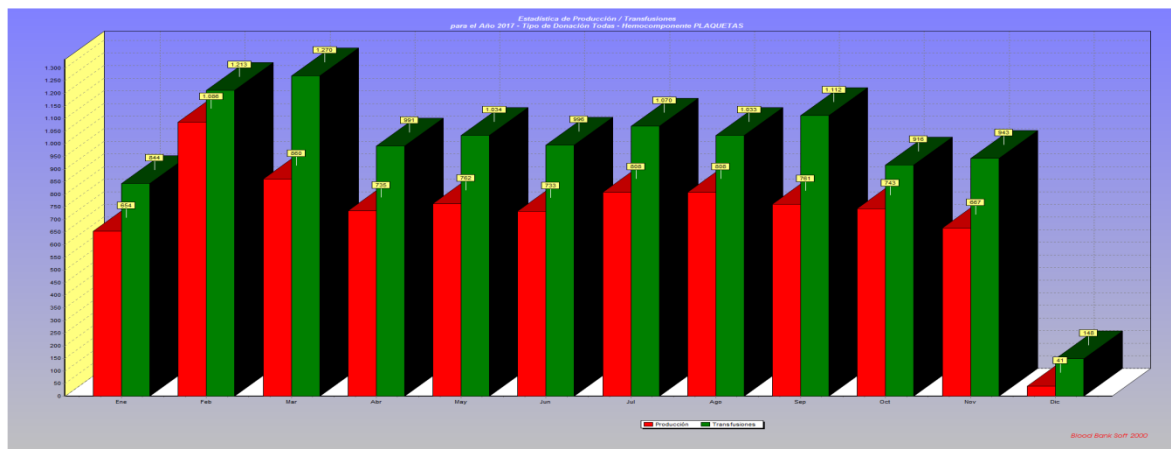


Gráfico. Relación entre producción y soporte transfusional administrado de Plaquetas. Fuente SAP INC 2017

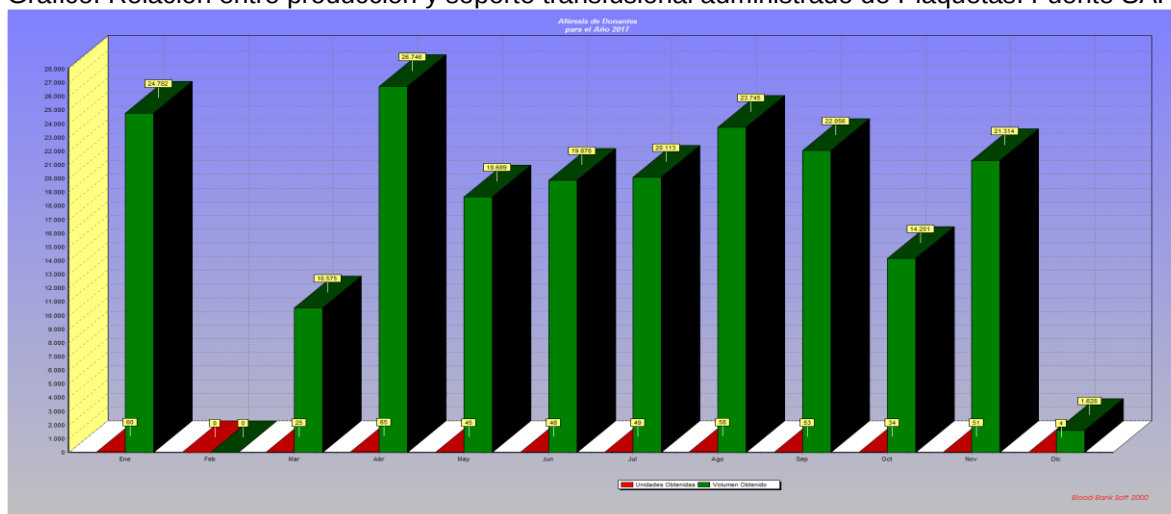


Gráfico. Producción de plaquetas por Aféresis. Fuente SAP INC 2017

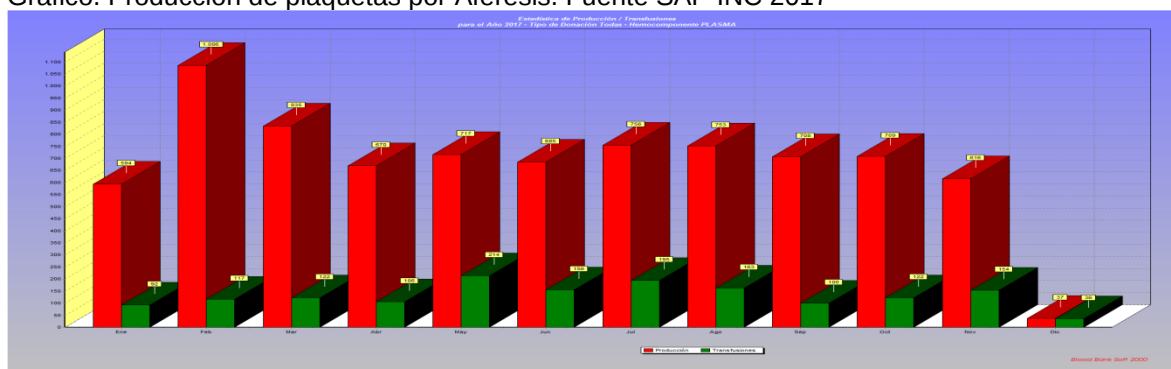


Gráfico.

Relación entre producción y soporte transfusional administrado de Plasma. Fuente SAP INC 2017

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 92 de 132	

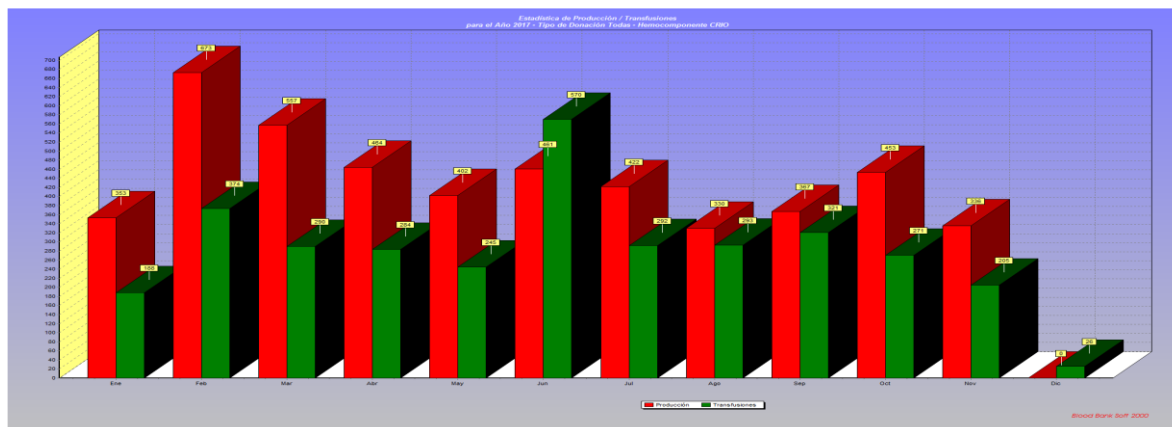


Gráfico. Relación entre producción y soporte transfusional administrado de Crioprecipitados. Fuente SAP INC 2017

Oncología Radioterápica

- ✓ Disminuyó el número procedimientos de Braquiterapia de alta tasa en 131. Problemas de baja referencia de pacientes, y problemas administrativos con el Organismo estatal, Minminas, para aprobación de licencias de importación.
- ✓ Incremento en la irradiación de productos sanguíneos en 1013, especialmente de plaquetas. Se hizo el estudio de costo-efectividad que dio resultado positivo como fuente de ingreso para el INC. Aún no se tiene ningún beneficio en facturación para el servicio de Radioterapia que solicitamos para bonificar e incentivar a los tecnólogos y físicos médicos.
- ✓ Incremento de 21 pacientes nuevos tratados con megavoltage que corresponde a un 1.12% comparado con el 2016.
- ✓ Aumentó el número de tratamientos con alta tecnología: de 1456 en 2016 a 1556 pacientes hasta noviembre de 2017. Fueron tratados con técnica 3D-CRT: Conformal e IMRT, que corresponde al 83.11% de los pacientes, 6.56% más que en el 2016.
- ✓ El uso del IMRT se aumentó de 35.8%(2016) a 42 % (2017) con meses hasta el 45-50%.
- ✓ El número de sesiones disminuyó en 3.554 sesiones, debido a técnicas complejas con mayor número de campos, el uso de SIB.
- ✓ Se hicieron 14 pacientes de RIO, es decir el 64% más que en el 2016.
- ✓ Interconsulta médica especializada hospitalaria y Gaica aumentó considerablemente en 197 interconsultas, haciendo un incremento del 22%.
- ✓ La consulta ambulatoria de Braquiterapia disminuyó en 6 consultas, viene menos pacientes referidos y a los que se les ordenó la Braquiterapia no fueron autorizadas por sus EPS.
- ✓ Disminución en los controles durante el tratamiento y de morbilidad en un 21% comparado al 2016.
- ✓ Junta de casos especiales disminuyó en 63 pacientes.

3.6 LOGROS

Gestión a usuarios

- ✓ Oportunidad en respuesta final al usuario o quejoso.
- ✓ Oportunidad en informes de PQRS, indicadores de gestión y seguimiento de inasistencia de pacientes a consulta por especialista.
- ✓ Nuevo proceso de ingreso al INC (Identificación biométrica de pacientes y acompañantes nuevos y de control).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 93 de 132	

Esterilización

- ✓ Continuidad de las actividades del servicio de esterilización pese a las condiciones de infraestructura inadecuada.

