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

COMUNICACIONES

Tu pones la meta, nosotros el camino · INC

Camilo Zuluaga

Sandra Bernal

Angelik Bautista

Angela Aguilar

Giovanny Bautista

Javier Cepeda

Jhon Hamilton Velasco

1. Direccionamiento estratégico

SOL

Integrantes

Carolina
Wiesner Ceballos

Jesús Antonio
Acosta Peñaloza

Amaranto Suárez
Mattos

Juan José
Pérez Acevedo

Rosa María Rodríguez

Adriana Hernández

Giana Henríquez
Mendoza

Alexander Carreño

Martha Isabel
Cotes Mestre

Dairys Barrios

Liliana Díaz
Rodríguez

Yeimy Guzmán

Jefe Oficina
Asesora de Calidad

Contexto estratégico

Misión

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

Visión

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

Nuestras políticas

Desarrollo Misional

Salud Pública

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

Investigación

Generamos conocimiento para el control del cáncer.

Atención

Atención multidisciplinaria y damos soporte al paciente.

Docencia

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

Fortalecimiento Institucional

Calidad

Medición y mejoramiento de los procesos de cuidado del paciente oncológico.

Gestión de la Tecnología:

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

Ambiental

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.

Contexto estratégico

Nuestros Principios

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

"Un principio es inmodificable y no negociable"

Nuestros Valores

Responsabilidad:
Digno de crédito.

Consideración:
Con los demás.

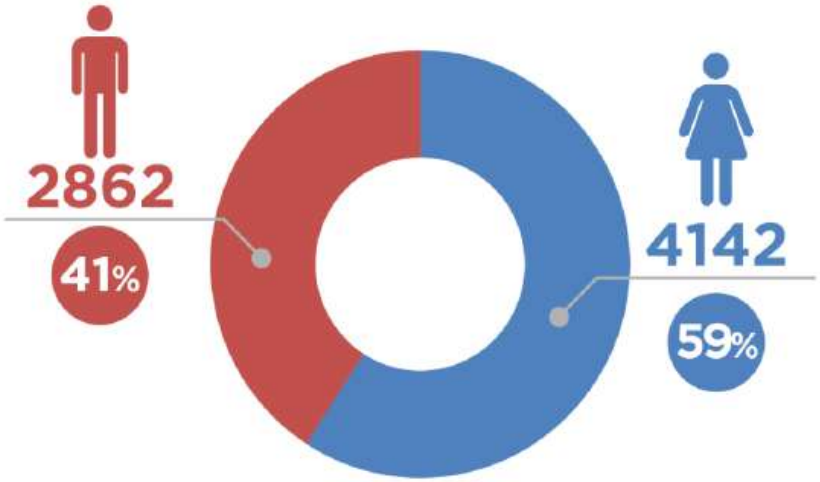
Creatividad:
Innovación.

Transparencia:
Cero corrupción.

Compromiso
Con el Plan de Desarrollo.

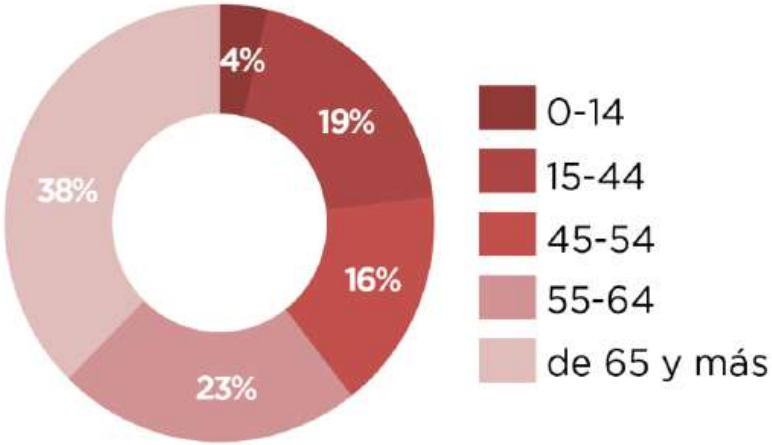
Contexto estratégico

¿Quiénes son los pacientes que vienen al INC?



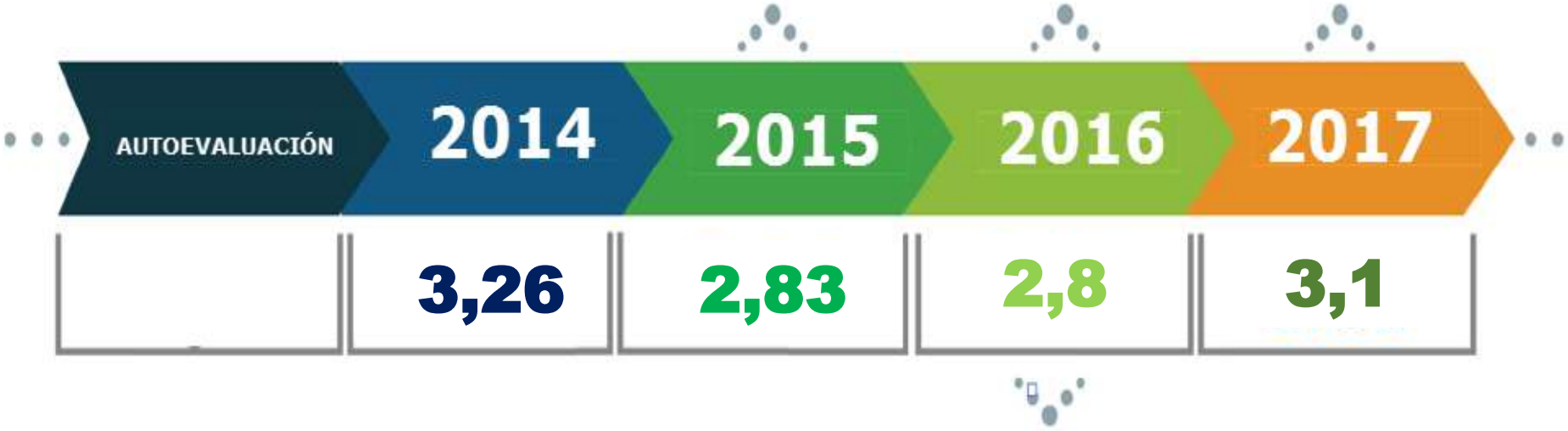
El INC atiende cerca de
7000 pacientes nuevos al año

10% del total de
pacientes nuevos



¿Cómo vamos en nuestro camino a la acreditación?

Autoevaluación



Direccionamiento

Direccionamiento estratégico

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
75	Direccionamiento estratégico	3,8	2,8	3,0		3,2	
76	Plan estratégico	4,0	2,8	2,9		3,4	
77	Despliegue del direccionamiento	3,6	2,7	3,0		2,8	
78	Acciones orientadas a la atención del usuario	3,6	2,8	2,9		3,1	
79	Política de atención humanizada	1,9	2,1	2,7		2,8	
80	Política de prestación de servicios	3,0	3,3	2,9		3,3	
81	Disponibilidad de recursos	4,0	3,2	3,0			3,5
82	Gestión clínica y modelo de prestación	3,6	3,2	2,7		3,0	
83	Orientación al personal	3,4	2,9	2,9		3,0	
84	Asesoría y educación continuada	1,6	1,9	1,9		3,0	

Direccionamiento estratégico

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
86	Relación docencia servicio	3,2	3,2	3,2		3,1	
87	Mejoramiento continuo	3,4	3,1	2,5		3,0	
	Total	3,26	2,83	2,8			

Calificación final del grupo 3,1

Para lograr el objetivo nos falta 0,4

Lo que indican los indicadores

Indicadores

Orientación a resultados
Medimos nuestros logros.

- Resultados del Plan de Desarrollo (PDI) 2015-2018
- Índice de desempeño institucional (FURAG)
- Responsabilidad social

Buen trato
Miramos a los ojos, escuchamos.

- Porcentaje de satisfacción de usuarios pacientes

Seguridad
Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

- Proporción de riesgos tratados

Oportunidad
A tiempo en el lugar requerido.

- Porcentaje de acciones de mejoramiento cerradas

Servicio
Ayudamos a los demás.

- Porcentaje de tutelas, demandas, conciliaciones y trámites arbitrales con respuesta en términos

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

2015	2016	2017
79%	82%	89%

Plan de desarrollo 2015-2018

94%

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

Líneas
Prevención
Detección temprana
Tratamiento
Cuidados paliativos

88%

Eje objetivos misionales
(14 objetivos / 46 metas)

Líneas
Atención a pacientes
Docencia
Investigación
Salud Pública

84%

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

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Cómo nos ven y nos miden los entes externos

Índice de Desempeño Institucional

2015	2016
78%	80%

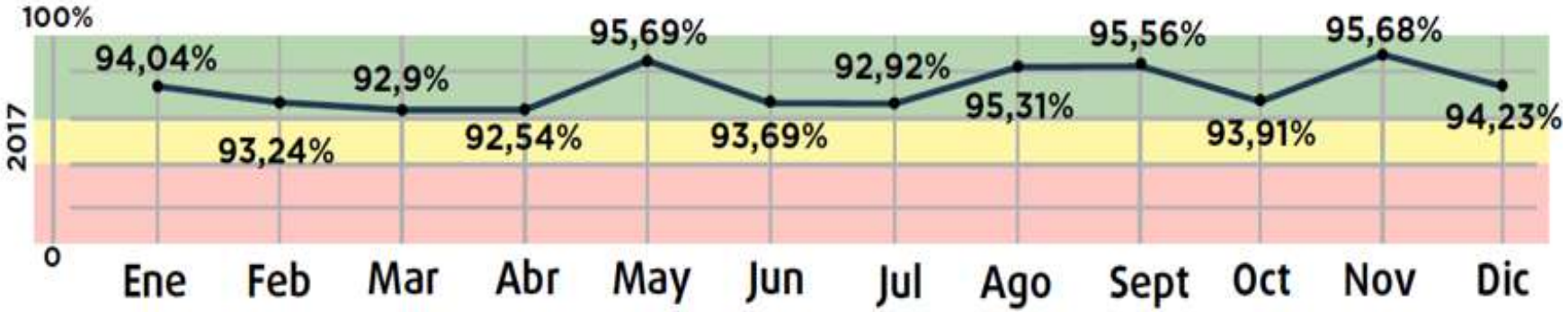
Buen trato

Miramos a los ojos,
escuchamos.

2016	2017
93,17%	94,1%

N-Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes

Mensual - Porcentaje (%)



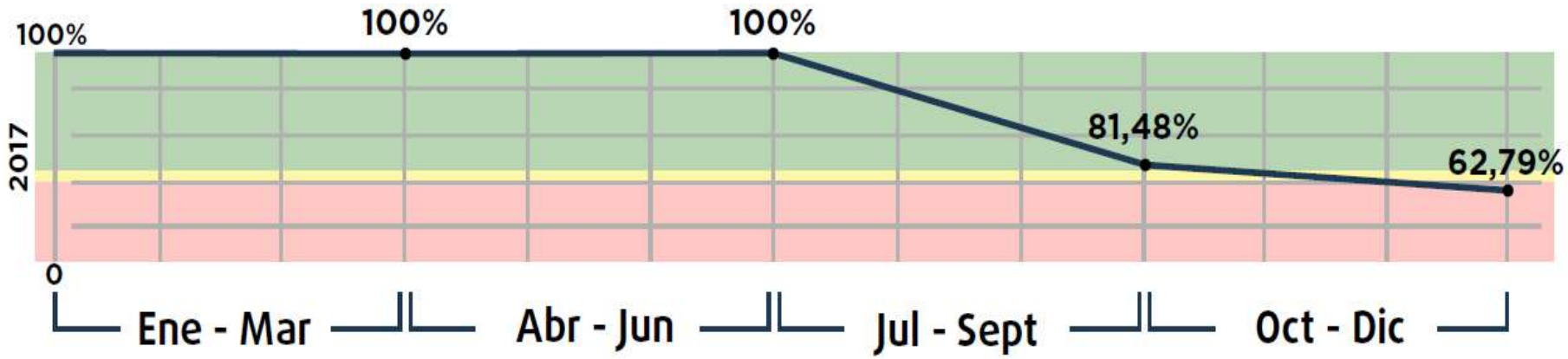
Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

2016	2017
114,06%	86,1%

Proporción de riesgos tratados en el INC

Trimestral - Porcentaje (%)



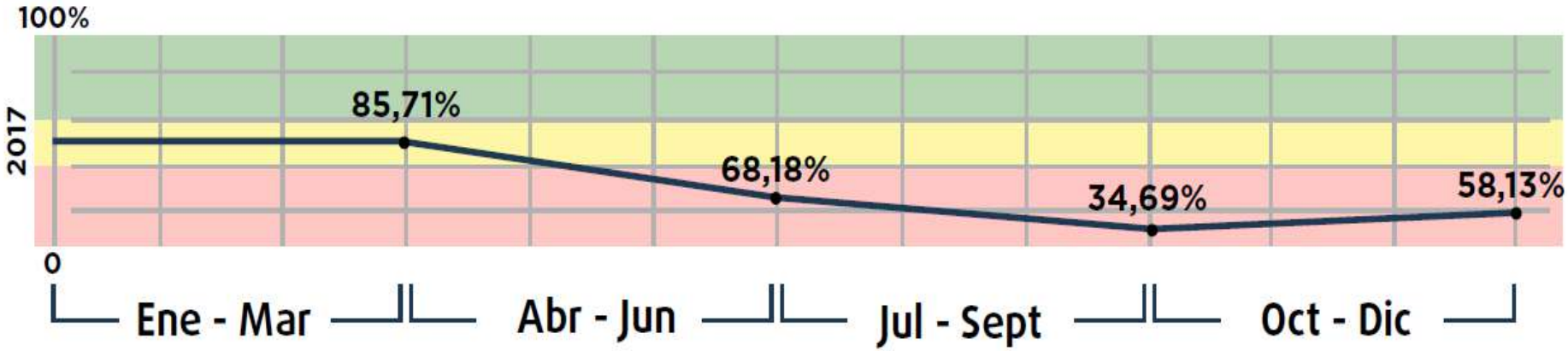
Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

2016	2017
52,64%	62,9%

Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas

Trimestral - Porcentaje (%)



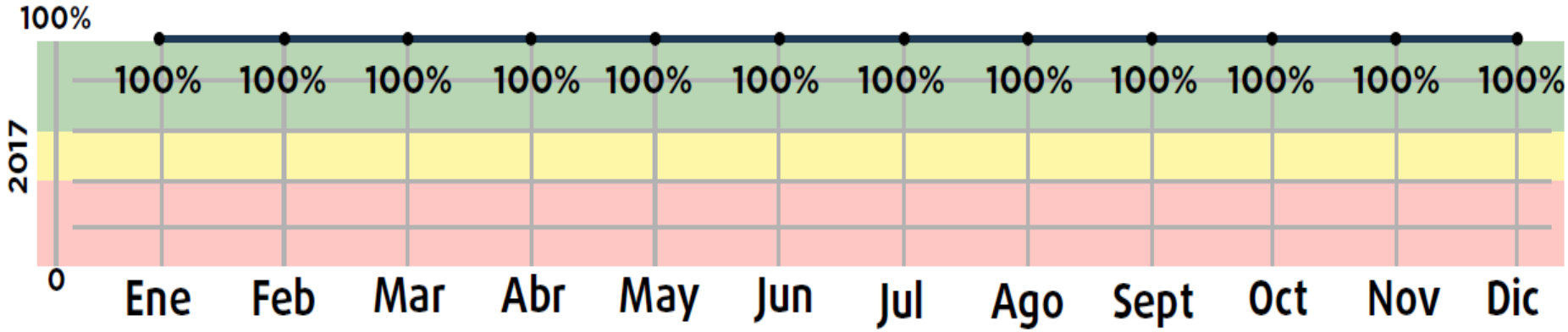
Servicio

Ayudamos a los demás.

2016	2017
100%	100%

Porcentaje de tutelas, demandas, conciliaciones y trámites arbitrales con respuesta en término

Mensual - Porcentaje(%)



Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Responsabilidad Social

Top clima y cultura organizacional

Variable	SubVariable	Pregunta	2017	Escala
Satisfacción	Posicionamiento y Orgullo	46, Considero que el Instituto Nacional de Cancerología es reconocido como una entidad líder en el sector,	**91,22**	
Satisfacción	Posicionamiento y Orgullo	42, Estoy orgulloso(a) de contarles a otras personas que trabajo en el Instituto Nacional de Cancerología,	**90,28**	
Satisfacción	Posicionamiento y Orgullo	45, Considero que el Instituto Nacional de Cancerología es una excelente entidad para trabajar,	**86,52**	
Dirección Estratégica	Direccionamiento y Orientación a resultados	26, Conozco la misión, visión y objetivos estratégicos del Instituto Nacional de Cancerología,	**84,00**	
Valores	Valores	40, Conozco los principios y valores del Instituto Nacional de Cancerología,	**83,77**	

90%

De los funcionarios se sienten **orgullosos** de contarle a otras personas que trabajan en el INC

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Responsabilidad Social

Salud Pública

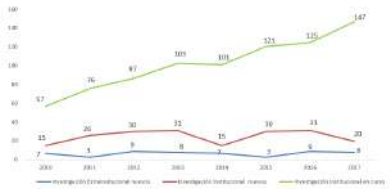
Publicaciones científicas

Rendición de cuentas

- ✓ 100% Rendición de cuentas
- ✓ 70% racionalización de trámites

Docencia e investigación

Proyectos de Investigación nuevos y en curso



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

Transparencia y comportamiento ético

Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano **89%** cumplimiento

Atención a a pacientes

- ✓ 280 millones año subsidio de albergues pacientes
- ✓ 17 millones. Centro de educación paciente y familia

Protección al ambiente físico

Tecnologías ahorradoras:

- Iluminación led.
- Unidades sanitarias ahorradoras.

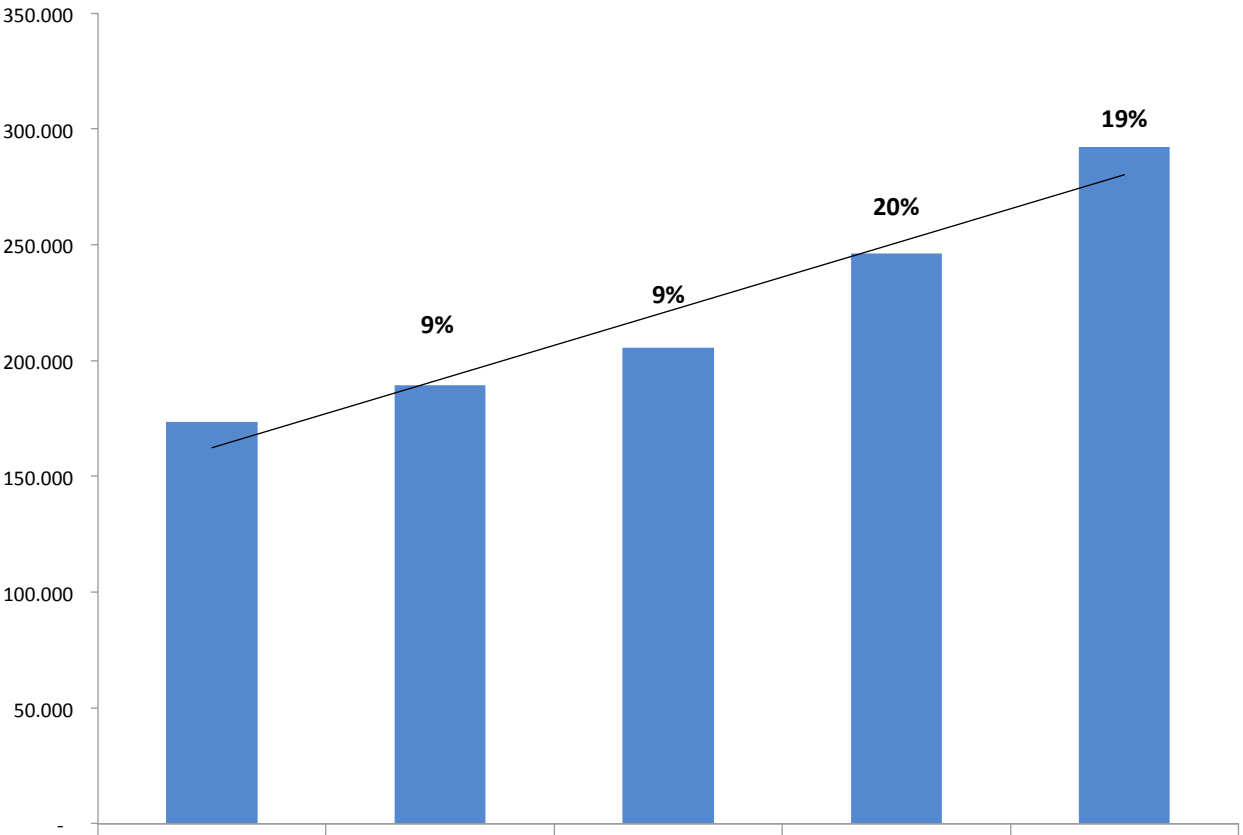
Ambiental

- Cero Papel.
- PIGA (Plan Institucional de Gestión Ambiental).

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Gestión de los recursos



	2013	2014	2015	2016	2017
PRESUPUESTO	173.356	189.239	205.492	246.375	292.117

Gestión de la mejora

Inicial

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
1. Establecer e implementar una estrategia para evaluar los ejes de la acreditación Equipos Primarios de Mejoramiento Actualizar metodología de equipos primarios de mejoramiento	Asesoría de Calidad	**0%**	No hay avances

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
1. Actualizar el procedimiento de direccionamiento estratégico para que se amplíen y queden explícitos los mecanismos de participación de toda la comunidad institucional y los ejes de acreditación.	Oficina Asesora Planeación y Sistemas	50%	En la actualización se incluyó partes interesadas, el desarrollo como acreditación falta la actualización del procedimiento de calidad. Pendiente revisión y aprobación.
2. Hacer nueva ronda de visitas a líderes de los 14 procesos. Para identificar mi principal riesgo, los controles asociados e identificar si tiene indicador que le mida si está gestionando.	Asesoría de Calidad	79%	Se ha realizado visita a once (11) líderes de proceso donde se ha ejecutado la acción, estas visitas son determinadas según la disponibilidad del tiempo de los líderes.
• Consolidar los principales riesgos y presentar a comunicaciones	Asesoría de Calidad		

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
3. Generar reporte de alineación PRESUPUESTO Y PLANEACIÓN incluidos los Procesos. Obtener periódicamente el cumplimiento del presupuesto así definido.	Oficina Asesora Planeación y Sistemas	8%	La alineación se ha realizado con los proyectos de inversión.
4. Poner en funcionamiento la plataforma virtual para inducción. Definir indicadores que muestren su empleo y entendimiento por los usuarios	Grupo Área Sistemas	50%	Plataforma funcionando, se va a realizar mesa de trabajo para el tema de plataforma virtual.
5. Elaborar, divulgar y obtener primeros datos estadísticos del plan de desarrollo docente. Ampliación de los programas de docencia, asegurando el desarrollo y evaluación de los criterios. Establecer el beneficio de la relación ingresos y gastos del área de docencia	Grupo Área Docencia	5%	Se tiene el esqueleto de la información (capitulo, contenido)

Gestión de la mejora

Avanzado

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
1. Establecer y ejecutar un plan de acción especifico en comunicaciones para acreditación que se enfoque en respaldar y reforzar los tópicos dados por los equipos de autoevaluación.	Asesoría de Comunicaciones	100%	Se anexa informe y plan de acciones comunicativas de acreditación
2. Actualizar la política de Comunicaciones (Resolución 0963 de 2014), artículo sexto carácter de la comunicación organizacional, con la inclusión de la estrategia de acción enfocada a la acreditación	Asesoría de Comunicaciones	100%	Política de Comunicaciones (Resolución 0963 de 2014), artículo sexto carácter de la comunicación organizacional, con la inclusión de la estrategia de acción enfocada a la acreditación actualizado
3. Socializar en las pantallas las decisiones más importantes tomadas en la junta, los integrantes y funciones de la misma	Subdirección Administrativa y Financiera	100%	Se adjuntó presentación con nueva dispositiva donde indica desde cuando se socializa la información en las pantallas LED y cada cuanto se pasan

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Retos

- Habilitación
- Acreditación
- Nuevos modelos de productividad
- Nuevos modelos contratación
- Plan de desarrollo 2019-2022
- Terminación de las obras (edificio nuevo)
- Instituto de Ciencia y Tecnología
- Hospital Universitario

Consecución de recursos externos para financiación de proyectos (Colciencias, Universidades, Cooperación Internacional).

