



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





**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**  
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE**

**INFORME DE GESTIÓN**  
**2011 – 2014**

**Raúl Hernando Murillo Moreno**

**BOGOTÁ, DC.**



## Tabla de Contenido

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introducción.....                                                                  | 6  |
| 2. Direccionamiento estratégico .....                                                 | 7  |
| 2.1. Prospectiva estratégica.....                                                     | 7  |
| 2.2. Planificación estratégica en el Plan de Desarrollo Institucional .....           | 9  |
| 2.3. Gestión de procesos .....                                                        | 12 |
| 2.4. Gestión de la calidad .....                                                      | 13 |
| 2.4.1. Autoevaluación de la Acreditación 2012.....                                    | 14 |
| 2.4.2. Autoevaluación de acreditación 2013 .....                                      | 17 |
| 2.4.3. Autoevaluación de acreditación 2014 .....                                      | 19 |
| 2.4.4. Consolidación de resultados obtenidos de Planes de mejora.....                 | 20 |
| 2.5. Indicadores en el direccionamiento estratégico de la Institución. ....           | 21 |
| 3. El Instituto y el control del cáncer en Colombia. ....                             | 23 |
| 3.1. Prevención (control del riesgo de cáncer) .....                                  | 23 |
| 3.1.1. Vacunación contra VPH en niñas.....                                            | 23 |
| 3.1.2. Control del consumo de tabaco.....                                             | 24 |
| 3.1.3. Cáncer ocupacional .....                                                       | 29 |
| 3.2. Detección temprana del cáncer.....                                               | 30 |
| 3.2.1. Tamización de cáncer de cuello uterino .....                                   | 31 |
| 3.3. Vigilancia en salud pública para el control del cáncer .....                     | 34 |
| 3.4. Tratamiento del cáncer en Colombia.....                                          | 35 |
| 4. Cuidado del Paciente Oncológico en el Instituto Nacional de Cancerología ESE ..... | 41 |
| 4.1. Mejoría en los procesos de atención.....                                         | 41 |
| 4.2. Unidades de Atención Integral – UAI .....                                        | 42 |
| 4.3. Hospitalización domiciliaria .....                                               | 42 |



|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.4. Programa navegación del paciente.....                                 | 43 |
| 4.5. Enfermería Oncológica .....                                           | 43 |
| 4.6. Protocolos institucionales.....                                       | 44 |
| 4.7. Aplicación de Guías de Manejo.....                                    | 44 |
| 4.8. Ampliación de servicios.....                                          | 47 |
| 4.9. Centros de Excelencia .....                                           | 48 |
| 4.10. Indicadores en el cuidado del paciente oncológico .....              | 49 |
| 5. Docencia .....                                                          | 52 |
| 5.1. Educación formal .....                                                | 52 |
| 5.2. Educación virtual.....                                                | 52 |
| 5.3. Educación continua.....                                               | 52 |
| 5.4. Indicadores en docencia .....                                         | 53 |
| 6. Investigación para el Control del Cáncer .....                          | 54 |
| 6.1. Programas de Investigación.....                                       | 54 |
| 6.2. Ámbitos de Investigación .....                                        | 54 |
| 6.3. Centro de Investigación .....                                         | 55 |
| 6.4. Divulgación del Conocimiento: Revista Colombiana de Cancerología..... | 56 |
| 6.5. Redes Internacionales de Investigación.....                           | 57 |
| 6.6. Red Nacional de Investigación en Cáncer.....                          | 58 |
| 6.7. Indicadores del Proceso de Investigación Institucional.....           | 58 |
| 7. Desarrollo Administrativo.....                                          | 60 |
| Fuente: Talento Humano INC .....                                           | 68 |
| Fuente: Talento Humano INC .....                                           | 72 |
| Fuente: Talento Humano INC .....                                           | 73 |
| 8. Retos y Perspectiva Futura .....                                        | 81 |
| 8.1. Direccionamiento estratégico .....                                    | 81 |



|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.2. El Instituto y el control del cáncer en Colombia.....       | 82  |
| 8.3. El cuidado del paciente oncológico en el INC .....          | 83  |
| 8.4. Investigación para el control del cáncer .....              | 83  |
| 8.5. Docencia.....                                               | 84  |
| 8.6. Retos Desarrollo Administrativo. ....                       | 85  |
| ANEXO 1. COMPONENTE COMPONENTE FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO ..... | 87  |
| ANEXO 2. COMPONENTE INFRAESTRUCTURA INFORME NO 10.....           | 97  |
| ANEXO 3. COMPONENTE ASUNTOS INTERNACIONALES Y COOPERACIÓN.....   | 103 |

## 1. Introducción

Con el propósito de presentar el estado de los avances institucionales, pongo a disposición de la honorable Junta Directiva el informe de gestión correspondiente al actual periodo de administración frente de esta prestigiosa institución.

El informe comprende los logros e indicadores alcanzados entre el 10 de noviembre de 2010 y el 31 de diciembre de 2014; no obstante, quisiera resaltar algunas consideraciones sobre la información presentada. En primer lugar he de mencionar que mi nombramiento se realizó en el mes de julio de 2011, es decir ocho meses después de iniciar mi encargo en el puesto de director del Instituto. Si bien algunas actividades fueron adelantadas durante dicho lapso, es entendible que la conformación del equipo de trabajo y la construcción formal del Plan de Desarrollo Institucional no pudieron iniciar hasta tanto no se dio oficialmente el nombramiento luego del respectivo concurso de méritos encargado a la Universidad Nacional.

Dicho esto, entro a resaltar que si bien la construcción del Plan de Desarrollo se realizó durante los meses siguientes al nombramiento y como tal se presentó a consideración de la honorable Junta Directiva hacia finales del año 2011, las observaciones y revisiones que siguieron a dicha presentación se extendieron hasta septiembre de 2012, mes en el que fue aprobado el citado Plan mediante la resolución 007 del mismo año.

Las circunstancias descritas plantean un reto particular en el logro de metas dada la reducción del tiempo para ejecución de las actividades; no obstante, puedo decir con satisfacción que la Institución ha presentado avances significativos en diferentes áreas durante los meses comprendidos en el reporte y creo que la acción conjunta y el ejercicio de monitoreo por parte de la Junta Directiva han sido fundamentales para alcanzar dichas metas.

En coherencia con lo propuesto en el Plan de Desarrollo Institucional, el informe se estructuró para mostrar los avances en el direccionamiento estratégico, la situación del Instituto frente al control del cáncer en el país, los avances en el desarrollo de las áreas misionales y los avances en la administración institucional. Al final, hemos construido un capítulo dedicado a resaltar los retos en la gestión institucional bien por no haber alcanzado algunas de las metas o bien por hechos de carácter sobreveniente que imponen la necesidad de modificar algunas de las estrategias propuestas en 2011. Esta recopilación de información constituye la base para iniciar un nuevo proceso de construcción de cara al futuro del Instituto en el próximo cuatrienio.

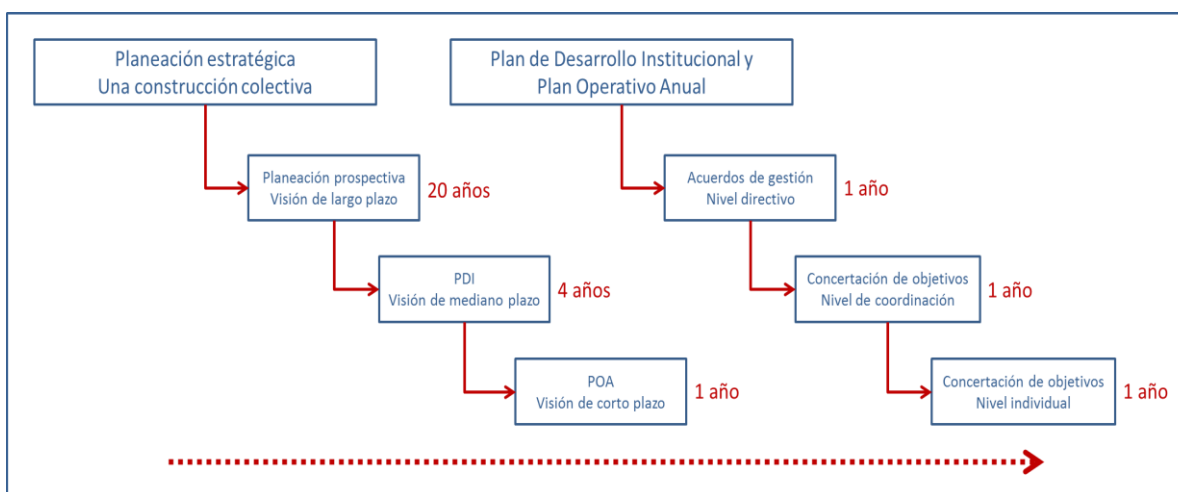
Raúl Hernando Murillo Moreno

Director General

## 2. Direccionamiento estratégico

Durante el periodo de gestión reportado ha habido una profunda reflexión acerca del direccionamiento estratégico institucional, la cual ha generado productos de gran valor para la orientación del actuar del Instituto Nacional de Cancerología no solo atinentes a la actual administración sino también al futuro institucional dentro de un horizonte temporal de 20 años. Dichos productos comprenden un ejercicio de prospectiva institucional (horizonte de 20 años), la reorientación del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) hacia la creación de valor público (horizonte 4 años), la alineación de los Planes Operativos Anuales con el PDI (horizonte un año) y la alineación de los compromisos de gestión y la concertación de objetivos con los anteriores (horizonte un año).

*Figura 1. Alineación de la planificación estratégica institucional*



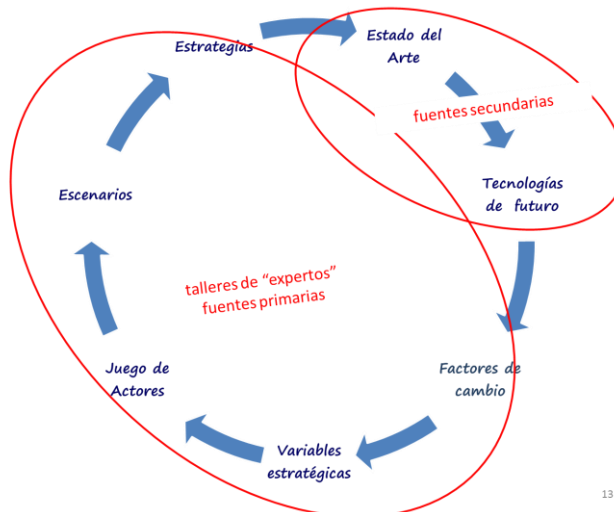
### 2.1. Prospectiva estratégica

Con la asesoría del Centro de Pensamiento Estratégico y Prospectiva de la Universidad Externado de Colombia, realizó en el segundo semestre de 2013, un ejercicio de prospectiva estratégica para el periodo 2013 – 2032.

El ejercicio se adelantó con la invitación a participar a todas las áreas institucionales (misionales y administrativas) y se basó en la revisión de fuentes de información, primarias y secundarias. El acercamiento a fuentes secundarias supuso reconocer el “estado del arte” del INC y la identificación de tecnologías emergentes en el horizonte de tiempo descrito mediante un análisis de vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva, circunscrito a los campos de conocimiento pertinentes para el desarrollo del Instituto.

La consulta a fuentes primarias consistió en la realización de seis talleres con los participantes, quienes eran conocedores de la situación institucional y del comportamiento del cáncer en Colombia. La deliberación tuvo como finalidad diseñar escenarios de futuro para el INC y elegir entre los escenarios posibles el más conveniente para la institución, así como las estrategias necesarias para llegar a ese escenario. Las etapas del proceso prospectivo estratégico se señalan en la Figura 2.

Figura 2. Etapas del ejercicio de prospectiva estratégica



Fuente: Estudio prospectivo. Universidad Externado, 2013.

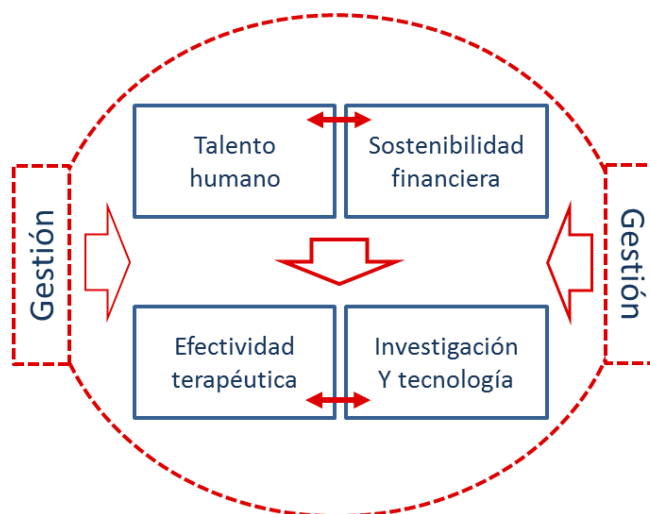
En el ejercicio de vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva se identificaron 3 familias tecnológicas (oncología, modelamiento y simulación, y TICs), 44 categorías y 288 alternativas como potenciales portadores de futuro para la construcción de patrones de desarrollo. Mediante la aplicación de una encuesta Delphy a un grupo de expertos en cáncer, complementada con una pesquisa documental, se construyeron tres patrones de tendencia tecnológica en cáncer, los cuales fueron presentados al equipo directivo del Instituto a fin de que seleccionara el más conveniente para el desarrollo institucional.

El patrón tecnológico seleccionado contempla un abanico de prácticas y tecnologías a apropiar para su profundización y despliegue a favor del desarrollo de nuevas capacidades de sostenibilidad y diferenciación del quehacer institucional. En tres momentos (2013-2019, 2020-2025, y 2026-2032) se espera llegar a focalizar los esfuerzos en desarrollo de tecnologías hacia marcadores de predicción de respuesta de medicamentos, ingeniería de organismos y síntesis biológica, proteómica, tratamientos basados en nanotecnología, e integración de modelos con biochips, sensores y circuitos. Es de aclarar que esto no implica que la gestión tecnológica no contemple la incorporación de nuevas alternativas tecnológicas en todas las áreas necesarias para el quehacer institucional, sino que los esfuerzos institucionales de investigación y desarrollo de tecnologías debe orientarse hacia el patrón seleccionado.

De otra parte, las variables estratégicas identificadas en el estudio prospectivo fueron la investigación, el talento humano, el trabajo en red, la ética y mercado de servicios oncológicos, el modelo de atención, la efectividad de los tratamientos, la sostenibilidad, el modelo de gestión y la tecnología.

A manera de conclusión se precisó que el Instituto Nacional de Cancerología tiene como destino ideal la visión sistémica representada en la Figura 3.

Figura 3. Visión sistémica de las estrategias del INC



Fuente: Estudio prospectivo. Universidad Externado, 2013

Un óptimo talento humano apoyado por una sólida sostenibilidad financiera son condiciones necesarias para facilitar un óptimo desempeño de las actividades del Instituto de la mano de una ética que valora altamente la vida humana, con el apoyo de tecnología de última generación y un proceso investigativo mediante el cual el Instituto contribuye a generar conocimiento y a solucionar los problemas de cáncer en el país y en el continente. Estos propósitos deben convertirse en realidad gracias a una gestión que planifica y ordena las actividades del Instituto y que persigue constantemente la búsqueda del bien general sobre el bien particular.

Esta visión sistémica está señalada en el escenario denominado “El Sueño” es simplemente una imagen del futuro, por lo tanto intangible e inmaterial, pero que se espera convertir en realidad día a día por medio de 9 estrategias que inician en el año 2014, pero que tienen como puerto de llegada el año 2032.

## 2.2. Planificación estratégica en el Plan de Desarrollo Institucional

Como se anotó la construcción del Plan de Desarrollo Institucional inició el segundo semestre de 2011. El PDI tuvo como punto de partida la definición de un marco conceptual y el análisis situacional incluyendo elementos internos y elementos del entorno. El análisis interno se llevó a cabo para cada una de las subdirecciones y se sumó a ello una revisión del avance en la gestión estratégica institucional de la anterior administración.

El análisis del entorno se realizó asumiendo las categorías política, económica, social y tecnológica (PEST). Para el caso del entorno político se analizó en esencia la situación normativa del sector en relación con la operación institucional y el control del cáncer en el

país, para el caso de lo social se analizó la situación de cáncer en Colombia a partir de la información levantada por el Instituto.

El marco conceptual para la formulación del Plan de Desarrollo Institucional se basó en el concepto de valor público, el cual postula que las instituciones del sector público al margen de tener que garantizar una administración eficiente y una gestión sostenible desde el punto de vista financiero, deben en esencia presentar una propuesta de valor que aporte a la sociedad, entendida de forma particular como la generación de impacto en el control del cáncer en el país, la prestación de servicios oncológicos de elevado valor social y un desarrollo administrativo eficiente y transparente que genere legitimidad.

Para este propósito se plantearon objetivos estratégicos en tres niveles que comprenden un “ambiente de legitimidad” orientado al control del cáncer en Colombia mediante acciones dirigidas a la prevención, la detección temprana, el tratamiento y el cuidado paliativo; un “ambiente de creación” orientado al desarrollo de programas en las áreas misionales (cuidado de pacientes, docencia, investigación y salud pública); y un “ambiente de operación” dirigido al fortalecimiento de procesos administrativos en donde se privilegia la gestión financiera, la gestión del talento humano, la gestión de la tecnología y la gestión de la imagen institucional. Igualmente, se propuso como complemento un “ambiente de control” que define criterios de evaluación (metas e indicadores) para todos los componentes previamente descritos.

*Figura 4. Estructura del Plan de Desarrollo Institucional*



Una acción importante que se alinea con el marco conceptual y el plan de desarrollo fue la revisión de la plataforma estratégica. En este ejercicio hubo tres resultados principales, el primero de ellos fue la extensión de la misión que sigue siendo la misma pero ahora especificando a través de qué acciones misionales esperamos avanzar en el control del cáncer.

El segundo es la revisión de la visión, la cual sufrió una modificación importante pasando de estar centrada en alcanzar el liderazgo en el mercado de servicios oncológicos hacia una expresión más orientada a la vocación de servicio y a la obtención de resultados en torno al control del cáncer.

En tercer lugar, la redefinición de políticas institucionales constituye un avance importante en el componente estratégico, particularmente las definidas en términos genéricos para la calidad, el talento humano y la gestión de la tecnología, las que se suman a las políticas para las acciones misionales.

### Enunciados de política institucional

#### - Prestación de servicios

*Brindamos servicios oncológicos con atención interdisciplinaria e integral y mediante una gestión adecuada de casos buscamos la mayor supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes.*

#### - Docencia

*Formamos talento humano para el control del cáncer en Colombia basados en la excelencia académica, la vocación de servicio y el sentido de responsabilidad social.*

#### - Investigación

*Nos mantenemos en el horizonte de la ciencia mediante la generación de conocimiento ajustado a las necesidades y condiciones específicas del país, a fin de reducir la carga de cáncer en Colombia.*

La política de calidad tiene una nueva expresión dirigida al logro de resultados, para lo que se utilizan marcos de referencia en la acreditación y la certificación, pero no se limita a ellos. Se espera como se anotó que la calidad sea una característica intrínseca de todo el actuar institucional y no la responsabilidad de una oficina asesora como ha ocurrido históricamente. En la nueva visión se expresa la necesidad de tener resultados no solo en nuestros usuarios sino también en

### PLATAFORMA ESTRATÉGICA

#### Misión

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

#### Visión

Transformaremos el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.