Unidad de cuidados intensivos

- ✓ Publicación de la actualización del Manual de enfermería en el SIAPINC 4.
- ✓ Actualización de 21 alertas de seguridad. INCLUIDO Primer Boletín de Alerta de Seguridad

3.7 DIFICULTADES

GAICA

- ✗ La gran demanda de atención médica dada por falencias mismas del sistema de salud hace que nuestro servicio siempre se encuentre en sobreocupación, sobrepasando la capacidad instalada y ocasionando un deterioro en la calidad de la atención que estamos acostumbrados a ofrecer; siendo este punto coyuntural debido a que nuestros pacientes corresponden a patologías crónicas que requieren cuidados especiales y condiciones específicas para manejo.
- ✗ El aumento progresivo del número de consultas, afecta el tiempo de espera en toma de imágenes diagnósticas lo cual afecta el índice de satisfacción del usuario. Así mismo, el tiempo de respuesta a Interconsultas de las especialidades básicas y segunda especialidad, es prolongado y en su gran mayoría corresponden a valoraciones por especialistas en entrenamiento con docentes no presenciales.
- ✗ La alta demanda de pacientes, requiere garantizar personal médico y de enfermería entrenado en el servicio y alineado con los principios de la Institución. Por tal motivo es necesario garantizar espacios de educación continua, evitar traslados y cambios de personal no soportados y el **RESPECTO** por la labor realizada desde todos y cada uno de los especialistas en entrenamiento hacia los médicos generales. Por favor cambiar redacción.
- ✗ Para el servicio de GAICA su principal grupo de apoyo, continúa siendo el servicio de laboratorio y de imágenes diagnósticas; a pesar de mejorías 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.
- ✗ La ubicación actual del servicio proporciona mayor comodidad a los pacientes, sin embargo no cumplimos con la totalidad de la norma de habilitación, por lo tanto es imperativo que se inicien las mejoras de infraestructura requeridas para el área de urgencias.

Servicios Farmacéuticos

- ✗ 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 porque no hay evidencia del registro de la reacción adversa en la historia en la historia clínica.
- ✗ El sistema de carpetas se buscó como una alternativa a la falta del recurso de comunicación, pero esta no es una forma muy óptima de comunicación; Se detecta que uno de los problemas principales radica en que, al ser una tarea dispendiosa de revisar la carpeta de conciliación todos los días, algunos médicos no la realizan, En el caso de especialidades como psiquiatría, por ejemplo, no se realizó capacitación puesto que no pudo ser socializado el proceso así como indicación de documentos (carpeta de conciliación), por ende el contacto para la resolución de discrepancias, debió realizarse vía telefónica.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 94 de 132	

- ✖ Se requiere mejor comunicación entre especialidades médicas informando y relacionando los medicamentos que entran a conciliación, de tal forma que puedan estos evaluarse, prescribirse y definir responsabilidad durante la formulación.
- ✖ Se cuenta con un espacio en el historia clínica en SAP específica de conciliación de medicamentos y donde cualquier medico puede acceder a esta y registrar los medicamentos en conciliación, que el paciente tome en casa, de manera que los profesionales en salud, con acceso a SAP, puedan revisar todos los antecedentes farmacológicos y se realicen intervenciones o modificaciones si se hace necesario.
- ✖ De igual forma, este espacio puede ser también la entrada a la implementación de la conciliación al alta, logrando que esta hoja de vida de los medicamentos sea obligatoria al momento de salida del paciente, para que el personal de salud pueda suministrar la correcta información y dado el caso, se puede hacer un seguimiento por parte del personal de enfermería encargado del alta.

3.8 RETOS

Gestión a usuarios

- ✓ Difícil adaptación de los usuarios al nuevo proceso de ingreso al INC.
- ✓ Lograr que comunicación realice la alineación de los deberes y derechos propuesta a través de la sigla INC para que fácilmente pueda ser recordada por el cliente interno y el paciente.

GAICA

- ✓ Se requiere contar con el sistema Enterprise en los computadores de los consultorios para garantizar la evaluación de los resultados que no son reportados con oportunidad al SAP.
- ✓ Para el servicio de Urgencias es de suma importancia, realizar el proyecto de adecuación de infraestructura, esto garantiza mejorar espacio físico y tener áreas óptimas para los pacientes y acompañantes así como para el personal de salud.
- ✓ Garantizar la entrega de información desde los Médicos Especialistas hacía los familiares de los pacientes ubicados en GAICA, en horarios establecidos de acuerdo con las dinámicas de cada consulta.

Gestión hospitalaria

- ✓ Redefinir los indicadores de resultado de la gestión de eventos adversos a nivel institucional que permitan la toma de decisiones basadas en datos reales y certeros.
- ✓ Articular esfuerzos con la Subdirección Administrativa para dar cumplimiento a los estándares de Habilitación definidos para el servicio de internación de mediana y alta complejidad.
- ✓ Mantener y mejorar los resultados de los indicadores de caída y reingreso de pacientes hospitalizados, flebitis y satisfacción.
- ✓ Fortalecer la estrategia de piel integra para los pacientes oncológicos del INC de tal manera que se logre el cumplimiento y mantenimiento de la meta establecida para la tasa de úlceras por presión.
- ✓ Definir e implementar una estrategia efectiva que impacte ciertamente en la disminución del índice y la tasa de global de infecciones del INC.
- ✓ Dar cumplimiento a los estándares de calidad superior definidos en el sistema único de acreditación.
- ✓ Aumentar el giro cama y disminuir el promedio de días estancia del paciente hospitalizado del INC articulando estrategias efectivas para la implementación del programa de extensión hospitalaria.
- ✓ Mejorar la oportunidad de respuesta a la solicitud de interconsultas y para la asignación de camas hospitalarias.
- ✓ Optimizar la interacción con las aseguradoras (EPS) de los pacientes hospitalizados para mejorar la oportunidad en la gestión administrativa de trámites que prolongan la estancia hospitalaria.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 95 de 132	

- ✓ Establecer acuerdos efectivos con los coordinadores médicos y de enfermería de los diferentes servicios hospitalarios para mejorar la gestión asistencial y administrativa que impacte en el giro cama y los días de estancia.

Servicios farmacéuticos

- ✓ Para el 2018 como plan de mejora se plantea lograr el 100% de seguimiento farmacoterapéutico a todos los pacientes hospitalizados, como estrategia para la identificación de problemas relacionados con el uso de medicamentos durante la cadena de utilización y reforzar campañas de divulgación del programa de seguridad del paciente en lo que concierne a Farmacovigilancia y tecnovigilancia.
- ✓ Reforzar el proceso de capacitación al personal institucional, incluyendo al personal en tránsito (Especialistas en Entrenamiento y Médicos de primera especialidad), de tal forma que conozcan la importancia del proceso de conciliación medicamentosa; está pendiente de solicitar espacio durante el proceso de inducción para socialización de este procedimiento. Mejorar el proceso de conciliación al alta, involucrando al personal de enfermería y tratante; también el inicio de análisis de información obtenida (discrepancias) para mejora de procesos de farmacovigilancia e intervenciones más activas durante los procesos donde se involucre el uso de medicamentos.
- ✓ Disponer de un espacio en Historia clínica SAP dentro del cuadro general, dónde cualquier persona con acceso a SAP pueda verificar las discrepancias detectadas en el tratamiento de forma oportuna y pueda haber una comunicación directa con el servicio farmacéutico en cuanto a sus justificaciones. De igual se continuara realizando retroalimentación mensual a cada servicio de especialidad o piso en cuanto al nivel de cobertura de las conciliaciones y discrepancias justificadas para que los médicos logren concientizarse de la importancia del proceso y su justificación.
- ✓ Conciliación en salas de cirugía: Es importante comprender que los pacientes que ingresan a sala de cirugía y que quedan hospitalizados, deben tener también un proceso conciliatorio. Para el año 2018 se busca iniciar la implementación del proceso de conciliación.

Esterilización

- ✓ Tener la central de esterilización con el cumplimiento de la normatividad en cuanto a buenas prácticas de esterilización, habilitación y acreditación.
- ✓ Adquisición de instrumental para cumplir con el estándar de habilitación y autoclave a baja temperatura para disponer de equipos necesarios para cirugía y braquiterapia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 96 de 132			



Proceso de transformación cultural permanente.



Responsabilidad social.

4. Gerencia del Talento Humano



OSO DE ANTEOJOS

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 97 de 132	

4. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

4.1 PLANES Y PROYECTOS

4.1.1 Proyectos de aprendizajes en equipos

Para el año 2017 se inscribieron 10 P.A.E. de diferentes áreas que tenían como objetivo capacitar 3.675 servidores, de las cuales han realizado 60 capacitaciones con una participación de 4.277 colaboradores del Instituto, lo que indica una cobertura del 116%.

4.1.2 Plan de capacitación

El plan de capacitación para el año 2017 fue aprobado mediante Resolución N 0058 del 26 de enero de 2017 en la cual se incluyeron las capacitaciones solicitadas mediante el formato GTH-P05-F-03 “solicitud actualizaciones - capacitación técnicas y/o de ley-norma” en la cual para el año 2017 los grupos de la Dirección General, la Sub. Gral. De Atención Médica y Docencia, Sub. Gral. De Gestión Administrativa y Financiera y Sub. Gral. De Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención solicitaron 90 capacitaciones, algunas con realización al interior del país y otros grupos como Radioterapia solicitaron capacitaciones en el exterior.

4.1.3 Plan de mejora producto de la evaluación del desempeño

Dentro del programa de capacitación se realizan acciones de mejora para los funcionarios de carrera producto de la evaluación de desempeño. Para este año se tiene previsto capacitar 15 funcionarios.

Se realizó los días 24 y 25 de julio de 2017 una capacitación en innovación con la Cámara de Comercio de Bogotá para dos funcionarias con el fin de fortalecer sus habilidades creativas y de innovación como se evidencio esta necesidad de mejora en el resultado de la evaluación de desempeño aplicada.

Adicionalmente a 9 funcionarios se les solicitó mejorar sus competencias en temas que involucran el cuidado al paciente. Para ello en el momento está en ejecución la capacitación entrenamiento en herramientas de intervención en riesgos específicos de la gestión de la seguridad del paciente con el proveedor OES (Organización para la Excelencia de la Salud) con el objetivo de aumentar los conocimientos y competencias para mejorar la atención a los pacientes.

Para capacitación se asignaron \$461 millones y se ejecutaron \$458, 8 millones, equivalente al 99%.