2. Gerencia

Integrantes

Buenaventura Orduy Burgos

William Fernando Charry Vargas

Jorge Orlando Neira Roldán

Willson Ibargüen

Amanda Trujillo

Mario Moreno

Hedy Giovana Guerrero

Jefe Oficina Asesora de Calidad

Camilo Zulaga

Líder:
Juan José Pérez Acevedo

Secretaria:
Martha Lucía Rodríguez Palacios

Gerencia

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
88	Necesidades y expectativas	2,1	2,9	3,0		3,0	
89	Promueve competencias	2,7	3,2	2,9		3,0	
90	Políticas organizacionales	2,7	2,9	3,0		2,9	
91	Sistema de gestión del riesgo	2,5	2,9	2,1		3,0	
92	Referenciación	2,6	2,6	2,0		2,4	
93	Garantizar recursos	3,0	3,5	3,0		2,9	
94	Planes operativos	2,8	3,7	3,3		3,4	
95	Procesos	2,9	3,7	3,1		3,2	
96	Implementación de política	2,5	2,8	3,0		3,1	
97	Prevención y control comportamiento agresivo	1,8	2,9	2,4		2,9	

Gerencia

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
98	Gestión de recursos	3,6	3,7	3,3			3,5
99	Control de recursos	3,6	3,7	3,0		3,2	
100	Tercerizados	2,3	3,0	2,7		2,9	
101	Relación docencia-servicio	2,5	3,5	3,2		3,2	
102	Mejoramiento	2,6	3,1	2,9		3,2	
	Total	2,68	3,21	2,86			

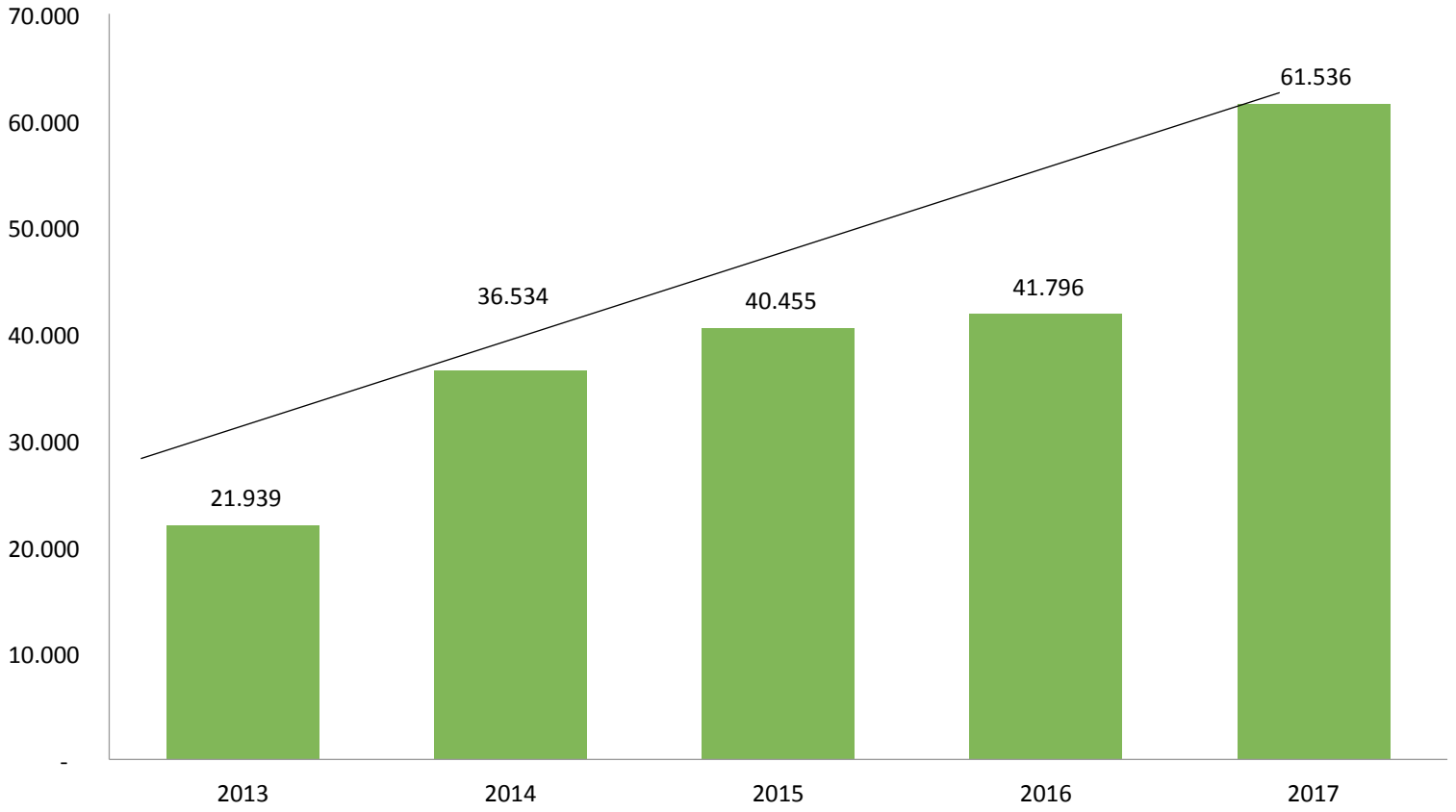
Calificación final del grupo 3,05

Para lograr el objetivo nos falta 0,45

Lo que indican los indicadores

Resultado Presupuestal

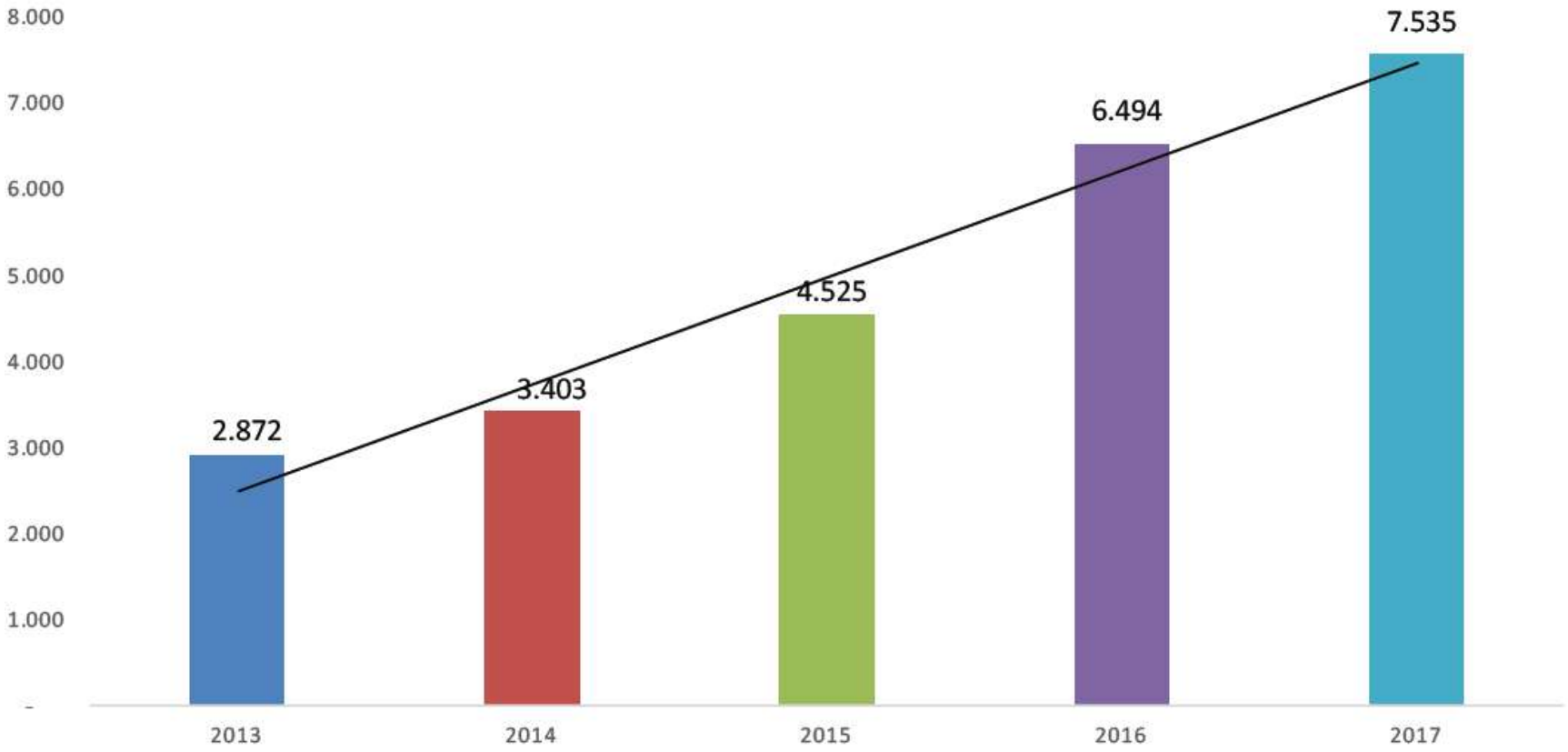
Precios Corrientes (Millones de pesos)



Fuente: INC sistema de información financiera. SAP

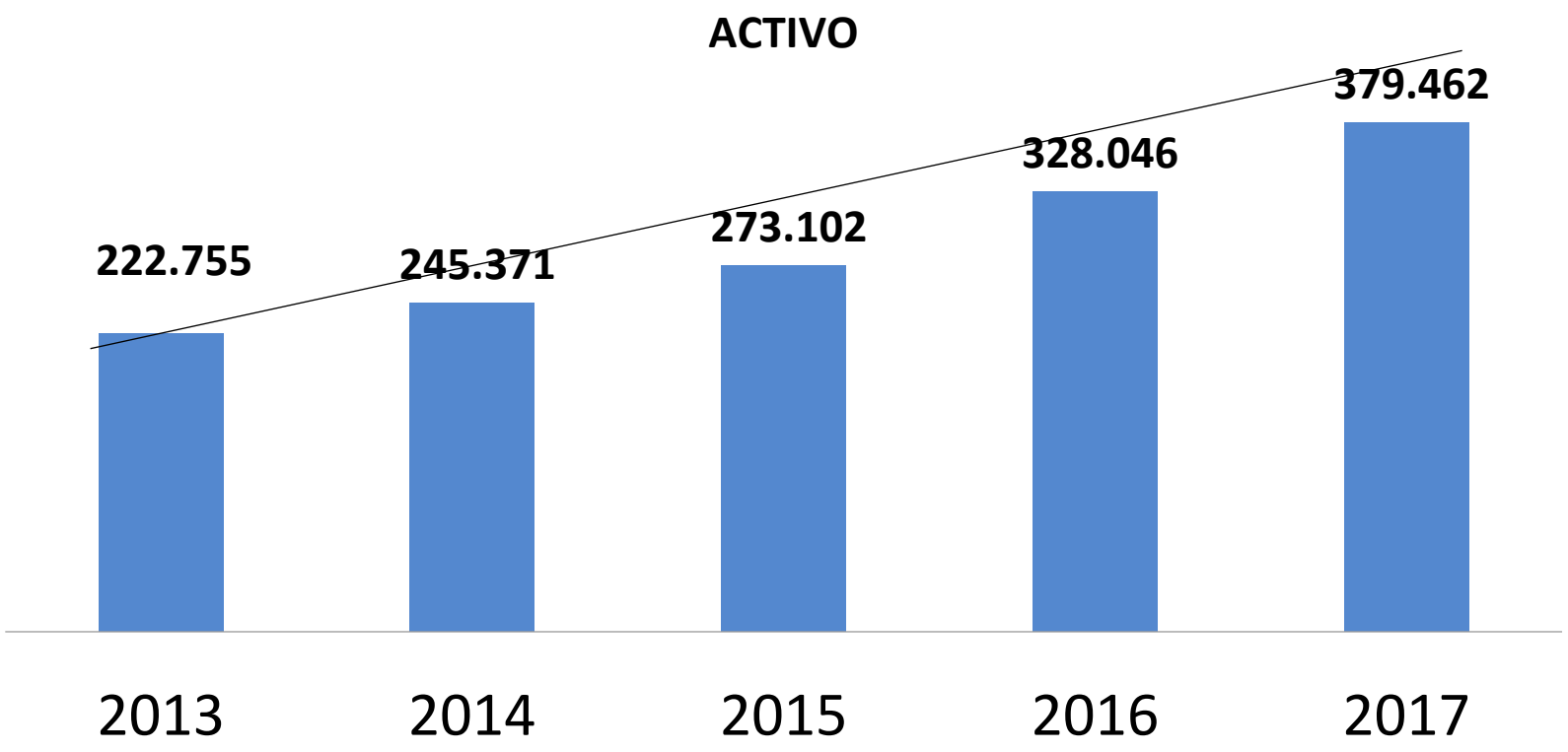
Rendimientos financieros

Precios Corrientes (Millones de pesos)



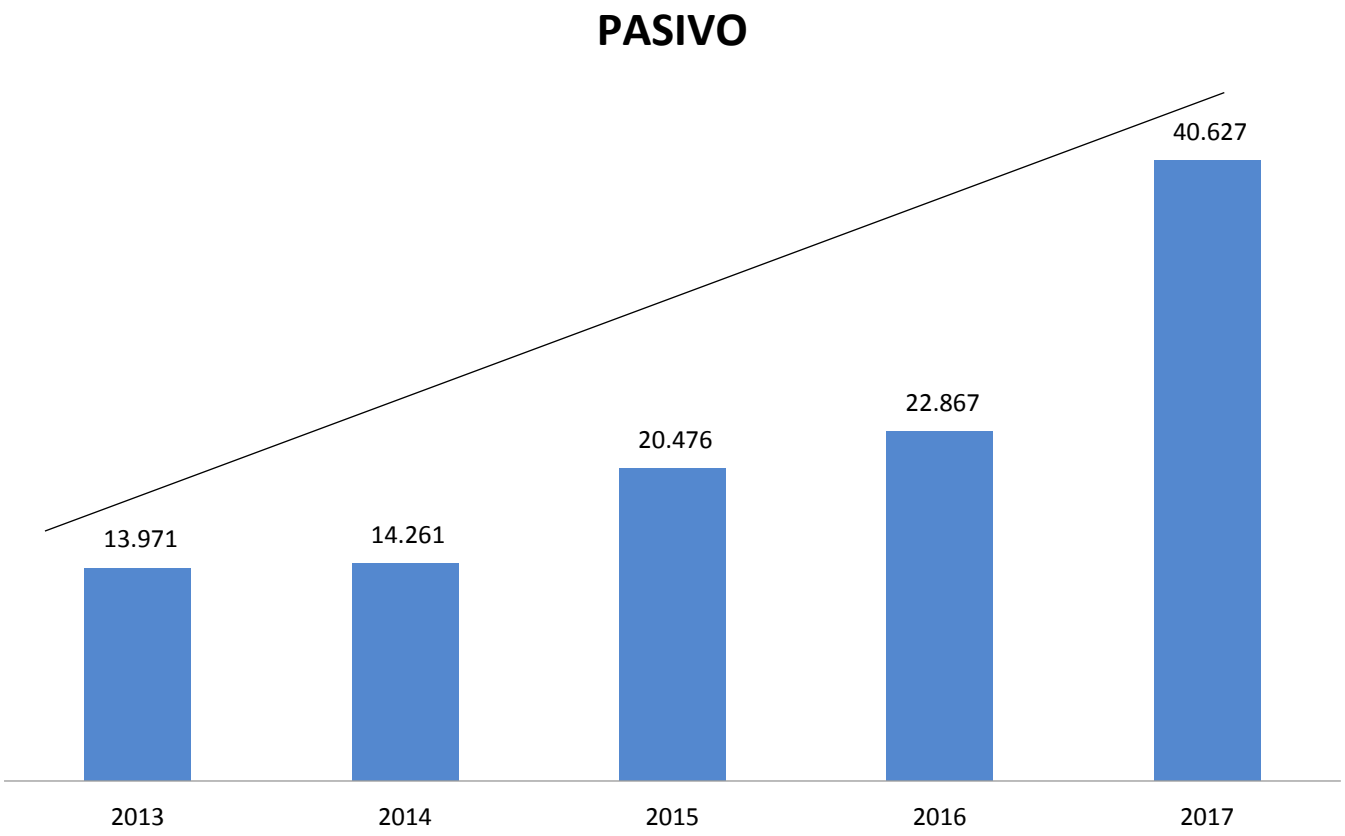
Estado de situación financiera

(Millones de pesos)



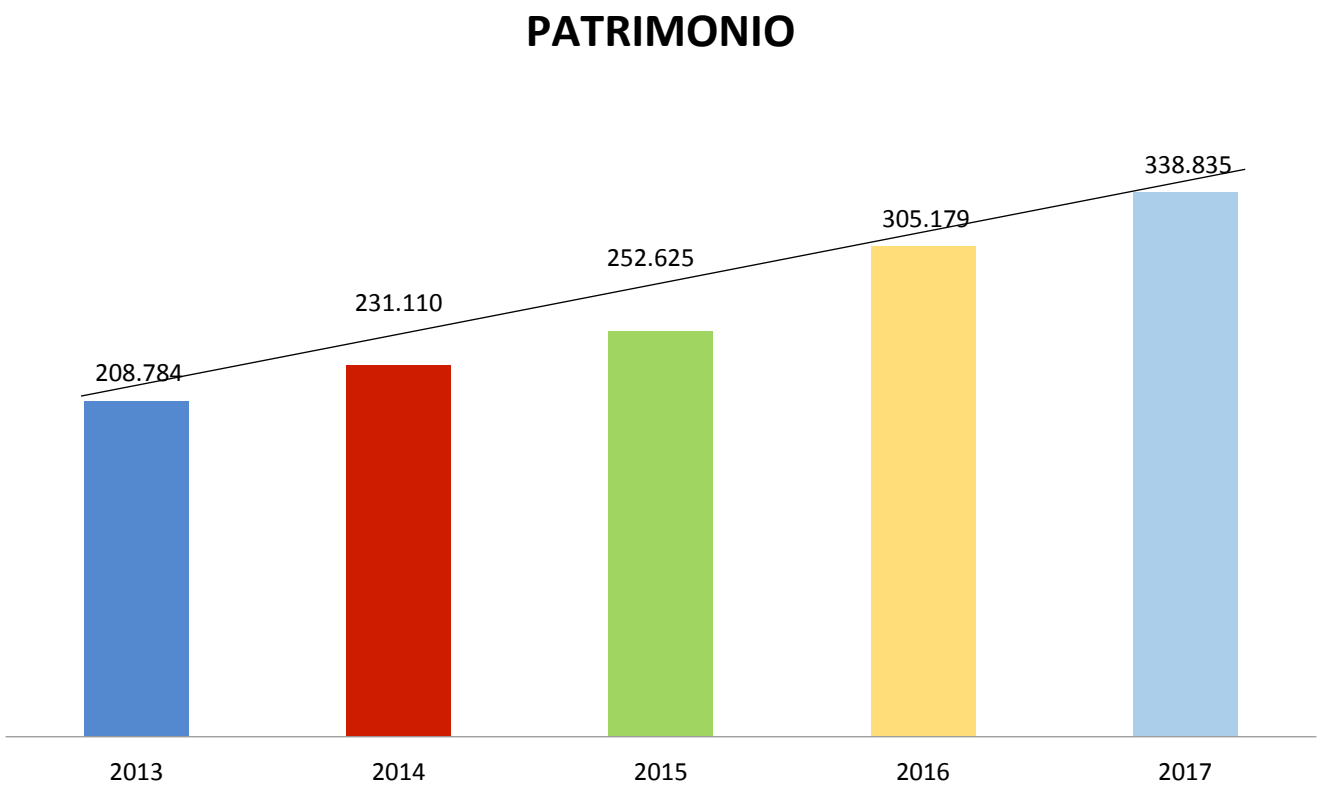
Estado de situación financiera

(Millones de pesos)



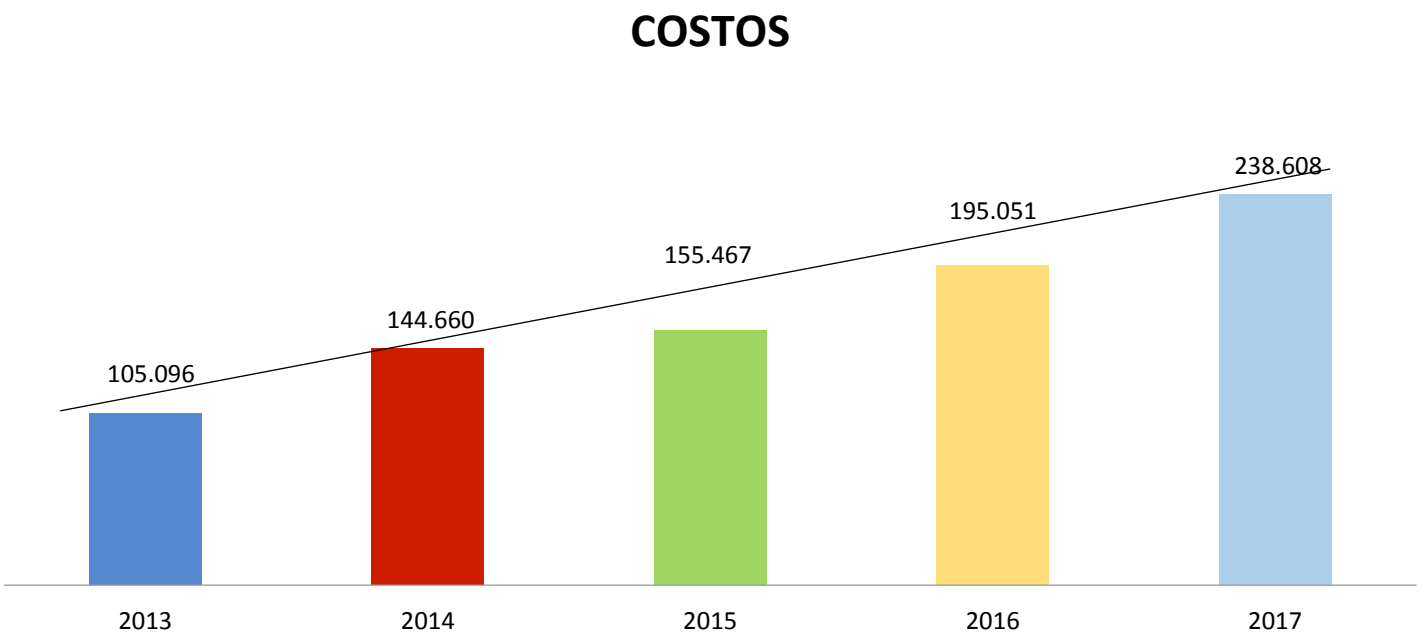
Estado de situación financiera

(Millones de pesos)



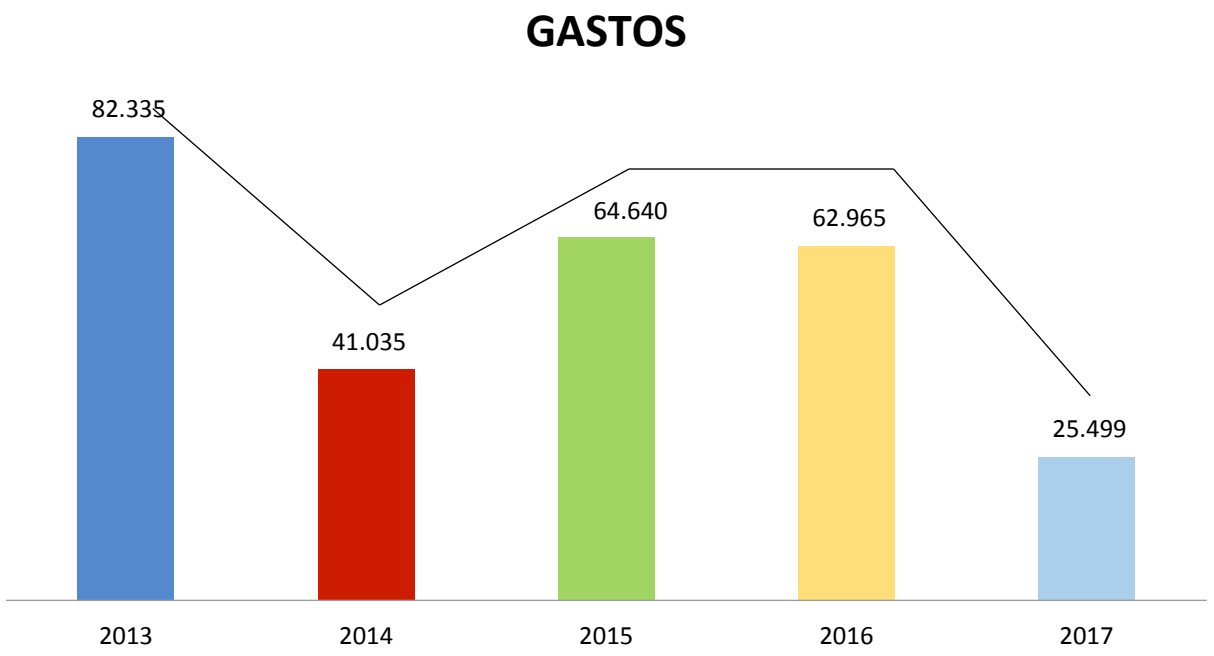
Estado de situación financiera

(Millones de pesos)



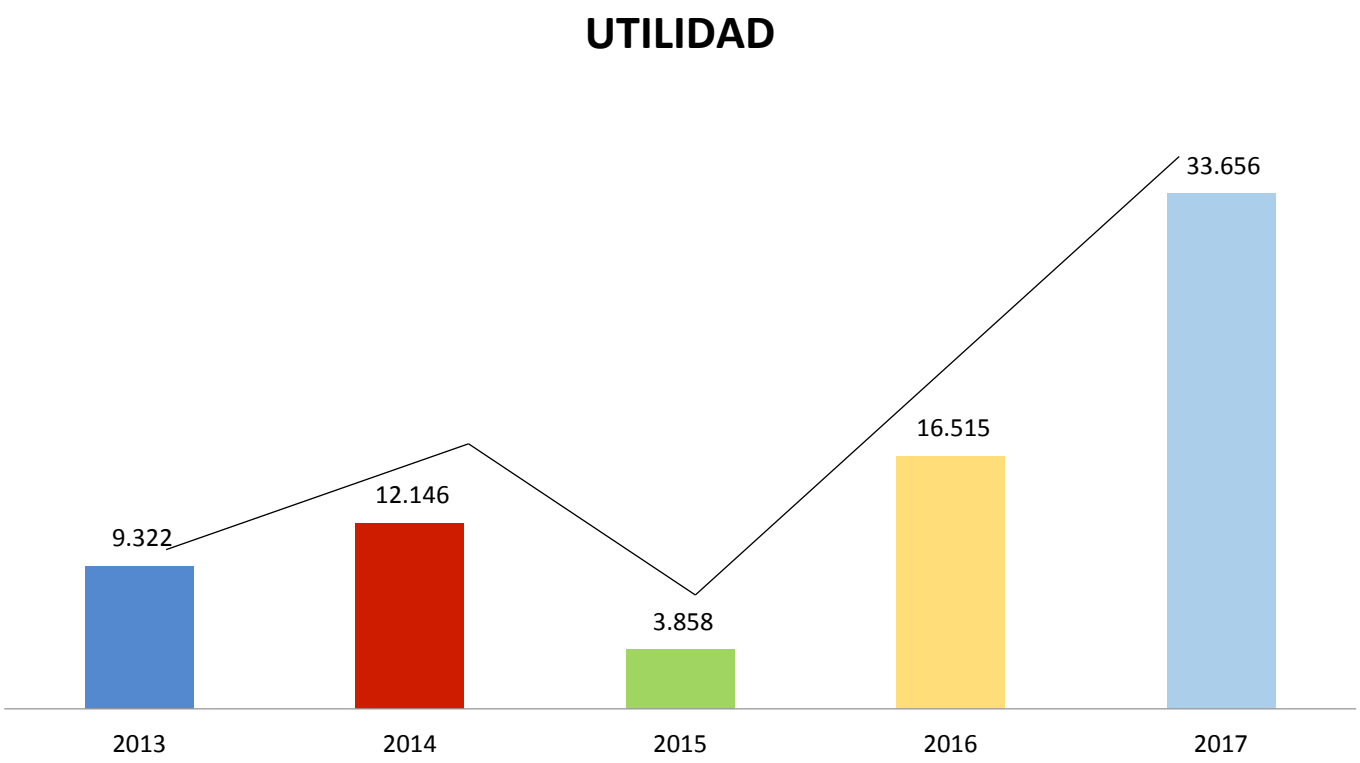
Estado de situación financiera

(Millones de pesos)

