

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 1 de 162	

INFORME DE GESTIÓN 2019



Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 2 de 162			



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE**
Colombia

Por el control del cáncer

Misión

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

Visión

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

Principios

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

Valores

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 3 de 162	

INTRODUCCIÓN

GESTION DE LA CALIDAD

El INC se encuentra comprometido y con la responsabilidad de brindar al paciente, familia y comunidad en general servicios de salud con seguridad y con enfoque de excelencia en la calidad, para ello cuenta con un talento humano profesional y comprometido en la prestación de servicios con vocación en la humanización eje fundamental en la calidad de la atención en salud siendo esta eficiente eficaz y segura.

El Sistema de seguridad social en salud comprende 4 componentes que le dan el sustento de calidad al sistema de cada una de las Instituciones que intervienen en la prestación de servicios de salud en Colombia, uno de los componentes es el sistema único de habilitación SUH del cual parte el proceso de prestación de servicios de salud con calidad es el primer peldaño en el ciclo de la excelencia de los servicios de salud estableciendo normas y requisitos básicos de cumplimiento indispensables para entrar y permanecer en el sistema de salud.

Otro de los componentes del sistema que aporta un valor importante en la búsqueda de la excelencia en la prestación de los servicios de salud es el Programa de Auditoría Interna para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC el cual parte de realizar seguimiento para garantizar que los estándares de calidad se mantengan y mejoren de forma permanente a través del tiempo.

La Acreditación como componente que aporta el eje de mejoramiento continuo de calidad a la excelencia es un proceso voluntario el cual evalúa que los procesos institucionales sean auditados transversalmente en sus diferentes estándares desde la óptica asistencial como la óptica administrativa, siendo estos procesos complejos y completos que permiten detectar fortalezas y oportunidades llevando a la institución a un mejoramiento hacia la excelencia.

El INC desarrolla cada uno de estos componentes en busca de una mejor calidad en la prestación de los servicios a pacientes a nivel nacional con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en su misión “el control integral de cáncer” con la visión de “reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer” a nivel nacional, llegando a cada una de las regiones más dispersas del territorio colombiano.

El Instituto se compone de catorce (14) procesos, cuatro (4) misionales, de los cuales el proceso de Diagnóstico y Estadificación, Unidades Funcionales de Tratamiento, Gestión de Apoyo Clínico y Docencia, pertenecen a la Subdirección de Atención Médica y Docencia; con ocho (8) grupos áreas y treinta y siete (37) grupos; dos (2) procesos Investigación y Salud Pública forman parte de la Subdirección de Investigaciones y siete (7) procesos Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Gestión Hotelera y Ambiental, Gestión de Archivo y Documental, Gestión del Gasto, Gestión Contable, Gestión Comercial y del Ingreso, Gestión de la Tecnología, son de la Subdirección Administrativa y Financiera.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 4 de 162			

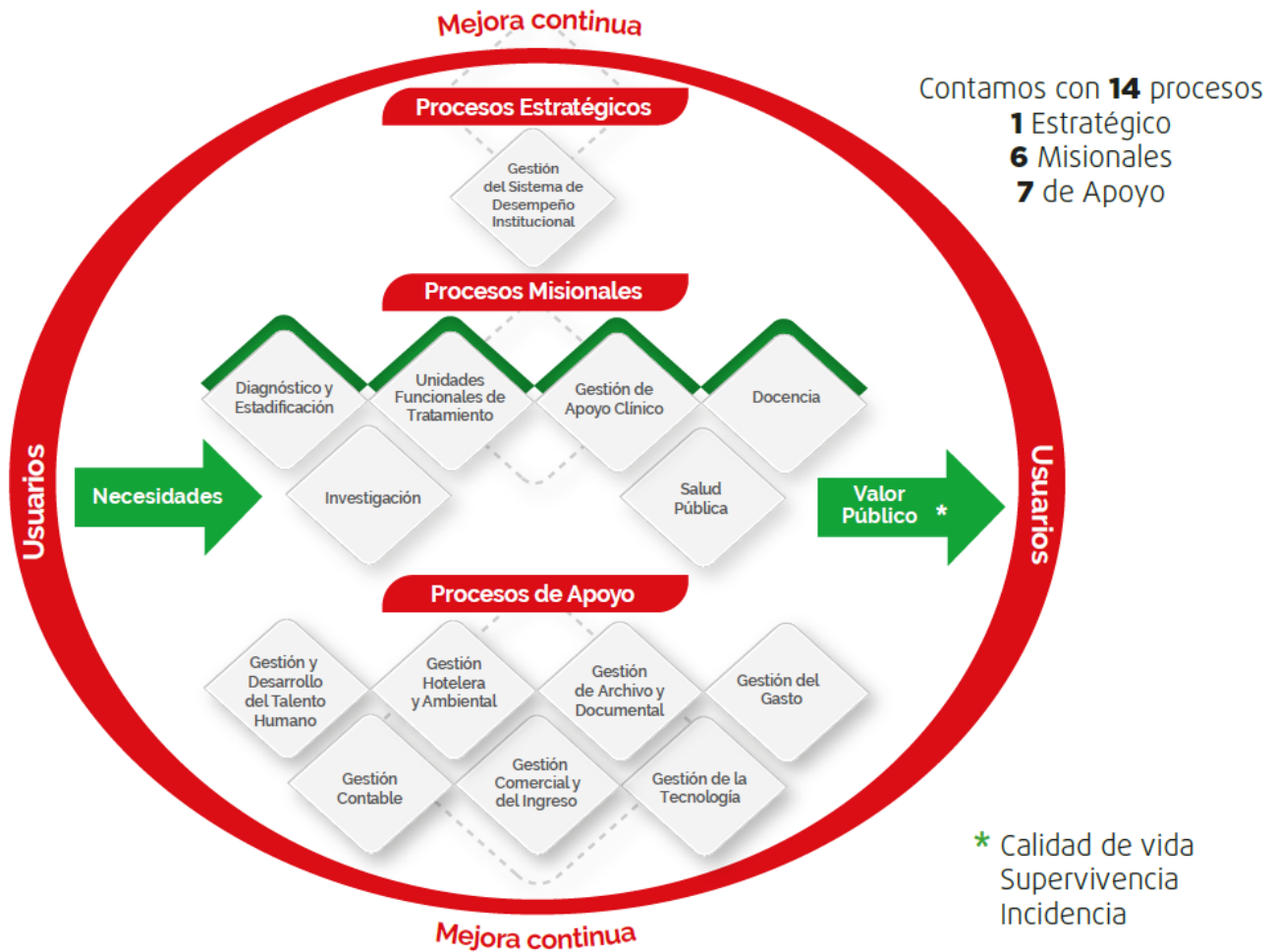


Figura 1. Mapa de procesos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 5 de 162	

1. ATENCION AL PACIENTE

1.1 TRABAJO SOCIAL

Logros obtenidos se destacan:

- Disponibilidad de Trabajadoras Sociales los días de semana de 4pm a 7 am, y los fines de semana. Atendiendo los llamados de acuerdo a las necesidades. El cronograma está a disposición en GAICA y Enfermería.
- Se logró establecer el Instructivo para plena Identificación pacientes Nacionales y Migrantes Hospitalizados y fallecidos.
- Acompañamiento a pacientes Albergues (Responsabilidad Social)

Para el año 2019 se remitieron 1281 pacientes para el beneficio de Albergues de paso tanto niños como adultos y 2162 ayudas por parte de las funciones para Transporte, Alimentación, Pago de consultas y exámenes entre otros.

- Análisis de PQRSD presentadas en el 2019 con base en los principales motivos.

Para el periodo 2019 se presentaron 630 requerimientos los de los cuales **307** corresponden a Quejas y los principales motivos son:

- Trato y Amabilidad 124 requerimientos
- Demora en la atención 110 requerimientos
- Hotelería 25 requerimientos
- Información 31 requerimientos
- Oportunidad 2 requerimientos
- Medicamentos 2 requerimientos
- Cancelación de citas 4 requerimientos
- Comercial 1 requerimiento
- Perdida 1 requerimiento
- Mecanismos de atención prioritaria para personas con Derechos atención preferencial.
- Se cuenta con ventanilla para citas personalizadas para pacientes en condición de Discapacidad, madres gestantes, adulto mayor y menor de edad. Para el 2019 se asignaron 12.688 citas en esta ventanilla.
- Asociaciones de Usuarios vigentes y trabajo en equipo INC 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 6 de 162	

Tabla 1. Asociaciones de usuarios

ASOCIACION DE USUARIOS REPRESENTANTES			
ASOCIACION	REPRESENTANTE	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
CORPUINC	ORFILIA RODRIGUEZ	3125627222	usuarioscorpuinc@gmail.com usuarioscorpuinc@hotmail.com
ASUFINC	ROSA TINICO	3106731513	cristinatinoco@hotmail.com
ASUINC	MIRIAM PEREZ	3115260638	asuinc@hotmail.com

Para el año 2019 se realizó un trabajo conjunto y permanente a través de 6 reuniones con las Asociaciones con la Subdirección Medica y Coordinación de Trabajo Social y con la participación en los comités de Ética Hospitalaria.

1.2 UNIDADES FUNCIONALES QUIRURGICAS

1.2.1 Logros

- Se logró consolidar el Equipo Primario de Mejoramiento (EPM), como estrategia de participación de cada uno de los grupos quirúrgicos, en el seguimiento a la gestión.
- Se ha logrado mejorar el análisis y cargue de cada uno de los indicadores correspondientes a cada Área de la unidad funcional quirúrgica.
- Cada unidad funcional ha mejorado en el uso de la herramienta SIAPINC.
- Manejo de herramienta SIAI
- Mejora en la oportunidad de cada especialidad

1.2.2 Retos

Cumplimiento compromisos POA

- Seguimiento mensual a través del comité primario del proceso con los coordinadores de grupo
- Socialización de indicadores
- Presentación de actas realizadas en las reuniones internas de cada grupo
- Manejo herramienta SIAI
- Cargue de indicadores en tiempos establecidos

1.2.3 Dificultades

- Se han presentado dificultades con la información reflejada en los indicadores de cada grupo, puesto que no es verídica con la información reflejada en el sistema SAP.
- Se ha presentado inconvenientes en los valores presentados de la aplicación SIAI.
- Registro de indicadores.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 7 de 162	

1.3 UNIDAD FUNCIONAL DE SENO Y TEJIDOS BLANDOS

1.3.1 Logros

- Elaboración, divulgación y aplicación en las actividades de la consulta de los protocolos de atención de pacientes en consulta de acuerdo con la patología (cáncer de mama, melanoma, sarcomas y carcinoma escamocelular), consulta de primera vez, consulta de control y juntas, estadificación clínica de dichas patologías, estandarización de consentimientos informados de acuerdo al procedimiento y listado de códigos de diagnósticos y paquetes de cirugía de cada patología. Dichos protocolos se encuentran en un archivo en todos los computadores del servicio. Deben ser leídos y puestos en práctica por los residentes y fellows
- Socialización de las guías de práctica clínica de las principales patologías (cáncer de mama, melanoma y sarcomas) a través de la revisión y resumen de las principales recomendaciones de las guías más relevantes a los profesores y especialistas en entrenamiento.
- Estandarización de informes y avances de los trabajos de investigación el último jueves de cada mes por parte de los fellows, con lo cual se logró un mayor compromiso de los profesores y estudiantes en el proceso de investigación del servicio
- Tres publicaciones científicas en revistas internacionales de trabajos del servicio (The Oncologist y Curious) y 2 publicaciones en revistas nacionales (INC y revista colombiana de cirugía)
- Desarrollo de 3 trabajos de investigación en curso con la información de la base de datos de cáncer de mama de la Unidad Funcional.
- Reuniones de consenso bimestrales con el servicio de oncología clínica sobre temas controversiales en el manejo de la patología oncológica en los siguientes temas:
- tratamiento del cáncer de mama luminal metastásico, quimio/radios neoadyuvantes en sarcomas de extremidades y retroperitoneo, omisión de linfadenectomía en pacientes con diagnóstico de melanoma y centinela positivo, etc.
- Se realizaron los protocolos para cirugía de alta complejidad para salvamento de extremidades, cirugía de Sugarbaker y resección de sarcomas retroperitoneales que incluyo para cada procedimiento introducción sobre el procedimiento y patología oncológica, base de datos, requisitos, ruta de atención de pacientes, elaboración de paquetes de cirugía, cuadro de solicitud de paraclínicos para cada patología y costos de cada paquete, etc.
- Invitación de 5 profesores de renombre internacional (Dra. Kelly Hunt, Dr. Clifford Hudis, Dra. Abigail Caudle, Dr. Merrick Ross y Dr. Antoni Rivas) y organización del programa de la jornada del congreso de los 85 años del INC correspondiente a mama y tejidos blandos, la cual tuvo una asistencia muy importante de especialistas y exalumnos de todo el país.

1.3.2 Premios y certificaciones:

- Tercer puesto en poster en el Congreso Nacional de Mastología por el trabajo publicado en The Oncologist sobre la respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado y su relación con la biología tumoral.
- Segundo puesto en presentación de trabajos de investigación en la FUCS con el artículo ya mencionado publicado en The Oncologist

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 8 de 162	

- Presentación en el Congreso Nacional de Mastología, Cartagena Nov 2019 de la cohorte de pacientes con cáncer de mama localmente avanzado y la respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante.

1.3.3 Resultados y Avances

- Mejoría notable del indicador de diligenciamiento y calidad de la historia clínica del 80% al 94 y 100%, debido a la aplicación de los protocolos de la consulta
- Mejor información en la historia clínica y estatificación clínica gracias a las herramientas creadas.
- Cambios en conductas clínicas en el tratamiento del cáncer de mama metastasico, tratamiento sistémico en melanoma estadio III y IV.
- Mayor eficiencia en la elaboración y avances de los trabajos de investigación por parte de los fellows
- Publicaciones científicas de trabajos del servicio.
- Reuniones mensuales, actas firmadas y enviadas de los equipos primarios de mejoramiento (EPM) desde marzo 2019.
- En el acta mensual se anexa el informe mensual de pacientes atendidos en consulta y cirugía, que para el año 2019 sumaron lo siguiente:

Consulta de primera vez: 1.336

Consulta de control, POP e interconsultas:8.917

Consultas bidisciplinarias de la Unidad Funcional:321

Juntas multidisciplinarias:229

Total pacientes operados:812

1.3.4 Responsabilidad social:

- Actualización curso virtual sobre detección temprana para cáncer de mama
- Se dictaron 5 cursos presenciales sobre detección temprana para cáncer de mama, 4 en Bogotá y 1 en Cali dirigidos a médicos generales ginecólogos, familiares y enfermeras.
- Organización y manejo del debate académico sobre proyecto de ley de cáncer de mama, llevado a cabo en el auditorio del INC 9 de diciembre 2019 con la participación de todas las asociaciones científicas y elaboración de documento resumen con la posición acerca del proyecto el cual fue firmado por todas las sociedades involucradas en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

1.3.5 Retos:

- 1.Estandarizar el programa de cirugía de alta complejidad
- Tener una enfermera gestora para el programa de cirugías de alta complejidad y lograr llevar una base de datos como la de cáncer de mama para las patologías de melanoma, sarcomas y cirugía de peritoneo, lo cual incluye además el seguimiento adecuado de los pacientes con esta patología.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 9 de 162			

- Actualizar la guía de atención integral del ministerio.
- Asignación de un epidemiólogo para los trabajos de investigación del servicio

1.4 BANCO DE SANGRE

Lo más relevante del año 2019, fue la exención de la visita del INVIMA; la última realizada fue en el mes de mayo de 2018.

La autoinspección en Buenas prácticas donde se evidencia la necesidad de infraestructura que cumpla con la normatividad vigente, con la dificultad de que se había planeado una obra que no ayudaba mucho a resolver este problema y esta se aplazó hasta que se tenga un espacio adecuado para construir el Banco de sangre.

Oportunidad y suficiencia en la entrega de hemocomponentes en un 96% y muy bajo índice de RAT=0.06%.

1.5 SERVICIOS FARMACÉUTICOS

1.5.1 Logros

- Certificación de **BPE** por parte del INVIMA para centrales de mezclas oncológicas y no oncológicas del Instituto Nacional de Cancerología
- Artículo desarrollado: Monitorización de reacciones adversa a través de una carta de control estadístico en el instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Postulado para congreso ISOP 2019 (International Society of Pharmacovigilance) y publicación en revista de farmacovigilancia
- Consolidación y armonización de la alianza estratégica con Aliado operador Cruz verde.
- Desarrollo el protocolo de soporte nutricional en pacientes oncológicos, premiado en el reciente congreso ACNC. Y para el próximo semestre ejecutaremos la caracterización de los pacientes con síndrome de re-alimentación
- Auditoria exitosa para programa de farmacovigilancia con secretaria de salud
- Desarrollo de artículo: consumo de antibióticos de amplio espectro y resistencia bacteriana en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Desarrollo de la primera feria de servicios farmacéuticos ENFARMA 2019 (uso seguro de medicamentos y estrategias en el cuidado del paciente). Feria destacada para estándares de acreditación en salud
- Fortalecimiento del Comité de Farmacia y Terapéutica en la evaluación de medicamentos oncológicos.
- Mejora en el cargue de indicadores de forma oportuna de acuerdo con las fechas establecidas
- Consolidación del proceso de conciliación medicamentosa en Urgencias y establecimiento de indicadores y análisis del proceso
- Trabajo en equipo (enfermería, farmacia y biomédica), para desarrollo de programa de Tecnovigilancia, fortalecimiento de reporte, análisis e indicadores

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 10 de 162	

1.5.2 Dificultades

- Disponibilidad física (infraestructura y espacio) para garantizar area adecuada para desarrollo de actividades de docencia
- Inconvenientes en el mantenimiento oportuno en infraestructura y sistemas de apoyo de aire (sistema de aire Unidad manejador de aire en la central de mezclas).
- Oportunidad en la contratación de Químicos Farmacéuticos, Regentes y auxiliares de farmacia, por consecución de los mismos y aceptación de las ofertas salariales
- Actualización y mejora centrales de mezclas (requisito condicional solicitado por INVIMA)

1.5.3 Retos

- Feria ENFARMA 2020 Consolidación de los programas farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, así como inclusión de procesos de apoyo.
- Desarrollo de Boletín ENFARMA para comunicación de indicadores, alertas
- Evaluación del Impacto económico de las intervenciones desarrolladas por el consultorio farmacéutico del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia
- Desarrollo de una herramienta tecnológica para optimizar el proceso de atención en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria (telefarmacia)
- Obtener la habilitación y acreditación del INC
- Estructurar y participar en estudios de investigación propios del Servicio Farmacéutico con el fin de establecer tendencias de consumo de medicamentos y acciones para propender por el uso racional de los mismos

1.6 SOPORTE ONCOLOGICO

1.6.1 Logros

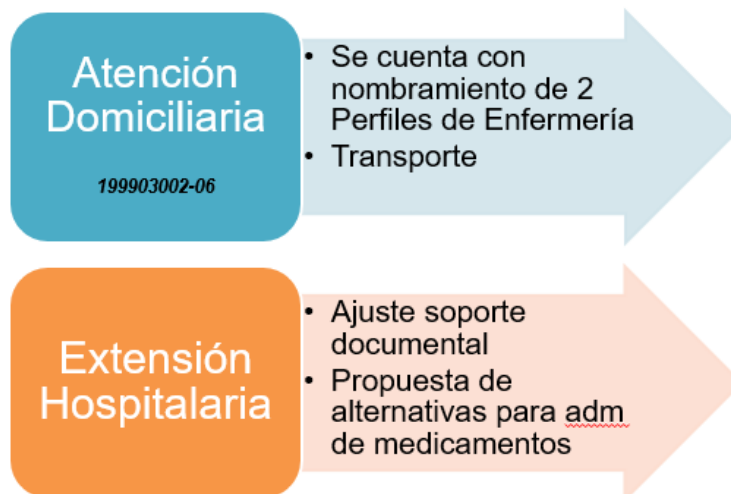
Proyecto de Cooperación Internacional Colombia – Costa Rica (septiembre 2019)

Atención de Comisión de Costa Rica

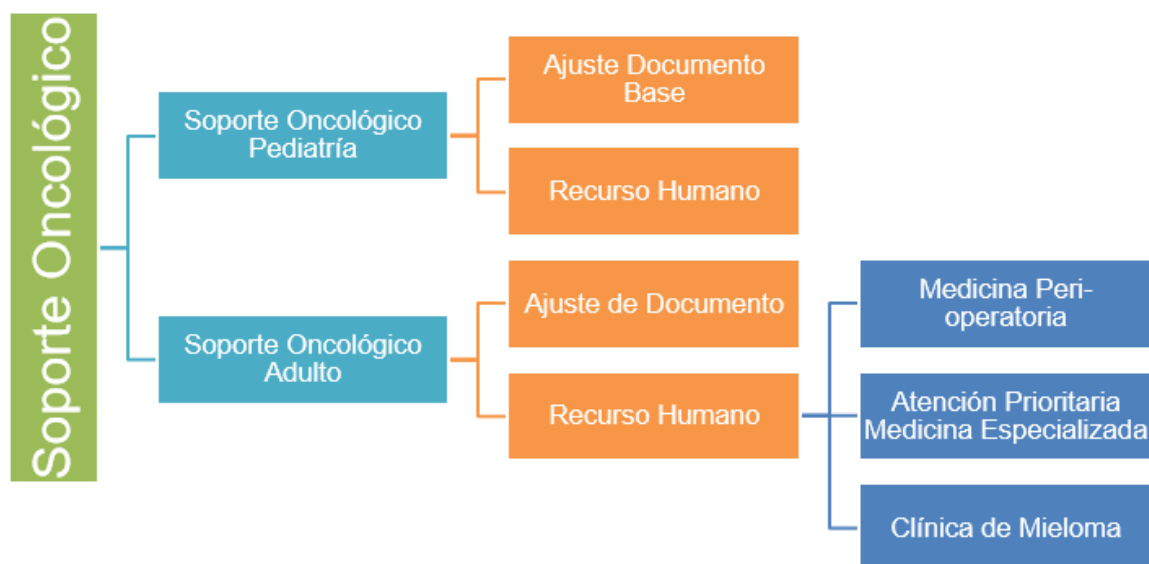
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 11 de 162	



Figura 2. Atención de Comisión de Costa Rica



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 12 de 162			



1.6.2 Dificultades

- Formalizar la participación dentro del Equipo de Profesionales (Fundación SANAR) para Activar Programa de Soporte Oncológico Pediátrico
- Realizar registro en la Historia Clínica como soporte de intervención terapéutica
- Se solicitó supernumerario para cubrimiento de periodo de vacaciones de Coordinadora Ligia Del Toro
- No cuentan con espacio físico para poder hacer intervenciones grupales
- Vinculación de Profesional en Nutrición Clínica
- Dos ocasiones entrevistas de Personal
- Envío de preguntas para examen de conocimientos el 4 de octubre de 2019 como fue solicitado
- Se solicitó apoyo por parte de área de salud ocupacional con Nutricionista Mauricio Bernal
- Desde el área de Gestión Humana se envió Comunicación a Profesional sobre faltas relacionadas con impuntualidad, inadecuado desempeño en sus funciones
- Propuesta de Tercerización del Servicio de Nutrición
- Entrega oportuna de informes (Incapacidad de Auxiliar Administrativa)
- Vinculación de Profesional Especializado en dolor y Cuidado Paliativo
- Evaluación de compromisos
- Vinculación de Profesional (Pediatra Paliativista)
- Cambio de Perfil con funciones de Coordinación
- Reforzar recurso Humano de Apoyo Terapéutico Solicitado (4 FT, 2 FON, 2TO adicionales)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 13 de 162	

- Ajuste de CUPS para mejorar tarifa INC ante convenios Electrodiagnóstico (No se presta desde Septiembre el Servicio, ya se radicó la solicitud a través de SAP transacción IW-21 para actualización de software)
- Dificultades en la contratación por parte de tercerizado para realización de este procedimiento (tarifa muy baja) planteamiento de posibilidad de negociar por evento

1.6.3 Retos

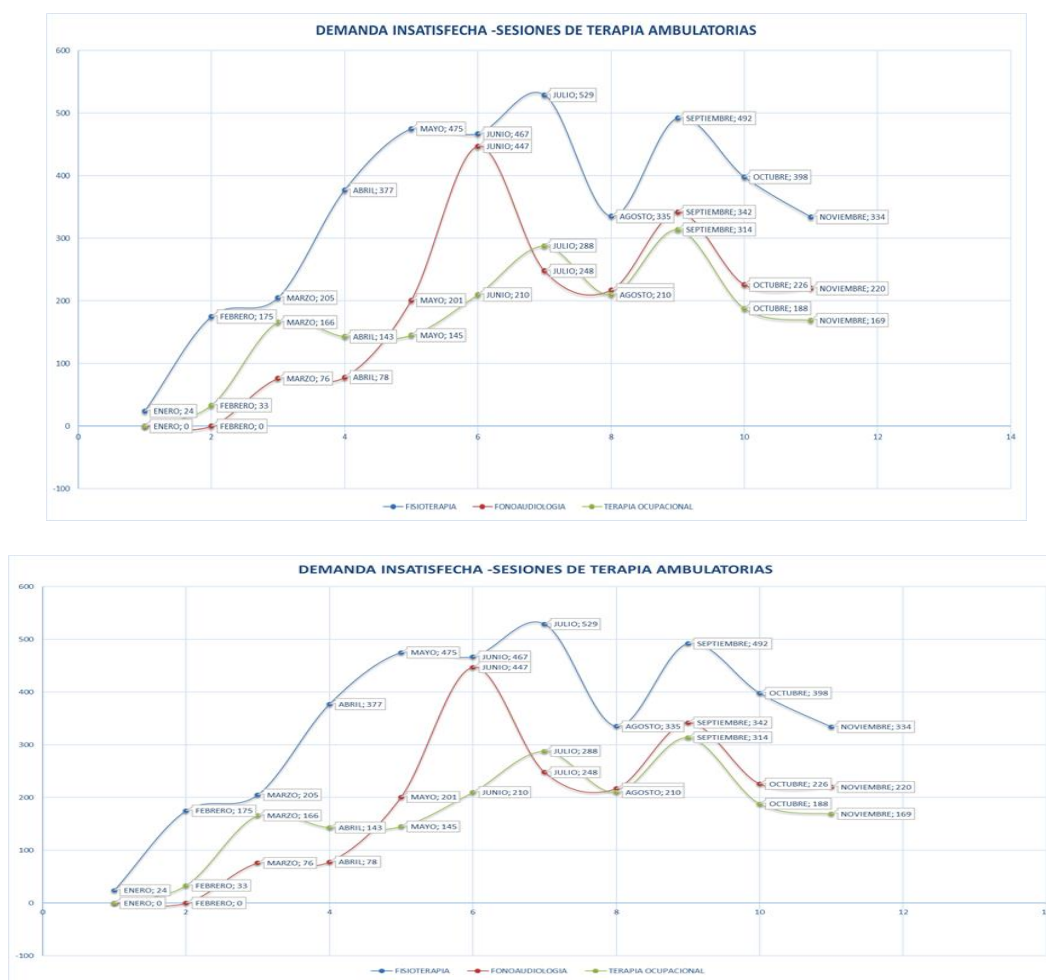


Figura 3. Demanda insatisfecha

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 14 de 162	



Figura 4. Días promedio de estancia

1.7 RADIOLOGÍA

1.7.1 Logros

- Adquisición de equipos:
 - Compra de nuevo tomógrafo y nuevo arco en C, los cuales entrarán en funcionamiento en el primer trimestre del 2020, y que reemplazarán a los existentes que deben ser retirados por obsolescencia
 - Compra de un nuevo resonador en respuesta a la alta demanda de resonancia magnética, el cual entrara en funcionamiento en el segundo semestre de 2020.
 - Puesta en funcionamiento de equipo portátil de RX que estuvo parado debido a trámites adicionales de la licencia debido a cambios en la reglamentación de licencias.
- Instauración de turnos nocturnos de médico radiólogo en respuesta a requerimiento de habilitación, lo cual mejora la oportunidad de atención de ecografía a pacientes de GAICA y hospitalización.

1.7.2 Proceso de acreditación institucional

- Mejora en la cultura de calidad para el proceso de acreditación.
- Sensibilización del personal del servicio sobre los indicadores de gestión y su importancia.
- Adecuaciones locativas en contexto de cumplimiento de normas que han mitigado parcialmente los conocidos problemas por lluvias dentro del servicio de radiología.

1.7.3 Resultados y avances de los compromisos estratégicos

- Indicadores de tiempo de atención para todas las áreas del servicio dentro de los parámetros establecidos, excepto para resonancia magnética por demanda que supera la capacidad instalada actual.
- Creación de nuevos indicadores de calidad como inconformidades con reportes de radiología, numero de extravasaciones en estudios contrastados, porcentaje de estudios rechazados por problemas de calidad, entre otros.
- Cerca de 100000 estudios realizados durante el 2019, promedio mensual de 8350 estudios, aproximadamente 2% más que para el año 2018.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 15 de 162	

- Encuestas de satisfacción a usuario con resultados entre 90% y 95%.

1.8 RADIOFARMACIA

1.8.1 Logros

- Culminación con éxito de los cursos programados para capacitación del personal relacionados con la práctica de Radiofarmacia en el país (Apoyo del INC y OIEA)
- Capacitación personal de la Radiofarmacia en diversas actividades relacionadas con la práctica (BPER-SPECT, BPER PET)
- Molécula Nueva (11C – Colina 11C-Metionina, 177Lu-PSMA)
- Revisión por parte del MINSALUD de la resolución 4245 de 2015
- Validación de la mayoría de los procesos, técnicas analíticas y software utilizados en la Radiofarmacia.
- Reconocimiento por parte del OIEA como centro de referencia y aprobación para ser anfitriones de curso para Latinoamérica en marcación de 225 Actinio con diversas moléculas a celebrase del 26 al 30 de octubre de 2020

1.8.2 Premios y certificaciones

- Pendiente visita por parte del INVIMA. Para la obtención de la certificación de BPER

1.8.3 Resultados y avances de los compromisos estratégicos

- Avance en el logro de los hallazgos encontrados en la resolución 4245 de 2015 en un 95 %. (Plan de mejora)
- Pacientes de 68 Ga-PSMA (139 Pacientes)

1.8.4 Dificultades

- Consecución de reactivos, licencias, materias primas para productos nuevos limitada.
- Desabastecimiento de algunos Kits fríos para la marcación de radiofármacos.
- Desabastecimiento por parte del único proveedor con el cual se tiene contrato del radiofármaco 131Yodo cápsulas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 16 de 162	

1.9 GESTIÓN HOSPITALARIA

“Comprendiendo la experiencia humana del cáncer”

Tabla 2. Implementacion plan de humanización.

PRODUCTO	ACTIVIDAD	AÑO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
			DEL PERIODO	DEL HORIZONTE
Informe de resultado implementación plan de humanización	Realizar evaluación de la cobertura en la implementación de plan de humanización institucional	2019 2020 2021	100%	73%
Informe de intervención	Implementar la Actividad de intervención a profesionales de la salud con enfoque a humanización (filosofía)	2019 2020 2021	100%	100%

Tema general tratado: La Espiritualidad en el profesional médico: ¿un asunto de humanidad?

Dirigido a: Médicos oncólogos clínicos del Instituto Nacional de Cancerología

Fecha de gestión: diciembre 5

Objetivo general: Dialogar con los profesionales de la salud sobre el ‘carácter humano’ de la vulnerabilidad, y, con ello, la necesidad ontológica de sentido, trascendencia; de una espiritualidad que haga parte de la construcción y resolución de la existencia y de la búsqueda de un bienestar humano integral.

Objetivo específico: Reconocer y ejemplificar el significado y efecto de la gestión de las emociones en el proceso de la relación médico-paciente.

Metodología: Conversatorio participativo entre orientador y grupo de médicos.

Número de participantes: 16

Duración de la sesión: Una hora

Indicador de resultados:

- El 90% del total de los participantes asistió a la sesión.
- El 70% de los participantes expresa la necesidad de proponer estos conversatorios para las demás especialidades médicas.
- El 100% de los profesionales participó activamente en la sesión.
- El 90% de los participantes fue puntual en la sesión.

Conclusiones: El desarrollo de la sesión, la participación activa y los temas tratados muestran el interés de los profesionales en el tema, así como el deseo de conocer y prepararse más a fondo en el proceso de educar la interioridad y la dimensión espiritual como recursos centrales en el proceso de atención de los pacientes.

Las listas de asistencia reposan en la oficina asesora de la calidad.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 17 de 162	

“Vivir Para Narrar, Leer Para Transformar”

Informe realizado por:

Andrés Leonardo Padilla Ramírez

Magister en Estudios Interdisciplinarios de la Subjetividad (Universidad de Buenos Aires).

Filósofo (Pontificia Universidad Javeriana).

Fecha de inicio del programa: 26 de agosto de 2019

Fecha de finalización del programa: 13 de diciembre de 2019

Vivir para narrar, leer para transformar se construye y ofrece como una terapéutica a través de la palabra (logo-terapia), proporcionando un espacio intersubjetivo, desde la lectura y la interpretación de texto y vida, que contribuya a mejorar el tiempo de hospitalización de los pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología. Para ello el programa ha desarrollado actividades de lectura compartida en voz alta brindando a los pacientes momentos de acompañamiento, reflexión, entretención y alivio. Reconocemos la necesidad inexorable de leer e interpretar ese incesante texto que es la vida y, a la vez, leer esas otras vidas que recorren cada texto y que permiten reflexionar y arriesgar nuevos significados sobre la propia existencia. El mundo, nuestras vidas y sus sucesos son, pues, este continuo texto que leemos, interpretamos y narramos, una y otra vez, y que por ello incesantemente escribimos. Vida y literatura (en tanto narrativa) van entonces juntas en esta tarea continua de aprender y pensarnos y, muchas veces, de sostenernos con los otros en medio del dolor, el miedo y la enfermedad.

Población beneficiada: El programa se ha centrado, principalmente, en el sector de hematología del Instituto Nacional de Cancerología realizando visitas personalizadas a los pacientes hospitalizados. El acompañamiento psicológico y espiritual a los pacientes, así como las lecturas a desarrollar se han distribuido, organizado y realizado teniendo en cuenta el perfil particular y situación singular de cada paciente. A la fecha se han realizado visitas a 31 pacientes del servicio de hematología con diferente edad, género, grado de escolaridad, creencias, lugar de nacimiento e intereses. Los pacientes al momento de ofrecerles el programa mostraron interés en desarrollarlo y aceptaron hacer parte de él, participando activamente en cada una de las sesiones trabajadas con ellos.

Con el objetivo de evaluar el impacto que el programa ha tenido en la unidad de hematología del Instituto Nacional de Cancerología se llevaron a cabo entrevistas y encuestas, en tanto instrumentos de medición, a propósito de la realización del programa y su recepción por parte de los pacientes. Se desarrollaron a la fecha de elaboración del presente informe (9 de diciembre de 2019): 11 entrevistas y 9 encuestas

Los pacientes insisten en la valoración positiva del programa. La mayoría de los encuestados y entrevistados considera sumamente útil el acompañamiento que desde el programa reciben. De igual manera los pacientes estiman de sumo interés las lecturas desarrolladas durante los encuentros con el gestor del programa. El tiempo de acompañamiento se consideró suficiente y los pacientes se mostraron plenamente de acuerdo en llegar a recomendar el programa a otros pacientes y/o acompañantes. Los pacientes aluden al programa como una serie de actividades que llenan un vacío

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 18 de 162	

de compañía, resignificación, entretenimiento y reflexión durante el proceso de hospitalización y que les permite tener un punto de vista diferente de su condición como pacientes contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. También aluden al programa como un espacio en el cual pueden liberar tensiones y estrés, ayudando a relajarse.

Las entrevistas a propósito de la realización del programa y su recepción por parte de los pacientes (de las cuales fueron transcritos y entregados algunos apartes en los dos informes anteriores correspondientes a los meses de septiembre y octubre del presente año), insisten en la valoración positiva de la realización del programa Vivir para narrar, leer para transformar, destacando los aspectos positivos del programa (reflexión, comprensión, reducción de niveles de ansiedad, ampliación de perspectivas, relajación).

Por su parte, la encuesta aplicada estuvo compuesta por 5 preguntas (4 preguntas cerradas con opción única de respuesta) y una pregunta abierta.

EVALUACIÓN DEL TALLER *VIVIR PARA NARRAR, LEER PARA TRANSFORMAR* POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES - INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Día / mes /año:
Nombre (optativo):

Su opinión es muy importante para nosotros. Sus respuestas a la siguiente encuesta resultan de vital importancia para seguir organizando y mejorando el taller de lectura, por tal motivo le pedimos dedique unos minutos a responder a las preguntas que figuran a continuación:

1. ¿Considera usted que el acompañamiento realizado por parte del gestor del programa fue de utilidad para usted y/o para su acompañante durante su tiempo de hospitalización?

Sumamente útil Útil Algo útil Para nada útil

2. ¿Considera usted que el material de lectura abordado durante su periodo de hospitalización fue de interés para usted?

Sumamente interesante Interesante Algo interesante Nada interesante

3. ¿Cómo considera el tiempo asignado al acompañamiento a través del programa?

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

4. ¿Estaría usted de acuerdo en recomendar el taller a otros pacientes y/o acompañantes?

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo En total desacuerdo

5. ¿Tiene usted alguna sugerencia para el desarrollo del programa? De ser afirmativa su respuesta sírvase indicarla a continuación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 19 de 162	

1.Frente a la pregunta: “Considera usted que el acompañamiento realizado por parte del gestor del programa fue de utilidad para usted y/o para su acompañante durante su tiempo de hospitalización?”, y teniendo como opciones de respuesta: sumamente útil; útil; algo útil; para nada útil, se obtienen los siguientes resultados:

Seis (6) de las nueve (9) encuestas señalaron como respuesta: Sumamente útil. 3 encuestas señalaron como respuesta: Útil. Ninguna encuesta señaló las opciones Algo útil o Para nada útil.

2.Frente a la pregunta: “¿Considera usted que el material de lectura abordado durante su periodo de hospitalización fue de interés para usted?”, teniendo como opciones de respuesta: sumamente interesante; interesante; algo interesante; nada interesante, se obtienen los siguientes resultados:

Seis (6) de las nueve (9) encuestas señalaron como respuesta: Sumamente interesante. Tres (3) encuestas señalaron como respuesta: Interesante. Ninguna encuesta señaló las opciones: Algo interesante o Nada interesante.

3.Frente a la pregunta: “¿Cómo considera el tiempo asignado al acompañamiento a través del programa?” y teniendo como opciones de respuesta: Suficiente; relativamente suficiente; relativamente insuficiente; insuficiente, se obtienen los siguientes resultados:

Siete (7) de las nueve (9) encuestas señalaron como respuesta: Suficiente. Dos (2) de las nueve (9) encuestas señalaron como respuesta: Relativamente suficiente. Ninguna encuesta señaló las opciones: relativamente insuficiente o insuficiente.

4.Frente a la pregunta “¿Estaría usted de acuerdo en recomendar el taller a otros pacientes y/o acompañantes?”, y teniendo como opciones de respuesta: completamente de acuerdo; de acuerdo; en desacuerdo; en total desacuerdo, se obtienen los siguientes resultados:

Ocho (8) de las nueve (9) encuestas señalaron como respuesta: Completamente de acuerdo. Una (1) encuesta señaló como respuesta: De acuerdo. Ninguna encuesta señaló las opciones: en desacuerdo o en total desacuerdo.

5.Frente a la pregunta: “¿Tiene usted alguna sugerencia para el desarrollo del programa? De ser afirmativa su respuesta sírvase indicarla a continuación”, se obtienen los siguientes resultados:

Cuatro (4) de las nueve (9) encuestas respondieron a esta pregunta. Tres (3) de dichas encuestas insistieron en la importancia que el programa también fortaleciera la dimensión grupal de la actividad (posibilitando socializar con otros pacientes), de manera adicional a las sesiones personalizadas; una (1) encuesta insistió en la necesidad de que el programa se continúe desarrollando en tanto apoyo para pacientes como para acompañantes.

Lo anterior da cuenta de una aprobación del 100% del programa por parte de las personas encuestadas y entrevistadas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 20 de 162	

Vale la pena resaltar que los pacientes mencionaron insistentemente como sugerencias el que adicional a las sesiones personalizadas de lectura e interpretación (que cumplen la labor de logo-terapia personalizada) se pudieran desarrollar ocasionalmente encuentros colectivos con otros pacientes que se encuentren en tratamiento en la institución, ello principalmente con el objetivo de socializar, compartir, intercambiar percepciones sobre las lecturas y, además, tejer redes de apoyo, amistad y solidaridad entre pacientes, cuidadores y familiares, reconociendo con ello la importancia psicológica, social y emocional de la construcción de una comunidad intrahospitalaria que contribuya a aligerar la carga emocional propia de la enfermedad así como enfrentar en compañía sentimientos de frustración, expectativa, tristeza y soledad, aligerando tensiones y combatiendo el estrés que tanto la enfermedad como el tratamiento pueden desencadenar.

El programa también ha servido para que los pacientes sugieran actividades adicionales al programa de lectura y que, en su concepto, contribuirían a que el tiempo de hospitalización sea una oportunidad de adquirir conocimientos y prácticas que redunden en un mejoramiento de la calidad de vida. Actividades principalmente vinculadas con la enseñanza artística (adicionales a la lectura): pintura, tejido, música y manualidades. Adicional a todo lo anterior, se pretende la creación de una pequeña biblioteca para el piso de hematología, ello con la finalidad de que los pacientes puedan acceder a diferentes tipos de lectura en momentos del día y la noche.

También en ocasiones se expresa la necesidad de realizar acompañamiento a los cuidadores, ello debido a la necesidad de responder con acciones a la pregunta ¿quién cuida al cuidador? El agotamiento del cuidador se torna una situación habitual, pues es sobre ellos que recae el apoyo en el desarrollo y cumplimiento de actividades y labores cotidianas (tanto al interior del Instituto Nacional de Cancerología como por fuera de él) así como el sostenimiento y la contención emocional del paciente y de otros familiares (en muchas ocasiones los cuidadores resultan invisibilizados y es sobre ellos que recaen cargas, responsabilidades y expectativas; el agotamiento, el descuido personal y la depresión resultan ser situaciones habituales para quienes desarrollan este papel, de ahí la necesidad también de dedicar tiempo al bienestar emocional de quienes cuidan al paciente).