4.2 INDICADORES

✓ Porcentaje ocupación plantas incluyendo diciembre

Porcentaje de Ocupación de la Planta Global durante el año 2017 = 93.93%

Porcentaje de Ocupación de la Planta Transitoria durante el año 2017 = 100%

Porcentaje de Ocupación de la Planta Temporal durante el año 2017 = 44.48%

✓ Ejecución Presupuestal Planta Global y Transitoria

Al efectuar un promedio de ejecución entre el mes más alto noviembre y el mes más bajo febrero se evidencia que mantiene un estándar de variación del 1.22%, manteniéndose estable, es de aclarar que no se toma como el mes más alto julio toda vez que en este mes se cancela Prima de Servicios.

✓ Ejecución Presupuestal Personal Supernumerario

Al efectuar un promedio de ejecución entre el mes más alto noviembre y el mes más bajo febrero se evidencia que se ha venido incrementado su ejecución hasta en un 92.8%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 98 de 132			

✓ **Ejecución Presupuestal Planta Temporal**

Creada mediante Decreto N° 1147 del 05 de julio de 2017 emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su ejecución se evidencia que su ocupación a la fecha es de solo del 44.48 %

✓ **Garantizar el 100%del cumplimiento en la oportunidad de provisión de cargos de acuerdo con los criterios establecidos.**

Concepto	Promedio días hábiles convocatorias ejecutadas	
	2016	2017
PLANTA	63	59
CONTRATOS	44	43
TOTAL	53	53

✓ Medir el porcentaje convocatorias desiertas y reducirlas en 30%

Concepto	2016		%	2017		%
	No. De convocatorias	No. Convocatorias Desiertas		No. De convocatorias	No. Convocatorias Desiertas	
PLANTA	49	18	37%	58	21	36%
CONTRATOS	38	13	34%	40	13	33%
TOTAL	87	31	36%	98	34	35%

4.3 LOGROS

- ✓ Aprobación de la planta temporal con 281 cargos del área asistencial.
- ✓ Reforma de los procedimientos del Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano, que han permitido el trabajo en equipo y la fluidez de las actividades con la participación de todos los funcionarios del Grupo Area.
- ✓ Re direccionamiento de las actividades de Bienestar hacia el fortalecimiento de las relaciones laborales en condiciones dignas incluidas la familia, enfocados hacia el mejoramiento del trabajo en equipo, liderazgo y comunicación.
- ✓ Se logró una satisfacción del 96% de las actividades de Bienestar
- ✓ Se ejecutó el 94% del plan de capacitación
- ✓ Con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se implementó la consolidación de la Planificación del Talento Humano en el aplicativo del Sistema SAP.
- ✓ Se realizó la modificación del Plan de Turnos en el aplicativo del Sistema SAP.
- ✓ Se realizaron un total de exámenes periódicos a 528 funcionarios equivalente al 83% del total de la población que cumplen con los criterios de inclusión (mínimo seis meses de nombramiento en planta, ,de esta manera se logró realizar un monitoreo a la condición de salud y definir acciones de promoción y prevención para todos los funcionarios en el año 2018 que generen impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores.
- ✓ Se realizó la actualización de la matriz de peligros la cual se encontraba por cargos para el 2016 y no era específica para los grupos de trabajo, en el año 2017 se lleva el 70% de actualización por procesos teniendo en cuenta que los riesgos son diferentes en cada uno de los servicios siendo el mismo cargo.
- ✓ Se dio inicio al programa de vigilancia epidemiológica para riesgo cardiovascular en la cual se aplicó encuesta a 497 funcionarios.
- ✓ Levantamiento de los temas y parametrización del proceso de inducción para nuevos funcionarios en la página web del instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 99 de 132	

- ✓ Entrega de las nóminas de planta global, supernumerarios, órdenes de pago de contratistas de personas naturales y facturas de empresas externalizadas dentro de los términos establecidos que han permitido el pago oportuno a empleados y a tercerizados.
- ✓ Incremento en la cobertura en un 80% de la realización de los exámenes periódicos realizados por el Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Aumento del porcentaje en la calificación externa de la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Se logró reducir en 3,6% la tasa de accidentalidad comparado con el año 2015.
- ✓ 93% de implementación del modelo de promoción del liderazgo.
- ✓ 65% de criterios cumplidos del (OSHAS) – Meta del 60% para el año 2016.
- ✓ Se llevó a cabo la medición de Riesgo Psicosocial, Clima Organizacional desde el 27 de octubre y hasta el 5 de diciembre, se tomó como estrategia realizar las encuestas en juntas de los profesionales de alto nivel que incluía al personal administrativo del respectivo grupo, así mismo se organizaron dos semanas en jornadas continuas con cuatro sesiones promedio por día, de dos horas cada una en espacios abiertos para el personal que fue convocado vía correo electrónico para un total de 54 sesiones. Logrando una participación 1405 colaboradores, superando la cobertura de colaboradores del pasado estudio realizado en el año 2014 donde se realizaron 586 encuestas.
- ✓ Reducir al 6% la tasa anual de accidentalidad laboral. En 2016 el índice de frecuencia de accidentalidad arrojó el 6.6 y para el 2017 5.5 de acuerdo a las metas del PDI de disminuir en 4 años 6% a la fecha contando desde el 2015 se tiene una disminución del 4. De disminución en los tres años lo cual para llegar a la meta de disminución del 6.5 se tiene que continuar trabajando en las diferentes estrategias de prevención de accidentalidad y autocuidado para lograr una disminución del 1.6 en el 2018, con corte a noviembre.
- ✓ Se realizó la visita del consejo colombiano de seguridad y Salud en el Trabajo quienes evalúan la implantación del decreto 1072 de 2012. El resultado obtenido en esta evaluación del 95,18% a nivel documental y del 87,10% en campo, se conceptuó la efectividad del Sistema de Gestión en Seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente. Este resultado fue superior al del año inmediatamente anterior que fue del 75%
- ✓ Medición del riesgo Psicosocial, clima organizacional y cultura. Se llevó a cabo la medición de riesgo psicosocial y clima organizacional con una cobertura para el año 2017 del 82% representado por 1.405 colaboradores incluidos planta, tercerizados y contratistas de prestación de servicios, comparado con el 42% en 2014, representado por 586 colaboradores.
- ✓ Se realizó la adjudicación del contrato 327/2017 con el oferente G-media quien realizará la implementación de la página Web (Proceso de Inducción y Reinducción)
- ✓ Se implementaron las pruebas psicotécnicas para el ingreso de funcionarios de planta, supernumerarios y planta temporal.

4.4 RETOS

- ✓ Contar con indicadores de impacto.
- ✓ La evaluación del desempeño debe ser una herramienta de gestión.
- ✓ Contar con indicadores que midan el mejoramiento en el buen trato.
- ✓ Cumplir con los tiempos establecidos en los procesos de selección.
- ✓ Contar con un programa de atracción y compromiso del Talento humano.
- ✓ Contar con plan de ausentismo que sirva como herramienta de gestión en la toma de decisiones de gestión humana.
- ✓ Integración de la talanquera (ingresos y salidas) con el sistema SAP de nómina.
- ✓ Realizar las actividades pertinentes para el logro de la acreditación en los estándares de ambiente físico y Talento Humano en la cual se pretende contar con un sistema de alarma y sistema de detección contra incendios para todo el Instituto.
- ✓ Mejorar la conciencia de los funcionarios con el fin de disminuir los riesgos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 100 de 132			

5. Gerencia del Ambiente Físico



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 101 de 132	

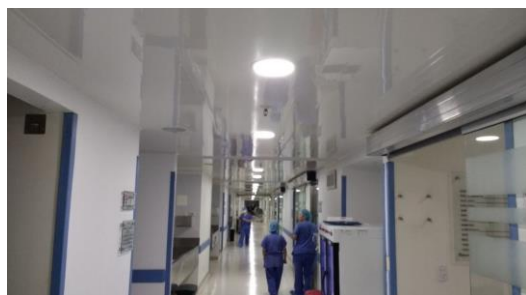
5. INFRAESTRUCTURA

- ✓ Se terminaron las obras de mantenimiento general del área de Salas de Cirugía, mantenimiento de pisos, pared y techo vinílico de las salas de cirugía, esterilización y radiofarmacia, instalación del sistema de ventilación y extracción de aires en las áreas de Radiofarmacia, Central de Mezclas P2 y P7

Radiofarmacia

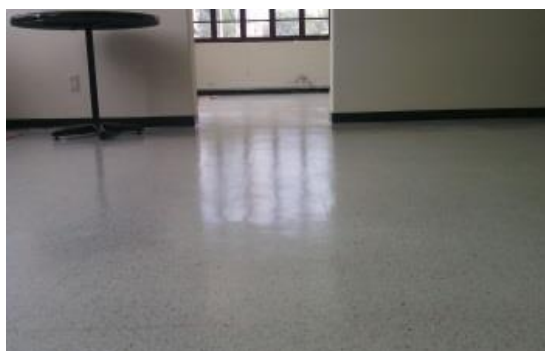


Salas de Cirugía



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 102 de 132	

- ✓ Se terminó el mantenimiento general del edificio administrativo con una intervención de 102 áreas en total, adecuación del segundo y tercer piso del edificio administrativo incluyó pintura de todas las oficinas, cambio de pisos de algunas áreas y mantenimiento de pintura de techos.