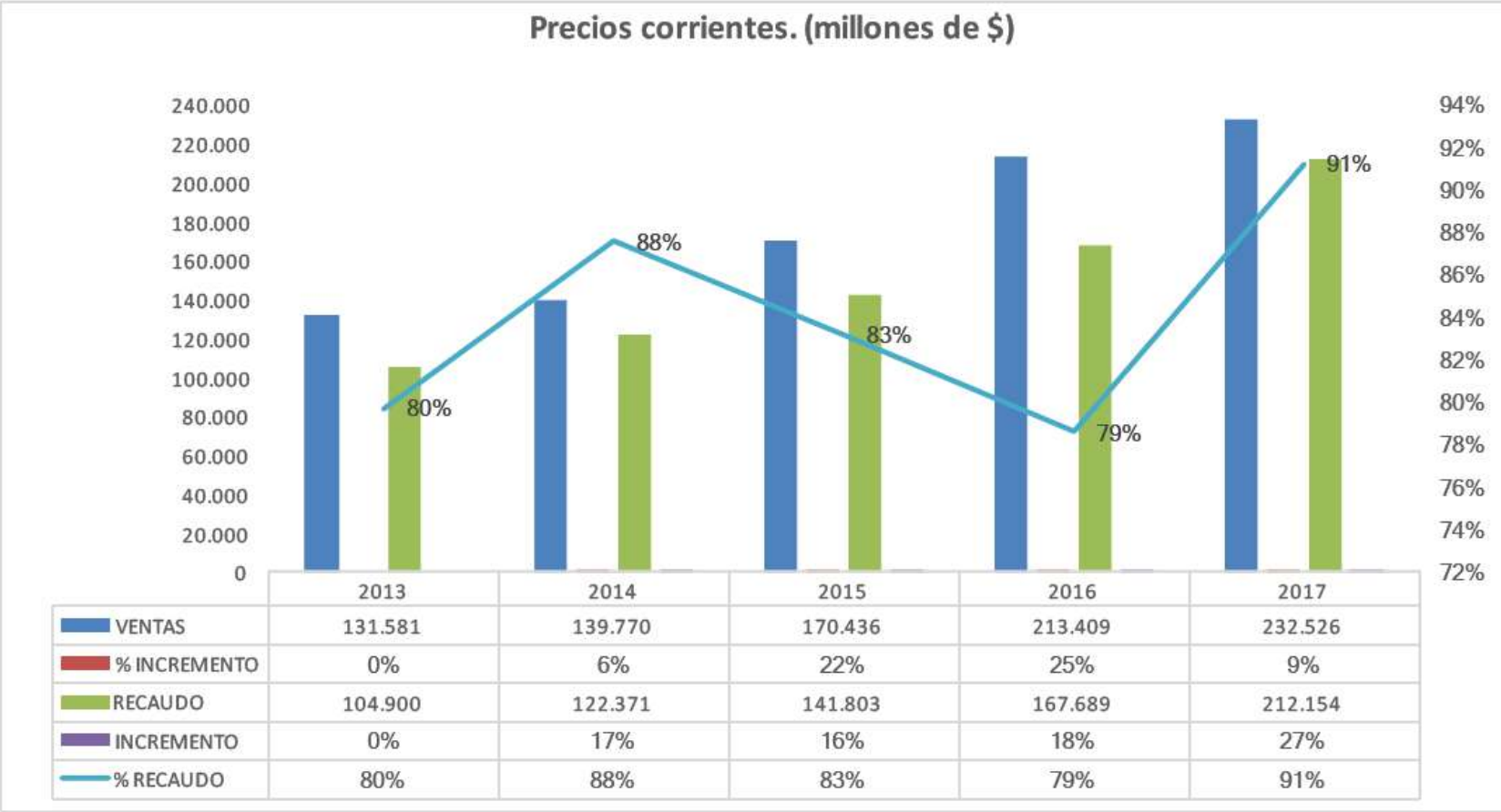


Estado de situación financiera

(Millones de pesos)



Correlación Ventas salud y Recaudo



	2013	2014	2015	2016	2017
VENTAS	131.581	139.770	170.436	213.409	232.526
% INCREMENTO	0%	6%	22%	25%	9%
RECAUDO	104.900	122.371	141.803	167.689	212.154
INCREMENTO	0%	17%	16%	18%	27%
% RECAUDO	80%	88%	83%	79%	91%

Fuente: INC sistema de información financiera. SAP

Gestión del la inversión

Infraestructura
6.400 millones
63%
ejecución

Tecnología
4.400 millones
86%
ejecución

Salud Pública
972 millones
93%
ejecución

Investigaciones
956 millones
87%
ejecución

Mejoramiento continuo
3.300 millones
88%
ejecución

Gestión de la mejora

Inicial

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Elaborar el estudio de oferta y demanda institucional a nivel asistencial, docente y de investigación.	Jairo Aguilera López	0	No hay avance
Estandarizar el procedimiento, incluir en el mapa de procesos, socializar e implementar la gestión de referenciación institucional, con sus indicadores correspondientes.	Jefe Oficina de Calidad	0	**Pendiente** solicitar ampliación en fecha
Elaborar, implementar y socializar un documento con lineamientos de resarcimiento y con los componentes de comportamiento abusivo y agresivo.	Jorge Orlando Neira Roldán	0	**Pendiente** Oficio Dr. Neira

Inicial

Gestión de la mejora

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Realizar análisis de la información de fuentes de quejas, seguridad, ambiental y otras pertinentes de manera periódica, a través de una mesa de trabajo y gestionando ante la dirección las decisiones pertinentes para su ejecución efectiva.	Jefe Oficina de Calidad	0	No hay avance
Ejecutar la actualización y ajustes requeridos para el sistema SIAPINC4 a nivel de todos los módulos.	Luis Eduardo Martínez González	0	**Pendiente** ajustar la acción y la fecha a los módulos de Planeación

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Diseñar, aprobar y socializar el documento unificado que contenga los programas de educación a usuarios.	Lilia Andrea Rojas Garzón	**90%**	**Pendiente** Se tiene el documento estructurado y socializado tiene pendiente aprobación, subir al SIAPINC.

Gestión de la mejora

Avanzado

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Diseñar, implementar y socializar un esquema de incentivos para los procesos que presenten los mejores resultados de desempeño	Rosa María Rodríguez Molano	100%	**Cerrada.** Se elaboró la resolución No.0216 del 16 de marzo de 2018 por la cual se adopta el Plan de Incentivos.
Elaborar documento sobre la clasificación de los tercerizados, definiendo la alineación con los principios de BOTOSS y clasificarlos.	Juan José Pérez Acevedo	100%	**Cerrada.** Se elaboró el documento de clasificación de los tercerizados y se definió alineación con el BOTOSS.

Logros

- PGP – Pago Global prospectivo
- Aprobación Planta Temporal **"se crea una Planta Temporal, con empleos de carácter temporal, hasta el 31 de diciembre de 2018** /(Decreto No 1147 de 5 de julio de 2017) .
- Reforzamiento talento humano en los Grupo Área de Gestión Hotelera y Ambiental y Grupo Área de Tecnología Biomédica y Almacén.
- Alineación de procesos tercerizados con los principios de Instituto BOTOSS, a través de indicadores.
- Proceso de reformulación de los modelos de productividad de: TPH (TAMO), Oncología Radioterápica, Oncología, Hematología avance Pediatria oncológica.
- Se obtuvo la licencia de reforzamiento estructural para la fase I de edificio A-3 "C" de hospitalización.
- Obras de infraestructura proceso de habilitación. (Gaica, hospitalización, esterilización, Tamo, áreas comunes, impermeabilización cubierta edificio de Medicina Nuclear y hospitalización alas

Obras

Intervención habitaciones hospitalización

Impermeabilización de cubiertas

Iluminación led

Intervención de áreas comunes

Mantenimiento ventanería

Grupo de atención inmediata al paciente con cáncer- GAICA

3. Proceso de atención del cliente asistencial (PACAS)

COLIBRÍ CAUCANO

Integrantes

Jesús Antonio Acosta Peñaloza

Martha Leticia Suárez

Juliana Garnica

Ricardo Bruges

Martha Piña

Alexander Carreño

Martha Isabel Cotes Mestre

Lilia Esperanza García Ramírez

Nathaly Velasquez

Cielo Almenares

Martha Elena García Fernández

Ana Edith Hernández

Carolina Aristizabal

Sandra Peñuela

Ruth Quevedo Serrano

Elizabeth Rodríguez

Juan David Rodríguez

Hasbleidy Parra

Carlos Alfonso Duarte Torres

Jorge Luqueta

María Concepción Gómez

Martha Orozco

Lilia Andrea Rojas Garzón

Milena Antolinez

Alexandra Bohorquez

Martiza Rojas

- Olga Ramírez
- Sandra Urquijo
- Claudia Bogoya
- Julio Burbano
- Monica Pinto
- Diana Martínez
- Claudia Camargo
- Sandra González

Hospitalario + Ambulatorio + Sedes integradas en Red

Pacas Ambulatorio 2,79 + Pacas Hospitalario 2,73

TOTAL 2,75

Se incluye estándares de sedes integrados por apertura de CPreD

Febrero de 2018

Sedes integradas 2018 2,4

PACAS

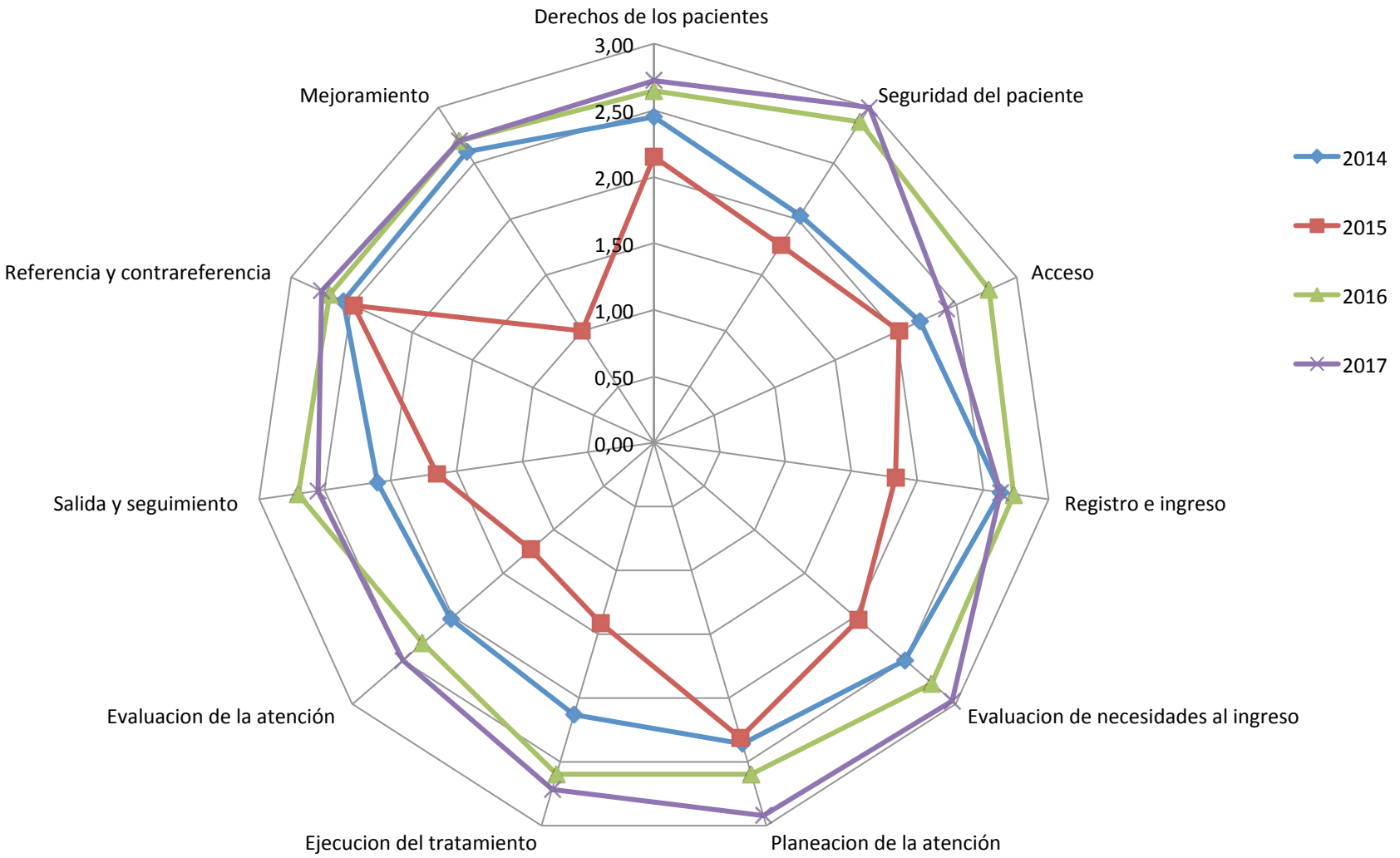
2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
1 a 4	Derechos de los pacientes	2,45	2,15	2,65		2,73	
5 a 7	Seguridad del paciente	2,03	1,77	2,87		3,0	
8 a 15	Acceso	2,20	2,03	2,77		2,41	
16 a 18	Registro e ingreso	2,63	1,83	2,73		2,63	
19 a 21	Evaluación de necesidades al ingreso	2,50	2,03	2,77		2,97	
22 a 39	Planeación de la atención	2,36	2,31	2,59		2,92	
40 a 45	Ejecición del tratamiento	2,13	1,42	2,60		2,72	
46 a 49	Evaluación de la atención	2,03	1,23	2,30		2,50	
50 a 51	Salida y seguimiento	2,10	1,65	2,70		2,55	
52 a 57	Referencia y contrareferencia	2,57	2,48	2,68		2,75	
74	Mejoramiento	2,6	1	2,7		2,7	
58 a 73	Sedes integradas en Red						

Calificación final del grupo 2,75

Para lograr el objetivo nos falta 0,75

Radar de estándar PACAS



Plan de mejora 2017

62

Total de acciones

44

Abiertas y en Gestión

18

Cerradas

29%

Cumplimiento cierre de acciones

70%

Gestión para cierre de acciones

Logros

- Tendencia a la mejora en la estrategia multimodal de lavado de manos
- Involucrar lideres clínicos en el proceso de acreditación de las diferentes áreas
- Inicio de el proceso de medición de adherencia a protocolos
- Desarrollo de mesa de trabajo de EPM
- Diseño e implementación del centro de gestión
- Gestión en el desarrollo y cierre de acciones de mejora establecidas

Logros

Avances en integración de actividades de P y P

Estandarización de proceso de referencia de pacientes al INC

Avances en seguridad con

Implementación de paquetes instruccionales,

Programa de humanización.

Retos

Incorporar información referente a desarrollo de rutas de atención y control de las mismas.

Extrapolar procedimiento de egreso y seguimiento a otros programas diferentes al quirúrgico.

4. Sedes integradas en Red

Integrantes CPreD

Devi Puerto Jiménez
Líder

Yolanda Rueda Quitián
Secretaria

Carolina Wiesner

Juan José Pérez

Adriana Hernández

Liliana Díaz

Lía Álvarez

Janeth Salazar

María Lourdes Calderón

Mayra Cleves

Claudia Álvarez

Jimmy Reyes

Sedes integradas en red

2018

Estándar		Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
58	Razones de conformación de la red	1,9		
59	Información al usuario		2,6	
60	Referencia y contrareferencia	1,9		
61	Calidad de la historia clínica		2,0	
62	Direccionamiento estratégico de la red		2,5	
63	Sinergia entre la red y el prestador	1,8		
64	Sistemas de información		3,1	
65	Sistemas para la historia clínica		3,2	
66	Registros estandarizados		2,6	
67	Analísis de la información	1,9		

Sedes integradas en red

2018

Estándar		Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
68	Enfoque integral de la atención		3,1	
69	Información		2,4	
70	Tecnologías de soporte clínico y administrativo		2,9	
71	Condiciones de ambiente físico		2,5	
72	Balance entre costos y beneficios de le tecnología		2,1	
73	Plan de acreditación en sedes		2,6	
	Total			

Calificación final del grupo

2,4

Para lograr el objetivo nos falta **1,1**

Indicadores

- Cobertura de tamización según edad y genero
- Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadios tempranos del cáncer
- Oportunidad de diagnóstico
- Porcentaje de positividad
- Oportunidad de citas
- Porcentaje de profesionales certificados en los cursos de detección temprana del cáncer

Gestión de la mejora

Acción de mejora

Satisfactorio

- **Consolidar documento con el desarrollo del proyecto de la sede, verificar que incluya los requerimientos de los estándares.**

- **Revisar y complementar los indicadores de seguimiento de la Sede.**

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Otras tareas

- Aplicar encuesta de satisfacción al usuario.
- Incluir en la sede la evaluación de calidad las historias clínicas.
- Incluir en la sede el programa de seguridad del paciente y el reporte de evento adverso.
- Crear el Equipo Primario de Mejoramiento de la sede.
- Identificar, analizar y valorar los riesgos de la sede.
- Hacer una visita de referenciación.

Retos

- Incrementar el resultado de la autoevaluación.
- Incrementar el número de casos de cáncer diagnosticados en estadíos tempranos.
- Oportunidad en el diagnóstico, desde la realización de las pruebas de tamización.
- Establecer puntos de control de la ruta de atención, alineados con el BOTOSS.
- Lograr convenio con EPS para tener integralidad en la atención de los pacientes que llegan diagnosticados al INC desde CPRED.
- Fortalecer el modelo para la apertura futura de la Sede norte.

5. Gerencia del Talento Humano

OSO DE ANTEOJOS

Integrantes

Lilia Esperanza García

Eliana Viasus Baquero

Carlos Herrera

Ernofal Trujillo

Lorena Jiménez

Luz Aleida Beltrán

Ángela Romero

Víctor Julio Torres

Erica Poveda

Rosa Helena Plata

Líder:
Rosa María
Rodríguez

Secretaria:
Sandra
Patricia Ángel

Política

Talento Humano

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

Propósito

Se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación, retención, hasta su retiro y su proceso de mejoramiento contínuo

Talento humano

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
103	Necesidades del Talento humano	2,0	2,1	3,0		3,0	
104	Planeación del Talento Humano	2,3	2,7	3,2		3,1	
105	Asignación del Talento Humano	2,0	1,4	2,9		2,0	
106	Competencias del Talento Humano	1,5	2,1	2,8		2,9	
107	Mecanismos para verificar antecedentes	1,7	2,8	3,0		2,8	
108	Educación, capacitación y entrenamiento permanente	2,3	2,1	2,6			3,7
109	Evaluación de la comptencia y desempeño	1,9	2,2	2,4		3,2	
110	Cumplimiento de la responsabilidad	2,4	2,3	3,0		3,2	
111	Comunicación efectiva	1,7	2,4	3,1		3,0	
112	Transformación cultural	1,6	2,5	3,0		3,3	

Talento humano

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
113	Calidad de vida de los colaboradores	2,4	2,9	3,1		3,3	
114	Satisfacción de los colaboradores	2,1	2,5	2,1			3,7
115	Procesos, docencia, servicio	2,4	2,8	3,2		2,8	
116	Supervisión prácticas formativas	2,5	2,5	2,7		2,8	
117	Número de personas en prácticas formativas	2,5	2,1	2,7		2,6	
118	Mejoramiento	2,2	2,7	2,8		2,8	
Total		2,16	2,38	2,89			

Calificación final del grupo 3,01

Para lograr el objetivo nos falta 0,49

Lo que indican los indicadores

VITAMINA TH

Porque reconocemos el valor del Talento Humano.

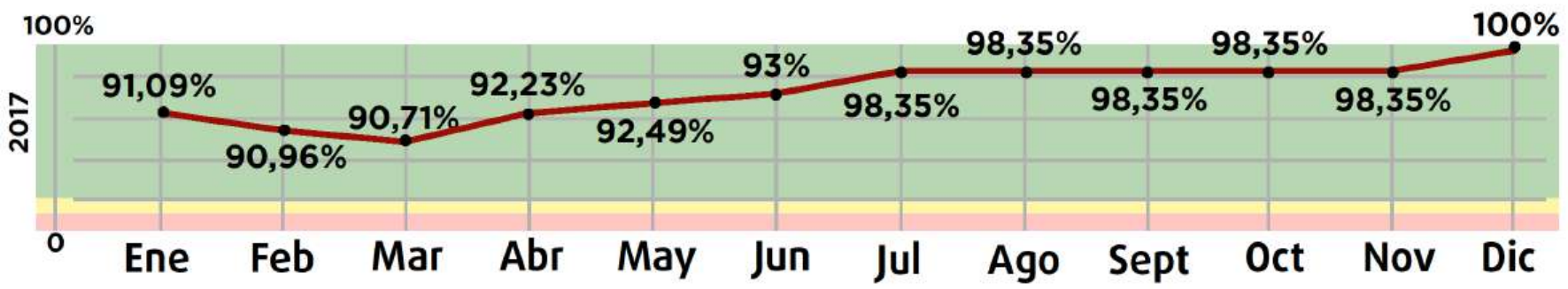
281 cargos

Planta Temporal

Decreto 1147/17

- **1** Médico especialista MT
- **7** Médicos
- **38** Profesionales especializados
- **124** Profesionales universitarios
- **11** Técnicos operativos
- **100** Auxiliares de enfermería

2016	2017
92,38%	95,2%



En botoss

S Servicio

Ayudamos a los demás.

En Grupo
Planificación, remuneración
y registro del Talento Humano

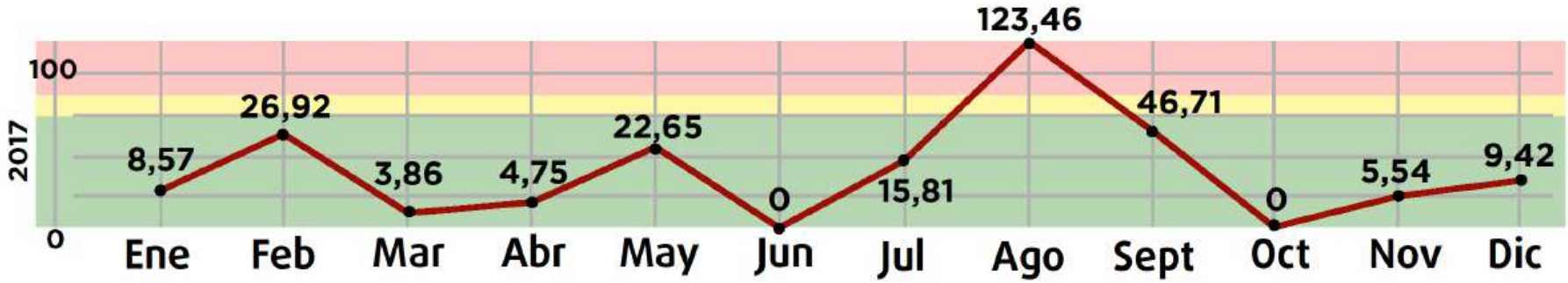
VITAMINA TH

Porque reconocemos el valor del Talento Humano.

2016	2017
36,63	22,3

Indice de severidad por accidente

Mensual - índice



En botoss

Seguridad

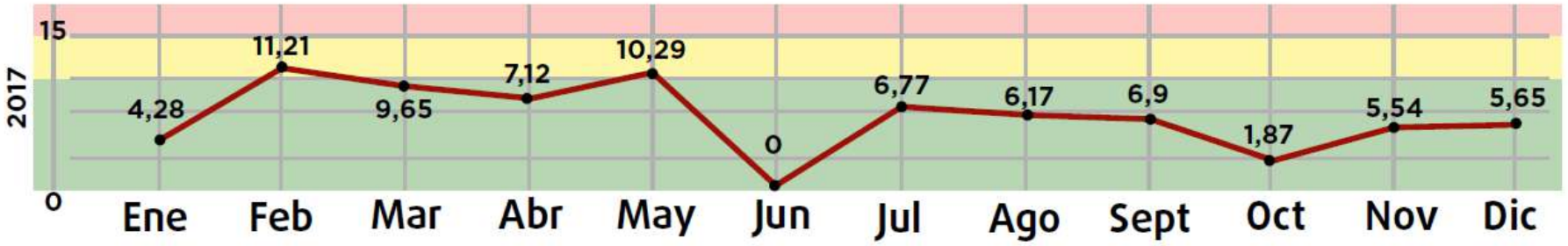
Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

En Grupo
Seguridad y Salud en el Trabajo

2016	2017
6,24	5,65

Índice de frecuencia

Mensual - índice



En botoss

Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

En grupo

Seguridad y Salud en el Trabajo

VITAMINA TH

Porque reconocemos el valor del Talento Humano.

Nivel de satisfacción de actividades de bienestar

Integración familiar

Deportes

Cultural

Integración laboral

En botoss

Buen trato

Miramos a los ojos, escuchamos.

2016	2017
91,42%	99,04%

Efectividad del Sistema de Gestión en Seguridad, Salud en el Trabajo y Ambiente. Decreto 1072 de 2012

2016

50%

Nivel documental

75%

Implementación

2017

95,18%

Nivel documental

87,10%

Implementación

Riesgo psicosocial y clima organizacional

cobertura **82%**

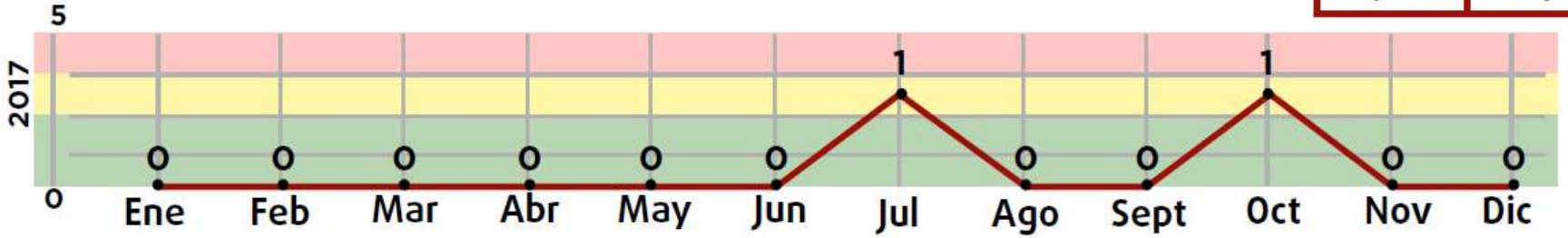
1405

colaboradores

Oportunidad de la liquidación de salarios a personal de externalizado

Mensual - Días

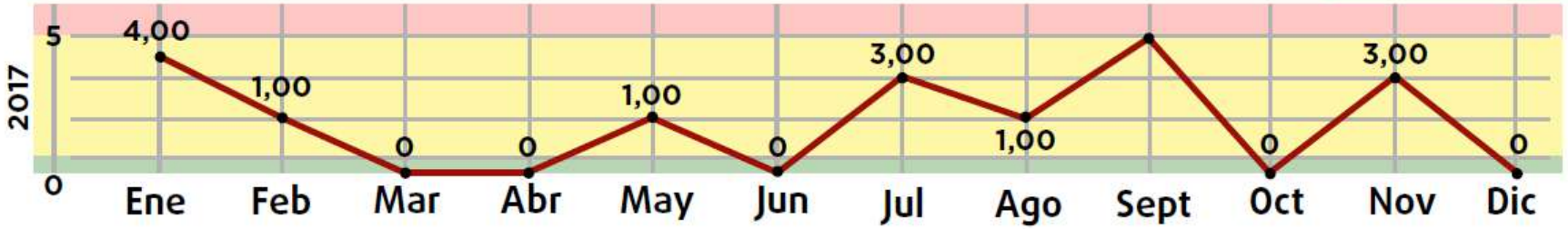
2016	2017
0,00	0,2



Oportunidad de la liquidación de honorarios personal de prestación de servicios

Mensual - Días

2016	2017
0	0



En botoss

En grupo

Oportunidad

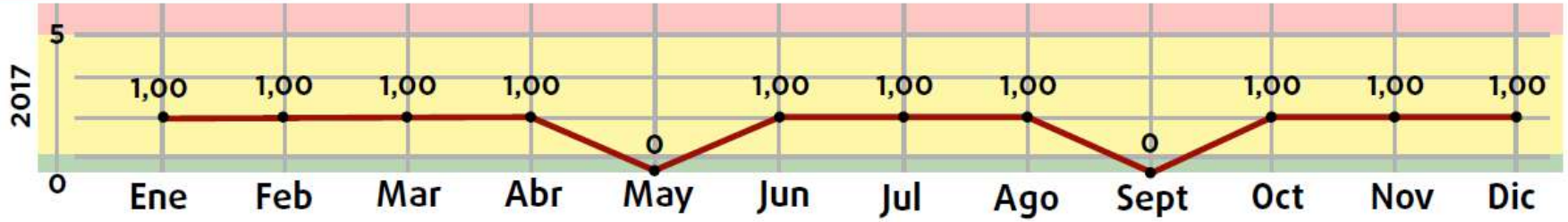
A tiempo en el lugar requerido.