Tabla 3. Talleres cuidado espiritual

CUIDADO ESPIRITUAL			
MES	AÑO	TALLER	ACOMPANIAMIENTO PACIENTE HOSPITALIZADO
NOVIEMBRE	2018	90 personas	
DICIEMBRE	2018	105 personas	4 personas
ENERO	2019	53 personas	
FEBRERO	2019	91 personas	
MARZO	2019	38 personas	
ABRIL	2019	64 personas	32 personas
MAYO	2019	160 personas	190 personas
JUNIO	2019	121 personas	549 personas
JULIO	2019	289 personas	600 personas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 21 de 162	

AGOSTO	2019	122 personas	298 personas
SEPTIEMBRE	2019	162 personas	308 personas
OCTUBRE	2019	103 personas	383 personas
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE	2019	205 personas	265 personas

línea I Derechos y deberes/ decálogo de humanización.			
Objetivo:	Meta	Actividades	%
Fortalecer las competencias de orientación al usuario y al ciudadano, que incorpore la atención humanizada con enfoque incluyente, de escucha, reconocimiento e interdependencia.	Apropiar cuatro deberes y cuatro derechos en la prestación del servicio tanto en el paciente y su cuidador como los funcionarios y colaboradores.	• Boletín virtual, información en consultorios • Papel Tapiz durante el año 2018 Y 2019. • Programa de televisión vida y cáncer. - Programa de radio vida y cáncer. • Redes sociales • Entregar un folleto alusorio al paciente y su familia - Consulta externa y en hospitalización como parte del protocolo de bienvenida - Aclarar derechos y deberes para lograr su comprensión, apropiación, ejecución, por parte del paciente y funcionario-colaborador. • La divulgación de los deberes y derechos se hace de manera constante por los medios digitales con los que contamos. • Canal interno de TV: se divulga el video de derechos y deberes y las actividades lúdicas, todos los días en los dos canales internos Vida y cáncer e Incforma-tv cada tres horas - Intranet. • Boletín Virtual: Durante el 2018 a partir del mes de marzo se publicó un derecho y un deber en medios de divulgación - Distribuir cartillas con información relacionada con Derechos y Deberes, a los usuarios y familiares. - Socializar Derechos y Deberes en sala de espera. - En cada servicio de manera personalizada se indica a cada paciente y se entrega información escrita y verbal por parte de los profesionales de Trabajo Social.	1. 100

línea II Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro			
Objetivo:	Meta	Actividades	%
Desarrollar competencias en el paciente y su cuidador, funcionario y colaborador en la comprensión del sufrimiento humano	Proporcionar soporte a las necesidades espirituales del paciente, cuidador, funcionarios en apertura en el encuentro con el otro.	A partir de las quejas representativas efectúa intervención mediante salud ocupacional, psicología de la ARL y humanización. Intervenir sobre las prácticas de cuidado de sí mismo, de los profesionales –enfermeros jefes, auxiliares, médicos, psicólogos y otros-, a partir de la conformación de dispositivos grupales que permitan el intercambio de experiencias para la construcción del cuidado colectivo/ individual; dos intervenciones en grupos BALINT Reuniones de cuidado espiritual orientados al paciente, cuidador, funcionario y colaborador/ visita a hospitalización Realizar un diplomado dirigido a profesionales de atención en salud para ahondar en la comprensión de la experiencia humana de la enfermedad, del dolor, la muerte y la vida desde una perspectiva filosófica. Con ello, buscamos además dar a médicos y enfermeras herramientas para liberar la fatiga propia de su quehacer y cuidar de sí mismos y de sus pacientes. Cuidado de enfermería con tono Humano con la universidad de sabana Alianza estratégica con colaborador externo para el cubrimiento de los fines de semana. Los Olivos Actividades de música teatro, clown, en las áreas del instituto. Varios grupos. Programación del segundo simposio de cuidado espiritual del paciente con cáncer. Abierto al público /u javeriana charla de sensibilización a grupos de 5 personas según agenda programada con jefe de vigilancia en trato humanizado. Comunicación asertiva, resolución de conflictos. Manejo de emociones. Taller de comprensión holística del ser humano a grupos dirigidos Taller espiritualidad grupo oncoogía medica	1. 100 2. 0 3. 100 4. 100 5. 100 6. 100 7. 100 8. 0 9. 100 10. 100 11. 100

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 22 de 162			

línea III Espacios y tecnología humanizada			
Objetivo:	Meta	Actividades	%
Mejorar la interdependencia de los servicios articulando espacios y tecnología	UCI humanizada	Documento UCI humanizada, cronograma de implementación en acuerdo con UCIs Convocatoria para la adecuación de los ascensores	1. 100
		Planteamiento del proyecto mejora de los ascensores.	2. 0

línea IV Dolor y cuidado paliativo			
Objetivo:	Meta	Actividades	
Comprender e intervenir el sufrimiento en dolor al final de la vida.	Proveer el bienestar en el manejo del sufrimiento del final de vida a los pacientes desde los cuidados paliativos	Definición de una escala para la aplicación en el INC que permita conocer el sufrimiento del paciente con cáncer para intervenir desde el cuidado paliativo	1. 0

1.10 UNIDADES MÉDICAS

1.10.1 Logros

- Por parte de la Coordinación de unidades médicas se considera como logros institucionales para el periodo de 2019 el fortalecimiento de la reunión equipos primarios, la cual no tenía actas ni constitución como tal en años precedentes, esta reunión ha permitido evaluar indicadores asociados a los principios Institucionales relacionados con la atención clínica, oportunidad y calidad.
- Durante el año 2019 se avanzaron en planes de mejora Institucionales relacionados con la ruta de atención de pacientes en áreas médicas, actualización de los documentos de descripción de actividades en las rutas de atención.
- Socialización de Guías de práctica clínica y protocolos Institucionales en los servicios de Hematología, Oncología, Hemato - Oncología Pediátrica, Endocrinología.
- Fortalecimiento en estrategias de Cultura organizacional en el trabajo con los Coordinadores de los diferentes servicios

1.10.2 Procesos de acreditación Institucional:

En informe entregado por el Icontec de la visita de pre evaluación al Institucional realizada entre el 23 y el 26 de Septiembre de 2019 se destacan los siguientes aspectos en los que debe trabajar la Coordinación de Unidades médicas.

- **Líderes y coordinadores:** Durante las entrevistas mencionan que en diciembre de 2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 23 de 162	

realizaron la autoevaluación de estándares y definieron los planes de mejora, al preguntarles cuales son los planes de mejora en algunos integrantes de los equipos señalan que no los conocen y que cada grupo primario lo maneja de manera independiente. Indican que los equipos primarios se reúnen una vez al mes y que cuentan con acuerdos de servicio entre ellos como ayuda para el mejoramiento continuo; se evidencia ausencia de la totalidad de los integrantes que conforman los equipos y falta de claridad en el rol de los miembros, por lo que se hace necesario promover el trabajo en equipo, establecer mecanismos de comunicación efectiva, promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente en la totalidad de sus integrantes. Esta articulación debe ser evidente y es necesaria para la presentación al otorgamiento de la acreditación.

- **Encuestas de satisfacción:** Se recomienda revisar los instrumentos para la aplicación de la encuesta a través de preguntas puntuales y de fácil comprensión por parte de los usuarios, ya que hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos, pero éste despliegue no es consistente. Los resultados de la encuesta de satisfacción durante el primer trimestre de 2019 fueron del 95% de un total de 2513 encuestas y en el segundo trimestre el resultado fue del 97% de un total de 2732 encuestas.
- **Hemovigilancia:** El Instituto cuenta con programa de Hemovigilancia con el objetivo de prevenir las complicaciones relacionadas con la calidad de los hemocomponentes. En este mismo sentido, elaboraron la *"Guía de práctica Clínica para el manejo de Hemocomponentes"*, implementaron el paquete Instruccional para *"Prevenir complicaciones asociadas al uso y disponibilidad de Hemocomponentes"* y evaluaron los riesgos del servicio. Realizan monitoreo permanente de seguridad, suficiencia y confiabilidad de los suministros de hemocomponentes; registran una oportunidad en la entrega de Hemocomponentes a cirugía en 25 minutos y 0.06% de reacciones adversas a la trasfusión clasificadas como leves.
- **Biovigilancia:** El Instituto conformó el Comité de trasplantes mediante resolución 01048 de noviembre 2013 é implante de tejido óseo bajo la resolución 00213 de marzo de 2015 y unifica por medio de la resolución 0440 de junio de 2018 los comités anteriormente mencionados por similitud en sus objetivos, como instancia encargada de proponer, adoptar, liderar, verificar, evaluar y realizar el control a los procesos y procedimientos de los servicios de trasplante de progenitores hematopoyéticos y aloinjerto óseo. Disponen de bases de datos de seguimiento a los pacientes de aloinjerto óseo y a los pacientes de trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos. Realizan educación continua al personal de enfermería que se desempeña en las áreas de trasplante de progenitores hematopoyéticos y salas de cirugía, con relación a protocolos e instructivos de manejo de pacientes, manipulación de productos celulares e injertos óseos.

Reportan como indicadores la mortalidad relacionada con trasplante hasta el día 100 postrasplante autólogo, alogénico de donante alternativo y emparentado idéntico: $1 \times 100 / 53 = 1.8\%$, dato que es inferior a lo reportado en la literatura mundial; Sobrevida global al año relacionada con recaída y no recaída, del total de trasplantes: $48 \times 100 / 53 = 90.5\%$; de los cinco (5) pacientes fallecidos, dos (2) fueron muertes relacionadas con el trasplante y tres (3) correspondieron a muertes relacionadas con recaída de la enfermedad de base; no presentaron ningún caso de falla primaria de injerto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 24 de 162	

- **Infecciones y lavado de manos:** El indicador global de adherencia a los cinco (5) momentos de lavado de manos fue 72% en 2018 y 80,2% a agosto; realizan medición por servicios, profesión, subespecialidades médicas y quirúrgicas, por unidades funcionales, grupos, turnos y por momentos. Actualmente cuentan con 268 observadores entrenados en los diferentes turnos y servicios. Se debe Fortalecer las estrategias para promocionar la higiene de manos en los cinco momentos en colaboradores de los servicios hospitalarios y ambulatorios con énfasis en el personal técnico, médicos y personal en formación. Ampliar la cobertura de las capacitaciones planeadas para fortalecer el lavado de manos y establecer metas progresivas en el cubrimiento de la mayoría del personal asistencial.
- **Gestión del riesgo:** Se deben incluir riesgos clínicos dentro de la gestión de riesgos institucionales, trascendiendo la seguridad de paciente, que permita favorecer la gestión clínica. Fortalecer la identificación, intervención e inclusión en el plan de tratamiento de los riesgos clínicos. Fortalecer el enfoque del modelo de gestión integral de riesgos con énfasis en el enfoque clínico y poblacional, de modo que les permita establecer controles para prevenir su materialización.
- **Farmacovigilancia:** Las centrales de mezclas fueron certificadas por el INVIMA en “Buenas Prácticas de Elaboración” en 2014 y recertificadas en febrero de 2019. Refieren la implementación de estrategias *Trigger tool* en pacientes que ingresan a Gaica. El servicio farmacéutico cuenta con consultorios para la atención y seguimiento farmacoterapéutico que les permite identificar eventos adversos y realizar intervenciones para prevenir, solucionar o minimizar la carga de toxicidad y morbilidad de la terapia oncológica. El paso por el consultorio es un requisito para la administración de medicamentos oncológicos como parte de las estrategias de seguridad del paciente. Todas las Reacciones Adversas a Medicamentos RAM, son reportadas a los entes de control INVIMA y Secretaria de Salud del Distrito enmarcado en el programa Nacional de Farmacovigilancia. Durante los último años, el medicamento con mayor número de reportes relacionado con reacciones adversas esperadas es el paclitaxel, seguido de asparaginasa con reacciones de hipersensibilidad; luego de los análisis de causalidad, para el caso del paclitaxel se determinó que una de las causas probables asociadas a la reacción fue la velocidades de infusión; para la asparaginasa la reacción reportada es de hipersensibilidad reportada por los servicios de hematología Pediátrica, los cuales llevan un seguimiento estricto con la infusión de este medicamento, teniendo en cuenta que esta reacción esta reportada con la mayor incidencia en presentarse.
- **Humanización:** La institución ha desarrollado diferentes estrategias para el despliegue de la política de humanización sin embargo se evidencia que no se ha logrado la cobertura en la totalidad de los colaboradores ni se han realizado mediciones para conocer su conocimiento y apropiación, como tampoco de Deberes y derechos. El 80% de los pacientes entrevistados informó que fueron divulgados los derechos y los deberes; Dignidad durante la atención: El 100% de los pacientes entrevistados manifestaron que la institución atiende por igual a las personas que solicitan su atención; Quejas: El 50% de los pacientes entrevistados manifestó conocimiento sobre como reportar quejas o reclamos; Comunicación y escucha: El 100% de los pacientes entrevistados su médico tratante le respondió sus inquietudes respecto a la enfermedad.
- **Atención en Hospitalización y consulta:** El 90% de los pacientes entrevistados su médico tratante le respondió sus inquietudes respecto al tratamiento. El 90% de los pacientes

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 25 de 162	

entrevistados recibió explicación sobre los riesgos de su tratamiento. El 100% de los pacientes entrevistados recibió explicación sobre como informar su alergia al equipo de salud. El 100% de los pacientes entrevistados le preguntaron al ingreso sobre los medicamentos que trae consigo o que toma habitualmente y le dieron las indicaciones pertinentes. El 89% de los pacientes entrevistados recibió explicación sobre el nombre, la dosis y vía de administración de los medicamentos que está tomando y si hay cambios en la medicación recibió explicación sobre los cambios. El 90% de los pacientes entrevistados recibió explicación sobre los efectos que le puedan generar cuando le administran los medicamentos. El 89% de los pacientes entrevistados recibió explicación la razón de solicitud de interconsulta. El 100% de los pacientes entrevistados recibió explicación de los riesgos antes de la administración de hemocomponentes. Recomendaciones a seguir en el servicio de GUACAI: Evaluar el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención. Establecer estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, monitorizar su cumplimiento, mostrar tendencias positivas de mejoramiento y evaluar correctivos. Definir horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores y pacientes en condiciones críticas.

- **Gestión Clínica:** Se Dispone de instructivo para la medición anual de seguimiento adherencia a guías y protocolo; en 2017 y 2018 evaluaron un total de tres Guías de Práctica Clínica (GPC) adoptadas por el INC con un cumplimiento de adherencia global de 83%: GPC de detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama: 79%, GPC para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo: 93%, GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto: 83%
- **Indicadores de Gestión Clínica:** La adherencia a diligenciamiento de historia clínica para el periodo enero a agosto de 2019, fue del 90% sobre la meta establecida en 80%. Evalúan el indicador para los servicios ambulatorios, hospitalarios y la historia de enfermería, para el periodo mencionado los resultados de adherencia fueron del 97%, 92% y 87%; respectivamente. La Oportunidad citas de primera vez: 15 días promedio, Oportunidad citas de control y seguimiento: 4 días promedio; Oportunidad inicio de tratamiento institucional: 54 días promedio (Meta:50 días); Oportunidad inicio de tratamiento Radioterapia: 33 días promedio (Meta:50 días); Oportunidad inicio de tratamiento Quimioterapia: 56 días (Meta:50 días); Oportunidad inicio de tratamiento Cirugía: 68 días en total.

1.10.3 Resultados y avances en compromisos estratégicos

- Definición y estructura de rutas de atención médica Unidades de Oncología Clínica, GUACAI, Hematología, Endocrinología, revisión y actualización de actividades ligadas a procesos
- Cierre de acción de mejora No. 19-00006, despliegue de la información de guías de práctica clínica y protocolos institucionales de atención aplicables al grupo específico
- Aprobación y compromiso de la Subdirección Administrativa para publicación de la convocatoria de contratación por productividad para la Unidad de Atención de Cáncer Infantil (GUACAI).
- Evaluación del cumplimiento carga y análisis de indicadores de proceso y su gestión histórica por proceso

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 26 de 162	

- Cierre de las acciones de mejora por proceso y su gestión histórica
- Evaluación de la calidad de historia clínica por proceso y su gestión histórica.
- Identificación de riesgos y elaboración del mapa de riesgo para las Unidades Médicas
 1. Inadecuado suministro entrega de Productos y/o servicios. No recibir terapia consolidativa, oportuna en la neoplasia hematológicas (Quimioterapia y Trasplante de Médula Ósea requiere plan de mejora, acargo de Humberto Martínez.
 2. Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante el diligenciamiento inadecuado de la historia clínica requiere seguimiento bimensual en reunión de EPM, Acargo de Fernando contreras.
 3. Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios errores de prescripción y de aplicación de la orden clínica requiere de plan de mejora Fernando Contreras, avances en SAP planes conjuntos con sistemas.
 4. Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante la aplicación inapropiada o inoportuna de esquema de tratamiento Oncológico de acuerdo a patología o estadio clínico de la enfermedad. Requiere de seguimiento EPM, Fernando Contreras)

1.10.4 Atención de pacientes.

- **Oncología Clínica**

Abandono Tratamiento en cáncer de mama en Neoadyudancia: Durante el 2019 se presentó una tasa de abandono variable entre 0,6 y el 17% condicionado por inconvenientes de continuidad de convenio con la EPS, el trabajo de seguimiento e identificación oportuna de posibles barreras de acceso realizado en la Unidad Funcional de Mama en cabeza de la jefe gestora contribuye a disminuir la posibilidad de abandono, siempre y cuando las variables sean dependientes de la Unidad. Estancia en Hospitalización Oncología Clínica: En promedio fue de 9 días se ha planteado dinamizar el Plan de Atención Domiciliaria para que aquellos pacientes con complicaciones derivadas de la enfermedad y no tributarios de manejo oncológico adicional tengan abordaje multidisciplinario en su hogar. Presentar estancias prolongadas, información que se puede obtener de SIAI. Índice de errores de prescripción de la orden

El índice en promedio se mantiene entre 12 a 16 errores por prescripción mensual ninguno asociado a error de aplicación.

Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de control: Para el año 2019 se considera un promedio de 17 días, Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de primera (1) vez Para el año 2019 el promedio está alrededor de los 7 días, Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes en Oncología Clínica (Buen Trato): Para el año 2019 el promedio fue del 93%, Porcentaje de lavado de manos (seguridad): Para el año 2019 el promedio fue del 75% con undescenso significativo en el tercer trimestre y repunte en el último trimestre del 85% asociado a socialización a todo el grupo de oncología, además de retroalimentación de esta medición, capacitación de observadores y trabajo conjunto con el garante del proceso.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 27 de 162	

Muertes tóxicas en pacientes con quimioterapia (Seguridad) Durante el 2019 no se registraron muertes tóxicas relacionadas con la administración de quimioterapia.

Diligenciamiento de datos en historia clínica (Orientación a resultados) Durante el 2019 fue del 97%.

- **Hematología:**

Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de control y seguimiento. En promedio para el 2019 fue de 14 días, La oportunidad real está a 48 horas problemas por agendamiento especialista específico. Reunión grupo para abrir agendas. Renuncia de un especialista. Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de primera (1) vez En promedio fue de 7,5 días cual esta asociado con renuncias de especialistas y licencias. Porcentaje de adherencia a lavado de manos. En promedio para el 2019 fue de un 81% con un repunte significativo en el cuarto trimestre del 87%. Oportunidad de Ingreso a TAMO: Para el 2019 el promedio de espera para TAMO fue de 48 días con un descenso significativo a 41 días en el último trimestre del año; Oncología; Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes en Hemato Oncología para el año 2019 fue del 94%;

Porcentaje de recaída y mortalidad relacionada con trasplante posterior a primer años post trasplante para el 2019 aún no disponibles se realiza registro anual.

- **Endocrinología**

Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de control y seguimiento: El promedio de oportunidad en 60 días debido a que no se ha logrado llevar la consulta de supervivientes de cáncer de tiroides de bajo riesgo a un consultorio independiente de los de endocrinología, esta acción nos permitiría pasar de 40 consultas mes a mas de 120 por mes, lo cual liberaría dicha cantidad de cupos para las consultas de control de endocrinología. Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica de especializada de primera (1) vez: En promedio para el 2019 fue de 10,5 días, se planteó la opción de contratar un especialista adicional para ampliar la jornada de la tarde. Se espera respuesta de la dirección. Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes en Endocrinología (Buen Trato): Para el 2019 el porcentaje fue del 96%; Los indicadores de Oportunidad de cirugía, Oportunidad de quimioterapia y terapia con Lutecio en pacientes con Tumores Neuroendocrinos registran problemas en el registro de información ya que no son propios de la Unidad de Endocrinología se encuentran con plan de retiro; Porcentaje de adherencia al lavado de manos: Para el 2019 fue 92%; Diligenciamiento de datos en historia clínica (Orientación a resultados): Para el 2019 fue del 96%; Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes en Endocrinología (Buen Trato): Para el 2019 el promedio fue del 96%

- **UACAI:**

Porcentaje de cumplimiento de valoración día 15 (Adherencia) Leucemias, Agudas y Porcentaje de cumplimiento de valoración día 8 (Adherencia) Leucemias Agudas, Índice de cumplimiento pacientes familias capacitadas en leucemias agudas: Para el 2019 fue del 100%; Evento Adverso: El Promedio para el 2019 fue de 0,63 Se toman las medidas pertinentes según protocolo, valoraciones

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 28 de 162	

correspondientes y es ingresado al servicio de urgencias para observación. Se evalúa el caso en equipo. Infección intrahospitalaria sitio operatorio : Para el 2019 fue del 0%; Índice de Infecciones Pediátricas: Para el 2019 el promedio fue de 0,64; Oportunidad de citas de control: 14 días; Oportunidad de citas de primera vez para el 2019 fue de 7 días; Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes en la UACAI (Buen trato): Fue del 94% para el 2019; Porcentaje de adherencia al lavado de manos (seguridad): Para el 2019 fue del 84%, Porcentaje de muertes tóxicas en Leucemia Linfóide Aguda, muerte en inducción: Para el tercer trimestre fue del 1,94% Se presentaron 2 muertes tóxicas de pacientes con diagnóstico de LLA, en fase de inducción. Niño de 6 años, con Síndrome de Down, Sepsis. Adolescente de 16 años, Choque Multifactorial. Se continúan las medidas necesarias para el manejo de las complicaciones, llamado y valoración oportuna por UCI - P, al igual que valoración oportuna por Infectología pediátrica, según se requiera. Evaluación de los casos presentados. Porcentaje de muertes tóxicas en Leucemia Linfóide Aguda, muerte en remisión: Para el tercer trimestre fue del 1,94% Niño de 12 años, paciente en su fase de Mantenimiento. Se continúa el seguimiento estrecho y adherencia al protocolo. Así como educación continúa a los cuidadores para consultar de forma oportuna al servicio de urgencias, ante cualquier signo de alarma que presente el paciente. Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) Pediatría: Para el 2019 fue del 99%; Proporción de abandono de tratamiento de leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en un periodo determinado: Para el 2019 fue del 0%; Tiempo promedio de espera para el Diagnóstico de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) Tiempos desde el ingreso a toma de biopsia de médula ósea: Para el 2019 fue de 1,52 días.

1.10.5 Gestión de la responsabilidad social.

Desde la Coordinación de Unidades médicas se trabaja en el fortalecimiento de las estrategias de prevención terciaria en las diferentes consultas de supervivientes de los servicios de Oncología Clínica y Endocrinología.

Se realiza capacitación permanente a la consulta de CePRED en estrategias de detección temprana de enfermedades como el cáncer de mama, cáncer de colon.

1.11 ESTERILIZACIÓN

1.11.1 Logros

- Actualización de formatos
- Control preventivo en el manejo de sets y accesorios de instrumental, insumos y dispositivos médicos en todo el servicio de hospitalización, consultas, GAICA y salas de cirugía.
- Adquisición de equipos
- Restablecer los procesos, procedimientos e inventarios de la central de esterilización, nuevamente en su área actualizada.
- Actualización del manual de la central de esterilización en los procedimientos.
- Implementación de la política reúso y seguimiento de dispositivos médicos dentro de las áreas asistenciales del instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 29 de 162	

1.12 ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

1.12.1 Logros

- Aprobación de realización e Inicio del Diplomado en Enfermería Oncológica para enero del 2020.
- Finalización del Diplomado Cuidado de Enfermería con Tono Humano: 35 enfermeras.
- Participación en el Congreso Internacional 85 años del INC.
- Realización de Seminario interno en Formación en la Atención del Paciente Crítico.
- Seminarios internos en Formación en la Atención del Paciente Oncológico
- Feria ENFARMA (participación de pacientes y familiares)
- Realización de los videos (comunicaciones) de divulgación de Programas de Enfermería (Plan de Egreso y Salud Sexual y Reproductiva)

1.12.2 Premios

- Primer Puesto por la Secretaría de Salud en la categoría Orden Social al mérito Dona Bogotá



Figura 5. Primer puesto orden social al mérito Dona Bogotá

- Reconocimiento Universidad de la sabana al liderazgo de Enfermería en los Programas Especiales

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 30 de 162	

1.13 RADIOTERAPIA

1.13.1 Logros.

- Se llevó a cabo el Congreso internacional innovación, tecnología y humanización para el control del cáncer con motivo de los 85 años del INC
- Simposio de Oncología Radioterápica: conferencistas institucionales, naciones e internacionales.
- Congreso de Oncología Radioterápica: conferencistas institucionales, naciones e internacionales.
- Se llevó a cabo el Congreso internacional innovación, tecnología y humanización para el control del cáncer con motivo de los 85 años del INC, en este congreso participamos con 3 posters y 6 conferencias:

Posters:

- Tratamiento con radioterapia intraoperatoria en pacientes con cáncer de mama en un hospital de América del sur
- Rabdomiosarcoma primario de conjuntiva en un paciente pediátrico
- Reporte de caso: Leiomiomas de bajo grado en seno cavernoso en paciente VIH positivo

Conferencias

- Toxicidad relacionada al tratamiento con radioterapia: José Alejandro Esguerra
- Braquiterapia HDR en cáncer de piel: Jose Alejandro Esguerra
- Manejo de hormonoterapia y radioterapia en cáncer de próstata: Eduardo Guerrero
- Manejo óptimo de pacientes con NSCLC estadio III: Eduardo Guerrero
- Reirradiación en cáncer de cabeza y cuello: Eduardo Guerrero
- Radioterapia intraoperatoria en sarcomas: Alex Álvarez
- Reactivación del proyecto red aria para gestión de la información de la información de radioterapia y control interno de nuestro servicio
- Creación e implementación el plan de desarrollo institucional (PBI 2019-2022)
- Meta: Diseñar, implementar y evaluar el proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención del paciente con las siguientes técnicas y procedimientos (irradiación corporal total TBI, radioterapia corporal total de piel con haz de electrones TSEB, radioterapia de intensidad modulada IMRT, radioterapia guiada por imágenes IGRT, arcoterapia volumétrica modulada VMAT, radiocirugía intra y extra craneal de mínimo 4 localizaciones, protocolo de procedimientos en salud en braquiterapia ginecológica conformacional, radioterapia intraoperatoria, protonterapia).
- Sociabilización y creación de nuevas técnicas de radioterapia y braquiterapia a diferentes servicios del instituto para fomentar nuevas indicaciones para nuestros pacientes
- Creación del grupo de Colciencias de radioterapia
- Creación de nuevas líneas de investigación y participación de diferentes estudios
- Participación en el estudio del SWOG
- Se completo el proceso de referenciación de braquiterapia conformacional 3DCRT ginecológica, montando en SIAPINC la respectiva acta y plan de mejora institucional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 31 de 162	

1.13.2 Premios/certificaciones

Se logro la certificación de QA (control de calidad) de los aceleradores lineales del INC por parte de dosimetría del IROC/MD Anderson lo cual nos permitió y nos permitirá, participar en diferentes estudios de grupos internacionales como por ejemplo el SWOG en el cual ya estamos participando en 2 estudios.

1.13.3 Proceso de acreditación institucional

- Se realizo apoyo en el proceso de habilitación de 2019 por parte del servicio de oncología radioterápica
- Se realizo apoyo en el proceso de acreditación de 2019 por parte del servicio de oncología radioterápica
- Nos encontramos en proceso de licenciamiento basados en la resolución 482.

1.13.4 Resultados y avances de los compromisos estratégicos

- Actualización del manual tarifario antiguo e inclusión de las tarifas de las nuevas técnicas a implementar
- Se logro la modernización de la totalidad del servicio de braquiterapia INC
- Se logro la aprobación de 1500.000.000 de pesos para la implementación de radiocirugía intra y extracraneal
- Se logro la aprobación de 600.000.000 de pesos para la implementación de radioterapia corporal total TBI y de radioterapia total de piel TSEB
- Se adquirió filtro de scattering para TSEB
- Se inicio proceso de patente para camilla rotatoria para TBI
- Se concluyeron y sociabilizaron los siguientes protocolos:
 - Protocolo sedo analgesia
 - Braquiterapia HDR en piel
 - Radiocirugía intracraneal
 - Radiocirugía en cáncer de pulmón no metastásico
 - Radiocirugía en cáncer de pulmón metastásico
- Se adelantaron los siguientes protocolos:
 - Braquiterapia conformacional 3DCRT ginecológica
 - Radioterapia corporal total TBI
 - Radioterapia total de piel TSEB
 - Radioterapia intraoperatoria para tumores ginecológicos
 - Radioterapia intraoperatoria para tumores de cabeza y cuello
 - Radiocirugía extracraneal
- Se realizo Mini HTA para TBI
- Se realizo Mini HTA para TSEB
- Participación y presentación ante el comité de nuevas tecnologías protocolo de TBI y TSEB
- Se sociabilizo experiencia en centros de protonterapia realizando un análisis entre las diferentes ventajas de instituciones con una sola sala o múltiples salas de tratamiento

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 32 de 162	

1.13.4 Atención de pacientes

- Con motivo de humanización en el tratamiento se inició el proyecto de creación de máscaras personalizadas para los pacientes pediátricos facilitando así la posibilidad de no uso de anestesia, adherencia al tratamiento y un menor impacto emocional negativo en el paciente y sus padres.
- Creación de un protocolo de sedo analgesia para las pacientes de braquiterapia ginecológica.
- Instauración de políticas de priorización en el sistema del paciente pediátrico.
- Instauración de nuevo sistema de agendamiento de juntas en la atención del paciente.
- Doble verificación de asistencia de los pacientes a trabajo social en la atención del paciente.

1.13.5 Gestión de la responsabilidad social

- Apoyo y participación en el museo del instituto nacional de cancerología
- Participación de programas de televisión informativos sobre el cáncer
- Participación de emisiones radiales informativas sobre el cáncer
- Creación de simposio de radioterapia y urología oncológica

1.14 PATOLOGIA

1.14.1 Logros

- Implementación de generación automática de etiquetas de marcación de muestras de pacientes desde salas de cirugía, mejorando así la seguridad del paciente.
- Cumplimiento de la agenda del desarrollo del proyecto LIMS (sistematización del servicio).
- Entrega de la obra de macroscopía y puesta de funcionamiento (mejorar condiciones de seguridad del personal expuesto a sustancias químicas.)
- Realización de acuerdos de servicio con las consultas que envían muestras al servicio de patología capacitando en el manual de muestras de toma, identificación, transporte y conservación de muestras.

1.14.2 Dificultades

- Demora en contratación de reemplazos de personal
- Renuncias del Biobanco y Patología Molecular

1.14.3 Retos

- Realizar acuerdos de servicio para dar a conocer la nueva resolución con los precios y códigos CUPS y a la vez preguntar dificultades que hayan tenido con nuestro servicio
- Continuar con el desarrollo del programa LIMS
- Continuar con el desarrollo de etiquetas de marcación de muestras enviadas por las consultas y salas de procedimientos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE			CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL			VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN			VIGENCIA:	05-06-2017
				Página 33 de 162	

- Seguir realizando las reuniones de equipos primarios para lograr acreditación y habilitación
- Automatización de la coloración de rutina, que va a impactar en lo ambiental (porque reduce contaminación residual y bioseguridad del trabajador)

1.15 MEDICINA NUCLEAR

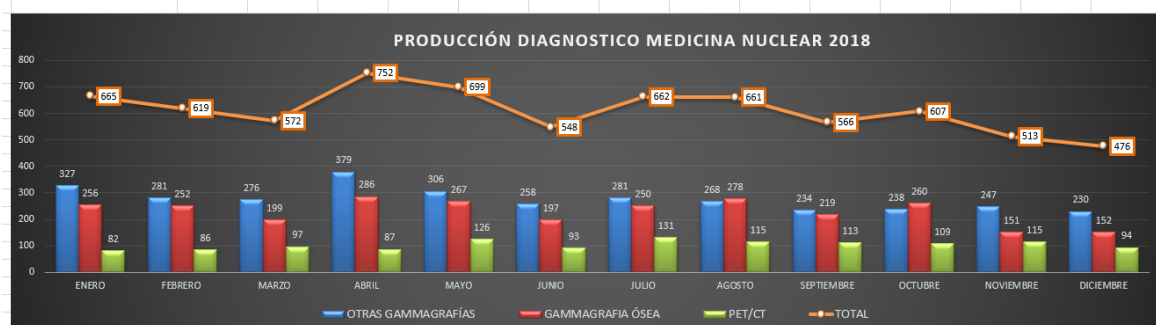
1.15.1 Gestión de la responsabilidad social

En el apartado de responsabilidad social, el servicio de medicina nuclear acompañado por el grupo de infraestructura suscribió el contrato 0632-2018, el cual tenía por objeto el suministro, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema general de gestión de residuos radiactivos líquidos, cuya principal función era la de crear una red de residuos líquidos independiente a la existente en el Instituto y que a su vez comunicara con dos tanques de decaimiento en donde se pretende disminuir la carga radioactiva de los residuos en mención, antes de que pasen por la red de la PTAR y de ahí que sean vertidos al sistema de alcantarillado de la ciudad.

1.15.2 Resultados y avances de los compromisos estratégicos

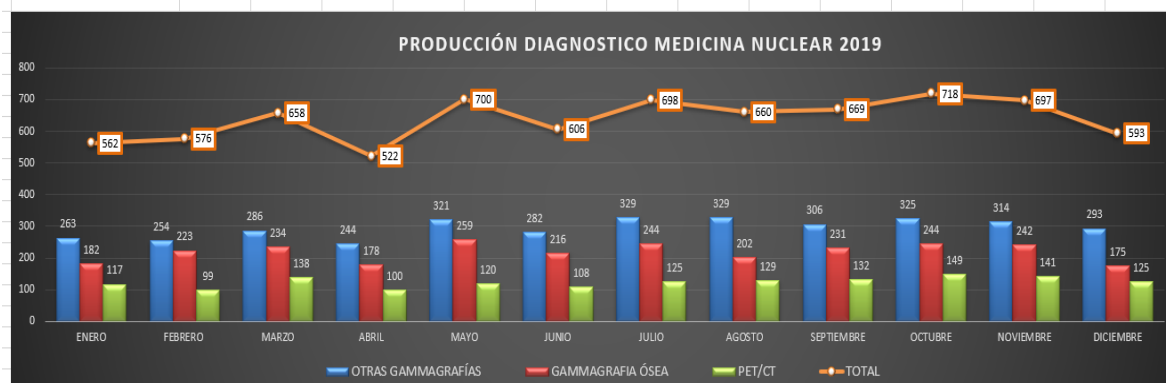
Tabla 4. Numero de estudios realizados en medicina nuclear en los años 2018 y 2019

Detalle	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	TOTAL
OTRAS GAMMAGRAFÍAS	327	281	276	379	306	258	281	268	234	238	247	230	277,08	3325
GAMMAGRAFIA ÓSEA	256	252	199	286	267	197	250	278	219	260	151	152	230,58	2767
PET/CT	82	86	97	87	126	93	131	115	113	109	115	94	104,00	1248
TOTAL	665	619	572	752	699	548	662	661	566	607	513	476	611,67	7340



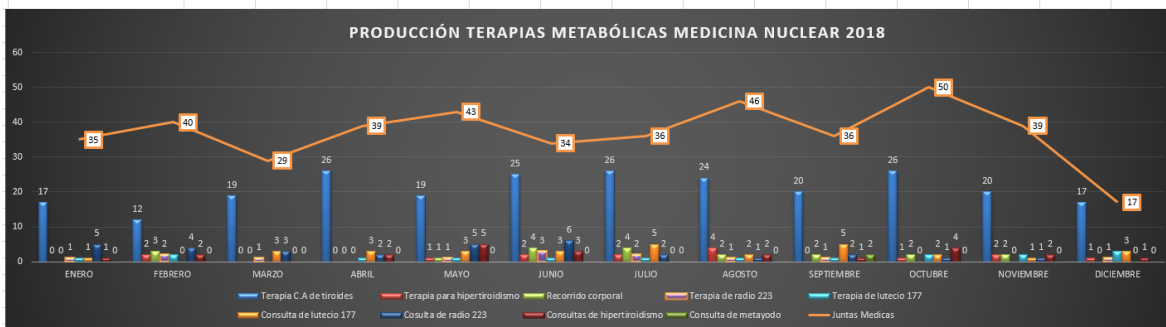
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 34 de 162	

Detalle	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	TOTAL
OTRAS GAMMAGRAFÍAS	263	254	286	244	321	282	329	329	306	325	314	293	295,50	3546
GAMMAGRAFIA ÓSEA	182	223	234	178	259	216	244	202	231	244	242	175	219,17	2630
PET/CT	117	99	138	100	120	108	125	129	132	149	141	125	123,58	1483
TOTAL	562	576	658	522	700	606	698	660	669	718	697	593	638,25	7659



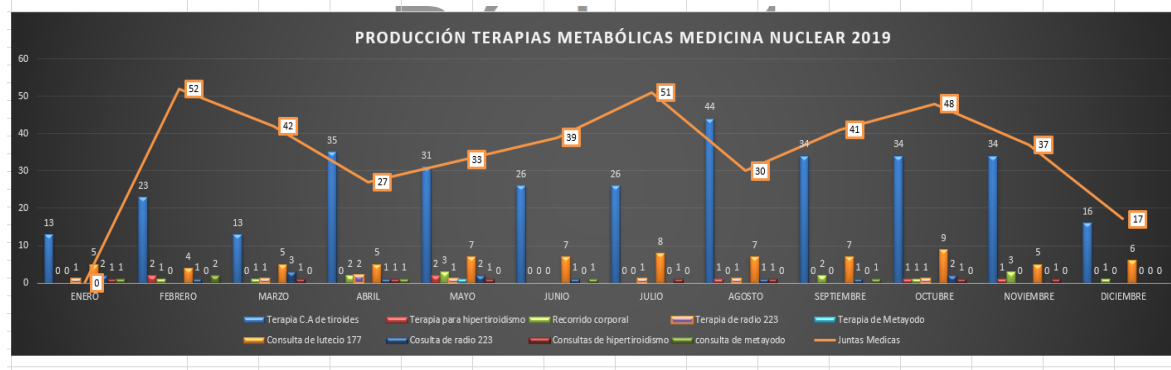
Al comparar el número de estudios realizados (tales como gammagrafías Ósea, otras gammagrafías y PET) para el 2019 en el servicio de medicina nuclear se observa un incremento del 4% con relación al año 2018.

Detalle	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	TOTAL
Terapia C.A de tiroides	17	12	19	26	19	25	26	24	20	26	20	17	20,92	251
Terapia para hipertiroidismo	0	2	0	0	1	2	2	4	0	1	2	1	1,25	15
Recorrido corporal	0	3	0	0	1	4	4	2	2	2	2	0	1,67	20
Terapia de radio 223	1	2	1	0	1	3	2	1	1	0	0	1	1,08	13
Terapia de Iutecio 177	1	2	0	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1,33	16
Consulta de Iutecio 177	1	0	3	3	3	3	5	2	5	2	1	3	2,58	31
Consulta de radio 223	5	4	3	2	5	6	2	1	2	1	1	0	2,67	32
Consultas de hipertiroidismo	1	2	0	2	5	3	0	2	1	4	2	1	1,92	23
Consulta de zevalin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0,17	2
Consulta de metayodo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0,17	2
Juntas Medicas	35	40	29	39	43	34	36	46	36	50	39	17	37,00	444
TOTAL	61	67	55	73	79	81	78	83	70	90	69	43	70,75	849



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 35 de 162	

Detalle	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO	TOTAL
Terapia C.A de tiroides	13	23	13	35	31	26	26	44	34	34	34	16	27,42	329
Terapia para hipertiroidismo	0	2	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0,58	7
Recorrido corporal	0	1	1	2	3	0	0	0	2	1	3	1	1,17	14
Terapia de radio 223	1	0	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0,67	8
Terapia de Metayodo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,08	1
Terapia de lutecio 177	1	2	2	2	7	3	8	3	6	7	2	3	3,83	46
Consulta de lutecio 177	5	4	5	5	7	7	7	7	7	9	5	6	6,25	75
Consulta de radio 223	2	1	3	1	2	1	0	1	1	2	0	0	1,17	14
Consultas de hipertiroidismo	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0,67	8
consulta de zevalin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0
consulta de metayodo	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0,50	6
Juntas Medicas	0	52	42	27	33	38	51	30	41	48	37	17	34,75	417
TOTAL	24	87	68	76	88	77	95	88	92	104	83	43	77,08	925



Ahora bien, con relación a las terapias y consultas realizadas durante el 2019, se observa un incremento del 8% con relación al 2018, este crecimiento se ve reflejado principalmente por el aumento del número de terapias administradas, ya que se observa un incremento del 23% en las terapias con yodo I-131, así como un aumento del 75% en las terapias con lutecio, frente al año anterior.

1.15.3 Proyecto innovación.

Actualmente el servicio de Medicina Nuclear se encuentra desarrollando el proyecto “Innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del Instituto Nacional de Cancerología para el manejo del cáncer”, este proyecto está contemplado hasta finales del 2022 y busca:

1. Diseñar un sistema de formación que cubre tanto al personal asistencial (técnicos y tecnólogos de medicina nuclear), además de a los médicos residentes que roten en el servicio.
2. producir nuevas moléculas nucleares para el tratamiento de diversos tipos de cáncer (apoyado del grupo de radiofarmacia).
3. Aumentar el número de investigaciones y publicaciones en el servicio de Medicina Nuclear en revistas indexadas.

1.15.4 Atención de pacientes

- Con el fin de brindar un mejoramiento continuo en la atención a los pacientes, se ha trabajado mancomunadamente con el grupo de comunicaciones en la creación de dos (02) videos, donde se pretende explicar a los pacientes el propósito, preparación y cuidados relacionados tanto a

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 36 de 162	

la adquisición del estudio diagnóstico PET, como a la realización de las terapias con yodo radiactivo.

- Así mismo y a fin de mejorar la oportunidad a la hora de realizar las terapias de los pacientes con cáncer de tiroides y tumores neuroendocrinos, se trabajó de la mano con el grupo de infraestructura para mejorar las instalaciones de las habitaciones disponibles en el servicio de cuarto occidente (yodoterapia) y en la adecuación de una cuarta habitación exclusiva para la realización de terapias con lutecio Lu-177.
- Finalmente se llevó a cabo la modificación y creación de diversos instructivos, manuales, descripciones de actividad y folletos presentes en el SIAPINC, con el propósito de mejorar la calidad de los procesos internos del servicio y la atención de nuestros usuarios, tales como:

Tabla 5. Malla Documental Diagnóstico y Estadificación

Código	Versión	Vigencia	Vigencia Vencimiento	Tipo documento	Proceso	Procedimiento	Título documento
DYE-P04-D-01	3	30-09-2019	30-09-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICO CON RADIOFÁRMACOS
DYE-P04-D-02	3	30-09-2019	30-09-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD PARA TERAPIAS CON RADIONÚCLIDOS
DYE-P04-D-03	4	24-09-2019	24-09-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD MEDICIÓN DE ÁREAS Y SUPERFICIES DE LAS HABITACIONES DE TERAPIA METABÓLICA
DYE-P04-D-04	2	29-03-2019	29-03-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD PARA REALIZAR DOSIMETRÍA DE I-131 A PACIENTES
DYE-P04-D-05	3	29-03-2019	29-03-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA MEDICIÓN DE ÁREAS SUPERVISADAS Y CONTROLADAS DE MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-D-07	2	29-03-2019	29-03-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD PARA REALIZAR DOSIMETRÍA DE LU-177 A PACIENTES

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSIP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 37 de 162	

DYE-P04-D-08	3	16-05-2019	16-05-2021	Descripción de la actividad	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD PARA EL CONTROL DE CALIDAD DEL TOMÓGRAFO POR EMISIÓN DE POSITRONES
DYE-P04-F-03	3	30-09-2019	30-09-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	REGISTRO DE ATENCIÓN EN EL ESTUDIO TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES
DYE-P04-F-05	2	15-11-2019	15-11-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	COMPROMISO DE ENTREGA DE ESTUDIOS, RECEPCIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTOS EN MEDICINA ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS
DYE-P04-F-17	4	24-09-2019	24-09-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	MEDICIÓN DE LAS ÁREAS Y SUPERFICIES DEL CUARTO DE TERAPIAS METABÓLICAS
DYE-P04-F-18	2	29-03-2019	29-03-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DOSIMETRÍA DE YODO PARA PACIENTES (HOJA CONTROL DE IMÁGENES)
DYE-P04-F-22	2	29-03-2019	29-03-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DOSIMETRÍA DE LUTECIO PARA PACIENTES (HOJA CONTROL DE IMÁGENES)
DYE-P04-F-23	2	26-09-2019	26-09-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	CONTROL DE CALIDAD DEL TOMÓGRAFO POR EMISIÓN DE POSITRONES
DYE-P04-F-32	3	30-10-2019	30-10-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	LISTA DE CHEQUEO DIARIO EQUIPOS MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-F-42	1	29-03-2019	29-03-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN	CONTROL DE CALIDAD MENSUAL DEL TOMÓGRAFO POR EMISIÓN DE POSITRONES

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE				CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL				VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN				VIGENCIA:	05-06-2017
					Página 38 de 162	

						MEDICINA NUCLEAR	
DYE-P04-F-43	1	28-06-2019	28-06-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	PLANILLA DE INVESTIGACION DE DOSIMETRIA
DYE-P04-F-44	1	30-08-2019	30-08-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
DYE-P04-F-45	1	30-09-2019	30-09-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	CONTROL DE TEMPERATURA EQUIPOS MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-F-46	1	22-10-2019	22-10-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	CUESTIONARIO PREVIO ESTUDIO TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES
DYE-P04-F-47	1	15-11-2019	15-11-2021	Formato	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	LISTA DE CHEQUEO MEDICINA NUCLEAR Y TERAPIAS METABOLICAS
DYE-P04-I-08	4	29-03-2019	29-03-2021	Instructivo	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	INSTRUCTIVO PARA ALMACENAMIENTO DE DESECHOS RADIATIVOS EN MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-I-11	4	14-11-2019	14-11-2021	Instructivo	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	INSTRUCTIVO PARA PACIENTES QUE SE VAN A HOSPITALIZAR - TERAPIA CON YODO RADIATIVO
DYE-P04-I-13	3	29-03-2019	29-03-2021	Instructivo	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	INSTRUCTIVO PARA VERIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE CALIBRACIÓN
DYE-P04-I-22	1	29-03-2019	29-03-2021	Instructivo	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR	INSTRUCTIVO PARA LIMPIEZA Y

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 39 de 162	

						ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	DESINFECCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA
DYE-P04-M-01	3	18-10-2019	18-10-2021	Manual	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	MANUAL PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICO DEL GRUPO DE MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-M-02	4	24-09-2019	24-09-2021	Manual	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	MANUAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-M-03	4	30-10-2019	30-10-2021	Manual	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	MANUAL PARA EL USO EQUIPOS DETECTORES DE RADIACIONES IONIZANTES EN MEDICINA NUCLEAR
DYE-P04-M-06	3	24-12-2019	24-12-2021	Manual	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR	MEMORIA DESCRIPTIVA EDIFICIO MEDICINA NUCLEAR

1.15.5 Premios/certificaciones

En el 2019 el servicio de medicina nuclear destaco por recibir un diploma al reconocimiento por parte del grupo de salud y seguridad en el trabajo, además de la ARL positiva, quienes en noviembre del 2019 certificaron a MEDICINA NUCLEAR como un servicio seguro, ante el compromiso y participación del grupo en la reducción de la accidentalidad laboral.