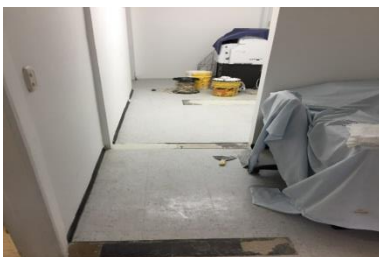
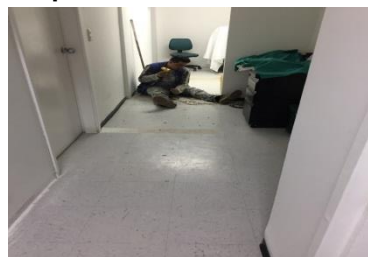
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 103 de 132	

- ✓ Mantenimiento y actualización de las calderas
- ✓ Adecuación de la bodega de Biomédica
- ✓ Adecuaciones de reordenamiento de los siguientes espacios físicos, a través del contrato No 719 de 2016
 - Baño área de ginecología
 - Mezzanine, oficina de Salud y Seguridad en el Trabajo
 - Oficinas para Biobanco
 - Imágenes diagnósticas
 - Oficinas del primer piso
 - Oficina de calidad
 - Almacén y Biomedica
 - Grupo Área Atención Oncológica Especifica
 - Adecuaciones oficina Comité de Ética e Investigaciones
 - Angiografía
 - Consulta de seno
 - Consulta de ortopedia
 - Cirugía plástica
 - Consulta de cabeza y cuello

Consulta de Seno



Ortopedia



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 104 de 132			

Sala de ecografías



Biobanco



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 105 de 132	

Área de lectura de imágenes diagnósticas



Oficinas primer piso



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 106 de 132	

✓ Se culminó la obra del tanque de almacenamiento para el sistema de extinción de incendios



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 107 de 132	

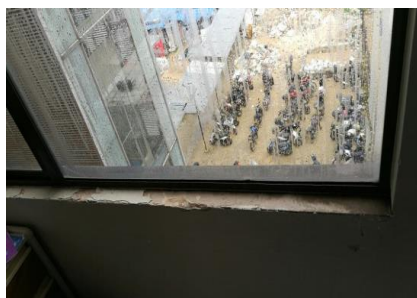


✓ Se terminan las obras de adecuación del parqueadero del lote



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 108 de 132	

- ✓ Se culminaron las obras de la etapa I de habilitación a través del contrato No 773 de 2016 se intervinieron las habitaciones hospitalizados 3 y 4 piso occidente, baños públicos, séptimo piso 7/24, patología, cuarto de depósito de residuos, radiología equipos.



Antes



Después



Antes



Después

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 109 de 132	



Antes



Después



Antes



Después

Durante el año 2017 se realizó la siguiente contratación indispensable para la continuación de las actividades de obra:

- ✓ Se realizó la contratación del talento humano Asesor en Arquitectura
- ✓ Adición al Contrato No 594 con Strategy para la realización de la señalización en el área administrativa, totem edificio administrativo y hospitalizados, señales de seguridad y señales de evacuación, se inicia con el diseño de la señalización del CPreP Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano Instituto Nacional de Cancerología y señalización del edificio de hospitalizados habitaciones.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSIP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 110 de 132	

TIPO DE SEÑAL	UNIDADES	VALOR TOTAL
Señal institucional unitarias / marcar oficinas	159	6.455.400,00
Señales de ubicación media rutas de evacuación	539	37.514.400,00
Señales de educación baja flechas / Puntos de encuentro	779	19.319.200,00
Señales de Áreas de seguridad	81	4.698.000,00
TOTEM AREA ADMINISTRATIVA	1	2.716.000,00
TOTEM EDIFICIO HOSPITALIZACIÓN C	1	4.870.400,00
SEÑAL DIRECCIÓN GENERAL Y MODIFICACIONES SEÑALES EXISTENTES	30	1.218.000,00
SEÑALES PUNTO DE ENCUENTRO	4	974.400,00
TOTEM	3	1.798.000,00
TOTAL		79.563.800,00

- ✓ Contrato No 323 y No 500 cuyo objeto fue la revisión de ejecución de obras, verificación de ítems, revisión de costos y presupuestos, verificación de precios unitarios, asesoría arquitectónica a nivel técnico y administrativo, acompañamiento a recibo de los ítems contratados, en los siguientes contratos de obra Contrato No 773 de 2016, Contrato No 698 de 2016, Contrato No 719 de 2016, No 751 de 2016; revisión de adicionales de obra no contemplados del contrato No 773 de 2016 y revisión de cantidades de obra de las adecuaciones de los cuartos de ropa sucia instalados para cumplimiento de habilitación.
- ✓ Revisión y ajustes del diseño arquitectónico y de ingeniería complementaria, calcular cantidades de obra, elaborar el presupuesto y las especificaciones técnicas, para la remodelación de la Unidad de Gaica (Grupo de atención inmediata al paciente con cáncer) contrato No 613
- ✓ Contrato No 492 de 2017 diseño del sistema eléctrico para el traslado de la planta caterpillar y adecuación de espacios para la ampliación de la subestación de 630 Kva.
- ✓ Apoyo a la supervisión técnica para revisión detallada de sistema de aires instalado en radiofarmacia, farmacia, salas de cirugía y apoyo durante toda la obra de esterilización con el sistema de airesa instalar. Contrato No 504
- ✓ Elaboración del diseño técnico integral (instalaciones hidrosanitarias redundantes y complementarias), calcular cantidades de obra, elaboración del presupuesto y las especificaciones técnicas, para la correcta instalación y puesta en funcionamiento de 2 lavadoras termo-desinfectadoras, en el servicio de esterilización del Instituto Nacional de Cancerología -INC." Contrato No 548 de 2017
- ✓ Revisión y validación médico-arquitectónica al proceso de contratación pública No. 065 de 2017, relacionado con obras de habilitación del INC, en la perspectiva de calidad, de habilitación y normas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 111 de 132	

técnicas requeridas, en las fases precontractual, contractual y generación de plan de interventoría. Contrato No 612 de 2017

- ✓ Levantamiento, actualización y validación de planos topográficos de los linderos del INC como soporte para legalización de predios del Instituto Nacional de Cancerología –E.S.E-, contrato No 646
- ✓ Diseño arquitectónico, hidráulico y eléctrico (en caso de requerirse) y presupuesto detallado correspondientes para la adecuación de seis (6) baños especiales: Dos (2) en el área de medicina nuclear, tres (3) en el área de hospitalización (sanitarios separadores) y la realización de un (1) baño en medicina nuclear (sanitarios separadores). Para la implementación de un sistema de vertimientos de desechos radiactivos independizando los residuos sólidos de los líquidos, el cual se conectará a la red existente PTAR, del Instituto Nacional de Cancerología – INC, en cumplimiento de las normas de habilitación hospitalaria. Contrato No 521

Las anteriores actividades se realizaron y ejecutaron al corte de 30 de diciembre de 2017, con una inversión de \$990.617.948.

Se gestionaron los procesos de contratación de las obras requeridas para cumplir con los hallazgos de obra realizados durante la auditoria de la Secretaria de Salud y las auditorías internas realizadas por la Oficina Asesora de Calidad

5.1 RESUMEN EJECUCIÓN RECURSOS AÑO 2017

1. Total recursos asignados proyecto de obras Diseño Construcción Reforzamiento Reordenamiento y Dotación Logística de las Instalaciones Físicas del Instituto Nacional de Cancerología \$9.700.010.000,00
2. Total ejecución proyecto de obras año 2017 \$7.469.163.874,52
3. Total ejecución recursos funcionamiento administrados \$153.934.287
4. Valor total de contratos ejecutados inversión nación año 2017 \$ 990.617.948
5. Valor total de contratos en ejecución inversión nación \$ 6.587.306.707,52
6. Total ejecutado inversión administrados + funcionamiento administrados \$7.577.924.655,52

5.2 DIFICULTADES

- ✓ No cumplimiento de cronogramas de obras
- ✓ Edificaciones antiguas
- ✓ Control a los contratistas
- ✓ Falta de dinámica entre las decisiones del comité vs trámites administrativos
- ✓ Rediseño del Macroproyecto, teniendo en cuenta:
 - Necesidades por edificios
 - Requisitos habilitación
 - Estudio de mejoramiento de Procesos vs. Estructura
 - El plan maestro de obras
- ✓ Revisión de actividades programadas “con riesgos de viabilidad” de acuerdo al nuevo replanteamiento del proyecto 2017-2021
- ✓ Definición de titularidad de los predios del INC- Soporte jurídico
- ✓ Licencias de reforzamiento estructural- Agilidad de trámites

5.3 RETOS

- ✓ Habilitación del Instituto
- ✓ Terminación obra esterilización incluye sistema de aires
- ✓ Reordenamiento áreas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 112 de 132	

- ✓ Culminación obras de habilitación Centro de prevención sede San Juan de Dios
- ✓ Diagnóstico de inundaciones
- ✓ Obra reordenamiento Gaica
- ✓ Planificación obras
- ✓ Interventoría integral

5.3.1 RETOS CORTO PLAZO 2018

- ✓ Cambio de cuatro (10) ascensores
- ✓ Contar con la aprobación del PMR (Plan de regularización y manejo) y el PEMP (Plan especial de manejo y protección del conjunto hospitalario San Juan De Dios e Instituto Materno Infantil)
- ✓ Cumplimiento estricto cronogramas de obras
- ✓ Titularidad de predios
- ✓ Sistemas de vertimientos inicio de obras
- ✓ Señalización total
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Cumplimiento del 100% compromisos del POA
- ✓ Mantenimiento de las edificaciones del INC basado en prevención
- ✓ Impermeabilización cubiertas y fachadas

5.3.2 RETOS LARGO PLAZO

- ✓ Reforzamiento estructural hospitalizados, almacén, consulta externa
- ✓ Reordenamiento hospitalizados 3 y 4 piso
- ✓ Restauración y reordenamiento edificio administrativo
- ✓ Edificio nuevo
- ✓ Contar con estudio vulnerabilidad resolución 5318



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO
INSTITUCIONAL

INFORME DE GESTIÓN

CÓDIGO:

GSJ-P01-F-06

VERSIÓN:

01

VIGENCIA:

05-06-2017

Página 113 de 132



Gestión de
la tecnología.

6. Gestión de la Tecnología



JAGUAR

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 114 de 132	

6. DOTACIÓN HOSPITALARIA

6.1 INVENTARIO EQUIPOS BIOMÉDICOS

De acuerdo a la actualización del inventario en el año 2017 se tiene el siguiente inventario de equipos biomédicos. Equipos propios 2.777 y en comodato 682.

De los Equipo Biomédicos propios 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 el 2017

Actualmente está en depuración el levantamiento físico de inventario general (incluidos equipos biomédicos) que reflejara el inventario real de capacidad instalada.

6.2 MANTENIMIENTO EQUIPOS BIOMÉDICOS

Del total de los equipos fuera de garantía que son aproximadamente 2400, se encuentran con contratación de mantenimiento preventivo 1930, que equivalen a un 82% y el restante 18% sin mantenimiento.

La asignación presupuestal para el mantenimiento preventivo y correctivo, actividades de metrología, calificación y validación de equipos biomédicos, de refrigeración y producción de aire medicinal, durante el año 2017 ascendió a \$8.613, 5.