Planificación, remuneración y registro del talento humano

2016	2017
1,00	1,00

Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios

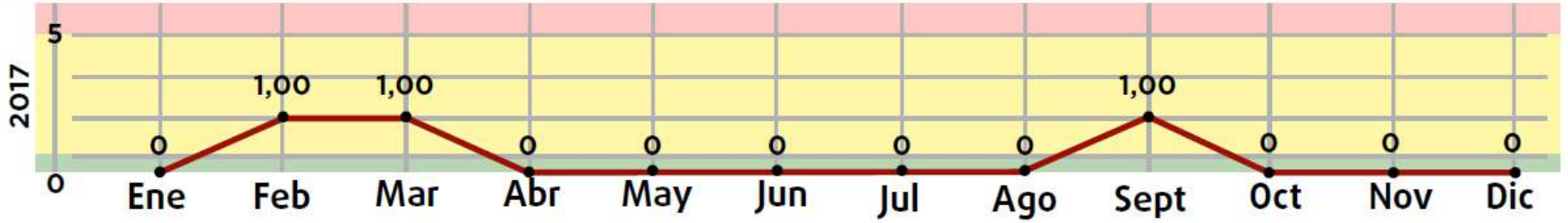
Mensual - Días



2016	2017
0	0

Oportunidad de la liquidación de salario personal de planta

Mensual - Días



En botoss

En grupo

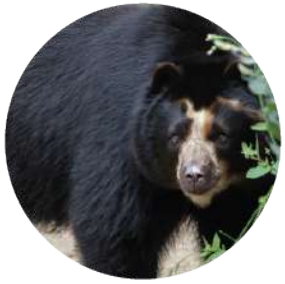
Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

Planificación, remuneración y registro del talento humano

Riesgos

Tipo de riesgo	Nombre del riesgo	Nueva evaluación después de controles	Controles para el riesgo
Corrupción	Manipulación de la nóminas (Planta y supernumerarios) y órdenes de pago en favor propio o de un tercero.	Zona Riesgo **moderada** **Riesgos**	Sistema de liquidación de nómina integrado con el sistema financiero del Instituto. El sistema esta parametrizado de tal manera que no genera liquidaciones sin cumplimiento de los requisitos. Se genera una preliquidación de nómina, y se levanta acta de aprobación de prenomina.
Operativo	Instalaciones físicas no adecuadas para almacenamiento y archivo de las historias laborales y ocupacionales.	Zona Riesgo **moderada**	Las historias laborales están digitalizadas y se conservan en el archivo físico. Se cuenta con un médico con licencia en salud ocupacional que realiza la custodia y se cuenta con procedimiento de manejo y consulta de las historias ocupacionales de acuerdo a la normatividad vigente. 1. Hoja de control de préstamo (Documento controlado) 2.Consentimiento informado de consulta de historia.



Gestión de la mejora

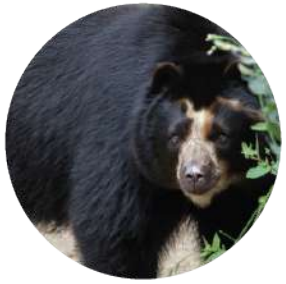
Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
El Coordinador capacitará a los a los lideres de los 14 procesos en los formatos diseñados para la identificación de las necesidades de personal.	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	85%	Plantilla del proceso de planificación, presentación
Generar informe que evidencie las necesidades del talento humano que no fueron planificadas.	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	85%	Se han realizado reuniones mensuales con la alta Dirección de Seguimiento de Talento Humano
1. Reunir a los principales responsables de planificar los turnos: Enfermeras, Médicos, Tecnólogos u otros, con Talento Humano, planeación y sistemas. 2. Unificar un procedimiento que integre el modelo empleado y el SAP 3. Iniciar la aplicación del Procedimiento	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	95%	Se debe actualizar el procedimiento

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Socializar las competencias comunes a los servidores públicos y tercerizados en el conocimiento de las competencias generales.	Coordinador Grupo Ciclo de vida laboral	85%	1. Publicar las competencias de los servidores públicos en las carteleras. 2. Campaña visual a través del circuito interno de televisión. 3. En folletos que se han distribuido en diferentes servicios. 4. En las reuniones de inducción en el programa del día (impreso).
1. Incluir en el aplicativo de inscripción a convocatorias la aceptación de consentimiento informado para verificación, consulta y uso de los datos personales del aspirante. 2. Aplicar la verificación de antecedentes y credenciales según lo definido. 3. Ajustar el procedimiento.	Coordinador Grupo Ciclo de vida laboral	90%	1. Se cuenta con el formato de consentimiento informado en el aplicativo de convocatorias, en el formato GTH-P02-F-20 2. Se está realizando el ajuste del procedimiento. 2. Se está diligenciando el formato GTH-P02-S-14 (Verificación telefónica de documentos del personal que aspira a vincularse al INC) verificación de antecedentes donde se deja registrada la validación e información .



Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Realizar el Informe de ejecución del plan de capacitación.	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	90%	Se presentó el informe del plan y se encuentra en validación por parte de la Coordinadora del Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano.
Capacitar en el nuevo formato de evaluación de desempeño laboral elaborado por la CNSC y adoptado por el INC para la vigencia 2018.	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	85%	Se adoptó el formato de desempeño laboral de la Comisión Nacional del Servicio Civil para el 2018. Se capacitó el personal de carrera administrativa que es el 15% de la planta global.
Medir la Cultura organizacional. Primer semestre	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	90%	Se encuentra pendiente por aprobar el plan de intervención. Ya se hizo la medición en enero y febrero de 2018.
Realizar actualización de medición de clima para el período 2017.	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	90%	Se realizó la medición de clima, falta la intervención.

Logros

- Trabajo en equipo, cohesión del Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano.
- Unificación del procedimiento de Talento Humano.
- Se ha creado identidad del grupo área en cada una de las actividades Institucionales (camisetas).

Retos

- No se cuentan con espacios para manejo de archivo de documentos.
- No se cuenta con un sitio adecuado para reuniones de grupo área.
- El espacio físico de las Oficinas de Ciclo de Vida Laboral y Bienestar no es adecuado de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2400 de 1979

6. Gerencia del Ambiente Físico

DELFÍN ROSADO

Integrantes

Líder:
Gloria Mojica

Secretaria:
Eliana Viasus Baquero

Janneth Hasbeldy Salazar

Carlos Herrera

Luz Mery Giraldo

Esperanza Álvarez

Andrea González

Nubia Prada

Ángela Pirajam

Omar Carranza

Rafael Urquina

Marisol hernández

Carolina Saavedra

Jaime Ospina

Iván Dario Castiblanco

Ambiente físico

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
119	Procesos de direccionamiento estratégico	2,5	2,6	3,2		3,4	
120	Manejo seguro del ambiente físico	2,2	2,7	3,7		3,3	
121	Gestión Ambiental	2,2	2,7	3,2		3,0	
122	Manejo de desechos	2,7	2,0	3,2			4,0
123	Emergencias y desastres	1,9	1,0	3,0			3,8
124	Reubicación de usuarios	1,5	1,2	2,2		3,0	
125	Riesgo de pérdida de usuarios	1,1	1,0	2,4		3,3	
126	Política de no fumador	2,9	2,7	2,9			4,0
127	Atención humanizada	2,1	1,5	2,8		3,0	
128	Construcciones nuevas	2,1	1,3	2,8		2,2	

Ambiente físico

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
129	Mejoramiento	2,8	2,0	2,9		3,0	3,5
	Total	2,18	1,88	2,94			

Calificación final del grupo 3,27

Para lograr el objetivo nos falta 0,23

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Estándar	% de avance	Acción de mejora
La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta	**58%**	Terminación de obras
Manejo seguro del ambiente físico	**80%**	Campañas y estrategias para el uso seguro del ambiente físico
La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.	**70%**	Socialización de la política ambiental
Garantizar el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos	**90%**	Divulgación de mecanismos para el manejo de desechos RAEE (Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos) y pilas
La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	**85%**	Contar con la red contra incendios y alarmas de detección, señalización Institucional
Procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten)	**70%**	Contar con un sistema de transporte de los usuarios y adecuación de sitios para reubicación zonas de expansión

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Estándar	% de avance	Acción de mejora
La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación.	70%	Se esta trabajando en simulacro para fuga de paciente.
Promoción de política NO FUMADOR y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en la organización.	90%	Señalización de NO FUMAR en el INC y volver a divulgar la política NO FUMAR
La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.	70%	Generar campañas para el buen uso del ambiente físico
En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	60%	Planes de contingencia para al ejecución de obras, garantizar la señalización de áreas en las obras, articulación con áreas de Biomédica y Sistemas para obras.
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo	50%	Articular todas las áreas del INC para la generación de mesas de trabajo en la definición de los planes de mejora

Logros

- Año 2017-2018

Obra del Tanque de almacenamiento para el sistema de extinción de incendios

Logros

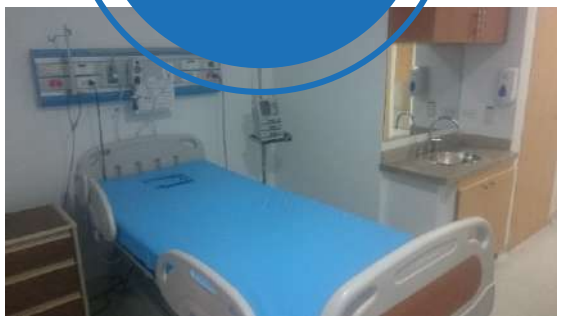
- **Año 2017-2018**

Adecuación parqueadero del Lote

Ejecución 70%

Habitaciones de hospitalización intervenidas

113 habitaciones de 163 habitaciones



Ejecución 78%

Intervención en unidades de cuidado intensivo

21 habitaciones de 27 habitaciones

Construcción

2

Habitaciones de Aislados

Adecuación integral

73

Habitaciones

11

Habitaciones pediatría

7 Habitaciones de TAMO

Por ejecutar hospitalización

7 PISO

Adecuación integral

52

Espacios para quimioterapia y HOSPITAL DÍA

Adecuación integral

11

HABITACIONES

Construcción

3

HABITACIONES DE AISLADOS

2

HABITACIONES UNIPERSONALES

6 PISO

5 PISO

Adecuación integral

7

HABITACIONES DE UCI

Construcción

1

HABITACIONES DE UCI INTERMEDIA

Adecuación integral

1

HABITACIÓN BIPERSONAL

Construcción

1

HABITACIÓN DE AISLADOS

3 PISO

Ejecutado estadificación y diagnostico

ADECUACIÓN INTEGRAL
Y REMODELACIÓN

280 m2

ÁREAS DE
IMÁGENES
DIAGNÓSTICAS

69,50%

MANTENIMIENTO INTEGRAL

120 m2

ÁREAS DE RESIDUOS

ADECUACIÓN INTEGRAL
Y REMODELACIÓN

230 m2

ÁREAS DE
LABORATORIO CLÍNICO

POR EJECUTAR ESTADIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO

ADECUACIÓN INTEGRAL Y REMODELACIÓN

370 m2

ÁREAS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

MANTENIMIENTO INTEGRAL Y CAMBIO DE MUEBLES EN ACERO INOXIDABLE

140 m2

ÁREAS DE LABORATORIO CLÍNICO

MANTENIMIENTO INTEGRAL Y CAMBIO DE MUEBLES EN ACERO INOXIDABLE

180 m2

ÁREAS DE PATOLOGÍA

EJECUTADO CONSULTA EXTERNA

MANTENIMIENTO INTEGRAL

590 m2

ÁREAS DE CIRUGÍA DE TORAX

MANTENIMIENTO INTEGRAL

310 m2

ÁREAS DE CONSULTA EXTERNA

80%

MANTENIMIENTO INTEGRAL

630 m2

ÁREAS DE TEJIDOS BLANDOS Y CABEZA Y CUELLO

MANTENIMIENTO INTEGRAL

430 m2

ÁREAS DE UROLOGÍA

POR EJECUTAR CONSULTA EXTERNA

MANTENIMIENTO INTEGRAL

230 m2

ÁREAS DE RADIO TERAPIA

MANTENIMIENTO INTEGRAL

290 m2

BATERÍAS DE BAÑOS PÚBLICOS

MANTENIMIENTO INTEGRAL

430 m2

SALAS DE ESPERA CONSULTA EXTERNA

EJECUTADO ÁREAS COMUNES

ADECUACIÓN INTEGRAL
Y REMODELACIÓN

460 m2

HALLES DE
ASCENSORES

ADECUACIÓN INTEGRAL
Y REMODELACIÓN

160 m2

PASILLOS
RADIOTERAPIA

ADECUACIÓN INTEGRAL
Y REMODELACIÓN

190 m2

PASILLOS MORGUE Y
ALMACEN

71,59%

ADECUACIÓN INTEGRAL
Y REMODELACIÓN

170 m2

PASILLOS RADIOTERAPIA

POR EJECUTAR ÁREAS COMUNES

ADECUACIÓN INTEGRAL Y REMODELACIÓN

520 m2

HALLES DE CONSULTA EXTERNA

MANTENIMIENTO INTEGRAL

140 m2

PASILLOS AREAS DE GESTIÓN AMBIENTAL

ADECUACIÓN INTEGRAL Y REMODELACIÓN

120 m2

PASILLOS COMEDOR PRINCIPAL

EJECUTADO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

SUMINISTRO E INSTALACIÓN

7

PUERTAS HERMETICAS

10%

ADECUACIÓN INTEGRAL Y REMODELACIÓN

160 m2

PASILLOS

SUMINISTRO E INSTALACIÓN

95 ml

DUCTERÍA DE SUMINISTRO Y EXTRACCIÓN

EJECUTADO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

SUMINISTRO E INSTALACIÓN

3

EXCLUSAS (PASS THRU)

SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE SISTEMA HIDRÁULICO Y SANITARIO REDUNDANTE Y ELÉCTRICO

SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE SISTEMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE SUMINISTRO Y EXTRACIÓN

ADECUACIÓN INTEGRAL

400 m2

CIELO RASO Y ÁREAS DE SERVICIO

SUMINISTRO E INSTALACIÓN

2

EXCLUSAS TIPO GUILLOTINA

EJECUCIÓN SERVICIO DE URGENCIAS (gaica)

EJECUCIÓN ACTUAL

23%

ADECUACIÓN INTEGRAL Y REMODELACIÓN

630 m2

¿Qué es un Plan de Emergencias?

Es la respuesta integral que involucra a toda la empresa

Para responder oportuna y eficazmente con las actividades correspondientes

ANTES, DURANTE Y DESPUÉS de una emergencia

Estándar 123

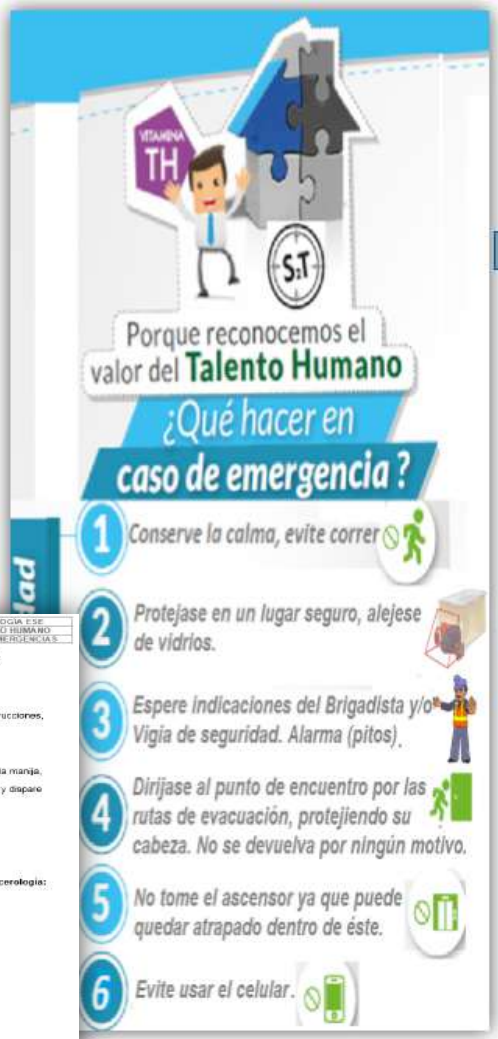
Porque reconocemos el valor del Talento Humano

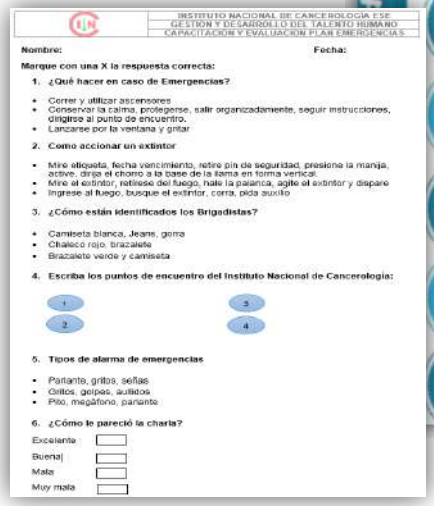
Capacitación PHE 2017

Población	# Personas	Responsable
Visitantes, Pacientes, Acompañantes	1697	Andrea SST
Funcionarios, Tercerizados, Contratistas	1067	
Estudiantes	1565	
TOTAL	**4329**	

Evidencia fotográfica

Evaluación





INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE
GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO
CAPACITACION Y EVALUACION PLAN EMERGENCIAS

Nombre: **Fecha:**

Marque con una X la respuesta correcta:

1. **¿Qué hacer en caso de Emergencias?**
   - Correr y utilizar ascensores
   - Conservar la calma, protegerse, salir organizadamente, seguir instrucciones, dirigirse al punto de encuentro.
   - Lanzarse por la ventana y gritar
2. **Como accionar un extintor**
   - Mire etiqueta, fecha vencimiento, retire pin de seguridad, presione la manija, active, dirija el chorro a la base de la llama en forma vertical.
   - Mire el extintor, retírese del fuego, hale la palanca, agite el extintor y dispare
   - Ingrese al fuego, busque el extintor, corra, pida auxilio
3. **¿Cómo están identificados los Brigadistas?**
   - Camiseta blanca, Jeans, gorra
   - Chaleco rojo, brazalete
   - Brazalete verde y camiseta
4. **Escriba los puntos de encuentro del Instituto Nacional de Cancerologia:**

   1 3
   2 4
5. **Tipos de alarma de emergencias**
   - Parlante, gritos, señas
   - Gritos, golpes, aullidos
   - Pito, megáfono, parlante
6. **¿Cómo le pareció la charla?**

Excelente ☐
Buena ☐
Mala ☐
Muy mala ☐

KIT EMERGENCIAS: Para garantizar tu sobrevivencia y la de tu familia.

Capacitación PHE 2018

Población	# Personas	Responsable
Visitantes, Pacientes, Acompañantes	706	Andrea SST
Funcionarios, Tercerizados, Contratistas	367	
Estudiantes	650	
TOTAL	**1723**	

ACTIVIDADES EJECUTADAS 2018

- **EXTINTORES:** Se identificó un total de 302 distribuidos:

AREAS	CANTIDAD
Edificio administrativo	40
Edificio Hospitalización, Patología, Medicina nuclear	167
Edificio Consulta externa	19
Otras áreas	76

Se evaluaron diferentes parámetros de clasificación como clase, capacidad, fecha de vencimiento, altura, señalización, presión y estado de los componentes del recurso.

INSPECCIÓN

- **BOTIQUINES**

AREAS
Subdirección Administrativa
Salud Pública
Almacén y Activos fijos
Gestión Ambiental
Medicina Nuclear
CPreD
Seguridad y Salud en el Trabajo

- **KIT ANTI-DERRAMES**

AREAS
Almacenamiento de ACPM de la 9
Almacenamiento de ACPM Radioterapia

Salidas emergencias

Camillas

- CAMILLAS

20

EDIFICIO	PISO	UNIDAD	CODIGO
ADMINISTRATIVO	Primer Piso (Al frente de la recepción)	1	42983
	Segundo Piso (Al lado del Gabinete)	1	55308
	Tercer Piso (Al lado del Gabinete)	1	55309
PATOLOGIA	Primer Piso (Al lado de Audifarma – frente a la salida de emergencias de Imágenes Diagnosticas)	1	55310
	Segundo Piso (Pasillo entre patología y Servicios farmacéuticos)	1	55311
	Tercer Piso (Pasillo entre patología y Almacén)	1	55312
CONSULTA EXTERNA	Primer Piso (Al lado del ascensor)	1	55316
	Segundo Piso (Al lado del ascensor)	1	55317
	Tercer Piso (Al lado del ascensor)	1	55319
	Cuarto Piso (Al lado del ascensor)	1	55320
EDIFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Primer Piso (Inicio de pasillo al lado de los ascensores)	1	42985
	Segundo Piso (Al frente de los ascensores)	1	55322
	Tercer Piso (Al frente de los ascensores)	1	55314
	Cuarto Piso (Al frente de los ascensores)	1	55315
	Quinto Piso (Al frente de los ascensores)	1	55313
	Sexto Piso (Al frente de los ascensores)	1	55321
	Septimo Piso (Al frente de los ascensores)	1	55318

Señalización del INC

Avance

33%

COLOR	AREA
Violeta	Servicios de Dirección y Administración
Naranja	Servicios de Consulta Externa
Rojo	Servicios de Urgencias
Amarillo	Servicios Diagnósticos y Tratamientos
Verde	Servicios Quirúrgicos, Obstétricos y de Esterilización
Azul	Servicios de Hospitalización
Café	Servicios Generales

Señalización CPreD

Señalización externa

Directorio fachada sótano

Señalización individual

Avisos informativos

Señalización hospitalizados / administrativos

Señalización individual oficinas
Edificio Administrativo

Señalización habitaciones

7. Gestión de la Tecnología

JAGUAR

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Estándares 130 al 139

INTENCIÓN ESTÁNDAR

Que los procesos institucionales, y en particular los de ATENCIÓN DEL PACIENTE, cuenten con el respaldo de una GESTIÓN TECNOLÓGICA, orientada a **la eficiencia, la efectividad y la seguridad**, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores.

Diana Cardenas

Mauren López

Maria Fernanda Ariza

Eliana Viasus

Sandrelina Gutiérrez

Elizabeth Ochoa

Carlos Julio Velandia

Nilsa Bermudez

Yolima Valencia

John Jairo Cardona

Elizabeth Romero

Líder:
Lía Alvarez

Secretaria:
Sandra Cajamarca

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Estándares 130 al 139

Componentes

- Gestión de equipos biomédicos.
- Gestión de medicamentos y dispositivos médicos.
- Mejoramiento de la gestión de tecnovigilancia.
- Mejoramiento de la gestión de farmacovigilancia.
- Incorporación de nuevas tecnologías.
- Gestion de tecnologías de la información.
- Gestion de tecnologías de soporte.

Integrantes del equipo de autoevaluación

- **Grupo Enfermería Oncológica Hospitalaria**
- **Gestión de la Infraestructura**
- **Grupo Área Sistemas**

- **Servicios Farmaceuticos**
- **Subdirección de investigaciones**
- **Grupo área gestión biomédica y almacén**

2017

- Sandrelina Gutiérrez
- Diana Patricia Cárdenas
- Narda Eliana Viasus
- Nilsa Bermudez
- Omar Carranza
- Elizabeth Ochoa
- Mauren Liced López
- María Fernanda Ariza
- Lía Margarita Álvarez (líder)

2018

- Sandrelina Gutiérrez
- Diana Patricia Cárdena
- Narda Eliana Viasus
- Nilsa Bermudez
- Omar Carranza
- Elizabeth Ochoa
- Yolima Valencia
- Sandra Cajamarca
- Jhon Jairo Cardona
- Mauren Liced López
- María Fernanda Ariza
- Lía Margarita Álvarez (líder)

JAGUAR

Tecnología

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
130	Planeación, gestión y evaluación	2,5	2,7	2,4		2,8	
131	Adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición	2,0	2,9	2,4		2,6	
132	Seguridad de uso	2,1	2,3	2,1		2,6	
133	Monitorización y control	2,0	2,4	2,7		2,8	
134	Mantenimiento	2,8	2,3	3,0		2,9	
135	Renovación de la tecnología	2,0	2,1	2,6		2,7	
138	Uso de equipos en guías y protocolos de manejo clínico	1,0	2,2	2,0	1,8		
139	Mejoramiento	2,6	2,1	2,8		2,7	
Total		2,12	2,38	2,5			

Calificación final del grupo

2,61

Para lograr el objetivo nos falta 0,89

Acciones de mejora

2015

- Ajustar y actualizar el procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de la tecnología.
- Política de gestión de la tecnología actualizada, consecuente con el desarrollo del programa de seguridad del paciente, aprobada y socializada.
- Documentos actualizados del proceso de gestión de la Tecnología ajustados a el concepto de tecnologías en salud.
- Guías rápidas en el uso de la tecnología, capacitaciones y riesgos asociados a la tecnología.

2016

- Protocolos de mantenimiento preventivo para el 50% de la base instalada.
- Propuesta para el diseño e identificación de los riesgos asociados al uso de la tecnología biomédica en los equipos de alto riesgo.
- Propuesta para la reingeniería del modulo de SAP PM o implementación de un software anidado a SAP.
- Realizar reuniones en conjunto tecnología Biomedica y Farmacia para revisar el avance del programa de Tecnovigilancia

2017

- Procedimiento de mantenimiento de la infraestructura actualizado en el SIAPINC4
- Propuesta de actualización de la resolución del comité de Gestión de la Tecnología
- Desplegar el reporte de tecnovigilancia de la institución en el nivel asistencial
- Unificar el medio de reporte de eventos adversos asociados al uso de gestión de las tecnologías.
- Documentar el uso seguro de tecnologías de soporte (Aires, calderas, UPS)
- Realizar propuesta para consolidar la información de tiempos de respuesta de los componentes del estándar.