#### Valores

Compromiso -  
Respeto -  
Honestidad -  
Lealtad -  
Justicia -  
Responsabilidad Social -

#### Principios

- Equidad  
- Solidaridad  
- Calidad  
- Participación Social  
- Integralidad

nuestros funcionarios y servidores, así como en el entorno ambiental.

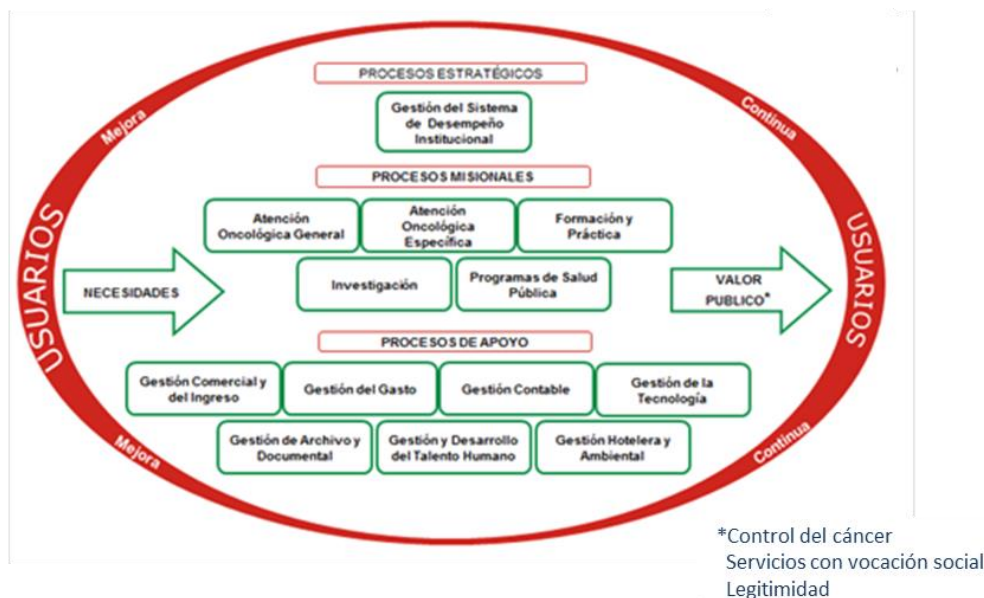
La política de talento humano propone seis líneas de trabajo y está orientada al desarrollo laboral y el desarrollo personal de nuestros trabajadores. Se logró una amplia difusión de la misma y se consolidaron procesos en la planificación del talento humano mediante el desarrollo de formas de vinculación y remuneración alternativas, en la capacitación mediante la implementación de proyectos de aprendizaje y en el desarrollo personal mediante el mejoramiento de planes de bienestar.

La política de gestión de tecnología se revisó acompañándola con una visión más amplia del quehacer institucional no limitado a la prestación de servicios. Las rutas propuestas se han puesto en operación con varios ejercicios de vigilancia y evaluación tecnológica, los que han apoyado la toma de decisiones alrededor de la adquisición de nueva tecnología.

## 2.3. Gestión de procesos

El Instituto implementó la gestión por procesos desde el año 2008, época desde la cual se han venido realizando varios ajustes institucionales. En el año 2011 se revisó el mapa de procesos institucionales encontrando la necesidad de generar una mejor alineación del mismo con la organización por áreas funcionales para el cumplimiento de la misión institucional. En general, se pasó de 17 a 13 procesos institucionales que permiten un mejor abordaje y seguimiento del quehacer del INC.

Figura 5. Mapa de procesos institucionales



El cambio más relevante realizado al mapa de procesos se relaciona con la separación de la atención oncológica (guías, protocolos, procedimientos clínicos, etc.) de la administración hospitalaria (consulta, hospitalización, laboratorio, etc.). Adicionalmente se redistribuyeron los procesos de apoyo. La alineación con nuestro referente que es la

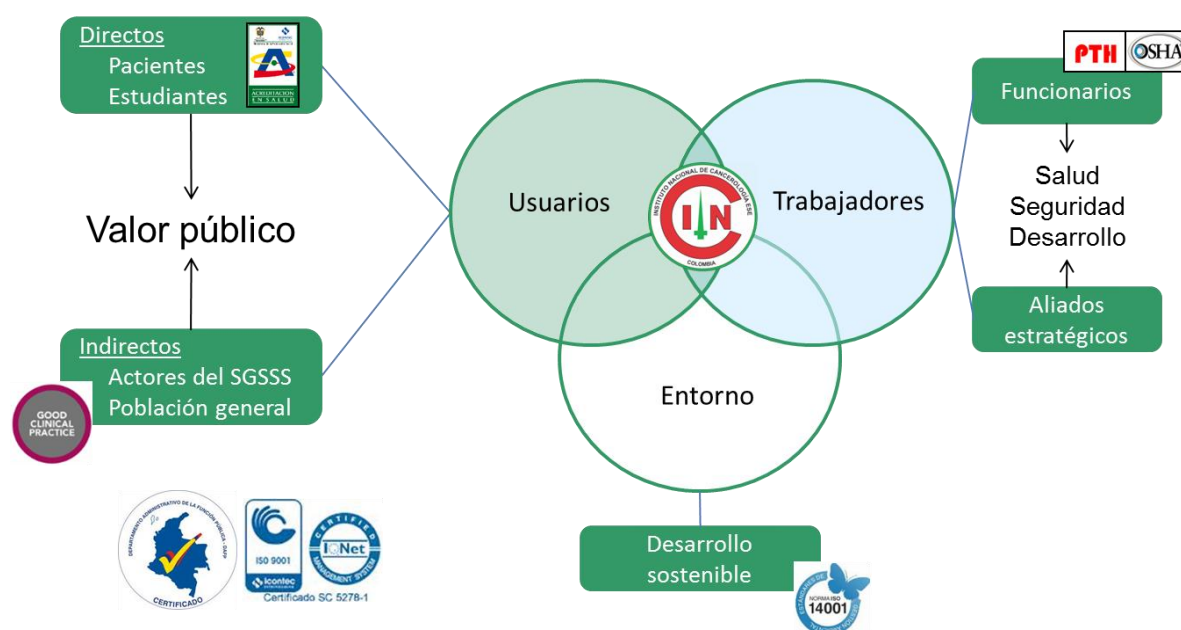
generación de valor público generó una reorganización de las áreas funcionales buscando una mejor orientación de los recursos para el cumplimiento de nuestra misión.

## 2.4. Gestión de la calidad

El Instituto dispone de un sistema de gestión de la calidad articulado con diferentes sistemas (sistema integrado de gestión institucional antes denominado desempeño institucional, control interno, obligatorio de garantía de calidad, entre otros) y modelos de gestión (integrado de planeación y gestión y estándar de control interno, entre otros). Dicho sistema de calidad permite garantizar que las necesidades de sus usuarios y grupos de interés frente a la prestación de los servicios sean satisfechas.

Para el año 2013 se establecieron lineamientos que redefinieron el alcance del sistema de gestión de calidad como se observa en la siguiente gráfica:

Figura 6. Sistema de gestión de la calidad



Cabe destacar el involucramiento de actores en el sistema como los proveedores, los actores del sistema de seguridad social en salud, los aliados estratégicos y los funcionarios como pilar del sistema. Adicionalmente se establecieron referentes de modelos adicionales como los centros de excelencia en servicios oncológicos, salud y seguridad del trabajo y los de gestión ambiental.

Durante el periodo reportado se renovaron varias certificaciones incluyendo el cumplimiento de la NTCGP 1000 (ICONTEC), la certificación de Buenas Prácticas de Elaboración del servicio farmacéutico (INVIMA), la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura en gases medicinales (INVIMA), la certificación de Buenas Prácticas Clínicas en investigación (INVIMA). De otra parte, se desarrolló el programa de atención oncológica segura que promueve la gestión del evento adverso en los procesos de atención institucional, manteniéndose la revisión de los registros y el análisis correspondiente.

En los logros descritos en la gestión de la calidad, la tercera autoevaluación de acreditación en salud no mostró un avance significativo (calificación obtenida de 1.8 a 2). Algunos de los factores que pueden haber incidido en dicho resultado son la modificación de los estándares y la redefinición de equipos de evaluación, lo cual indica una baja comparabilidad con resultados anteriores. No obstante, otros indicadores del sistema de calidad como el nivel de satisfacción de los usuarios (Tabla 14) y el cierre de planes de mejora indican que aún existe camino por recorrer en la transformación hacia una cultura de la calidad. De otra parte, los cambios administrativos surtidos en los años 2011 y 2012 trajeron de una parte una aumento en la eficiencia pero de otra un deterioro temporal en los indicadores de calidad debido al ajuste institucional frente a las nuevas condiciones de trabajo; esto se presenta en detalle con los indicadores relativos al cuidado del paciente oncológico en el INC. La cuarta evaluación de acreditación en salud del instituto nos mostró un avance significativo (0.5 puntos), determinados por un claro lineamiento de la Dirección General para disponer de un sistema de gestión de calidad orientado al mejoramiento de los procesos teniendo en cuenta el paciente, resultados en la gestión y evaluaciones basadas en resultados de indicadores.

Tabla 1. Autoevaluación de estándares de acreditación.

| <b>RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN 2014</b> |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA</b>                           |                          |                          |                          |
| <b>Grupo de estándares</b>                                          | <b>Calificación 2012</b> | <b>Calificación 2013</b> | <b>Calificación 2014</b> |
| Direccionamiento                                                    | 1,7                      | 3,1                      | 3,3                      |
| Gerencia                                                            | 1,7                      | 2,3                      | 2,7                      |
| Gerencia del Ambiente Físico                                        | 1,9                      | 1,5                      | 2,2                      |
| Gerencia Información                                                | 1,8                      | 2,1                      | 2,2                      |
| Gestión de la Tecnología                                            | 1,5                      | 1,5                      | 1,8                      |
| Gerencia del Talento Humano                                         | 2,0                      | 1,6                      | 2,7                      |
| Proceso de Atención al Cliente Asistencial *                        | 1,8                      | 1,9                      | 2,3                      |
| Mejoramiento de la calidad                                          | 2,3                      | 2,4                      | 2,4                      |
| <b>PROMEDIO INSTITUCIONAL</b>                                       | <b>1,8</b>               | <b>2,0</b>               | <b>2,5</b>               |
| <b>AVANCE</b>                                                       | <b>36%</b>               | <b>42%</b>               | <b>48%</b>               |
| <b>Fuente: Oficina Asesora de Calidad</b>                           |                          |                          |                          |

\*En el 2012 se incluyeron los estándares de laboratorio, imaginología y rehabilitación de acuerdo a la Resolución 1445 del 2006

En general, al revisar las calificaciones de cada estándar, se observó que el Instituto obtuvo buenos puntajes en cuanto a la dimensión del enfoque, pero se obtuvieron puntajes en menor proporción en cuanto a implementación y resultado.

### 2.4.1. Autoevaluación de la Acreditación 2012

La Alta Dirección, comprometida con la calidad en la prestación de los servicios oncológicos en el Instituto Nacional de Cancerología ESE, inició en el año 2012 el proceso de preparación para el acreditación en salud encaminado a implementar, mantener y mejorar la aplicación de los estándares del Sistema Único de Acreditación.

Con el fin de dar cumplimiento a este proceso de preparación, se llevaron a cabo las siguientes etapas:

#### **2.4.1.1. Conformación del equipo de Planeación y Liderazgo.**

El equipo para la planeación y liderazgo de la Acreditación en el Instituto Nacional de Cancerología lo constituyen los profesionales de la Oficina Asesora de Calidad así:

- Jefe de la Oficina asesora de Calidad, Dr. Luis Eduardo Cartagena Salazar, quien lideró el equipo de planeación definiendo y coordinando técnicamente la metodología de autoevaluación con estándares del Sistema Único de Acreditación, la implementación de planes de mejoramiento continuo de acuerdo con la Ruta de preparación establecida en la Resolución 3960 de 2008.
- Profesionales de la Oficina Asesora de Calidad quienes actuaron como gestores de la Calidad en el Instituto y acompañaron a los equipos de autoevaluación por grupos de estándares facilitando la comparación entre la calidad esperada (Estándares de Acreditación) y la calidad observada.

El objetivo de éste equipo de planeación y liderazgo era garantizar la medición sistemática con los estándares de Acreditación mediante el acompañamiento técnico a los líderes de los grupos identificando la brecha entre la calidad esperada y la observada, asesorar la calificación del estándar contemplando el desarrollo en el enfoque, implementación y resultado, el levantamiento de los planes de mejoramiento continuo, su seguimiento y cierre de ciclos que permitieron preparar la fase crítica de la Acreditación.

#### **2.4.1.2. Conformación de equipos de trabajo**

En la conformación de equipos para realizar la autoevaluación se tuvieron en cuenta los colaboradores con poder de tomar decisiones o con la competencia jerárquica para liderar el equipo de autoevaluación correspondiente; de manera que cada grupo de estándares fue autoevaluado por colaboradores líderes del proceso evaluado y por colaboradores operativos del proceso en evaluación tanto misionales como de apoyo con el acompañamiento de un profesional de la oficina de calidad que lidera el proceso.

#### **2.4.1.3. Calificación**

Al finalizar las mesas de trabajo se obtuvieron dos niveles de calificación de manera simultánea: El primero desde la valoración cualitativa del cumplimiento de cada una de las variables de la escala de calificación hasta la obtención de una única calificación por cada estándar y, el segundo, desde la calificación individual cuantitativa de cada estándar hasta la obtención de una única calificación para el grupo de estándares. Con lo cual se obtuvo la calificación global de desempeño de la acreditación del Instituto Nacional de Cancerología promediando todas las calificaciones obtenidas de los grupos de estándares (tres grupos de estándares de la Resolución 1445 de 2006 y todos los estándares de la Resolución 123 de 2012):

*Tabla 2. Estándares de acreditación 2012*

| Grupo de estándares                        | Calificación |
|--------------------------------------------|--------------|
| Mejoramiento de la calidad                 | 2,3          |
| Gerencia                                   | 1,7          |
| Direccionamiento                           | 1,7          |
| Gerencia del Ambiente Físico               | 1,9          |
| Gerencia de la Información                 | 1,8          |
| Gestión de la Tecnología                   | 1,5          |
| Rehabilitación                             | 2,0          |
| Laboratorio Clínico                        | 2,1          |
| Imaginología                               | 1,4          |
| Proceso de Atención al Cliente Asistencial | 1,8          |
| Gerencia del Talento Humano                | 2,0          |
| <b>PROMEDIO INSTITUCIONAL</b>              | <b>1,8</b>   |

Fuente: Calidad INC

Al comparar la calificación global obtenida de la autoevaluación, con la escala de calificación de la Hoja radar (de 1 a 5), y teniendo en cuenta las dimensiones con sus respectivas variables, para el año 2012 el Instituto Nacional de Cancerología se encontraba en un grado bajo de madurez del enfoque e implementación de los estándares de Acreditación en Salud.

El estándar que obtuvo la menor calificación fue el de Imagenología, debido a deficiencias del enfoque del direccionamiento estratégico institucional y en la implementación de la mejora en el servicio.

Lo anterior indicaba que a partir de ese momento el Instituto Nacional de Cancerología debía concentrarse en optimizar los resultados ya logrados y obtener nuevos resultados en la atención de sus usuarios, mediante la apropiación de los estándares de acreditación y la monitorización de la mejora continua.

#### 2.4.1.4. Seguimiento

En el seguimiento del ciclo de autoevaluación de acreditación del año 2012, se documentaron 85 acciones de mejora de las cuales al cierre del ciclo se obtuvo un cumplimiento del 75%, que corresponde a 54 acciones cerradas, 10 acciones abiertas (sin vencer) y 21 abiertas (vencidas).

Entre los productos obtenidos en el ciclo de mejora del año 2012 se encuentran:

- Política de Seguridad del paciente Actualizada.
- Socialización de los resultados de la encuesta de medición de clima de seguridad en el comité de calidad y el servicio de GAICA.
- Medición del clima de seguridad en grupos quirúrgicos.
- Manual del programa de atención oncológica segura actualizado y publicado en SIAPINCI.
- Guía de atención al usuario entregada a pacientes.
- Evaluación de los resultados de la lista de chequeo de aislamiento.
- Instructivo de acciones en caso de brotes infecciosos

- Mapa de riesgos en proceso priorizados (Gestión del Talento Humano, Gestión del Ingreso, Gestión del Gasto, Farmacia) con enfoque en la corrupción.
- Socialización del protocolo de limpieza y desinfección y evaluaciones de conocimiento.
- Política de reúso de dispositivos médicos (pendiente aprobación)
- Planes de mejora con tercerizados
- Informes mensuales de planes de mejora por proceso
- Comunicados con Calidad (resultados de encuestas de satisfacción).
- Capacitación de personal en asesoría para manejo de pacientes con VIH
- Documentación actualizada en SIAPINC III (Manuales y procedimientos que requerían ajustes de acuerdo a los estándares de acreditación).

#### 2.4.2. Autoevaluación de acreditación 2013

Con el fin de dar continuidad a la revisión interna de los procesos y resultados institucionales basada en los estándares de Acreditación en Salud de manera periódica y sistemática, el Instituto Nacional de Cancerología ESE, realizó en el Hotel Tequendama a finales de septiembre de 2013; la siguiente autoevaluación orientada a identificar el grado de avance en la mejora institucional que se ha obtenido con la implementación de las acciones y el cierre del ciclo PHVA.

Se aplicó la metodología de autoevaluación en acreditación y se obtuvo la calificación global de desempeño de la acreditación del Instituto Nacional de Cancerología promediando todas las calificaciones obtenidas de los grupos de estándares:

Tabla 3. Estándares de acreditación 2013

| Grupo de estándares                        | Calificación 2013 |
|--------------------------------------------|-------------------|
| Mejoramiento de la calidad                 | 2.4               |
| Gerencia                                   | 2.3               |
| Direccionamiento                           | 3.1               |
| Gerencia del Ambiente Físico               | 1.5               |
| Gerencia de la Información                 | 2.1               |
| Gestión de la Tecnología                   | 1.5               |
| Proceso de Atención al Cliente Asistencial | 1.9               |
| Gerencia del Talento Humano                | 1.6               |
| <b>PROMEDIO INSTITUCIONAL</b>              | <b>2,0</b>        |

Fuente: Calidad INC

Al confrontar la calificación global obtenida de la autoevaluación, los grupos de estándares con menos calificación fueron Gerencia del Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología, seguido del grupo de estándares de Gerencia del Talento Humano.