A la fecha se cuenta con 45 contratos con vigencia futura para cubrir el mantenimiento preventivo y correctivo de 1930 equipos biomédicos, 10 contratos de mantenimiento correctivo y 9 contratos de calibración (Onac y no Onac), validación, calificación y controles de calidad para el aire medicinal producido en sitio por compresor.

A partir de la notificación de los contratos, se ha continuado con la programación de reuniones con cada uno de los proveedores para acordar las actividades de los contratos de mantenimiento preventivo, donde se incluyen además sesiones de capacitación, elaboración de guías de manejo rápido en formato institucional, protocolos de mantenimiento preventivo donde se incluyen las actividades de limpieza y desinfección, así como informes de gestión. Para este año se ha ratificado la necesidad de validar junto con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo; los requerimientos de la norma y hacer un estricto control al personal contratista. A la fecha se han efectuado 44 actas de inicio de supervisión de contratos.

Para una resolución mensual de las solicitudes, que corresponde al porcentaje de solicitudes que se atienden y se solucionan dentro del mismo mes:

La implementación de esta herramienta busca alinearse a la cultura institucional, de realizar las solicitudes de mantenimientos de infraestructura y equipos industriales (clase de aviso ZM), además de contar con una adecuada trazabilidad para realizar la gestión, cuenta con la creación de la estandarización de los indicadores para que los datos puedan ser extraídos de manera más sencilla y relacionarse directamente con la hoja de vida de los equipos biomédicos.

Se realiza la diferenciación entre los tiempos de atención y resolución de solicitudes de mantenimiento correctivo, ya que el primero hace referencia a la atención que se le da al servicio dando un diagnóstico o una solución parcial, y el segundo se refiere a la conclusión de la solicitud dejando el equipo en funcionamiento nuevamente o realizando un análisis para realizar la solicitud de baja por daño total.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 115 de 132	

6.3 ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

Durante el año 2017, se han realizado la siguiente gestión para la adquisición de equipos biomédicos y de refrigeración: Se asignaron \$6.025 millones.

Por cantidad de equipos de los procesos con contratación: 450 equipos comprados, de ellos 419 se han recibido a satisfacción y 40 están pendientes.

Por clasificación de riesgo: en riesgo I: 321, riesgo IIA: 120 y IIB 18

Por tipo de adquisición: por incorporación 101, por renovación 92 y por reposición 266.

6.4 PROGRAMA DE USO SEGURO

Se implementaron estrategias para garantizar el buen funcionamiento de la tecnología biomédica, buscando prevenir la ocurrencia de eventos adversos y el disminuir los mantenimientos correctivos que se encuentran asociados al mal uso de los equipos, a través de las siguientes acciones:

1. Instrucciones de Manejo Básico
2. Inspecciones periódicas de los equipos biomédicos en todos los servicios asistenciales del INC.
3. Difusión de folletos informativos
4. Capacitación manejo equipos y temas referentes a la seguridad en el uso de equipos biomédicos
5. Protocolos de mantenimiento preventivo
6. Matriz de renovación tecnología biomédica
7. Encuestas Satisfacción Interesados

6.5 LOGROS

- ✓ Cambio de contratación “A todo costo” de proveedores exclusivos, a contratación de mantenimiento con bolsa de repuestos. A fin de optimizar los recursos asignados.
- ✓ Contratación unificada de mantenimiento equipos hospitalarios.
- ✓ Contratación de mantenimientos preventivos y correctivos con bolsa de repuestos para todos los equipos.
- ✓ La centralización de solicitudes por la transacción IW21 para el reporte de mantenimientos correctivos y la inclusión de los protocolos de mantenimiento en SAP.
- ✓ Búsqueda activa de eventos e incidentes adversos a través de SAP, mediante la transacción IW21
- ✓ Implementación de muestras para la adquisición de tecnología biomédica.
- ✓ Despliegue del procedimiento GTE-P01 Evaluación para la adquisición de la tecnología biomédica a la Subdirección de Investigación, Vigilancia epidemiológica, promoción y prevención.

6.6 RETOS

- ✓ Mejorar los tiempos de respuesta y resolución en mantenimientos correctivos.
- ✓ Optimizar los tiempos de contratación de los servicios.
- ✓ Garantizar la ejecución del programa de capacitación en equipamiento biomédico.
- ✓ Lograr la unificación de base de datos de equipos biomédicos (capacidad instalada-almacén y biomédica)
- ✓ Fortalecer el programa institucional de tecno vigilancia.
- ✓ Garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico en un 95%.
- ✓ Alcanzar una calificación de 3,5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación en salud.
- ✓ Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 116 de 132	

- ✓ Cumplir con Índice de obsolescencia anual de la base instalada de equipamiento biomédico no supere el 10% de la misma.
- ✓ Medición de tiempos de parada de equipos biomédicos.

6.7 TECNOLOGÍA INFORMÁTICA

6.7.1 Telefonía unificada

Se evaluó los costos de la prórroga del contrato actual de telefonía y Call center hasta el mes de junio del 2018.

6.7.2 Llamadas salientes

En la actualidad se realizan en promedio 44.204 llamadas. El área de la Subdirección Médica es la que más llamadas realiza. La capacidad del servicio continua siendo de 24 mil minutos mensuales los cuales en promedio el consumo mensual de minutos es superior a 22.000 mil, en los meses de septiembre y octubre superaron los 23.000 mil.

Salientes DDN: el servicio está activo con 93 funcionario en promedio se realizan 294 llamadas mensuales

Salientes DDI: Servicio activo para 9 personas:

6.7.3 Llamadas entrantes

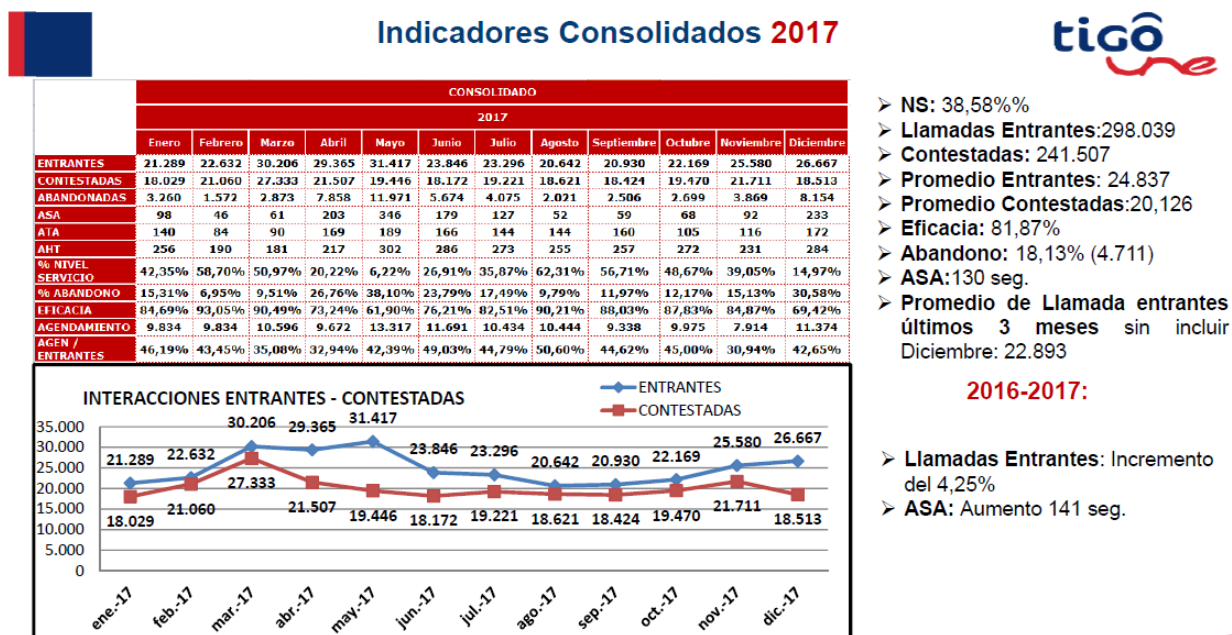
En promedio se atienden 58.746 llamadas mensualmente.

Flujo de llamadas contestadas más bajo registrado es de 26.956 y el más alto de 59.927.

El abandono de llamadas internas en promedio es del 20.87% con respecto al 79.13% contestadas.

En promedio se realizan 127.201 llamadas internas mensualmente

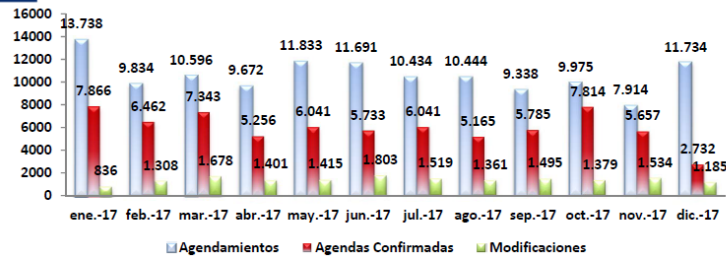
6.7.4 Call center



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 117 de 132	



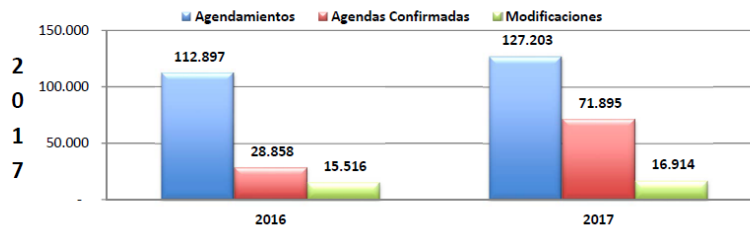
Agendamiento VS Confirmación de citas



2017:

- Agendamientos: 127.203
- Agenda promedio: 10.600
- Confirmación: 71.895
- Confirmación: 57%
- Modificación: 16.914
- Agentes: 3

2016 VS 2017



2016-2017:

- Agendamientos: 13% ↑
Acumulado al día 31/12/2017
- Confirmación: 149% ↑
Acumulado al día 31/12/2017



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 118 de 132	



Proceso de transformación cultural permanente.