Figura 6. Reconocimiento servicio seguro

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 40 de 162	

1.15.6 Proceso de acreditación institucional

El servicio de medicina nuclear el 18 de septiembre del 2019 recibió auditoria para la Renovación certificación NTC-ISO 9001:2015 a realizar por el ICONTEC, donde no se evidencio ningún tipo de hallazgo para el servicio de medicina nuclear.

Así mismo del 23 al 26 de septiembre 2019, se realizó PREEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN EN SALUD INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

1.16 GESTIÓN DE PROYECTOS PARA MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

1.16.1 Macroproyecto: Mejoramiento Continuo y gestión tecnológica de las áreas de dirección soporte y prestación de servicios Especializados.

Para los 8 proyectos de mejoramiento en el 2018 la subdirección general de atención médica y docencia se tenía una asignación presupuestal por inversión administrados de \$ 1.714.426.288 equivalente al 37% del presupuesto total asignado para los proyectos de mejoramiento continuo (\$ 4.627.943.261). De los cuales la ejecución final para el 2018 fue de \$ 988.467.364, correspondiente al 58% y se realizó cierre del proyecto de soporte oncológico.

En el 2019 se inició con 9 proyectos de continuidad y se finaliza con 8 proyectos por el cierre del proyecto "Programa De Cuidados Transicionales y Centros de Transición Para el Niño con cáncer y su familia INC" con una asignación presupuestal por inversión administrados de \$ 2.086.298.125 equivalente al 44% del presupuesto total asignado para los proyectos de mejoramiento continuo (\$ 4.756.116.775). De los cuales la ejecución con corte a noviembre 2019 fue de \$ 822.774.295, correspondiente al 39%.

1. Fortalecimiento y mejoramiento del soporte oncológico

Horizonte de Proyecto: 2016 - 2018

Este proyecto se cerró en el 2018 al no cumplir con todas las actividades propuestas en los objetivos específicos planteados para su ejecución. Se solicitó extensión de cronograma para él 2019, en el comité ADOHC el cual fue rechazado, pero se sugirió que se debía convertirse en un programa institucional y contar con indicadores para evaluar el impacto de los datos recolectados en el proyecto y hacer medición de calidad de vida.

El porcentaje de ejecución del proyecto al cierre en el 2018 fue de un 75%
De su apropiación inicial por \$ 148.841.292 millones se ejecutó el 52%.

2. Evaluación del impacto institucional y ambiental debido a vertimientos de desechos radiactivos liquidos generaos por el Instituto Nacional de Cancerología ESE

Horizonte de Proyecto: 2016 - 2020

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 41 de 162	

Dentro de las actividades planteadas del proyecto en conjunto con el proyecto de infraestructura se logró la contratación para implementar las medidas subsidiarias acordes a la gestión de la garantía de seguridad del INC con el sistema de vertimientos, el cual tenía fecha de finalización de la obra en mayo de 2019.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2018 fue del 83%

De su apropiación inicial por \$ 5.000.000 millones se ejecutó el 0%, en razón a que este rubro se tenía contemplado hacer mediciones de los vertimientos una vez finalizada la obra pero que tuvo extensión en tiempo hasta mayo de 2019.

Dentro de las actividades planeadas del proyecto se culminó la construcción de la PTAR, diseño cajas de retención incluye sanitarios separadores y obra civil para cajas de retención y conexión a la PTAR, adecuación del área de terapias metabólicas y tubería en patología.

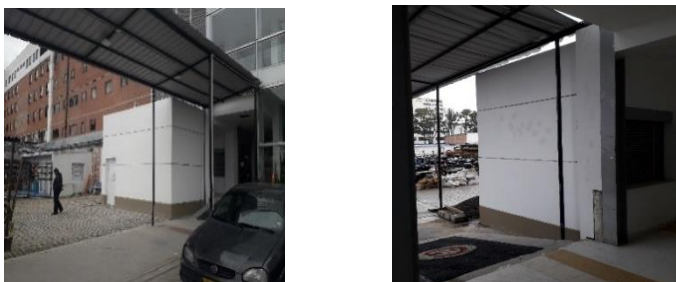


Figura 7. PTAR



Figura 8. Terapias Metabólicas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 42 de 162	



Figura 9. Area de Patología

Se realizaron las mediciones de las aguas que salen de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, para cuantificación de I-131 y Tc-99m en el mes de diciembre y se encuentran en procesamiento en el Laboratorio de Radiometría Ambiental del Servicio Geológico Colombiano SGC.

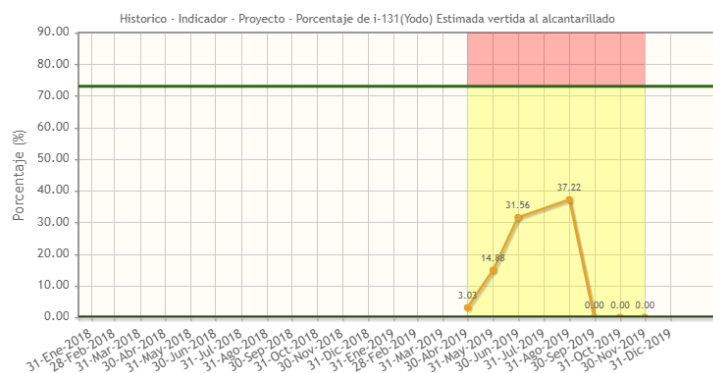
El proyecto solicito una extensión de tiempo por 6 meses para el 2020 el cual fue aprobado para el desarrollo de los procedimientos de la gestión de residuos líquidos, con los respectivos formatos y socialización en el INC.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 86%
De su apropiación inicial por \$ 28.000.000 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 43%.

Indicadores

Proyecto - Porcentaje de i-131(Yodo) Estimada vertida al alcantarillado

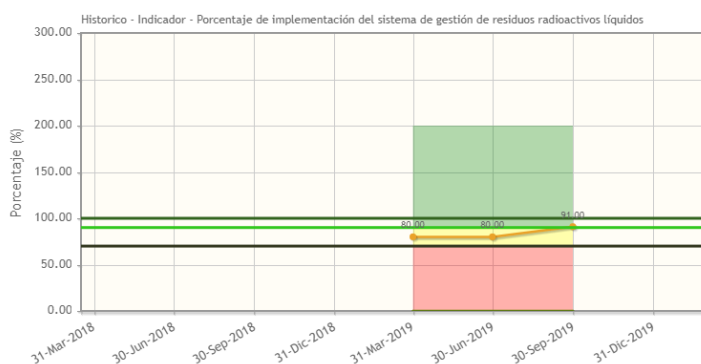
Fórmula: {Actividad de i-131 estimado vertida al alcantarillado} / {Actividad de i-131 generada en Terapias Metabólicas} * 100



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 43 de 162	

El sistema de retención y decaimiento de terapias metabólicas entró en funcionamiento el día 02.09.2019, por lo que no hubo ningún vertimiento de I-131 durante el mes de noviembre. Se estima una actividad generada máxima de 3829 mCi de I-131.

Proyecto - Porcentaje de implementación del sistema de gestión de residuos radioactivos líquidos
Fórmula: $\{ \text{No. actividades ejecutadas implementación del sistema de gestión de residuos radioactivos líquidos} \} / \{ \text{Total ctividades programadas implementación sistema de gestión de residuos radioactivos líquidos} \} * 100$



El contrato 632 con fecha de finalización el 31.08.2019, ha entregado el 100 % de la obra civil y el 90% del sistema de vertimientos, aún están pendiente ITEMS contractuales como la instalación de un bachimetro, re-diseño del detector de radiación del blindaje, entrega del detector ambiental, entre otros. El sistema entró en funcionamiento el 02.09.2019.

3. Programa de cuidados transicionales y centro de transición para el niño con cáncer y su familia en el Instituto Nacional de Cancerología

Horizonte de Proyecto: 2017 - 2020

Este proyecto finaliza en el 2018 con cumplimiento de las actividades programadas, pero con un bajo porcentaje de pacientes para su ejecución (9 pacientes en el año). Por lo que en el comité ADOHC ve viable el paso del proyecto para funcionamiento en el 2019.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2018 fue del 57%
De su apropiación inicial por \$ 93.805.377 millones se ejecutó el 98%

Para el 2019 por decisión de la Dirección general se decide dar cierre al proyecto por las siguientes razones:

- Desvinculación institucional de líder del Programa de Cuidados Transicionales para el niño con cáncer y su familia, y no delegación de funciones dentro del Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo para que de esta manera se pudiese garantizar la continuidad de las diferentes actividades propuestas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 44 de 162	

- Pérdida del talento humano vinculado directamente al Programa de Cuidados Transicionales para el niño con cáncer y su familia (Enfermera Profesional, Psicología).
- Insuficiente volumen de pacientes correspondientes a la Población Pediátrica con diagnóstico de cáncer que se pudiesen beneficiar de este programa de atención en salud.

4. Programa de atención domiciliaria

Horizonte de Proyecto: 2017 – 2019

Este programa contaba con fecha de cierre en 2018 pero se solicitó una extensión del cronograma de tiempo por 1 año para el 2020. En donde se pueda dar mejor ejecución en el proyecto logrando contratar los perfiles médicos requeridos y apoyo administrativo para las autorizaciones con las aseguradoras.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2018 fue del 65%
De su apropiación inicial por \$ 292.017.737 millones se ejecutó el 18%

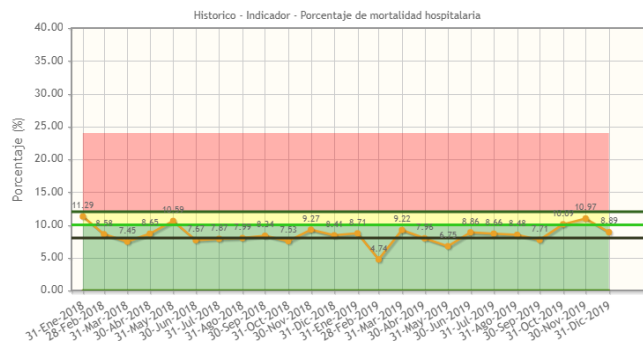
Para el 2019 la prestación de servicios de atención Domiciliaria, programación de agenda médica a los pacientes nuevos que ingresan al programa, se realizó atención telefónica, seguimiento de historias clínicas.

*El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 80%
De su apropiación inicial por \$ 273. 021.493 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 75%.*

Indicadores

Porcentaje de mortalidad hospitalaria

Fórmula: $\left\{ \frac{\text{Número de pacientes que fallecen en el periodo}}{\text{Total de pacientes que egresan de Hospitalización y GAICA}} \right\} * 100$

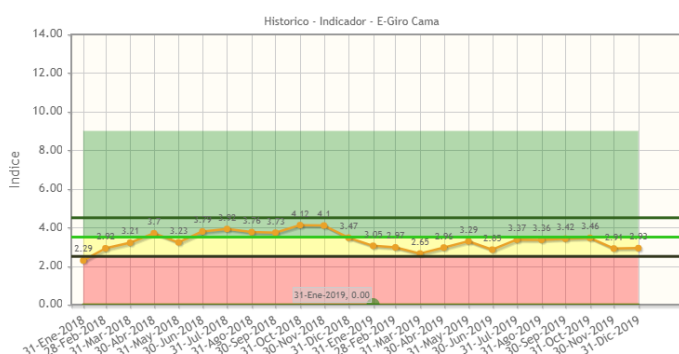


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 45 de 162			

En el mes de diciembre de 2019 se presentó un índice de mortalidad 8.89% que de forma comparativa con el mismo período en el año anterior 2018 es muy similar. Tiene una tendencia a mantenerse dentro del rango estimado para la Población atendida en el INC En la revisión de los escenarios la mayor mortalidad se presenta en GAICA, probablemente relacionado con falta de disponibilidad de cama en área de hospitalización.

E-Giro Cama

Fórmula: $\{\text{Total de egresos de hospitalización.}\} \mid \{\text{Total camas disponibles}\} * 1$



Hematología 1349 94 Pediatría 1194 80 Gastroenterología. 629 57 Cirugía CyC 418 34 el giro cama se ha mantenido estable salvo ciertas estancias hospitalarias prolongadas cuya causa es más por deficiente red de apoyo social mas no por casos clínicos, con la intervención de Gaica quien más solicita hospitalizaciones la estancia, así como el giro se podrían seguir manteniendo el programa ATSA ha contribuido bastante al giro cama.

5. Fortalecer las aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer, cumplimiento las regulaciones vigentes de buenas practicas de producción de radiofarmacia

Horizonte de Proyecto: 2017 – 2020

Para el cumplimiento de las exigencias de la normatividad en la implementación del sistema de buenas prácticas de manufactura, sistema de buenas prácticas de Laboratorio de Control de calidad y sistema de calidad de Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos. se realizaron algunas adecuaciones en infraestructura y calibración, validación, y calificación de equipos, la gestión documental y 5 capacitaciones a Químicos Farmacéuticos, Tecnólogos de Medicina Nuclear, Físicos Médicos, personal administrativo, Médicos nucleares e inspectores de las entidades regulatorias del país en la implementación de las buenas prácticas de elaboración de radiofármacos, acordes a la resolución 4245/2015. Y las validaciones en los diferentes sistemas se encuentran en proceso con las diferentes adquisiciones de equipos y materiales.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2018 fue del 76%
De su apropiación inicial por \$ 224.862.674 millones se ejecutó el 75%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 46 de 162	

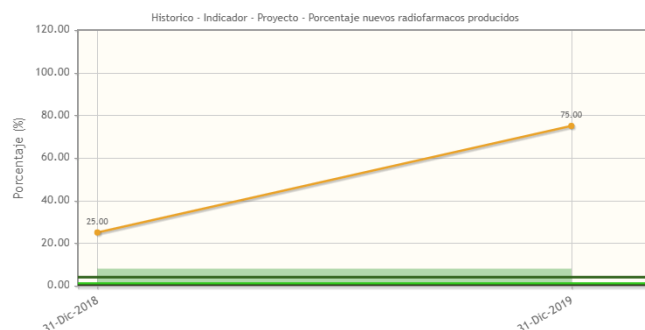
Para el 2019, fecha programada de cierre del proyecto se solicitó una extensión de tiempo para el 2020 (3 meses) el cual fue aprobado por el comité científico para poder culminar la ejecución del objetivo específico "Implementar el sistema de calidad de buenas prácticas de manufactura, para producción de cápsulas ¹³¹I yoduro de sodio" con alto impacto en tratamiento del cáncer de tiroides con las actividades de: a) Subsanación de hallazgos criterios de la resolución 4245 de 2015, para la certificación de capsulas de yodo b) Reunión para la evaluación Criterios y verificación de actividades y c) Elaboración de Informe final del proyecto. el comité ADOHC aprobó la extensión por 1 año dado que la visita solicitada al Invima para la certificación no fue realizada por el ente en el 2019 y que dependemos de la agenda de ellos para la certificación en el INC.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 81%
De su apropiación inicial por \$ 437.671.241 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 21%.

Indicadores

Proyecto - Porcentaje nuevos radiofármacos producidos

Fórmula: $\frac{\{\text{Número de radiofármacos nuevos producidos}\}}{\{\text{Número total de radiofármacos proyectados}\}} \times 100$

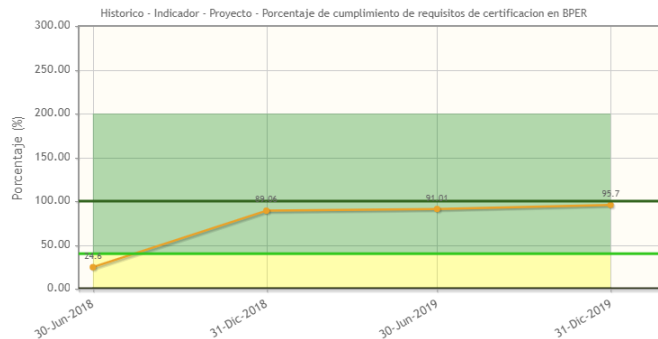


Para el año 2019 se elaboraron 2 nuevos radiofármacos, que son: 1) Carbono (¹¹C-Colina), 2) Galio (⁶⁸Ga-Dotanoc) de los cuatro (4) nuevos radiofármacos del proyecto "fortalecimiento de las aplicaciones clínicas de PET". se cuenta, con un acumulado de 3 radiofármacos, logrando un avance del 50% para el año 2019 en comparación al año 2018 que se tenía del 25%. logrando un resultado del 75%.

Proyecto - Porcentaje de cumplimiento de requisitos de certificación en BPER

Fórmula: $\frac{\{\text{Número de hallazgos que se han subsanado de la certificación en BPER}\}}{\{\text{Número de hallazgos encontrados con incumplimiento de la certificación en BPER}\}} \times 100$

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 47 de 162	



6. Innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del Instituto Nacional de Cancerología para el manejo del cáncer

Horizonte de Proyecto: 2018 – 2022

Este proyecto contó con acta de inicio en junio de 2018, lo cual retrasó el desarrollo de las actividades programadas del proyecto al igual la ejecución presupuestal.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2018 fue del 26%
De su apropiación inicial por \$ 351.754.624 millones se ejecutó el 42%.

Para el 2019 este proyecto presentó avance en la ejecución de las actividades programadas, y se solicitó una extensión de tiempo por un año (2022) el cual fue aprobado por el comité científico para dar cumplimiento al objetivo del PDI “Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente”

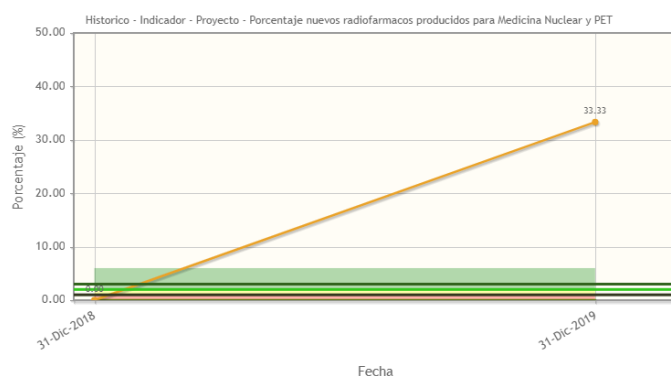
El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 38%
De su apropiación inicial por \$ 474.679.194 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 57%.

Indicadores

Proyecto - Porcentaje nuevos radiofármacos producidos para Medicina Nuclear y PET

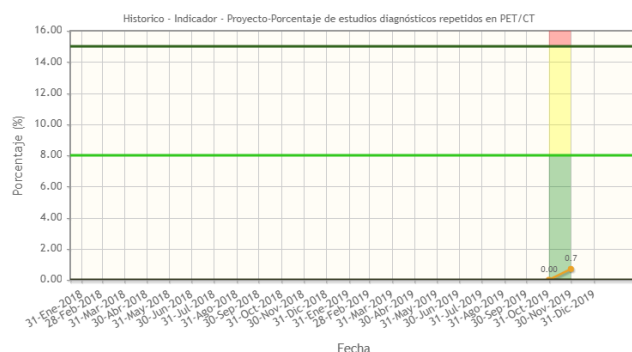
Fórmula: $\left\{ \frac{\text{Número de radiofármacos nuevos producidos para Medicina Nuclear y PET}}{\text{Número total de radiofármacos proyectados para Medicina Nuclear y PET}} \right\} \times 100$

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 48 de 162			



Proyecto- Porcentaje de estudios diagnósticos repetidos en PET/CT

Fórmula: $\{\text{Número de estudios diagnósticos que se repiten en medicina nuclear PET/CT}\} \div \{\text{Total de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear PET/CT}\} * 100$

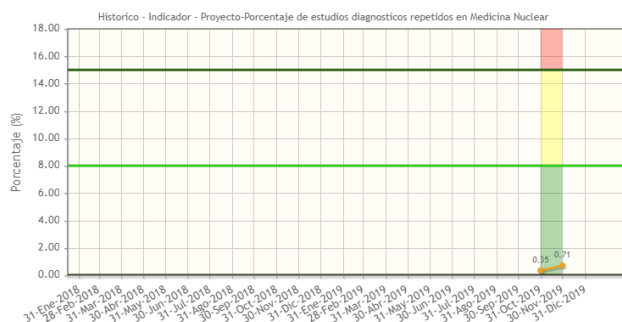


Para el mes de noviembre hubo un (01) estudio a repetir de Ga68 Dota, debido a la pérdida de imágenes del equipo de adquisición para el procesamiento de las mismas por memoria insuficiente (disco duro) lo que hizo que no quedaran guardadas esas imágenes en el sistema. Con respecto al mes anterior hubo incremento de un estudio a repetir por una falla en el sistema. La estrategia que se implementó para el mes siguiente fue hablar con el proveedor, quien realizó el diagnóstico del equipo y procedió a hacer el cambio del disco duro para evitar el mismo inconveniente y no volver a tener repetición en estos estudios por tema de equipos.

Proyecto- Porcentaje de estudios diagnósticos repetidos en Medicina Nuclear

Fórmula: $\{\text{Número de estudios diagnósticos que se repiten en medicina nuclear}\} \div \{\text{Total de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear}\} * 100$

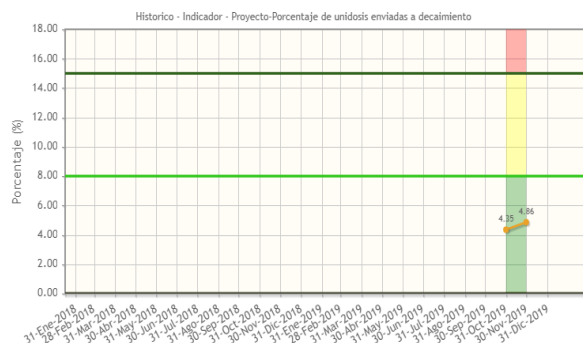
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 49 de 162			



Para el mes de noviembre solo hubo cuatro (04) registros de estudios a repetir en Medicina Nuclear Convencional, lo que corresponde a: Dos de ellos fue por marcación de ganglio centinela, se hace la técnica correcta de la aplicación del radiofármaco y no migra de forma satisfactoria, es decir que no va al sitio de interés -ganglio linfático (por edad del paciente, piel cicatrizada, o algunas condiciones específicas del paciente) por causas ajenas al radiofármaco y a la técnica usada. Los otros dos corresponden a estudios renales (filtración glomerular) donde se inyecta el radiofármaco y se adquiere la imagen, pero después no se puede observar en el sistema porque no se guardó automáticamente como es usual y se borró la adquisición dinámica de los mismos. Esto corresponde a un 0.71 % del total de los estudios diagnósticos realizados en el mes que fueron 556. Con respecto al mes anterior se observa un incremento en 2 repeticiones, pero por causas diferentes al mes pasado y que en este caso no se pudieron controlar. La estrategia que se implementa para el siguiente mes es la verificación que las imágenes diagnósticas se encuentren en el sistema antes de retirar al paciente y no tener incrementos de estudios a repetir por éstas mismas causas.

Proyecto- Porcentaje de unidosis enviadas a decaimiento

Fórmula: $\frac{\{\text{Número de unidosis enviadas a decaimiento}\}}{\{\text{Total de unidosis recibidas en el servicio}\}} \times 100$



En el mes de noviembre se solicitaron 801 dosis en la plataforma CARECLOUD, de las cuales se fueron a decaimiento 39 unidades, lo que corresponde al 4.8% del total de las dosis solicitadas. con respecto al mes anterior se observa una disminución en las unidades decaídas pero un incremento en el

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 50 de 162			

porcentaje debido a que hubo menos dosis solicitadas, el mes anterior se solicitaron 941 y este mes solo 801. La discriminación de este porcentaje se representa así, el 82% fue por no asistencia del paciente, 4% por sucesos no controlables por parte del servicio, el 3% por situaciones administrativas y el 11% por pacientes que estaban hospitalizados. Se continúa con la estrategia implementada con reuniones de concientización con los tecnólogos y demás involucrados para confirmar pacientes y evitar la alta pérdida de dosis.

7. Programa institucional para la identificación y manejo de familias con sospecha de cánceres hereditarios

Horizonte de Proyecto: 2018 - 2020

De las actividades programadas para el 2018 se cumplieron en un 87% Capacitar al recurso humano multidisciplinario vinculado al programa (médicos especialistas tratantes, médicos genetistas, técnicos de laboratorio y psicólogo, entre otros) en conceptos básicos relacionados con el proceso de consejería genética en nuestro contexto e implementar un sistema de registro de los casos índice y familiares con alta sospecha de cáncer hereditario remitidos a consejería genética (incluyendo los síndromes hereditarios y los casos familiares), para fines de seguimiento clínico y de reporte epidemiológico, lo que además servirá para el monitoreo y evaluación de la pertinencia y la aplicabilidad del programa.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2018 fue del 33%
De su apropiación inicial por \$ 155.393.763 millones se ejecutó el 99%.

Para el 2019 la consulta de consejería genética en cáncer, pre y post-test, a los casos o familias remitidas por los especialistas tratantes a los médicos genetistas del INC- E.S.E, se continuó con la implementación del sistema LIMS para el registro de los casos índice y familiares remitidos a consejería y se generan los reportes de las actividades desarrolladas.

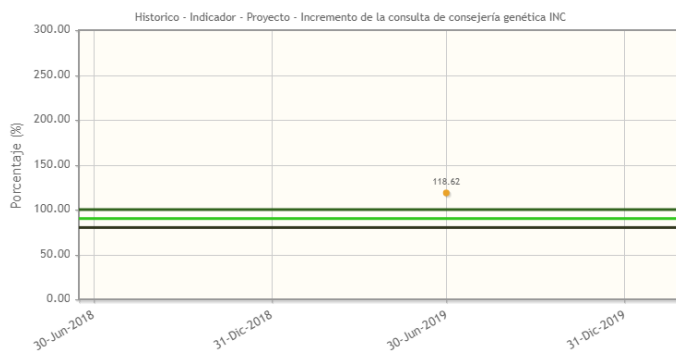
El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 65%
De su apropiación inicial por \$315.062.720 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 73%.

Indicadores

Proyecto - Incremento de la consulta de consejería genética INC

Fórmula: $\frac{\{\text{Número de consultas del año en curso}\} - \{\text{Número de consultas de genética del año anterior}\}}{\{\text{Número de consultas de genética del año anterior}\}} \times 100$

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 51 de 162			



Este indicador se debe replantear, pues no debe ser un porcentaje sino una razón. En este sentido, el valor correcto es que, en el año 2019, se incrementó la consulta de genética un 1,18 veces respecto al año anterior.

8. Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada

Horizonte de Proyecto: 2018 – 2021

Durante el 2018 se realizó la descripción y ajustes de la ficha del proyecto sobre el grupo de interesados y alcance de este, del presupuesto aprobado se realizó la compra de los monitores de signos vitales y central de monitoreo para el piso de hospitalización de hematología.

No se logró el acta de inicio durante este año ni ejecución de actividades del proyecto, de su apropiación inicial por \$ 442.750.821 millones se ejecutó el 67%.

Para el 2019 se realizaron varias mesas de trabajo en la dirección general en donde se logró definir el alcance del proyecto, grupo de interesados y área para el desarrollo del proyecto liderado por el grupo de hematología. En el mes de octubre se logra el acta de inicio del proyecto y se realizan actividades del proyecto en relación con la atención de pacientes por el escenario ATSA de manera ambulatoria y hospitalaria. Los recursos asignados para esta vigencia fueron liberados ya que estaban destinados a la compra de equipos para el área de atención ambulatoria la cual no se encontraba definida.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 5%

De su apropiación inicial por \$ 350.859.597 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 0%.

9. Atención perioperatoria integral del cáncer, una estrategia para generar los mejores resultados posibles y el mayor valor en el paciente quirúrgico del instituto nacional de cancerología

Horizonte de Proyecto: 2018 – 2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 52 de 162	

Este proyecto fue presentado y aprobado en el 2018 y logró su acta de inicio en abril de 2019, durante el 2019 presentó dificultades en la ejecución con relación al desarrollo de los consensos médico-quirúrgicos.

Se solicitó una extensión de tiempo por un año (hasta el 2022) el cual fue aprobado por el comité científico de diciembre de 2019 para dar cumplimiento a la meta del PDI: “Optimizar el programa de cirugía ambulatoria” e indicadores: a) proyecto de cirugía ambulatoria diseñado, presentado, aprobado y articulado con APIC (2020) y b) porcentaje de cirugías ambulatorias realizadas. Levantar línea de base.

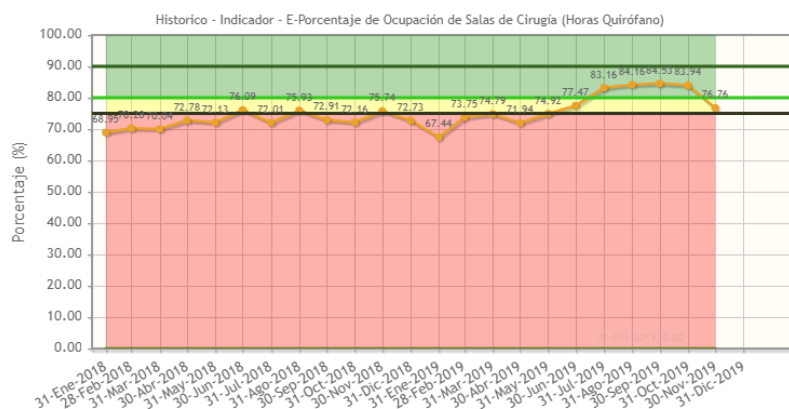
El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 31%

De su apropiación inicial por \$ 10.800.000 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 99 %.

Indicadores

E- Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano)

Fórmula: $\{ \text{Sumatoria total de Horas Quirófano Utilizadas} \} / \{ \text{Total de Horas Quirófano Disponibles} \} * 100$



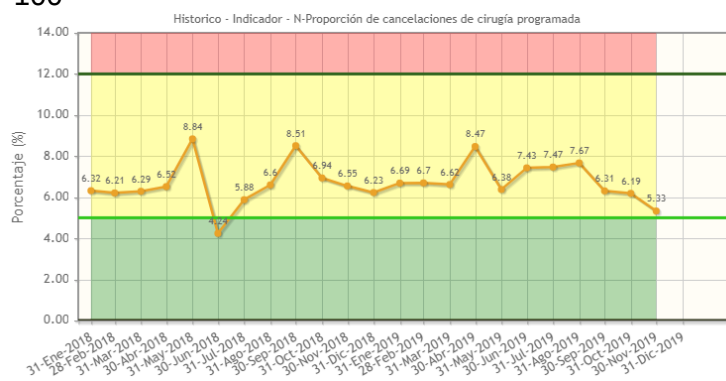
77% de uso de quirófanos en el mes de noviembre, disminución con respecto al mes anterior, 1454 horas utilizadas de 1894 disponibles (12 horas de quirófano diario los fines de semana, a pesar de que la capacidad instalada es de 8 salas de cirugía). el valor de este mes va en consonancia con una disminución del número de pacientes programados a 525 y en el número de pacientes totales de 564, lo que a su vez general menor ocupación de los quirófanos. considero este valor como el promedio que se ha manejado este año , recalando que en los últimos 4 meses hubo un aumento notorio del número total de pacientes operados y por ende del uso de salas de cirugía este año se llevan 120 procedimientos extramurales (fuera de salas de cirugía) más que el año anterior, lo que ha sido una fortaleza que ha permitido aumentar el número de pacientes atendidos en este año y que indica la utilidad del servicio a la hora de prestar apoyo a otras dependencias. 247 pacientes programados más este año que el año anterior y 390 pacientes totales más el grupo fue capaz de sortear de manera efectiva los problemas de colapso en recuperación de cirugía por falta de camas en pisos y no detener

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 53 de 162	

el desarrollo del programa quirúrgico diario en cuanto a la operatividad del servicio, continuamos con los problemas de recambios prolongados de pacientes, el cual se intentara corregir con la ayuda del área de planeación se hará informe y discusión en la reunión de EPM del servicio.

N-Proporción de cancelaciones de cirugía programada

Fórmula: $\{\text{Número total de Cirugías canceladas en el periodo}\} \div \{\text{Número de Cirugías programadas en el periodo}\} * 100$



5.3% de cancelación de cirugía programada en el mes de noviembre, el dato más bajo del año , con un número absoluto de cancelaciones de 28 pacientes, lo que refleja el interés por parte de los servicios quirúrgicos de afrontar y controlar la cancelación de cirugía programada. es importante en el análisis enfatizar que el indicador está bajo porque hubo una disminución de su denominador que es el número de cirugías programadas , el cual estuvo bajo en comparación a los meses previos, lo que es normal debido a que si se hace poca cirugía debe haber poca cancelación como fue el caso del mes de noviembre cambio en la conducta quirúrgica fue la principal causa de cancelación , seguida de prolongación del tiempo quirúrgico y el síndrome gripal, lo que en general no evidencia cambios en lo que siempre se ha manejado dentro de lo corrido del año, 46% atribuible al paciente y 54% atribuible a la institución se hará revisión de este indicador en la reunión de EPM del servicio

10. Hospital Universitario- Instituto Nacional de Cancerología

Horizonte de Proyecto: 2018 – 2023

Este proyecto fue presentado y aprobado en el 2018 y logró su acta de inicio en el 2019.

Para el 2019 se realizó la actualización del censo docente del INC, verificación y evaluación de cuantos docentes tienen el reconocimiento docente de las IES y gestionar para quienes no tengan este reconocimiento, se hizo la gestión para la adquisición del software para el almacenamiento y protección de la información de Docencia, pero se concluyó que no es posible contratar un servicio que no existe en el país.

El porcentaje de ejecución en el horizonte del proyecto al 2019 fue del 61%

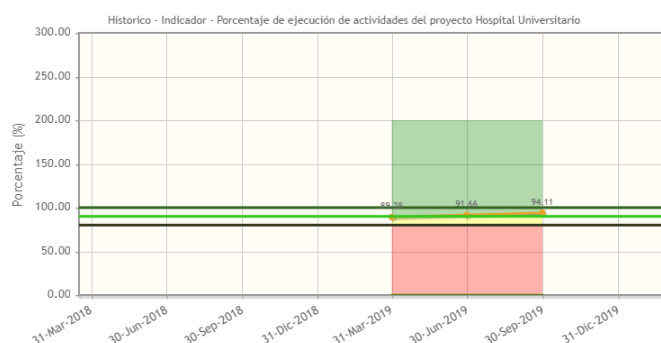
De su apropiación inicial por \$ 81.460.031 millones con corte al mes de noviembre de 2019 se ejecutó el 0 %.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 54 de 162			

Indicadores

Porcentaje de ejecución de actividades del proyecto Hospital Universitario

Fórmula: $\frac{\{\text{Número de actividades del proyecto Hospital Universitario programadas y ejecutadas en el período}\}}{\{\text{Número total de actividades del proyecto Hospital Universitario programadas}\}} * 100$



Para el segundo trimestre de 2019 el proyecto Hospital Universitario contaba con 24 actividades para ejecutar de las cuales se cumplieron 22 para un indicador de ejecución del 91,66% de este trimestre. Las 2 actividades que no se cumplieron fueron: 1. Aplicar la lista de verificación a todos los requisitos definidos para los escenarios de práctica y 2. Realizar un estudio de costo beneficio de las relaciones docencia servicio y la prestación de servicios de salud en el INC. La actividad número 1 está incluida en la asesoría externa contratada para el proyecto Hospital Universitario en donde se dejaron como productos entre otros la autoevaluación como escenario de práctica y el estudio costo beneficio se inició a construir y en el tercer trimestre se entregará en conjunto con la oficina de Planeación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 55 de 162	

1.17 SERVICIO AL CIUDADANO

Tabla 6. Fallos de tutela 2018 - 2019

FALLOS DE TUTELA 2018-2019				
ANO	MES	No. FALLOS EN CONTRA	CANTIDAD	CAUSAS
2018				
	ABRIL	1		DAR SERVICIOS LABORATORIOS NO AUTORIZADOS
	JUNIO	1		AUTORIZAR Y PRESTAR SERVICIOS
	AGOSTO	1		GARANTIZAR TRASPORTE
	SEPTIEMBRE	3		AUTORIZAR Y DAR SERVICIOS
				TRATAMIENTO INTEGRAL
				TRATAMIENTO INTEGRAL
	OCTUBRE	1		PROGRAMAR SERVICIOS
	NOVIEMBRE	1		TRATAMIENTO INTEGRAL
TOTAL			8	
2019				
	FEBRERO	2		ENTREGA Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTO NO POS
				TRATAMIENTO INTEGRAL
	MARZO	1		AUTORIZAR Y PRACTICAR TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIAS
	ABRIL	2		TRATAMIENTO YODOTERAPIA
				AUTORIZAR Y ENTREGAR MEDICAMENTO
	MAYO	3		PROGRAMAR FECHA SERVICIOS
				PRESTACION SERVICIOS
				PROGRAMACION PROCEDIMIENTOS
	JUNIO	8		CONTINUAR TRATAMIENTO
				PRESENTAR EN JUNTA MEDICA
				TRATAMIENTO INTEGRAL
				REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
				PRESTACION DE SERVICIOS
				PROCEDIMIENTO Y CONTROLES
				CONTINUAR TRATAMIENTO
				CONTINUAR PROCEDIMIENTOS Y CONTROLES
	JULIO	5		TRATAMIENTO INTEGRAL, PRESTACION DE SERVICIOS
				PRESTACION DE SERVICIOS
				PRESTACION DE SERVICIOS
				PRESTACION DE SERVICIOS
				PRESTACION DE SERVICIOS
	AGOSTO	1		TRATAMIENTO INTEGRAL
	SEPTIEMBRE	6		PROGRAMAR PROCEDIMIENTO
				PROGRAMACION CITA CON FECHA Y HORA EN MEDICINA NUCLEAR
				TRATAMIENTO INTEGRAL
				PRESTACION DE SERVICIOS
				CONTROL POR ESPECIALIDAD EN UROLOGIA
				CONTINUIDAD EN SERVICIOS
	OCTUBRE	2		CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
				PRACTICA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS
	NOVIEMBRE	4		TRATAMIENTO INTEGRAL
				CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
				TRATAMIENTO INTEGRAL
				REALIZACION CICLO DE QUIMIOTERAPIA SIN CUOTA MODERADORA
	DICIEMBRE	2		PRACTICAR PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTO INTEGRAL
				TRATAMIENTO INTEGRAL
TOTAL			36	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 56 de 162	

2. SUBDIRECCION DE INVESTIGACIONES, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y PREVENCIÓN.

La Subdirección General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención tiene por objetivos generar conocimiento científico de alto impacto nacional e internacional, a través del desarrollo de proyectos o programas de investigación propios, y del apoyo técnico-científico y metodológico a proyectos o programas de las otras subdirecciones del Instituto Nacional de Cancerología, para contribuir al control del cáncer en Colombia; así mismo, se encarga de diseñar, desarrollar e implementar acciones de vigilancia epidemiológica, control del riesgo, detección temprana, evaluación y seguimiento de servicios oncológicos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Nuestra subdirección está conformada por: el Grupo Área de Investigaciones, el Grupo Área Salud Pública y el Grupo Área Análisis de Datos, y tiene a su cargo seis procesos misionales, que son:

1. El Proceso de Investigación, cuyo objetivo es generar o actualizar el conocimiento científico en cáncer, enmarcado en las líneas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia. El alcance de este objetivo cubre desde la formulación de la idea de investigación hasta el cierre técnico-científico y administrativo/financiero del estudio, a través de los siguientes procedimientos:

INV-P01 - Procedimiento para investigación institucional
 INV-P02 - Procedimiento para investigación extrainstitucional
 INV-P03 - Procedimiento para laboratorio de investigaciones
 INV-P04 - Procedimiento para banco nacional de tumores Terry Fox
 INV-P05 - Procedimiento para gestión y análisis de datos

2. El Proceso de Salud Pública, cuyo objetivo es diseñar, desarrollar e implementar acciones en control del riesgo, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y vigilancia epidemiológica para el control del cáncer en Colombia. El alcance de este objetivo cubre el diseño, la implementación y evaluación de proyectos y acciones de salud pública para el control del cáncer en Colombia a través de los siguientes procedimientos:

SPB-P01 - Procedimiento para prevención y detección temprana del cáncer en Colombia
 SPB-P02 - Procedimiento para vigilancia epidemiológica del cáncer
 SPB-P03 - Procedimiento para políticas y movilización social
 SPB-P04 - Procedimiento para evaluación y seguimiento de servicios oncológicos

2.1 LOGROS

2.1.1 Desarrollo de acciones de Salud pública

En este aspecto la Subdirección de Investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención participó activamente en la promulgación de dos leyes:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 57 de 162	

- La Ley de prohibición del asbesto (Ley promulgada como número 1968 de julio de 2019), conocida como la Ley Ana Cecilia Niño. En la figura 10 se encuentra el reconocimiento al Instituto por parte de la autora del proyecto, Nadia Blel Scaff.
- La Ley de control de emisiones contaminantes de fuentes móviles (Ley promulgada con el número 1972 de julio de 2019). En la figura 11 se encuentra el reconocimiento al Instituto por parte de la autora, Angélica Lozano Correa.



Figura 10. Tweet de Nadia Blel Scaff reconociendo el apoyo del INC a la Ley promulgada como número 1968 de julio de 2019, conocida como la Ley Ana Cecilia Niño.



Figura 11 Tweet de Angélica Lozano Correa reconociendo el apoyo del INC a la Ley de control de emisiones contaminantes de fuentes móviles (Ley promulgada con el número 1972 de julio de 2019).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 58 de 162	

El día 9 de diciembre de 2019 se llevó a cabo un debate académico sobre el proyecto de ley que cursa actualmente en el Congreso de la República respecto a la tamización en cáncer de mama, con la participación de la Dirección General, Subdirección de atención médica y docencia y la Subdirección general de investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención, a través del Grupo área de salud pública, las sociedades científicas, los ponentes del proyecto de ley, comunidad general y diferentes actores del sistema de salud. En este debate se realizó una discusión técnica y científica sobre los diferentes apartes del contenido de este proyecto de ley y a partir de esta sesión de debate se realizaron acercamientos con los congresistas ponentes los cual ha permitido que se puedan generar espacios de discusión y posibles acuerdos respecto a la norma en curso (Figura 12).



Figura 12. Difusión generada para el debate académico propiciado por el Instituto Nacional de Cancerología sobre el proyecto de ley sobre cáncer de mama

2.2 INVESTIGACION INSTITUCIONAL

2.2.1 Proyectos por línea de investigación

En cumplimiento del objetivo del proceso de investigación de generar o actualizar el conocimiento científico en cáncer, enmarcado en las líneas de investigación definidas por el INC, durante el año 2019 se iniciaron 38 proyectos y estuvieron en curso un total de 130 (Figura 13).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 59 de 162	

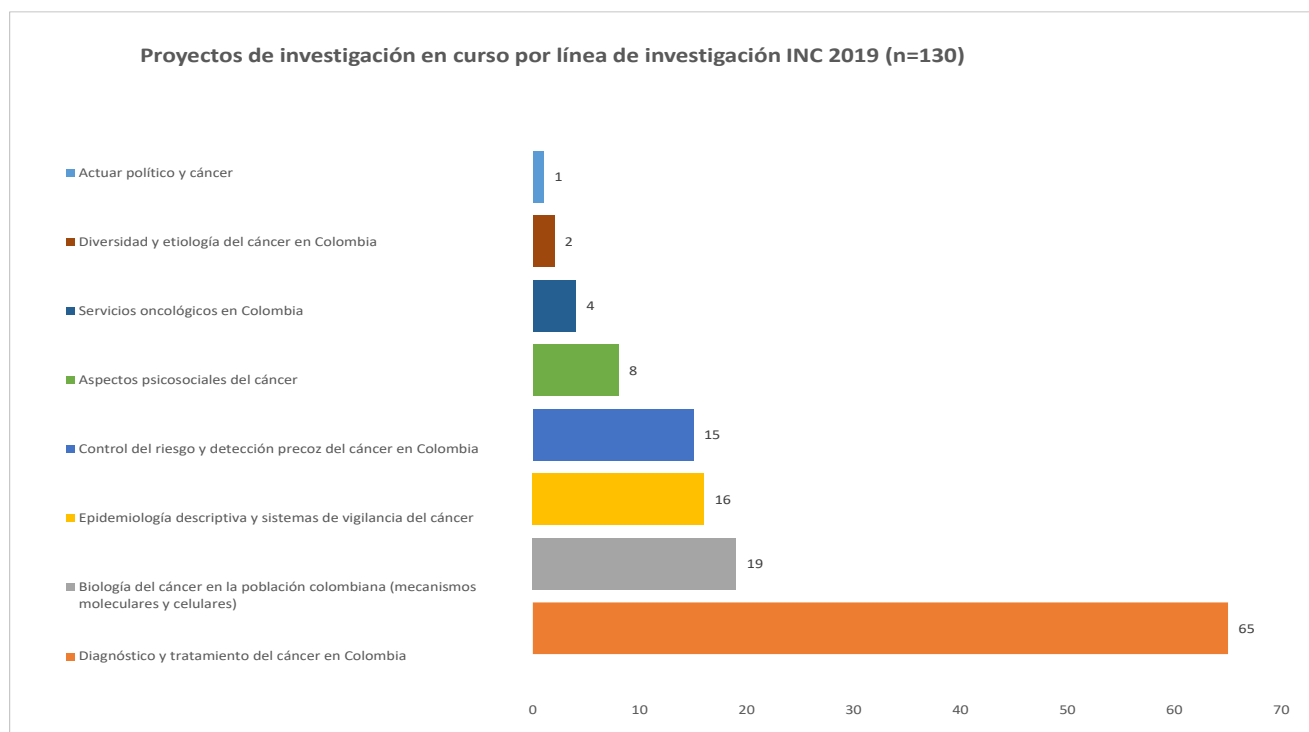


Figura 13: Proyectos de investigación en curso durante 2019 por líneas de investigación (n=130)

La línea que mayor número de proyectos de investigación posee en curso en el momento, es la línea de diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia con el 50% de los proyectos, lo cual esta relacionada con los trabajos de promoción de los especialistas y subespecialistas del área clínica. Sin embargo, como a ocurrido de manera histórica, las líneas de *Actuar Político y Cáncer* y *Servicios Oncológicos en Colombia*, se encuentran muy rezagadas, lo cual hay que mirar desde distintos ángulos, empezando por considerar la revisión de líneas que se realizará en 2020. La línea de *Diversidad y Etiología del Cáncer en Colombia*, si ha sido una línea que ha venido disminuyendo su productividad desde hace más de cinco años y en la cual se debe promover de manera especcual en trabajo en red a nivel nacional e internacional.