Estos resultados se explican por cambios en el enfoque de estos procesos lo que origina dificultades en la implementación y resultados. Adicionalmente las acciones de mejora realizadas en el ciclo anterior, no tuvieron el impacto que se requería para subir la calificación en el cierre del ciclo de mejora.

Del ciclo de autoevaluación del año 2013, se documentaron 32 acciones de mejora de las cuales a la fecha se tiene un cumplimiento del 34,3%, que corresponde a 11 acciones cerradas, 9 acciones abiertas (sin vencer) y 12 abiertas (vencidas).

Entre los productos obtenidos en el ciclo de mejora del año 2013 se encuentran:

- Evaluación de procesos de referenciación
- Seguimiento a Tercerizados
- Comunicación de la mejora continua a través de la Intranet
- Socialización de Derechos y Deberes a través de la Guía del usuario y pasatiempos.
- Actualización de la matriz de riesgo con enfoque de prevención de corrupción.
- Capacitación a través de aprendizaje en acreditación y seguridad del paciente.

A partir de los logros se identificó la necesidad de trabajar en obtener nuevos resultados en la atención de sus usuarios y su familia, monitorización de la mejora continua, apropiación de los estándares de acreditación por parte de los funcionarios del instituto. Este trabajo renovó el compromiso permanente de la Alta Dirección y el despliegue de las políticas hacia todos los niveles de la organización, de manera que los colaboradores del Instituto, tanto personal vinculado directamente como aliados estratégicos y tercerizados interioricen la filosofía de la Acreditación, más allá de la obtención de una certificación.

Tabla 4. Calificación estándares de acreditación 2012 – 2013

| Grupo de estándares                        | Calificación 2012 | Calificación 2013                    |
|--------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Mejoramiento de la calidad                 | 2,3               | 2.4                                  |
| Gerencia                                   | 1,7               | 2.3                                  |
| Direccionamiento                           | 1,7               | 3.1                                  |
| Gerencia del Ambiente Físico               | 1,9               | 1.5                                  |
| Gerencia de la Información                 | 1,8               | 2.1                                  |
| Gestión de la Tecnología                   | 1,5               | 1.5                                  |
| Rehabilitación                             | 2,0               | No se evaluaron por cambio normativo |
| Laboratorio Clínico                        | 2,1               |                                      |
| Imagenología                               | 1,4               |                                      |
| Proceso de Atención al Cliente Asistencial | 1,8               | 1.9                                  |
| Gerencia del Talento Humano                | 2,0               | 1.6                                  |
| <b>PROMEDIO INSTITUCIONAL</b>              | <b>1,8</b>        | <b>2,0</b>                           |

Fuente: Calidad INC

Al comparar los resultados de las dos autoevaluaciones realizadas, se observa un ligero aumento en los promedios institucionales obtenidos a expensas de la mejora principalmente en los estándares de Gerencia de la información, Direccionamiento, Gerencia y Mejoramiento de la Calidad. La calificación de los estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial tuvo un ligero aumento, generando nuevas oportunidades de mejora lo cual reitera el compromiso de seguir trabajando en los resultados de este grupo de estándares.

### 2.4.3. Autoevaluación de acreditación 2014

Con el fin de dar continuidad a la revisión interna de los procesos y resultados institucionales basada en los estándares de Acreditación en Salud de manera periódica y sistemática los resultados son los siguientes:

Tabla 5. Estándares de acreditación 2014

| RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN 2014 |                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                           |                   |
| Grupo de estándares                                          | Calificación 2014 |
| Direccionamiento                                             | 3,3               |
| Gerencia                                                     | 2,7               |
| Gerencia del Ambiente Físico                                 | 2,2               |
| Gerencia de la Información                                   | 2,2               |
| Gestión de la Tecnología                                     | 1,8               |
| Gerencia del Talento Humano                                  | 2,7               |
| Proceso de Atención al Cliente Asistencial                   | 2,3               |
| Mejoramiento de la calidad                                   | 2,4               |
| <b>PROMEDIO INSTITUCIONAL</b>                                | <b>2,5</b>        |
| <b>AVANCE</b>                                                | <b>48%</b>        |
| Fuente: Calidad INC                                          |                   |

Al confrontar la calificación global obtenida de la autoevaluación se destaca un mayor avance en la gerencia del ambiente físico 0.7 (puntos) y de talento humano 1.1 (puntos), se identificó en este ciclo limitaciones en resultados con respecto a la mejora de la calidad debido a coberturas limitadas en entrenamiento en la formulación de planes de mejora y retrasos en la implementación del sistema de información asociado a esta actividad

Del ciclo de autoevaluación del año 2014, se documentaron 64 acciones de mejora en total de las cuales a diciembre de 2014 se aceptaron para su gestión 32 acciones plateadas de las cuales 16 acciones se encuentran abiertas y 16 acciones están cerradas por la oficina de control interno.

Entre los productos obtenidos en el ciclo de mejora del año 2014 se encuentran:

- Actualización de los derechos y deberes de los pacientes basado en la metodología de grupos focales
- Actualización del sistema de información SIAPINCIV
- Actualización del consentimiento disentiendo informado
- Actualización del procedimiento de contratación institucional incorporando criterios de calidad dentro de los requisitos de la contratación
- Fortalecimiento de la contratación con servicios tercerizados en términos de resultados
- Actualización del programa de atención oncológica segura con enfoque al riesgo
- La Documentación de los protocolos de procedimientos en salud
- Mejoramiento de los informes de gestión por proceso basados en indicadores
- Diseño del modelo de prestación de servicios oncológicos
- Desarrollo de nuevas guías y protocolos de atención a pacientes con cáncer.

- Mejora de la satisfacción de los usuarios basados en intervenciones en servicios críticos (quimioterapia, laboratorio, facturación entre otros)

#### 2.4.4. Consolidación de resultados obtenidos de Planes de mejora

Tabla 6. Planes de mejora 2013

| PLANES DE MEJORA 2013                   |              |                             |
|-----------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| Plan mejora                             | No. acciones | Porcentaje cumplimiento     |
| Seguridad del paciente                  | 46           | 93,5%                       |
| Auditoría Interna 2013                  | 102          | 91,8%                       |
| Revisión por la Dirección               | 7            | 71,4%                       |
| Informe auditoría externa (oportunidad) | 9            | 100%<br>abiertas sin vencer |
| <b>Total</b>                            | <b>155</b>   | <b>85,60%</b>               |

Tabla 7. Planes de mejora 2014

| Planes de mejora 2014                          |                        |                     |                     |
|------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| Proceso                                        | No. Acciones de mejora | % Acciones abiertas | % Acciones cerradas |
| Atención Oncológica Específica                 | 33                     | 21,20%              | 78,8%               |
|                                                |                        | 14,2% sin vencer    |                     |
|                                                |                        | 85,7% vencidas      |                     |
| Atención Oncológica General                    | 67                     | 14,9%               | 85,1%               |
|                                                |                        | 70% sin vencer      |                     |
|                                                |                        | 30% vencidas        |                     |
| Gestión Comercial y del Ingreso                | 7                      | 53,0%               | 47,0%               |
|                                                |                        | 25% sin vencer      |                     |
|                                                |                        | 75% vencidas        |                     |
| Gestión Contable                               | 1                      |                     | 100%                |
| Gestión del Sistema de Desempeño Institucional | 21                     | 18%                 | 82,0%               |
|                                                |                        | 75% sin vencer      |                     |
|                                                |                        | 25% vencidas        |                     |
| Programas de Salud Pública                     | 1                      |                     | 100%                |
| <b>Total de cumplimiento</b>                   |                        | <b>82,2%</b>        |                     |

Tabla 8. Planes de mejora 2014

| PLANES DE MEJORA 2014     |                        |                         |
|---------------------------|------------------------|-------------------------|
| Plan de mejora            | No. Acciones de mejora | Porcentaje cumplimiento |
| Auditoría Interna         | 22                     | 63,6%                   |
| Revisión por la Dirección | 6                      | abiertas sin vencer     |
| Seguridad del paciente    | 35                     | 71,40%                  |
| Servicio no conforme      | 10                     | 100%                    |

## 2.5. Indicadores en el direccionamiento estratégico de la Institución.

Tabla 9. Avance global del Plan de Desarrollo Institucional. (Medición cualitativa)

| Eje                                                       | # Metas PDI (2012-2014) | # Metas Cumplidas | % avance a Diciembre de 2014 | Peso porcentual por Eje | % avance a Diciembre de 2014 ponderado |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|
| Control del cáncer (ambiente de legitimidad)              | 36                      | 28                | 88%                          | 40%                     | 35,1%                                  |
| Desarrollo de las áreas misionales (ambiente de creación) | 32                      | 18                | 79%                          | 40%                     | 31,5%                                  |
| Procesos internos (ambiente de operación)                 | 27                      | 19                | 88%                          | 20%                     | 17,6%                                  |
| <b>Total</b>                                              | <b>95</b>               | <b>65</b>         | <b>85%</b>                   | <b>100%</b>             | <b>84,2%</b>                           |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Tabla 10. Avance del PDI en el eje de control del cáncer en Colombia - ambiente de legitimidad-. (Medición cualitativa)

| Línea              | # Metas PDI (2012-2014) | # Metas Cumplidas | % avance a Diciembre de 2014 | Peso porcentual por Línea | % avance a Diciembre de 2014 ponderado |
|--------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| Prevención         | 13                      | 9                 | 78%                          | 30%                       | 23,5%                                  |
| Detección temprana | 12                      | 12                | 100%                         | 30%                       | 30,0%                                  |
| Tratamiento        | 6                       | 4                 | 87%                          | 20%                       | 17,3%                                  |
| Cuidado paliativo  | 5                       | 3                 | 84%                          | 20%                       | 16,8%                                  |
| <b>Total</b>       | <b>36</b>               | <b>28</b>         | <b>88%</b>                   | <b>100%</b>               | <b>87,7%</b>                           |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Tabla 11. Avance del PDI en el eje de desarrollo de las áreas misionales - ambiente de creación-. (Medición cualitativa)

| Línea                 | # Metas PDI (2012-2014) | # Metas Cumplidas | % avance a Diciembre de 2014 | Peso porcentual por Línea | % avance a Diciembre de 2014 ponderado |
|-----------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| Atención de pacientes | 7                       | 4                 | 83%                          | 25%                       | 20,7%                                  |
| Docencia              | 9                       | 3                 | 60%                          | 25%                       | 15,0%                                  |
| Investigación         | 10                      | 8                 | 92%                          | 25%                       | 23,0%                                  |
| Salud Pública         | 6                       | 3                 | 80%                          | 25%                       | 20,0%                                  |
| <b>Total</b>          | <b>32</b>               | <b>18</b>         | <b>79%</b>                   | <b>100%</b>               | <b>78,7%</b>                           |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Tabla 12. Avance del PDI en el eje de desarrollo de procesos administrativos - ambiente de operación-. (Medición cualitativa)

| Línea                         | # Metas PDI (2012-2014) | # Metas Cumplidas | % avance a Diciembre de 2014 | Peso porcentual por Línea | % avance a Diciembre de 2014 ponderado |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| Gestión Financiera            | 5                       | 2                 | 76%                          | 25%                       | 19,0%                                  |
| Gestión de Talento Humano     | 5                       | 3                 | 84%                          | 25%                       | 21,0%                                  |
| Gestión de Tecnología         | 12                      | 9                 | 90%                          | 25%                       | 22,5%                                  |
| Gestión de imagen corporativa | 5                       | 5                 | 100%                         | 25%                       | 25,0%                                  |
| <b>Total</b>                  | <b>27</b>               | <b>19</b>         | <b>88%</b>                   | <b>100%</b>               | <b>87,5%</b>                           |

Fuente: Oficina de Planeación y Sistemas

Tabla 13. Porcentaje de satisfacción del Usuario, INC - Colombia, 2010 – 2014

| Mes          | Satisfacción (%) 2010 | Satisfacción (%) 2011 | Satisfacción (%) 2012 | Satisfacción (%) 2013 | Satisfacción (%) 2014 |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ene          | 75%                   | S/D                   | 73,8%                 | 83,5%                 | 83,3%                 |
| Feb          | 75%                   | 73,8%                 | 84,3%                 | 80,7%                 | 76,1%                 |
| Mar          | 75%                   | 88,4%                 | 75,5%                 | 82,7%                 | 84,7%                 |
| Abril        | 74%                   | 84,2%                 | 91,5%                 | 73,9%                 | 84,3%                 |
| May          | 75%                   | 86%                   | 73,7%                 | 79,4%                 | 84,1%                 |
| Jun          | 76%                   | 82,6%                 | 76,2%                 | 76,6%                 | 88,7%                 |
| Jul          | 96%                   | 90,1%                 | 63,7%                 | 81,6%                 | 95,3%                 |
| Ago          | 93%                   | 85,4%                 | 75,1%                 | 72,3%                 | 84,2%                 |
| Sept         | 88%                   | 85,8%                 | 75,2%                 | 72,6%                 | 86,8%                 |
| Oct          | 87%                   | 86,4%                 | 82,1%                 | 72,1%                 | 86,1%                 |
| Nov          | 82%                   | 83,9%                 | 77,3%                 | 74,3%                 | 88,2%                 |
| Dic          | 83%                   | 79,6%                 | 76,4%                 | 70,0%                 | 88,5%                 |
| <b>Total</b> | <b>81,5%</b>          | <b>84,2%</b>          | <b>77,1%</b>          | <b>76,6%</b>          | <b>85,8%</b>          |

Fuente: Oficina Asesora de Calidad

### 3. El Instituto y el control del cáncer en Colombia.

En diciembre de 2012 se logró la publicación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 (PDCC) y en febrero del 2013 se realizó su presentación oficial y su promulgación mediante una resolución ministerial. Este hecho constituye la expresión de un proceso iniciado en el año 2009, cuando el Instituto presentó la primera versión del documento ante el Ministerio de Salud y Protección Social y un hito tras más de tres décadas sin contar con un instrumento como este.

La divulgación del PDCC se inició en Bogotá y luego se adelantaron jornadas especiales para este fin en cinco regiones, las que contaron con la participación de las más altas autoridades del sector y las autoridades sanitarias de las regiones. EL PDCC tiene seis líneas estratégicas definidas con base en el modelo para el control del cáncer desarrollado por el INC y enmarcadas en los objetivos de reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables; reducir las muertes evitables; mejorar la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes; garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones; y fortalecer la gestión del recurso humano para el control del cáncer.



Para la implementación del PDCC se establecieron convenios interadministrativos entre el Instituto y el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales contemplan las líneas priorizadas de control del riesgo, detección temprana y oferta de servicios oncológicos. Para difundir las acciones realizadas en los años anteriores respecto a estos temas se publicaron 4 Boletines “Hechos y Acciones” en temas como control del cáncer infantil, tamización con pruebas moleculares de VPH, tamización de cáncer de mama, y la estrategia “ver y tratar” para la tamización de cáncer de cuello uterino.

#### 3.1. Prevención (control del riesgo de cáncer)

##### 3.1.1. Vacunación contra VPH en niñas

En el año 2012 el país inició la vacunación contra VPH como parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). El INC adelantó un estudio de cohorte en 2000 mujeres seguidas durante 12 años, la cual es una de tres investigaciones realizadas sobre el tema en América Latina, las que aportaron información valiosa para la determinación de la relación del virus con la enfermedad y por tanto fueron parte de la base de conocimiento que permitió avanzar en el diseño de estudios para el desarrollo de una vacuna contra el VPH. De la misma manera, el Instituto participó en los ensayos clínicos que permitieron determinar la eficacia y seguridad de la vacuna tetravalente (una de las dos vacunas disponibles), y posterior a ello lideró los estudios de carga de enfermedad

asociados al virus en el país, los que fueron la base para la estimación del efecto de la introducción de la vacuna en el control del cáncer de cuello uterino y se complementaron con varios análisis económicos sobre el tema.

Además, el Instituto Nacional de Cancerología en el marco del Convenio 550 de 2013 adelanta un proyecto para la validación de una técnica de identificación del Virus del Papiloma Humano en orina, para facilitar tal monitoria. El programa se está adelantando en las ciudades de Manizales y Girardot

La implementación de la vacunación es producto del esfuerzo del Ministerio de Salud y Protección Social y de varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales, dentro de lo que cabe resaltar que los estudios económicos de la Universidad Nacional fueron los que se tomaron en cuenta para las decisiones sobre la introducción de la vacuna. En el proceso final el INC fue parte de las discusiones que llevaron decidir la implementación en el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización en Colombia (CNPI), y ha participado en la definición de los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH generados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El inicio de la vacunación contra VPH representa un hito tan importante para el país como la introducción de la citología cervicouterina en la década de los 60, y constituye hoy quizás la intervención más costo-efectiva para el control del cáncer de cuello uterino que, adicionalmente, protege contra otros tipos de cáncer asociados a este virus como son los de ano, vulva, vagina y orofaringe.

El PAI inició la vacunación en niñas de cuarto año escolar con el esquema 0-2-6 meses, pero en diciembre de 2012 tomó la decisión de extender el intervalo de vacunación a 0-6-60 meses. El INC de forma directa y a través de su profesora emérita Nubia Muñoz participó activamente en la discusión y en la toma de decisiones sobre el tema. En este contexto, el INC y la doctora Muñoz lideraron la organización de un encuentro internacional a fin de analizar la posibilidad de mover el esquema de vacunación a dos dosis, en el cual se analizaron experiencias y trabajos de investigación adelantados en países como México, Canadá, India y Costa Rica.

En el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social designó al INC la responsabilidad para el diseño y el desarrollo del sistema de monitoreo del impacto de la vacunación. En el 2014 se inició con dicho sistema y se evaluó la prevalencia de genotipos virales del VPH y de lesiones preneoplásicas así como los genotipos virales asociados. El sistema de monitoreo se inició en Manizales y Girardot; la primera ciudad se seleccionó puesto que allí se cuenta con un registro poblacional de cáncer que a largo plazo medir el impacto en la reducción de la incidencia por cáncer de cuello uterino. Girardot se incluyó dado que en esta ciudad se han desarrollado trabajos sobre VPH y tanto la población de profesionales como la comunidad general se encuentran sensibilizadas sobre el tema. Igualmente se desarrolló un proyecto para la validación de VPH en orina para niñas < 17 años.

### 3.1.2. Control del consumo de tabaco

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el primer tratado internacional de salud pública dirigido a contrarrestar los

efectos nocivos que conlleva el tabaquismo, adicción que acaba anualmente con la vida de unos 6 millones de personas a nivel global.

Este convenio fue adoptado por Colombia en 2003 y fue aprobado en 2006 por medio de la Ley 1109 de ese mismo año. Oficialmente el país adhirió a este convenio el 10 de abril de 2008 mediante el Decreto 2871.

Para hacer efectivo el CMCT en Colombia, el Gobierno Nacional promulgó la Ley 1135 del 21 de julio de 2009 que contiene las **“disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana”**.

El Instituto Nacional de Cancerología ha participado desde la formulación de la ley hasta la implementación de algunos de sus artículos más importantes al tiempo que ha fortalecido sus iniciativas para controlar el consumo de tabaco como uno de los más importantes factores de riesgo del cáncer.