7. Gerencia de la información



RANA VENENOSA DEL AMAZONAS

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 119 de 132	

7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

7.1 GOBIERNO EN LÍNEA

Para la estrategia de gobierno en línea se realizaron las siguientes actividades:

1. Publicación, actualización y monitoreo de datos abiertos
2. Plan estratégico de Grupo Área Sistema
3. Realización catálogo de servicios enviado a MINTIC para aprobación
4. Certificado de nivel 3 de interoperabilidad
5. Inventario de equipo activos (redes) para IPV6 con el inventario institucional de software y hardware- Activos de información
6. Actualización y evaluación de MSPI (modelo de seguridad y privacidad de la información) enviado a MINTIC
7. Participación en CSIR gobierno para la gestión de incidentes de seguridad
8. Uso de acuerdos marco de precios Colombia Compra

7.2 PROYECTOS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. Actualizar los sistemas informáticos y la infraestructura necesaria conforme a las necesidades del INC y a la evolución de la tecnología:
 - Proyecto actualización del Sistema RIS-PACS cumpliendo con un 100% puesta en funcionamiento marzo 2017.
 - Proyecto Implementación sistema LIMS para 10 laboratorios de patología: se gestionó por medio de convocatoria pública 079 de 2017, con recursos de la vigencia 2017 y 2018 su implementación se realizará en el año 2018.
 - Proyecto Implementación mejoras modulo costos SAP se gestionó por medio de convocatoria pública 081 de 2017, con recursos de la vigencia 2017 y 2018 su implementación se realizará en el año 2018. 20% de implementación del proyecto de SAP modulo CO de acuerdo al plan de trabajo definido.
 - Actualización sistema de control de acceso para pacientes funcionarios y visitantes.
2. Mejorar disponibilidad, tiempos de respuesta de los sistemas, facilitando la integración, la extracción y el análisis de la información institucional de carácter Medico, Administrativo, financiero y de investigaciones:
 - Adquisición e Instalación del licenciamiento ARIA Radioterapia (Información del Paciente, flujos de trabajo y tareas) con instalación de equipos y capacitación al personal de radioterapia y física medica en el año 2017.
 - Proyecto BI: se realizaron actividades de consultoría Previa, presentación ante las directivas, análisis mercado y pruebas de conceptos, con lo cual se realiza la convocatoria pública 071 de 2017, contando con vigencia futura para el 2018.
3. Dotación equipos HW / SOFT- Laboratorio clínico.
4. Implementación del campus virtual de entrenamiento.
5. Implementación herramienta de solicitud de servicios de mesa de ayuda.

El presupuesto 2017 de funcionamiento ascendió a \$8.927 millones y se ejecutaron \$6.719 millones, incluye los componentes de Outsourcing de Equipos de cómputo redes y servicios de ofimática y mesa de ayuda y el Outsourcing de Telefonía Unificada y Call Center con las vigencias comprometidas para 2017 aunque dichos contratos fueron legalizados en vigencias anteriores. Para proyectos se asignaron \$1.985 millones, que incluye patología, BI y Costos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 120 de 132	

7.3 HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN EL PAÍS

7.3. Herramientas de información para en control del cáncer en el país



Un espacio con información accesible, rápida y confiable sobre las diferentes tipos de cáncer de todo el territorio nacional.

Mapa de registros poblacionales de Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Pasto.

7.4 PLANES OPERATIVOS ANUALES

A continuación se presenta la ejecución de los Planes Operativos Anuales del año 2017 de los 14 procesos institucionales:

PROCESO		% CUMPLIMIENTO
GSI	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	71%
DYE	Diagnóstico y Estadificación	67%
UFT	Unidades Funciones de Tratamiento	61%
GAC	Gestión Apoyo Clínico	66%
DOC	Docencia	93%
INV	Investigación	88%
SPB	Salud Pública	98%
GTH	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	80%
GHA	Gestión Hotelera y Ambiental	80%
GAD	Gestión de Archivo y Documental	92%
GDG	Gestión del Gasto	91%
GCO	Gestión Contable	85%
GCI	Gestión Comercial y del Ingreso	85%
GTE	Gestión de la Tecnología	82%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO TOTAL		81%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 121 de 132			

7.5 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN VIDA Y CÁNCER

7.5.1 Vida y cáncer tv

Dedicado a informar y educar sobre el cáncer y sus diferentes patologías. También, un espacio de bienestar con notas de calidad de vida y solución de mitos sobre temas de salud. Así mismo, el espacio para presentar historias de vida de sobrevivientes de la enfermedad.

En su octava temporada se emitieron 16 programas entre los cuales se encuentran:

- Cánceres en el tracto urinario
- Historias de sobrevivientes
- Cáncer infantil
- Mitos y realidades del cáncer
- Cáncer de cuello uterino
- Efectos secundarios radioterapia
- Enfermedades ocupacionales
- Cirugía robótica
- Médula ósea
- Cuidados paliativos
- Cáncer óseo
- Cáncer de seno
- Comunicación en salud
- Cáncer de pulmón
- Procedimientos Radioterapia
- Rendición de cuentas 2017

Estos programas se pueden ver en el canal de YouTube del Instituto (Incancerologia) y sus emisiones en vivo son los domingos 1:00 p.m. por Canal Trece.

7.5.2 Vida y cáncer Radio

Un espacio especializado para abordar la enfermedad, a través de un lenguaje cercano y con la posibilidad de interactuar con los oyentes. En el 2017 se emitieron 59 programas entre los que se encuentran:

- Educación en cáncer para el paciente y su familia
- Cáncer de piel
- Convenio marco para el control del tabaco. CMCT
- Cáncer de pulmón
- Familia y cáncer
- Riesgo de los alimentos ultraprocesados
- Lavado de manos
- Cáncer de mama
- Cáncer Óseo
- Cáncer de Colon
- Tiroides
- Leucemia
- Linfoma
- Infocancer
- Asbesto

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 122 de 132	

- Embarazo y Cáncer
- Mitos sobre el Cáncer
- Conozca a que tiene Derecho
- Trabajo Social
- Agentes Carcinógenos
- Radioterapia
- Hospitalización paciente Oncológico
- Investigación Oncológica
- Cáncer Renal
- Cardiología en la oncología
- Donación de Sangre para Pacientes Oncológicos
- Cáncer de Próstata
- Día Mundial sin Tabaco
- Melanoma
- Recolección de medicamentos para darle disposición ambiental adecuada
- Cáncer de Ovario
- Enfermería Oncológica
- Terapia Enterostomal Recomendaciones
- Recomendaciones para el cuidado en el tratamiento radioterapia
- Depresión - Día Mundial de la Salud
- Cáncer de Colon y Recto
- Cáncer de Cuello Uterino
- Cáncer en Tracto Urinario
- Servicio de Hospitalización
- Cuidadores
- Cáncer Infantil
- Glaucoma
- Nutrición y Cáncer
- Guías de Atención Integral
- Proyecto Estampa VPH
- Prevención y lucha contra el cáncer
- Oxigenoterapia

7.5.3 Canal interno de TV (Vida y cáncer)

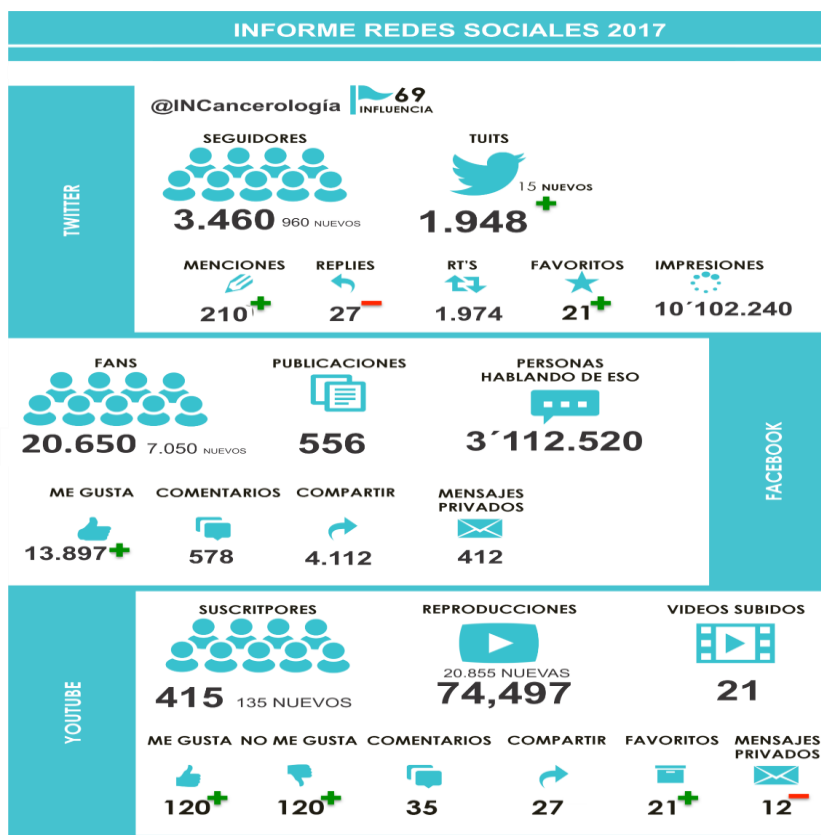
Estrategia de comunicación puesta en marcha desde febrero de 2016. Con un total de 30 pantallas de TV ubicadas estratégicamente en los 4 edificios del INC y con más de 300 videos está dirigida a pacientes y familiares, su parrilla abarca seis horas de programación diarias con contenidos en un 50% institucionales (información del Instituto como señalización, acceso al INC, Unidades Funcionales, etc.) y un 50% blancos o genéricos con información general como recetas, lugares del mundo, trivias, etc. Los clips realizados se pueden encontrar en vidaycancertv.cancer.gov.co y entre ellos tenemos: Qué dicen nuestros usuarios, derechos y deberes, unidades funcionales (radiofarmacia, banco de sangre, tórax, patología, gastroenterología), requisitos y mitos donación de sangre, Educación al paciente, fechas conmemorativas (día del niño, cáncer de seno, día mundial contra la hepatitis, tabaquismo, día de la enfermera, melanoma, cáncer de ovario, día de la secretaria, día mundial contra el cáncer), recomendaciones a pacientes y visitantes.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 123 de 132			

7.5.4 Canal interno de TV (IncFormaTV)

Ante la necesidad de emitir información de carácter interno, desde la Dirección General, el área de Talento Humano y el comité de desempeño institucional se decidió segmentar el canal interno, estrategia que arrancó desde enero de 2017 con un total de 12 pantallas de TV ubicadas estratégicamente en los 4 edificios dirigidas netamente a funcionarios y colaboradores con el objetivo de reforzar temáticas como nuestras políticas misionales, institucionales, plataforma estratégica y contenidos que resaltan el quehacer institucional, sus funcionarios, sus instalaciones y sus áreas. La parrilla abarca seis horas de programación diarias con contenidos en un 50% institucional y en 50% blancos o genéricos con información general como recetas, lugares del mundo, trivias, etc. Los clips realizados se pueden encontrar en incformatv.cancer.gov.co

7.6 MEDIOS DIGITALES



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 124 de 132			



7.6.1 Gestión de PQRS por redes sociales

350 PQRS llegaron a nuestras redes desde enero de 2016, las cuales se han atendido en su totalidad. Entre los mensajes podemos encontrar agradecimientos a médicos y funcionarios, peticiones de citas, peticiones para donar elementos a nuestros pacientes, peticiones para poder trabajar con la institución. Solamente el 3% realizó algún tipo de queja contra la institución.