La Tabla 7 muestra la distribución por frecuencia de los estudios, según línea de investigación, durante los últimos 5 años. Esta tabla respalda la necesidad de trabajar desde nuestra Subdirección para generar proyectos de investigación que respondan preguntas de las líneas más desatendidas y que son relevantes para la generación de conocimiento integral en cáncer en Colombia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 60 de 162	

Tabla 7. Proyectos nuevos por línea de investigación, aprobados anualmente por el Comité de Ética e Investigación, en los últimos cinco años.

Líneas de Investigación	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia	15	19	9	16	28	87
Control del riesgo y detección precoz del cáncer en Colombia	2	1	4	4	4	15
Aspectos psicosociales del cáncer	4	4	2	3	2	15
Epidemiología descriptiva y sistemas de vigilancia del cáncer	5	1	2	9	8	25
Biología del cáncer en la población colombiana (mecanismos moleculares y celulares)	4	3	3	5	5	20
Actuar político y cáncer	0	1	0	0	1	2
Diversidad y etiología del cáncer en Colombia	1	0	0	0	0	1
Servicios oncológicos en Colombia	0	3	0	1	0	4
Total	31	31	20	38	48	169

2.2.2 Proyectos cerrados

Durante el 2019 hubo 78 estudios programados para cierre de los cuales en el 64% se logró la meta (n=50). Como se puede observar en la figura 14, en el año 2018 hubo un descenso a 25%, y en este año logro recuperarse a la misma cifra de 2017.

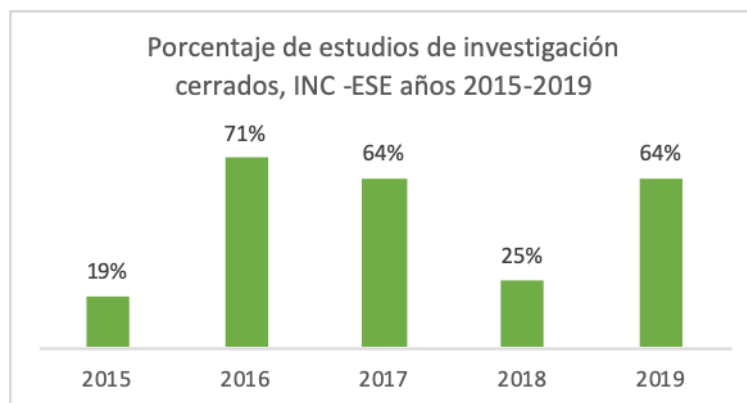


Figura 14. Porcentaje de estudios de investigación cerrados en los últimos cinco años en el INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 61 de 162	

2.2.3 Publicaciones

La producción científica del INC, generada como resultado de los proyectos de investigación institucional, de los programas de salud pública y del programa guías y protocolos se describe en la Tabla 8.

Tabla 8. Producción científica del INC en el año 2019

Producción Científica - año 2019	
Tipo de publicación	2019
Artículos Aprobados	25
Artículos Publicados	23
Capítulo de Libro	1
Boletines Electrónicos	12
Ponencias en Eventos Científicos	81
Total, productos	142

Durante el 2019 se publicaron 23 artículos en revistas indexadas, de los cuales 7 fueron en revistas internacionales. De estos productos, 18 son de la subdirección de investigaciones y 6 fueron publicados en revistas indexadas ISI.

Una revisión de la tendencia histórica de los últimos 4 años muestra que, en el año 2015 hubo un mayor número de publicaciones en revistas nacionales, mientras que para los años 2016 y 2017 la relación fue inversa. En los años 2018 y 2019, dicha relación vuelve a ser a favor de las publicaciones en revistas nacionales (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución del tipo de publicación según revista nacional o internacional.

Tipo de publicación	2015	2016	2017	2018	2019
Artículos publicados en revistas internacionales	10	15	12	7	7
Artículos publicados en revistas nacionales	33	9	7	22	16
Total	43	24	19	29	23

De otro lado, el número de citaciones de las publicaciones realizadas (factor de impacto), medidas en Google Scholar, muestra una tendencia al aumento desde el año 2015, alcanzando la cifra de 3,64 citaciones en promedio durante los dos años posteriores a la publicación. Lo anterior es de gran importancia, pues es un reflejo del creciente impacto de nuestros artículos en el medio científico, y por ende, de la calidad de nuestros proyectos de investigación y resultados (Figura 15).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 62 de 162	

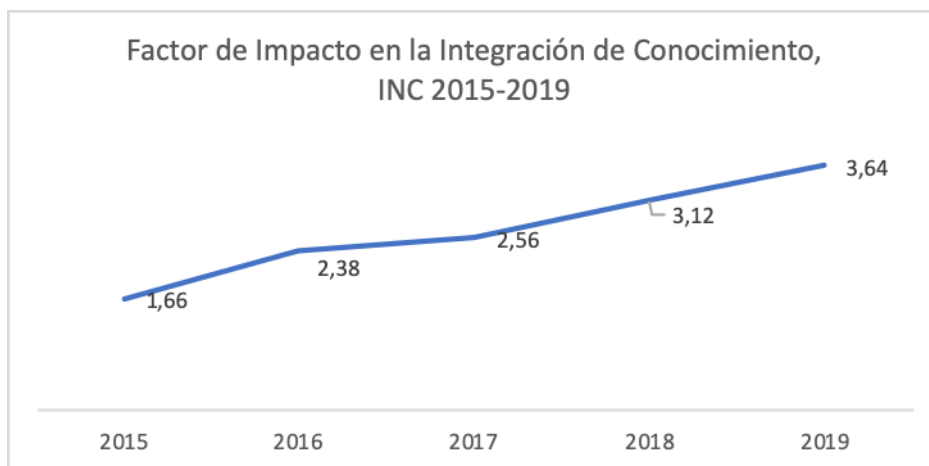


Figura 15. Factor de impacto en integración de conocimiento de las publicaciones realizadas en el INC (2015 – 2019)

2.2.4 Ponencias

En la misma línea de la difusión e impacto de nuestros resultados de proyectos de investigación, podemos ver un aumento importante en el número de ponencias en modalidad oral o póster, respecto a años anteriores, con 81 ponencias en el 2019 comparado con un promedio de 52 ponencias entre el 2016 al 2018 (Tabla 10). Este aumento tan significativo puede explicarse en parte por la realización de las Jornadas de Investigación en Cáncer en el marco del Congreso de los 85 años del INC en el 2019.

Tabla 10. Ponencias en eventos científicos

Producción científica					
Tipo de producción	2016	2017	2018	2019	Total
Ponencias en Eventos Científicos	48	51	56	81	236

2.3 INVESTIGACIÓN EXTRAINSTITUCIONAL

Como desarrollo del procedimiento de investigación extrainstitucional, durante el año 2019 estuvieron en curso 20 ensayos clínicos, dieciocho estudios de la industria farmacéutica y dos estudios en cooperación internacional (OMS y SWOG Cancer Research Network). Además, 25 estudios desarrollados en el marco de diferentes convenios con instituciones académicas. En la figura 16 se observa una tendencia estable en los últimos cinco años del total de proyectos institucionales y extrainstitucionales en curso, y en la tabla 11 muestra los ensayos clínicos desarrollados en el INC en el año 2019, describe el patrocinador y el área de interés del estudio.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 63 de 162	



Figura 16. Proyectos de investigación institucional y extrainstitucionales en curso (años 2015-2019)

Tabla 11. Ensayos clínicos en ejecución durante el 2019

Título del estudio	Área de interés	Patrocinador
APHINITY	Cáncer de mama	Laboratorios Roche de Colombia
S1007	Cáncer de mama	South Western Oncology Group
C16021	Mielomas	PPD
KX-ORAX-001	Cáncer de mama	Kinex Pharmaceuticals
CHRONOS-3	Linfomas	Bayer
KEY-NOTE-158	Tumores sólidos	MSD de Colombia
CA209-649	Cáncer de esófago	BMS
S1316	Cáncer gastrointestinal	INC/SWOG
KEYNOTE-355	Cáncer de mama	MSD de Colombia
3475-522	Cáncer de mama	MSD de Colombia
KEYNOTE-564	Cáncer de riñón	MSD de Colombia
FLABRA	Cáncer de ovario	AstraZeneca
CA209-648	Cáncer gastrointestinal	BMS
MO29872	Cáncer de pulmón	Roche
LACOG 0615	Cáncer de mama	LACOG/Roche
CA224-047	Melanoma	BMS
PANORAMA - RETRO	Cáncer de pulmón P	Astra Zeneca
DASA/BOSU	Leucemia mieloide crónica	JSS
KEYNOTE-826	Cáncer cervical	MSD
MK3475 KN 859	Cáncer gástrico	MSD
MK7902-002	Cáncer de hígado	MSD
MK7339-002	Tumores Sólidos	MSD

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 64 de 162	

2.4 INFORME DE LA REVISTA NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (RCCAN).

La revista Colombiana de Cancerología es, en Iberoamérica, una revista de oncología en español con un buen posicionamiento y reconocimiento, debido a su presencia en Sciece Direct, Scielo, Embase y Lilacs. Para el año 2019, se trasladó el funcionamiento de la página web de la RCCAN <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer>, de Elsevier a el proveedor Biteca quien la desarrolló, implementó y dió soporte técnico, que es una empresa con experiencia en el manejo de plataformas editoriales de revistas como Biomédica del Instituto Nacional de Salud, las revistas de la Universidad Militar, Boletín Cultural bibliográfico del Banco de la República, y la revista de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. A través de esta implementación se obtuvo un mayor control y seguimiento de los manuscritos sometidos, a fin de mejorar la oportunidad de la evaluación de las publicaciones.

En la tabla 12 se muestran las categorías en las que fueron publicados los 26 manuscritos aceptados en la RCCAN durante el 2019. Durante el 2020, se ajustarán los indicadores de tiempos de oportunidad en días y discriminado por el tipo de respuesta, aceptado y rechazado, con el fin de llevar un adecuado seguimiento de esta actividad y evitar demoras innecesarias en las actividades del Comité Editorial.



Figura 17. Volúmenes publicados de la Revista Colombiana de Cancerología en 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 65 de 162	

Tabla 12. Categorías en las que fueron publicados los 26 manuscritos aceptados en la RCCAN en 2019

Referencia Vol (n), mes, año	Medio	Manuscrito	Número
*Rev Colomb Cancerol Vol 23 (4) Oct-Dic 2019	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	2
		Revisión de tema	0
		Subtotal	6
Rev Colomb Cancerol Vol 23 (3) Jul - Sep 2019	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Revisión	1
		Reporte de casos	2
		Subtotal	7
Rev Colomb Cancerol Vol 23 (2) Abr - Jun 2019	Electrónico	Editorial	1
		Originales	1
		Especial	2
		Reporte de casos	2
		Nota técnica	1
		Subtotal	7
Rev Colomb Cancerol Vol 23 (1) Ene - mar 2019	Electrónico	Editorial	1
		Originales	2
		Revisión de tema	1
		Reporte de casos	2
		Subtotal	6
TOTAL DE MANUSCRITOS PUBLICADOS			26

Fecha de corte 15 ene 2020

2.5 INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)

A partir de febrero del 2019, se inició la divulgación del nuevo Sistema para Sometimientos al CEI, se realizaron instructivos y un memorando para difundir la información sobre la nueva plataforma MetricsMed. Adicionalmente, se adjuntaron los manuales de operación de la plataforma y se realizó capacitación en el Auditorio Mario Gaitán Yanguas.

1. Capacitación Auditorio Mario Gaitán Yanguas para el manejo de la Plataforma - febrero 13 de 2019.
2. El 14 de enero de 2019 se divulgó, a través del correo del INC, la actualización del manual operativo del CEI y la actualización de los formatos que maneja el CEI.
3. El 13 de febrero de 2019, se socializó el Manual Operativo del Comité de Ética, y se realizó la capacitación en eventos adversos y visita INVIMA, mediante charlas realizadas por el Dr. Gustavo Hernández y Dra. Alba Lucía Cómbita.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 66 de 162	

4. El 27 de febrero de 2019, se realizó en el Auditorio Mario Gaitán Yanguas, la capacitación en la plataforma tecnológica MetricsMed para sometimientos en el CEI, capacitación realizada por la firma CAIMED.

2.6 GESTIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En el año 2018 se llevó a cabo la construcción del Sistema de Información del Grupo Área Análisis de Datos (SIGAAD), sistema que permitirá hacer el seguimiento completo de los proyectos de investigación que lleguen al Grupo, bien sea para construcción de aplicativos, gestión de bases de datos, consultoría estadística o análisis de datos.

Por otro lado, el GAAD ha liderado el proyecto de inteligencia de negocios (Bussines Intelligent), el cual permitirá acceder en tiempo real a la información institucional y tomar decisiones con base en indicadores trazadores. Para el año 2018 se planteó como meta el desarrollo de los siguientes siete modelos estratégicos para el INC:

- Normativo: análisis de la información contenida en el reporte de la Cuenta de Alto Costo.
- Diagnóstico: análisis de la ruta de un paciente desde que su primera atención en el INC hasta el diagnóstico y estadificación del tumor.
- Tratamiento: análisis de la ruta del paciente desde que se diagnostica hasta el tratamiento prescrito.
- Agendamiento: análisis de la oportunidad de citas, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y patología.
- Producción: análisis de la producción institucional (procedimientos realizados).
- Facturación: análisis de la facturación institucional.
- Productividad: análisis de los modelos de productividad institucional.

Al finalizar el año, la fase de desarrollo se encontró por encima del 90% y se planea finalizar en el mes de enero de 2019. Además, tres profesionales del GAAD recibieron capacitación como desarrolladores en el software (QlikSense)

Con respecto a la custodia y gestión de la información de los proyectos de investigación y programas institucionales que se captura a través de la plataforma RedCap, se venía haciendo archivo semanal (back up) de la información, a partir del segundo semestre del 2018, gracias a la gestión con el Grupo Área de Sistemas, se está haciendo diariamente, minimizando así el riesgo de pérdida de la información.

Adicionalmente, el grupo ha apoyado el análisis de los resultados del PGP con Capital Salud y ha participado continuamente en las reuniones de seguimiento.

Capacitaciones:

- Capacitación en análisis de datos genómicos.
- Participación en: Young Investigator Training Course

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 67 de 162	

Asistencia de la coordinadora del Grupo Área Análisis de Datos del INC al “Young Investigator Training Course” (YITC) realizado en Seattle en septiembre de 2018 y patrocinado por The Hope Foundation

2.7 LOGROS ESTRATEGICOS (POA)

Mejora en el posicionamiento de grupos de investigación reconocidos por Colciencias

La institución cuenta con once grupos de investigación avalados en el Sistema Nacional de Ciencia y tecnología, (Figura 18). Para el año 2019, siete grupos se encuentran clasificados y dentro de ellos el grupo de Salud pública y epidemiología del cáncer subió de categoría C a clasificación A1 y el grupo de Investigación en biología del cáncer se mantuvo en la más alta categoría, A1. El grupo de Clínica de seno y tejidos blandos del INC se encuentra reconocido. En 2019 se crearon y avalaron cuatro nuevos grupos de investigación en el INC:

- Grupo de Investigación en mieloma múltiple y linfomas
- Grupo de investigación en oncología radioterápica INC
- Grupo de investigación en cirugía de tórax Instituto Nacional de Cancerología
- Grupo de investigación en servicios de salud y cáncer (INC).

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

Figura 18. Resultados de convocatoria publicada el viernes 06 diciembre 2019 de clasificación de grupos de investigación.

<https://minciencias.gov.co/convocatorias/investigacion/convocatoria-nacional-para-el-reconocimiento-y-medicion-grupos-0>

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 68 de 162	

Restablecimiento de la Indexación en Publindex de la Revista Colombiana de Cancerología

En el mes de enero de 2019 se realizó la postulación para la indexación de la Revista Colombiana de Cancerología-RCCAN en el Índice Bibliográfico Nacional - IBN Publindex, bajo la Convocatoria No.830 de 2018 "Para la indexación de revistas especializadas de ciencia, tecnología e innovación - Publindex". Los resultados fueron publicados el 31 de octubre del 2019, en el cual se indica que la RCCAN ha quedado clasificada en la categoría C de este índice bibliográfico (figura 19 y 20).

INICIO | INDEXACIÓN | BASE DE DATOS PUBLINDEX

Información general
Fascículo(s)
Suscripción y Canje
Sir(es)
Visualizador
Verificador de información
Resultados de convocatorias
Ayuda
SALIR

REVISTA COLOMBIANA DE CANCEROLOGÍA

Resultados finales Convocatoria No. 830 de 2018

La revista **REVISTA COLOMBIANA DE CANCEROLOGÍA** con ISSN impreso 0123-9015 e ISSN electrónico 2346-0199 quedó clasificada en la **categoría C**, por estar incluida en el **cuartil 4 (Q4)** del Índice Bibliográfica Citacional Scimago Journal Rank - SJR.

Figura 19. Resultado final de la Convocatoria No.830 de 2018 "Para la indexación de revistas especializadas de ciencia, tecnología e innovación Publindex"

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 69 de 162	



20197100500901

Bogotá D.C., 31-10-2019

Sr(a):

JULIE MILENA GALVIS JIMENEZ

revista@cancer.gov.co

No reporta

Bogotá, D.C.

Asunto: DFC - Solicitud comunicado

Reciba un cordial saludo en nombre de Colciencias. El mejoramiento continuo de la calidad y la oportunidad en la atención al ciudadano es un reto importante para la Entidad, por tanto, agradecemos su contribución al transmitirnos su solicitud.

En atención a su solicitud, les informamos que la **Revista Colombiana de Cancerología** con ISSN impreso 0123-9015 e ISSN electrónico 2346-0199 se encuentra indexada en **categoría C** para la **vigencia comprendida entre enero a diciembre del año 2020**.

Esperamos que la información brindada sea guía para la solución de sus inquietudes de forma satisfactoria, por ello; desde Colciencias deseamos reiterar que la razón de ser de nuestra Entidad ha sido, son y siguen siendo, los ciudadanos. Por tanto, estamos atentos a recibir las solicitudes/ comentarios de ustedes a través de los canales institucionales dispuestos para atenderlos de manera oportuna.

Agradecemos su atención y tiempo dedicado para realizar la presente gestión.

Cordialmente,

Colciencias

DIRECCIÓN DE FOMENTO A LA INVESTIGACIÓN

Con Copia:

revista@cancer.gov.co

Av. Calle 26 No. 67-41/83 Torre 8 Piso 2/ Bogotá, Colombia
Teléfono: (67-1) 626 2400 Fax: (67-1) 626 1759 Bogotá D.C., Colombia
<http://colciencias.gov.co/cuipoasistencia/paginas>

Figura 20. Comunicación del resultado de la Convocatoria No.830 de 2018 referente a la indexación Revista Colombiana de Cancerología

2.8 RETOS

- Mejorar la estructura de comité científico y sus funciones, para alcanzar la optimización y eficiencia de procesos y actividades relacionadas con la investigación en el INC, y llevar un seguimiento sobre las actividades científicas que se desarrollan en el área asistencial, el biobanco de tumores del INC, el comité de ética e investigaciones y el comité editorial de la RCCAN.
- Revisar y mejorar la estructura, y garantizar funcionamiento del comité de ética e investigaciones mediante medidas que incentiven la participación en este comité y creando un subcomité técnico-científico encargado de realizar la evaluación temática y metodológica de los proyectos de investigación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 70 de 162	

- Rediseñar y fortalecer la oficina de ensayos clínicos basados en las referenciaciones realizadas en 2019 con entidades de reconocida calidad en actividades de investigación, que posicione al INC como un sitio para realizar este tipo de investigaciones.
- Implementar el proceso de investigación institucional actualizados en 2019.
- Mejorar la articulación del proceso de investigación con el proceso de docencia para mejorar la participación del grupo de estudiantes y docentes institucionales, con el fin de mejorar el impacto de la investigación producida en el INC.
- Implementar el modelo de productividad científica para funcionarios del INC, con el fin de estimular el aumento en la producción científica de alta calidad en nuestra institución.
- Establecer un plan de incentivos para los integrantes del Comité Editorial que estimule su participación y producción.
- Desarrollar III Seminario Internacional en Procesos Editoriales para el 2020 en el INC.
- Trabajar para la consolidación de la Red Nacional de Cáncer, con la vinculación de nuevos actores nacionales, con el propósito de desarrollar proyectos o programas de interés común dirigidos a generar conocimiento de alto impacto en cáncer en Colombia.

2.9 DESARROLLO DE ACCIONES EN SALUD PUBLICA

Para el año 2019 el Grupo Área de salud pública, se propuso como objetivo principal, posicionar al Instituto Nacional de Cancerología en el mercado de salud pública para el control del cáncer constituido por los planes de salud territoriales y los proyectos de investigación de salud pública, a través del Portafolio para el desarrollo de Planes de Salud Pública Territoriales del 2017 al 2022.



2.9.1 Logros Estrategicos (POA)

1. Logros del programa para la prevención y detección temprana del cáncer en Colombia.

a. Acciones de prevención y detección temprana en CPreD

En la vigencia de 2019 en el CPreD se realizaron 2244 consultas de medicina general y especialidades, distribuidos como muestra la tabla 13 y se realizaron 3.092 exámenes de tamización y diagnóstico temprano en 2019 como se muestra en la tabla 14.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 71 de 162	

Tabla 13. Frecuencia de atención médica CPreD 2019

ESPECIALIDAD	N°
Medicina General	1527
Control de Medicina General	216
Gastroenterología	10
Ginecología	102
Dermatología	216
Consulta de control o seguimiento Dermatología	32
Gastroenterología	31
Consulta de control o seguimiento Gastroenterología	8
Urología	25
Consulta de control o seguimiento por Urología	2
Consulta seno y tejidos blandos	61
Consulta de control o seguimiento seno y tejidos blandos	5
Mapeo 1 Y 2 lesiones	4
Mapeo Corporal Total	3
Endocrinología	2
Total	2244

Tabla 14. Frecuencia de exámenes de tamización y diagnóstico temprano CPreD 2019.

ESPECIALIDAD	N°
Consejerías de vida saludable	1599
VPH	448
Ecografía de seno	202
Test de sangre oculta (TSO)	165
Endoscopia	121
Mamografía	118
Citología	109
Antígeno Prostático (PSA)	77
Biopsia mama	69
Biopsias piel	61
Consulta seno y tejidos blandos	61
Colposcopia	34
Colonoscopia	23
Conización NCOC	5
Total	3.092

Dentro de los 2577 pacientes atendidos en el CpreD, se diagnosticaron 73 casos de cáncer para el año 2019 (Tabla 15).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 72 de 162			

Tabla 15. Número de personas con diagnóstico de cáncer, CpreD 2019.

Número de pacientes diagnosticados con cáncer en CPreD en el año 2019.	
Localización	Número
Piel	35
Mama	17
Tiroides	8
Colon y Recto	3
Cuello Uterino	2
Osteomuscular	2
Cabeza de Páncreas	1
Estómago	1
Ganglio	1
Linfático	1
Vejiga	1
Endometrio	1
Total	73

Si bien es cierto la capacidad instalada de CpreD permite contar con un mayor volumen de consultas y procedimientos cabe destacar que se ha mostrado en el análisis mes tras mes una mejoría en la cobertura de las acciones realizadas. Lo anterior teniendo en cuenta que todas las atenciones son carácter particular. Lo ideal es en la presente vigencia lograr los convenios con aseguradores el sistema para cubrir la capacidad instalada del CpreD y alcanzar un punto de equilibrio económico.

Para lo anterior se reitera y se solicita respetuosamente continuar y mejorar el apoyo por los grupos de mercadeo y comunicaciones para que de esta manera se puedan mejorar las acciones comerciales hacia el CpreD. Igualmente, se contará con un mayor apoyo de la comunicadora que está en el Grupo área de salud pública para que se puedan generar mayores estrategias de difusión del CpreD y realizar una estrategia en redes sociales para continuar difundiendo el portafolio de servicios y los paquetes del CpreD.

Cabe recalcar que en CpreD también se realizan convenios para la realización de cursos presenciales, cursos virtuales y elaboración de documentos técnicos que permiten generar ingresos por vías diferentes a las consultas y procedimientos del CpreD.

b. Acciones para aumentar las coberturas de tamización del cáncer en el país

Cursos virtuales y presenciales para el año 2019: En los cursos presenciales ofertados en CPreD, se certificaron 579 profesionales, técnicos y estudiantes en salud (Tabla 16).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 73 de 162	

Tabla 16. Profesionales capacitados en cursos presenciales CPreD 2019.

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos presenciales	certificados /inscritos
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	44/44
	Técnicas de inspección visual VIA VILI	15/15
Cáncer de Pulmón	Consejería Breve de Cesación de Tabaco	17/17
Cáncer de mama	Capacitando a capacitadores en detección temprana de cáncer de mama	15/15
Cáncer de Próstata	Detección temprana de cáncer de próstata	16/16
Cáncer infantil	Detección temprana de cáncer infantil	12/12
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	15/15
Cáncer de Pulmón	Consejería Breve de Cesación de Tabaco	212/212
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	43/43
Cáncer de Pulmón	Consejería Breve de Cesación de Tabaco	36/36
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama	46/46
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	25/25
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino	16/16
Cáncer de Colon y recto	Detección temprana de cáncer de colon y recto	26/26
Cáncer de próstata	Detección temprana de cáncer de próstata	16/16
Cáncer de pulmón	Cesación de tabaco	14/14
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama	11/11
Total		579/579

En los cursos virtuales ofertados en CPreD, se certificaron 465 profesionales, técnicos y estudiantes en salud en las diferentes líneas de detección temprana de cáncer, de 480 inscritas (Tabla 17).

Tabla 17. Total de personas certificadas e inscritas en los cursos virtuales, CPreD 2019.

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos virtuales	Certificados/ inscritos
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	76/77
	VPH	72/75
	Técnicas de inspección visual VIA VILI	100/103
	Actualización en lectura de citología	0/0
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama para médicos	96/100
	Detección temprana de cáncer de mama para enfermeros	35/36
	Estandarización en el reporte de mamografía	77/78
Cáncer de colon y recto	Detección temprana de cáncer de colon y recto	9/11
Total		465/480

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 74 de 162	

Brigadas realizadas en detección temprana del cáncer de piel, según departamento 2019.

En la tabla 18 se consignan los detalles de las brigadas en detección temprana del cáncer de piel, según departamento 2019.

Tabla 18. Total, de brigadas realizadas por departamentos en detección temprana del cáncer de piel, CPreD 2019.

Ciudad donde se realizó la brigada	Fecha de la brigada	Profesionales capacitados y certificados	Pacientes atendidos	Pacientes con sospecha de cáncer	Pacientes con biopsias	Pacientes con diagnóstico histopatológico	Pacientes con cáncer de piel
Puerto Carreño, Vichada	19 y 20 de marzo de 2019	32	52	5	5	Basocelular: 3	3
						Queratosis seborreica: 2	
Quibdó, Choco	7 y 8 de mayo 2019	24	50	3	3	Basocelular: 2	2
						Cuerno cutáneo: 1	
Riohacha, Guajira	30 y 31 de julio 2019	21	30	1	1	Nevo melanocítico intradérmico:1	1
						Linfoma cutáneo de células T: 1*	
San Alberto, Cesar	10 y 11 de septiembre de 2019	21	52	7	7	Melanoma: 1	7
						Basocelular: 5	
						Escamocelular: 1	
San José del Guaviare, Guaviare	17 y 18 de octubre de 2019	21	55	7	7	Basocelular: 2	5
						Escamocelular: 2	
						Nevus melanocítico: 1	
						Poroma ecrino: 1	
Florencia, Caquetá	26 y 27 de noviembre de 2019	22	50	7	7	Triquilemoma desmoplásico:1	7
						Basocelular: 6	
						Escamocelular: 1	
						Nevo melanocítico:1	
Tunja, Boyacá	3 y 4 de diciembre 2019	21	60	10	10 (11) biopsias	Queratosis actínica: 2	6
						Queratosis seborreica: 1	
						Basocelular: 4	
						Escamocelular: 2	
						Nevo melanocítico: 1	
						Queratosis seborreica acantótica:1	
						Verruga plana: 2	
						Fibroangioma: 1	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 75 de 162	

Bogotá	Curso teórico: 11 de diciembre de 2019	20	Curso sin tamización	Curso sin tamización	Curso sin tamización	Curso sin tamización	Curso sin tamización
Total		182	349	40	40	45	31

* Paciente femenino de 39 años valorada en la brigada, al momento de la valoración reporto biopsia de 13/12/2016 con DX: Linfoma cutáneo de células T. Paciente fue recibida por el grupo de hematología oncológica del INC el día 22/08/2019

Departamentos seleccionados para las brigadas de detección temprana del cáncer de piel, 2019



Figura 21. Brigadas de tamización cáncer de piel en 7 departamentos de Colombia, 2019

Durante el desarrollo de las 7 brigadas de tamización en cáncer de piel se capacitaron 182 profesionales: médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería y se diagnosticaron 31 casos de cáncer de piel (Tabla 19 y Figura 22).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 76 de 162			

Tabla 19. Resultados de las brigadas realizadas en detección temprana del cáncer de piel, CPreD 2019.

Brigadas de detección temprana del cáncer de piel	Total
Profesionales capacitados y certificados	182
Pacientes atendidos	349
Pacientes con sospecha de cáncer de piel	45
Biopsias tomadas	45
Pacientes con cáncer de piel según reporte histopatológico (31):	Carcinoma basocelular: 22
	Carcinoma escamo celular: 6
	Melanoma: 1
	Poroma ecrino: 1
	Linfoma cutáneo de células T: 1



Figura 22. Brigadas de tamización cáncer de piel en Colombia, 2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 77 de 162	

c. Desarrollo de convenios interinstitucionales

Proyecto “Estrategia Ver y Tratar para el tratamiento inmediato de lesiones precancerosas de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia con regiones dispersas” en cooperación de la Embajada del Japón en Colombia, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Donación de 8 equipos de crioterapia con dos puntas y un cilindro de dióxido de carbono.
- Visitas de seguimiento, en el marco del proyecto “Estrategia Ver y Tratar” para el tratamiento inmediato de lesiones precancerosas de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia con regiones dispersas” en cooperación de la embajada del Japón en Colombia:
 - Departamento de Guaviare: centro de salud san José y centro de salud el retorno (24 al 27 de Julio)
 - Departamento de Cauca: IPS NASACXHACXHA (Municipio de Páez), IPS AIC (municipio Morales) 29, 30, 31 de Julio y 01 de agosto
 - Departamento de Putumayo: Hospital Jorge Julio Guzmán; Puerto Guzmán.

Se llevó a cabo un convenio con el Fondo Financiero Distrital por medio del cual se desarrollaron dos cursos virtuales, se diseñó un curso presencial en estrategias para la cesación tabáquica, se capacitaron profesionales del distrito capital y se realizó la propuesta para la construcción del sistema de información en cáncer del distrito capital.

Convenios realizados para el desarrollo de actividades de educación continua

- Rotación de practica para la especialidad de enfermería oncológica. Universidad Nacional, Pontificia Universidad Javeriana
- Rotación de practica pregrado Medicina. Universidad de la sabana
- Rotación de practica pregrado Enfermería. Universidad Antonio Nariño

Publicaciones y medios de publicación

- Emisión de insertos en recibos de gas natural, con publicidad del Emisión de insertos en recibos de gas natural, con publicidad del Cpred, 2019 (Figura 23).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 78 de 162	



Centro de prevención y diagnóstico temprano CPRED

¿Conoce usted su riesgo de cáncer?

Valor de consulta médica

\$20.000

Solicite su cita en Bogotá: **432-0160** (Ext. 4730 - 4731)

Horario de atención:
Lunes a viernes
7:00 a.m. a 4:00 p.m.

Cra. 10 # 1-59 sur
(Complejo Hospitalario San Juan de Dios)

Solicite su cita en Bogotá:
432-0160
Ext. 4730 - 4731
O al correo electrónico: cpred@cancer.gov.co

Usted puede saber si tiene riesgo de cáncer de:

- Seno
- Cuello uterino
- Próstata
- Colon y recto
- Piel
- Estómago

Escuche Vida y Cáncer Radio
Todos los miércoles 12M.
970 A.M.
www.radiocred.com.co

Gas Natural S.A., ESP no tiene responsabilidad sobre el cumplimiento de los términos y condiciones anunciados, estos serán responsabilidad del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Comunicado de prensa CPRED



Cuñas radiales



Figura 23. Publicaciones y medios de publicación del Cpred en 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 79 de 162	

d. Gestión del conocimiento científico

Proyectos de investigación en curso

- Proyecto: Evaluación de la concordancia inter-observador en tamización para cáncer de cuello uterino con técnicas de inspección visual VIA VILI.
- Evaluación de la Efectividad del tratamiento a mujeres con lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino en el marco del programa Estrategia Ver y Tratar en Colombia.
- Determinación de niveles de referencia de dosis en radiografía dental y estimación de la dosis absorbida por pacientes en la glándula tiroides en la ciudad de Bogotá.
- Estimación de la densidad mamográfica de mujeres en Colombia (Financiado por Colciencias)
- Dosis de Radiación en Mamografía
- Evaluación participativa del programa de educación continua en detección temprana de cáncer de mama
- Características sociodemográficas, clínicas, de atención e individuales de pacientes con cáncer gástrico temprano versus tardío atendidos en el INC durante 2019.
- Análisis de las competencias en prevención y detección temprana del cáncer ofertada por programas de formación de pregrado en medicina y enfermería de la ciudad de Bogotá.

Proyectos cerrados y en fase de cierre:

- Análisis de las competencias en prevención y detección temprana del cáncer ofertada por programas de formación de pregrado en medicina y enfermería de la ciudad de Bogotá.
- Determinación de niveles de referencia de dosis en radiografía dental y estimación de la dosis absorbida por pacientes en la glándula tiroides en la ciudad de Bogotá.
- Dosis de Radiación en Mamografía
- Evaluación de la concordancia inter-observador en tamización para cáncer de cuello uterino con técnicas de inspección visual VIA VILI”.

Proyectos sometidos al CEI

- Evaluación de la concordancia entre el médico general, enfermeras, dermatólogo oncólogo y una app de ayuda diagnóstica para lesiones sospechosas de cáncer de piel en seis poblaciones dispersas de Colombia.
- Prevalencia del virus del papiloma humano anal en población de riesgo en hombres y mujeres de Bogotá.
- Niveles de concentración de gas radón en interiores. Estudio piloto en Paipa Boyacá
- Presencia del virus de la leucosis bovina en leucemias humanas.
- Caracterización de pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides durante el 2020 y 2021: estudio multicéntrico.
- Percepciones, creencias y realidades de los pueblos indígenas sobre el cáncer

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 80 de 162	

Proyectos aprobados al CEI, 2020:

- Evaluación de la concordancia entre el médico general, enfermeras, dermatólogo oncólogo y una app de ayuda diagnóstica para lesiones sospechosas de cáncer de piel en seis poblaciones dispersas de Colombia. Aprobado 19 julio 2019
- Percepciones, creencias y realidades de los pueblos indígenas sobre el cáncer.

Artículos sometidos

- Artículo de dosis de radiación en mamografía que fue sometido a la revista Journal of Medical Radiation Sciences está aún en etapa de revisión, se ha contactado por correo electrónico al editorial en dos ocasiones y aun no se ha obtenido respuesta.
- Se finalizó escritura del artículo que se sometió a la revista Health Education sobre el proyecto de Análisis de Competencias, se tradujo a inglés y está en revisión por la Dirección para su sometimiento.
- Sometimiento del artículo denominado “Control de calidad en radiología dental en la ciudad de Bogotá D.C.” a la revista Biomédica del Instituto Nacional de Salud.
- Se realizó sometimiento del artículo titulado “Mean glandular dose in mammography: Study for determine typical diagnostic levels in patients from Bogotá, D.C.” inicialmente en la revista australiana Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology la cual nos remitió a otra revista, Journal of Medical Radiation Sciences, que maneja temas relacionados con el tema principal del artículo.
- Se realizó sometimiento del artículo titulado “Monitoring the HPV vaccine: an experience six years after its implementation in Colombia”, autoras *Alba Combita, Viviana Reyes, Devi Puerto, and Carolina Wiesner*, en la revista *Cancer Prevention Research*.

Artículos Publicados

- Puerto D, Mahecha L, Villate S. Conducta frente a la prueba de Papanicolaou: la voz de las pacientes ante la neoplasia de cuello uterino. Publicado en Revista Colombiana de Enfermería, Volumen 18, No 1, abril de 2019; Páginas:1-13. Disponible en línea: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v18i1.2294>

Publicaciones:

- Material educativo sobre el Virus del Papiloma Humano para población general y docentes. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/publicaciones?idpadre=66>
- Hechos y acciones: Servicios del CpReD. Volumen 8 - Número 1 Julio de 2019. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Hechos%20y%20acciones%20Vol%208%20-%202019.pdf>.

Diseños de cursos virtuales y presenciales nuevos:

- Diseño del curso virtual en detección temprana del cáncer de piel.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 81 de 162	

- Diseño de curso virtual en detección temprana del cáncer oral.
- Diseño de curso presencial en Cesación Tabáquica.
- Diseño y entrega de módulo para curso virtual en radio protección a física médica.

Actividades de socialización y educación

- Cinco jornadas de promoción de hábitos de vida saludable.
- Desarrollo actividad PAE en detección temprana del cáncer de tiroides.
- PAE prevención y detección temprana del cáncer de piel 12 de septiembre de 2019
- PAE acreditación 19 de septiembre de 2019
- Participación en la semana universitaria de la Universidad Antonio Nariño: se realizó promoción de los servicios del CPreD y del programa de educación continua.
- Desarrollo de boletines informativos sobre acciones desarrolladas en el CPreD para distribución en listas de correos electrónicos internas y externas.
- Participación en el comité del departamento de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, para la socialización de los servicios del CPreD y el programa de educación continua.
- Capacitación sobre detección temprana del cáncer de cuello uterino y cáncer de mama: Colegio Marymount, se capacitaron 22 personas de servicios generales, operarios y profesionales de enfermería. 8 de octubre, 2019.

Ponencias

- Primer Foro Movilización Social para la Prevención del Cáncer de Seno, Cérvix y Próstata "Senos Olvida lo Valioso de la Vida" del Hospital San Rafael de Fusagasugá: Ponencia sobre Detección temprana del cáncer y CPRED. 30 de septiembre de 2019.
- Ponencia oral para congreso Eurogyn a realizar en Mónaco, Monitoreo de vacuna VPH, diciembre 2019.
- Elaboración de un póster titulado "Control de calidad en radiología dental en la ciudad de Bogotá D.C.", este póster contiene los principales resultados de los controles de calidad hechos a los equipos de radiografía dental dentro del proyecto "Determinación de niveles de referencia de dosis en radiografía dental y estimación de la dosis absorbida por pacientes en la glándula tiroides en la ciudad de Bogotá, D. C.". El póster fue aceptado en el XVI encuentro científico "De la medicina tropical a la medicina de la vida moderna" organizado por el Instituto Nacional de Salud.

Otros logros

- Recetario alimentación con sentido para pacientes oncológicos.
- Se realizaron mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre control de calidad de imagen mamográfica.
- Brigada en el Hospital la Misericordia HOMI: 26 de septiembre.
- Construcción del comunicado de prensa alusivo a la conmemoración del día internacional del cáncer de mama.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 82 de 162			

- Revisión y presentación ante la dirección del Programa de Tamización del cáncer de mama en Holanda.
- Contacto con expertos de Holanda vía teleconferencia para la generación de una propuesta que fue entregada al Ministerio de Salud, para realizar un acuerdo entre los dos países relacionado con control de calidad de imagen mamográfica.
- Revisión y comentarios al protocolo del Ministerio de Salud sobre control de calidad de mamografía CR.
- Artículo de dosis de radiación en mamografía que fue sometido a la revista Journal of Medical Radiation Sciences está aun en etapa de revisión, se ha contactado por correo electrónico al editorial en dos ocasiones y aun no se ha obtenido respuesta.
- Se finalizó escritura del artículo que se someterá a la revista Health Education sobre el proyecto de Análisis de Competencias, se tradujo a inglés y está en revisión por la Dirección para su sometimiento.
- Reunión con Universidad ECCI para revisión de avances del diseño y desarrollo de la programación del software para la estimación de la densidad mamográfica, definición de parámetros a tener en cuenta en la realización del documento y presentación por parte del programador de la metodología planteada.

Estrategia Ver y Tratar

Durante 2019 se tamizaron 1641 mujeres con técnicas de inspección visual Via Vili, de las cuales el 263 fueron positivas, realizando crioterapia al 54,4% de estas pacientes y el 43% fueron remitidas a ginecología. (Figura 24)



Figura 24. Jornadas de tamización para cáncer de cuello uterino a través de la estrategia ver y tratar en 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 83 de 162	

Tabla 20. Total, mujeres tamizadas técnicas de inspección visual Vía - Vili 2019.

Región	Tamizadas	Positivas		Crioterapia		Remitidas	
Departamento	No	No	%	No	%	No	%
Amazonas	650	73	11,2	27	37,0	39	53,4
Arauca	109	22	20,2	17	77,3	5	22,7
Caquetá	246	39	15,9	18	46,2	21	53,8
Guajira	530	116	21,9	75	64,7	41	35,3
Putumayo	49	10	20,4	4	40	6	60
Vichada	32	2	6,3	2	100	0	0
Cauca	25	1	4,0	0	0	1	100
Total	1641	263	16,0	143	54,4	113	43

Además, se realizaron las siguientes actividades:

- Asistencia técnica por medio de conferencias virtuales para Implementación de la Estrategia Ver y Tratar a nivel nacional, en trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y Secretarías de Salud Departamentales (Arauca, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés, Casanare, Meta, Amazonas, Caquetá, Putumayo, Nariño, Cauca, Valle del Cauca, Chocó, La Guajira, Magdalena, Bolívar, Norte de Santander, Santander, Huila, Buenaventura).
- Asistencia técnica, seguimiento de la implementación de la Estrategia Ver y Tratar a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Puerto Carreño, en el marco del programa Al Hospital liderado por el Ministerio de Salud.

2.9.2 Logros del programa del sistema nacional de vigilancia epidemiológica del cáncer

a. Acciones de vigilancia epidemiológica del cáncer

Cuatro convenios firmados con Registros de Manizales, Bucaramanga, Pasto y Barranquilla para el año 2019, para mantenimiento de los registros de cáncer de base poblacional a través de

Resultados de supervivencia global de los cánceres de mama, cuello uterino, estomago, colon y recto y próstata (cohorte 2015 del INC) para mantenimiento de la vigilancia de la supervivencia institucional de los cánceres priorizados en Colombia.

Publicación del Anuario Estadístico institucional de 2016 y sometimiento del Anuario estadístico del 2017.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 84 de 162	

Mejoramiento de la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en INFOCANCER con cargue de la información de mortalidad nacional año 2017 (26-sept-2019)
 Mantenimiento de la información sobre la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico por sistemas y principales localizaciones del 2012 al 2017 del INC.

Publicación del Boletín epidemiológico No 11 2018 en enero/2019 y sometimiento del Boletín epidemiológico No 12 sometido en noviembre/2019.

b. Acciones de fortalecimiento del talento humano de los registros de cáncer de base poblacional.

Curso de codificación de las neoplasias hematológicas en el 15° simposio de Antioquia frente al cáncer los días 22 y 23 de agosto de 2019, con asistencia de 200 personas presenciales y 260 en forma virtual.