2018

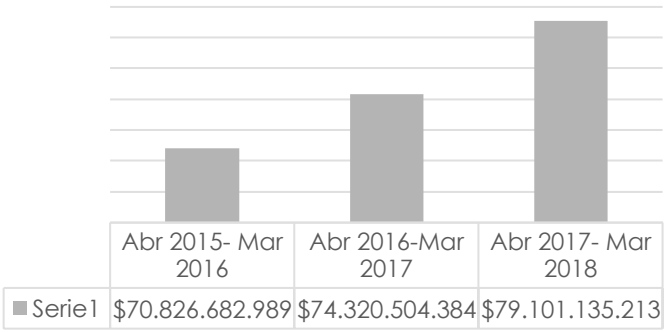
- Plan de comunicación Gestión de la tecnología vigencia 2018 en acompañamiento con el grupo de comunicaciones.

JAGUAR

Gestión de Inventario

2.200 ítems

Medicamentos y dispositivos médicos



50 incorporaciones

2017

5.922 TOTAL DE ELEMENTOS

EQUIPOS BIOMEDICOS	EQUIPOS DE COMPUTO Y COMUNICACIONES	EQUIPOS COMODATO	EQUIPOS INDUSTRIALES
2.449	2.746	682	100

2018

7.974 TOTAL DE ELEMENTOS

EQUIPOS BIOMEDICOS	EQUIPOS DE COMPUTO Y COMUNICACIONES	EQUIPOS COMODATO	EQUIPOS INDUSTRIALES Y CONTROL	MOBILIARIO HOSPITALARIO
2.847	2.648	654	471	1.354

JAGUAR

Logros

ESTÁNDAR 130

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.

Logros

ESTÁNDAR 130

GTE-P01
(PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA)

GTE-P02
(PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA TECNOLÓGICA)

COMITÉ GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

PERSONAL
PROFESIONAL Y TECNICO

Salas de cirugía-Grupo Ingeniería Biomédica
Robot Davinci

JAGUAR

Logros

COMITÉ GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

ESTÁNDAR 130

2015	2016	2017	2018
8 Evaluaciones de tecnología	7 Evaluaciones de tecnología	4 Evaluaciones de tecnología	5 Evaluaciones de tecnología
2 Ejercicios vigilancia tecnológica	5 Ejercicios vigilancia tecnológica	2 Ejercicios vigilancia tecnológica	2 Ejercicios vigilancia tecnológica
Plan reposición tecnología biomédica	Plan necesidades tecnología biomédica	3 Mini-HTA	1 Mini-HTA
	Estrategia de evaluación Mini-HTA y matriz de priorización	Plan necesidades tecnología biomédica	

JAGUAR

Logros

ESTÁNDAR 130

2015 Planeación Macroproyecto

2016 Macroproyecto Fortalecimiento Tecnología Biomédica

2017 Implementación Índice de Obsolescencia

2018 Personal enfocado al Macroproyecto

Acelerador lineal

Mamógrafo

Microscopio quirúrgico

Ecógrafo fusión de imágenes

JAGUAR

ESTANDARES 131, 133 Y 135

La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.

JAGUAR

Logros

ESTÁNDARES 131,133 y 135

Enfoque Institucional

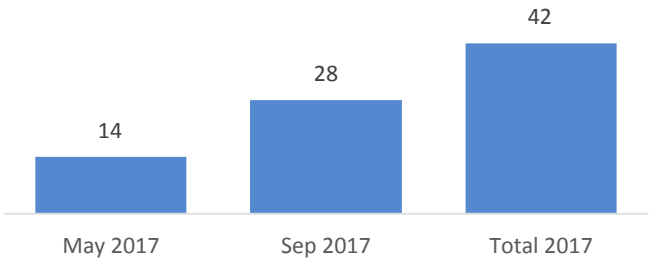
JAGUAR

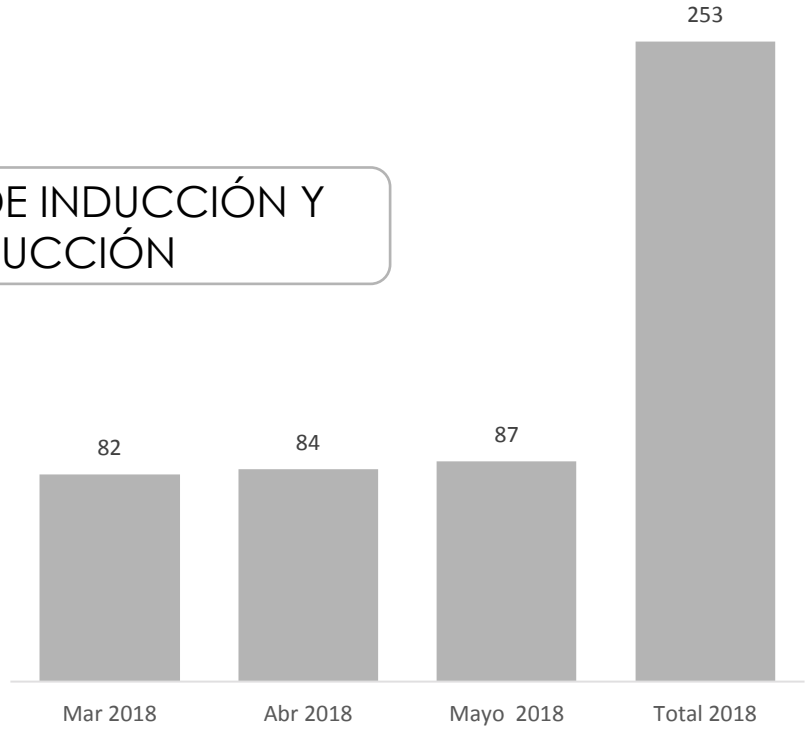
Logros

Capacitación **Institucional**

ESTÁNDARES 131,133 y 135

JORNADAS DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN





2017

- Socialización Subdirección Investigaciones
- 11 funcionarios (Coordinadores)

2018

- Socialización Subdirección Médica
- Espacios en equipos primarios de mejoramiento

JAGUAR

Ciclo de Gestión de Tecnología

JAGUAR

ESTÁNDAR 132

La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.

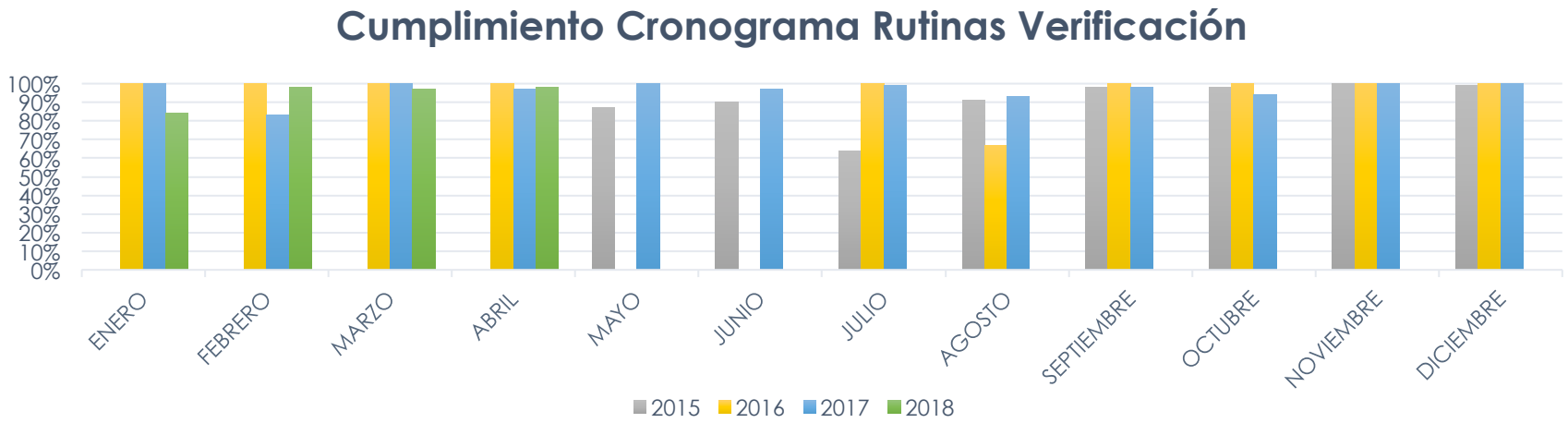
JAGUAR

Logros

ESTÁNDAR 132

PROGRAMA DE USO SEGURO

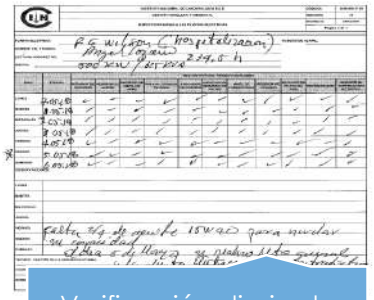
RUTINAS DE VERIFICACIÓN



Instrucciones de manejo básico

Folletos informativos

Capacitaciones manejo equipos y uso seguro



Verificación diaria de plantas eléctricas

JAGUAR

Logros

GESTIÓN INVENTARIOS

ESTÁNDAR 132

2017
Contratación Levin – Actualización Inventario

2018
Implementación software de verificación con interfaz para SAP

Resultados consulta:
Faltantes
Sobrantes
Ubicación

Marcación

Lectura en áreas

Interface SAP

Consulta en tableta

JAGUAR

Logros

PAQUETE INSTRUCCIONAL

ESTÁNDAR 132

Gestión Segura de la Tecnología Biomédica

OBJETIVO

Mejorar la seguridad al paciente, operario y entorno a través del adecuado uso de dispositivos médicos en el Instituto Nacional de Cancerología.

Acciones inseguras

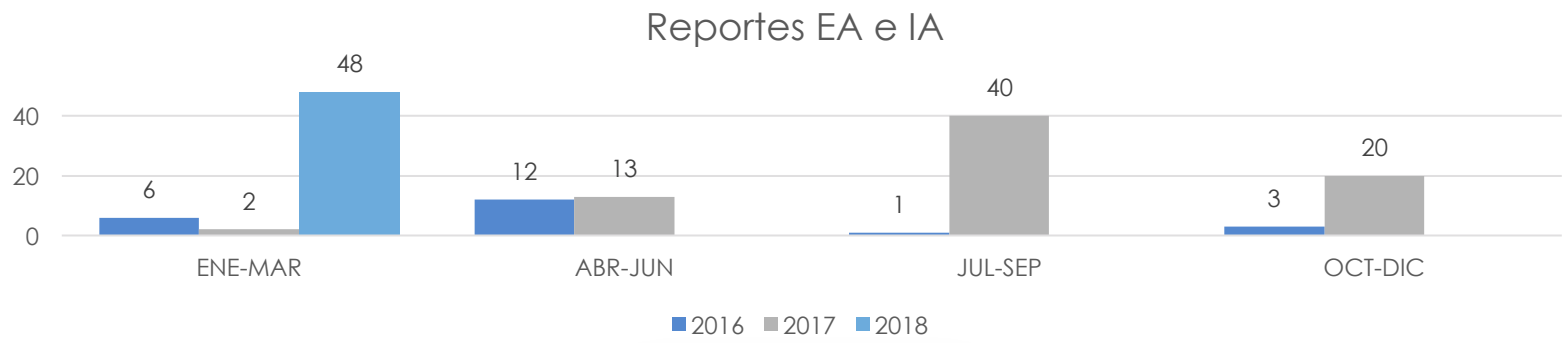
- Debilidades en el proceso de adquisición de tecnología biomédica
- Subregistro y fallas en el análisis de reporte de EA e IA
- Errores en el uso de dispositivos médicos de alto riesgo
- Respuesta tardía en mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos biomédicos
- Confirmación metrológica inadecuada a los equipos biomédicos

JAGUAR

Logros

ESTÁNDAR 132

TECNOVIGILANCIA



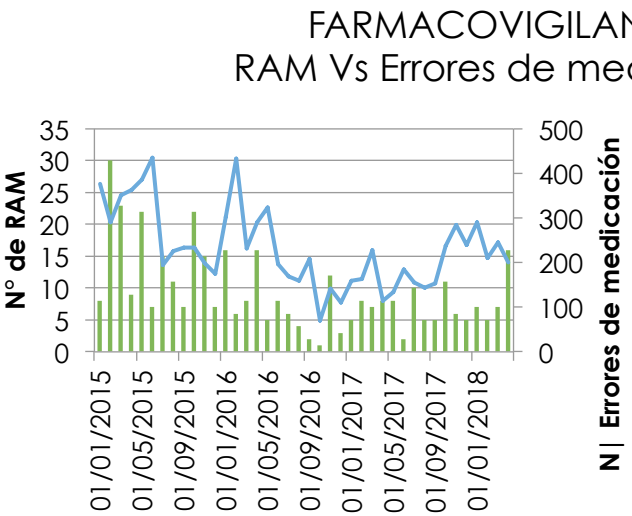
- Revisión alertas sanitarias
- Revisión alertas ECRI Institute
- Vigilancia activa IW28
- Entrevista en rutinas de verificación
- Matriz AMFE

JAGUAR

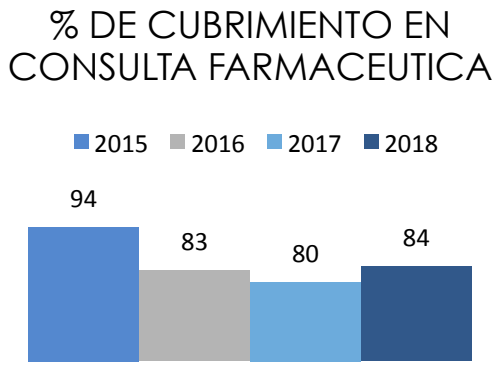
Logros

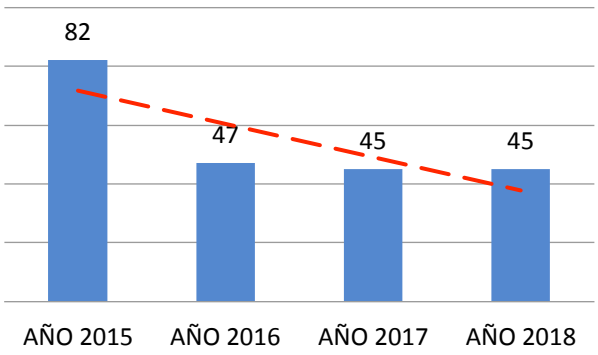
ESTÁNDAR 132

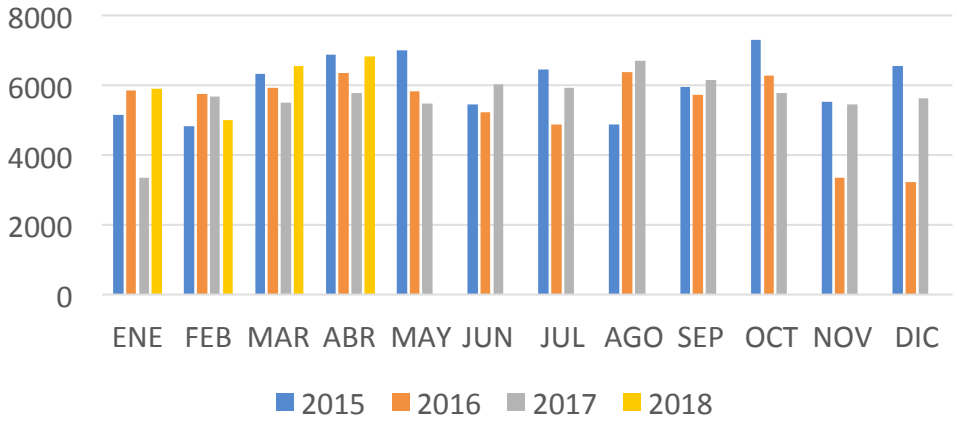
FARMACOVIGILANCIA



PERIODO ENERO 2015 -ABRIL-2018	
N° RAM	378
N° ERRORES MEDICACIÓN REPORTADOS	9250







JAGUAR

ESTÁNDAR 134

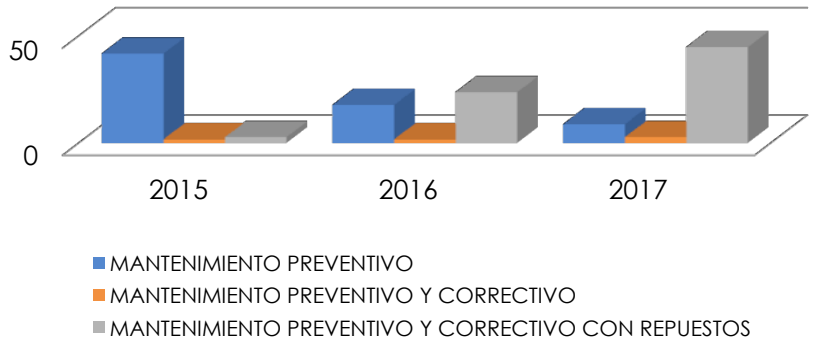
La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado.

Logros

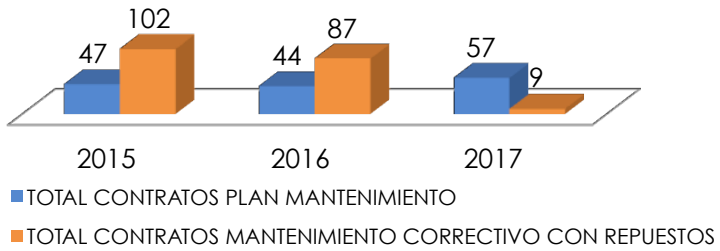
GESTIÓN CONTRATACIÓN MANTENIMIENTO

ESTÁNDAR 134

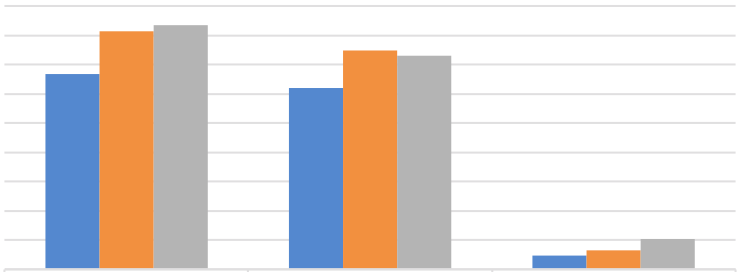
CONTRATACIÓN PLAN MANTENIMIENTO EQ. MÉDICOS



CONTRATACIÓN MANTENIMIENTO EQ. MÉDICOS



PRESUPUESTO CONTRATOS DE MANTENIMIENTO EQUIPOS MÉDICOS



	ASIGNADO	EJECUTADO	LIBERADO
2015	$ 6.670.675.595,00	$ 6.213.300.968,97	$ 457.374.626,03
2016	$ 8.137.857.469,90	$ 7.492.716.599,56	$ 645.140.870,34
2017	$ 8.344.465.358,55	$ 7.315.978.798,43	$ 1.028.486.560,12

- Bolsa de repuestos
- Acuerdo tiempos respuesta y resolución
- Equipos backup
- Capacitaciones manejo equipos biomédicos en contrato

JAGUAR

Logros

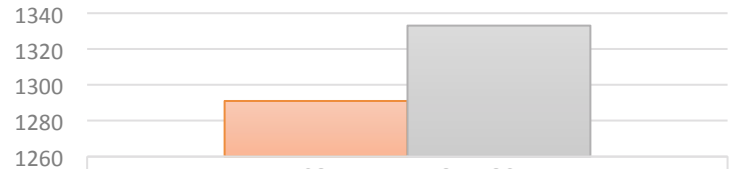
GESTIÓN CONTRATACIÓN MANTENIMIENTO

ESTÁNDAR 134

MANTENIMIENTO EQ. MÉDICOS- IN HOUSE

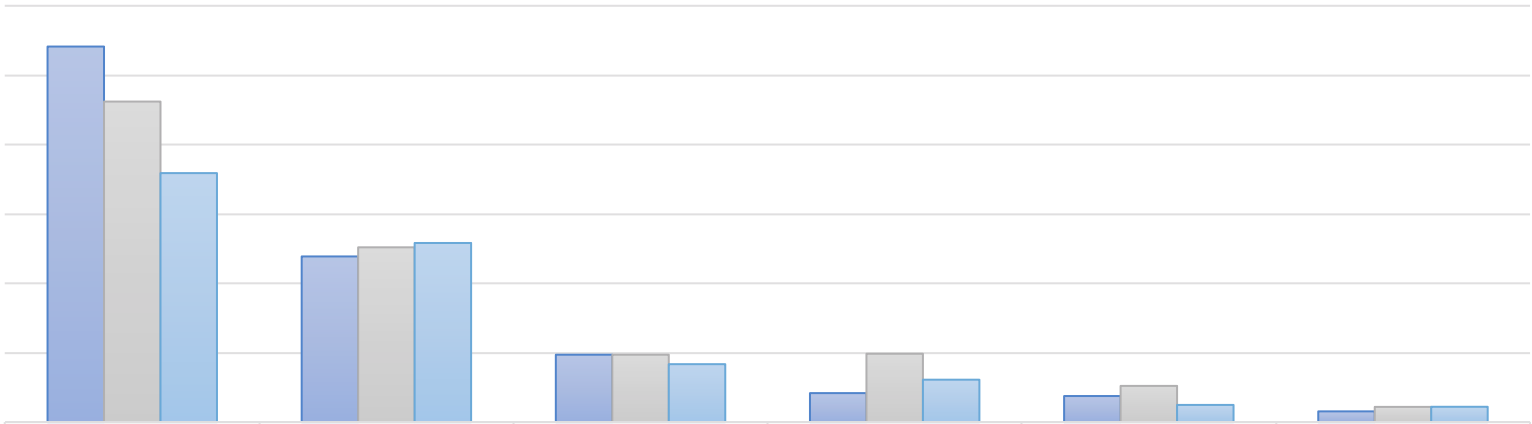
	VALOR
2016	$ 470.403.755,00
2017	$ 393.314.081,00

COBERTURA EQUIPOS- CONTRATO IN HOUSE



	COBERTURA EQUIPOS
2016	1291
2017	1333

CONTRATOS PROVEEDORES EXCLUSIVOS



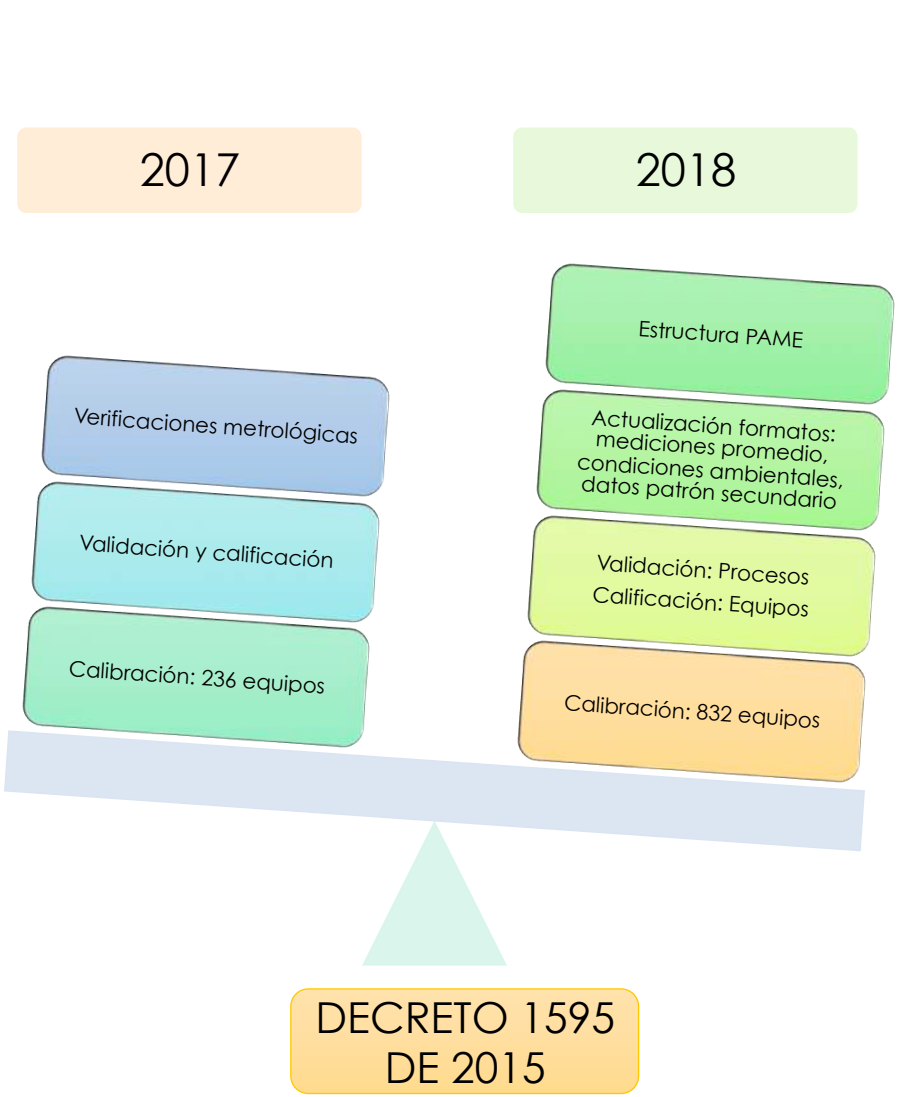
	J. RESTREPO EQUIPHOS S.A.S.	SIEMENS S.A.S.	GE HEALTH CARE S.A.S.	TOP MEDICAL SYSTEMS S.A.	SIRIUS MEDICAL S.A.S.	KAIKA S.A.S.
2015	$ 2.708.509.072	$ 1.194.731.524	$ 485.961.710	$ 209.042.440	$ 187.920.000	$ 77.300.849
2016	$ 2.311.737.906	$ 1.260.565.388	$ 485.929.666	$ 492.982.091	$ 261.000.000	$ 109.650.987
2017	$ 1.795.773.787	$ 1.291.728.247	$ 417.776.524	$ 305.844.138	$ 123.800.000	$ 110.402.137

JAGUAR

Logros

PLAN ASEGURAMIENTO METROLÓGICO

ESTÁNDAR 134



IDENTIFICACIÓN DE EQUIPO BIOMÉDICO

CONSIDERADO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

TIENE COMO FUNCIÓN PESAR, MEDIR O CONTAR.