### • **Diseño y producción de las advertencias sanitarias para los productos del tabaco**

Un ejemplo importante es el relacionado con la responsabilidad que adquirió el país de advertir a la población sobre los graves efectos para la salud que conlleva el consumo del tabaco. En este sentido, el Grupo Políticas y Movilización Social del INC desarrolló las advertencias sanitarias para los productos de tabaco que se producen, importan y comercializan en el país. El proceso inició luego de promulgada la ley en 2009, hasta 2013 cuando se diseñaron las advertencias para el periodo 2014 – 2015, las cuales estarán vigentes hasta el 20 de julio de este año.

El proceso de diseño involucra un complejo equipo humano así como estudios e investigaciones cuantitativas y cualitativas que incluyen encuestas de opinión, grupos focales y grupos con expertos, entre otros. A través de encuestas anuales de opinión, se ha determinado que las advertencias sanitarias deberían hacer explícitos entre otros los siguientes temas:

- Bajo peso al nacer,
- Cáncer de laringe,
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,
- Hipertensión,
- Infarto agudo de miocardio y,
- Toxicidad del humo.

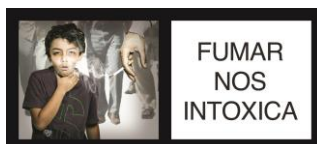
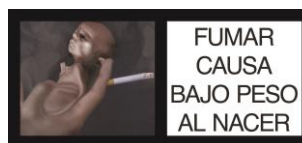
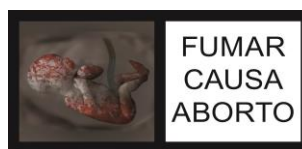
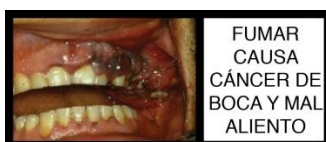
Para la última vigencia (2014-2015) los resultados de las encuestas adicionaron nuevos temas a la estrategia incluyendo:

- Leucemia mieloide aguda,
- Cáncer de vejiga,
- Accidente cerebro vascular,
- Enfermedad vascular periférica arterioesclerótica,

- Enfermedad del oído medio en niños (otitis por humo de segunda mano) y;
- Cardiopatía coronaria.

Otra parte importante en la producción de advertencias consiste en hacer entendibles para la población en general los términos científicos que dan como resultado los estudios. También es importante resaltar, que en este proceso que fue el resultado de continuos convenios con el Ministerio de Salud y Protección Social, se le proveyó a este organismo la adaptación específica para cada uno de las marcas y referencias que se venden en Colombia, y un completo manual de aplicación que sirve de guía para la industria para imprimir correctamente las advertencias en sus empaques. Cada año se produjeron más de 600 adaptaciones en alta resolución para evitar implementaciones incorrectas de las advertencias, y para que ocuparan exactamente el 30% de cada una de las caras principales del producto de acuerdo con lo establecido en la Ley 1335 de 2009 y la Resolución 3961 del mismo año.

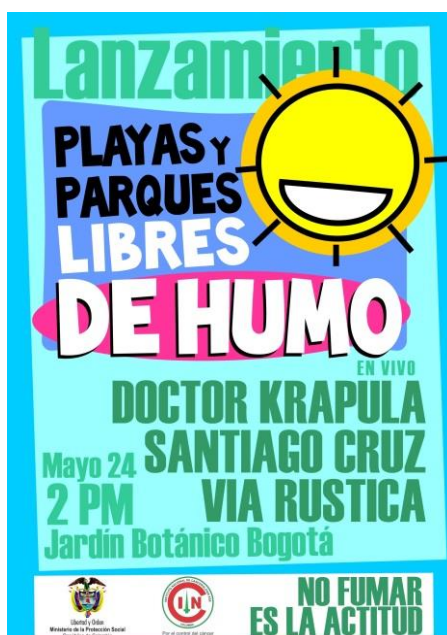
• **Algunas referencias de las advertencias sanitarias producidas por el INC**



Para posicionar la ley entre la opinión pública, también se produjo un boletín de la serie Hechos y Acciones, titulado ABC de la Ley Antitabaco, una separata que circuló con El Tiempo sobre las nuevas medidas establecidas en la normatividad y tres hojas informativas sobre espacios libres de humo, advertencias sanitarias y la prohibición de venta al menudeo.

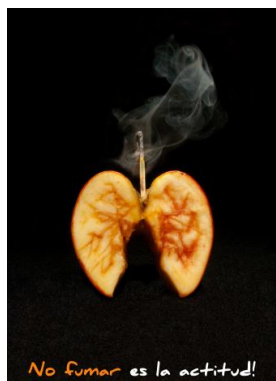
- **Comunicación BTL y alianzas estratégicas**

En convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social se diseñó e implementó la estrategia “Playas y Parques Libres de Humo” que tuvo como voceros a la banda de rock latino alternativo “Dr. Krápula”, el grupo de reggae Vía Rustica y el cantante Santiago Cruz. Se realizaron conciertos en Bogotá, Santa Marta, Cartagena y Bucaramanga, con un total de 10.700 asistentes y se promovió la estrategia a través de redes sociales con la participación de los mencionados artistas. Con esta campaña se buscaba generar mayor conciencia sobre el humo de segunda mano y las afectaciones que trae el consumo de tabaco para los seres humanos y para los demás organismos que coexisten en el planeta. Durante la campaña los artistas realizaron diversas giras de medios en las ciudades sede de los conciertos como voceros institucionales y comprometidos con la causa anti tabaco en Colombia.



En comunicación alternativa y BLT (Below The Line) se desarrolló por ocho años consecutivos el concurso de fotografía “No fumar es la actitud” con más de 20 ganadores y un promedio de 100 participantes por edición. Algunos de los trabajos ganadores se convirtieron en postales publicitarias que se han distribuido masivamente en las principales ciudades del país.

- **Muestra de postales publicitarias**



### • Redes Sociales e Internet

Desde 2008 el INC adelanta una intensa campaña en redes sociales e internet. “No fumar es la actitud” (Facebook, Twitter y Blogger contempló el diseño de una aplicación tipo “juego de rol” para dispositivos Apple titulada “El caza humo”. La primera aparición de la aplicación “No fumar es la actitud” fue a través de una página web con el dominio .com. Con el ánimo de centralizar todos los productos relacionados con esta estrategia se rediseñó la página [www.nofumareslaactitud.com](http://www.nofumareslaactitud.com). Se diseñó e implementó la segunda versión de la aplicación ahora compatible con dispositivos móviles de plataformas iOS y Android.



- **Mediciones ambientales de nicotina**

El CMCT propone monitorear frecuentemente el cumplimiento de las medidas para el control del consumo de tabaco. En este sentido el INC se dio a la tarea de comprobar si los ambientes libres de humo se están respetando como lo contempla la ley. En 2014 se ejecutó un piloto en cinco localidades de Bogotá en una conocida cadena de pubs utilizando el medidor Sidepack de partículas de PM2.5 con el ánimo de replicar la experiencia a mayor escala. Se pudo establecer que en el 80% de los bares visitados se incumple la ley e incluso se ha normalizado el consumo de tabaco. También se están procesando las bases de datos de una encuesta de opinión que indaga respecto al mismo tema en 10 localidades de Bogotá-

- **Trabajo en Red**

Las redes de colegios y universidades se han convertido en aliados estratégicos en el control del consumo de tabaco. Se ha trabajado continuamente con Red sin Trabas Distrital, apoyando el trabajo de la Secretaría de Integración Social del Distrito. También se ha apoyado a Red Papaz, la red de colegios más importante del país a través de la asesoría técnica de la Mesa de Vida Sana y más recientemente a la Red Colombiana de Universidades Saludables REDCUPS con un trabajo constante en la Universidad Javeriana en donde en 2014 se realizaron mediciones ambientales de nicotina en aras de lograr la implementación de ambientes 100% libres de humo en la Universidad.

- **Otros Avances**

En el año 2013 el INC con colaboración del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Javeriana, elaboró y publicó una guía de práctica clínica basada en evidencia para la cesación de tabaquismo que contempla la consejería, las medidas farmacológicas y el uso de terapias alternativas.

### **3.1.3. Cáncer ocupacional**

La exposición a cancerígenos ocupacionales ha sido una prioridad para el Instituto durante la última década. El Plan Nacional de Cáncer ocupacional 2008-2012 contempló fortalecer la prevención de los riesgos profesionales a través de la promoción de la seguridad en el trabajo y el fomento de la cultura del autocuidado así como el fortalecimiento de las agencias de riesgos profesionales y sus programas de salud ocupacional entre otros.

Durante el año 2013 mediante un convenio con el Ministerio de Trabajo se inició la validación de la Matriz de Exposición Laboral a Agentes Carcinogénicos (MEL-AGECAR), la cual es una matriz que permite medir de forma retrospectiva la probabilidad de que una persona dada haya estado expuesta a alguno de 47 agentes carcinógenos de los grupos 1 y 2 de la IARC (International Agency for Research on Cancer), análisis que se basa en la actividad económica y que incluye cánceres primarios de laringe, pulmón, pleura, hígado, riñón y vejiga, próstata colon y recto, sistema hematopoyético o sistema linfático.

De otra parte, se realizó la validación de la matriz a fin de determinar su concordancia con la determinación de exposición realizada por un grupo de expertos a partir de la historia ocupacional detallada. Se espera que la MEL-AGECAR ayude a empresas e inspectores de trabajo en el análisis de exposición en las condiciones de trabajo, así como en los procesos de determinación de origen.

Adicionalmente, como parte del mismo convenio previamente citado, se realizó el Taller Internacional Colombia CAREX (Carcinogen Exposure) a fin de construir un modelo para estimar la población expuesta a cancerígenos ocupacionales en el país. Esta es una metodología utilizada en varios países de Europa y Norteamérica, la cual genera información útil para la planificación de medidas preventivas en torno a la temática de cáncer ocupacional.



Las acciones anteriores se complementaron con el diseño de un sistema de vigilancia para cancerígenos ocupacionales (SIVECAO), que fue presentado al Ministerio de Trabajo en desarrollo del mencionado convenio y posteriormente discutido con las áreas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social. El documento final se encuentra en proceso de publicación y se espera sea la base para el desarrollo de acciones pertinentes por parte de los dos ministerios.

Debido a la escasa información y el relativo bajo conocimiento sobre esta problemática en el país, se publicó una separata en el diario El Tiempo sobre generalidades del cáncer ocupacional en Colombia, cuyo propósito fue aproximar a la opinión pública al tema. La separata contó con más de 60.000 ejemplares que circularon a nivel nacional.

### 3.2. Detección temprana del cáncer

El INC en el marco de un convenio con la Comisión Reguladora en Salud (CRES) participó en la evaluación de tecnologías obteniéndose como resultado la inclusión de las pruebas de tamización de cáncer de cuello uterino basadas en la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) y en la inspección visual del cuello uterino con ácido acético (VIA) y la inspección visual con lugol (VILI), hecho que se concretó en el Acuerdo 029 de Dic del 2011 de dicha comisión. De manera congruente, se incluyeron en Plan Decenal para el Control del Cáncer difundido en el año 2013, objetivos y metas orientadas a la implementación de tamización del cáncer de cuello uterino con métodos alternativos, así como objetivos relativos a la necesidad de avanzar en la tamización de cáncer de mama y la introducción de la tamización de cáncer de colon, acciones estas complementadas con detección temprana a partir de síntomas en cáncer de próstata y leucemia pediátrica.

En cumplimiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, el INC desarrolló el documento con la estructura del Programa Nacional para la Detección Temprana del Cáncer, priorizando los cuatro cánceres sujetos a tamización: Mama, cuello uterino, colorrectal y próstata. El Programa define las coberturas departamentales y las estrategias operativas para la implementación y el control de calidad de las tecnologías incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), así como las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC).

### 3.2.1. Tamización de cáncer de cuello uterino

El Instituto ha realizado ingentes esfuerzos a fin de mejorar la tamización en cáncer de cuello uterino, razón por la que ha buscado alternativas tecnológicas que permitan superar las dificultades del tamizaje basado en la citología convencional, como son su baja sensibilidad y la necesidad de repetidas visitas para completar el ciclo completo de tamización y tratamiento de lesiones preneoplásicas. En este contexto, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social se avanzó en la implementación de estrategias de ver y tratar basadas en técnicas de inspección visual, abordaje respaldado por resultados de estudios publicados en el año 2010 y enfocado en poblaciones con limitado acceso regular a los servicios de salud. Durante los años 2011 y 2012 se implementó la estrategia en cinco regiones del país (Tablas 12 y 13) y para los años 2013 y 2014 se incrementó la cobertura en los lugares antes mencionados y se implementó la estrategia a cuatro departamentos más.

Tabla 14. Tamización con técnicas de inspección visual años 2011-2014

| PACIENTES TAMIZADAS POR TERRITORIO<br>AÑOS 2011 – 2014                |      |      |      |      |       |
|-----------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| TERRITORIO                                                            | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | TOTAL |
| Amazonas                                                              | 470  | 635  | 434  | 209  | 1748  |
| Buenaventura                                                          | 1914 | 280  | 0    | 29   | 2223  |
| Caquetá                                                               | 860  | 1129 | 1239 | 0    | 3228  |
| Guajira                                                               | 87   | 191  | 192  | 0    | 470   |
| Tumaco                                                                | 438  | 841  | 222  | 153  | 1654  |
| TOTAL                                                                 | 3769 | 3076 | 2087 | 391  | 9323  |
| Fuente: Bases de datos reportadas periódicamente por cada territorio. |      |      |      |      |       |

Tabla 15 Indicadores de positividad a la tamización con técnicas de inspección visual años 2011-2014

| INDICADORES DE POSITIVIDAD Y TRATAMIENTO 2011-2014 POR TERRITORIO     |                     |           |      |             |      |          |      |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|------|-------------|------|----------|------|
| Territorio                                                            | Pacientes tamizadas | Positivas |      | Crioterapia |      | Remisión |      |
|                                                                       |                     | No.       | %    | No.         | %    | No.      | %    |
| Amazonas                                                              | 1748                | 231       | 13,2 | 179         | 77,5 | 45       | 19,5 |
| Buenaventura                                                          | 2223                | 346       | 15,6 | 251         | 72,5 | 76       | 22   |
| Caquetá                                                               | 3228                | 310       | 9,6  | 228         | 73,5 | 101      | 32,6 |
| Guajira                                                               | 470                 | 51        | 10,9 | 41          | 80,4 | 10       | 19,6 |
| Tumaco                                                                | 1654                | 127       | 7,7  | 114         | 89,8 | 15       | 11,8 |
| TOTAL                                                                 | 9323                | 1065      | 11,4 | 813         | 76,3 | 247      | 23,2 |
| Fuente: Bases de datos reportadas periódicamente por cada territorio. |                     |           |      |             |      |          |      |

*\*Los porcentajes de crioterapia y remitidas se establecen sobre las mujeres positivas a la tamización*

De otra parte, en el mismo sentido se han adelantado estudios de implementación de la tamización basada en pruebas de VPH en los cuales se han incluido cerca de 30.000 mujeres (Tabla 13). Dichos estudios han valorado aspectos programáticos como la recolección, almacenamiento, transporte y procesamiento de muestras; las necesidades de información para las mujeres; las necesidades de entrenamiento al personal de salud; y la carga sobre el seguimiento de corto plazo de las mujeres. Estos trabajos han servido de base para la generación de recomendaciones sobre los lineamientos programáticos que debe tener el país para la extensión de la tamización basada en pruebas de VPH

Tamización de cáncer de cuello uterino

El Instituto ha realizado ingentes esfuerzos a fin de mejorar la tamización en cáncer de cuello uterino, razón por la que ha buscado alternativas tecnológicas que permitan superar las dificultades del tamizaje basado en la citología convencional cuales son su baja sensibilidad y la necesidad de repetidas visitas para completar el ciclo completo de tamización y tratamiento de lesiones preneoplásicas. En este contexto, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social se avanzó en la implementación de estrategias de ver y tratar basadas en técnicas de inspección visual, abordaje respaldado por resultados de estudios publicados en el año 2010 y enfocado en poblaciones con limitado acceso regular a los servicios de salud. Durante los años 2011 y 2012 se implementó la estrategia en cinco regiones del país (Tabla 12).

En el año 2013 se incluyó en la plataforma virtual el curso sobre aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos del VPH. De esta forma queda una oferta educativa en el tema que comprende toma de citología de cuello uterino, estandarización en lectura de citología, técnicas de inspección visual (VIA-VILI) y virus del Papiloma Humano.

En el año 2014 se llevó a cabo el Programa de monitoreo de la vacunación contra VPH en Colombia, en el marco del cual se realizó la validación de la técnica de VPH en muestras de orina. Se logró establecer la prevalencia de infecciones por VPH en mujeres entre 18 a 25 años de dos sitios centinela (Girardot y Manizales), lo que permitirá a futuro establecer la eficacia de la vacuna en Colombia, a través del cambio o reducción en las infecciones por este virus. Adicionalmente, se logró validar una técnica que permitirá en próximos años determinar la presencia del VPH en muestras de orina de mujeres jóvenes y adolescentes del país, y de esta forma realizar el monitoreo permanente de la eficacia de la vacunación contra el VPH.

### **3.2.2. Tamización en cáncer de mama**

Durante 2012, se implementó la estrategia de capacitación de capacitadores en detección temprana de cáncer de mama, vinculando grupos de cinco regiones del país y que específicamente se encuentra dirigido a médicos especialistas (mastólogos, médicos familiares, cirujanos generales y ginecólogos). La estrategia tiene como finalidad que los profesionales entrenados repliquen la experiencia a médicos generales de sus regiones, a fin de mejorar el conocimiento en el tema a nivel nacional. Así mismo, se desarrollaron cursos en detección temprana de cáncer de mama dirigidos a médicos generales en modalidad presencial y durante el año 2014, se diseñó el curso virtual, que estará al aire

de manera gratuita en el I semestre del año 2015. Este último curso reforzará las competencias teóricas como complemento a la práctica bajo la metodología de aprendizaje activo, a fin de mejorar la eficacia en la difusión y alcance del entrenamiento.

En el año 2014 se realizó un estudio para la evaluación de la metodología de aprendizaje activo en médicos generales capacitados en detección temprana del cáncer de mama por parte del INC, frente a igual número de médicos no capacitados, encontrando marcadas diferencias estadísticas entre los dos grupos, que refuerzan la importancia de los cursos impartidos por el INC, con esta metodología.

Adicionalmente, en el mismo año se diseñó un curso virtual para la estandarización del reporte de mamografía en el sistema BIRADS dirigido a médicos radiólogos, mastólogos, médicos familiares, ginecólogos y médicos familiares, que actualmente está siendo implementado de manera gratuita.