Realización del **Encuentro académico Registros poblacionales** en Medellín el 21 de agosto de 2019, con ponencia “Importancia en el control del cáncer de los registros de cáncer de base poblacional”.

Organización del Simposio de Vigilancia del Cáncer, en el Congreso 85 años con ponencias de los registros de Manizales, Pasto y Antioquia.

c. Acciones para gestión del conocimiento científico

Artículos aprobados

“Supervivencia de pacientes con cáncer epitelial de ovario en el Instituto Nacional de Cancerología, resultados a partir del registro hospitalario de cáncer (2005-2014). En el volumen 23 y número 3 de la Revista Colombiana de Cancerología, año 2019”.

Ponencias en eventos académicos

“Sabemos algo de epidemiología del melanoma en Colombia” en Simposio de piel y tejidos blandos (ACM) en Bogotá

“Generación de información clave para la planificación y monitoreo de los programas de control del cáncer en algunos países de América Latina” visita del Proyecto CCHD (PAHO) – IARC evento Aspectos generales y antecedentes de la Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer en Panamá

“Registros poblacionales de cáncer, importancia en el control del cáncer” en el 15° simposio de Antioquia frente al cáncer en Medellín

“El aporte del INC al desarrollo de la vigilancia del cáncer en Colombia” en Congreso internacional de innovación tecnológica y humanización para el control del cáncer en Bogotá

“Registros poblacionales de cáncer, importancia en el control del cáncer” en Barranquilla

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 85 de 162			

“El registro Institucional de cáncer del INC” en Encuentro Cuenta de Alto Costo – RCBP – INC en Hotel Tequendama en Bogotá

“Aspectos generales y antecedentes de la iniciativa Mundial para el desarrollo de registros de cáncer” en Visita del Proyecto CCHD (PAHO)-IARC Generación de información clave para la planificación y el monitoreo de los programas del control del cáncer en algunos países de América Latina en Panamá

Acciones de gestión en alianzas con cooperantes nacionales e internacionales

Coautoría en el Proyecto CCHD (cooperation among Countries for Health Development) “generación de información clave para la planificación y monitoreo de los programas del control del cáncer en algunos países de América Latina que beneficiará a El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú

2.9.3 Logros en Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

d. Acciones para promover la atención integral del paciente con cáncer en el país

Diseño del instrumento de políticas de la Red de Instituciones Oncológicas Publicas para el Control del Cáncer.

Diseño de proyecto de innovación en modelos de prestación de tele-oncología.

e. Apoyo técnico a la reglamentación de la atención oncológica

Revisión de la propuesta a la modificación de la norma de infraestructura hospitalaria.

Revisión de la propuesta a la modificación de la norma de habilitación.

Reuniones técnicas con la Secretaria General de la Supersalud para las normas de calidad de atención oncológica.

Representación técnica institucional ante el Concejo Nacional de Cáncer Infantil de la Ley 1388 de 2010.

f. Acciones de vigilancia de servicios oncológicos

Publicación de boletín de seguimiento a servicios oncológicos.

Documento de estudio sobre demanda y oferta de recurso humano en oncología.

g. Acciones de gestión en alianzas con cooperantes internacionales: INC fortalece control del cáncer en seis países.

Apoyo técnico para fortalecimiento institucional del Instituto Oncológico del Oriente Boliviano en el marco de la Red de Instituciones de Cáncer de Latinoamérica RINC-AL con el Ministerio de Salud de Bolivia y la Unión Internacional Contra el Cáncer – UICC

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 86 de 162			

Socialización del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021 de Colombia y experiencia de la verificación de habilitación en el país en reunión de liderazgo y cáncer en México, por invitación directa de la Unión Internacional Contra el Cáncer – UICC.

Socialización del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021 de Colombia y experiencia de la verificación de habilitación en el país en reunión de liderazgo y cáncer en Honduras, con apoyo directo de la Unión Internacional Contra el Cáncer – UICC.

Representación colombiana en la Iniciativa Integrada para el control del cáncer por invitación de la Unión Internacional Contra el Cáncer – UICC y Escuela de Salud Pública de Harvard, en Buenos Aires, Argentina.

h. Acciones de gestión del conocimiento:

Artículos sometidos.

Cobertura de mamografía de tamización 2014 y el plan decenal para el control del cáncer" Revista de Salud Pública Universidad Nacional. Sometido el 24 de julio de 2019. (artículo basado en la experiencia del censo nacional de mamógrafos)

Experiencia en el diseño del plan de implementación de la iniciativa CCAN 2025 en la ciudad de Cali. Colombia médica. Universidad del Valle. Sometido el 15 de noviembre de 2019.

Proyectos de investigación en curso

Panorama nacional de los servicios de medicina nuclear y su perspectiva en escenarios futuros para el abordaje de cáncer de tiroides, Colombia 2019

Actualmente en fase de ejecución. A diciembre 31, 20 departamentos, 117 servicios identificados. De estos 71 servicios fueron caracterizados y visitados (100 % de cobertura), el 100% de los instrumentos fueron diligenciados y cargados en recap, a la fecha 97% validados. Actualmente se está aplicando una encuesta bajo el método Delphi dirigido a prestadores y reguladores.

Proyectos de investigación en cierre

Estudio de oferta y demanda de servicios oncológicos en el Valle del Cauca 2017.

Ponencias académicas y sobre aspectos normativos

- Servicios Oncológicos en el Doctorado de Oncología Universidad Nacional de Colombia-INC en Bogotá.
- Verificación de condiciones de habilitación en la clase de Habilitación de servicios oncológicos y unidades funcionales en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Cali.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 87 de 162	

- Presentación INC, Servicios Oncológicos y Unidades Funcionales, en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
- Liderazgo en acción, evento de la Unión internacional para el control del cáncer, Hotel intercontinental presidente, Ciudad de México
- Presentación del Plan decenal para el control del cáncer en Colombia en la Liga Contra el Cáncer de Honduras y la Secretaria de Salud de Honduras.

2.9.4 Logros en comunicación pública para el control del cáncer

Implementación de concurso digital, en el marco de la estrategia No Fumar es la Actitud, que permitió la participación de ciudadanos de ocho departamentos en el concurso para niños, adolescentes y adultos **"Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore"** con capacitación directa a 1.200 estudiantes en Bogotá y más de 20.000 personas alcanzadas por redes sociales.

Diseño de Red de Acción Comunicativa para mejorar la sinergia interinstitucional para el control del cáncer liderada por el INC, con la Organización Panamericana de la Salud – OPS, la Red de Veeduría Ciudadana del control del tabaco, y organizaciones cuyo trabajo impacta el control del cáncer: Liga Colombiana Contra el cáncer, Educar Consumidores, Fundación Anaas, Red PaPaz, Convivencia, Asociación Transformar Santander, Consultoría en comunicaciones estratégicas, Rizoma Comunicaciones, Vital Strategies, 1DOC3, Corporate Accountability, Representante de pacientes y sobrevivientes de cáncer

Once acciones de comunicación presenciales para el control del tabaquismo en comunidades vulnerables del Distrito de Bogotá

2.002 actores de interés de todos los sectores económicos destinatarios de comunicación electrónica directa del Instituto con información científica para el control del cáncer.

Monitoreo y análisis de medios difundido en el boletín mensual interno con impacto para el control del cáncer e imagen INC.

Gestión y mantenimiento de la aplicación informática del catálogo de publicaciones de salud pública PUBLINC.

Posicionamiento del Instituto Nacional de Cancerología en los siguientes medios de comunicación:

- SALUDDATA.COM
- AREACUCUTA.COM
- METRONOTICIAS.COM
- Sitio web Alcaldía Miraflores-BOY
- Sitio web Alcaldía Loc. Puente Aranda-BOG
- Sitio web Alcaldía Yondó-ANT
- Sitio web Alcaldía Galán-SAN
- Sitio web Alcaldía La Ilanada-NAR

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 88 de 162	

- Sitio web Alcaldía El Cocuy-BOY
- Sitio web Alcaldía San José de Pare – BOY
- Sitio web FODESEP
- Radio La Cariñosa
- Prensa El Quindiano
- SERSALUDABLES.COM
- CARACOLRADIO.COM
- Programa de radio en Vientos Estéreo: tabaco
- Programa de radio Uniminuto
- Crónica del Quindío

Entidades o ámbitos comunitarios con acciones de comunicación

- Universidad Minuto de Dios
- Colegio Liceo Francés
- SENA
- Colegio Dios es Amor (Cazucá-Soacha)
- C.D.C. de Convivencia en Las cruces
- PTI de Convivencia en Las Cruces
- Grupos de Adultos Mayores de la JAL de Localidad Santafé
- Hogar Clarita Santos a través de la Mesa de Articulación de la Loc. Santafé
- Colegio Salerno de Soacha
- Polideportivo Las Cruces con el IDRD
- Participación en Festival de Las Cruces



Figura 25. Acciones de comunicación presencial en el marco del concurso digital 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 89 de 162	

2.9.5 Logros en Vigilancia y análisis de medios de comunicación, políticas públicas y legislación del control del cáncer y sus factores de riesgo.

a. Acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer.

Documento sobre fuentes de información para desarrollar un atlas cáncer ocupacional en Colombia.

Documento con diseño del Observatorio Epidemiológico del Cáncer de Colombia del INC.

b. Acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa

Proyecto de Ley de prohibición del asbesto (Ley promulgada)

Proyecto de Ley Control de emisiones contaminantes de fuentes móviles (Ley promulgada)

Proyecto de Ley cigarrillo electrónico (en trámite)

Proyecto de acuerdo distrital de control de radiación UV (en trámite)

Proyecto de acuerdo de control de consumo de sal y azúcar (en trámite)

c. Acciones de influencia sobre medios de comunicación para control del cáncer

Replica sobre cifras de cáncer de mama incorrectas (cuatro medios online y dos medios impresos nacionales, incluyó "El Tiempo")

Réplica sobre clasificación incorrecta de productos de tabaco (un medio impreso nacional "El tiempo")

d. Acciones para gestión del conocimiento científico

Artículos sometidos

Factors associated with tobacco use among colombian children and adolescent, measure for its reduction and challenger to be overcome. En Risk management and health care policy, en noviembre de 2019.

Artículos aprobados

- Diferencias evitables en el cumplimiento de las medidas para el control del tabaco: Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú, 2017 en el volumen 23 de la Revista Colombiana de Cancerología
- "Implementación del convenio marco para el control del tabaco y la prevención del cáncer en Colombia", en la Revista Ciencias de la Salud.

Proyectos de investigación aprobados

- "Expectativas de los niños y adolescentes sobre el consumo de frutas, verduras, carnes procesadas y bebidas azucaradas en una institución educativa en Bogotá"

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 90 de 162	

- “Perfil epidemiológico y supervivencia del Melanoma Acral Lentiginoso en Colombia. Estudio multicéntrico 2013 – 2021”

Proyectos de investigación en curso

Caracterización de aspectos ocupacionales, paraocupacionales y ambientales de pacientes con mesotelioma pleural maligno admitidos en el Instituto Nacional de Cancerología durante los años 2011-2018.

Ponencias en eventos académicos e institucionales

- “Asbesto y cáncer” en evento Aspectos médicos y jurídicos relacionados con la Ley Ana Cecilia Niño en la Academia Nacional de Medicina
- “Los retos para el sector salud de Colombia a partir de la Ley Ana Cecilia Niño” en el evento de Historia y retos de la prohibición de los asbestos en Colombia Legislación, Activismo y Academia
- “Exposición de motivos proyecto de acuerdo 271 de 2019 por promoción de reducción de consumo de sal y azúcar” en el Espacio deliberativo proyecto de acuerdo 271 del concejo de Bogotá
- “Prevención primaria de la exposición al asbesto en perspectiva poblacional en países con prohibición” en el evento del Simposio javeriano de medicina familiar. Gestión del Riesgo en Salud
- “Los retos para el sector salud de Colombia a partir de la ley “ Ana Cecilia Niño” en el Conversatorio en el marzo del evento Taller de entrenamiento en Guía OIT para neumoconiosis.

2.10 RETOS

- Aumentar la presencia del Instituto Nacional de Cancerología como proveedor directo del desarrollo de las acciones de salud pública en los planes de salud territoriales.
- Fortalecer los vínculos con el Instituto Nacional de Salud y la cuenta de alto costo para el mejoramiento de la calidad de información epidemiológica en el país.
- Establecer alianza con el Ministerio de Trabajo para lograr trabajo conjunto que influya sobre las políticas de salud y seguridad en el trabajo en cáncer ocupacional.
- Lograr contratación con algún ente asegurador para atención en prevención y detección temprana en el CPreD.
- Lograr cobertura en el 40% de los departamentos en acciones de comunicación con participación directa de los ciudadanos en la Estrategia No Fumar es la Actitud. Línea de base actual 25%
- Mantener la influencia de las acciones de políticas y movilización social para la promulgación de al menos dos proyectos de ley de importancia para el control del cáncer.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 91 de 162			

3. SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Para el año 2019, la Subdirección Administrativa y financiera con los siete procesos de apoyo contribuye con el cumplimiento de la misión del Instituto. Adicionalmente la gestión realizada genera un impacto positivo en la reducción de la carga de la enfermedad en los usuarios que por su diagnóstico son tratados en el Instituto.

Para el cumplimiento de nuestras funciones, contamos con un talento humano altamente calificado, con un proceso de mejoramiento continuo de la infraestructura y tecnología biomédica de punta respaldada por el gobierno nacional y la generación de recursos propios.

El compromiso del Instituto es la creación de valor público, que el cual se encuentra explícito a través de la calidad de los servicios que presta el Instituto a la ciudadanía especialmente, a través de programas de prevención, la atención de los usuarios para el control de la enfermedad, la prestación de los servicios y la transparencia en el manejo de los recursos.

3.1 PREMIOS / CERTIFICACIONES



El pasado 27 de junio en el Club El Nogal de la ciudad de Bogotá, el Consejo Colombiano de Seguridad, una asociación técnica de empresarios y profesionales, especializada en la prevención de riesgos laborales. Le ha otorgado al Instituto Nacional de Cancerología ESE la medalla al mérito Cruz Esmeralda categoría avanzada, **por su gestión en seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente** realizada en el año 2018, como resultado de la visita anual de mejoramiento. Un valioso reconocimiento por la constancia y exitosa gestión de nuestro Instituto.

Figura 26. Medalla mérito Cruz Esmeralda

3.2 PROCESO DE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

Del 23 al 26 de septiembre de 2019. Por parte del Icontec, se realizó la preevaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación en Salud, en la Sede Principal (Av. 1 # 9- 85) y Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano-CPreD (Carrera 10 No. 1-59 sur).

En relación con la preparación del sistema único de acreditación se han realizado ocho (8) autoevaluaciones con los siguientes resultados entregados como evidencia documental al ICONTEC:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 92 de 162	

Calificación estándares de acreditación 2014-2018

Calificación Autoevaluación	2014	2015	2016	2017	2018
PACAS	2,3	2,0	2,7	2,8	3,2
Direccionamiento	3,3	2,8	2,8	3,1	3,4
Gerencia	2,7	3,2	2,9	3,1	3,3
Talento Humano	2,2	2,4	2,9	3,0	3,1
Ambiente Físico	2,2	1,9	2,9	3,3	3,4
Tecnología	2,1	2,4	2,5	2,6	3,3
Gerencia de la Información	2,2	2,7	2,9	3,1	3,3
Mejoramiento	2,6	1,9	1,9	2,6	3,2
Total	2,4	2,4	2,7	2,9	3,3

Figura 27. Calificación estándares de acreditación 2014-2018

A la reunión de cierre asistieron 319 colaboradores, a quienes se expusieron por parte del evaluador líder las principales fortalezas y recomendaciones que se describen a continuación:

Fortalezas:

- La asesoría y asistencia a las instituciones prestadoras de servicios oncológicos y al Ministerio de Salud y protección social para la formulación de políticas para el control del cáncer en el país.
- Los programas de formación continua para el fortalecimiento de competencias en profesionales, tecnólogos y técnicos para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer que posicionan al Instituto como centro docente y de investigación referente en el país
- Los logros alcanzados en el eje de control del cáncer demostrados en la línea de prevención con reducción en la prevalencia VPH, del consumo de tabaco y de la exposición a cancerígenos ocupacionales.
- El manejo integral y multidisciplinario del cáncer, el trabajo científico y aporte en la formación de especialistas como valor público para el país.
- Los modelos de productividad para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud a los pacientes con cáncer que establece acciones sostenidas en el tiempo con efectos medibles en corto y mediano plazo.
- El centro de prevención y diagnóstico temprano CPred, a través del cual se realiza capacitación y educación para el control de riesgos y el diagnóstico oportuno del cáncer en la población.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 93 de 162	

- Las inversiones realizadas en tecnología y para la adecuación de la planta física enfocadas a mejorar la seguridad y atención de los pacientes en el instituto.
- El compromiso con la gestión ambiental demostrado a través de la implementación del sistema de vertimientos radioactivos líquidos y la planta de tratamiento de aguas residuales.
- La oferta de servicios y tecnología de punta que permite el tratamiento preciso de patologías malignas de pacientes en condiciones de vulnerabilidad mejorando su proceso de atención y calidad de vida.
- El acompañamiento a los pacientes y sus familias mediante los programas de voluntariado, cuidando cuidadores, apoyo al duelo, la oferta de albergues y ayudas a quienes lo requieren.

Recomendaciones:

- Fortalecer la gestión integral de los comités, tanto asistenciales como administrativos, desarrollar estrategias transversales, planes de acción y seguimiento a los compromisos establecidos que les permita generar mayor eficiencia.
- Avanzar en la monitorización de las políticas institucionales documentadas que apoyen la mirada sistémica de los ejes de acreditación
- Elaborar el informe de sostenibilidad con el fin de divulgar a los diferentes grupos de interés la gestión que realiza el instituto a nivel económico, social y ambiental.
- Avanzar en la consolidación de las herramientas por parte de talento humano en búsqueda de la satisfacción del cliente interno que refleje su sentido de pertenencia con la organización.
- Implementar las recomendaciones que le sean aplicables de la guía técnica “incentivar las prácticas que mejoren la actuación de los profesionales” en búsqueda de prevenir el cansancio del personal.
- Desarrollar estrategias que les permita el desarrollo de hábitos y rituales institucionales como fuente del proceso de transformación cultural institucional.
- Fortalecer las estrategias para la socialización, divulgación y despliegue de la política de humanización en los colaboradores para su conocimiento y apropiación.
- Promover y fomentar la dignidad e intimidad de los pacientes, familiares y colaboradores en el marco del cumplimiento de la política de humanización, los valores y principios institucionales.
- Consolidar la gestión del riesgo clínico y poblacional articulado a la gestión del riesgo institucional, profundizando en la visión sistémica, que favorezca el desarrollo y cultura en la organización.
- Desplegar en los niveles operativos la gestión del riesgo que les permita su apropiación, identificación y mitigación con énfasis en las áreas asistenciales.
- Incluir la evaluación del impacto de la incorporación de la tecnología en el medio ambiente, considerando todas las fases del ciclo de vida de la tecnología.
- Fortalecer el análisis y cierre de ciclo en la gestión de los eventos adversos, incidentes y complicaciones que les permita identificar barreras para minimizar su recurrencia.
- Avanzar en el desarrollo e implementación de las guías de reacción inmediata congruentes con los eventos adversos de mayor prevalencia en los servicios ambulatorios y hospitalarios.
- Fortalecer el proceso de referenciación externa, los aspectos a presentar en el informe posterior, la presentación de los resultados obtenidos y el seguimiento a las acciones que se implementen.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 94 de 162	

- Implementar medidas de efectividad en la implementación de las mejoras que son fruto de las comparaciones realizadas.
- Iniciar con el proceso de referenciación interna, con el fin de replicar al interior de la institución las buenas prácticas que se realicen en los diferentes servicios, comités, grupos primarios, equipos de autoevaluación u otros.
- Revisar la declaración actual de derechos y deberes con el fin de evaluar si se requiere su actualización teniendo en cuenta los diferentes procesos de autoevaluación y de mejoramiento realizados.
- Implementar herramientas sistémicas y sistemáticas que permita responder a las necesidades y expectativas del usuario su familia paciente (nutrición, rehabilitación, cuidado paliativo, salud mental), su registro y seguimiento.
- Articular las diferentes estrategias realizadas por los equipos primarios y grupos de autoevaluación para el cumplimiento y despliegue de los estándares del sistema único de acreditación.
- Fortalecer el trabajo en equipo entre las diferentes unidades, grupos, áreas y servicios con el fin de articular y consolidar el mejoramiento continuo de la institución.
- Avanzar en la implementación del plan de atención enfermería para identificar los dominios establecidos por la institución.

3.3 RESULTADOS Y AVANCE DE LOS COMPROMISOS ESTRATÉGICOS DEL INSTITUTO

La Subdirección General de la Gestión Administrativa y financiera tuvo un cumplimiento en los compromisos estratégicos en un 89%, con el indicador de utilidad operacional en un 100%, en gestión de la tecnología se tuvo un cumplimiento del 100% en la meta de disponibilidad de los sistemas de información (7x24). En cuanto a proceso de Gestión Comercial y del ingreso, se obtuvo una calificación promedio del 85%, con dos compromisos que corresponden a: Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación con un 92% en su cumplimiento y con un cumplimiento del 77% en las metas de recaudo. Finalmente, la calificación promedio de los dos indicadores de Gestión del Gasto fue del 82% que corresponden al: Porcentaje de ejecución presupuestal, con un cumplimiento del 86% y el plan Anual de Adquisiciones, con un cumplimiento del 79%.

3.4 GESTION ADMINISTRATIVA

La Subdirección Administrativa y financiera durante el año 2019, en el proceso de Gestión del talento humano, se coordina la encuesta 2019 de riesgo psicosocial y clima organizacional arrojo resultados positivos disminuyendo el riesgo intralaboral de un 85% al 58.3%; el riesgo extralaboral de un 56.6 % al 25.9%. En cuanto al clima organizacional paso de tener un índice de clima organizacional aceptable de 68.66 a bueno de 72.32 lo que deduce la eficacia del plan de intervención de riesgo psicolaboral, clima organizacional y cultura 2018-2020. Adicionalmente se implementó y mejoro el plan de capacitación anual de acuerdo a los lineamientos normativos, se obtuvo un porcentaje de satisfacción de las actividades del plan de bienestar con un 94,22%, se cumplió con la meta establecida del porcentaje de registro de historias laborales en un 100%, se implementó en SAP el seguimiento y control de la programación de vacaciones con un cumplimiento del 100%, adicionalmente se obtuvo un cumplimiento del subprograma de medicina preventiva del 94,44%, dentro de los retos se tiene el

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 95 de 162	

fortalecimiento de modelos que permitan atraer y mantener el talento humano institucional y consolidación de la cultura organizacional.

La Gestión de la tecnología clínica e infraestructura presentó un cumplimiento del 80% en el diseño y ejecución anual de los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico, adicionalmente se obtuvo un cumplimiento del 90% en el diseño y ejecución anual del plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo.

En cuanto al macroproyecto de FORTALECIMIENTO TECNOLOGIA BIOMÉDICA EN EL Instituto, presento un avance del 90% en donde se realizó el proceso de adquisición de 277 equipos Biomédicos algunos por requerimientos de nuevas necesidades y otros por reposición (obsolescencia). Para el 2020 se tiene establecida la adquisición del equipo de resonancia magnética para el área de imágenes diagnosticas. Adicionalmente nos encontramos en el proceso de dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, como prestadores de servicios de salud, de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema único de habilitación.

El Macroproyecto de ampliación, construcción, reordenamiento dotación del Instituto, tuvo un cumplimiento del 73,6% a noviembre de 2019, debido a los trámites de diseños y licencias que debían ser contratados con anterioridad y que eran necesarios para cumplimiento de las actividades establecidas en el cronograma del proyecto. Cabe anotar que para el año 2020, se tiene como reto la instalación y puesta en marcha de los 5 ascensores comprados y la habilitación y puesta en funcionamiento del 3 piso edificio de hospitalización, con 18 camas habilitadas a diciembre 2019 quedando 12 camas pendientes de habilitar en febrero de 2020. Cabe anotar que se ha tenido la dificultad con contratistas en el cumplimiento de las obras contratadas e imprevistos de obras.

La gestión documental y correspondencia presentó un avance del 92% en el diseño e implementación del modelo de gestión documental y administración de archivos (MGDA). Se Implementó del Sistema de administración de archivo de gestión abierto para las historias laborales asegurando la correcta organización, actualización, descripción, inserción, digitalización y servicios de consulta de forma segura y confidencial, cumpliendo todos los estándares archivísticos. En el mes de diciembre se contrató la implementación de la solución de consentimiento informado electrónico, el cual tendrá autenticación biométrica, firmado digital, preservación a largo plazo, validez jurídica y probatoria. Se elaboró y se socializó el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – MOREQ y la política de Gestión Documental, con lo cual queda cubierto al 100% el cumplimiento normativo de todos los instrumentos archivísticos que deben tener las entidades públicas.

Si bien la Gestión Financiera diseñó e implementó al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional se ha cumplido con un porcentaje de ejecución presupuestal de gastos del 98%, se diseñó e implemento al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos, fueron aprobados los estados financieros sin salvedades, con la política de austeridad del gasto obtuvimos un ahorro de \$1.140 millones, la tesorería ha mantenido un alto índice de liquidez, pagos de manera oportuna, con corte a 31 de octubre de 2019, se han expedido por la dirección general del Instituto, 5 resoluciones de cobro coactivo por valor de \$17.852 millones. Fue aprobado por la Junta Directiva el proyecto de presupuesto 2020.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 96 de 162	

Como retos para el año 2020 se Implementará sistema de factura electrónica: facturas por ventas de salud y otros conceptos, así como el repositorio de entrada y tramite de facturas de los proveedores, actualización de manual de políticas contables bajo NICSP, alineadas a los procedimientos internos del INC.

En cuanto a la Gestión Comercial, se logró la generación de factura global para contratación PGP, contamos con la parametrización de las regionales que ingresaron al MIPRES del régimen subsidiado, El índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo fue del (100,5%).

Gestión de sistemas, en cuanto a la estrategia TI se actualizo el plan estratégico Tecnologías de la información, implementación plan de seguridad de la información FASE I, servicios tecnológicos – implementación redundancia eléctrica DATACENTER, sistemas de información: Puesta en operación y cierre proyecto costos SAP, puesta en operación y cierre proyecto SIAI Fase I, gestión de la información; Implementación Plan de tratamiento de Riesgos MSPI, Implementación de manejo de datos personales, se contó con un ahorro mediante subasta de proyecto de redes y renovación de radiología \$ 662.300.000, Ahorros mediante subasta de proyecto de Renovación Call Center \$ 662.300.000.

Gestión de suministro y almacén: Se realizan mensualmente 11 selectivas de inventarios en los diferentes almacenes para controlar existencias, insumos de baja rotación, lo cual se ve reflejado en el indicador de razonabilidad de inventarios.

Resultado inventario de almacenes 2019, se contó con un total de 1.163 ítems, con una cantidad de elementos de los ítems 881.517, con una cantidad de elementos contados de los ítems de 881.517, con un porcentaje de elementos de los ítems contados del 100%, ítems con diferencia del 0, porcentaje de ítems con diferencia porcentual del 0%, para un valor total de \$2.785.484.961,91.

3.4.1 Verificación inventarios de propiedad planta y equipo

Se realizó la verificación de inventarios en el 100% de los centros de costos del INC, se contaron físicamente 14.133 ítems que figuran en los registros de SAP, de estos registros 11.115 ítems se encuentran conciliados, el 79%, de los 14.133 registrados en SAP, estando pendientes 3.018 ítems en proceso de conciliación.

Se realizaron 5 comités internos de inventarios donde aprobaron 1.084 elementos para baja y se hicieron 2 ventas a través de martillo por el Banco Popular lo que represento un ingreso de \$ 10.000.000,00

Se realizaron donaciones de 136 elementos dados de baja, distribuidos así:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 97 de 162	

Tabla 21. Relación donaciones.

ENTIDAD	CANTIDAD DE ACTIVOS
HOSPITAL JORGE JULIO GUZMÁN - PUTUMAYO	2
HOSPITAL MARÍA ANGELINES - PUTUMAYO	2
HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITÚ	4
HOSPITAL DEL RETORNO - GUAVIARE	2
CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ - GUAVIARE	2
IPSI CRIC - POPAYÁN CAUCA	2
IPSI NASA CXHACXHA - PAÉZ CAUCA	2
HOSPITAL DE LA VEGA	15
HOSPITAL SAN RAFAEL DOLORES - TOLIMA	56
HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	48
HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	1

Adicionalmente se ha mantenido la productividad a nivel asistencial y se esta trabajando sobre la propuesta de productividad para el personal de Investigaciones y administrativo. Se continúa fortaleciendo el modelo de PGP. Se viene trabajando el proyecto de la sede del Instituto en el Hospital de Zipaquirá. Se cuenta con avances en el tema relacionado con Hospital Universitario, el modelo del Cigep – Centro de Gestión integral al paciente se esta desarrollando y se recibió el informe final de redireccionamiento estratégico.

- Productividad (Mantener los modelos existentes y ampliar los modelos de productividad)
- Modelos alternativos de contratación PGP
- Proyecto sede del Instituto Nacional de Cancerología- ESE, Zipaquirá
- Hospital Universitario
- Centro de gestión integral al paciente - Cegip
- Consolidación sistema de costos institucional (Auditoria combinada 2019)
- Redireccionamiento Estratégico

3.4.2 Gestión de la responsabilidad social

El Plan de responsabilidad social durante el año 2019, tuvo un cumplimiento en la línea de tecnología se estableció como meta la donación de 150 equipos biomédicos, se realizaron 137 donaciones con un porcentaje de cumplimiento de 91%. En la línea de talento humano se tenía establecida una meta 100% en el cumplimiento del plan de bienestar, se cumplió con el 100% de la meta propuesta. En cuanto la línea de gestión ambiental con una meta de: Implementar 6 estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, vertimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro 100% entre 2019 a 2022. Al tercer trimestre, se cumplió con el 100% de la meta propuesta para el 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 98 de 162	

3.5 DESEMPEÑO FINANCIERO

3.5.1 Condiciones financieras y gestión de los recursos (facturación)

La facturación para el año 2019 ascendió a \$281.053 millones y con respecto al año anterior que fue de \$280.040,5 millones, presenta un incremento del 1%. Este bajo crecimiento, está dado principalmente por la disminución de pacientes nuevos remitidos de las entidades como Nueva EPS y Medimás, adicionalmente a la restricción de servicios prestados a los usuarios de las entidades que entraron en liquidación y otras en intervención como son (Salud Vida, Comfacor, Cruz Blanca, Comparta y Emdisalud).

La distribución de la facturación según los modelos de contratación con las Entidades Responsables de Pago corresponde al 20% por contratación PGP y el 80% de contratación por evento.

Por la línea de pago, encontramos que el régimen subsidiado representa el 43% del total de facturación del año, esto dado principalmente a Capital Salud, entidad con la que se cuenta con el contrato de PGP, en segundo lugar, se encuentra el régimen contributivo con una participación del 37% y representado por Nueva EPS, Medimás, Famisanar y Compensar en su orden y el régimen vinculado con el 9,5%. Así mismo, tenemos servicios de carácter especial con el 2,2 y oros con menos representación, tales como proyectos de investigación, particulares, medicina prepagada, IPS, empresas y fundaciones.

El resultado de la facturación en el año 2019, frente a la meta tuvo un cumplimiento del 96%,

Por otra parte, el porcentaje de radicación dentro de los términos de ley se mantuvo en el 98%, permitiendo el flujo de recursos con mayor oportunidad en cuanto al giro directo se refiere.

Indicadores

Porcentaje de glosa inicial

En el año 2019 se recibió glosa inicial equivalente al 25% de la facturación radicada, lo que representa un aumento de 7 puntos porcentual con respecto al año anterior.

Las entidades con mayor registro y principal motivo de glosa son: Capital Salud (Soportes -Tarifas - Autorización), Compensar (Devoluciones por Dispensación de farmacia) Medimás (Devoluciones - Soportes -Tarifas), Nueva EPS (Soportes-Autorización-Tarifas -Pertinencia) y Fondo Financiero (Devoluciones por atención de venezolanos - NO POS).

Porcentaje de respuesta a glosa dentro de los términos

Durante el año 2019 la respuesta de glosa, dentro del tiempo establecido normativamente, se encuentra en promedio en el 32,6%; sin alcanzar el rango adecuado, pero con respecto al año anterior se mejoró en un 14%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 99 de 162	

Porcentaje glosa definitiva

Para el 2019, la aceptación de la glosa definitiva se sitúa en el 2%, y presenta un incremento de 1 punto porcentual con relación al año anterior.

Oportunidad de respuesta autorizaciones ambulatorias

Para el año 2019 la oportunidad se encuentra en 3 días, reduciéndose en 1 día la respuesta de las autorizaciones.

Oportunidad respuesta autorizaciones hospitalaria

Para el año 2019 la oportunidad de respuesta se encuentra en 0,3 días, mejorando la oportunidad respecto al año anterior.

Porcentaje de autorizaciones gestionadas

Para el año 2019 el porcentaje de autorizaciones gestionadas se cumple el indicador en un 100%. El 100% de las órdenes susceptibles de trámite de autorización son objeto de gestión en el periodo ante la ERP.

Porcentaje de ejecución plan de intervención de glosa

El Plan de Intervención de Glosa al corte de diciembre de 2019, presenta un avance del 68.42% del cumplimiento en el período de 19 actividades programadas para el mismo, de las cuales cuatro se encuentran con cumplimiento del 100% y las demás aún se encuentran en ejecución y desarrollo según lo evidenciado en el plan.

3.5.2 Condiciones financieras y gestión de los recursos (cartera)

Recaudo Total 2019

Durante la vigencia 2019 se facturaron por venta de servicios de salud \$282.531 millones y el recaudo en este mismo período ascendió a \$249.727 millones, lo que indica un factor de recaudo de la vigencia del 88%. La mayor parte del recaudo corresponde a entidades como: CAPITAL SALUD PGP – (\$49.775 millones); CAPITAL SALUD EVENTO – (\$13.832 millones), NUEVA EPS – (\$31.455 millones); FFDS – (\$12.767 millones) y FAMISANAR EPS (\$11.026 millones), entre otras.

Recaudo por vigencias

En el año 2019, se recaudaron por venta de servicios de salud \$249.727 millones, de los cuales \$129.459 millones (52%), corresponden a servicios facturados en el 2019; \$93.690 millones (37%), a servicios facturados en el 2018 y \$26.579 millones (11%), a servicios facturados en el 2017 y anteriores.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 100 de 162	

Comparativo recaudo 2019 frente al 2018

Al comparar el recaudo del 2019 que ascendió a \$249.727 millones frente al del 2018 que fue de \$223.184 millones, se presenta un incremento del 11,8%

El siguiente gráfico muestra la correlación entre los valores facturados y recaudados, de forma mensual acumulada durante los años 2018 y 2019. Al cierre del año 2019 se observa un factor de recaudo del 88 % y en el 2018 del 77%, lo que indica una mejora en la tasa de recaudo de 9 puntos porcentuales.

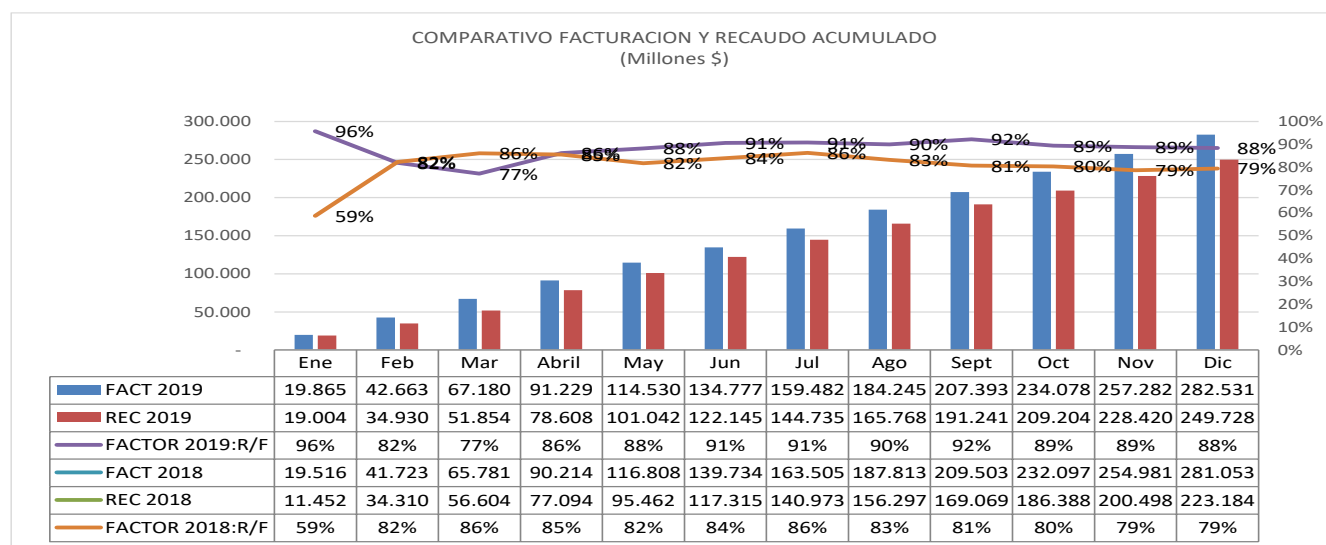


Figura 28. Comparativo facturación y recaudo acumulado 2018-2019

Cumplimiento meta de cartera

La meta presupuestal de cartera para el 2019 de fijó en \$263.361 millones y conforme al recaudo de \$249.727 millones, tenemos un cumplimiento del 95%. Este resultado, obedece a los problemas estructurales del flujo de caja del sector salud y en particular al incumplimiento contractual de algunas entidades responsables del pago.

Valor recaudado por régimen es:

De los \$249.727 millones recaudados, estos se distribuyen así: por el Régimen Subsidiado el 57% - (\$141.736. millones), por el Régimen Contributivo el 30% - (\$74.085 millones); las entidades territoriales el 13% -(\$18.791 millones) y el restante 6% corresponde a IPS y otras entidades

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 101 de 162	

Cartera total y por edades

La cartera total al cierre del 2019 asciende a \$245.952 millones que frente a la del 2018, \$240.438 millones, se incrementa en un 2%, equivalente a \$5.513 millones.

La cartera hasta 90 días suma \$67.561 millones y representa el 27% del total. La cartera entre 91-180 días equivale a \$31.732 millones y representa el 13% del total. La cartera entre 181-360 días equivale a \$41.354 millones y representa el 17% del total y la cartera mayor a 360 días equivale a \$105,303 millones y representa el 43%.

Registro de glosas y devoluciones

Durante el periodo comprendido entre 01 de diciembre de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2019, se han registrado glosas y/o devoluciones por valor de \$100.750 millones, de los cuales glosa inicial corresponden a \$70.483 millones y reiteraciones por \$30.267 millones, lo que representa que del valor total facturado están glosando y retirando el 33% del valor total facturado en el mismo periodo.

3.5.3 Gestión comercial y de mercadeo

Contratos gestionados durante el año 2019

Durante el año de 2019 se gestionaron 84 contratos con la ERP, donde el 22% son entidades del régimen subsidiado (17), 15% entidades del régimen contributivo (12), 5% entes territoriales (4), 11% régimen especial (10), 24%, investigaciones (20), 9% atología (8), 7 % radio farmacia (6), 3% fundaciones (3) y 4% CPreD (4).

Comparativos números de contratos años 2018/ 2019

Durante el año de 2019 se presentó un aumento en el número de contratos con relación al año 2018, del 11%, al pasar de 76 en el 2018 a 84 en el 2019

Plan de sensibilización y educación a las ERP

Durante el año 2019 se realizaron dos (2) eventos de sensibilización y educación a las ERP, con el fin de fortalecer la relación comercial y mejorar el acceso de los pacientes a los servicios que oferta el Instituto Nacional de cancerología ESE, los temas tratados fueron Modelo de atención al paciente con cáncer y Proceso de referencia y contrarreferencia

3.5.4 Gestión de costos

La gestión de costos para el año 2019, se centró en el trabajo de la coherencia de la información obtenida y el mejoramiento de la herramienta del módulo de costos de SAP con la firma consultora. Generando como resultado la ficha de informes de Costos, en donde se puede ver el costo por unidades

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 102 de 162	

funcionales, por proceso, por estructura jerárquica, por tipo de centro de costos, etc. Los cuales se continúan validando con los coordinadores de los servicios del INC.

Se viene desarrollando distribuciones de impacto contable mensualmente, con base en inductores técnicos para la correcta asignación por centro de costo. Y se continúa realizando conciliaciones con el grupo de contabilidad, con el ánimo de garantizar que la información es la correcta.

El año anterior, se siguió trabajando en el costo de las prestaciones del Instituto, en servicios como Seno y Tejidos Blandos, Medicina Nuclear, Patología, Radiofarmacia, Radioterapia y Rehabilitación en pos del cumplimiento del plan operativo en temas como los servicios de alta complejidad.

También se elaboró la información de costos referente a 514 procedimientos correspondientes a la resolución de Tarifas propias del INC en carpeta compartida, para facilitar la consulta de los contenidos de paquetes de servicios en áreas como mercadeo, facturación y glosas. Adicionalmente fue el insumo principal para la toma de decisiones referente a precios para el año 2020.

A corte de 31 de diciembre se tiene un avance del 72.67% del costeo del total de las prestaciones del INC.

Adicionalmente, en conjunto con el área de Docencia, se determinó el costo de los programas ofrecidos por el INC como actividad para evaluar los convenios que se celebran actualmente con las instituciones educativas.

Por último, se ha participado en el diseño de los modelos de productividad del servicio de Pediatría Oncológica, Medicina Nuclear y Radiofarmacia con el análisis de los ingresos y los costos por centro de costos, que se han convertido en variables para la estimación y simulación de estos.

3.5.5 Análisis de la ejecución presupuestal actual y comparativo con la vigencia anterior

Presupuesto de ingresos y gastos 2019

El presupuesto definitivo para 2019 fue de \$359.175,5 millones que frente al del 2018, \$311.166,8 millones, presenta un incremento de 15% y en pesos nominales \$48.008,7 millones. Esta situación, significa un logro financiero importante ya que impacta directamente en la adquisición de bienes y servicios, lo que significa mayor inversión en los diferentes componentes de obras, insumos, servicios, modernización de equipos médicos entre otros, todo lo anterior para la atención adecuada y oportuna a los pacientes.

Ejecución Presupuesto de Ingresos 2019

El presupuesto definitivo de ingresos se aforó en \$359.175,5 millones y el recaudo ascendió a \$362.389,3 millones, equivalente a un nivel de recaudo del 100,9%, suma superior en \$3.213,7 millones frente a lo aforado, principalmente por efecto de la mayor disponibilidad inicial.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 103 de 162	

Los recursos propios se aforaron en \$309.731,5 millones y el recaudo fue de \$315.632,1 millones, equivalente a una ejecución del 101,9%, superior en \$5.900,5 millones.

En cuanto a los aportes de la Nación, aforados en \$49.443,9 millones, Dirección del Tesoro Nacional giró \$46.757,2 millones que representan el 94,6% de lo aforado. Para el 2020, girará \$1.168,2 millones correspondiente a las cuentas por pagar.

Por Venta de Servicios Salud se recaudaron \$249.727,5 millones frente a un aforo de \$263.360,9 millones, lo que representa una tasa de recaudo del 94,8%.

El nivel de recaudo del 2019 se sitúa en el 100,9% que frente al del 2018, 110%, presenta una disminución de 9,2 puntos porcentuales. Esta situación se explica básicamente por el menor valor de la disponibilidad inicial y por la venta de servicios de salud.

El siguiente cuadro muestra el nivel de participación de los diferentes conceptos de ingreso y los niveles de recaudo de los mismos y el comparativo de la vigencia 2018.

EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS DICIEMBRE 2019					PRESUPUESTO 2018			VARIACIÓN RECAUDO	VARIACIÓN %
(Millones de \$)									
CONCEPTO	AFORO	PESO	RECAUDO	%	AFORO	RECAUDO	%	2019/2018	2019-2018
TOTAL INGRESOS	359.175,5	100,0%	362.389,3	100,9%	311.166,8	342.447,2	110%	6%	-9,2%
1 RECURSOS PROPIOS	309.731,6	86,2%	315.632,2	101,9%	262.010,8	295.976,1	113%	7%	-11,1%
1.1 DISPONIBILIDAD INICIAL	33.536,5	9,3%	54.326,3	162,0%	35.268,7	61.536,3	174%	-12%	-12,5%
1.2 VENTA SERVICIOS SALUD	263.360,9	73,3%	249.727,5	94,8%	215.081,7	223.184,8	104%	12%	-8,9%
1.3 OTROS ING EXPLOTACIÓN	3.463,0	1,0%	2.325,5	67,2%	2.764,6	2.385,0	86%	-2%	-19,1%
1.4 OTROS INGRESOS	1.178,0	0,3%	1.113,1	94,5%	888,8	1.035,4	116%	8%	-22,0%
1.5 RECURSOS DE CAPITAL	7.516,0	2,1%	7.387,9	98,3%	7.440,0	7.293,0	98%	1%	0,3%
1.6 VENTA DE BIENES	677,2	0,2%	751,8	111,0%	567,0	541,6	96%	39%	15,5%
2 APORTE NACIÓN	49.443,9	13,8%	46.757,2	94,6%	49.156,0	46.471,2	95%	1%	0%

Figura 29. Ejecución presupuestao de ingresos 2018-2019

Presupuesto de gastos 2019

Del total del presupuesto que fue de \$3359.176 millones se destinaron a Gastos de Funcionamiento \$119.755 millones, que equivalen al 33% del presupuesto, a Gastos de Operación Comercial \$197.632 millones, que representan el 55% del presupuesto, a Inversión el 12% que equivalen a \$41.789 millones.