7.7 PUBLICACIONES

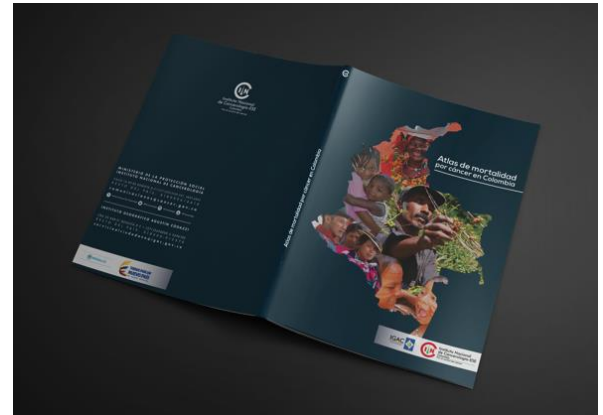
7.7.1 Diseño editorial Políticas y Movilización Social

- ✓ Nueve (9) Boletines electrónicos legislativos y políticos con resumen mes a mes de los proyectos radicados ante el congreso y proyectos de ley del senado.
- ✓ 2 Boletines semestrales de medios de comunicación
- ✓ Boletín En la red
- ✓ Diseño de banners y mailing para su respectiva difusión masiva.

7.7.2 Diseño editorial y arte finalización Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

- ✓ Anuario Estadístico 2014 y Atlas de Mortalidad
- ✓ Diseño de banner y mailing para su respectiva difusión masiva.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 125 de 132	



7.7.3 Diseño, conceptualización y diagramación Salud Pública



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 126 de 132	

7.8 OTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

7.8.1 Boletín virtual

Desde su puesta en marcha hace ya siete años, el boletín virtual tiene por objetivo informar de los hechos que acontecen en nuestra institución y brindar herramientas para que los funcionarios conozcan de primera mano la información de la familia INC. En el 2017 tuvimos 11 ediciones, una mensual, con temáticas que abarcaron desde la cirugía con el robot Da Vinci, La feria de calidad, el lanzamiento de la plataforma infocancer, pasando por los 83 años del INC, el grado de los y los ya tradicionales click en la vida de....donde se cuenta un poco la vida de esos personajes que hacen parte de nuestro día a día institucional.



7.8.2 Boletines de seguimiento

Medios de comunicación

Los boletines de medios de comunicación son el resultado de un análisis de discurso de lo que reportan los principales medios de comunicación en el país, presentando los hallazgos que se dan en el marco de este tipo de análisis. Su publicación es de tipo cuatrimestral, y su objetivo más que informar es presentar el panorama general de la interpretación que hacen los medios masivos de comunicación sobre el cáncer.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 127 de 132			

Redes Sociales

El boletín de seguimiento en las redes sociales es una publicación semestral que se encarga de recoger los principales temas que se desarrollan en las redes sociales. Por un lado tocan un espectro amplio de temas, pero por otro se encargan de comunicar las cifras que poseen las redes sociales que tiene el INC.



7.8.3 Monitoreo diario de medios de comunicación



Temática: Factores de riesgo

Titular: 12 mil venezolanos atendidos

Resumen: Municipios fronterizos de Norte de Santander como Tibú, Villa del Rosario, Cúcuta y Puerto Santander siguen recibiendo en sus centros de salud a cientos de pacientes venezolanos. Esto acarrea un gasto extra para el estado colombiano, pero también para el mismo personal que labora en estos espacios.

Fuente: La Opinión

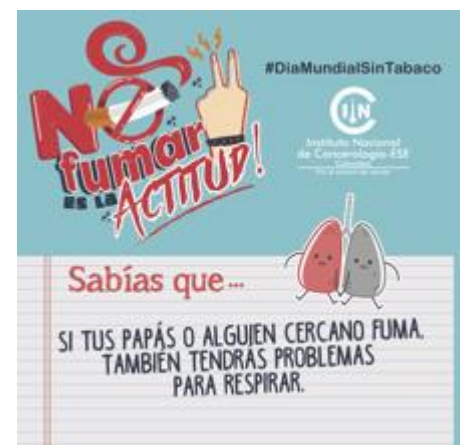
Fecha de publicación: 12 de diciembre de 2017

Medio: La Opinión

Enlace: http://www.mymcol.com/mymcol/mediciones_medios/ContenidoNoticias/Impresos/LaOpinion/2017/12/12/1_45_20171212_34f1_P3A.JPG

Análisis de las noticias que circulan en los medios de comunicación nacionales acerca de la temática del cáncer, estas, posteriormente se agrupan en grandes temas como factores de riesgo, noticias relacionadas con algunas EPS y los tratamientos o los estudios que salen publicados en revistas científicas. También el monitoreo que se realiza mediante el clipping que permite recoger todos los medios de comunicación del país, mediante el uso de tags o palabras clave.

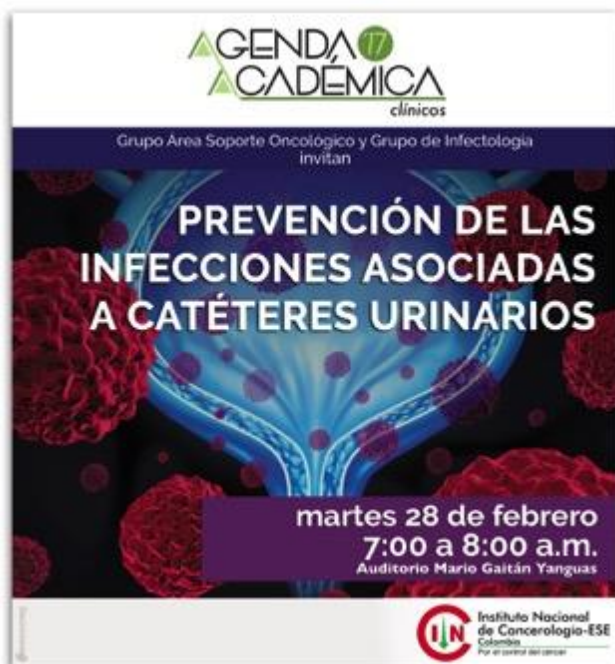
7.8.4 Campañas digitales



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 128 de 132	



7.8.5 Publicaciones de comunicación interna



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 129 de 132	

7.8.6 Cubrimiento fotográfico

La Oficina de Comunicaciones prestó su apoyo para el registro fotográfico de los diferentes eventos y actividades a lo largo del año, entre ellos encontramos reuniones salud pública, grados de especialistas, grado de nuestros pacientes más pequeños, ruedas de prensa, feria de calidad, desayunos y almuerzos de días conmemorativos, cumpleaños del INC, día de los niños, semana cultural en el INC, entre otros.

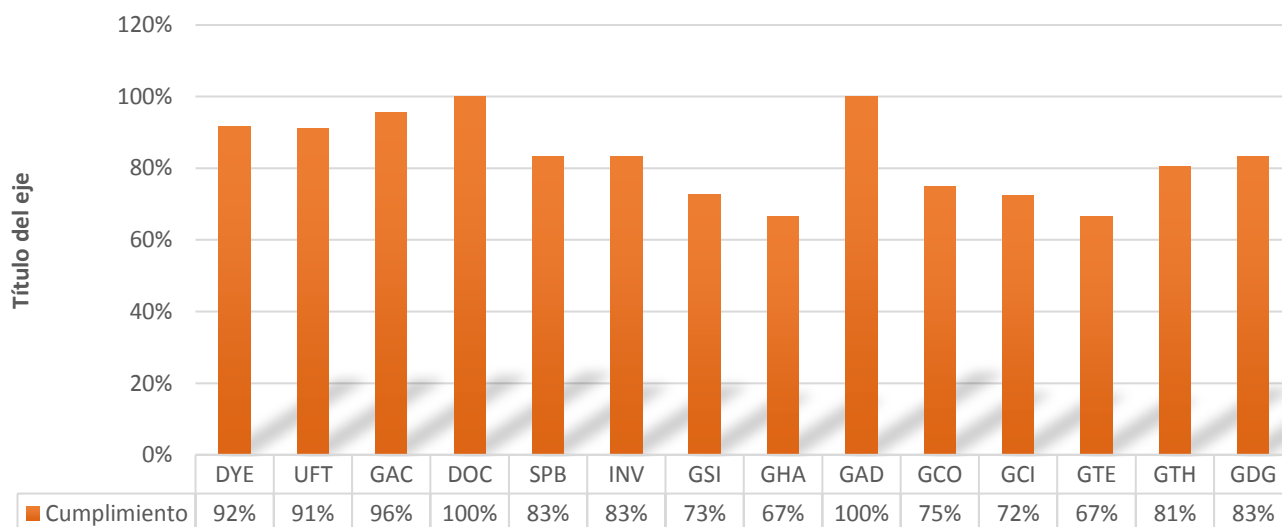


7.8.7 Apoyo logístico en actividades de educación continuada, reuniones ejecutivas y actividades administrativas

Contempla la concertación de objetivos, su producción, protocolo, ejecución y difusión.