CONTROL METROLÓGICO LEGAL

PERIODICIDAD DE CALIBRACIÓN

OPERACIONES DE CONFIRMACIÓN METROLÓGICA

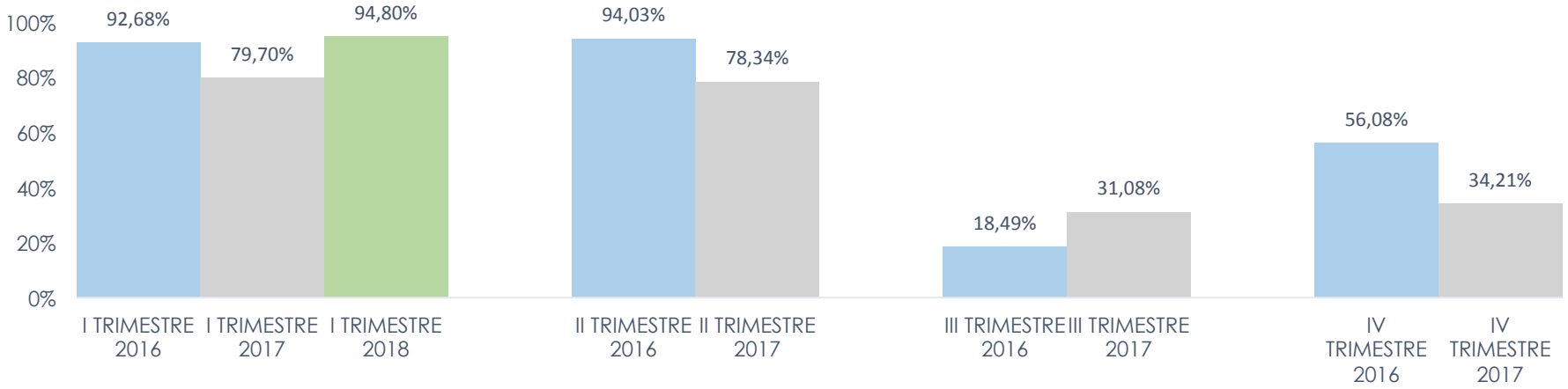
JAGUAR

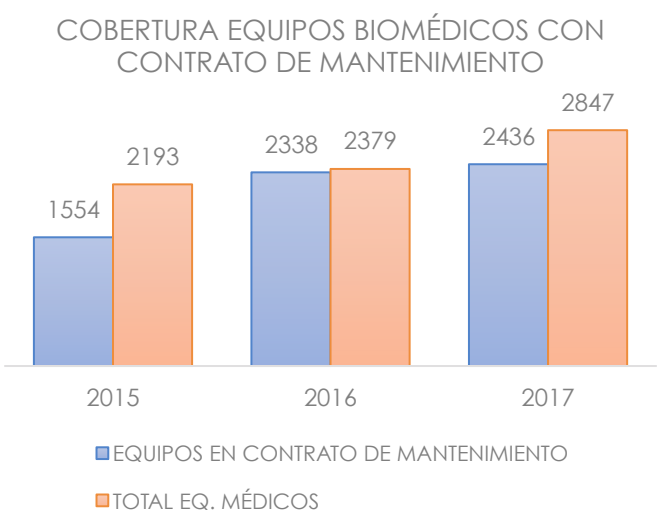
Logros

PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

ESTÁNDAR 134

CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS MÉDICOS





Seguimiento mensual

Notificaciones programación vía correo electrónico

Gestión reprogramaciones por disponibilidad del INC

Incumplimientos contratistas y aseguradoras

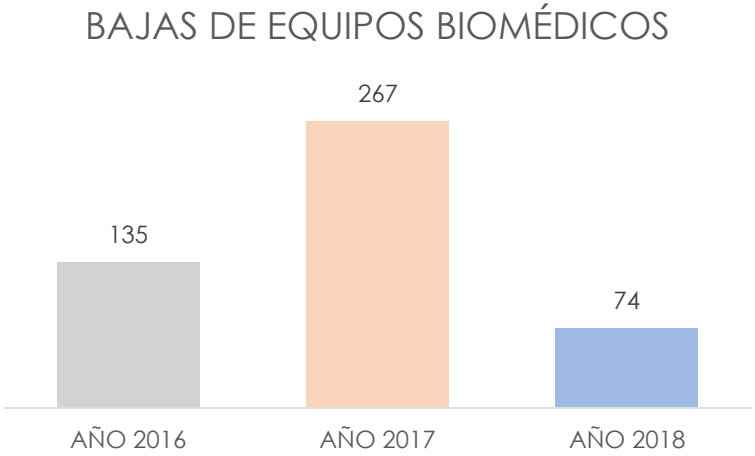
Evaluaciones contratos: durante ejecución y finalización

JAGUAR

Logros

DISPOSICIÓN FINAL EQUIPOS BIOMÉDICOS

ESTÁNDAR 134



+SALUD

RESPONSABILIDAD SOCIAL

DONACIONES 2017
56 EQUIPOS

DONACIONES 2018
2 EQUIPOS

JAGUAR

Logros

MANTENIMIENTOS EQUIPOS INFORMÁTICOS

ESTÁNDAR 134

TIPS Uso de la telefonía

Cada teléfono del tipo IP cuenta con un buzón de voz para consultar marque 9992 y siga las instrucciones, recuerde que el código solicitado es "000000"

No desconecte el equipo telefónico. Si requiere reubicarlo, solo personal autorizado puede realizar este movimiento. Solicitar el servicio a la mesa ayuda en la ext. 7100 o al correo soporteune@cancer.gov.co

El uso de La Telefonía Institucional debe ser únicamente para uso exclusivo de asuntos laborales.

Mantener limpio el equipo y protegerlo contra exceso de polvo y humedad.

El uso de clave telefónica para Llamadas externas es responsabilidad del titular. Solicitar el servicio a la mesa ayuda en la ext. 7100 o al correo soporteune@cancer.gov.co

TIPS USO EQUIPOS INFORMÁTICOS

Recomendaciones limpieza y desinfección

Retiro de portátiles del INC

Apagado de equipos diario

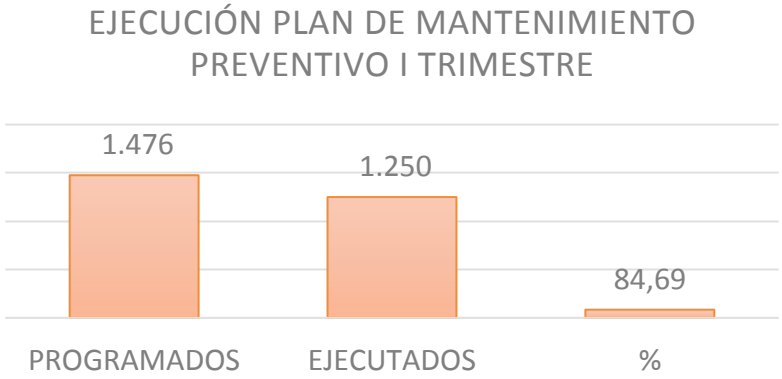
Reporte de fallas

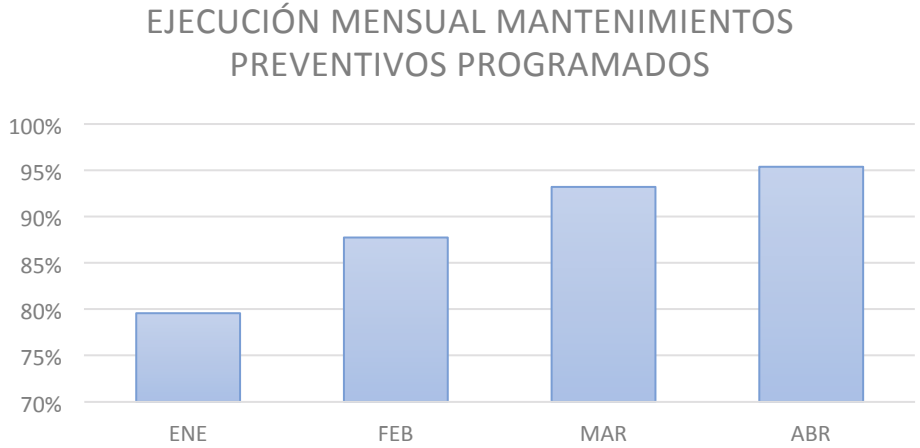
JAGUAR

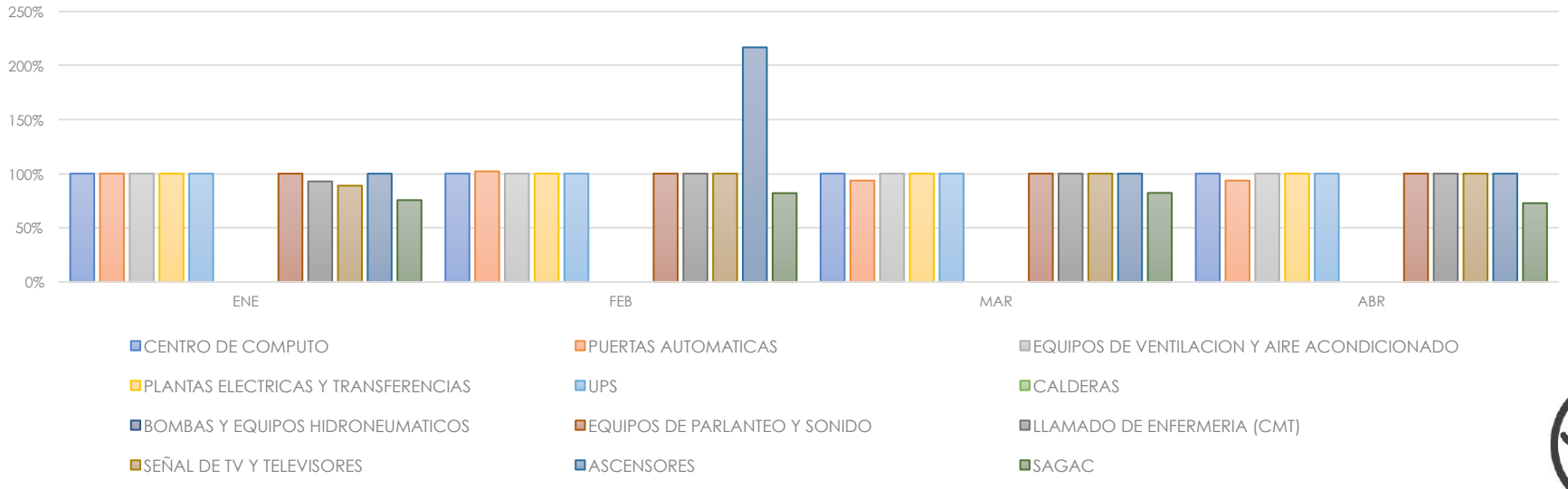
Logros

MANTENIMIENTOS EQUIPOS SOPORTE

ESTÁNDAR 134







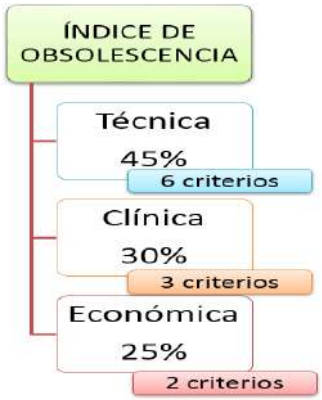
JAGUAR

ESTÁNDAR 135

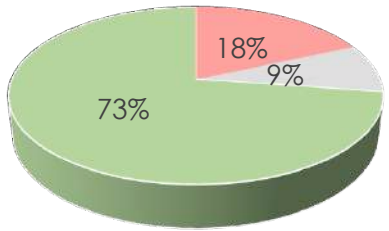
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología.

Renovación Tecnología Biomédica

Matriz Renovación tecnológica → Índice de obsolescencia → Bolsa dotación

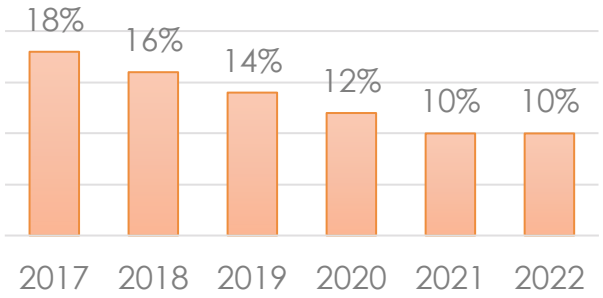


RESULTADO ÍNDICE DE OBSOLESCENCIA 2017

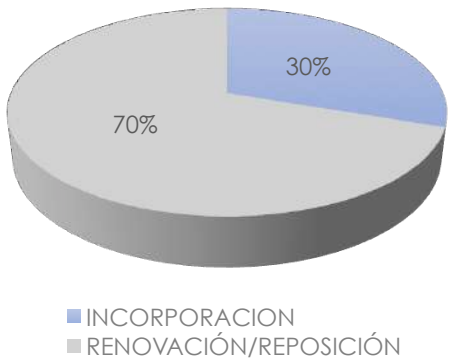


CANTIDAD	INDICADOR
449	Requieren renovación
1785	Evaluación en el proximo año
219	Evaluación en tres años

META REDUCCIÓN ÍNDICE DE OBSOLESCENCIA



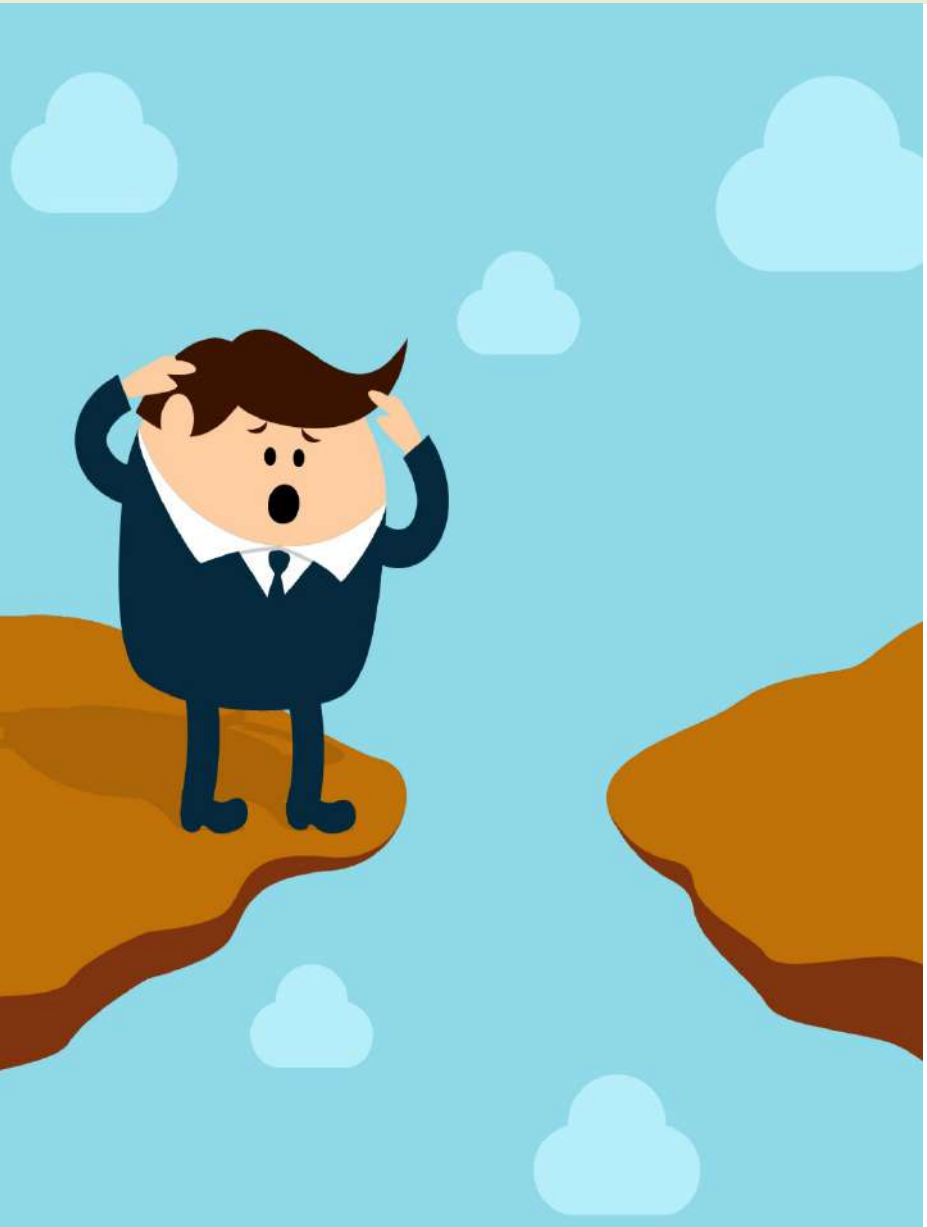
DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL MACRO 2018



ESTÁNDAR 135

JAGUAR

Retos



Medición estándares 136 y 137 (Red de prestación).

Revisión contenido protocolos de manejo clínico. Estándar 138

Creación indicador para medición impacto costo-beneficio post-incorporación tecnologías alto costo y riesgo

Mejorar los tiempos de atención y respuesta

Integración áreas de gestión de tecnologías

Sensibilización personal asistencial cuidado equipos médicos y dotación

Actualización Planes de contingencia

JAGUAR

8. Gerencia de la información

RANA VENENOSA DEL AMAZONAS

Integrantes

Ana Edith Hernández

Vida Helena Bautista

Luis Eduardo Martínez

Mercedes Suárez

Eliana Viasus

Constanza Pardo

Lina Angélica Buitrago

Catherine Suárez

Carlos Gómez

Jefe Oficina Asesora de Calidad

Francisco Avendaño

Camilo Zuluaga

Sandra Bernal

Angelik Bautista

Líder:
Adriana Hernández

Secretaria:
Patricia Suárez

Propósito

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO

Estándares Asistenciales

Estándares de Apoyo

DIRECCIONAMIENTO

Gerencia	Gerencia del Talento Humano	Ambiente Físico	Gerencia de la información	Gestión de Tecnología

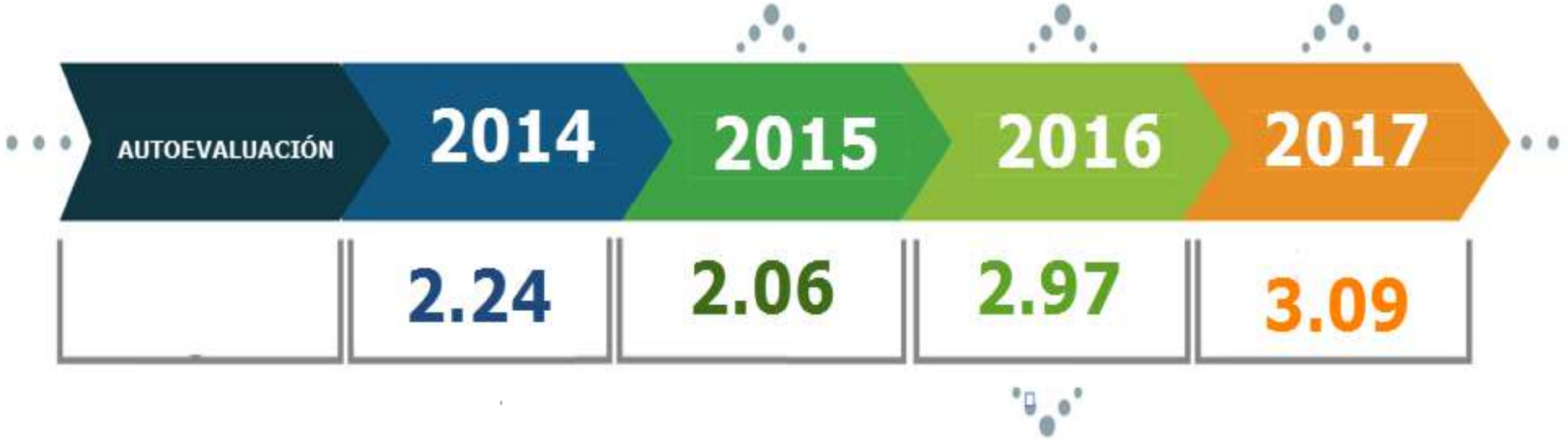
Se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.

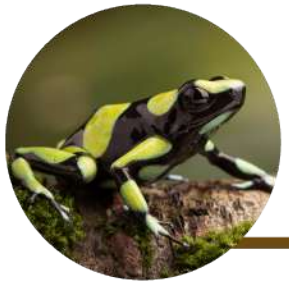
GRUPO DE ESTÁNDARES	NUMERACIÓN	NUMERO DE ESTÁNDARES	PUNTAJE
Gerencia de la información	140-153	14	36

¿Cómo vamos en nuestro camino a la acreditación?

Gerencia de la información

Autoevaluación

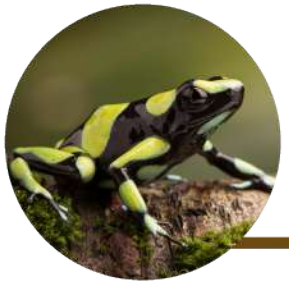




Gerencia de la información

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
140	Procesos	1,9	2,0	2,9		3,0	
141	Planificar gestión de la información	2,2	2,1	2,9		3,0	
142	Análisis periódico de la información	2,1	2,4	2,8		3,0	
143	Adopción de tecnologías	2,3	3,2	2,9			3,6
144	Seguridad y confidencialidad	2,6	3,4	3,3		3,2	
145	Trasmisión de datos y la información	2,5	3,4	2,9		3,4	
146	Gestión y minería de datos	1,7	2,1	2,2		2,9	
147	Información asistencial y administrativa	2,9	3,3	3,0		3,1	
148	Registros clínicos	3,1	3,8	3,6		3,2	
149	Plan de contingencia	2,0	2,5	3,0		3,1	



Gerencia de la información

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
150	Acrónimos o siglas	1,5	2,6	2,9		3,0	
151	Toma de decisiones	1,9	2,4	3,1		2,9	
152	Despliegue de información	2,2	2,8	3,5			3,5
153	Mejoramiento	2,4	2,4	1,0		2,4	
		2,24	2,74	2,86			

Calificación final del grupo 3,09

Para lograr el objetivo nos falta 0,41

Lo que indican los indicadores

Indicadores

Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

- Cargue y análisis de indicadores de proceso
- Cumplimiento de desempeño (metas) de los procesos
- Proporción de quejas resueltas antes de 15 días - Gestión a Usuarios
- Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP

Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

- Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos
- Número de ataques prevenidos/detectados (FW, IPS, etc.)
- Porcentaje de eventos e incidentes solucionados antes de una hora relacionados con la seguridad de la información
- Porcentaje de actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo

Servicio

Ayudamos a los demás.

Continuidad

- Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24)
- Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Calidad

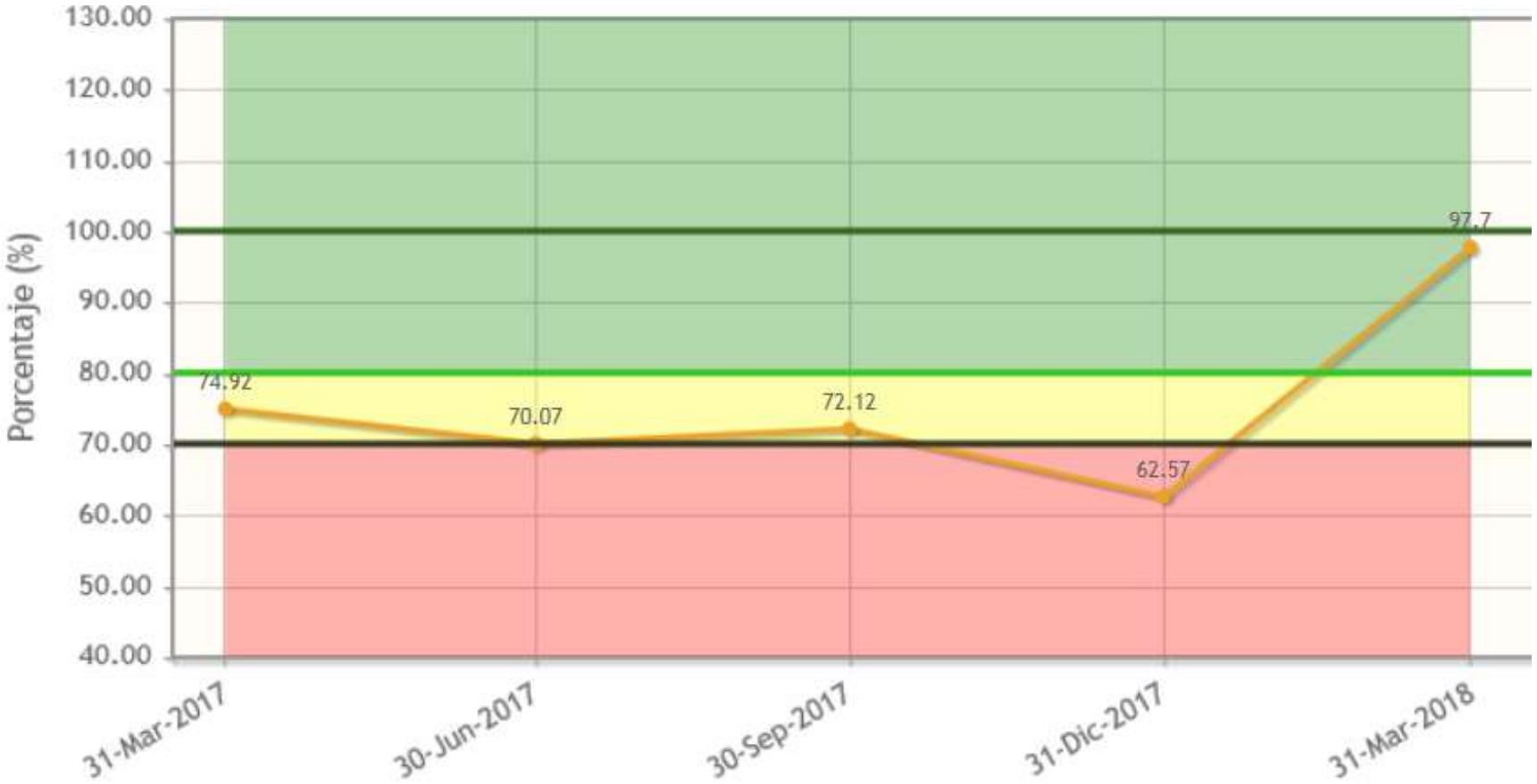
- Proyectos de Investigaciones nuevos y en curso
- Factor de impacto de las publicaciones
- Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)
- Número de seguidores nuevos en redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter)

Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

2017	2018
73%	98%

Cumplimiento cargue y análisis de indicadores de los proceso INC



Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

2017	2018
72%	84%

Cumplimiento desempeño de los proceso INC

Oportunidad

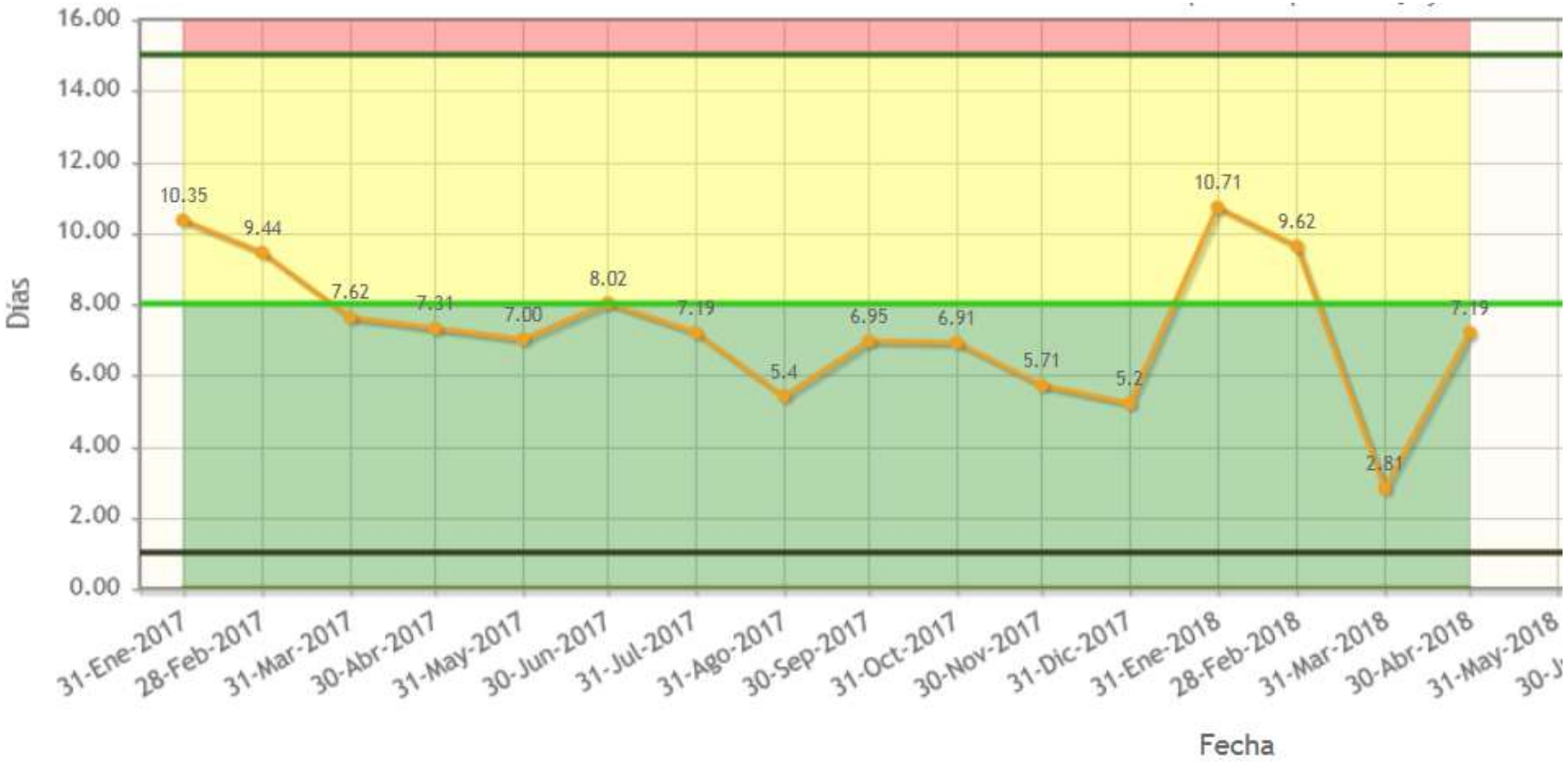
A tiempo en el lugar requerido.