Del total apropiado para gastos que fue de \$3359.176 millones se realizaron compromisos por valor de \$322.054 millones, que equivale a una ejecución del 90% y se realizaron pagos por valor \$314.397 millones, suma que representa un 98% de las obligaciones.

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 104 de 162	

Tabla 22. Ejecución presupuestao de gastos 2019

EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS 2019					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	COMPROMISOS	%	PAGOS	%
FUNCIONAMIENTO	119.755	108.086	90%	105.800	98%
OPERACIÓN COMERCIAL	197.632	179.871	91%	179.083	100%
INVERSION	41.789	34.097	82%	29.514	87%
TOTAL PRESUPUESTO	359.176	322.054	90%	314.397	98%

Ejecución Gastos de Funcionamiento

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$119.755 millones, se realizaron compromisos por valor de \$108.086 millones, es decir, que se ejecutó el 90% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$105.800 millones, suma que representa un 98% de las obligaciones.

Ejecución Gastos de Operación Comercial.

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$197.632 millones, se realizaron compromisos por \$179.871 millones, es decir, que se ejecutó el 91% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$179.083 millones, equivalentes a un 99% de las obligaciones.

Ejecución Gastos de Inversión

En cuanto a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$41.789 millones y se ejecutó el 82%, que representan \$34.097 millones, así mismo, se realizaron pagos por valor de \$29.514 millones, que equivalen a un 87% de los compromisos efectuados.

Comparativo ejecución Gastos 2019-2018

Al realizar el comparativo de ejecución de gastos 2018 vs 2019, de acuerdo con el resultado de las ejecuciones presupuestales, se concluye que el presupuesto aprobado para la vigencia 2018 fue de \$311.167 millones con una ejecución de gastos de \$294.815 millones es decir el 94,7% del presupuesto y que frente al presupuesto de la vigencia 2019, donde el presupuesto fue de \$359.175 millones y la ejecución de \$322.054, con un porcentaje de ejecución del 89,7%; se observa que a pesar de que en términos porcentuales la ejecución de 2019 fue menor en 5 puntos respecto a la vigencia 2018; se tiene en cuenta que se realizó una ejecución mayor en 2019 con \$27.239,38 millones más que la vigencia 2018.

A continuación, se presenta el cuadro resumen de ejecución presupuestal de gastos a cierre de la vigencia 2019 y el comparativo 2018 en términos porcentuales

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 105 de 162	

Tabla 23. Ejecución presupuesto de gastos

EJECUCION PRESUPUESTO GASTOS A DICIEMBRE DE 2019								EJEC 2018		VAR 2018- 2019	
								PORCENTUAL %		PUNTOS %	
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCIÓN	%	OBLIGACIONES	%	PAGOS	%	EJEC	PAGOS	EJEC	PAGOS
1. FUNCIONAMIENTO	119.754,56	108.086,22	90,30%	105.799,82	97,90%	105.799,82	100,00%	95,00%	98,00%	-5%	-2%
2. OPERACIÓN COMERCIAL	197.631,69	179.870,76	91,00%	179.082,57	99,60%	179.082,57	100,00%	97,00%	99,00%	-6%	1%
3. INVERSION	41.789,29	34.097,40	81,60%	29.514,35	86,60%	29.514,35	100,00%	84,00%	91,00%	-2%	9%
TOTAL, PRESUPUESTO	359.175,54	322.054,38	89,70%	314.396,74	97,60%	314.396,74	100,00%	95,00%	98,00%	-5%	2%

Resultado Presupuestal 2019

Al cierre del ejercicio fiscal del 2019, el Instituto generó un resultado presupuestal positivo de \$47.992,6 millones, lo cual se constituye en la Disponibilidad Inicial para el 2020.

La siguiente grafica muestra el comportamiento mes a mes del 2019 de la liquidez de la Tesorería del Instituto.

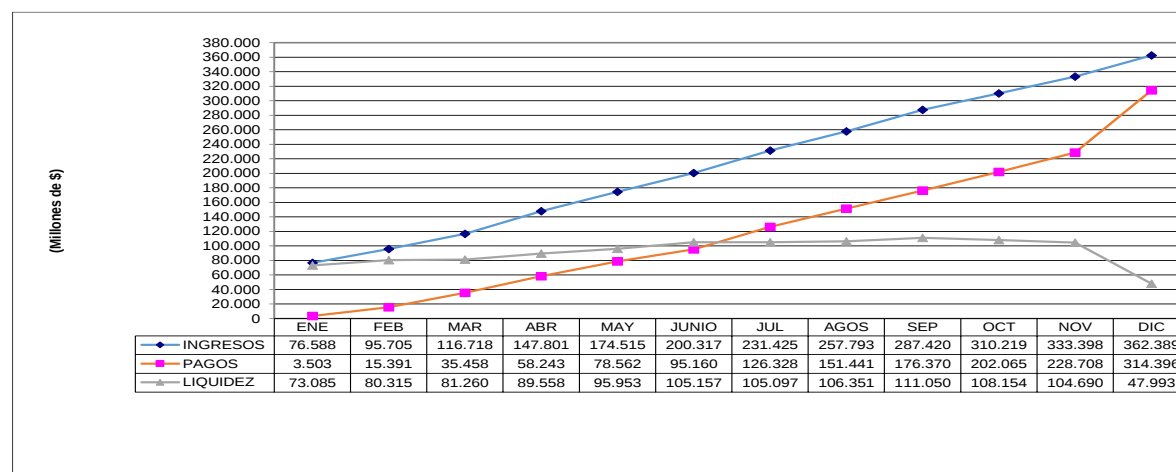


Figura 30. Liquidez de Tesoreria 2019

3.5.6 Análisis del balance general y del estado de resultados actual y comparativo con la vigencia anterior

Informacion con base en estados financieros 2019 proyectados a partir del 15 de febrero de 2020 ya se encuentran disponibles los eeff definitivos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 106 de 162			

Estado de situación financiera

El Estado de situación financiera-ESF- refleja la situación financiera del Instituto al 31 de diciembre de 2019. Presenta en forma clasificada, resumida y consistente, la situación financiera y revela la totalidad de sus activos, pasivos y patrimonio. Al comparar las cifras del Estado de Situación Financiera al cierre de 2019 frente al 2018, tenemos que, los activos crecieron \$11.076 millones, equivalente al 3%, explicado básicamente por el efecto positivo de la cuenta de Propiedad Planta y Equipo y los inventarios, conjugadas con el efecto negativo de las cuentas por cobrar, tanto corrientes como no corrientes; los pasivos decrecieron en \$13.753 millones, explicado básicamente por efecto de las cuentas por pagar así como el incremento de los ingresos recibidos por anticipado y ; y el patrimonio se incrementó en \$24.829 millones, equivalentes al 6% del total del patrimonio, básicamente por el efecto positivo de las cuentas de patrimonio y del resultado del ejercicio. La siguiente tabla presenta en forma comparativa las principales cuentas del Estado de Situación Financiera del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA PROYECTADO COMPARATIVO						
RUBRO	2019 PROYECTADOS		2018 APROBADOS		VARIACION	
	MILLONES \$	%	MILLONES \$	%	MILLONES \$	%
ACTIVO	425.120	100	414.044	100	11.076	3%
PASIVO	28.793	7%	42.546	10%	-13.753	-48%
PATRIMONIO	396.327	93%	371.498	90%	24.829	6%
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	425.120		414.044		-11.076	

Figura 31. Estado de situación financiera proyectado 2018-2019

Estado de resultado integral 2018

Al cierre de la vigencia 2019, el Instituto proyecta una Utilidad Neta del Ejercicio de \$326.31 millones, cifra inferior en \$5.737 millones frente a la obtenida en el 2018 que fue de \$32.668 y que corresponde a una variación del 21% La variación se debe a la disminución de los ingresos dado que durante la vigencia 2019 las aseguradoras no direccionan los pacientes recién diagnosticados al Instituto, solamente se atendieron pacientes que ya venían con tratamiento de vigencias anteriores, por lo que se proyecta una disminución de los gastos y del costo. El resultado de la vigencia demuestra la solidez, estabilidad y viabilidad financiera del Instituto y por ende el continuo fortalecimiento patrimonial

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL PROYECTADO COMPARATIVO						
RUBRO	2019 PROYECTADOS		2018 APROBADOS		VARIACION	
	MILLONES \$	%	MILLONES \$	%	MILLONES \$	%
INGRESOS OPERACIONALES	315.167	97%	331.859	96%	-16.692	-5%
INGRESOS NO OPERACIONALES	8.694	5%	13.290	5%	-4.596	-53%
COSTO MEDICO ASISTENCIAL	245.874	78%	253.107	76%	-7.233	-3%
GASTOS DE ADMINISTRACION	37.666	12%	56.553	16%	-18.887	-50%
GASTOS NO OPERACIONALES	13.390	4%	2.821	1%	10.569	79%
RESULTADO DEL EJERCICIO	26.931	8%	32.668	9%	-5.737	-21%

Figura 32. Estado de resultados integral proyectado 2018-2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 107 de 162	

Indicadores

Indicador de Utilidad Operacional:

El porcentaje de utilidad operacional del Instituto es del 22%, es decir que los ingresos operacionales menos los costos asistenciales generan una rentabilidad del 22% al Instituto, lo que nos indica que el costo operacional del Instituto corresponde al 78% de los ingresos operacionales de la entidad.

Indicador de solidez:

El Instituto cuenta con un respaldo del 15 para cubrir todas las obligaciones al cierre de la vigencia 2019, es decir que el activo total de la entidad respalda con \$15 cada peso del pasivo total.

Indicador de razón corriente:

El Instituto cuenta con \$6.33 pesos de sus Activos Corrientes para cubrir las obligaciones adquiridas a corto plazo, es decir que por cada peso que se adeuda al cierre de la vigencia 2019 se tiene \$6.33 para respaldar las obligaciones adquiridas con terceros a corto plazo.

Razonabilidad de los Estados Financieros:

Con fecha 23 de marzo de 2020 la firma Nexia Montes & Asociados SAS., Revisores Fiscales del Instituto; emitió dictamen sin salvedad sobre los estados financieros al 31 de diciembre de 2019, dejando tres aspectos en un párrafo de énfasis a saber, depuración de la cuenta glosas en cuentas de orden, actualización de las pretensiones en el caso de los litigios, y seguimiento implementación y funcionamiento del módulo de costos en SAP-C0

3.6 GESTION CONTRACTUAL

El Grupo Gestión Compras y Contratación ha venido realizando la etapa pre-contractual, contractual y pos contractual bajo parámetros de eficiencia, oportunidad, celeridad y transparencia de todo tipo de actos jurídicos contractuales que suscribe el Instituto con personas naturales y jurídicas.

En el 2019 se realizaron 1.016 actos jurídicos contractuales por valor de \$328.692, que incluye presupuesto de la vigencia y de vigencias futuras, distribuidos por modalidad de contratación, así: por convocatoria pública 293 actos por valor de \$272.273 millones, por invitación a cotizar 153 por \$7.045 millones, por contratación directa 570 por \$49.374 millones.

Indicadores

Porcentaje del cumplimiento del plan anual de adquisiciones

Con corte a 31 de diciembre de 2019 se adjudicaron 1169 ítems del Plan Anual de Adquisiciones inicial (1489), 124 ítems decididos no comprar, para un total de ítems a adjudicar de 1365, con un 86% de cumplimiento frente a los 1365 ítems. 65 ítem desiertos por sus diferentes modalidades oferente,

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 108 de 162			

concepto técnicos e inhabilitados jurídica y financieramente, 131 ítems, unos sin estudios previos (No entregaron) otros a última hora se deciden no comprar por cierre presupuestal. Para un 100% de cumplimiento frente a los 1169 ítems.

Porcentaje de ítems presentados a comité

Con corte a 31 de diciembre se presentaron 1489 ítems a comité del plan inicial así: 1169 ítems adjudicados - 124 ítems declarados no comprar - 65 ítems Desiertos por sus diferentes modalidades oferente, concepto técnicos e inhabilitados jurídica y financieramente, 131 ítems, unos sin estudios previos (No entregaron) otros a última hora se deciden no comprar por cierre presupuestal.

3.7 NUESTRO TALENTO HUMANO

Para la vigencia 2019 la planta global se encuentra compuesta por 791 cargos de empleados públicos y trabajadores oficiales. Adicionalmente con una planta transitoria de 12 cargos de empleados públicos y trabajadores oficiales.

3.7.1 Caracterización de los funcionarios

A continuación, se presenta la relación de los cargos, las vacantes a 31 de diciembre de 2019

Tabla 23. Caracterización de funcionarios

DENOMINACIÓN DE CARGO	Total, Cargos de Planta Global	Cargos Provistos de Planta Global		Cargos Vacantes de Planta Global		Cargos Provistos de Planta Transitoria	Total, cargos Planta
		#	%	#	%		
Empleados Públicos	769	703	91%	66	9%	2	771
Trabajadores Oficiales	10	8	80%	2	20%	10	20
Total, Personal	779	711	91%	68	9%	12	791

Ingresos

Para la vigencia 2019 se realizaron 26 ingresos equivalente a un porcentaje del 3,38%.

Retiros

Para la vigencia 2019 se presentaron 58 retiros equivalente a un porcentaje del 7.45%.

Adicionalmente el Instituto suscribió 74 contratos de prestación de servicios con persona natural, se realizaron 201 nombramientos en calidad de supernumerarios.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 109 de 162	

3.7.2 Avance del plan de bienestar institucional

Mediante Resolución número 246 de 2019 se adoptó el Plan de Bienestar del Instituto Nacional de Cancerología ESE, para la vigencia 2019, donde se realizaron diferentes actividades (almuerzo pensionados, semana cultural, día enfermera, vacaciones recreativas, campamentos juveniles, contrato escuelas deportivas), entre otras actividades, con la participación de 8.062 participante.

Adicionalmente se brindó apoyo económico de lengua extranjera, convenio docencia, incentivos mejores equipos de trabajo primer puesto, incentivos mejores equipos de trabajo segundo puesto, incentivos otorgados de LNR, incentivos otorgados de carrera administrativa, incentivos otorgados en provisionalidad.

3.7.3 Avance del plan de capacitación institucional

Mediante Resolución número 0059 de 2019 se adoptó el Plan Institucional de Capacitación del Instituto Nacional de Cancerología ESE, para la vigencia 2019. Se capacitaron 10 funcionarios en el eje de gestión de la calidad, fueron capacitados 20 funcionarios en el eje de profesionalización del servidor público. Para el 2019 se destinaron al programa de capacitación \$137,3 millones.

3.7.4 Avance en el sistema de seguridad y salud en el trabajo

La gestión correspondiente a seguridad y salud en el trabajo para el año 2019, se centró en el trabajo por la prevención de los riesgos laborales, disminución de la accidentalidad, seguimiento a las enfermedades laborales y comunes, la apropiación en temas de atención y respuesta ante emergencias y el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios a través de diferentes campañas y actividades y de los programas de vigilancia.

La intervención de los **Desórdenes Músculo esqueléticos** (DME), se realiza a través de la ejecución del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de DME (PVE-DME), que tienen por objetivo el identificar e implementar de manera oportuna medidas que conlleven a la prevención de enfermedades de origen laboral con diagnósticos asociados a DME; dentro de las actividades realizadas en el año 2019 están: capacitaciones de higiene postural y ergonomía en oficina, prevención en la manipulación manual de pacientes, inspecciones de puestos de trabajo, seguimientos interdisciplinarios, seguimientos a recomendaciones laborales y auto reporte de condiciones de salud, esto se realiza con el fin de medir la eficacia del PVE-DME y poder recomendar nuevas estrategias y/o herramientas de intervención que permitan mejorar la ejecución de este. Se realizaron inspecciones y asesoría en la implementación de medidas correctivas a puestos de trabajo a 119 puestos de trabajo con sus respectivas recomendaciones.

Enfermedad Laboral INC

Para el año 2017 aumento la incidencia de enfermedad laboral a 18 diagnósticos, en el año 2018 se presenta nuevamente disminución en presencia de enfermedad laboral a 11 diagnósticos y en el año 2019 se presentaron 5 diagnósticos de enfermedad

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 110 de 162	

Tendencia de enfermedades laborales desde el 2012 al 2019

A partir del año 2012 al 2019 se han realizado el seguimiento de los diagnósticos de enfermedad de origen laboral encontrándose que los diagnósticos están relacionados a desórdenes músculo esqueléticos en miembros superiores y columna, piel, esfera mental y otros (respiratorios). En el 2019 se presentaron 5 casos de miembros superiores.

En cuanto a la **identificación de los peligros** se realizó actualizando, seguimiento y socialización de la Matriz de Peligros. Lo que ha permitido identificar los factores de riesgo ocupacionales (estado actual, niveles de exposición, personas expuestas, nuevos factores de riesgo, controles establecidos y su efectividad) lo anterior en cada uno de los servicios, teniendo una cobertura del **92.8%** de ejecución. En la programación de **inspecciones** se ejecutó el 100% con 45 áreas visitadas durante el año según cronograma con el acompañamiento del COPASST; Se identificaron **276** condiciones inseguras y se solicitó la mejora a través de la transacción IW-21, de las cuales se ejecutó un **89%**, y las restantes en trámite.

Accidentalidad INC

Durante el 2019 se presentaron 35 accidentes, los cuales generaron 322 días de incapacidad, investigados al 100%. Logrando una disminución en cuanto a severidad comparo con el año 2018.

Frecuencia de la accidentalidad 2019 (número de accidentes ocurridos)

Severidad e la accidentalidad (días perdidos por accidentes de trabajo)

Actividades del Plan de Emergencias

El logro de los objetivos del plan de emergencia y las actividades que desarrolla el comité de emergencias y la brigada del INC, buscan garantizar el conocimiento de respuesta ante estas situaciones de posibles emergencias. Durante el año 2019 se **capacitaron 7.578** personas en diferentes temas, estas capacitaciones cuentan con evaluación que garantiza no solo la eficiencia sino también la eficacia de las mismas. En el mes de febrero se recibió visita de inspección técnica por parte de Bomberos oficiales Bogotá, quienes emitieron el certificado de cumplimiento del plan de emergencias y de los componentes para atender una emergencia real.

3.7.5 Clima organizacional

Desde la gestión el talento humano en cabeza del grupo de seguridad y salud en el trabajo, la encuesta 2019 de riesgo psicosocial y clima organizacional arrojó resultados positivos, al comparar los resultados del 2017 con el año 2019, disminuyendo el riesgo intralaboral de un **85% al 58.3%** y el riesgo extra laboral de un **56.6 % al 25.9%**; lo que deduce la eficacia del plan de intervención de riesgo psico laboral, clima organizacional y cultura 2018-2020.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 111 de 162	

Indicadores

Porcentaje de ejecución PAES del 100% se ejecutó 59% quedando por ejecutar un 41%

Porcentaje de ejecución capacitaciones, del 100% se ejecutó 61% quedando por ejecutar un 39%

3.8 GESTION DOCUMENTAL

3.8.1 Proyecto de gestión documental – Avance modelo de gestión documental y administración de archivos (MGDA) del instituto

Componente estratégico.

Durante el periodo se completaron todos los instrumentos archivísticos exigidos por el Archivo General de la Nación AGN, con la presentación del MOREQ (Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos de archivo).

Igualmente, se presentó al Comité Institucional de Gestión y Desempeño la política de gestión de documentos físicos y electrónicos como marco general alineado al Plan de desarrollo institucional del Instituto.

Ante la necesidad de alinear las metas del grupo al nuevo modelo del Archivo General de la Nación se actualizó el Programa de gestión Documental de acuerdo a los componentes estratégico, cultural, documental, administrativo y tecnológico del Modelo de Gestión Documental y Administración MGDA.

Este componente ha quedado cubierto al 100% teniendo en cuenta el cumplimiento normativo de todos los instrumentos archivísticos que deben tener las entidades públicas.

Componente tecnológico.

Se levantó el estudio de mercado, especificaciones técnicas y términos de referencia del proceso de contratación para la implementación de una solución que permita generar el consentimiento informado de forma electrónica el cual tendrá autenticación biométrica, firmado digital, preservación a largo plazo, validez jurídica y probatoria.

Se llevó a cabo el diagnóstico o primera fase de la exploración de los registros de información (formatos, registros y planillas) del listado maestro de documentos y registros y se estableció que el 61% de los mismos son susceptibles de conversión a formato electrónico sin necesidad de firma electrónica, quedando pendiente de desarrollar en el 2020 la priorización e implementación en coordinación con el área de planeación y demás involucradas.

Se establecieron gestiones importantes con el área de tecnología y gerencia de la información para adelantar la definición de un repositorio de archivo central electrónico que permita almacenar de forma controlada los documentos nativos electrónicos que posea y llegue a generar el INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 112 de 162			

Componente documental.

Se adelantó la gestión ante el Archivo General de la Nación para la actualización de las Tablas de Retención y Valoración Documental, con el objetivo de que sean aprobadas en pre-comité técnico dando respuesta a los requerimientos de esa entidad y cumpliendo los parámetros del acuerdo 04 de 2019.

Se prosiguió con el plan de transferencias documentales hacia el archivo central trasladando a diciembre de 2018 **1,73** Metros lineales y a diciembre de 2019 un total de 115 Metros lineales para un d aproximado de 380 cajas en el periodo.

Se efectuó el diagnóstico de la conformación del expediente de Historia clínica y se presentó propuesta de mejoramiento que comprende plan de trabajo archivístico integral sobre el archivo de historias clínicas y las fases a llevar a cabo a corto y mediano plazo para organizar los expedientes activos según criterios archivísticos.

Se adelantó el seguimiento y avance de actividades del open file (administración de historias laborales), asegurando la correcta organización, actualización, descripción, inserción, digitalización y servicios de consulta de forma segura y confidencial, cumpliendo todos los estándares archivísticos.

Con fecha de terminación de documentos acumulados a junio de 2020, fecha en la cual el esquema seguirá funcionando con los documentos del día a día. Las cifras comparativas son las siguientes:

Tabla 24. Avance Administración de historias laborales

Actividad	Ejecución a 2018	Avance 2018	Avance 2019	Avance 2019	Meta a junio 2020
Organización de Carpetas	3.733	35%	8.566	81%	10.620
Folios Digitalizados	97.378	34%	349.629	123%	283.496
Tipologías Indexadas	9.769	3%	232.106	61%	382.320

Componente cultural.

Se adelantó el primer ciclo de curso de capacitación semivirtual para todos los funcionarios del Instituto, el cual fue certificado por el INC.

Componente de administración de archivos.

Se dio inicio al nuevo contrato de custodia del archivo central a 30 meses, lo que permitirá optimizar esa actividad con actividades unificadas a la disposición final de documentos por aplicación de Tabla de Retención Documental y Tabla de Valoración Documental.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 113 de 162			

Indicadores

Porcentaje de cumplimiento en la aplicación de tablas de retención documental en archivo de gestión.

Porcentaje de cumplimiento en la aplicación de tablas de retención documental en archivos de gestión: 80,15%

3.9 TECNOLOGIA DE LA INFORMACION

El Grupo Area Sistemas tiene por objeto Gestionar las tecnologías de la información y la comunicación existentes en la Institución y asesorar la adquisición e implementación de nuevas tecnologías, que cumplan con estándares de calidad, disponibilidad, eficiencia y seguridad realizando seguimiento y mejoras, con el fin de apoyar los procesos del Instituto Nacional de Cancerología ESE

3.9.1 Proyecto de sistematización institucional

Porcentaje avance de ejecución de proyecto de sistematización integral. 84%

Consideraciones especiales:

Patología: Avance 69%., cumpliéndose el 100% de las actividades programadas para el año 2019.

Sistema BI productivo: Se realizó el cierre del proyecto el cual quedo con un porcentaje del 100%.

Renovación Redes LAN IPV6: El Porcentaje de avance en la implementación, actualización y transición del protocolo IPV6, para el año 2019, es del 100%, en el cual se cumplieron las tres actividades principales que fueron: 1. Elaborar Estudios Previos. 2. Calificar Propuestas. 3. Realizar la implementación y puesta en marcha Fase I.

Proyecto de Costos: tuvo su salida en vivo, el 1 de julio de 2018, surtió su periodo de soporte, y actualmente se encuentra en periodo de garantía. Su avance de ejecución es del 100%. Se realizo acta de cierre el día 11 de abril de 2019.

Fase II BI: Se realizó contratación y legalización del contrato en el 2019, su implementación se realizará en el primer semestre de 2020.

Workflow Contratación y Compras: Se realizó la contratación en diciembre de 2019. A este respecto, se realizó entrega de licenciamiento, plataforma en la nube y cursos de capacitación. Durante el primer semestre se realizará la segunda fase del proyecto que es la implementación del Workflow de Contratación y compras sobre la plataforma adquirida.

Consulta Resultados Dx Imagenología y Laboratorio: Se realizó la contratación, Se realizó implementación y entrega del producto. Avance del 95% para las actividades del 2019. Pendiente cierre administrativo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 114 de 162	

Infraestructura RIS-PACS: Se agregó el proyecto de renovación de infraestructura de RIS-PACS. La plataforma actual que soporta esta gestión ya cumplió su vida útil y hace que las probabilidades de malfuncionamientos y fallos. Que requiere ser controlada mediante la actualización de los componentes. Por tanto, se firmó un contrato para la adquisición e implementación de la infraestructura que inicio el 19 de diciembre de 2019 y actualmente se encuentra en la importación de la infraestructura. Se realizó la entrega de servidores y almacenamiento.

3.9.2 Gestión de arquitectura empresarial

Las actividades de arquitectura empresarial TI para el año 2019 alcanzaron un avance del 63%, habiéndose cumplido las fases de iniciación y planificación, diagnóstico, definición de Arquitectura actual, y definición de Arquitectura Objetivo. Este porcentaje es del total de las fases de arquitectura empresarial. El avance con referencia al 31 de diciembre de 2019, fecha para la cual se espera un avance del 64% (Siendo este porcentaje esperado nuestro 100% para el periodo).

3.9.3 Gestión de seguridad de la información

Durante el año 2019, se logró una ejecución del 98% del plan de seguridad y privacidad de la información de lo programado para el 2019, y se logró un avance del 9% en actividades programadas dentro del plan para el año 2020. Es de destacar durante este año la implementación de herramientas actualizadas como el Firewall de nueva generación FORTINET, el cual brinda mayor visibilidad y control de amenazas que intentan vulnerar la seguridad perimetral del INC. Otro logro importante es la aprobación de la actualización de la política de seguridad de la información del INC. la cual se logró en el mes de diciembre de 2019.

Algunos logros puntuales durante el 2019 fueron

- Implementación de NGFW – Firewall de Nueva generación
- Implementación de DDOS – Protección de ataques de denegación de servicio.
- Aplicación primera etapa de restricciones de navegación.
- Actualización Política de Seguridad de la Información.

Indicadores

Si bien es cierto el Grupo Área de Gestión de TI, tiene varios indicadores, se relacionan a continuación los que se consideran más relevantes en el año 2019.

Porcentaje de cumplimiento del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información) 2/2 100%

Durante el año 2019, el centro de gestión integral del paciente tuvo varios cambios, sin embargo, el grupo área de sistemas implemento dos proyectos como apoyo a este centro los cuales Consulta Resultados en Línea Imágenes Diagnosticas y Laboratorio Clínico, los cuales se encuentran ya implementados, y a la espera del despliegue en el año 2020.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 115 de 162	

Porcentaje de implementación de servicios digitales internos y al ciudadano. 2/2 100%

Durante el año 2019, se implementaron dos servicios digitales internos y al ciudadano los cuales son Consulta Resultados en Línea Imágenes Diagnósticas y Laboratorio Clínico, los cuales se encuentran ya implementados, y a la espera del despliegue en el año 2020.

Porcentaje de avance de renovación tecnológica =100%

Durante el año 2019 se realizó la convocatoria 262, la cual tiene por objeto "Contratar los servicios de Outsourcing en Tecnología Informática, que incluye el arrendamiento de equipos de impresión y escaneo, equipos de cómputo, servicios de infraestructura y seguridad, mesa de ayuda, licenciamiento, suministros e insumos". Con el desarrollo de dicho contrato se realizó la renovación tecnológica de todos los equipos de cómputo e impresoras del INC, así como los servicios conexos de servidores, ofimática con office 365, y otros más.

Porcentaje de implementación de la nueva ofimática: $17/17 = 100\%$

Durante el año 2019 se realizó la convocatoria 262, la cual tiene por objeto "Contratar los servicios de Outsourcing en Tecnología Informática, que incluye el arrendamiento de equipos de impresión y escaneo, equipos de cómputo, servicios de infraestructura y seguridad, mesa de ayuda, licenciamiento, suministros e insumos". Con el desarrollo de dicho contrato se realizó la renovación e implementación de ofimática del INC. Para tal efecto se tomó la decisión de implementar la ofimática con office 365, y se estableció como alcance inicial la migración del correo electrónico de ZIMBRA a la herramienta Outlook Online.

Porcentaje de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo con el cronograma del periodo 27,5/28 =98%

Se reporta cronograma de Avance del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI, actualizado a diciembre 31 de 2019. La vigencia del PETI es de 2019 hasta el año 2022. Para el año 2019 se tiene previsto realizar un total de 28 actividades de un total de 59 actividades planeadas hasta el momento, en el lapso de los 4 años. El esperado para el 31 de diciembre de 2019, es del 28% del total de actividades. Se anexa cronograma actualizado con porcentajes de avance a corte 31 de diciembre con porcentajes esperados a 31 de diciembre de 2019. Los porcentajes reportados son 27,5 ejecutado vs 28% esperado, lo que nos da un cumplimiento del 98%.

3.10 GESTION DE LA TECNOLOGIA CLINICA

3.10.1 Proyecto de renovación, incorporación de tecnología

Durante el año 2019 el proyecto de Fortalecimiento de la Tecnología Biomédica tuvo proyectado la adquisición de 277 equipos, de los cuales se adquirieron 274 equipos, teniendo una ejecución del 98.55%. Comparado con el año anterior, la cual fue del 90.02%, se observa un incremento de 8,5 puntos porcentuales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 116 de 162	

Conforme a lo anterior, en la línea de incorporación se adquirieron un total de 47 equipos correspondientes al 17.1%, la cual hace referencia a las nuevas necesidades de equipos biomédicos que establecen cada uno de los servicios debido a las restricciones para la ampliación y optimización de servicios que limitan los procesos que llevan al control integral del cáncer.

En la línea de renovación y reposición de la tecnología, la cual está relacionada con la adquisición de tecnología debido a su nivel de obsolescencia, se adquirieron un total de 228 equipos, los cuales corresponden al 82.9% del plan.

Comparado con el año anterior se observa:

Tabla 25. Avance renovación equipos

	2018	2019
Presupuesto asignado	\$13.048.577.564	\$11.685.960.660
% de ejecución en valor	90.02%	98.55 %
% de equipos incorporados	41%	17.1 %
% de equipos renovados	59%	82.9 %

Indicadores

Cumplimiento de gestión de análisis de incidencias y eventos adversos asociados: Indicador semestral el cual fue ajustado durante el año 2019, debido a las modificaciones y responsables del programa institucional de tecnovigilancia.

Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos médicos.

Durante el año 2019 el indicador tuvo un comportamiento variable en su mayoría fuera de los límites del indicador, la desviación principal se da por los equipos que requieren instalación de repuestos de importación, los cuales llevan a tiempos mayores para la solución definitiva de la falla.

Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica

De las 17 actividades principales programadas en el macroproyecto 2019, se ejecutaron 15 actividades por encima de un 70% y 2 que se encuentran en un 50%. Las actividades que se encuentran en un 50% son: *Capacitación de personal en manejo de equipos y la generación de hoja de vida de los equipos. Es importante resaltar que todas las actividades relacionadas con la recepción técnica e inclusión de equipos a los procedimientos del grupo de tecnología clínica dependen de la entrega de cada uno de los equipos por parte de cada uno de los oferentes.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 117 de 162	

Porcentaje de cumplimiento de Plan de Mantenimiento preventivo de equipos médicos.

Durante el año 2019 se tuvo una ejecución total del 98.05 %, la medición durante todo el año se mantuvo estable, cumpliendo con la meta establecida. Esto se logró debido al control y seguimiento continuo del cronograma de mantenimiento preventivo.

Porcentaje de equipos biomédicos renovados.

En el macroproyecto de Adquisición de tecnología Biomédica del año 2019 se finalizó con un total de 275 equipos de los cuales 228 (82%) fueron equipos en renovación y los restantes incorporación. De estos 228 equipos renovados se logró la adquisición del 100% de los equipos.

Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de verificación

Durante el año 2019 se tuvo un cumplimiento de rutinas de verificación muy variable, se realizó la inclusión de diferentes servicios, donde se programaron 79 rutinas de verificación de equipos biomédicos, dando cobertura a los siguientes servicios salas de cirugía, esterilización, medicina nuclear, imágenes diagnosticas, GAICA, UACAI, radioterapia, biología del cáncer, cuidado paliativo y VPH, urología, consultas cabeza y cuello, seno y tejidos blandos, cirugía plástica, consultas cirugía de tórax, terapia respiratoria, rehabilitación, hospitalización tercer piso y hospitalización pediátrica, hospitalización cuarto piso, UCI médica, UCI pediátrica, UCI quirúrgica, trasplante de medula ósea, hospitalización día, laboratorio clínico, banco de sangre, endoscopia, farmacia, patología, banco nacional de tumores, ADN-VPH, genética, Radiofarmacia, CPRED. Para mejorar el cumplimiento y cobertura de las rutinas de verificación se estable la actividad de apoyo al Outsourcing de mantenimiento para la ejecución de estas en áreas como consultas externas, laboratorio y hospitalización. Se deben establecer mecanismos para el cumplimiento de las rutinas de verificación.

Porcentaje de ejecución del plan de aseguramiento metrológico

El porcentaje de ejecución del plan de aseguramiento metrológico a diciembre 31 de 2019 tuvo un cumplimiento del 91.92%.

3.11 GESTION DE AMBIENTE FISICO

3.11.1 Proyecto de construcción y remodelación

MACROPROYECTO de obras 2019 – 2020

Objetivo: Generar una infraestructura adecuada para la prestación de servicios en el instituto nacional de cancerología.

Presupuesto 2019: \$ 16.450.482.292

Ejecución presupuestal a 31 de dic. 2019: \$14.576.350.200 **89%**

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 118 de 162	

3.11.2 Impacto y beneficios alcanzados

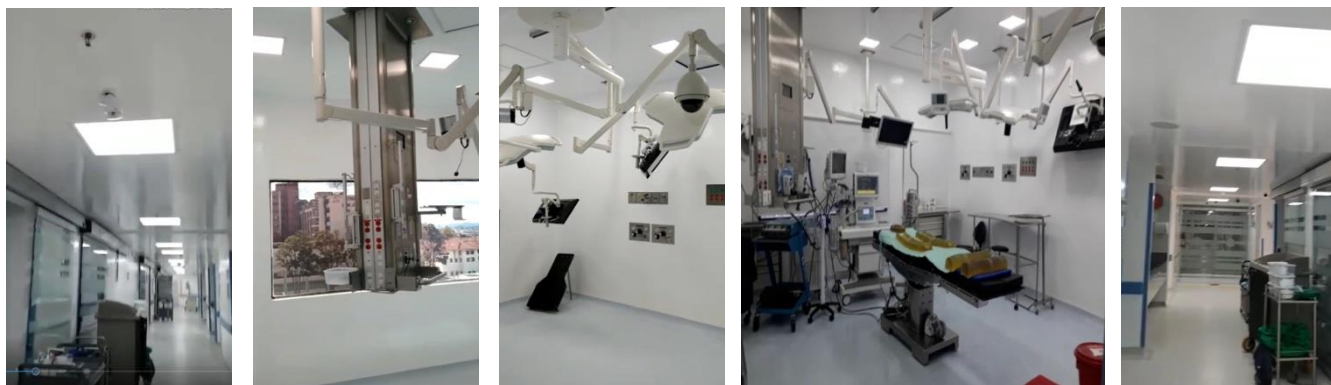


Figura 33. Aplicación poli aspártico salas de cirugía



Figura 34. Adecuación área de ultra congeladores biología del cáncer.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 119 de 162	

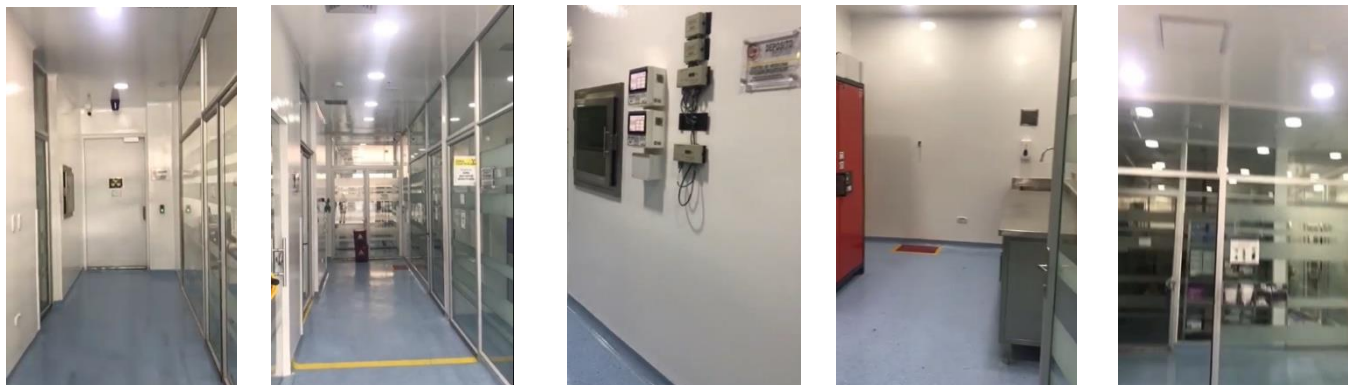


Figura 35. Aplicación poli aspártico Radio farmacia



Figura 36. Laboratorio de macros copia patología.



Figura 37. Construcción y adecuación de 30 habitaciones de hospitalización.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 120 de 162	



Figura 38. Adecuación y remodelación habitaciones de terapias metabólicas y bunker de decaimiento de desechos radioactivos.



Figura 39. Adecuación pasillo piso 4to Hospitalización



Figura 40. Ampliación morgue

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 121 de 162	

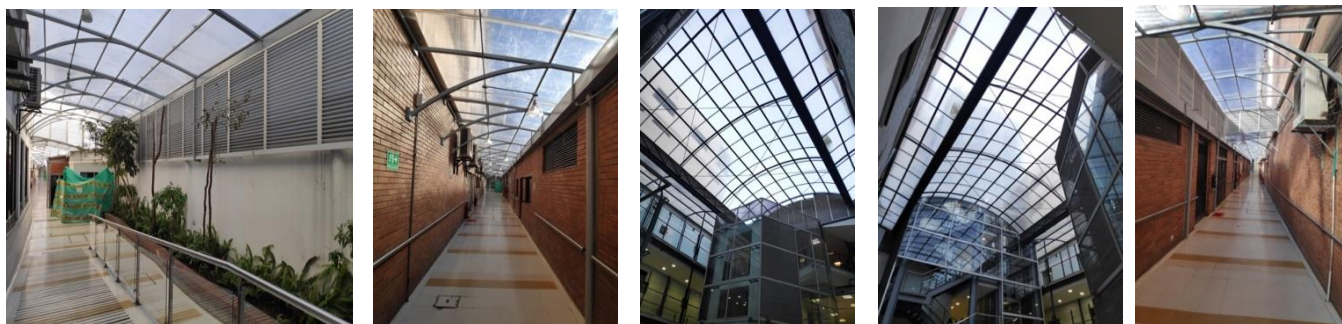


Figura 41. Remodelación y cambio de cubiertas y desagües de aguas lluvias.

3.11.3 Generación de residuos

En cuanto a la generación de residuos, se actualizó el Manual **PLAN DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIO GHA-P02-M-01**, incluyendo el manejo de los residuos radioactivos de las áreas de medicina nuclear, terapias metabólicas y Radiofarmacia, además se incluyó la descripción del sistema de control de vertimientos radioactivos (tanques de caimiento) manejo de contingencia por el llenado imprevisto de dichos tanques.

Se modificó la etiqueta de residuos que se usa para los galones, incluyendo los de riesgo biológico, como laminillas y puntas de pipetas que se usan en Patología y laboratorio Clínico

Se instalaron habladores en habitaciones y consultorios, como estrategia para la clasificación de residuos.

Además de la divulgación de Tips por las pantallas del canal interno institucional y el correo institucional

Se realizó entrega de tapas a la Fundación María Jose durante la mayor parte del año, para el mes de diciembre el instituto cambio el convenio para entregar dichas tapas a la Fundación Sanar

Con respecto al reciclaje se continúa entregando a la Asociación Remarek., el material que se entrega corresponde a cartón, papel de archivo, plegadiza, chatarra, plástico. El aumento correspondió a la chatarra que se ha generado por las obras.

Se realizó capacitación, talleres de segregación y campañas para el buen manejo de residuos a 1452 personas en el Instituto

3.11.4 Consumo

En cuanto a los consumos de agua y energía, el balance para el año 2019, no fue el mejor se debe realizar acciones que mejoren el impacto, ya el promedio mensual del consumo percapita aumentó, en 2018 energía fue de 27,9 kwh/persona, y en 2019 fue de 39,1 kwh/persona, En cuanto al promedio mensual consumo percapita de agua en 2018 fue de 0.58 m3/persona y para el 2019 fue de 1.14 m3/persona.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 122 de 162	

Una de las razones por las cuales este indicador no fue positivo, los frentes de obra para el 2019 fueron mayores a los del año inmediatamente anterior, además se deberá tener un registro de las fugas que se presentan y que son atendidas por el área de infraestructura, también se deberá tener en cuenta las lecturas de los medidores ya que en algunos periodos los datos se promediaron ya que hubo novedades en la facturación de dichos servicios, se deberá estudiar la posibilidad de tener medidores por áreas o edificios, para poder identificar con mayor precisión el aumento o disminución del gasto, también reforzar las campañas incentivando a los funcionarios al ahorro de estos servicios.

Para la vigencia del año 2019 se acordó la implementación de dos tecnologías ahorradoras por parte de Infraestructura, éstas fueron instalación de sanitarios ahorradores de agua y cambio de luminarias a led, además se instalaron programadores semanarios para varios aires acondicionados los cuales bajan el consumo de luz.

De 50 sanitarios requeridos para su cambio, fueron instalados 36 sanitarios (habitaciones del 3 y 4 piso, imágenes diagnósticas, oficina de investigaciones, stand de enfermería 3 piso) y quedan pendientes de instalar 14 (habitación 4 piso, edificio administrativo, edificio de patología y vestir cuarto final de residuos) .

También se llevó a cabo el cambio de luminarias antiguas a tecnologías led más amigables con el medio ambiente en cuanto al consumo de luz, la cual se programó y se instaló, quedan pendiente de cambio al sistema Led, 844 luminarias para las áreas de edificio hospitalización, edificio de patología, edificio administrativo, edificio de consulta externa y edificio de medicina nuclear.

3.11.5 Emisiones

El Instituto Nacional de Cancerología, E.S.E, contrató una empresa especializada, quien realizó el monitoreo de emisiones atmosféricas, los días 14 y 15 de enero de 2019, de la CALDERA COLMAQUINAS y la CALDERA DISTRAL, dando cumplimiento a la normatividad ambiental vigente.

Se concluye que se cumple con la normatividad ambiental vigente, este informe se radicó a la Secretaría Distrital de Ambiente el 14 de febrero de 2019, con radicado 2019ER38155, de dicho informe se obtuvo respuesta el 23 de diciembre de 2019, en donde confirman que la frecuencia de los monitoreos serán cada dos años, es decir en enero de 2021.

3.11.6 Vertimientos

En la parte de vertimientos empezó el funcionamiento del Sistema de Gestion de residuos radiactivos líquidos para los residuos líquidos provenientes de procedimientos terapéuticos de Medicina Nuclear, desde el mes de agosto de 2019, el pretratamiento de los residuos líquidos provenientes de procedimientos terapéuticos se realiza a través de la separación de la orina radiactiva, su posterior retención y almacenamiento y finalmente su dilución en las grandes masas de agua vertidas por el Instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 123 de 162	

Sanitarios separadores

Los sanitarios separadores permiten la segregación de residuos líquidos y sólidos en el punto de generación, permitiendo optimizar la gestión de residuos radiactivos líquidos y minimizando sus volúmenes. Los sanitarios marcan DUBBLETTEN, junto con válvulas reguladoras de caudal las cuales permiten ajustar el flujo en la descarga a 600 ml de volumen neto, incluyendo la orina, por descarga.