Para fortalecer el control de calidad de servicios mamográficos, se publicó el “Manual de control de calidad en mamografía analógica”, el “Manual de control de calidad en mamografía digital” y el “Manual de control de calidad en mamografía analógica para tecnólogos”. Continuando con la producción documental, se diseñó e imprimió el manual de toma de biopsia de mama, que será distribuido en 2015 y se elaboró el Protocolo de patología mamaria benigna.

En el componente de control de calidad de mamografía, además de los manuales enunciados, se realizaron visitas de evaluación de primera vez y de seguimiento a diferentes centros mamográficos en diez ciudades priorizadas (para el año 2011 se establecieron Pereira, Bucaramanga, Cali, San Andrés, Bogotá, Neiva y para la vigencia 2013-2014 se adicionaron Barranquilla, Medellín, Armenia y Manizales), con el fin de establecer recomendaciones para la implementación de mejoras en los parámetros de calidad. Con este mismo objetivo, se diseñaron e impartieron cursos de control de calidad a tecnólogos y radiólogos de estas ciudades, así como a profesionales de las entidades territoriales. Igualmente, en el marco del Convenio 550 de 2013 suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, se desarrolló una propuesta técnica para evaluar la calidad de imagen mamográfica y se desarrolló un documento técnico para la creación de una red nacional para el control de calidad en los servicios mamográficos en Colombia.

En el periodo 2011-2014 se impartieron cursos virtuales o virtuales/presenciales, dirigidos a profesionales de la salud, en: estrategia Ver y Tratar, Virus de Papiloma Humano, estandarización del reporte de mamografía, toma de citología cérvico uterina, lectura de citología cérvico uterina, detección temprana del cáncer de mama y en 2014 se diseñaron dos cursos nuevos presenciales para médicos generales en detección temprana de cáncer de próstata y detección temprana de cáncer de colon y recto. En 2014 se impartieron cursos presenciales de carácter teórico práctico, dirigidos a médicos especialistas, en estandarización de lectura de patología mamaria, en toma de biopsia prostática, en toma de biopsia de cuello uterino y en tratamiento de lesiones de cuello uterino con radiofrecuencia. En 2014, se tuvo un total de 48 cursos dictados por el Grupo de Prevención, con 622 profesionales del área de la salud certificados.

Se elaboraron Boletines de “Hechos y Acciones”, en Pruebas de ADN para el VPH, detección temprana del cáncer de mama, Estrategia Ver y Tratar y leucemias pediátricas.

### **3.2.3. Tamización en cáncer de próstata**

En 2014 se diseñó e imprimió el manual dirigido a médicos urólogos y radiólogos, en toma de biopsia prostática, que será distribuido en 2015. Se diseñó el curso presencial en detección temprana de cáncer de próstata, dirigido a médicos generales, el cual fue piloteado en dos cursos en el Hospital de Suba, a finales de la vigencia. Así mismo, se diseñó el manual para médicos generales en detección temprana de cáncer de próstata, que será impreso en 2015.

### **3.2.4. Tamización en cáncer de colon y recto**

En 2014 se diseñó el curso presencial en detección temprana de cáncer de colon y recto, dirigido a médicos generales, el cual fue piloteado en dos cursos en el Hospital de Suba. Igualmente, se diseñó el manual para médicos generales en detección temprana de cáncer de colon y recto, que será impreso en 2015.

### **3.2.5. Tamización en cáncer de piel**

En 2014 se diseñó el manual para médicos generales en detección temprana de cáncer de piel, que será impreso en 2015.

## **3.3. Vigilancia en salud pública para el control del cáncer**

### **3.3.1. Sistema nacional de información en cáncer**

El Ministerio expidió la Resolución 4496 de 2012, por la cual se organiza el sistema nacional de información de cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer. El Instituto acompañó en el proceso al Ministerio de Salud a fin de definir los fundamentos técnicos de la misma. La citada Resolución organiza los componentes del sistema de información y lo integra con los desarrollos recientes del sistema de información en salud para el país, dando al INC funciones relativas a la coordinación de las acciones de los registros poblacionales de cáncer, el control de calidad de la información sobre incidencia de cáncer, la asistencia técnica a los registros y al Ministerio en el tema específico, y la conformación y coordinación del comité de registros poblacionales de cáncer.

### **3.3.2. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional**

En el año 2013 se firmó un contrato interadministrativo con el Ministerio del Trabajo, “para implementar el Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ocupacional y el Sistema de Vigilancia del Cáncer Ocupacional – SIVECAO Fase I, en el marco del Programa de prevención del cáncer ocupacional en Colombia”. El documento preliminar se sometió a consideración del citado Ministerio y se discutió con el equipo técnico del Ministerio de Salud. El documento será publicado en el segundo semestre de 2014 tras el consenso de las dos instancias de gobierno.

### **3.3.3. Sistematización de vigilancia de políticas y legislación**

Durante el año 2012 entró en operación el sistema de vigilancia de políticas y legislación para el control del cáncer, el que permite contar con bases de datos actualizadas acerca de la normatividad y las políticas relacionadas con el control de la enfermedad. Adicional a ello, la información fue divulgada mediante un boletín electrónico mensual a una base de datos de usuarios creciente, lo que se complementó con ediciones especiales sobre temas de interés específico.

La vigilancia de medios de comunicación, políticas y legislación constituye un núcleo central que orienta las acciones para el control del cáncer en Colombia puesto que a través de esta vigilancia es posible conocer y hacer un seguimiento permanente de la información que se hace visible al público así como políticas y legislación relacionada con el control del cáncer y sus factores de riesgo y de temas específicos coyunturales. Durante el año 2013 se realizó la producción, diseño y publicación electrónica de 14 boletines del Sistema de Vigilancia de Políticas y Legislación, dos de ellos semestrales de índole analítica.

Con relación con el seguimiento a medios de comunicación, en el 2013 se empezó a consolidar la vigilancia que incluye radio, televisión, internet y prensa. Igualmente se comenzó con la consolidación de la base de datos con un software de desarrollo inhouse para la consulta del sistema. Se inició un reporte diario de la información publicada en los medios nacionales y extranjeros, y se produjeron 11 boletines mensuales y dos semestrales con el análisis de lo acontecido en los medios.

### 3.4. Tratamiento del cáncer en Colombia

#### 3.4.1. Habilitación de servicios oncológicos

Dada la complejidad y el grado de especialización que requiere la atención del cáncer, los servicios de oncología del país deben contar y asegurar el cumplimiento de condiciones técnico-científicas que garanticen una atención integral, oportuna y con capacidad resolutive, durante el curso de la enfermedad.

A Octubre 31 de 2014, el país cuenta con 1967 (Tabla 1) servicios oncológicos habilitados, distribuidos entre 1121 prestadores de servicios de salud, de los cuales 880 son instituciones prestadoras (hospitales, clínicas, etc.) y 241 son profesionales independientes. La información anterior corresponde a la base de datos del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS del Ministerio de Salud y Protección Social, contiene la información oficial sobre los servicios de salud actualmente habilitados en el territorio nacional.

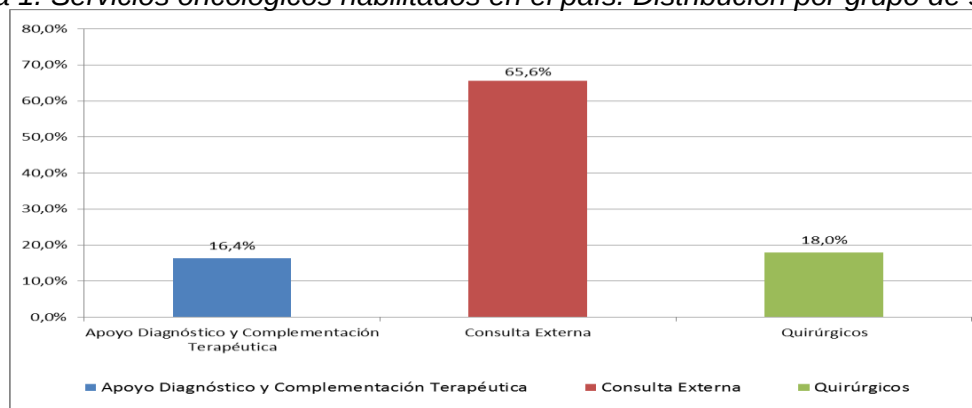
*Tabla 16. Servicios oncológicos habilitados en el país. Distribución por departamento*

| Departamento       | Número de servicios |
|--------------------|---------------------|
| Bogotá D.C         | 472                 |
| Valle del cauca    | 226                 |
| Antioquia          | 224                 |
| Atlántico          | 174                 |
| Santander          | 139                 |
| Bolívar            | 103                 |
| Magdalena          | 72                  |
| Risaralda          | 61                  |
| Nariño             | 50                  |
| Norte de Santander | 47                  |
| Cesar              | 44                  |
| Córdoba            | 39                  |
| Huila              | 39                  |
| Tolima             | 37                  |
| Meta               | 36                  |
| Caldas             | 35                  |
| Sucre              | 33                  |
| Quindío            | 32                  |
| La Guajira         | 29                  |
| Boyacá             | 28                  |
| Cauca              | 16                  |
| Cundinamarca       | 11                  |
| Caquetá            | 5                   |
| Chocó              | 5                   |
| Arauca             | 4                   |
| Casanare           | 2                   |
| Putumayo           | 2                   |
| Vaupés             | 2                   |
| <b>Total</b>       | <b>1967</b>         |

**Fuente:** Base de datos del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS. Ministerio de Salud y Protección Social.

El 65% (1291 servicios) de todos los servicios oncológicos habilitados en el país, pertenece al grupo de consulta externa especializada (gráfica 1) El 18% son servicios quirúrgicos oncológicos (354 servicios) y el restante 16.4% corresponden a servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear).

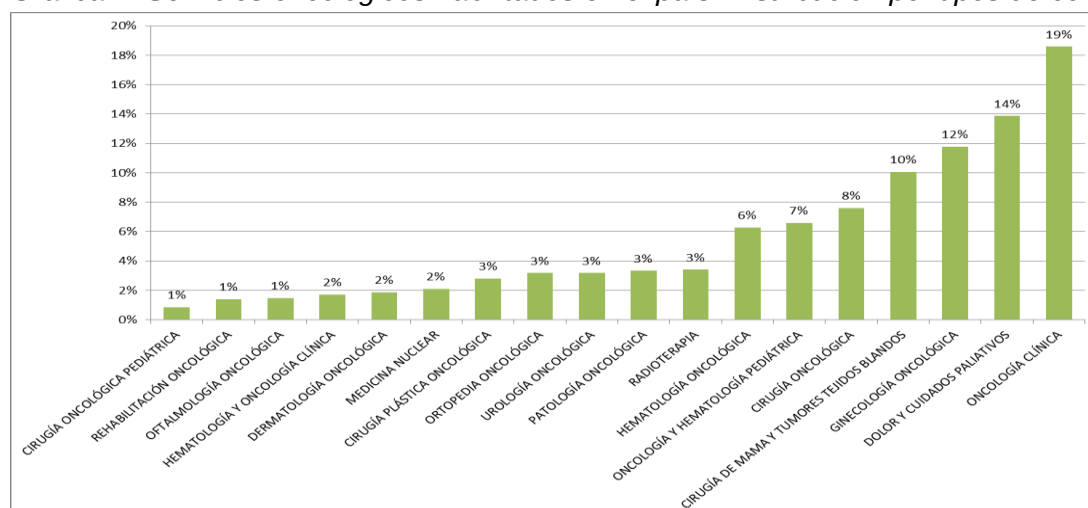
*Grafica 1. Servicios oncológicos habilitados en el país. Distribución por grupo de servicios*



**Fuente:** Base de datos del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS. Ministerio de Salud y Protección Social.

La Resolución 2003 de 2014, define 18 servicios de consulta especializada oncológica. De estos 1291 servicios de consulta, 181 servicios (19%) corresponden a la consulta por oncología clínica, considerada como la puerta de entrada al proceso de atención del paciente con cáncer. Le siguen la consulta de dolor y cuidados paliativos con un 14%, Ginecología oncológica con un 12% y la consulta de cirugía de mama y tumores de tejidos blandos con 129 servicios. (Gráfica 2)

**Gráfica 2. Servicios oncológicos habilitados en el país. Distribución por tipos de consulta**

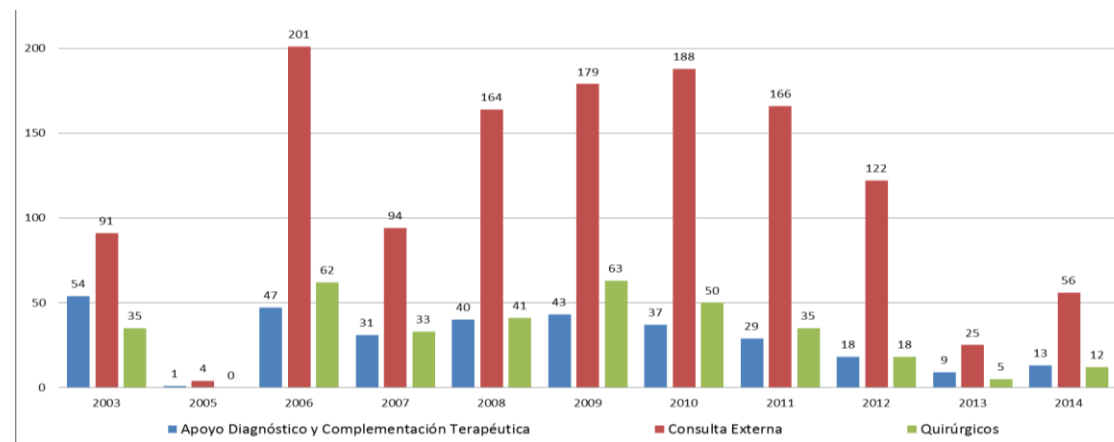


Fuente: Base de datos del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS. Ministerio de Salud y Protección Social.

### Participación del Instituto en el proceso de habilitación de servicios oncológicos

La gráfica 3, muestra el comportamiento de las habilitaciones de los servicios oncológicos en los últimos años, donde se observan que los años 2006 (expedición de la resolución 1043 de 2006) y 2010, se presentó el mayor número de habilitaciones de servicios. Posterior a la expedición de la Ley 1438 de 2011 y la obligatoriedad de la visita de verificación previa a la apertura de los servicios, el número de habilitaciones tuvo un descenso importante, teniendo en el 2013 el número más bajo de inscripciones en los últimos 5 años.

**Gráfica 3. Servicios oncológicos habilitados por año y grupo de servicios.**



**Fuente:** Base de datos del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS. Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, estableció en el parágrafo único del artículo 58, que: “...los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por el Gobierno Nacional”. Este artículo modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 0019 de 2012, “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”, estableció que: “...Los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que para desarrollar éstas funciones, podrá celebrar Convenios interadministrativos”.

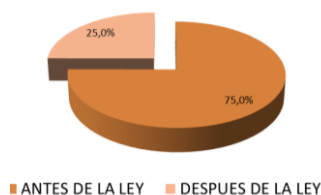
La Resolución N° 1383 del 2 de mayo de 2013, adoptó el plan decenal para la atención integral del cáncer en Colombia 2012-2021. Una de las metas de la línea estratégica N°3 de dicho plan, plantea “Desarrollar y consolidar la verificación de los estándares de habilitación del 100% de prestadores de servicios oncológicos, al año 2017”.

En virtud de lo anterior y de acuerdo a lo establecido en artículo 118 del Decreto Ley 0019 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, han suscrito desde el año 2012, convenios interadministrativos con el objeto de *“Apoyar técnicamente al Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las acciones necesarias para realizar la verificación de las condiciones técnico-científicas de habilitación de los servicios oncológicos de conformidad con lo establecido en el artículo 118 del Decreto ley 0019 de 2012, con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el plan decenal para el control integral del Cáncer en Colombia 2012-2021 y con las leyes 1384 y 1388 de 2010.”*

Desde entonces, el papel del Instituto Nacional de Cancerología ha sido únicamente el de apoyar el proceso de verificación de servicios oncológicos que requieren visita previa, en su componente de capacidad tecnológica y científica. Entre Octubre de 2012 y Noviembre de 2014, el Instituto Nacional de Cancerología ha apoyado al Ministerio de Salud y Protección Social en la verificación previa de condiciones técnico científicas de habilitación de 503 servicios oncológicos en 194 prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional.

Los servicios oncológicos que han sido habilitados por las entidades territoriales de salud de cada departamento o distrito, anterior a la expedición de la Ley 1438 de 2011, es decir antes del 19 de Enero de ese año, corresponden al 75% de los servicios oncológicos habilitados a la fecha en el país. (Grafica 4)

*Grafica 4. Servicios oncológicos habilitados antes y después de la Ley 1438 de 2011.*



**Fuente:** Base de datos del registro especial de prestadores de servicios de salud REPS. Ministerio de Salud y Protección Social.

Atendiendo lo definido en la meta 3.1.2., Línea estratégica 3 del Plan decenal para la atención integral del cáncer en Colombia 2012-2021, el país debe “Desarrollar y consolidar la verificación de los estándares de habilitación del 100% de prestadores de servicios oncológicos, al año 2017”. Esto significa que está en manos del Ministerio de Salud y Protección Social, determinar las estrategias y las acciones para dar alcance a la verificación de los servicios oncológicos en el país a cerca de 1470 servicios oncológicos habilitados hasta el año 2011, incluyendo los nuevos servicios que se continuarán inscribiendo.

### 3.4.2. Reglamentación de unidades de atención en cáncer infantil

La Ley 1388 de 2010 definió parámetros para la atención de niños con cáncer, dentro de los cuales se contemplaron las condiciones básicas de los centros de tratamiento. En 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 4504 de 2012, por la cual se dictan disposiciones relacionadas con las Unidades de Atención del Cáncer Infantil (UACAI), en busca de garantizar una atención de calidad. El Instituto Nacional de Cancerología acompañó técnicamente el proceso y se espera que tal reglamentación, junto con las acciones desarrolladas sobre la verificación de condiciones de habilitación de servicios oncológicos, se vean reflejadas en el futuro mediano en una modificación de las tasas de supervivencia de los niños con cáncer en Colombia.

El INC desarrolló un estudio de caracterización de los 156 servicios de oncología pediátrica inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Además, de los servicios de oncología clínica que atendían pacientes pediátricos. El objetivo del estudio es contar con información que permita identificar las potenciales Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que están en condiciones de ser o convertirse en Unidades de Atención Integral del cáncer Infantil.

### 3.4.3. Modelo de Atención en cáncer

El propósito de un modelo de atención es propender por el mejor estándar de cuidado dentro del sistema de salud. En tal sentido, el Instituto elaboró en el primer semestre de 2014 una propuesta que describe los componentes esenciales para el tratamiento oncológico y las relaciones básicas entre los mismos, a fin de lograr una atención ordenada y orientada a resultados favorables al paciente.