2016	2017
9,33	7,3

Procesos misionales - Apoyo clínico

Tiempo de respuesta a quejas

Mensual - Días

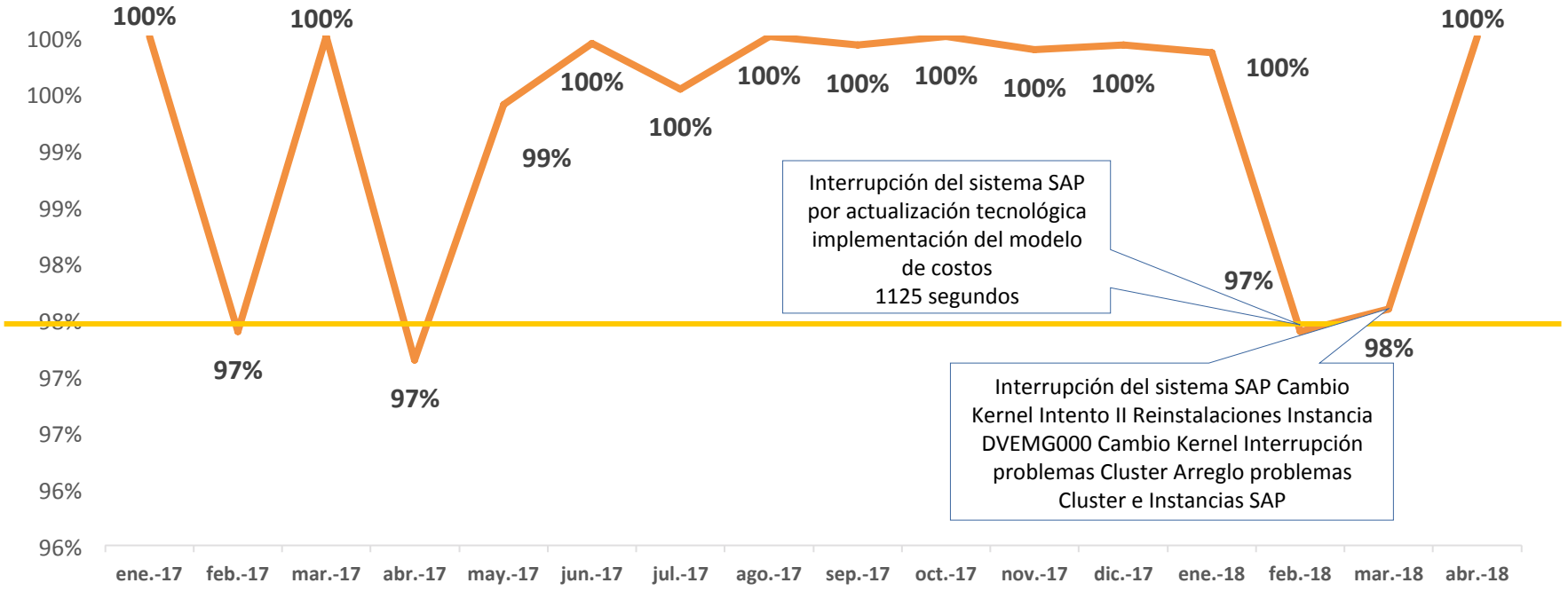


Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

2017	2018
99%	98,7%

Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP



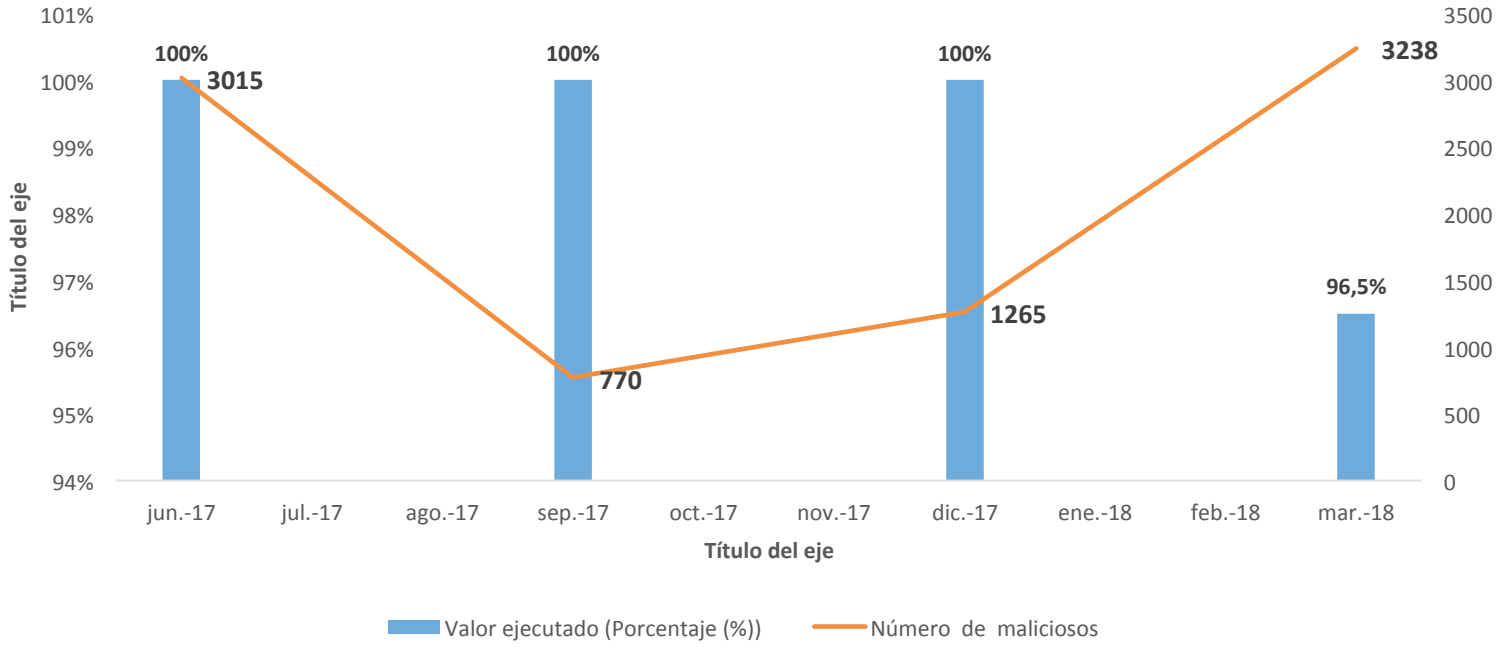
El porcentaje corresponde a que el sistema de misión critica este disponible 7x24

Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

2017	2018
100%	96,5%

Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos



Se realizó un ajuste en el 2018 con el fin tener una mejor medición de acciones con el ajuste de las políticas del antivirus y cumplir con el porcentaje sea superior al 93%

{Número de acciones efectivas realizadas}

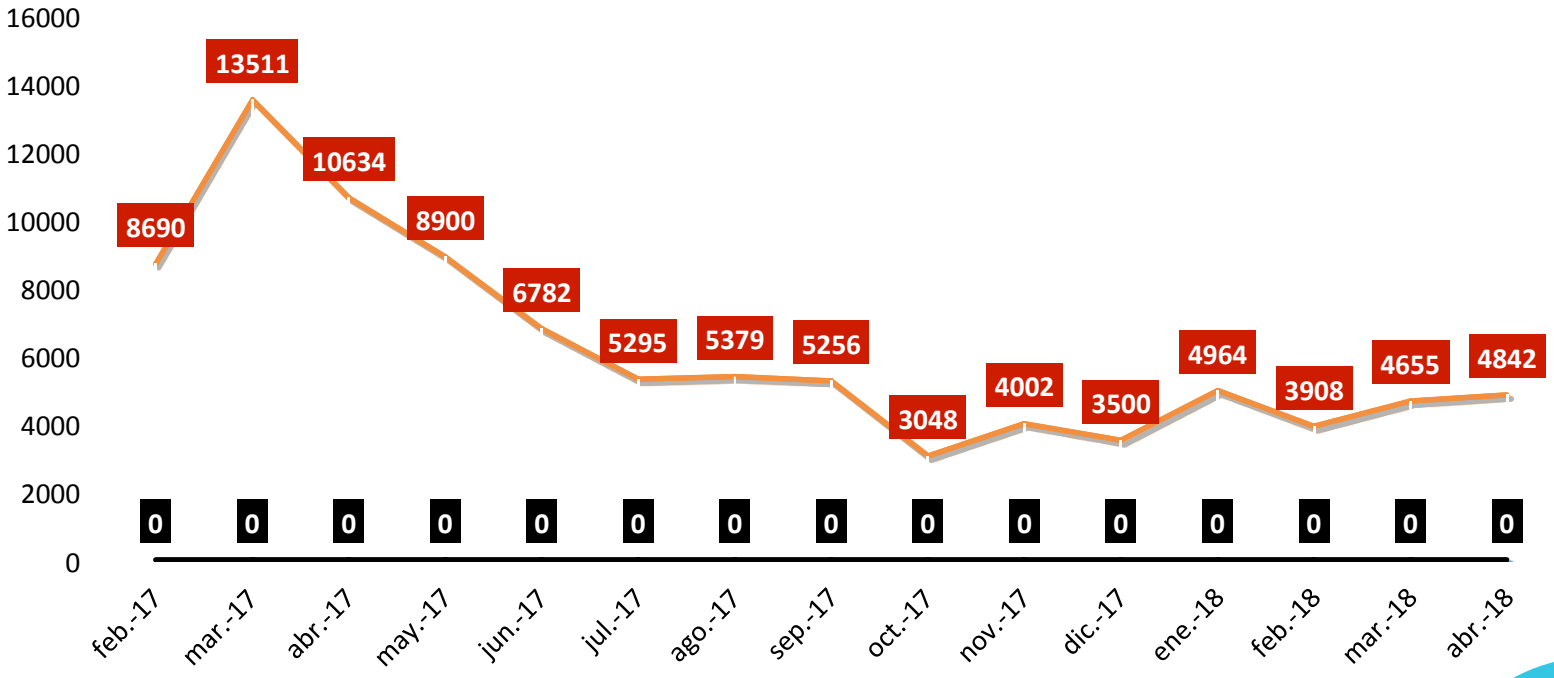
{Total de acciones necesarias para el tratamiento de programas maliciosos}

Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

2017	2018
100%	100%

Número de ataques prevenidos/detectados (FW, IPS, etc.)



- **Suma de efectivos:** Es el número de incidentes de seguridad que afectaron de algún modo el servicio.
- **Suma de Detectados**: Es la suma de intentos de acceder a la red del INC de manera ilegal por parte de agentes internos o externos, obtenidos por el sistema de detección de intrusos (IDS).
- **Suma de Contenidos**: Es el total de Ataques contenidos y bloqueados por el sistema de prevención de intrusos (IPS).

0%
impacto gestión institucional

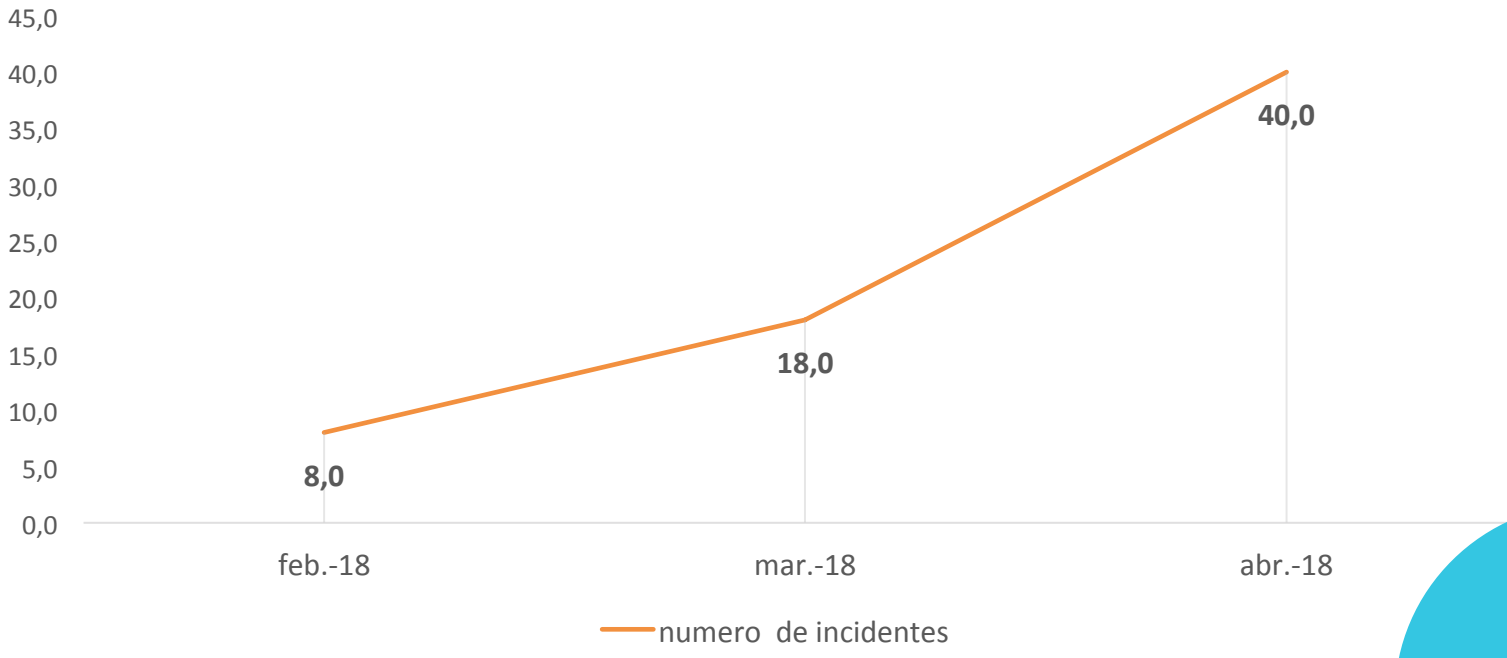
Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

2018

Nuevo

Porcentaje de eventos e incidentes solucionados antes de una hora relacionados con la seguridad de la información



Se creo este indicador para medir los incidentes (malware y spam) de seguridad presentados mensualmente y que se gestionen en menos de una hora

100%

De incidentes se solucionan

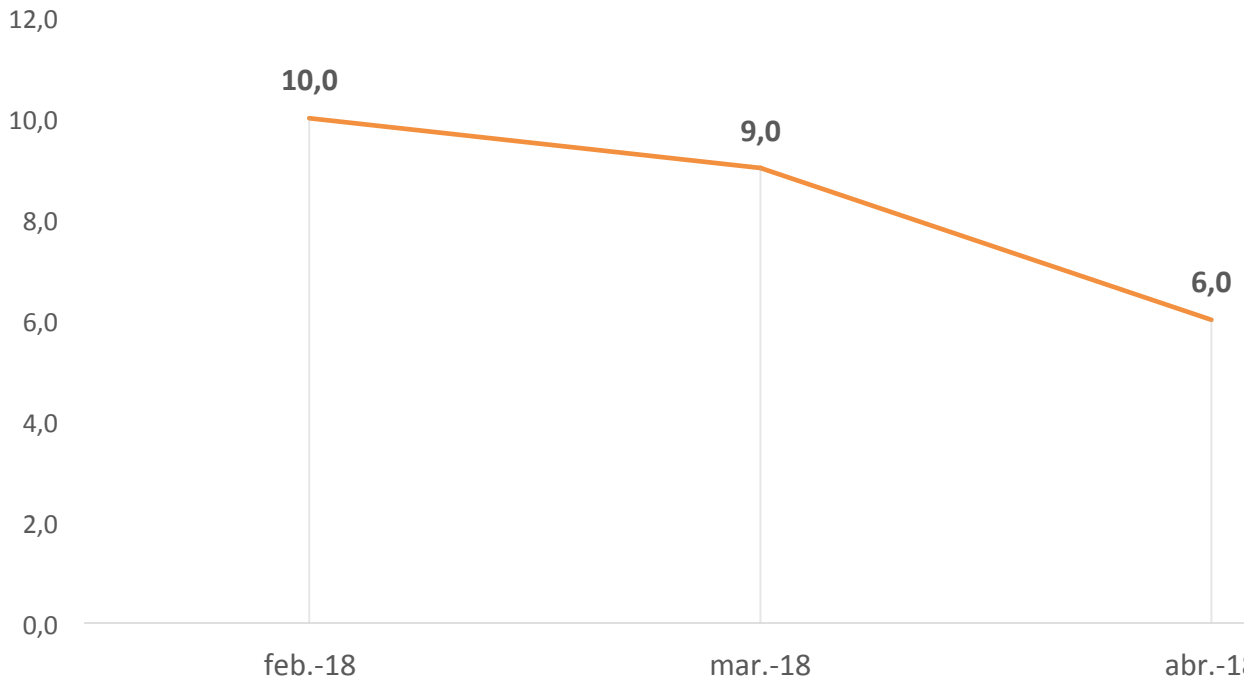
Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

2018

Nuevo

Porcentaje de actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo



Se creo este indicador para medir que la actualizaciones se apliquen en el mismo mes que salen.

100%

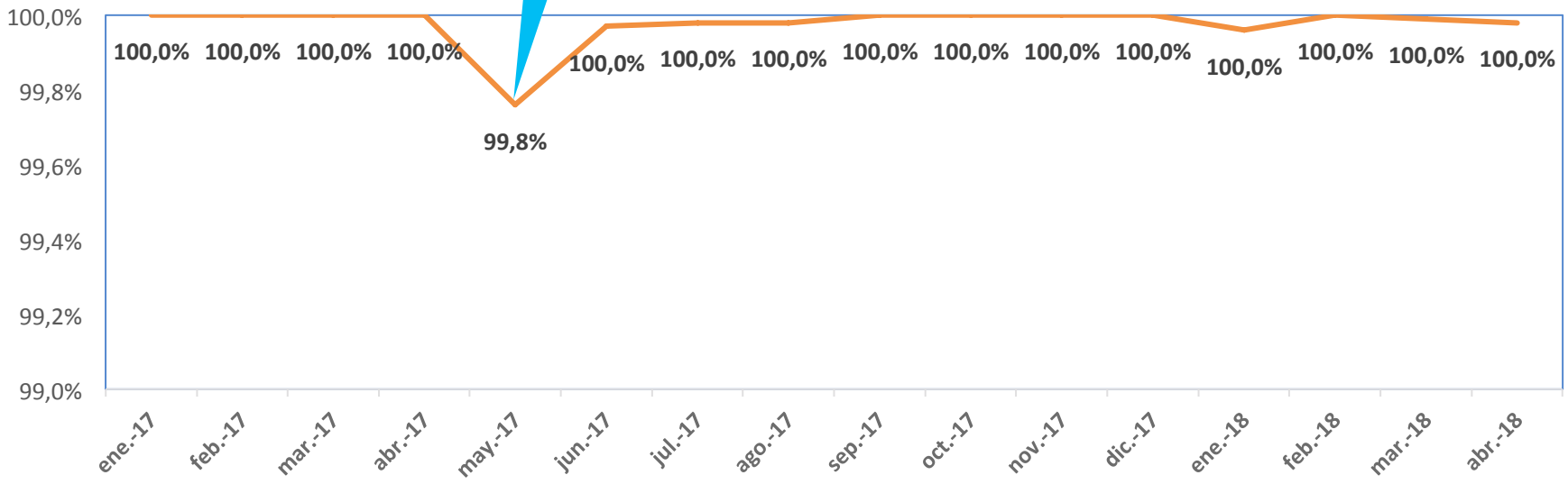
Servicio

Ayudamos a los demás.

2017	2018
99.97%	99.98%

Disponibilidad de los sistemas de información (7x24)

Inconveniente con la red wifi.
Usuarios afectados 370 clientes aproximados, 102 minutos indisponibilidad de la red cumpliendo con un 99.76% de disponibilidad de la red.



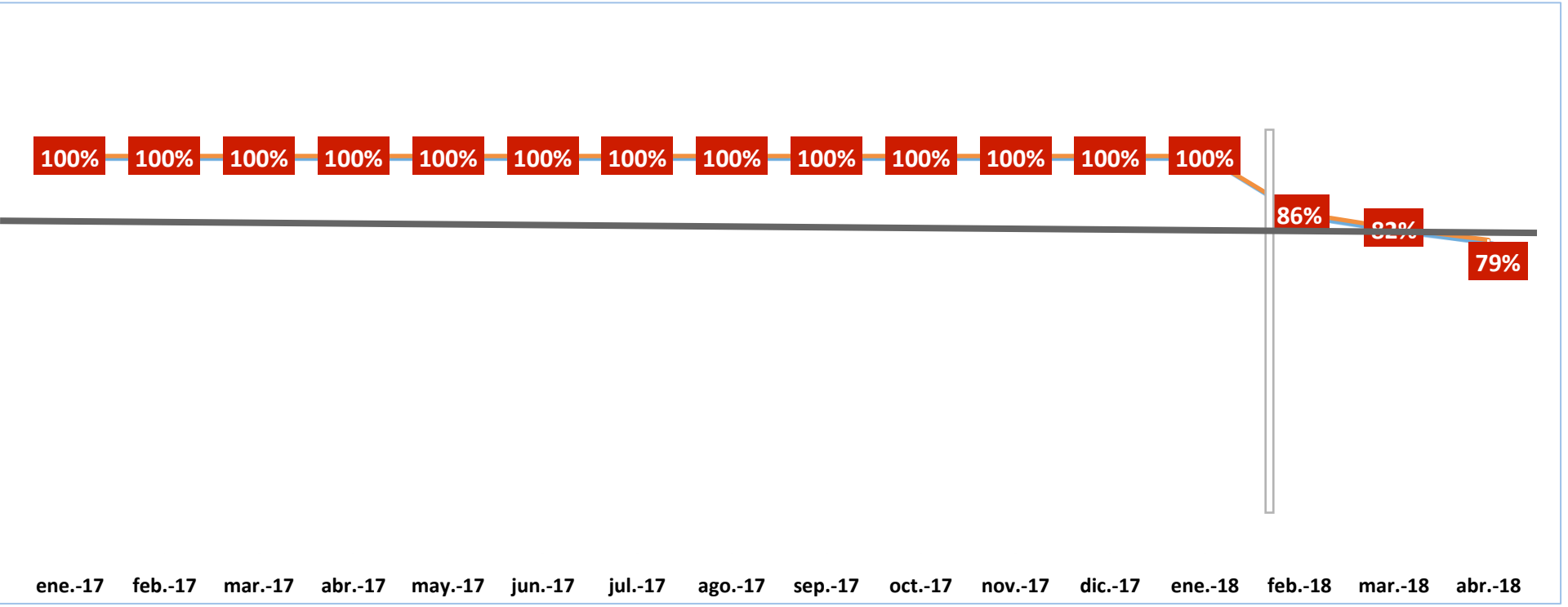
Este indicador corresponde a las interrupciones por servicios de Internet, red de datos y correo electrónico que presentan el mes y el cumplimiento debe estar por encima del 98%

Servicio

Ayudamos a los demás.