Bajantes de aguas sanitarias

Para los vertimientos provenientes de terapias metabólicas se cuenta con un sistema de separación física de orina y heces. La orina es recogida a través de tubería exclusiva con salida de 2" que se conecta a una red independiente de 3". Los vertimientos del baño de pacientes inyectados son conectados en tubería exclusiva de 2" a la PTAR.

La recolección de los residuos líquidos radiactivos provenientes de los baños de las habitaciones de aislamiento y del baño de pacientes inyectados de terapia ambulatoria del piso cuatro se hace a través tubería exclusiva de desagüe.

Este sistema es vigilado y operado por el OFICIAL DE PROTECCION RADIOLOGIA DEL SERVICIO, ya que se debe tener un estricto control de las lecturas de los niveles de radiación que se manejan.

También se realizó la caracterización de los vertimientos de las cajas de salida de la Calle primera, salida de alimentos, salida de medicina nuclear, con cumplimiento de todos los parámetros de vertimientos

Indicadores

Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA

La ejecución del cronograma PIGA, al 2019, fue del 100%

Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el Instituto

Se cumplió con la meta establecida para el año 2019, con un 100%, en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el Instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 124 de 162			

4. GESTION DE LA CALIDAD

4.1 PREMIOS Y CERTIFICACIONES

4.1.1 “La orden responsabilidad social Bogotá Dona”

La Secretaria Distrital de Salud a través del Acuerdo 369 de 2009. Modificado y adicionado por el acuerdo 530 de 2013, se creó la orden **“Responsabilidad Social dona Bogotá”** en materia de donación de órganos y tejidos humanos de trasplantes como incentivo reconocimiento y exaltación a las personas naturales y/o jurídicas comprometidas en Bogotá y en los Departamentos del área de influencia de la regional 1 con la donación de órganos y tejidos humanos, que será otorgada por la Mesa Directiva del Concejo de Bogotá y la Secretaria distrital de Salud, el día 26 abril de 2019 en la conmemoración del día distrital de la donación se otorgó al Instituto **el primer puesto con el programa “Hospital Generador de vida” - “La orden responsabilidad social Bogotá Dona”** en la cual nuestra institución participo en la **Categoría #3** “Instituciones generadoras de órganos y tejidos humanos con fines de trasplante” quedando nominado en conjunto con las IPS clínica Palermo, Centro Policlínico el Olaya, Asociación de amigos contra el cáncer Proseguir, EUSALUD, Fundación Hospital San Carlos, Hospital Universitario La Samaritana, Instituto Roosevelt y Hospital Militar Central un trabajo conjunto entre Subdirección médica – Departamento de Enfermería y Asesoría de Calidad.

4.1.2 Recertificación y ampliación de ISO 9001:2015

En el mes de septiembre se realizó visita de auditoria con el objetivo de realizar verificación de cumplimiento para la recertificación y ampliación en la Norma técnica ISO: 9001:2015 la cual se obtuvo la certificación por un periodo de 3 años quedando con el siguiente alcance “Prestación de servicios de salud de complejidades alta y media en oncología; de complejidad baja en tamización de cáncer de cuello uterino y detección temprana de cáncer. Investigación y desarrollo de programas nacionales para el control del cáncer. Convenios de formación y práctica universitaria en salud y oncología.”, ampliando dicha certificación a nuestra nueva sede CpreD.

4.2 PROCESO DE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

Durante el año 2019 se realizaron diferentes eventos con el objeto dar continuidad a la preparación para la obtención de Acreditación en Salud institucional iniciando para el primer trimestre con el despliegue primario de acreditación con los integrantes de los 8 grupos de autoevaluación con la finalidad de contar los avances en la mejora continua contamos con 121 asistentes.

Posterior se realizó la feria de acreditación los días 25 y 26 de junio 2019 con una participación de 1.038 Colaboradores del Instituto esta feria se realizó en el horario de 8 am a 10 pm con el fin de contar con la participación de todos los funcionarios y colaboradores del INC, se desarrolló mediante diferentes actividades lúdicas que buscan interiorizar y dar a conocer la importancia del proceso para llegar a la obtención de la acreditación e involucrar a todos los funcionarios y colaboradores en este, de igual manera mediante las actividades lúdicas se dan a conocer todas las acciones que se desarrollan con

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 125 de 162	

responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de excelente calidad;



Figura 42. Feria de acreditación

Durante el tercer trimestre se llevo a cabo el despliegue secundario de acreditación dirigido a los diferentes funcionarios y colaboradores del INC mediante estrategia “*La película ZOO INC*” que fue presentada en el auditorio desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la noche con una asistencia de 1.209 colaboradores del INC para un total de 14 sesiones realizadas. Con el objeto de dar a conocer todas las acciones encaminadas a el logro del objetivo Institucional de Acreditarnos, estas enfocadas a el cumplimiento de los diferentes grupos de estándares de acreditación logrando cada vez más una atención con excelencia;



Figura 43. Despliegue secundario.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 126 de 162	

Al finalizar la película se realizaron encuestas con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos en este despliegue con el siguiente resultado;

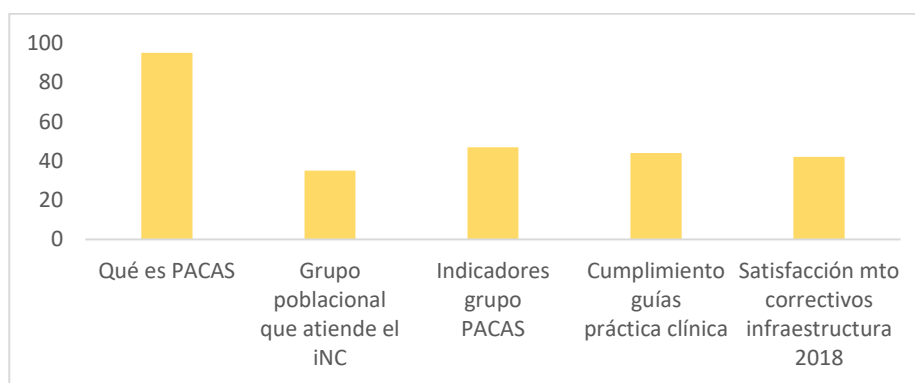


Figura 44. Resultado post-test

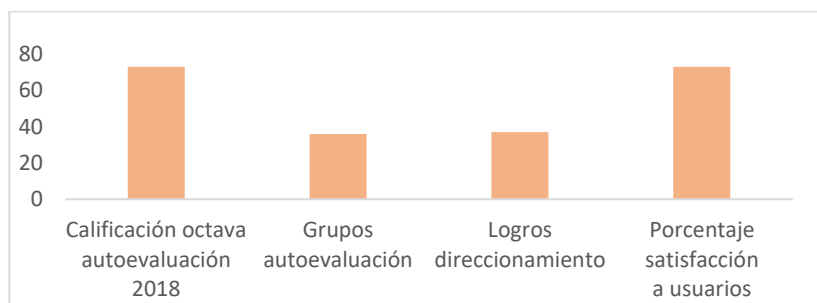


Figura 45. Resultado pos-test

De igual manera se llevo a cabo Preevaluación solicitada por el INC al Icontec con el objetivo de evaluar el avance en la preparacion hacia la acreditacion el diagnóstico de las brechas y dificultades principales que debe superar a fin de presentarse a la evaluación formal de la Acreditación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 127 de 162	



Figura 46. Auditoría de pre- evaluación.

Para la reunión de apertura se contó con una asistencia de 305 colaboradores y funcionarios y 299 funcionarios y colaboradores en la reunión de cierre. El informe reportado como resultado de esta actividad refirió un total de 177 recomendaciones que serán el eje fundamental en el trabajo a desarrollarse durante el I semestre del año 2020.

Para el cuarto trimestre como cierre de actividades programadas en el marco de la preparación hacia la acreditación se realizó el proceso de autoevaluación de estándares de Acreditación con un total de 12 mesas de trabajo una por cada grupo de estándar de acreditación a excepción de grupo de estándar de Proceso del cliente asistencial (PACAS) del cual se realizaron 3 por PACAS ambulatorio y 3 por PÁCAS hospitalario obteniéndose los siguientes resultados:



Figura 47. mesas de trabajo autoevaluación, ciclo 9

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 128 de 162	

Tabla 26. calificación autoevaluación últimos 5 años.

Calificación Autoevaluación	2015	2016	2017	2018	2019
PACAS	2	2,7	2,8	3,2	3,2
Direccionamiento	2,8	2,8	3,1	3,4	3,5
Gerencia	3,2	2,9	3,1	3,3	3,6
Talento Humano	2,4	2,9	3	3,1	3,2
Ambiente Físico	1,9	2,9	3,3	3,4	3,7
Tecnología	2,4	2,5	2,6	3,3	3,1
G. Información	2,7	2,9	3,1	3,3	3,6
Mejoramiento	1,9	1,9	2,6	3,2	3,2
Total	2,4	2,7	2,9	3,3	3,4

Donde se evidencia que el Grupo de estándares de Gerencia, Gerencia del ambiente físico y Gerencia de la información obtuvieron un aumento en su calificación de promedio de 3 décimas con respecto a la autoevaluación del año anterior, mientras que los estándares de PACAS y mejoramiento de la calidad no presentaron modificaciones en la calificación obtenida en la autoevaluación del año 2018. Obteniendo para el 9 ciclo de autoevaluación una calificación general de 3.4 reportando un aumento de una décima con respecto a la calificación obtenida en el año 2018.

Para el cierre de ciclo 8 donde se establecieron un total de 85 acciones de mejora con un cumplimiento de 86% a continuación se realiza descripción de gestión por cada uno del grupo de estándares de acreditación evaluados;

Tabla 17. Gestión planes de mejora ciclo 8 Acreditación

Estándar	No. Plan	Total de acciones	Abiertas	Cerradas	% de Cumplimiento
Gestión de la Tecnología	PMA-19-00001	2	0	2	100%
Gerencia de la Información	PMA-19-00002	7	2	5	71%
Gerencia del Ambiente Físico	PMA-19-00003	5	1	4	80%
Gerencia del Talento Humano	PMA-19-00004	9	2	7	78%
Gerencia	PMA-19-00005	4	1	3	75%
Cliente Asistencial	PMA-19-00006	47	3	41	87%
Mejoramiento de la calidad	PMA-19-00007	4	0	4	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 129 de 162	

Estándar	No. Plan	Total de acciones	Abiertas	Cerradas	% de Cumplimiento
Direccionamiento	PMA-19-00008	7	0	7	100%
Total		85	9	73	86%

4.3 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A continuación, se reporta el porcentaje de cumplimiento del programa de seguridad del paciente por cada una de las líneas que se definieron para el año 2019;

Tabla 28. Cumplimiento programa seguridad del paciente.

Componente	Calidad esperada	Calidad observada	Cumplimiento
Línea 1 Fundamentos estructurales para la seguridad	Comité seguridad del paciente trimestral (dos)	Numero de comités seguridad del paciente (enero-junio) Comité Trimestral 1er comité AI 19-00458 2do comité AI 19-01224 3er comité AI 19-02299	100%
	Política y principios de seguridad del paciente		
	Actualizar documento Programa de seguridad del paciente	Documento actualizado en SIAPINC	
Línea 2 Liderazgo, alineación y cultura de la seguridad	Realizar socialización generalidades de seguridad del paciente	Número de actividades Número de asistentes	95%
	Actualizar documento Programa de seguridad del paciente	Socializado Programa de Seguridad en: *comité directivo del 19-03 2019.	
		*Contacto con la dirección	
		* Comité de seguridad	
		* Equipo de Calidad	
		* Grupos varios de funcionarios y aliados estratégicos	
		*Feria de acreditación	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 130 de 162	

		Documento actualizado	
Línea 3 Gestión de la seguridad del paciente	Alineación de los riesgos con Seguridad del Paciente	Revisión de riesgos alineados con los procesos institucionales	
	19 paquetes instruccionales	Número de paquetes publicados en SIAPINC (enero-junio 2019)	
	(paquetes documentados y disponibles en el SIAPINC	14 paquetes instruccionales en	
	Tecnovigilancia		
	Farmacovigilancia		
	Reactivovigilancia		80%
	Hemovigilancia		
	Biovigilancia		
Línea 4 Mejoramiento de la seguridad	Actualizar documento Programa de seguridad del Paciente	Documento actualizado PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	Revisión y actualización de estructura de indicadores: Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC y Tasa de Evento Adverso de paciente hospitalizado	(enero-junio 2019)	
	Actualizar documento Programa de seguridad del paciente	PROGRAMA DE SEGURIDAD	100%
		Documento actualizado	
Línea 5 Gestión de la seguridad para el cliente interno	Creación del paquete instruccional con enfoque y planteamiento de indicadores 100%	Se hace revisión en conjunto con profesional universitaria grupo seguridad y salud en el trabajo Pendiente subir a SIAPINC	
	Actualizar documento Programa de seguridad del paciente		80%
Porcentaje de ejecución Seguridad del Paciente			91%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 131 de 162			

4.4 GESTIÓN DE EVENTOS REPORTADOS.

Eventos adversos con indicadores registrados en SIAPINC, periodo 2019, el cual obtuvo el siguiente comportamiento:



Figura 48. Reportes 2019

Esta información se obtuvo de los siguientes indicadores:

- Fallas relacionadas con el uso de reactivos de diagnóstico-Reactivovigilancia (Incidentes y Eventos)
- Índice de pacientes con muestras mal identificadas en laboratorio Clínico
- Índice de resultados erróneos emitidos por el laboratorio
- Proporción de pacientes expuestos innecesariamente a radiación ionizante
- Porcentaje de eventos adversos presentados en la Radiofarmacia
- Porcentaje de RAT por componente sanguíneo
- N-Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
- N-Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
- N-Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
- N-Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
- N-Tasa de úlceras por presión
- Índice de pacientes que presentan extravasaciones de medio de contraste
- Porcentaje de extravasaciones administrados antineoplásicos
- Porcentaje de Sondas, drenajes y catéteres desplazados
- Tasa de Flebitis Mecánicas
- Tasa de Flebitis Químicas
- Índice de sospechas de reacciones adversas a medicamentos reportadas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 132 de 162	

- Índice de errores de medicación
- Índice de errores de localización anatómica en el tratamiento RT
- Índice de errores en la dosis recibida del tratamiento RT
- Extubación no Programada TR
- Tasa global de Neumonías asociadas a ventilación mecánica
- Proporción de cancelaciones de cirugía programada
- E-Calidad-Tasa Global de Infecciones
- Índice Global de ISQ
- N-Índice Global de Infecciones
- Tasa de Flebitis
- Tasa de Infección asociada a catéter central
- Índice de Infecciones pediátricas
- Índice de errores de prescripción de la orden oncología clínica.

Tabla 29. Cinco primeras causas de eventos adversos durante el 2019

5 primeras causas de eventos adversos INC 2019	%
Infecciones Asociadas a la Atención en salud	22,9%
Cancelación de cirugía programada	18,0%
Sospecha de reacciones adversas a medicamentos reportados	12,5%
Lesiones de piel por presión	11,8%
Muestras mal identificadas en el laboratorio clínico	7,6%

4.5 SERVICIO NO CONFORME

La oficina de calidad realiza seguimiento al tratamiento de los productos o servicios no conformes reportados por diferentes medios (SAP, Auditorías concurrentes, PQR, correo electrónico etc...) cualquier funcionario o colaborador puede manifestar su no conformidad, esta una vez se recibe es enviada al dueño del proceso para su gestión. Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero a 31 de diciembre del 2019 se recibieron un total 601 reportes catalogados como productos / servicios no conformes.

Para corte año 2019 se evidencia una gestión del 82,53% de las no conformidades reportados como se muestra a continuación;

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 133 de 162	

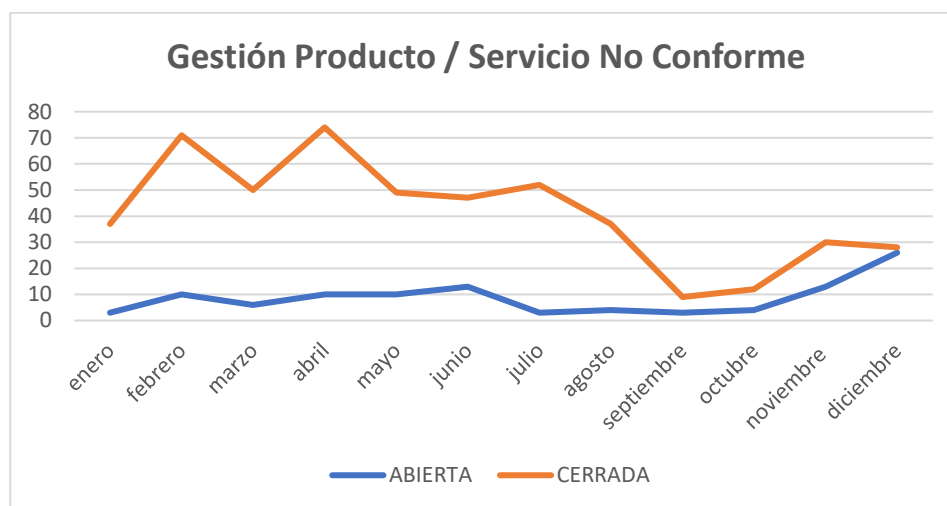


Figura 49. Gestión producto / servicio no conforme

Es importante tener en cuenta que el cierre muchas veces se realiza en los meses siguientes al de la presentación del caso por lo que en la información del cierre del indicador mes a mes puedes variar al cierre del año, a continuación, se presenta el reporte histórico de la gestión de los productos no conformes, esta información corresponde al cierre que se realiza mes a mes.

4.6 SEGUIMIENTO A PLAN DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Desde la oficina de calidad se realiza el seguimiento a lo planteado en el Plan de responsabilidad social institucional, este es desarrollado por cada una de la Subdirecciones y a corte de 31 de diciembre de 2019 de acuerdo con las evidencias recolectadas a través del aplicativo SIAPINC y los reportados por los diferentes responsables del desarrollo de la actividad el porcentaje de cumplimiento para el año 2019 del plan de responsabilidad social establecido por la Dirección general fue de 77%. Como a continuación se describe en la siguiente tabla.

Tabla 30. Plan de responsabilidad social

N°	Líneas	Compromisos	Meta:	Indicador:	Responsable	Cumplimiento	Seguimiento
1	Línea de Docencia	Implementar ley de residentes	Gestionar 100% de los otro si con las Universidades en convenio para efecto de regular las contraprestaciones en especie	Porcentaje de otro si generado	Magda Lorena Jimenez	0%	No se obtuvo respuesta a solicitud remitida mediante correo electrónico a corte de reporte de informe
2	Línea de tecnología	Realizar donación de equipos biomédicos en desuso	Donación de 150 equipos biomédicos para el año 2019	Número de equipos biomédicos donados	Janet Salazar Andrea Pérez	90.6%	Reporte dado por área de ingeniería Clínica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 134 de 162	

Nº	Líneas	Compromisos	Meta:	Indicador:	Responsable	Cumplimiento	Seguimiento
3	Línea de Investigación	Aumentar el número de publicaciones de artículos científicos en revistas indexadas ISI de alto impacto	Aumentar el número de publicaciones de artículos científicos en revistas indexadas ISI de alto impacto 2 publicaciones (revista indexada, 1 ISI)	Número de publicaciones realizadas	Diana Cárdenas Carolina Sanabria Martha Serrano	0%	Indicador de proceso A corte de fecha de generación de informe se encuentra pendiente reporte corte año 2019
4	Línea de transparencia	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (política transparencia MIPG) en un 80% anual	Dairys Barrios Adriana Hernandez	100%	Indicador mensual POA 2019
5	Línea de talento Humano	Promover el desarrollo personal y profesional con el cumplimiento del plan de bienestar y plan de capacitación	Cumplir el 100% de plan de bienestar	Porcentaje de satisfacción del plan de bienestar por encima de 90%	Rosa Plata Victor Torres	100%	Indicador mensual POA 2019 Diciembre
6	Línea de Gestión Ambiental	Implementar estrategias en gestión ambiental con impacto de eficiencia y ahorro	Implementar 6 estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, vertimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro 100% entre 2019 a 2022	Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnología ahorradoras implementadas en el INC	Julio Cesar Cifuentes Zambrano	100%	Indicador Trimestral POA 2019 (Tercer trimestre)
7	Línea de Gobernanza	Definición de modelo de trabajo en red a nivel nacional para trabajo en cáncer	Cumplir con los objetivos establecidos en el Plan de desarrollo	Cumplimiento de los objetivos establecidos superior al 80%	Dairys Barrios Adriana Hernandez	50%	POA 2019 Se encuentra pendiente a fecha de generación de informe el reporte de 2 semestre de 2019
8	Línea de Derechos Humanos	Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores.	Dar cumplimiento al 100% del plan de humanización institucional	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	Julio Alberto Burbano	100%	Indicador Trimestral POA 2019 (Tercer trimestre)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 135 de 162	

N°	Líneas	Compromisos	Meta:	Indicador:	Responsable	Cumplimiento	Seguimiento
9	Línea de Filantropía	Contribuir con el sector frente al fenómeno migratorio en la atención de niños y adultos con cáncer	Atender tres pacientes mínimos por año	Número de pacientes niños y adultos con cáncer atendidos en apoyo al fenómeno	Lina María Trujillo Ana Edith Hernández	100%	Reporte realizado mediante correo electrónico por la Coordinación de Trabajo social (Ana Edith Hernandez) de 34 pacientes atendidos en apoyo al fenómeno migratorio,

4.7 SERVICIO AL CIUDADANO

4.7.1 Análisis de las encuestas de satisfacción y acciones de mejora y satisfacción de usuarios

Durante el año 2019 el comportamiento de satisfacción de usuarios se mantuvo sobre 94% manteniéndose por encima del estándar establecido por la el INC, reportando para el I semestre un general de 96% en satisfacción de nuestros usuarios y disminuyendo en un punto para el II semestre de 2019, mayor logro obtenido para el año 2019 fue el aumento en el número de encuestas aplicadas por los diferentes servicios donde para el I semestre se reporta un total de 5245 encuestas aplicadas mientras que para el II semestre se reporta un total de 5823 encuestas aplicadas por los diferentes servicios, demostrando el interés de cada unos de los servicios en conocer el grado de satisfacción de los usuarios que acceden a él y la intervención del resultado de la misma. En relación con el año inmediatamente anterior se evidencia un aumento en el porcentaje de satisfacción de los usuarios en promedio de 2 puntos, evidenciándose de acuerdo con resultados que nuestros usuarios cada vez se sienten más satisfechos con los servicios que presta el INC. A continuación, se muestra el comportamiento de los resultados de satisfacción año 2019;

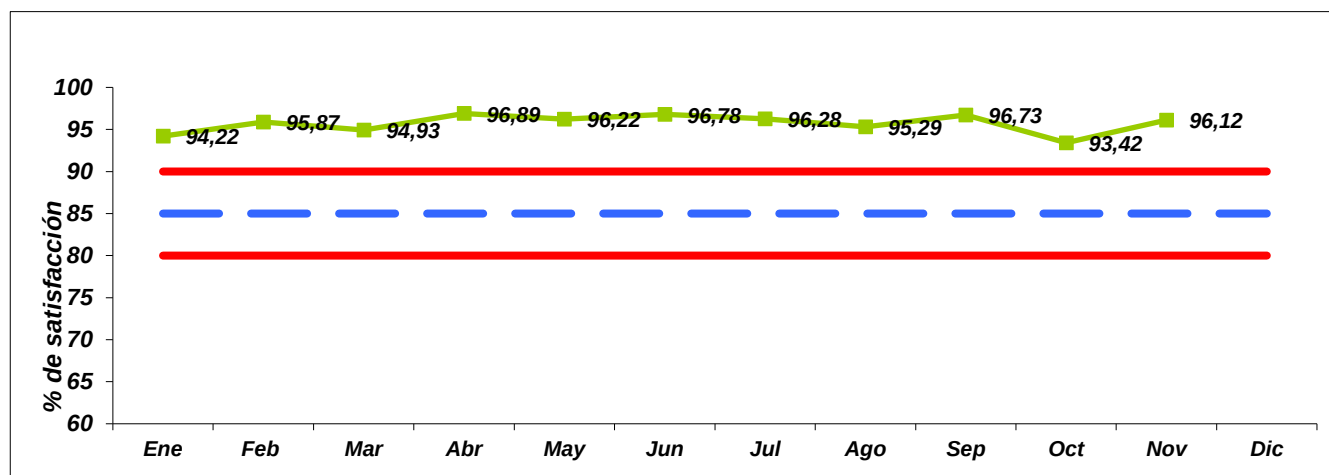


Figura 50. Porcentaje de satisfacción INC 2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 136 de 162	

Tabla 31. Porcentaje de satisfacción INC 2019

Periodo	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Valor Mes	94,22%	95,87%	94,93%	97%	96%	97%	96,28%	95,29%	96,73%	93,42%	96,12%	97,7%
Promedio c/d tres periodos	95%			97%			96%			95%		
Promedio Semestral	96%						95%					
Numero Encuestas	778	848	887	998	927	807	1022	935	887	1094	1083	807

4.8 PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD)

A corte de diciembre de 2019 se realizó cierre del seguimiento anual de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) con un cumplimiento general de 89%. De manera específica el cumplimiento de las seis líneas de alcance fue:

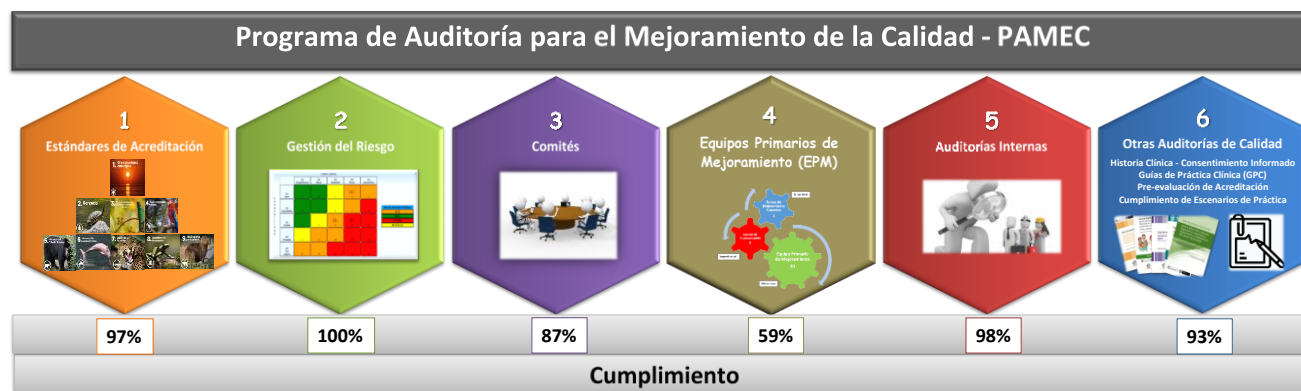


Figura 51. Líneas PAMEC 2019

- Cumplimiento de los estándares de acreditación con 94%
- Comités con 87%
- Equipos primarios de mejoramiento (EPM) con 59%
- Auditoría interna con 98%
- Otras auditorías de calidad con 93%. Para esta línea se obtuvo un cumplimiento en sus componentes de; Auditoría de historias clínicas y registros asistenciales con 80%, medición de adherencia de Guías de práctica Clínica (GPC) y protocolos clínicos con 92%, realizar visita de pre-evaluación de acreditación por ICONTEC con 100% y realizar autoevaluación para un cumplimiento de escenarios de práctica con 100%).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 137 de 162	

4.9 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GENERAL EN HISTORIAS CLÍNICAS

De manera general para el cierre del año 2019 el cumplimiento se definió como excelente (91%) de acuerdo con la escala de clasificación del GSI-P02-M-03 Manual para realizar evaluación de la historia clínica y consentimiento informado. Se evaluaron un total de 2689 historias clínicas, incluyendo 670 ambulatorias con 98% de cumplimiento, 163 hospitalarias con 90% de cumplimiento, y 1856 de enfermería con 88% de cumplimiento, Figura 52.

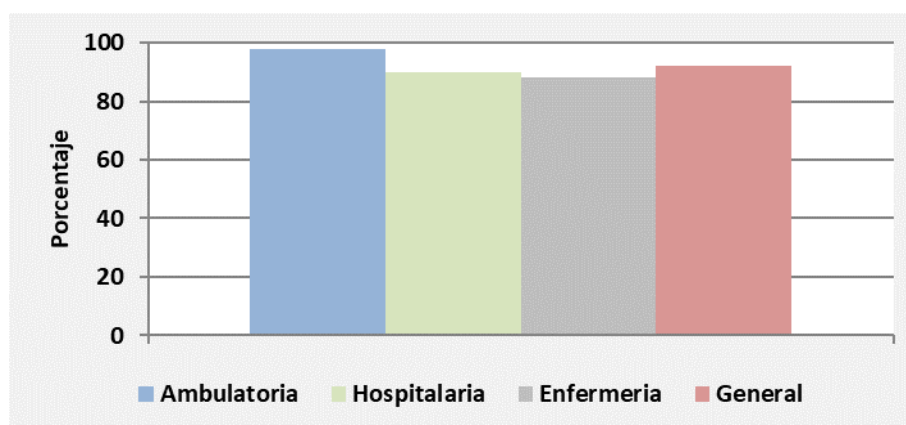


Figura 52. Distribución de porcentaje de cumplimiento historia clínica, Año 2019.

El cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica se mantuvo superior al 90% en cuatro de los seis periodos evaluados para 2019 (marzo-abril con 90%, julio-agosto con 91%, septiembre-octubre con 92% y noviembre-diciembre con 92%), manteniéndose excelente de acuerdo a la escala de calificación, Figura 53

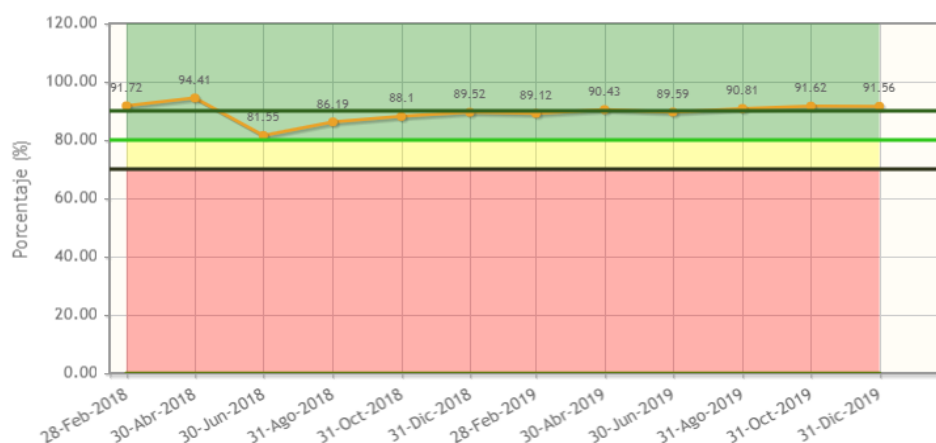


Figura 53. Distribución de porcentaje de cumplimiento por periodo historia clínica, Años 2018-2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE					CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL					VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN					VIGENCIA:	05-06-2017
						Página 138 de 162	

Año	2018						2019					
Periodo	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sept-Oct	Nov-Dic
No. Historias	145	163	136	301	342	271	288	367	570	525	472	467

4.10 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GENERAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para determinar el grado de diligenciamiento del consentimiento informado se evaluaron en 2019 un total de 1378 consentimientos, incluyendo procedimientos del CPreD, procedimientos de quimioterapia, procedimientos de cirugía, procedimientos de imágenes diagnósticas, procedimientos de anestesia, procedimientos de radioterapia, procedimientos de transfusión de componentes sanguíneos y procedimientos de enfermería. El cumplimiento general para todos los procedimientos fue 69%, figura 54-55.

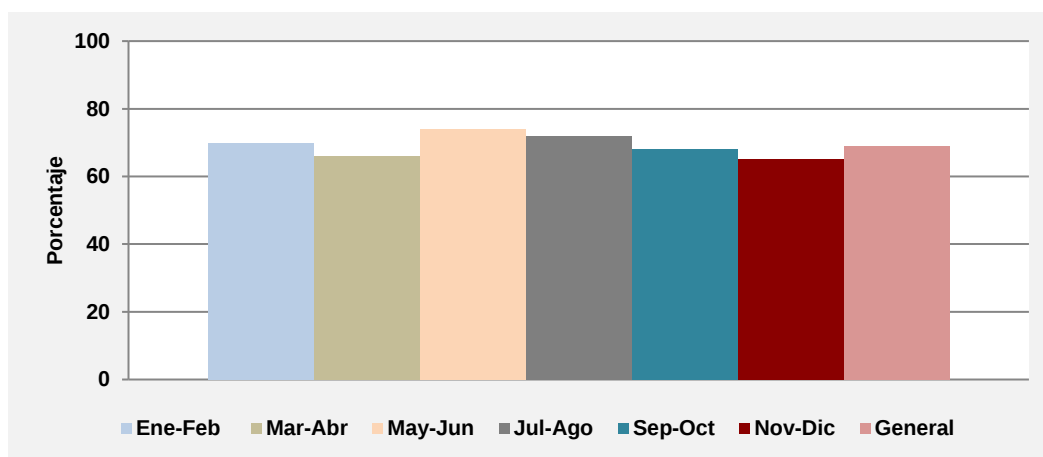
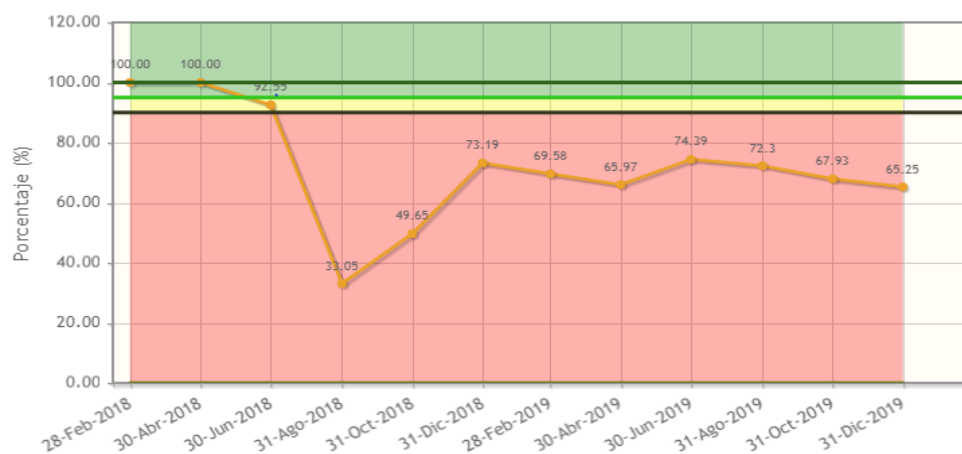


Figura 54. Distribución de porcentaje de cumplimiento consentimiento informado por periodo, Año 2019



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 139 de 162			

	2018				2019					
	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic
No. Consentimientos	94	121	147	97	194	194	246	195	290	259

Figura 55. Distribución de porcentaje de cumplimiento por periodo consentimiento informado, Años 2018-2019.

4.11 MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

Para el año 2019 se realizó la medición de adherencia a la GPC para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo con 100% de cumplimiento y a la GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata con 85% de cumplimiento. Para el año se obtuvo un cumplimiento de adherencia de 92%, Figura 56

Los resultados fueron socializados a la Dirección General, Subdirección Médica, Subdirección de Investigaciones, así como a los Coordinadores y personal médico de las Unidades Funcionales correspondientes y a nivel institucional serán socializados en el boletín de calidad. Se anexan informes por cada GPC evaluada.

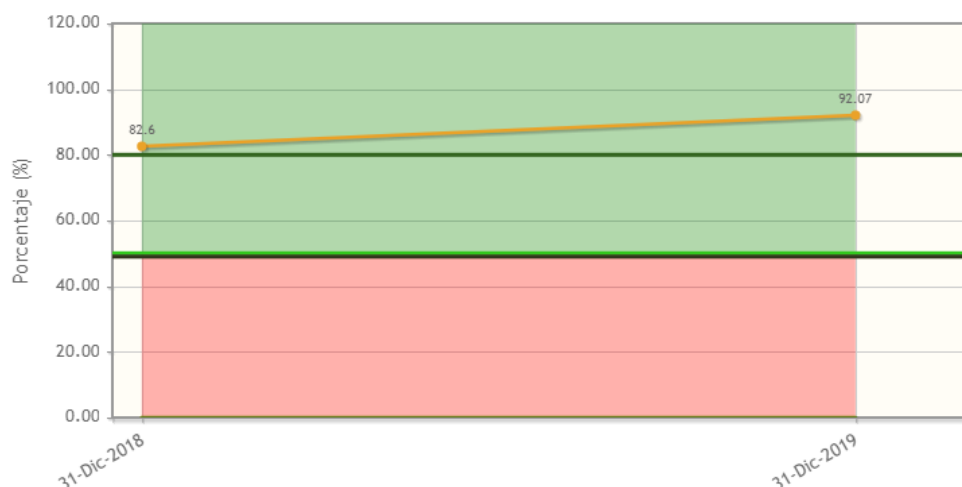


Figura 56. Distribución de porcentaje de medición de adherencia a GPC

4.12 RETOS

- Realizar actualización de los instrumentos de encuesta de satisfacción a través de preguntas puntuales y de fácil comprensión por parte de los usuarios
- Lograr implementar la encuesta de satisfacción digital (aplicación sistematizada)
- Establecer como actividad cotidiana y dinámica mesas de trabajo de equipos de autoevaluación de acreditación
- Mantener la satisfacción de los usuarios por encima de 90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 140 de 162	

- Lograr que por cada referenciación que se realice se genere mínimo una acción de intervención en el mejoramiento de los procesos institucionales.
- Implementar la cultura de referenciación interna.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 141 de 162	

5. GESTION JURIDICA

Como obligación de responsabilidad y satisfacción de mostrar resultados, la Asesoría de la Dirección, en los siguientes renglones, describe brevemente las actividades y estadísticas más relevantes del quehacer funcional, que se acompaña de un resumen de datos importantes, basados en la atención del servicio público en la oficina, de acuerdo con sus competencias y atribuciones legales otorgadas, todo ello, contrastado con los hallazgos del año anterior.

En la vigencia de 2019, se realizó una oportuna, eficiente y efectiva atención de nuestras obligaciones funcionales; relacionadas con el servicio público y las tareas que le fueron impuestas a esta Asesoría de la Dirección, a través de los diferentes canales de radicación.

Se tiene la satisfacción de haber podido cumplir la labor con unos resultados altamente satisfactorios; pues, como se ve en letras abajo y los datos de cumplimiento, atendimos con los tiempos legales y convencionales, dando una respuesta de fondo, material y formal a todas las reclamaciones o demandas.

Para el año que corrió, a pesar de encontrar grandes retos para atender la demanda de los servicios jurídicos y la enorme carga laboral, correspondiente a la atención oportuna de acciones de tutelas, derechos de petición, interposición de demandas, solicitudes de conciliación, de conceptos, gestiones de preparación y revisión de actos administrativos y la asistencia jurídica en la acción de contratación administrativa, se realizaron importantes tareas y gestiones logrando el cumplimiento de las metas fijadas y se atendió, respondió y cumplió con la demanda funcional de forma satisfactoria, lo que se traduce en el afianzamiento jurídico de la entidad, la conservación de su patrimonio económico y moral y la eliminación, mitigación y prevención del daño antijurídico de muchos de los factores identificados de riesgo.

El éxito procesal, si bien no llegó a los índices de años anteriores, si resulta beneficioso a los intereses del Instituto, en razón a las grandes cantidades de pretensiones que se debatieron en etapas pre-jurídicas y jurídicas, con ahorro importante de los recursos públicos.

Con la asignación de los casos de solicitud de conciliación a la Profesional Universitario asignada a esta Asesoría, el comité de Conciliación del Instituto Nacional de Cancerología ESE, hizo un análisis detallado de las solicitudes de conciliación, como parte convocante o convocada, en las diferentes Jurisdicciones, aclarando que muchas de esas solicitudes se agotan como requisito de procedibilidad y por tanto se convierten en demandas, que se ven reflejadas en la actividad litigiosa de la Entidad.

Se evidenció que ninguna tenía vocación de prosperidad y, por tanto, se hizo la sustentación para adoptar la decisión de no conciliar.

La labor del comité se aumentó en razón a las demandas de servidores públicos activos a los que se les varió la forma de liquidación de las horas extras; los tercerizados que demandaron pretendiendo reconocimiento de el contrato realidad y las liquidaciones realizadas por la Unidad de Gestión Pensional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 142 de 162	

-UGPP-, en la que efectuaron reajuste de la pensión de varios exservidores y asignación de mayores valores de cotización, solicitando la diferencia que no se cotizó en su momento.

Las demandas que se surtieron y llegaron a sentencia definitiva, en primera y segunda instancia, estuvieron en el orden del 97%, frente a las pretensiones, lo que constituye una gran satisfacción para la defensa jurídica de la Entidad, dada las millonarias pretensiones que se estilan en éstas y, comporta un ahorro importante del erario de la Institución.

En relación con las acciones de tutela, gracias a las respuestas oportunas y bien sustentadas, se logró atender el 100% de todas las radicadas, en oportunidad y el 99% de ellas se resolvieron en los juzgados en forma favorable a los intereses económicos y de prestigio del Instituto, evitando incidentes de desacato e investigaciones por incumplimiento.

Las actividades desarrolladas por esta dependencia, relacionadas con las asesorías, respuestas a requerimientos judiciales y administrativos, revisión de actos administrativos y de la actividad contractual, de la atención oportuna y eficiente de los derechos de petición y quejas y, la oportuna defensa judicial, de los intereses institucionales en la vigencia 2019, coordinadas y complementadas con las labores desarrolladas por el comité de conciliaciones, permitieron materializar bases probatoria y argumentativas sobre las que se direccionaron las acciones de defensa y permitieron el logro que se documenta abajo, lo cual esperamos se siga presentando en el futuro y continuar respondiendo de forma oportuna y eficaz en la defensa del interés público; en especial la que particularmente corresponde al Instituto Nacional de Cancerología ESE.

5.1 FUNCIÓN ASESORA

Constitucional, legal y reglamentariamente, corresponde a la Asesoría de la Dirección con funciones Jurídicas, la representación judicial, la asesoría en políticas de defensa judicial y la atención oportuna, eficiente, con calidad y eficacia de todos los asuntos con relevancia jurídica, tales como conceptos, tutelas, derechos de petición, recursos, proyección de actos administrativos, consultas a clientes internos y externos, representación prejudicial, extrajudicial y judicial del Instituto, dentro y fuera de Bogotá, asistencia a comités, revisión de las labores precontractuales, contractuales y pos contractuales, etc., siendo la atención de las demandas y acciones judiciales en los despachos judiciales, en su gran mayoría atendidas por el Profesional Especializado y, algunos pocos, por parte del Asesor Externo.

Los derechos de petición, si bien constituyen un número elevado de radicaciones, por parte de la oficina se tiene un control efectivo del proceso de manera que en ellos se viene cumpliendo satisfactoriamente, los tiempos y respuestas oportunas y efectivas, materializando el derecho de los ciudadanos, como son el acceso oportuno a la información. Esta información se publica en la página web de la Entidad, de manera que responde a los criterios de publicidad y que apunta al índice de transparencia.

Las acciones de tutela vienen siendo atendidas con personal en misión; dos (2) abogadas y colaboración de otro abogado de planta, que vienen atendiendo las acciones de tutela radicadas, efectúan la proyección de respuestas, requerimientos, traslados e impugnaciones, en procura de dar

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 143 de 162	

respuesta oportuna al volumen de tutelas diarias y mitigar las posibles consecuencias que implicaría un desacato, labor que se desarrolla a través de personal en misión provisto por un tercero, ya que la Entidad no cuenta con suficiente personal en planta que se ocupe de estas labores.

A la fecha y desde hace unos meses atrás, se asignó el Profesional Universitario de planta de la Asesoría, que apoya estas labores y se ocupa igualmente de derechos de peticiones, solicitudes de consultas, recursos en la vía gubernativa, respuesta de quejas, procesos administrativos de sanción y algunas demandas judiciales.

Todas las tutelas que han sido radicadas a la fecha de presentación de este informe han sido oportunamente contestadas, lo que ha generado un éxito de más del 99% en fallos favorables, solamente 8 en contra y cero sanciones por desacato a los fallos de tutela.

5.2 ACCIONES RADICADAS ANTE EL INSTITUTO:

Para la vigencia 2019 se efectuaron las siguientes principales y recurrentes acciones:

- 1.1. **Atención de trámites generales.** (Asesorías directas, telefónicas, escritas y vía correo electrónico) que representan un grueso importante del tiempo y que en realidad no son capitales en la defensa, aunque se aprovechan para gestionar acciones de prevención del riesgo antijurídico y aseguran actuaciones institucionales apegadas a derecho. No ha existido ningún trámite al que no se le haya dado trámite oportuno y completo, cumpliendo con la Constitución, la ley y la jurisprudencia que demanda no sólo una respuesta en tiempo de las acciones sino efectiva y completa.¹
- 1.2. **Atención y asistencia a conciliaciones.** Como prerrequisito a las demandas, la Asesoría estudia, conceptúa y pone en conocimiento del comité de conciliaciones los casos en que se convoca a la entidad a asistir a conciliación prejudicial, donde se argumenta la defensa de los intereses del Instituto. Constituye bastión importante la colaboración de la parte asistencial en el desarrollo, análisis y posición para la decisión de los miembros del comité en los casos que se someten a consideración. En esta vigencia han sido presentadas varias solicitudes de conciliación tanto prejudicial como judiciales a las que en su totalidad ha atendido el comité y ha adoptado decisión motivada y seria.