Diversos estudios muestran cómo la forma en que se organiza la atención impacta no solo el nivel de satisfacción sino además la eficacia clínica, pero a pesar de que existe consenso general sobre elementos básicos del cuidado oncológico como son la acción necesaria de diferentes actores y la necesidad de cuidado de soporte, en la

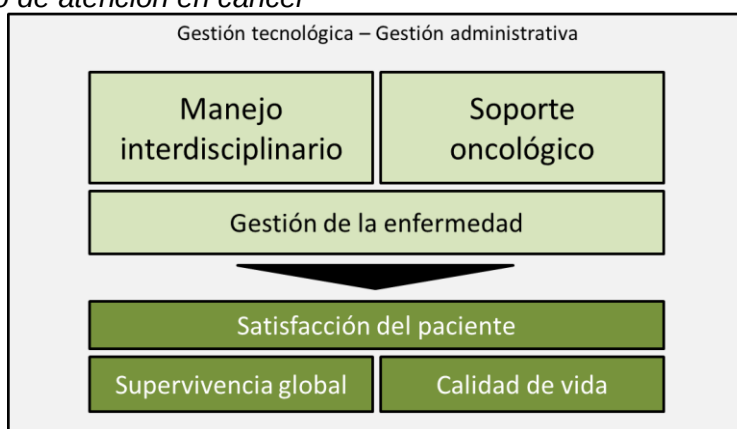


práctica existen múltiples visiones de lo que debe ser el proceso de atención.

Adicionalmente, el modelo plantea la necesidad de una adecuada gestión de la enfermedad resulta fundamental para un manejo eficaz de las neoplasias malignas en nuestro medio, independientemente de la modalidad de atención elegida. Este concepto incluye el uso apropiado de recursos, lo que denota la necesidad de que los modelos de atención consideren aspectos administrativos que les hagan no solo operables dentro de un sistema de salud dado, sino además sostenibles en el tiempo.

Se espera que en el corto plazo se desarrollen una nueva reglamentación para la habilitación de los servicios oncológicos, a fin de cumplir con lo establecido en la Ley Sandra Ceballos sobre unidades funcionales, para lo cual resultará de gran utilidad el modelo propuesto.

*Figura 7. Modelo de atención en cáncer*



### Guías de práctica clínica

Durante el año 2013 fueron lanzadas oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social las Guías de Atención Integral para el cáncer colorrectal, cáncer de próstata y cáncer de mama elaboradas por el INC en 2012. Para cada guía se publicaron tres versiones: una completa con metodología y análisis detallado de la evidencia, una versión abreviada con las recomendaciones y los diagramas de decisión para uso de los profesionales de salud y una para informar a pacientes y cuidadores sobre la enfermedad. Los documentos se encuentran disponibles sin costo en la página del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en la del Instituto Nacional de Cancerología.

Adicionalmente, en 2013 se inició el desarrollo de cinco nuevas guías de práctica clínica, cuatro nacionales (atención del cáncer de pulmón, manejo de leucemias y linfomas en el adulto, Guía de práctica clínica (GPC) para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo y Guía de práctica clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino). Una institucional para la atención y soporte nutricional del paciente oncológico adulto hospitalizado. De otra parte, el INC fue seleccionado por Colciencias para el desarrollo de la guía nacional de atención del cáncer gástrico, proceso que se viene ejecutando desde 2013.

## 4. Cuidado del Paciente Oncológico en el Instituto Nacional de Cancerología ESE

El aumento de la incidencia de las enfermedades malignas y el avance científico y tecnológico en la búsqueda del control de esta enfermedad, hacen que los sistemas de salud de cualquier país deban asumir un enorme reto consistente en proporcionar al paciente el tratamiento más adecuado posible, con la mejor tecnología disponible, logrando un punto de equilibrio que no permita malgastar los recursos en tratamientos en los cuales no existe evidencia científica acerca de su efectividad.

El gran número de pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología cada año, han motivado la preocupación de crear un nuevo modelo de atención para nuestros pacientes, lo cual no sólo implica brindar los mejores estándares de atención médica al paciente oncológico, sino trabajar en la implementación de nuevas tecnologías para el tratamiento del cáncer (cirugía mínimamente invasiva, nuevas técnicas en radioterapia, nuevos medicamentos, etc.). Estamos además en la obligación de convertir nuestra experiencia clínica en proyectos de investigación y programas de docencia que sin duda impactan de manera positiva la atención del paciente oncológico en el país.

### 4.1. Mejoría en los procesos de atención

Desde el año 2012 se han intervenido procesos críticos para la atención de los pacientes, siendo estos orientados por el nivel de quejas y el grado de satisfacción observado en las encuestas. La intervención ha contado con la medición de tiempos y movimientos por el grupo de organización y métodos, actividades desarrolladas desde la perspectiva de la ingeniería industrial. Es de anotar que las intervenciones requieren un proceso de ajuste permanente debido a que ellas implican una ruptura con la cultura tradicional en la atención, lo cual conlleva retrocesos que deben corregirse a fin de consolidar los nuevos procesos.

- Toma de muestras en laboratorio clínico: Se pasó de un tiempo de espera promedio de 3 horas a un tiempo promedio de 45 minutos. Esto se acompañó de una reorganización de las áreas por la cual ya no se tiene una aglomeración permanente de pacientes. En el segundo semestre de 2014 se eliminó el sistema de citas.
- Admisión Hospitalaria: Eliminación de la consulta de admisión derivando el paciente desde su primer contacto al servicio especializado correspondiente. Esto evitó para los pacientes un doble desplazamiento y un doble agendamiento, lo cual resultaba crítico para los residentes fuera de Bogotá.
- Consulta externa: En 2013 se inició la medición de tiempos de espera y de cola en las nueve consultas de mayor volumen y complejidad (cabeza y cuello, seno, ginecología, dermatología, hematología, gastroenterología, radioterapia, urología y oncología clínica). La medición mostró tiempos de espera hasta de 5 horas por lo que se implementó una intervención que redujo la espera a 30 minutos. El programa se ha ido introduciendo progresivamente con cubrimiento a la fecha de las 5 consultas de mayor volumen.
-

- GAICA: Debido al alto volumen de pacientes recibidos por urgencias oncológicas y por el sistema de referencia y contrarreferencia, el servicio de GAICA siempre es un punto crítico en la atención del paciente institucional. Se establecieron indicadores de desempeño que han permitido visualizar mejores soluciones a los problemas. Por otra parte, se iniciaron procesos de educación continuada para los médicos del grupo, y se implementó un proceso de triage eficiente por parte de enfermería. Las estancias se han reducido de 5 días a máximo 48 horas lo que indica una mayor gestión clínica.
- Cirugía: En el primer semestre de 2014, se hizo una observación directa sobre el funcionamiento de salas de cirugía y se han venido realizando mejoras continuas, implementando la Lista de Chequeo y Parada de Seguridad para cada procedimiento realizado, se ha logrado un progresivo aumento de la productividad de Salas de Cirugía alcanzando un porcentaje de ocupación de 85,6%.

## 4.2. Unidades de Atención Integral – UAI

Las UAI son la forma de implementación del modelo de atención descrito previamente.



Estas unidades promueven la atención de los pacientes en un solo tiempo por las especialidades implicadas en su enfermedad y apoyado por un(a) gestor(a) de casos quien es de una parte el vínculo entre las actividades asistenciales y administrativas que requiere el paciente y de otra el punto de articulación para las diferentes especialidades involucradas en el proceso. Esto ha permitido una mejora significativa en la oportunidad, en la integralidad y en el soporte oncológico (Salud Mental, Rehabilitación, Nutrición).

En el 2012 se inició un programa de pilotaje en la consulta de mama que finalizó en febrero de 2013 con resultados significativamente positivos. En agosto de 2013, se inició oficialmente el programa en la consulta de mama. Una de las mayores dificultades ha sido el engranaje de los procesos administrativos así como la articulación con los grupos de diagnóstico oncológico (ejemplo, radiología, medicina nuclear). En la actual vigencia el modelo se está extendiendo a los servicios de urología, gastroenterología y ginecología.

## 4.3. Hospitalización domiciliaria

El modelo de atención contempla en el componente de gestión de la enfermedad la deshospitalización del paciente. Este concepto se refiere al fortalecimiento progresivo de la atención ambulatoria y la hospitalización domiciliaria, a fin de brindar una mayor oportunidad y mejorar la calidad de los procesos asistenciales. A la fecha se desarrolló la visión teórica del programa a implementar y se definieron para los tres componentes básicos a saber: extensión hospitalaria no oncológica, cuidado paliativo domiciliario, y manejo oncológico domiciliario de baja complejidad. La visión planteada es la constitución de una alianza estratégica con un operador de servicios domiciliarios, pero con continuidad del cuidado por parte del equipo especializado institucional.

De otra parte, se tiene previsto implementar el servicio de consola médica como una vía para resolver problemas menores de los pacientes evitando su desplazamiento a la institución o su ingreso al servicio de urgencias. A la fecha se han desarrollado protocolos para manejo de astenia, diarrea, delirio, mucositis, náuseas y emesis, fiebre, estreñimiento, dolor y hemorragia. Asimismo, se realizó un protocolo general para el manejo de consola médica.

#### 4.4. Programa navegación del paciente.

El INC implementó el programa de navegación cuyo propósito es ayudar a superar todas las barreras de atención (económicas, geográficas, administrativas, culturales, etc.) a fin de que el plan de tratamiento se cumpla dentro de los parámetros requeridos. Para dicho propósito se crearon cuatro rutas incluyendo una para el paciente nuevo cuya meta es tener un plan de tratamiento y tres adicionales para cada una de las modalidades de tratamiento principales (radioterapia, quimioterapia, cirugía). Las rutas hacen una descripción detallada de todos los pasos y requisitos que debe cumplir el paciente para lograr el objetivo, analiza las posibles barreras para el proceso y plantea la gestión del mismo con el uso adecuado de los recursos disponibles.

El programa ofrece acompañamiento personalizado e integral al paciente y su familia, para que dispongan de instrumentos y recursos necesarios en su proceso de atención, de manera que facilite su tránsito por el Instituto y por el sistema de salud.

#### 4.5. Enfermería Oncológica

El Instituto con acompañamiento de la Universidad Nacional de Colombia realizó en el segundo semestre de 2012 un ejercicio de prospectiva para el Departamento de Enfermería, teniendo como resultado la identificación de 7 elementos centrales: el cuidado, la educación para el cuidado, la investigación en el cuidado frente a lo disciplinar de enfermería, la sistematización (aprendizajes propios y ajenos), el modelo de gestión, el desarrollo del talento humano y la proyección social.

En torno al cuidado se realizó un análisis de las buenas prácticas de enfermería que sirvió para proponer un modelo de cuidado de enfermería para el INC. El modelo se ha venido implementado con participación de cuidadores-familiares en un ejercicio planificado de investigación que a la fecha ha arrojado varias publicaciones y presentaciones en eventos científicos para el departamento. Adicionalmente, se desarrolló un programa de egreso hospitalario con elevada satisfacción de los usuarios en el pilotaje.

En relación al talento humano se identificaron necesidades de formación fortaleciendo la rotación de estudiantes de enfermería en los niveles de pregrado, maestría y doctorado, se iniciaron dos tesis de doctorado y una de maestría y se elaboró una propuesta de programa de Maestría en Enfermería Oncológica.

#### 4.6. Protocolos institucionales.

En el 2013 se priorizaron 10 temas para la construcción de protocolos avalados por el Comité Científico. El trabajo de elaboración de protocolos institucionales, a corte de 30 de diciembre de 2014 tiene el siguiente avance: hipercalcemia maligna 100%, síndrome de desacondicionamiento y fatiga 98%, sarcomas de tejidos blandos 100%, indicaciones de IMRT 98%, profilaxis antimicrobiana pre-quirúrgica 60%, tumores neuroendocrinos de intestino medio 70%, síndrome de lisis tumoral 60%, manejo quirúrgico de la enfermedad ósea metastásica 35%, carcinomatosis peritoneal 35% y derrame pleural 17%.

Así mismo en el 2013, se realizaron protocolos institucionales para manejo de hospitalización domiciliaria en astenia, diarrea, delirio, mucositis, náuseas y emesis, fiebre, estreñimiento, dolor y hemorragia. Igualmente, se realizó un protocolo general para el manejo de consola médica. De otra parte, para propósitos de la habilitación se actualizaron todos los protocolos institucionales previamente existentes en el primer semestre de 2014.

#### 4.7. Aplicación de Guías de Manejo

La aplicación de guías de manejo para la principal causa de egreso hospitalario en el año 2013 fue para el diagnóstico de cáncer de mama, la medición de adherencia a los protocolos de este cáncer se realizó de la siguiente manera:



Se estimó el tamaño de muestra requerido para detectar una prevalencia de adherencia a protocolo del 50% en una población finita, se usaron los siguientes parámetros:

Tamaño de la población: 511

Poder estadístico: 80%

Nivel de confianza: 95%

Precisión (Ancho del IC95% deseado): Varía ver tabla

| Presición | Tamaño de muestra |
|-----------|-------------------|
| 5%        | 220               |
| 6%        | 176               |
| 7%        | 142               |
| 8%        | 116               |
| 9%        | 97                |
| 10%       | 81                |

Se trabajó con una precisión del 6% y se repuso un 10% de la muestra por posibles pérdidas, dejando 194 pacientes en total. La muestra se seleccionó de forma aleatoria a partir de pacientes nuevos de la institución durante el año 2012, en razón a que el tratamiento de la enfermedad puede tomar hasta 10 meses en iniciar algunos de sus componentes, es decir, se requiere un periodo de un año posterior al ingreso del paciente al instituto para poder evaluar de manera apropiada el cumplimiento de los protocolos institucionales en su proceso de atención.

Los resultados de la evaluación se presentan continuación, haciendo claridad que para esta ocasión se revisarán las historias que no cumplieron con los protocolos en cada uno de sus componentes a fin de determinar si las causas de esa situación son de origen institucional o extra institucional. Hubo 17 pacientes que se excluyeron por diferentes motivos como no tener cáncer de mama o no haber recibido tratamiento en el Instituto.

#### Estado clínico al diagnóstico

| DES_ESTADIO    | DES_ESTADIO | % ESTADIO |
|----------------|-------------|-----------|
| IA             | 10          | 5,65%     |
| IB             | 1           | 0,56%     |
| IIA            | 33          | 18,64%    |
| IIB            | 28          | 15,82%    |
| IIIA           | 18          | 10,17%    |
| IIIB           | 40          | 22,60%    |
| IIIC           | 7           | 3,95%     |
| In situ        | 2           | 1,13%     |
| IV             | 15          | 8,47%     |
| Sin clasificar | 23          | 12,99%    |
| Total general  | 177         | 100%      |

Receptores hormonales

Estrógenos

| Estrogenos ▾  | Cuenta de Estrogenos | Cuenta de Estrogenos2 |
|---------------|----------------------|-----------------------|
| Si            | 162                  | 91.53%                |
| Sin dato      | 15                   | 8.47%                 |
| Total general | 177                  | 100.00%               |

Progesterona

| Progesteron ▾ | Cuenta de Progesteron | Cuenta de Progesterona |
|---------------|-----------------------|------------------------|
| Si            | 156                   | 88.14%                 |
| Sin dato      | 21                    | 11.86%                 |
| Total general | 177                   | 100.00%                |

HER2-neu

| Des_HER2 ▾    | Cuenta de Des_HER2 | Cuenta de Des_HER2_2 |
|---------------|--------------------|----------------------|
| No            | 1                  | 0.66%                |
| Si            | 140                | 92.11%               |
| Sin dato      | 11                 | 7.24%                |
| Total general | 152                | 100.00%              |

Realización de ganglio centinela en estados tempranos

| Ganglio_Centinela ▾ | Cuenta de Ganglio_Centinela | Cuenta de Ganglio_Centinela2 |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| No                  | 7                           | 15.22%                       |
| Si                  | 18                          | 39.13%                       |
| Sin dato            | 21                          | 45.65%                       |
| Total general       | 46                          | 100.00%                      |

Cirugía conservadora en estados tempranos

| cirugia_conservadora ▾ | Cuenta de cirugia_conservadora | Cuenta de cirugia_conservadora2 |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| No                     | 31                             | 67.39%                          |
| Si                     | 15                             | 32.61%                          |
| Total general          | 46                             | 100.00%                         |

Radioterapia complementaria en cirugía conservadora

| Des_radioterapia | Cuenta de Des_radioterapia | Cuenta de Des_radioterapia2 |
|------------------|----------------------------|-----------------------------|
| No               | 1                          | 2.70%                       |
| No aplica        | 4                          | 10.81%                      |
| Si               | 32                         | 86.49%                      |
| Total general    | 37                         | 100.00%                     |

Quimioterapia neoadyuvante en cáncer avanzado

| Neoadyuvantexfecha | Cuenta de Neoadyuvantexfe | Cuenta de Neoadyuvantexfect |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Sin dato           | 17                        | 18.28%                      |
| Adyuvante          | 47                        | 50.54%                      |
| neoadyuvante       | 29                        | 31.18%                      |
| Total general      | 93                        | 100.00%                     |

#### Hormonoterapia en pacientes con receptores hormonales positivos

| Des_Hormonoterapia | Cuenta de Des_Hormonoterapia | Cuenta de Des_Hormonoterapia2 |
|--------------------|------------------------------|-------------------------------|
| No                 | 5                            | 3.91%                         |
| Si                 | 91                           | 71.09%                        |
| Sin dato           | 32                           | 25.00%                        |
| Total general      | 128                          | 100.00%                       |

#### Valoración por cuidado paliativo en cáncer metastásico

| Valora_paliativo | Cuenta de Valora_paliativo | Cuenta de Valora_paliativo2 |
|------------------|----------------------------|-----------------------------|
| No               | 9                          | 60.00%                      |
| Si               | 6                          | 40.00%                      |
| Total general    | 15                         | 100.00%                     |

Los resultados son asombrosos ya que son poco satisfactorios para el Instituto; pero hay variables que pueden influir en este resultado, como ya se tenía previsto en la presentación del ejercicio en el pasado Comité Científico. Este trabajo es bueno, ya que mediante él, se puede revisar el manejo de pacientes, verificar si hay fragmentación del sistema y aplicar los correctivos necesarios para mejorar lo que respecta a adherencia a protocolos.

Para el año 2014 se realizó el trabajo de adherencia de protocolos para pacientes de Tiroides y Seno.

## 4.8. Ampliación de servicios

Otro avance importante en el cuidado de nuestros pacientes ha sido la ampliación de servicios institucionales. En hospital día se amplió el área y el número de sillas disponibles pasando de 3167 pacientes en 2011 a 3407 en 2012, con un incremento en las jornadas de trabajo que ahora comprenden los fines de semana.

Durante el 2014 se abrió el servicio de administración de quimioterapia en la noche, lo que se denomina "Hospital Noche", facilitando la oportunidad en la atención de los pacientes.

En salas de cirugía el porcentaje de ocupación del tiempo disponible en salas de cirugía aumentó del 65% en 2011 al 85,4% en 2014. Se han mejorado procedimientos menores desde las consultas principalmente con neumología y urología y se implementó un sistema de seguimiento que permitió una mejor disponibilidad de insumos y una reducción de la probabilidad de cancelación por falta de insumos o dispositivos médicos. A este

último punto contribuyó la apertura de una unidad de cuidado intensivo quirúrgico en 2011. Con toda la intervención descrita, aumentó el número de procedimientos quirúrgicos realizados de 6199 a 10865, además del incremento en número global de cirugías (6199 en el año 2011 a 10865 en el año 2014). De otra parte, es necesario resaltar que se logró aumentar la realización de procedimientos supraespecializados y de importancia vital para el paciente oncológico, tales como la microcirugía, cirugía mínimamente invasiva y la cirugía peritoneal ampliada (SugarBaker).