2017	2018
100%	82%

Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda



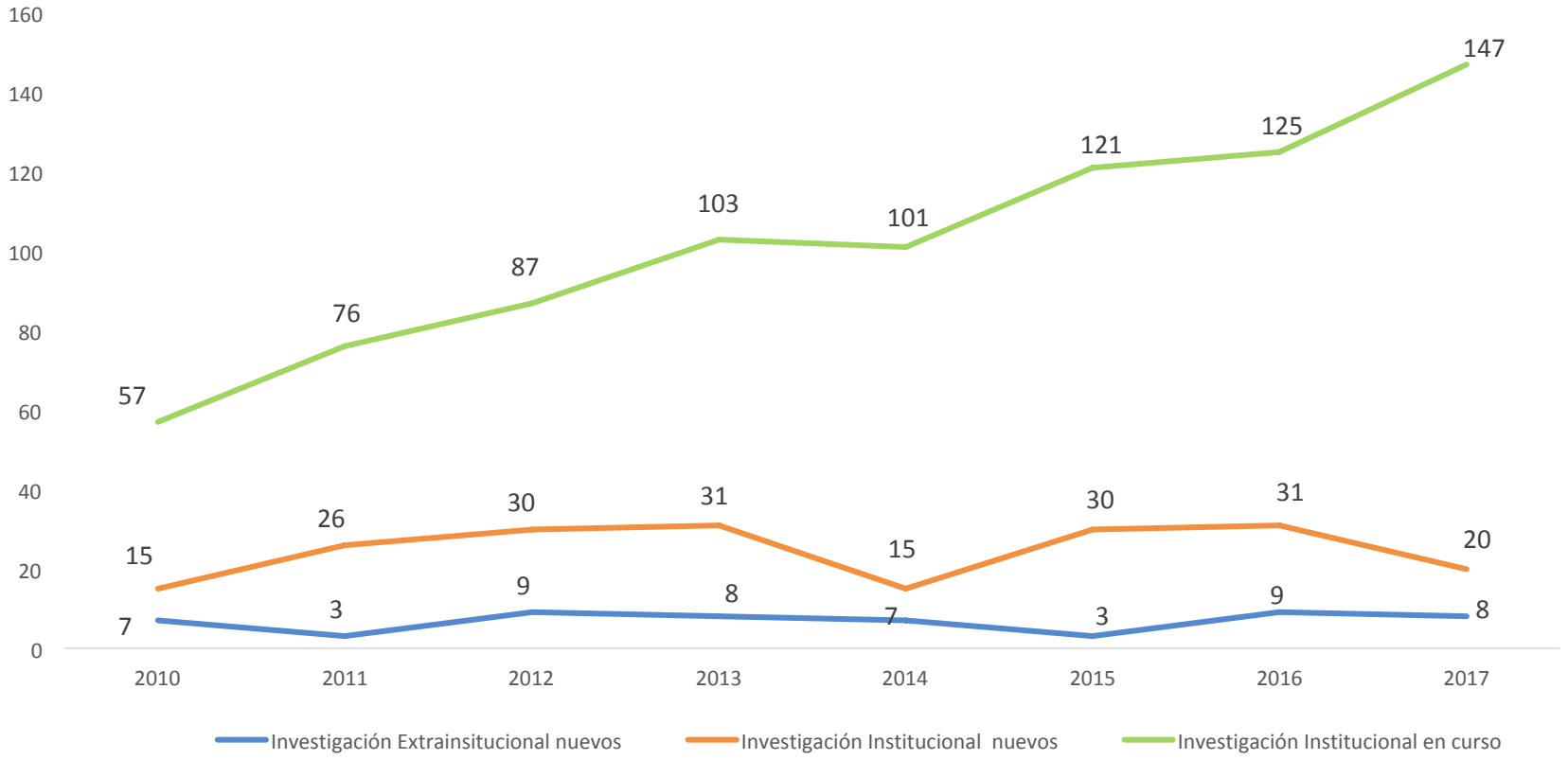
A partir del mes **febrero de 2018** se cambio el indicador con el fin de medir el Número de requerimiento e incidentes solucionados antes de los 60 minutos y con una meta del mayor al **80%**

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

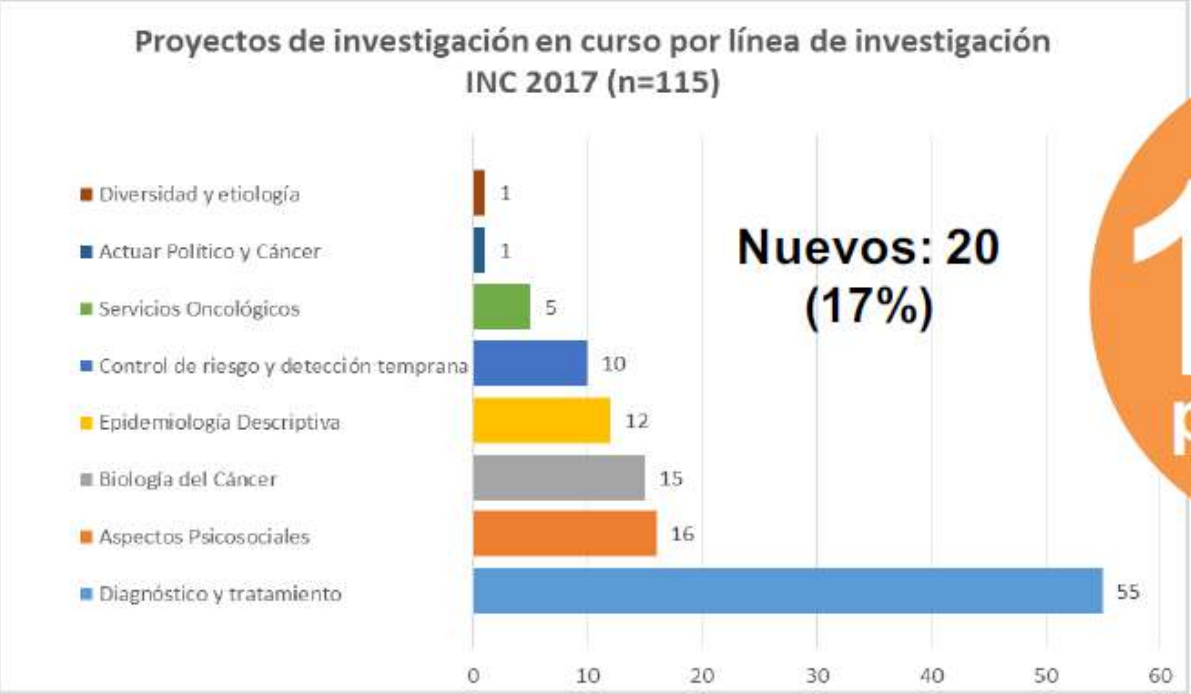
2016	2017
165	147

Proyectos de investigación nuevos y en curso



Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.



147 proyectos

Estudios Extrainstitucionales 2017			
Tipo Proyecto	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 (25%)	24 (75%)	32

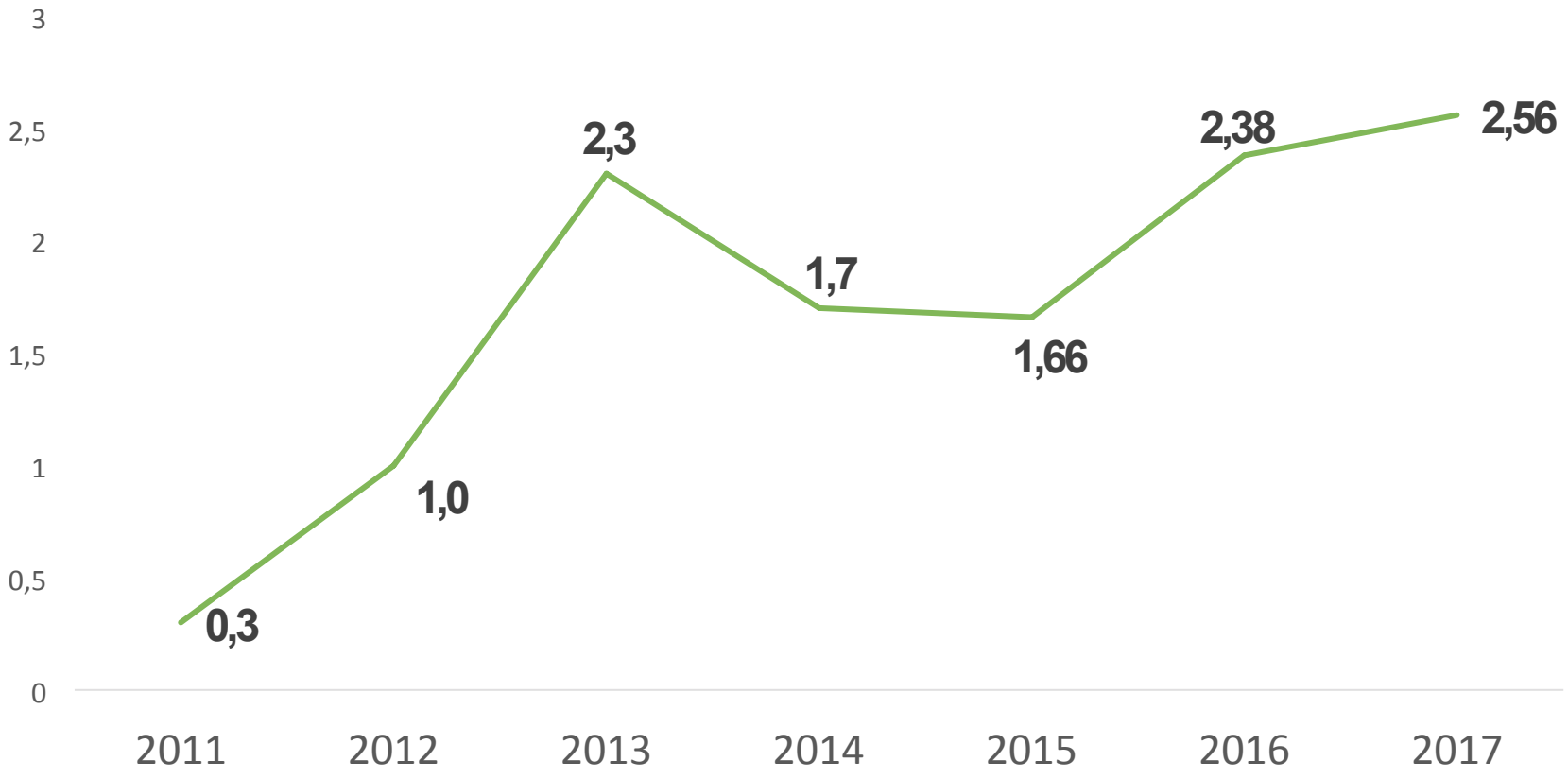
Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Factor de impacto en integración de conocimiento

Anual - Índice

2016	2017
2,38	2,55



Orientación a resultados

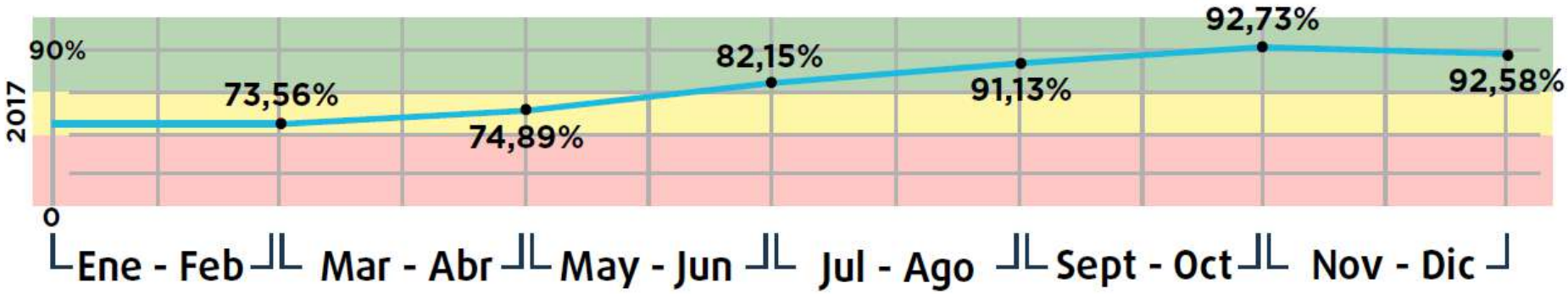
Medimos nuestros logros.

2016	2017
74,67%	84,5%

Procesos misionales - tratamiento

Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)

Bimensual - Porcentaje (%)



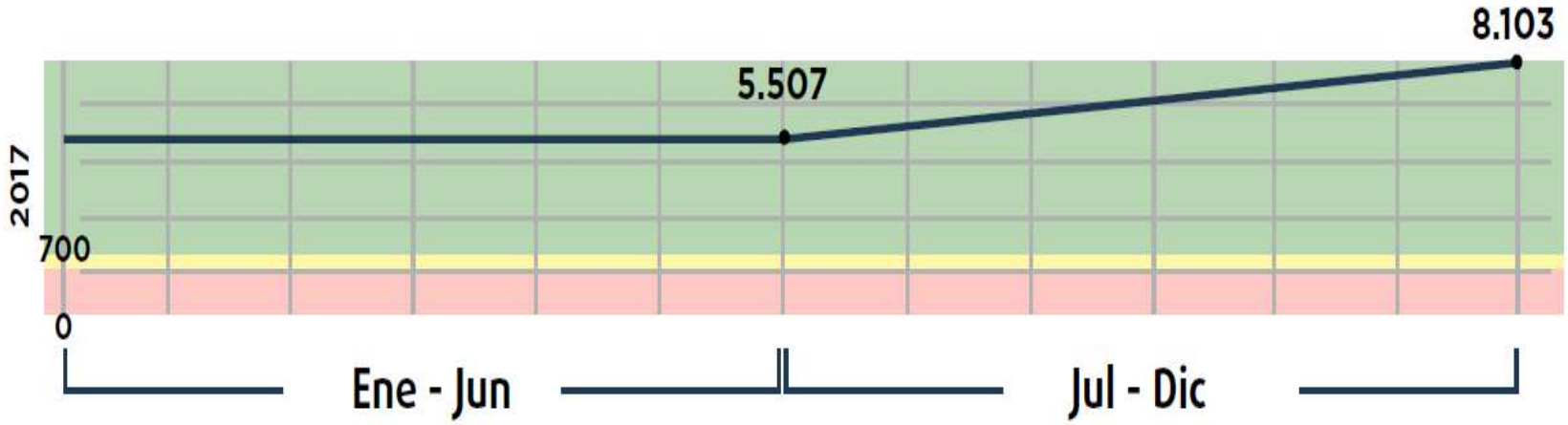
Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Proceso estratégico

2016	2017
5.114	8.103

Número de seguidores nuevos en redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter)



Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Gestión del Conocimiento

Publicaciones científicas

Enero - Marzo 2017	Abril - Junio 2017	Julio - Septiembre 2017	Octubre- diciembre 2017
Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-1-S0123901517X00024	Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-2-S0123901517X00036	Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-3-S0123901517X00048	Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-sumario-vol-21-num-4-S012390151 8X0002X

La revista fue consultada entre enero a noviembre del 2017 en el portal de www.elsevier.es: 40.050 veces y en el portal de Science Direct: 43.190 veces.

Análisis de Situación de cáncer

Registros Poblacionales.
Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia.
Observatorio epidemiológico del Cáncer

Modelo para el control del cáncer, 2006.

Sistema de Información de cáncer en Colombia

En agosto de 2017, se realizó el lanzamiento oficial de la página web

infocancer.co

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Gestión de la comunicación

Estrategia vida y cáncer

En televisión

Cada 15 días
Domingos **1:00 p.m.**

Canal Trece

En radio

Todos los miércoles
12:00 m.

RCN Radio Red 970 AM

En el INC

Más de **3600 videoclips al año**

Salas de espera

Página web

www.cancer.gov.co

Redes sociales

El INC está en Youtube, Facebook, Twitter e Instagram y se encuentra como **INCancerología**

¡Síguenos!

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Gestión de la comunicación

Boletín virtual

76
Ediciones
2013-2018

Infografías Educativas

INCforma TV

Canal interno
desde febrero de 2017

$840
Ahorro en prensa
2017-2018

Más de 772 impactos en medios masivos (televisión, radio, prensa escrita, internet)

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Gestión de la comunicación

TOMAS DE EXAMEN	May 17 - 11:44

Tiempo Promedio de Atención : 3 MIN

POR FAVOR ESTE ATENTO A SU TURNO

Turno	Taquilla
FA-124	ECO 2
FA-127	RADIOLOGIA
FA-135	ECO 2
FA-149	RADIOLOGIA
FA-146	RADIOLOGIA
FA-153	T A C
PF-161	ECO 1
PF-156	ECO 2

Orientación a resultados
Medimos nuestros logros.

Gestión de la comunicación

Temas de discusión y análisis con nuestros usuarios 2016-2017

- ✓ Causas de ausentismo de pacientes.
- ✓ Mejoramiento de condiciones de servicios.
- ✓ Énfasis en Derechos y Deberes.
- ✓ Proyecto piloto Neps-s,INC, tramites autorizados, citas y cancelación.
- ✓ La ruta del paciente.
- ✓ Programa de Albergues.
- ✓ Punto de información y señalización para usuarios.
- ✓ Indicadores de inasistencia.
- ✓ Inducción y reinducción de usuarios.
- ✓ Programa de educación del INC.
- ✓ Presentación del centro de educación para el paciente y su familia.
- ✓ Programa de pacientes sobrevivientes de cáncer.
- ✓ Presentación plataforma MIPRES.
- ✓ Información proceso de solicitud de citas medicas.
- ✓ Programa de navegadoras.
- ✓ Nuevo proceso de ingreso al INC.
- ✓ Participación en el comité de ética hospitalaria

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Gestión de archivo y correspondencia

PINAR

Plan Institucional de archivos

SIC

Sistema Integrado de Conservación (documental y digital)

IA

Actualización e implementación de Instrumentos archivísticos

Retos:

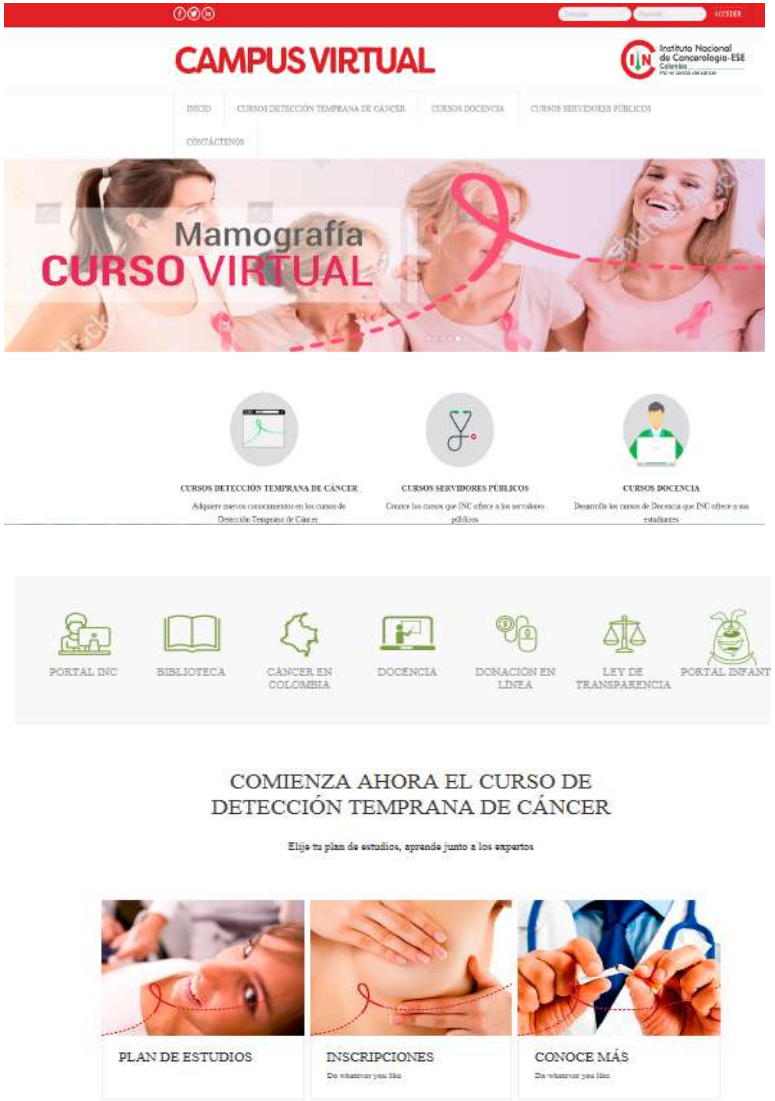
- Estabilidad del archivo historias laborales (Open File)
- Mantener actualizados los inventarios documentales gestión
- Implementar modelo de descripción archivística para alinear los expedientes físicos y electrónicos a lineamientos del SGDEA (Sistema de Gestión Documental Electrónica de Archivos) en SIAPINC, SAP y otras plataformas.
- Implementar el programa de gestión de documentos electrónicos y formas y formularios electrónicos, metadatos de series misionales, vitales y esenciales con énfasis y prioridad en la HC y otras series misionales a partir del LMDR

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Otros Logros

- Plan de Producción y ventas
- Indicadores Acreditación
- Implementación de los equipos primarios de mejoramiento
- Plataforma cursos virtuales



Orientación a resultados
Medimos nuestros logros.

Gestión de los recursos

Millones $

	2016	2017	2018
Funcionamiento	$13.000	$14.000	$15.500
Inversión	$1.420	$1.700	$1.053
	$14.420	$15.700	$16.553

6% del presupuesto INC

Gestión de la mejora

Inicial

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Encuestas de satisfacción 1. Modificación de los criterios de medición de la efectividad de las encuestas	Asesoría de Calidad	**0%**	No hay avances
2. Evaluar y proponer modificación de los criterios de medición de la efectividad de las estrategias de comunicación del cliente interno.	Asesoría de Comunicaciones	**0%**	No hay avances
Plan de gerencia de la información 3. Ajustar el plan de gerencia de la información V2,de acuerdo a la metodología de arquitectura empresarial (Mintic)	Grupo Sistemas	**0%**	No hay avances
Gestión de la información 4. Indicadores automatizados en los tableros de BI	Grupo Análisis de Datos	**0%**	Depende puesta en marcha del proyecto

Gestión de la mejora

Inicial

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Protección de datos			
5. Revisar el alcance de la aplicación de protección de datos personales en el INC	Gestión Documental y Correspondencia	**0%**	No hay avances
6. Definir acciones para cumplir la estrategia de protección de datos en el INC	Asesoría de Comunicaciones	**0%**	No hay avances

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
7. Inventario de las encuestas institucionales, revisar criterios que miden la **efectividad de la información**	Asesoría de Calidad	50%	Inventario Pendiente análisis y propuesta
Plan de gerencia de la información			
8. Medir el plan de acción de gerencia de la información	Oficina de planeación	80%	Pendiente presentación en comité gerencia de la información
Gestión de la información			
9. Implementar proyecto BI (puesta en marcha)	Grupo Análisis de Datos	9%	• Descubrimiento 91% • Planeación 70% • Ejecución 3% • Despliegue 0%
10. Participar y acompañar mínimo 2 EPM asistencial , para análisis de indicadores	Grupo Análisis de Datos	10%	10 acompañamientos EPM asistencial, pendiente cargar análisis en SIAPINC
11. Alinear indicadores SIAPINC con el TUCI (ICONTEC)	Oficina de planeación	50%	
12. Consolidar y entregar Tablero unificado de control indicadores (TUCI)			

Gestión de la mejora

Avanzado

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Gestión de la información			
13. Generar reporte de producción vs facturación por SAP	Oficina de planeación	100%	
14. Incluir en la lista de chequeo de auditoría de historia clínica, la verificación de acrónimos.	Asesoría de Calidad	100%	

Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

Retos

- 18% avance Patología
- 9% avance Proyecto
- BI (Inteligencia de negocios)
- 39% avance proyecto costos
- Arquitectura Empresarial(TI)
- Publicación incidencia, mortalidad y prevalencia 2012-2016

Incluir nuevos indicadores para la gestión de la información:

Oportunidad del registro de la muerte institucional

- Disponibilidad de la información del REGINST
- Número de usuarios INFOCANCER
- Oportunidad en las respuestas a las solicitudes en INFOCANCER
- Resolutividad de las peticiones quejas y reclamos

9. Mejoramiento de la calidad

CHIGÜIRO

Diana Martínez

Monica Pinto

Claudia Camargo

Eliana Viasus

Yeimy Guzmán

Patricia Ángel

Julian Burbano

Adriana Hernández

Diana Cardenas

Yolanda Rueda

Jimmy Reyes

Liliana Díaz Rodríguez

Líder:
Asesor de Calidad

Secretaria:
Victoria Jímenez

Mejoramiento

2017

Estándar		2014	2015	2016	Inicial 0,0 - 1,9	Satisfactorio 2,0 - 3,4	Avanzado 3,5 - 5,0
154	Proceso de mejoramiento	2,8	2,3	2,0		2,8	
155	Oportunidades de mejoramiento	2,8	2,3	2,2		2,7	
156	Monitorización de la calidad	2,6	2,0	2,3		2,8	
157	Resultados comunicados	2,2	1,1	1,6		2,4	
158	Los resultados se mantienen y son asegurados	2,4	2,0	1,3		2,5	
	Total	2,56	1,94	1,88			

Calificación final del grupo

2,64

Para lograr el objetivo nos falta **0,86**

Lo que indican los indicadores

Indicadores
PAMEC, 2017

COMPONENTE	CALIDAD ESPERADA	CALIDAD OBSERVADA	CUMPLIMIENTO
Acreditación	Obtener en la séptima autoevaluación 2,93	2,94	100%
Riesgos	Matriz de riesgos Institucional	Matriz de riesgos Institucional	100%
Comités	Cumplimiento de periodicidad de reuniones 100%	Cumplimiento de periodicidad de reuniones 87%	87%
Auditoría interna	Ejecución del programa de auditorías internas	Ejecución del programa de auditorías internas	100%
Otras auditorias	Adherencia a Guías 80%	83%	83%
	Historia Clínica 80%	78%	2. 78%

Indicadores

Despliegue en Acreditación

COMPONENTE	2016	2017	Cobertura
Despliegue secundario	1106 Colaboradores	1184 colaboradores	61,7 %
Feria de Acreditación	1114 Colaboradores	1101 Colaboradores	57,4%
Equipos Primarios de Mejoramiento	No aplica	31% (2017) 25% (2018)	20 Equipos primarios (Cinco meses 2017) 20 Equipos primarios (seis meses 2018)

Gestión de la mejora

Satisfactorio

Acción de mejora	Responsable	% de avance	Avance
Socializar el procedimiento de mejoramiento GSI-P11 junto con la metodología de análisis y registro en el aplicativo	Asesor de Calidad	**10%**	Agendamiento con el grupo de OYM para actualización del procedimiento
Consolidar el plan Único de Mejoramiento por Procesos de planes de mejora registrados en el SIAPINC4. (en tabla de Excel con información de SIAPINC)	Asesor de Calidad	**80%**	Tercera fase asociar al proceso
Divulgar estratégicamente los resultados del mejoramiento Institucional	Asesor de Calidad	**50%**	Plan de acciones comunicativas de acreditación 2018

Logros

- Certificación Norma ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de Calidad
- Sedimentación de la cultura de la calidad.
- Restructuración del PAMEC 2017-2018 en su alcance:
  - ❖Acreditación
  - ❖Riesgos
  - ❖Comités
  - ❖Auditoría interna
  - ❖Auditorias en salud (historias clínicas, adherencia a GPC).
- Creación del Plan Único de Mejoramiento (PUM) de acuerdo a la actualización del nuevo mapa de procesos.
- Actualización mapa de riesgos Institucional.

Logros

- Programa seguridad del paciente.
- Programa de humanización.
- Grupo de autoevaluación interdisciplinario
- Participación y liderazgo en la Feria de Acreditación (ponencias, stand).
- Colaboración en la elaboración de contenidos y entrega de agenda institucional.
- Articulación con entidades nacionales de nivel educativo y salud.
- Despliegue mediático que se desarrolló como parte de la estrategia de comunicación para dar a conocer el nuevo servicio de cirugía robótica que implementaba el INC

Mejorar
para
crecer
Gracias