7.9 CONTROL DOCUMENTAL

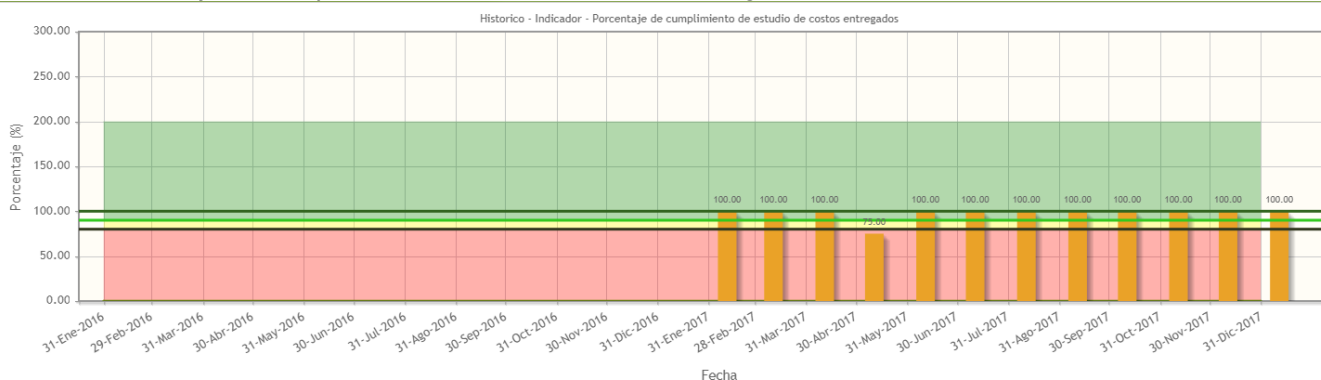
- ✓ Actualización de los documentos de acuerdo al nuevo mapa de procesos institucional.
- ✓ Alineación a los 318 indicadores por proceso de acuerdo a la misión, visión, principios, valores, ejes y líneas del PDI 2015-2018, objetivos de calidad, modelo de atención, eje de acreditación y tipo de riesgo.
- ✓ El porcentaje de cumplimiento de los procesos abarca los siguientes aspectos: ruta del proceso, cambios documentales, alineación y gestión de indicadores, socialización y recolección de obsoletos.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 130 de 132	

7.10 INDICADORES

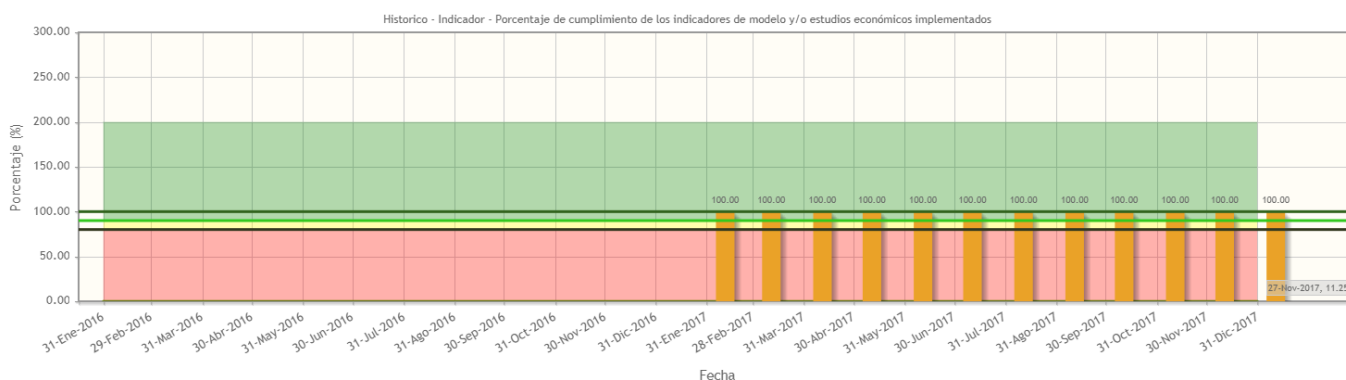
✓ Porcentaje de cumplimiento de estudio de costos entregados*



*Indicador creado a partir del año 2017

Durante el año 2017 se han realizado los estudios que se solicitaron mensualmente al 100% en el periodo correspondiente, esto quiere decir que el cumplimiento y la oportunidad de la información han sido buenos. Algunos de estos estudios fueron: los de Vista Domiciliaria y Extensión Hospitalaria, las tarifas de Radiofármacos, procedimiento de Fundoscopia bajo anestesia general, los trasplantes de Tamo Alogénicos, etc.

✓ Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de modelo y/o estudios económicos implementados



Se validan los indicadores de los servicios con modelo de productividad: Oncología Clínica, Hemato Oncología, Oncología Radioterápica, Cirugía de Cabeza y Cuello y Unidad de Trasplante (TAMO). Acta de verificación de indicadores de los modelos de desempeños y productividad

- ✓ Rediseñar los modelos de productividad acorde a los hallazgos identificados por la contraloría, para los cinco servicios en donde está implementado el modelo actualmente.

Reformulación de los modelos de productividad en servicios asistenciales Oncología Clínica, Hemato Oncología, Oncología Radioterápica, Cirugía de Cabeza y Cuello y Unidad de Trasplante (TAMO).

- ✓ Aumento del 7% en producción.
- ✓ Aumento del 10% en facturación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 131 de 132	

✓ **Indicadores de seguridad**

INDICADORES DE SEGURIDAD
Número de ataques prevenidos/detectados (FW, IPS, etc.)
Número de programas maliciosos detectados (antivirus, antispyware, etc.) (por proceso)
Número de incidentes de seguridad reportados y atendidos.
Número de actualizaciones de seguridad.

Estos indicadores se analizan ya que están en el plan de gerencia de la información y se va a incluir un indicador de seguridad total por proceso dentro del procedimiento de "Procedimiento de Gestión de Tecnologías de La Información y la Comunicación" Ninguno de los ataques de seguridad han sido efectivos todos se controlan a través del firewall y antivirus.

✓ **Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500**

- Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos con un promedio de 705mseg
- Número de incidentes de seguridad con impacto en la operación: para el 2017 no se presentó ningún incidente con impacto (indisponibilidad o denegación de servicios) a noviembre se han presentado 25951 incidentes.

	Malware	Spam	Ataque Interno	Total general
Total general	487	13303	12161	25951

✓ **Porcentaje de programas maliciosos eliminados**

Los programas maliciosos diseñados para borrar, bloquear, modificar o copiar datos. También involucra a aquellos creados para interrumpir el funcionamiento normal de los equipos y/o las redes. Esta categoría incluye virus, gusanos, troyanos y otros programas que se utilizan para realizar actividades maliciosas de forma automática (herramientas de hacking, generadores de códigos polimórficos, etc.). Por medio de la administración del antivirus los virus maliciosos detectados se han eliminado en un 100% evitando cualquier afectación del servicio en el 2017.

✓ **Disponibilidad del sistema mínimo en el 98%**

Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24): este indicador corresponde a medir la disponibilidad de los servicios de Internet, red de datos y correo electrónico el cual cumple con el porcentaje por encima del 98%.

✓ **Porcentaje De Cumplimiento en la Aplicación de Tablas de Retención Documental en Archivos de Gestión**

Porcentaje de cumplimiento: 2016: 68% y 2017:76,37%

Teniendo en cuenta el POA 2017, el objetivo era lograr el 75% de cumplimiento en la organización de archivos de Gestión con respecto a la línea base 2016 la cual fue del 68%. El cumplimiento fue del 76.37%. Se evidenció que hubo un porcentaje de incremento del 8.37% en mejora de manejo de archivos de gestión respecto con los del año 2016.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 132 de 132	

7.11 LOGROS

- ✓ Capacitación y evaluación del conocimiento del plan de contingencia del sistema SAP. Se evaluaron 201 personas con promedio de 94%. Se continuará haciendo SIAPINC o las capacitaciones del Plan de Contingencia al personal asistencial con el Grupo de Docencia, mensualmente. Se programarán los recordatorios en el Sistema con reforzamiento, por parte de Mercedes Suárez.
- ✓ Simulacro el día 3 de mayo con circular N. 222956, INT-MEMG-00037-2017 de interrupción del sistema SAP con una indisponibilidad de 225 minutos.
- ✓ Implementación de indicadores de seguridad internos conforme al plan de gerencia.
- ✓ Presentación de los modelos de productividad adicional como una experiencia exitosa en el V Foro Nacional de innovación en salud – Medellín.
- ✓ Conciliación de cuentas pendientes de pago, fuera de negociación contractual. (1 de 2) - Modelos y estudios económicos

7.12 RETOS

- ✓ Para apoyar la elaboración de análisis y documentación de Marco de Arquitectura Empresarial y PETIC es necesario la participación de un profesional especializado para el tema.
- ✓ MSPI (Marco de Seguridad y Privacidad de Información)
- ✓ PETIC (Plan Estratégico de Tecnología de Información y Comunicación)
- ✓ Plan de Implementación de IPV6.
- ✓ Revisar Próximo año Telefonía y Call Center
- ✓ Futuro plataforma SAP.
- ✓ Asistir a todas las reuniones de gobierno en Línea y MINTIC.
- ✓ Seguimiento a los temas grandes de COLSOF y UNE, BIOBANCO, ESTERILIZACION, S. MULTIVISUAL, S CONTROL ACCESO (sin Coordinador)
- ✓ Planear los próximos 2 años ya que se viene temas de infraestructura y SAP que hay que intervenir y son críticos.
- ✓ Aplicar los criterios de Organización de los Archivos de Gestión teniendo en cuenta el Acuerdo 042 del 2002, el Acuerdo 02 del 2014 y el Acuerdo 05 del 2013, para la aplicación en ordenación de expedientes, foliación, hoja de control, entre otras.
- ✓ Brigadas para el uso del formato de Inventarios documentales FUID – se van a priorizar acciones que permitan elaborar la totalidad de los inventarios de archivos de gestión en las dependencias.
- ✓ Estabilizar el archivo de historias laborales con el debido diligenciamiento de la hoja de control teniendo en cuenta la nueva planta temporal y así darle cumplimiento a la circular 04 del 2013.
- ✓ Implementación del Plan Institucional de Archivos - Pinar.
- ✓ Realizar seguimiento al Programa de Gestión Documental.
- ✓ En el pago de las empresas externalizadas se presenta un descenso de un 6% con relación al periodo anterior, obedeciendo principalmente a intervalos de tiempo en donde se presentaron coyunturas contractuales. – Modelos y estudios económicos.