De manera similar a lo relatado para hospital día, las modificaciones en los acuerdos contractuales con los médicos especialistas y la revisión de condiciones administrativas, facilitaron el incremento en los procedimientos de trasplante de médula ósea pasando de 13 procedimientos en el año 2011 a 26 en el 2012, 16 durante el 2013 y 26 trasplantes adelantados durante 2014.

Adicionalmente, en el año 2011 se dio al servicio la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con apoyo de una Radiofarmacia única en América Latina. En 2012 se introdujo la patología molecular con ampliación progresiva de los marcadores disponibles contando en la actualidad con 14 marcadores tumorales lo que hace el servicio uno de los más completos en el país. En 2013 se implementó la tecnología de arco rápido en radioterapia lo que genera una mayor eficiencia, y en 2014 se inició la radioterapia intraoperatoria.



#### 4.9. Centros de Excelencia

El programa de centros de excelencia inició en 2009 e incluyó cuatro servicios. Luego de un análisis estratégico se redefinieron los objetivos del servicio de Medicina Nuclear, Patología Oncológica y Cuidado Paliativo toda vez que las actividades desarrolladas en dichos proyectos no corresponden al concepto de centro de excelencia propiamente dicho. En tal medida los proyectos relativos a estos servicios se transformaron a fin de enfocar de mejor manera el desarrollo de centros de excelencia y a su vez potencializar los servicios revisados de una manera más apropiada.

El servicio de Medicina Nuclear empezó a operar como unidad de negocios en 2013 al igual que el servicio de patología molecular, este último integrado al laboratorio de patología institucional. El proyecto de cuidado paliativo se reorientó hacia el programa de hospitalización domiciliaria que fue previamente descrito. En el proyecto de centros de excelencia permanecieron el servicio de Tumores Neuroendocrinos y el Servicio de Pediatría; estos servicios corresponden a tumores de baja frecuencia y aunque parezca contradictorio con el enfoque teórico de lo que es un centro de excelencia, su promoción

precisamente pretende lograr que los tumores de baja frecuencia no sean manejados en cualquiera de los cientos de centros de oncología existentes, sino que son direccionados a centros altamente especializados.

En relación con los tumores neuroendocrinos, se consolidó la oferta de herramientas diagnósticas y terapéuticas eficientes y adecuadas, lo que conllevó a una disminución de la morbilidad por esta causa y adicionalmente a mejorar la supervivencia libre de progresión.

En la atención del niño con cáncer, en alianza con el Dana-Farber Cancer Center se ha logrado desarrollar un modelo de atención que tuvo impacto positivo en la reducción de mortalidad y la reducción del abandono.

#### 4.10. Indicadores en el cuidado del paciente oncológico

Tabla 17. Producción hospitalaria, según tipo de actividad e indicadores. 2010-2014

| Actividades asistenciales e indicadores | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | Variación % |
|-----------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| Consultas totales                       | 119016 | 121938 | 125564 | 139738 | 152794 | 28,4%       |
| Consultas de urgencias                  | 10903  | 10273  | 11171  | 11979  | 12243  | 12,3%       |
| Consultas de urgencias pediátricas      | 745    | 679    | 1023   | 1052   | 1036   | 39,1%       |
| Consultas de Primera Vez                | 20244  | 19830  | 18634  | 23601  | 24819  | 22,6%       |
| Consultas de control                    | 67762  | 70255  | 71851  | 78791  | 78605  | 16,0%       |
| Interconsultas GAICA                    | S/D    | 654    | 632    | 811    | 1127   | 72,3%       |
| Interconsultas hospitalarias            | 15452  | 16136  | 18144  | 19334  | 20131  | 30,3%       |
| Junta de decisiones                     | 3910   | 4111   | 4109   | 4170   | 14832  | 279,3%      |
| Pacientes primera vez en la vida        | 6400   | 6622   | 7186   | 7463   | 5021   | -21,5%      |
| Egresos hospitalarios                   | 5176   | 5323   | 5353   | 5566   | 5752   | 11,1%       |
| Total días estancia egresos             | 52472  | 55060  | 60757  | 58720  | 59807  | 14,0%       |
| Promedio estancia                       | 10,1   | 10,3   | 11,4   | 10,5   | 10,4   | -           |
| Días cama disponible                    | 56210  | 58461  | 61983  | 62,421 | 63,746 | 13,4%       |
| Días cama utilizada                     | 50001  | 51776  | 54587  | 56,020 | 56,891 | 13,8%       |
| Porcentaje de ocupación hospitalaria    | 89%    | 89%    | 88%    | 90%    | 89%    | -           |
| Giro cama hospitalaria                  | 35,0   | 33,7   | 36,2   | 37,6   | 38,9   | -           |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación, Estadísticas INC.

Tabla 18. Oportunidad en la asignación de citas e inicio de tratamiento. 2010-2014

| Indicador de oportunidad                                                                              | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada primera vez (días)           | 4,6  | 3,1  | 2,2  | 2,5  | 2,8  |
| Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada control y seguimiento (días) | 3,2  | 5,6  | 3,6  | 6,3  | 6,9  |
| Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días)                                           | 49,0 | 15,8 | 26,6 | 20,6 | 33,7 |
| Oportunidad en el inicio de tratamiento Quimioterapia (Días)                                          | 47,4 | 40,3 | 34,2 | 38,6 | 38,3 |
| Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días)                                                | 64,4 | 47,9 | 65,8 | 69,6 | 58,2 |
| Oportunidad en el inicio de tratamiento Institucional (días)                                          | 50,3 | 42,3 | 55,2 | 59,0 | 51,7 |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Tabla 19. Índice global de infecciones asociadas a la atención en salud IAAS INC - Colombia, 2010 - 2014.

| Mes          | 2010        | 2011        | 2012        | 2013        | 2014        |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ene          | 5,1%        | 6,3%        | 4,1%        | 9,6%        | 8,4%        |
| Feb          | 7,0%        | 4,6%        | 7,9%        | 9,5%        | 10,3%       |
| Mar          | 5,9%        | 9,4%        | 7,3%        | 10,7%       | 8,3%        |
| Abril        | 7,3%        | 4,1%        | 9,9%        | 9,7%        | 7,9%        |
| May          | 6,5%        | 8%          | 7,5%        | 10,2%       | 7,9%        |
| Jun          | 6,5%        | 5,3%        | 11,8%       | 8,9%        | 8,5%        |
| Jul          | 4,0%        | 7,8%        | 11,5%       | 8,8%        | 8,4%        |
| Ago          | 4,5%        | 7,5%        | 10,9%       | 6,4%        | 8,8%        |
| Sept         | 5,5%        | 5,0%        | 9,4%        | 8,2%        | 11,9%       |
| Oct          | 7,3%        | 4,2%        | 5,8%        | 10,4%       | 8,2%        |
| Nov          | 6,6%        | 7,4%        | 5,5%        | 6,6%        | 11,6%       |
| Dic          | 6,4%        | 8,9%        | 5,5%        | 8,3%        | 8,1%        |
| <b>Total</b> | <b>6,1%</b> | <b>6,5%</b> | <b>8,1%</b> | <b>8,9%</b> | <b>9,0%</b> |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

\* Índice por cada 100 Egresos Hospitalarios

Tabla 20. Tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud IAAS. INC - Colombia, 2010 - 2014.

| Mes          | 2010       | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Ene          | 5,5        | 6,0        | 3,9        | 6,6        | 7,3        |
| Feb          | 7,5        | 4,3        | 6,6        | 7,9        | 9,7        |
| Mar          | 5,2        | 9,4        | 9,2        | 9,3        | 7,9        |
| Abril        | 6,7        | 3,7        | 5,5        | 5,6        | 7,3        |
| Mayo         | 6,5        | 7,6        | 6,4        | 8,3        | 6,9        |
| Jun          | 6,7        | 5,9        | 8,1        | 7,3        | 8,3        |
| Jul          | 4,6        | 7,4        | 9,3        | 6,7        | 9,8        |
| Ago          | 4,2        | 7,0        | 9,5        | 6,0        | 8,7        |
| Sept         | 5,4        | 5,3        | 9,2        | 7,0        | 12,0       |
| Oct          | 6,9        | 3,8        | 8,1        | 7,9        | 8,3        |
| Nov          | 6,4        | 7,0        | 9,4        | 6,8        | 10,4       |
| Dic          | 6,2        | 8,2        | 8,7        | 6,0        | 7,5        |
| <b>Total</b> | <b>6,0</b> | <b>6,3</b> | <b>7,8</b> | <b>7,1</b> | <b>8,7</b> |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

\* Tasa por 1000 días de Estancia Hospitalaria

Tabla 21. Información relativa oportunidad de atención de los servicios asistenciales, 2014

| Indicador de oportunidad                                                                                    | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Promedio 2014 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Oportunidad en la atención de consulta de pediatría. (Pediatría oncológica)                                 | 2,5         | 1,7          | 1,8           | 1,8          | 1,9           |
| Oportunidad en la atención gineco-obstétrica (ginecología oncológica)                                       | 6,0         | 7,8          | 5,1           | 5,5          | 6,1           |
| Oportunidad en la atención de medicina interna (oncología clínica, hematología y endocrinología oncológica) | 6,8         | 4,4          | 5,3           | 4,9          | 5,4           |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

En el cuadro anterior se refleja la medición que el INC realiza sobre oportunidad de atención en consulta externa a nivel institucional y desagregada por especialidades clínicas. Así mismo, efectúa medición por tipo de consulta, primera vez y control.

Como el Instituto no desarrolla consultas de pediatría, gineco-obstetricia ni de medicina interna, se decidió tomar las mediciones de oportunidad de los consultas de pediatría oncológica, ginecología oncológica y de un tercer grupo conformado por oncología clínica, hematología y endocrinología oncológica, denominado medicina interna.

La información de oportunidad en consulta externa (medición retrospectiva), se analiza trimestralmente en el comité directivo y de forma mensual (medición prospectiva) en el comité de calidad, para la toma de decisiones de la Dirección General, las subdirecciones y las coordinaciones de los servicios.

### Componente 3.3

Tabla 22. Reingresos por el servicio de urgencias, 2014

| Indicador de oportunidad                                                         | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Promedio 2014 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Reingresos por el servicio de urgencias, antes de 72 Horas (Por cualquier causa) | 11,6%       | 10,2%        | 11,4%         | 10,0%        | 10,8%         |

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

En esta tabla se reflejan número de reconsultas al servicio de urgencias por cualquier causa en menos de 72 horas. Las tres principales causas de reconsulta en el servicio de Grupo de Atención Integral al Paciente con Cáncer - GAICA son: "Dolor", principalmente en pacientes que están en cuidado paliativo que a pesar haber sido formulados aún no controlan el dolor; "vómito" asociado a la patología o como reacción a la quimioterapia; y "fiebre", como causa de la progresión de la enfermedad o a una infección asociada con la misma.

## 5. Docencia

Como una de sus labores misionales, el Instituto trabaja en el área de la docencia, impartiendo formación académica en diferentes subespecialidades, siendo la institución que ofrece el mayor número de posgrados en oncología en Colombia. Desde sus inicios, hace ya 80 años, el Instituto se ha convertido en el escenario natural para el aprendizaje y la enseñanza de los temas oncológicos, siendo así como a graduado a más de ochocientos cuarenta profesionales en las diferentes especialidades oncológicas, por medio de los convenios docencia – servicio suscritos con distintas universidades.

### 5.1. Educación formal

En el marco de un convenio con la Universidad Militar Nueva Granada, se logró en el año 2011 la apertura de diez (10) programas: uno (1) de primera especialidad - Oncología Radioterápica y nueve (9) de segunda especialidad - Cirugía Oncológica, Urología Oncológica, Rehabilitación Oncológica, Ginecología Oncológica, Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Ortopedia Oncológica, Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva, Hemato Oncología Pediátrica y Cirugía Plástica Oncológica.

Así mismo, en el año 2013 se elaboraron los documentos maestros de los programas académicos de las subespecialidades de Cirugía de Cabeza y Cuello, Patología Oncológica, Dermatología Oncológica y Oncología Ocular en convenio con la Universidad Militar, los cuales se encuentran en proceso de aprobación del registro calificado.

En el 2012, junto con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), se tramitó y se obtuvo el registro calificado para el programa de subespecialidad en seno y tejidos blandos. Con la misma Universidad, en 2013 se diseñó el documento preliminar de maestría en enfermería oncológica.

### 5.2. Educación virtual

En el año 2013, se mantuvo la estrategia de educación en detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama de tipo presencial y virtual. Se incluyó dentro de la plataforma virtual un nuevo curso como es el de aspectos biológicos, clínicos y epidemiológicos del VPH. De esta manera en la actualidad se cuenta con cursos virtuales en estandarización del reporte de mamografía en sistema BIRADS, toma de citología de cuello uterino, técnicas de inspección visual VIA – VILI, estandarización en lectura de citología (virtual – presencial) y virus del Papiloma Humano (VPH). Estos cursos también tienen modalidad presencial. Así mismo, se realizó la contratación para el diseño del curso virtual en detección temprana del cáncer de mama, que será dirigido a médicos generales y estará disponible en 2014. Este curso reforzará las competencias teóricas, que serán complemento a la práctica bajo la metodología de aprendizaje activo, para mejorar la eficacia en la difusión y alcance de este curso.

### 5.3. Educación continúa

En complemento con la actividad regular de educación formal, el Instituto desarrolla permanentemente cursos y seminarios de educación continuada con la filosofía de acceso gratuito con inscripción previa. Dicha actividad permite brindar a los profesionales del país relacionados con el control del cáncer mantenerse en la frontera de conocimiento sobre los temas que les atañen.

Adicionalmente, en el año 2013 se inició un programa de educación continuada dirigido a profesionales de niveles de atención básica (médicos y enfermeras) y especialistas de primera

especialidad como ginecología, cirugía, pediatría y medicina interna. El curso pretende llevar conocimiento fundamental para el diagnóstico temprano de la enfermedad (con y sin tamización), la adecuada orientación del paciente en las etapas iniciales de la enfermedad y el apoyo al manejo de la misma en estados avanzados. Se realizaron sesiones en los departamentos de Meta, Tolima, Boyacá, Quindío, Norte de Santander, Magdalena y Nariño.

Las reflexiones sobre educación continua se consignaron en el artículo titulado “Programa de Educación Continua a Profesionales en Salud para la Prevención y Detección temprana de Cáncer en Colombia experiencia en el INC- ESE”, el cual fue publicado en la Revista Monitor Estratégico de la Superintendencia Nacional de Salud. Volumen 3, Julio – Diciembre 2013.

## 5.4. Indicadores en docencia

Tabla 23. Producción docencia

| ITEMS                                                 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| Convenios docencia servicio                           | 33   | 34   | 33   | 35   |
| Convenios prácticas formativas                        | 4    | 6    | 6    | 2    |
| Especialistas en entrenamiento                        | 25   | 25   | 40   | 38   |
| Residentes de patología                               | 3    | 3    | 2    | 1    |
| Residentes de oncología radioterápica                 | 2    | 2    | 2    | 7    |
| Estudiantes maestría física médica                    | 21   | 1    | 2    | 0    |
| Estudiantes de pregrado                               | 996  | 1069 | 1270 | 1310 |
| Estudiantes de internado                              | 65   | 69   | 147  | 18   |
| Estudiantes de postgrado                              | 676  | 929  | 905  | 823  |
| Visitantes y observadores                             | 28   | 8    | 15   | 23   |
| Cursos por extensión ofrecidos en el INC              | 65   | 50   | 18   | 6    |
| Participantes certificados en los cursos de extensión | 2800 | 3457 | 2050 | 4039 |

Fuente: Grupo Área Formación y Práctica

Tabla 24. Programas institucionales

| PROGRAMAS INSTITUCIONALES                       | No. DE ESTUDIANTES |           |           |           |
|-------------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
|                                                 | 2011               | 2012      | 2013      | 2014      |
| Mastología                                      | 1                  | 3         | 1         | 2         |
| Cirugía de Seno y Tejidos Blandos               |                    |           |           | 3         |
| Oncología Clínica                               |                    | 3         | 5         | 8         |
| Ortopedia Oncología                             |                    | 1         | 1         | 1         |
| Dolor y Cuidado Paliativo                       |                    |           | 3         | 3         |
| Ginecología Oncológica                          |                    |           | 1         | 4         |
| Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva |                    |           | 1         | 3         |
| Cirugía Plástica Oncológica                     |                    |           | 1         | 2         |
| Patología                                       |                    | 1         | 1         | 1         |
| Maestría Física Médica                          | 1                  | 3         | 2         |           |
| Cirugía Oncológica                              |                    |           |           | 3         |
| Hemato-Oncología Pediátrica                     |                    |           |           | 5         |
| Urología Oncológica                             |                    |           |           | 2         |
| Oncología Radioterápica                         | 2                  |           |           | 7         |
| Rehabilitación Oncológica                       |                    |           |           | 2         |
| <b>TOTALES</b>                                  | <b>4</b>           | <b>11</b> | <b>16</b> | <b>46</b> |

## 6. Investigación para el Control del Cáncer

La investigación en el Instituto se realiza dentro de ocho líneas de investigación que se definieron en 2007 con una metodología de priorización y consulta a distintos actores incluyendo expertos nacionales e internacionales en investigación en cáncer. El proceso de investigación cuenta con un modelo de monitoria de calidad que nos permite hacer un seguimiento estrecho a los distintos proyectos institucionales y así asegurar el cumplimiento de buenas prácticas clínicas en investigación.

### 6.1. Programas de Investigación

En 2011 y 2012 Colciencias presentó por primera vez convocatorias para programas de investigación con un horizonte temporal de cinco años cuyo objetivo es contribuir a la convergencia regional, interregional, nacional e internacional mediante la conformación de redes de conocimiento que articulen:

- Métodos de investigación, disciplinas y áreas de conocimiento
- Formación y capacitación de recursos humanos
- Actores de CT+I (Estado, Academia, Empresa, Sociedad civil organizada)
- Actores específicos del sector salud

En 2012 participamos a través de la convocatoria 576 con el “Programa integral de investigación en leucemia aguda y crónica (PILAC)” el cual recibió aprobación por \$2.605.078.898 de pesos. Este se constituye en el primer programa de investigación en cáncer en el país que cuenta con múltiples alianzas estratégicas tanto nacionales como internacionales y que trabajará específicamente en cuatro componentes: sistema de información, investigación en diagnóstico, investigación en tratamiento e investigación en pronóstico de leucemias agudas y crónicas. PILAC permitirá así mismo desarrollar actividades de educación continua para homologar el diagnóstico de las leucemias en el país.