En la vigencia del 2019, fueron radicadas Once (11) solicitud de conciliación, en la cual se convocaba al Instituto a conciliar, de las cuales, ninguna se ajustaba para presentar formula

¹ Sentencia T-831ª/13 “La jurisprudencia constitucional ha señalado en este mismo sentido que la respuesta a los derechos de petición, la cual puede ser favorable o no para el peticionario, (i) debe ser reconocido como un derecho fundamental que se encuentra en conexidad con la garantía de otros derechos fundamentales; (ii) debe ser resuelto en forma oportuna, esto es, dentro del término legal que se tiene para resolver; (iii) debe dársele una respuesta de fondo respecto de lo que se ha solicitado, de una manera clara, precisa y congruente; (iv) como ya se indicó en el párrafo anterior, debe ser dada a conocer al peticionario; y (v) se aplica por regla general a entidades públicas pero también a organizaciones privadas cuando la ley así lo determine.”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 144 de 162	

conciliatoria. De ellas fueron siete (7), pretendiendo reconocimiento del contrato realidad y cuatro (4) por falla en el servicio – responsabilidad médica.

Por su parte, el Instituto presentó doce (12) solicitud de conciliación en la que convocó a la UGPP a declarar la nulidad de sus actos administrativos en las que nos obliga a pagar unas diferencias por aportes para pensión de exfuncionarios. La UGPP no ha conciliado en ellas y, la Institución presentó demandas de Nulidad y Restablecimiento del Derecho contra esa Entidad.

También en la jurisdicción contencioso administrativo se llevó a cabo audiencias de conciliación judicial en diez (10) oportunidades, sin que existiera ánimo conciliatorio

Un total de treinta y tres (33) trámites de solicitudes de conciliación, teniendo en cuenta las que actuamos como convocantes, las que actuamos como convocados y las realizadas en sede judicial.

- 1.3. **Atención a las demandas presentadas en contra del Instituto.** En estas acciones judiciales se pone en juego grandes intereses del Instituto, tanto económicos como de imagen, que demandan mucha atención, cuidado y responsabilidad en su atención oportuna y efectiva, argumentando las consideraciones de hecho y de derecho que defiendan los intereses institucionales.

Dada la cultura de demandas cuantiosas a las entidades de salud, a través del Profesional Especializado y el Asesor Externo se atendieron todas las acciones en contra del Instituto, así como aquellas en las que somos parte demandante, de manera que no se ha dejado de atender oportunamente el total de estas acciones.

A 31 de diciembre de 2019, se atendieron un total de sesenta y siete (67) demandas judiciales en contra del interés del Instituto.

Existió un total de doce (12) nuevas radicaciones de demandas, de las cuales se atendió y presentó la correspondiente contestación y oposición a las pretensiones

Existió un fallo, por responsabilidad médica, decidida en primera y segunda instancia en contra de los intereses del Instituto que, a pesar de todo el ejercicio de defensa por parte del apoderado judicial en primera y segunda instancia, declaró responsable a la entidad con fallo en la prestación médica.

Presentación de las demandas en defensa del interés institucional. Con el propósito de reivindicar los derechos a que accede legalmente la Entidad y están en riesgo por aprovechamiento de terceros. Tal es el caso de las demandas reivindicatorias de terrenos de propiedad del Instituto que están en posesión irregular de otras personas. Se tramitaron (2) procesos para recuperar unos lotes irregularmente ocupados por terceros.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 145 de 162	

Uno de esos procesos se logró conciliar en la fase de demanda judicial y el predio fue entregado al Instituto. El otro proceso está en etapa probatoria.

1.4. **Atención de derechos de petición, quejas, reclamos y sugerencias.** Que en su gran mayoría hace relación con la aspiración justa de acceder a los servicios de salud y que desafortunadamente dependen en todos los casos de las autorizaciones, pagos o trámites de contratación de las Aseguradoras. Se ha atendido el 100% de todas las radicaciones, en tiempo, con explicación conceptual y legal de las razones y la competencia del obligado. Al finalizar el año se contó con un total de 466 derechos de petición, de los cuales se contestó en tiempo todos.

1.5. **Atención de tutelas.** Generadas en su mayoría por la demanda de servicios de salud por las personas enfermas de cáncer o sus familiares, a las que les han retrasado o negado las autorizaciones de procedimientos, generalmente NO POS, falta de contrato o exoneración de cuotas de recuperación por parte de las diferentes aseguradoras y que los jueces vinculan al Instituto, por ser el prestador de salud preferido por los pacientes. Como se dijo en la introducción, su alto volumen demanda una permanente vigilancia y respuestas para evitar el riesgo de decisiones que puedan afectar el patrimonio o la tranquilidad del Instituto, el personal asistencial, la alta dirección y, a todo servidor público del instituto.

En un total de 1356 oportunidades se atendió las reclamaciones derivadas de acciones de tutela, de la cuales se afectó al instituto en forma directa en solamente 08 oportunidades y, con respuesta favorable a la Entidad, en 1348 acciones de tutela, liberando de una imagen negativa a la Entidad, en cuanto se prueba con ello que atendemos y respetamos los derechos fundamentales de los pacientes, específicamente en la atención de salud y garantía de su vida.

1.6. **Atención de recursos y diligencias judiciales.** De las diferentes jurisdicciones: Administrativo, laboral, civil y constitucional, que deben ser ejercidos cuando afectan ilegítimamente los intereses del Instituto. Afortunadamente, la cultura de previsión y permanente revisión de casos y procesos ha permitido que todas estas acciones hayan sido presentadas en tiempo, lo que reduce el riesgo de pérdidas de procesos a fortiori de la defensa tardía.

1.7. **Asistencia en elaboración de actos administrativos.** Muchos de los proyectos de actos administrativos que expide el Instituto, que guardan relación con definición de asuntos judiciales, son presentados a consideración y revisión de la Asesoría, pues con ello se logra que los actos administrativos que expide el representante legal, en desarrollo de sus funciones y atribuciones, estén ajustadas a las normas que los autorizan o reglamentan; esto es, ajustar el accionar institucional a la Constitución, la ley y los reglamentos.

1.8. **Asistencia en asesorías verbales, electrónicas o escritas.** Con el mismo propósito anterior y evitar el daño antijurídico por hechos o acciones irregulares que afecten intereses de los administrados. Para 2019 se atendieron un total de 665 asesorías, todas en tiempo real y a satisfacción del usuario interno y externo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 146 de 162	

- 1.9. **Acompañamiento en comités institucionales.** La asesoría in situ y en tiempo real, vienen asistiendo a los comités a los que pertenece como miembro y de colaboración en aquellos que no, con lo que se permite ajustar las decisiones de los comités a la juridicidad y evita posteriores demandas por perjuicio a intereses de terceros. Constituye un importante papel en las decisiones urgentes, inmediatas y ajustadas a la ley.
- 1.10. **Atención de acciones y demandas administrativas.** Que representa el mayor número de demandas en contra de la Entidad, basadas en su mayoría en supuesta irregularidad en la atención médica o error médico. La mayoría, por sumas altas de dinero. Ellas son atendidas y respondidas de manera eficiente, oportuna y con altos estándares de juridicidad, acogiendo y motivando las contestaciones a la normatividad vigente, la jurisprudencia reciente y la indicación del comité de conciliación.
- 1.11. **Atención de los diferentes requerimientos de autoridades administrativas y judiciales.** En desarrollo de nuestra obligación Constitucional y Legal de colaboración con las autoridades y para enervar acciones disciplinarias en contra, se vienen atendiendo con la celeridad requerida las demandas y requerimientos de las autoridades administrativas y judiciales, previendo acciones por desacato o inoportunidad en las reclamaciones y derechos de petición entre entidades públicas o de las privadas.
- 1.12. **Revisión de la contratación.** Especialmente a los contratos de Prestación de Servicios de Salud, para que los mismos se ajusten a la realidad legal y los intereses del Instituto. Se estableció un modelo estándar que, en términos generales, es aceptada por las aseguradoras, con contadas excepciones, el cual se encuentra en permanente revisión para ajustarlas a las realidades normativas o de interés del Instituto.
- 1.13. **Revisión de convenios.** Con el objetivo que ellos se ajusten a las necesidades de la Entidad y a las posibilidades legales de hacerlos. En su inmensa mayoría se hacen de forma inmediata, respondiendo así a las exigencias de oportunidad que requieren estos convenios.
- 1.14. **Revisión de algunos actos administrativos externos.** Para verificar la aplicación en el instituto. En ellos se verifica la motivación, que se ajusten a la constitución y la ley y que no cree un perjuicio a los intereses del instituto o de los administrados.
- 1.15. **Revisión de la normatividad legal expedida por las diferentes autoridades administrativas y legislativas.** Para adecuarlas a la operatividad del Instituto. El constante cambio de legislación o reglamentación del existente requiere un actuar pronto, juicioso y diligente, en procura de estar a la vanguardia de los derechos y deberes que como institución debemos atender.

A continuación, se da en cifras las actividades más representativas, comparadas con los resultados del año próximo pasado:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 147 de 162	

Tabla 32. Comparativos trámites 2018 – 2019

2018

Clase de Trámites	No. de Tramites.
Solicitudes de Conciliación -2018	15 prejudiciales
	10 judiciales
Demandas Nuevas – 2018	02
Tutelas Nuevas – 2018	1007
Derechos de Petición – 2018	335
Acompañamiento de Comités 2018	6
Asesorías. – 2018	608

2019

Clase de Trámites	No. de Tramites.
Solicitudes de Conciliación -2019	11 prejudiciales convocados
	12 prejudiciales convocantes UGPP
	10 judiciales
Demandas Nuevas – 2019	12
Tutelas Nuevas – 2019	1356
Derechos de Petición – 2019	466
Acompañamiento de Comités 2019	6 permanentemente
Asesorías. – 2019	665

Representadas en graficas:

AÑO 2018

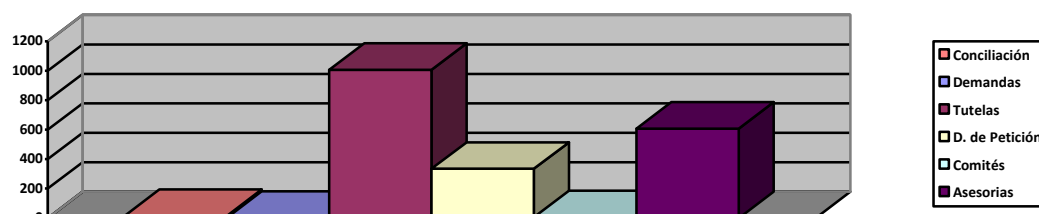


Figura 57. Clase de trámites año 2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 148 de 162			

AÑO 2019

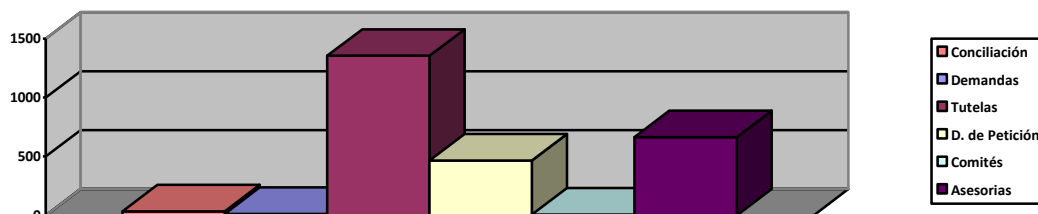


Figura 58. Clase de trámites año 2019

De ello se releva una tendencia esperada en los resultados; no obstante, se presenta:

- Un aumento en solicitudes de conciliación.
- Un aumento en demandas nuevas para 2019 notificadas
- Un aumento en conciliaciones judiciales
- Un aumento en presentación de tutelas
- Un aumento en derechos de petición
- Un aumento en solicitudes y atención de asesorías.

El comportamiento de los indicadores en el sistema siapinc IV, fue:

Tabla 33. Derechos de Petición

MES	Nro.
ENERO	32
FEBRERO	50
MARZO	43
ABRIL	27
MAYO	43
JUNIO	41
JULIO	54
AGOSTO	39
SEPTIEMBRE	44
OCTUBRE	46
NOVIEMBRE	37
DICIEMBRE	10*
TOTAL	466

- Fecha de corte a 13 de diciembre de 2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 149 de 162			

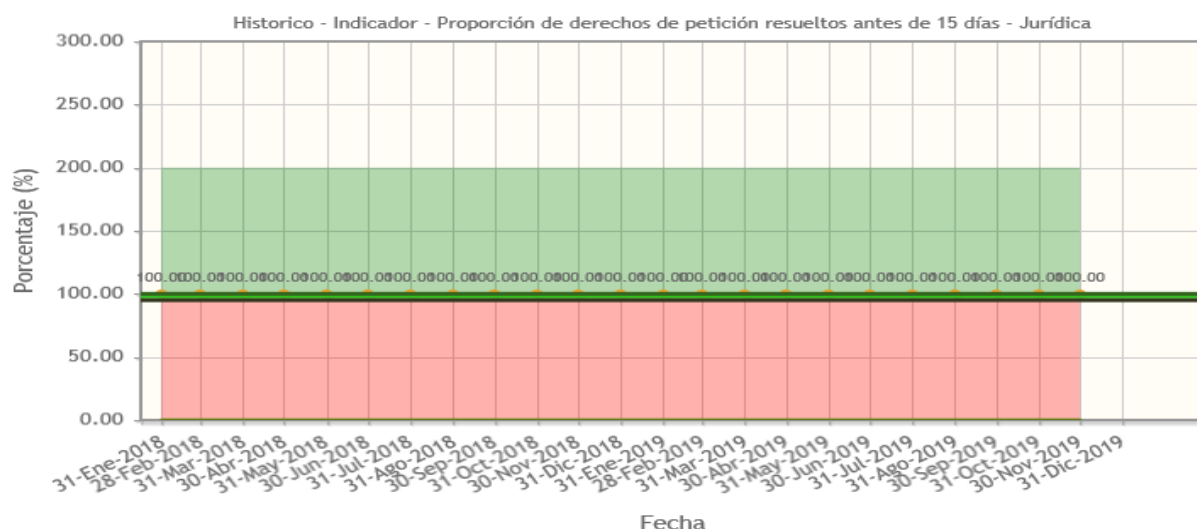


Figura 59. Proporción de derechos de petición resueltos antes de 15 días. 2018-2019

Tutela – demandas – conciliaciones y trámites arbitrales:

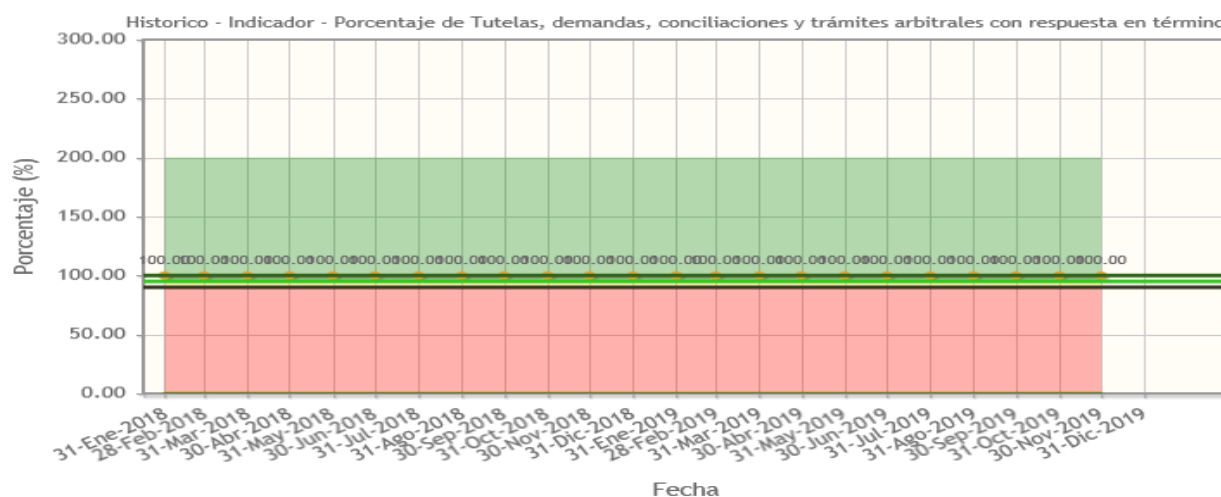


Figura 60. Porcentaje de tutelas, demandas, conciliaciones y trámites arbitrales con respuesta en término 2018-2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 150 de 162			

Tabla 34. Asesorías

MES	Nro.
ENERO	30
FEBRERO	57
MARZO	40
ABRIL	50
MAYO	57
JUNIO	60
JULIO	76
AGOSTO	70
SEPTIEMBRE	76
OCTUBRE	74
NOVIEMBRE	75
DICIEMBRE	0*
TOTAL	365

A la fecha de elaboración del informe no se tenía consolidado-

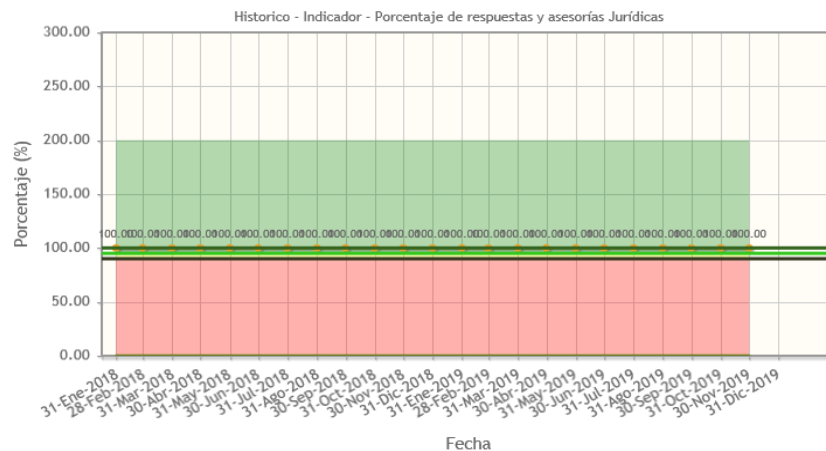


Figura 61. Porcentaje de respuestas y asesoría jurídica 2018-2019

5.3 DEFENSA JUDICIAL

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 151 de 162	

Tabla 35. Procesos tramitados 2018-2019

2018

RELACIÓN DE PROCESOS TRAMITADOS EN EL AÑO 2018		
JURISDICCIÓN	TIPO PROCESO	NÚMERO
LABORAL	FUERO SINDICAL	0
	RESPONSABILIDAD MÉDICA	0
	ORDINARIO	4
	Subtotal	4
CONTENCIOSO	NULIDAD SIMPLE	0
	REPARACIÓN DIRECTA	35
	NULIDAD Y RESTABLEC	17
	ACCIÓN POPULAR	0
	CONCILIACIÓN (C.E.)	0
	Subtotal	52
PENAL	REGULACIÓN DE PERJUICIOS	1
Subtotal		1
CIVIL	PERTENENCIA (En contra)	0
	PERTENENCIA (A Favor)	1
	EJECUTIVO	0
	RESPONSABILIDAD MÉDICA	1
Subtotal		2
SOLICITUDES DE CONCILIACIÓN	EN PROCESO	10
	PREJUDICIAL	12
Subtotal		25
TOTAL DE PROCESOS		84

2019

RELACIÓN DE PROCESOS TRAMITADOS EN EL AÑO 2019		
JURISDICCIÓN	TIPO PROCESO	NÚMERO
LABORAL	FUERO SINDICAL	0
	RESPONSABILIDAD MÉDICA	0
	ORDINARIO	0
	Subtotal	0
CONTENCIOSO	NULIDAD SIMPLE	0
	REPARACIÓN DIRECTA	34
	NULIDAD Y REST - DEMANDADO	19
	NULIDAD Y REST – DEMANDANTE	13
	ACCIÓN POPULAR	0

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 152 de 162	

	ACCIÓN DE REPETICIÓN	1
Subtotal		67
PENAL	REGULACIÓN DE PERJUICIOS	1
Subtotal		1
CIVIL	PERTENENCIA (En contra)	0
	PERTENENCIA (A Favor)	2
	EJECUTIVO	0
	RESPONSABILIDAD MÉDICA	1
Subtotal		3
SOLICITUDES DE CONCILIACIÓN	EN PROCESO	10
	PREJUDICIAL	23
Subtotal		33
TOTAL DE PROCESOS		104

Representadas en gráficas, así:

AÑO 2018

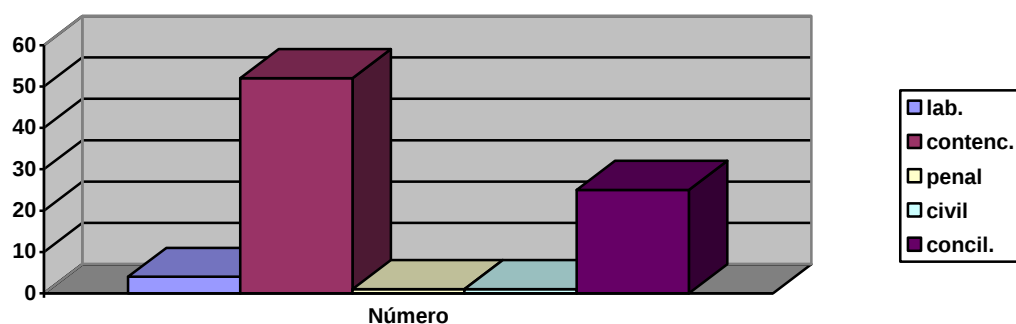


Figura 62. Procesos tramitados 2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 153 de 162	

AÑO 2019

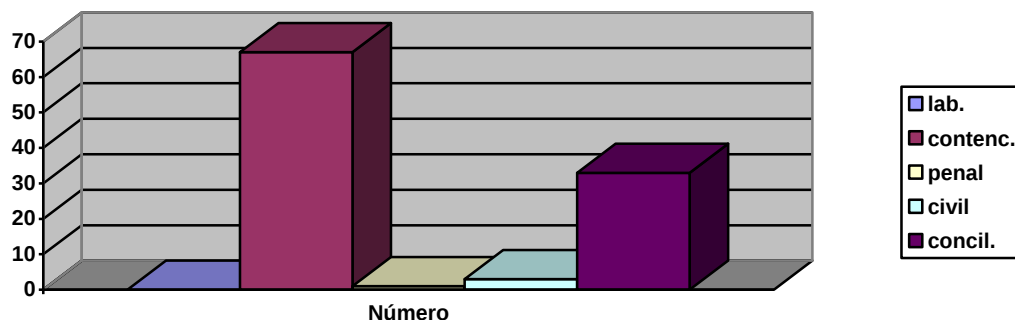


Figura 63. Procesos tramitados 2019

Denota una tendencia igual en proporciones, con la salvedad que hubo un incremento significativo en la presentación de demandas y solicitud de conciliaciones.

5.4 ATENCIÓN DE TUTELAS DURANTE EL AÑO 2019

Uno de los temas que mayor atención y diligencia requiere de la función asesora, es la contestación de las tutelas instauradas contra el Instituto Nacional de Cancerología, especialmente por parte de los pacientes y la causa general es la negación en las autorizaciones de servicios. Las causas relevantes, en su orden:

- Falta de Autorización de las aseguradoras 33%
- Servicios NO POS. 21%
- Falta de contrato con las EPS 18%
- Autorizaciones en otras IPS. 09%
- Cuotas de Recuperación. 09%
- Inoportunidad en el servicio 09 %

De acuerdo con una muestra representativa de 33 tutelas mes, elegidas al azar.

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 154 de 162	

Tabla 36. Relación de tutelas presentadas 2018-2019

2018

No. de Tut. impetradas	No. de Tut. atendidas	No. de Tut. a Favor	No. de Tut. en contra.
1007	1007	1004	02

2019

No. de Tut. impetradas	No. de Tut. atendidas	No. de Tut. a Favor	No. de Tut. en contra.
1356	1356	1348	08

Existe en los estrados judiciales una definición clara de las responsabilidades que le competen a las EPS y a las IPS, razón por la cual la inmensa mayoría de condenas es en contra de las primeras.

2018

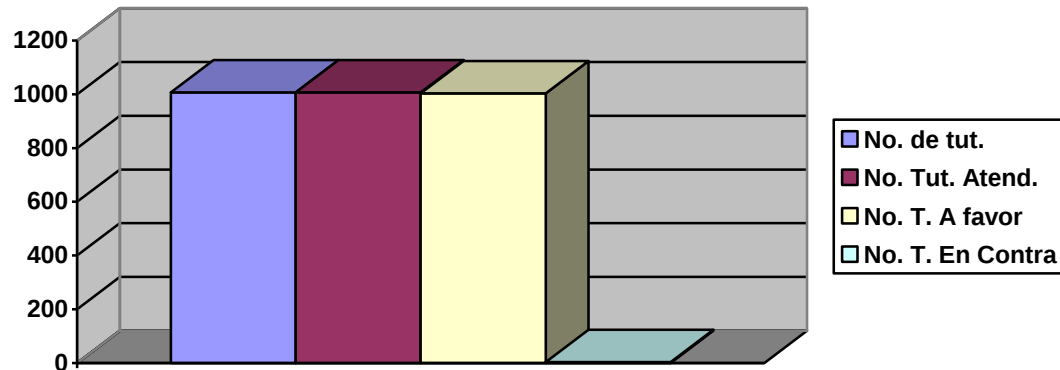


Figura 64. Tutelas presentadas 2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 155 de 162	

2019

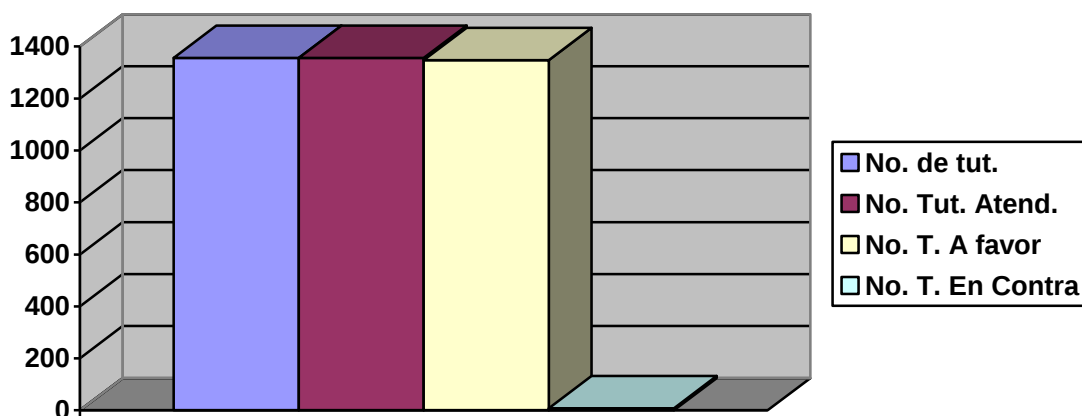


Figura 65. Tutelas presentadas 2019

En relación con la proporción en las causas más frecuentes de la acción:

2019

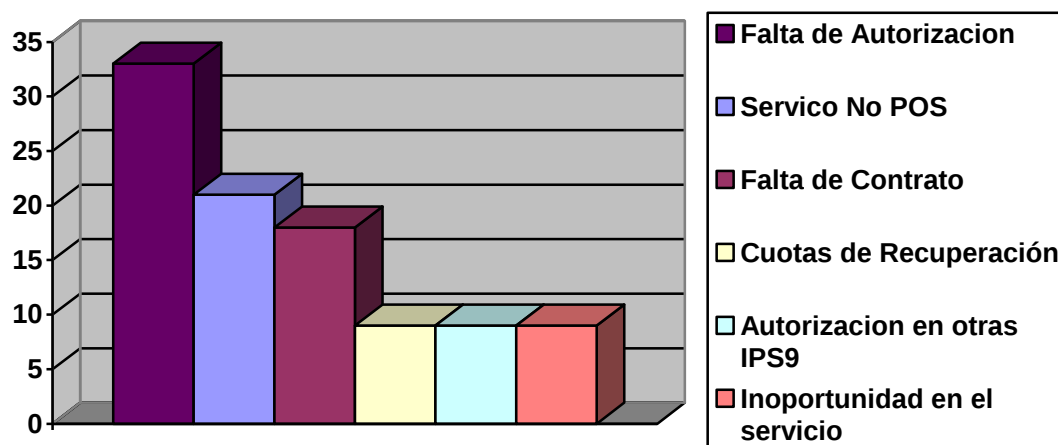


Figura 66. Causas frecuentes tutelas

5.5. DERECHOS DE PETICIÓN Y ASESORÍAS

La Asesoría Jurídica de la Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología presta sensible servicio no solamente en la respuesta directa de los derechos de petición que se le asignan a la oficina; sino que presta colaboración y asesoría a otras dependencias en las que les corresponde atender las peticiones, quejas y reclamos presentadas; en uno y otro caso se atienden en tiempo y en forma

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 156 de 162			

completa, de manera que impida la ocurrencia de riesgo jurídico y lesión a los intereses del Instituto y de los servidores públicos; amen de satisfacer el derecho fundamental de petición que le asiste a quienes acuden bajo esta acción al Instituto.

Tabla 37. Derechos de petición y asesorías 2018-2019

2018

Tramite	No.
Derechos de Petición	335
Asesorías (Muestra representativa)	608

2019

Tramite	No.
Derechos de Petición	466
Asesorías (Muestra representativa)	665

2018

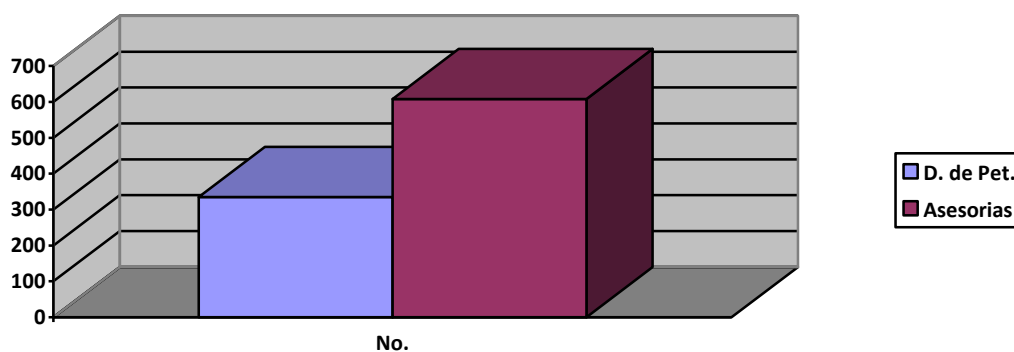


Figura 67. Derechos de petición y asesorías 2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 157 de 162			

2019

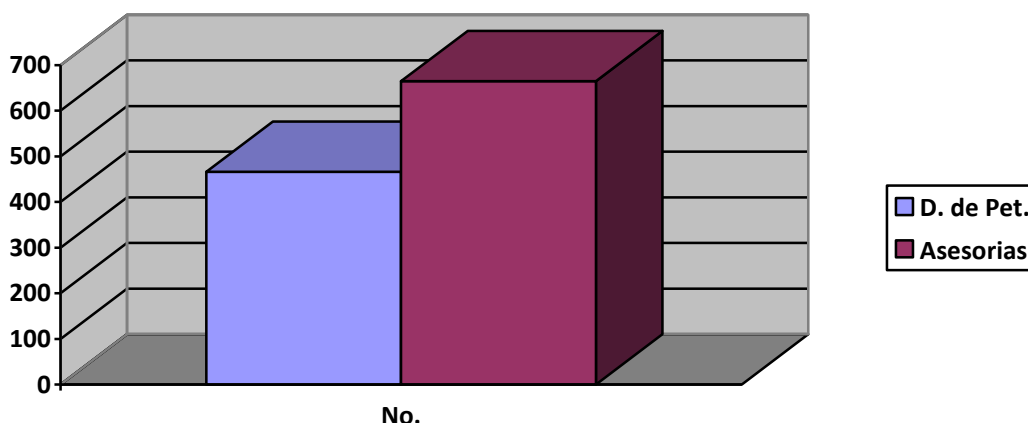


Figura 68. Derechos de petición y asesorías 2019

Resultados muy similares con la vigencia anterior, con tendencia al alza.

5.6 ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN JURÍDICA

La Oficina Jurídica implementó actividades encaminadas a generar una cultura del respeto por las normas jurídicas, a través de sus actuaciones en el Comité de Conciliación y demás comités en los cuales participa como miembro, igualmente en la emisión de conceptos, y en los diferentes espacios que es citado para charlas, como el proceso de inducción a los estudiantes, fellows y residentes, a través de la implementación del curso virtual en relación con “Responsabilidad Médica”, donde se dictan pautas de comportamientos seguro – jurídico para enervar lesión al bien jurídico tutelado que es el buen nombre del instituto y su patrimonio público económico. Allí se encuentran recomendaciones de las pautas legales en la que debe proceder la atención segura de los pacientes, inhabilidades, incompatibilidades, conflictos de interés, derechos de los pacientes, diligenciamiento legal de la historia clínica y la importancia de saber diligenciar los consentimientos y disconsentimientos informados y, una parte importante dedicada a las consecuencias jurídicas de una mala práctica médica.

Este año, adicionalmente, se llevó a cabo socialización de responsabilidad en la ejecución del acto médico, el conocimiento y diligenciamiento formal y legal de la historia Clínica, consecuencias legales por la desatención del deber de cuidado y seguridad del paciente y la importancia de diligenciar los consentimientos o disconsentimientos; legal y técnicamente correcto. Todo ello centrado en un enfoque de prevención del daño antijurídico, direccionados al personal asistencial, con participación principal de las profesionales y auxiliares de enfermería.

Entre las modificaciones más relevantes se encuentran:

- Se ajustó este año y para vigencia de 2019, el documento que contiene la “POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO Y DEFENSA DE LOS INTERESES DEL

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 158 de 162	

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO”, la cual ha sido elaborada siguiendo los procedimientos sugeridos por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado para identificar los hechos generadores de daño antijurídico, partiendo de las deficiencias administrativas o misionales que pueden provocar una reclamación en la Institución, incluso en sede judicial. Se trabajó sobre esta política en el aplicativo de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, para la vigencia de 2020 y 2021, pues a partir de este año la misma se fija por dos años

En este trabajo se realizó partiendo del análisis de los siguientes insumos: i.-) litigiosidad, ii.-) solicitudes de conciliación y, iii.-) sentencias que se han producido en contra del Instituto, derivadas de los siguientes hechos, conforme las pretensiones y fundamentos de las demandas y convocatorias de conciliación:

- Configuración del contrato realidad
- Incumplimiento en el pago de salarios
- Muerte por indebida prestación del servicio de salud
- Incumplimiento en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral.

De conformidad con lo anterior, resulta importante establecer en qué espacios se causa el riesgo, con lo cual se permitirá establecer las causas primarias que eventualmente podrían generar el daño antijurídico, contribuyendo así en la reducción de procesos judiciales, en los cuales sea parte el Instituto Nacional de Cancerología, ya como demandante o como demandado, todo ello en procura de sus intereses.

Teniendo en cuenta lo establecido por la Agencia Nacional de la Defensa Jurídica del Estado, el documento contentivo de la Política de Prevención puede ser acogido mediante acto administrativo o cualquier medio idóneo para su implementación y cumplimiento de los mecanismos propuestos para el desarrollo de esta. En este documento se fijan las acciones de intervención a los factores identificados de riesgo y derivados del análisis de la litigiosidad, conciliaciones y derechos de petición.

No obstante, es necesario tener y reiterar las experiencias de las políticas anteriores, donde se contiene acciones de prevención tales como:

- Fijar y verificar la aplicación de una política de igualdad y equidad en la remuneración que se le debe reconocer al personal tercerizado, por parte de los operadores externos, en relación con las asignaciones del personal de planta.
- Preferir la solución de conflictos a través de los medios alternos de conciliación, arreglo amigable, transacción o cualquier otro medio aceptado, para enervar lesiones mayores, en aquellos eventos en que se identifique lesión al interés de un tercero, por culpa atribuible a la Entidad.
- En el acatamiento de normas específicas y generales en la actuación de los servidores para prevenir la lesión de derechos a los usuarios; adoptando como política de prevención que a través de la divulgación de las normas, derechos y prohibiciones que principalmente aplican al

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 159 de 162	

rol del Instituto y las medidas que se deben tomar respecto a la actuación de los servidores en sus funciones, actividades y demás comportamientos en ejercicio de sus labores diarias, donde se encuentre la disminución de litigios para evitar el desgaste de la Administración y de la Justicia y la lesión del recurso público de la Entidad.

- Clarificación sobre la procedencia de la acción de repetición, en las condenas contra el Instituto;
- La propuesta que en los procesos de capacitación se incluyan temas en aspectos jurídicos de contratación, responsabilidad contractual y extracontractual y técnicas de conciliación y solución de conflictos;
- Evaluación previa y jurídica a la desvinculación por insubsistencia de un servidor público y la realización de un procedimiento administrativo con garantía del debido proceso;
- Motivación de los procesos de modificación de la planta de personal, basado en necesidades del servicio y en la desvinculación de personal, tener en cuenta fueros y condiciones especiales como maternidad, reten social, carrera administrativa, fuero sindical y las diferentes posiciones jurisprudenciales;
- Motivación en los casos de desvinculación de servidores públicos en provisionalidad, teniendo en cuenta las diferentes decisiones de la Corte Constitucional;
- Verificación constante de la Subdirección de Atención Médica y Docencia que el acto médico sea prestado bajo los protocolos y guías de manejo vigentes;
- Efectuar paradas de seguridad, chequeos y revisión a los equipos médicos;
- Socializar las experiencias médicas;
- Promover las acciones extrajudiciales de las reclamaciones cuando la falla médica sea evidente y el contingente judicial indique un alto grado de pérdida del caso;
- Realizar campañas para socializar las consecuencias por el incumplimiento de los deberes;
- Nunca abandonar al paciente si no se encuentra una persona para su cuidado. Socialización e interiorización de la política de seguridad del paciente.
- Verificar el acatamiento de las disposiciones éticas y médicas sobre cuidado seguro del paciente
- Establecer medidas de seguridad y vigilancia para pacientes, usuarios y servidores públicos;
- Revisar y ajustar los manuales de vigilancia y seguridad, conforme la Resolución 741 de 1997 del Ministerio de Salud.
- Hay que recordar que, según la Corte Constitucional y altos tribunales, “la no prestación del servicio médico de manera continua o tardía constituye falla médica”, razón por la que debe garantizarse la continuidad del servicio a los pacientes, en los casos que estemos obligados.
- Que constituye un imperativo general el cumplimiento del marco normativo establecido y las funciones diseñadas para el desarrollo de la misión institucional.
- Que el operador disciplinario deberá aplicar rigurosamente el procedimiento establecido en el Código Disciplinario Único y los precedentes jurisprudenciales, para evitar riesgo antijurídico.
- Que la oficina de control interno disciplinario del Instituto deberá desarrollar actividades preventivas en materia disciplinaria.
- Que el cumplimiento exacto e inmediato de las decisiones de los jueces de tutela se constituye como una obligación inobjetable e inaplazable para el Instituto y el servidor encargado de su acatamiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 160 de 162	

- La Asesoría Jurídica atenderá toda clase de consultas, para determinar el accionar de los servicios, ajustado a derecho y orientando las acciones de forma tal que enerve en forma precoz el riesgo jurídico por una errada interpretación de normas o desconocimiento de algún derecho.
- Igualmente, la Asesoría Jurídica preparó y presentó conferencias al personal médico que viene al Instituto para capacitación, sea fellows, prácticas o especializaciones, en las que a través de inducción programada la Coordinación de Docencia se les ilustra sobre la normatividad y riesgos inherentes al servicio. Las últimas presentaciones realizadas trataron los siguientes temas: “RESPONSABILIDAD MÉDICA”, HISTORIA CLÍNICA”, en los cuales se resaltó la importancia de dar atención al paciente dentro de los parámetros que determina la ley, guías, y protocolos para la atención, prevenir acciones disciplinarias con el conocimiento del Código Único Disciplinario y el Código de Integridad, diligenciar el consentimiento o disenso informado minuciosamente y con responsabilidad y las consecuencias que aparea el desconocimiento de los deberes de cuidado o diligenciamiento de historias clínicas.

5.7 ACTIVIDADES COMITÉ DE CONCILIACIÓN

El Comité de Conciliaciones sesionó en once (11) oportunidades durante el año 2019, ejerciendo las funciones que le determina la Constitución y la Ley, especialmente el Decreto 1716 de 2009, dentro de ellas pidió, estudió e impartió directrices y decisiones en relación con todas y cada una de las demandas en que la Entidad es parte procesal activa o pasiva y en todas las convocatorias de conciliación prejudicial. Para esta vigencia en todas las oportunidades, dadas las condiciones en que se presentaron los hechos, el comité decidió NO presentar fórmulas de arreglo, tanto en las acciones pre jurídicas como en las jurídicas o dentro del proceso contractual y de las convocatorias de conciliación.

5.8 LOGROS

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

Las reformas, acciones, conceptos y documentos adoptados en torno al Comité de Conciliación, permite un mejor accionar y materialización de las políticas y directrices que adopta para salvaguardar la integridad de los intereses del Instituto.

5.9 DIFICULTADES

A la demanda legítima de los intereses en salud de los pacientes, motivado por el déficit de garantías del sistema de seguridad social en salud, que hace que las aseguradoras nieguen infundadamente las autorizaciones a servicios y la falta de cubrimiento de las prestaciones excluidas del plan obligatorio y el desconocimiento del verdadero responsable del deber de aseguramiento por parte de muchos Jueces de la República, hace que al Instituto se le conmine a prestar la asistencia en salud, sin garantía de pago efectivo por parte de las EPS y Entidades Territoriales. Afortunadamente, como se evidencia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 161 de 162	

en las estadísticas descritas antes, las decisiones de tutela en su mayoría amparan el derecho de los pacientes y las órdenes son dadas en forma directa a las aseguradoras, quienes tienen el deber de garantizar la prestación de servicios de salud a los pacientes.

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

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

5.10 COMPROMISOS

Se debe continuar con las acciones de mejora que surjan y la actualización de las políticas de prevención y la socialización de las normas jurídicas aplicables al interior del comité y a los servidores y colaboradores del Instituto; principalmente en temas tan sensibles como el servicio público, el Código de Integridad y el respeto a los derechos de los usuarios internos y externos.

Los procesos administrativos devienen del incumplimiento de estándares de habilitación, requisitos de calidad, incumplimiento de reglamentos o exigencias de ley; por lo que la Asesoría se propone verificar que, a través de la Oficina de Calidad, estos requisitos sean cumplidos; especialmente de aquellos que han sido recurrentes, aconsejando que se hagan auditorías internas y compulsando copias de las sanciones impuestas al Instituto para que se investiguen a los responsables.

Igualmente, la Asesoría Jurídica debe seguir trabajando en temas de socialización de la normatividad aplicable y acciones de prevención de actos que pueden generar riesgo jurídico.

Se debe verificar que se materialicen las recomendaciones que surjan del comité de conciliación; especialmente en lo relacionado con la utilización de los medios de defensa; como el llamamiento en garantía, la acción de repetición y la conciliación cuando sean convenientes y aquellas acciones de prevención relacionadas a la administración de personal (ingreso, retiro y remuneración), respetando la legislación y jurisprudencia vigente; la contratación administrativa que debe regirse por claros principios del artículo 209 constitucional; la atención en salud como derecho fundamental y, especialmente el trato al paciente y la elaboración y suscripción del consentimiento informado en debida forma; la atención oportuna y eficaz de los derechos de petición y acciones de tutela y, cuando exista error de la administración, no dudar en acudir a la revocatoria directa, cuando proceda, antes de una mayor lesión para la institución.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 162 de 162	

Debemos continuar y reforzar la política de acudir a la figura de la conciliación, antes que soportar un proceso judicial que tenga mínimas oportunidades de éxito y si grande de perderse. Para ello se debe hacer un análisis juicioso de los antecedentes jurisprudenciales, la normatividad existente y la ecuación real, causa efecto, del daño o lesión que se haya inferido al demandante.

5.11 OPORTUNIDADES DE MEJORA.

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

Hay que continuar con la experiencia de la socialización del Riesgo Antijurídico en la prestación del servicio asistencial, dirigido al personal de enfermería, proveyendo, de ser posible, un video similar al de Responsabilidad Médica, que pueda ser implementado para que sirva de mecanismo de prevención en las fases de inducción y reinducción.

Intervenir a través del MIPG, en la elaboración y socialización de herramientas que prevengan todos los actos de corrupción en el Instituto.

“El precio de la responsabilidad es la grandeza” Wiston Churchill. -