Durante el 2013 se realizó una evaluación del progreso y evolución de las líneas de investigación definidas en 2007 (Actuar Político y Cáncer, Aspectos Psicosociales, Control de riesgo y detección, Diagnóstico y tratamiento, Diversidad y etiología, Epidemiología Descriptiva, Mecanismos Moleculares y Servicios Oncológicos). De acuerdo con esta evaluación se hace necesario redefinir las líneas teniendo en cuenta los tipos de investigación, la masa crítica y la productividad, a fin de tener una adecuada clasificación de la generación de conocimiento y poder así mejorar el enfoque temático de manera que corresponda con los ejercicios de priorización y con una mayor proyección nacional.

### 6.2. Ámbitos de Investigación

El INC de acuerdo con las líneas de investigación priorizadas (Tabla 9), para el periodo que comprende el presente informe ha desarrollado un importante número de estudios de investigación principalmente en la línea de diagnóstico y tratamiento, seguidas por las líneas de Biología del cáncer, epidemiología descriptiva y aspectos psicosociales del cáncer respectivamente (Tabla 10). Se ha consolidado así una nueva cultura de investigación orientada a cubrir la totalidad de componentes temáticos de dicha líneas

para la generación de nuevo conocimiento con impacto en la disminución de la carga de la enfermedad para el país.

Tabla 25. Prioridades de Investigación para el control del cáncer

| PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA<br>(REV COLOMB CANCEROL 2007;11(3):152-164) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Líneas de investigación                                                                                         | Enfoque temático                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1 Biología del cáncer en la población colombiana (mecanismos moleculares y celulares)                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Agentes carcinogénicos: virus del papiloma humano, <u>Helicobacter pylori</u>, aflatoxinas.</li> <li>Tipos de cáncer: estómago, cuello uterino, pulmón, mama, hígado, próstata.</li> </ul>                                                                         |
| 2 Diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Estados avanzados del cáncer.</li> <li>Desenlaces de corto plazo.</li> <li>Terapias alternativas.</li> <li>Tomografía por emisión de positrones</li> <li>Tipos de cáncer: cuello uterino, mama, leucemias, linfomas, próstata, colon y recto, estómago.</li> </ul> |
| 3 Control del riesgo y detección precoz del cáncer en Colombia                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipos de cáncer: cuello uterino, mama, próstata y colon</li> <li>Factores de riesgo: tabaco, dieta</li> </ul>                                                                                                                                                      |
| 4 Actuar político y cáncer                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Costos económicos y sociales del cáncer.</li> <li>Aspectos económicos del tabaquismo y otros factores de riesgo.</li> </ul>                                                                                                                                        |
| 5 Epidemiología descriptiva y sistemas de vigilancia del cáncer                                                 | Todos los tipos de cáncer en adultos <ul style="list-style-type: none"> <li>Cánceres pediátricos</li> <li>Factores de riesgo: tabaco, obesidad, dieta, ocupación</li> </ul>                                                                                                                               |
| 6 Diversidad y etiología del cáncer en Colombia                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición: infección, metabolismo, ambiente, trabajo, comportamiento y hábitos.</li> <li>Tipos de cáncer: cuello uterino, estómago, colon y recto, pulmón, próstata, sistema hematopoyético, piel y mama.</li> </ul>                                              |
| 7 Servicios oncológicos en Colombia                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas de telemedicina, e-health, y telesalud.</li> <li>Tipos de cáncer: cuello uterino, mama, estómago y próstata</li> </ul>                                                                                                                                    |
| 8 Aspectos psicosociales del cáncer                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Actividad laboral en pacientes oncológicos.</li> <li>Adherencia a tratamiento.</li> <li>Medicinas complementarias y alternativas.</li> <li>Burnout en el personal que atiende pacientes con cáncer.</li> </ul>                                                     |

### 6.3. Centro de Investigación

En Junio de 2013 el Instituto fue reconocido por Colciencias como Centro de investigación según resolución 902 de 2013. Posteriormente, fue seleccionado a través de la convocatoria 615 de 2013 sobre “Fortalecimiento de centros de investigación y desarrollo tecnológico reconocidos por Colciencias” para recibir financiación por \$469.700.000 en 2013 y le fue aprobado un plan para el Centro de Investigación en 2014 y 2015 por \$1.000.000.000.

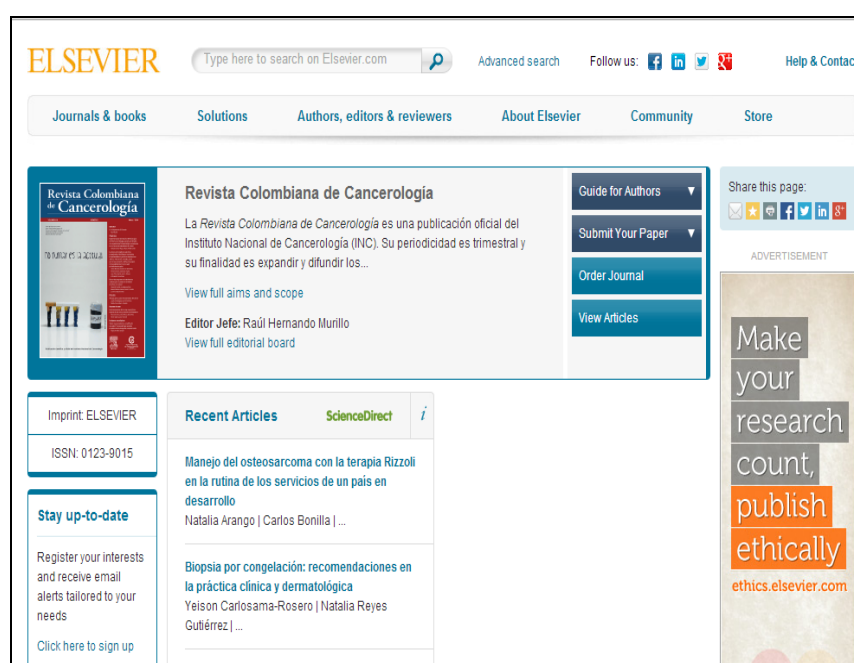
El financiamiento tiene como propósito básico fortalecer el componente de análisis de datos abriendo nuevos horizontes en el campo de la bioinformática y generando mayor

capacidad operativa no solo para la Institución sino además para los centros de investigación en cáncer en el país.

#### 6.4. Divulgación del Conocimiento: Revista Colombiana de Cancerología

Durante el año 2013 la Revista Colombiana de Cancerología con ISSN 0123-9015 cumplió con las condiciones necesarias para subir de categoría C a B, en la lista de revistas indexadas en el Índice Bibliográfico Nacional - Publindex I Actualización 2013. Esta recategorización le permitirá a la Revista aspirar a ingresar a índices regionales como Scielo, lo cual le daría una mayor divulgación al conocimiento allí reportado.

Durante el año 2013 se aumentó la visibilidad de la Revista gracias a su indexación en Science Direct (Elsevier).



De otra parte, durante el año 2014 la Revista aumentó la visibilidad de sus publicaciones gracias a su ingreso en el índice de SciELO Colombia.



## 6.5. Redes Internacionales de Investigación

La participación en redes internacionales de investigación permite la transferencia de conocimiento de una manera más ágil y con mayor eficiencia. En 2012 el Instituto fue incluido en tres importantes redes internacionales de investigación en cáncer, lo cual constituye un reconocimiento de la capacidad investigativa y se espera permita potencializar el conocimiento generado por el país. Estas redes son:

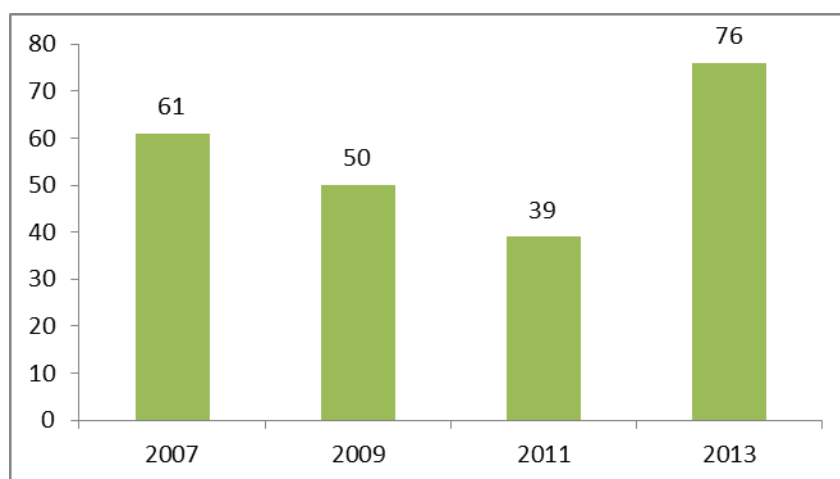
- South Western Oncology Group (SWOG) que es uno de los cinco grupos cooperativos que conforman la Red Nacional de Ensayos Clínicos del National Cancer Institute (NCI) de los Estados Unidos. El esfuerzo inicial se centró en la definición y aprobación del primer proyecto colaborativo con esta red titulado "A Phase III, Randomized Clinical Trial of Standard Adjuvant Endocrine Therapy +/- Chemotherapy in Patients with 1-3 Positive Nodes, Hormone Receptor-Positive and HER2-Negative Breast Cancer with Recurrence Score (RS) of 25 or Less. RxPONDER: A Clinical Trial Rx for Positive Node, Endocrine Responsive Breast Cancer Study".
- Red de Investigación del Cáncer de Estados Unidos y América Latina (USLACRN), cuyo objetivo es efectuar estudios clínicos que incorporen biomarcadores genómicos y patológicos, incluyendo estudios para evaluar terapias en fase de investigación en la población latinoamericana.
- RINC: La Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC/UNASUR) se creó como una estrategia de articulación y cooperación entre instituciones públicas, de ámbito nacional, la RINC tiene la responsabilidad de desarrollar y / o ejecutar programas para el control del cáncer en la región de Sudamérica y en los países de América Latina y del Caribe.

## 6.6. Red Nacional de Investigación en Cáncer

Una de las funciones importantes del INC-ESE es contribuir a la investigación en cáncer a nivel nacional, para lo cual el Instituto está articulado con otras instituciones conformando la Red Nacional de Investigación en cáncer. Actualmente la Red está constituida por cinco nodos, a saber: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín. La Red estuvo a cargo de la organización de las IV Jornadas de Investigación en Cáncer, siendo un factor determinante para la integración de diferentes regiones. Como muestra de descentralización por primera vez las Jornadas fueron realizadas en una ciudad diferente a Bogotá, Medellín Antioquia. Los nodos actuaron como patrocinadores contribuyendo con los gastos de desplazamiento de conferencistas extranjeros, lo que permitió contar con más expertos internacionales.

Igualmente se evidenció un aumento en el número de trabajos presentados, así como una mayor representación de regiones e instituciones del país.

*Gráfico 5. Número de resúmenes presentados en las Jornadas de Investigación en Cáncer en Colombia*



En el 2013 se realizó convocatoria para un proyecto colaborativo entre distintas regiones del país que estimulará el trabajo en Red. El proyecto seleccionado fue "Supervivencia de Cáncer en Cali, Pasto y Manizales: Un estudio de base poblacional", con la participación de la Universidad del Valle, Universidad de Nariño y Universidad de Caldas.

## 6.7. Indicadores del Proceso de Investigación Institucional

Gráfico 6 .Proyectos de investigación

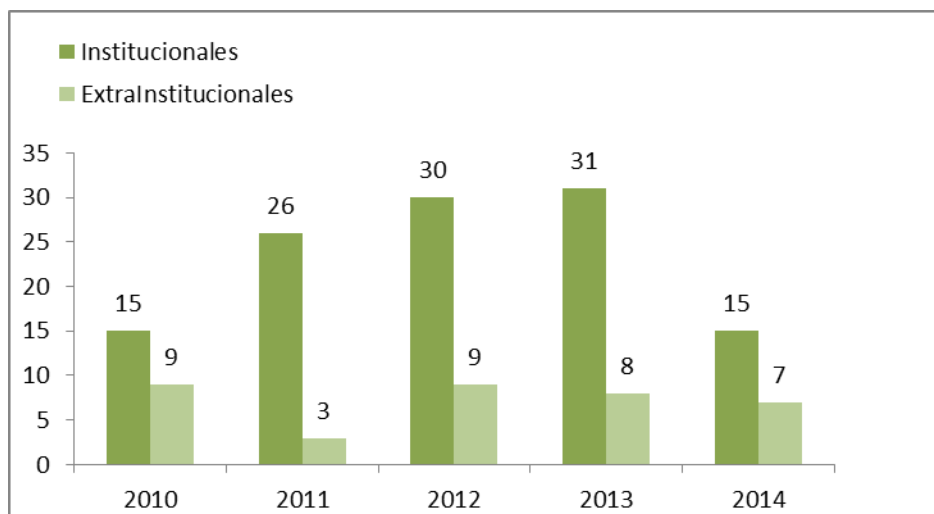


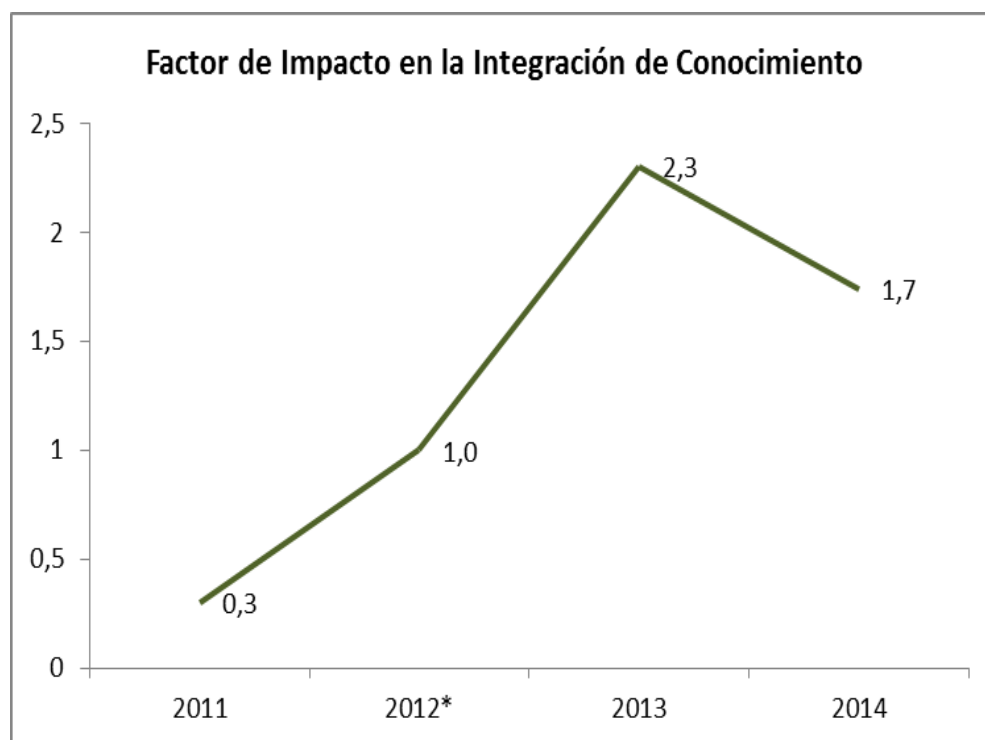
Tabla 26. Cierre de proyectos

| Índice de estudios de investigación cerrados |                     |                         |     |
|----------------------------------------------|---------------------|-------------------------|-----|
| Año                                          | Número de Proyectos |                         | %   |
|                                              | Cerrados            | Programados para cerrar |     |
| 2011                                         | 9                   | 34                      | 26% |
| 2012                                         | 13                  | 38                      | 34% |
| 2013                                         | 10                  | 41                      | 24% |
| 2014                                         | 15                  | 42                      | 36% |

Tabla 27. Producción Científica: publicaciones

| Comparativo Producción Científica     |           |           |           |           |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Tipo de publicación                   | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      |
| Artículos en revistas internacionales | 15        | 11        | 12        | 8         |
| Artículos en revistas nacionales      | 34        | 18        | 29        | 38        |
| Libros (incluye manuales)             |           | 3         | 0         | 3         |
| Capítulos de libros                   | 8         | 1         | 0         | 0         |
| <b>Total</b>                          | <b>57</b> | <b>33</b> | <b>41</b> | <b>49</b> |

Gráfico 7. Factor de Impacto de las publicaciones institucionales



\*Se emite corrección de dato reportado para el año 2012, ya que se incluyeron citas de artículos generados en colaboración

## 7. Desarrollo Administrativo

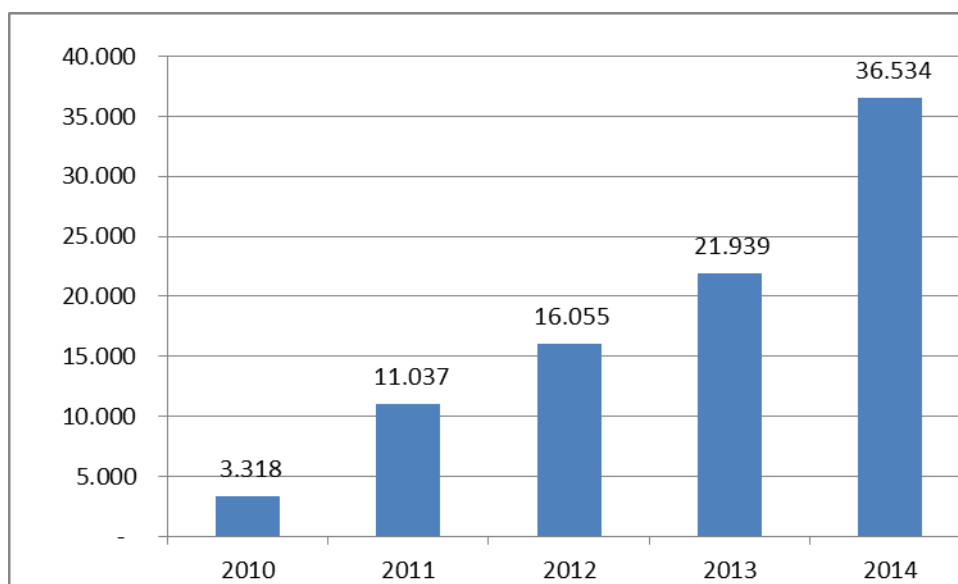
### 7.1 Gestión financiera

Para el año 2010, el Instituto Nacional de Cancerología ESE contaba con un presupuesto total de \$143.463 millones de pesos, con una participación de la Nación del 40% y del 60% de los recursos administrados. Para la vigencia 2014, el presupuesto institucional es de \$189.907 millones de pesos y de ellos el 24% corresponden a aportes de la Nación. La reducción en los aportes de la Nación se debe a la disminución de los gastos de inversión, en particular para el apalancamiento de la construcción y dotación de la infraestructura hospitalaria.

El Instituto en el periodo 2010 -2014 ha financiado la totalidad de los gastos requeridos para el cumplimiento de su objeto social, y más allá de ello, implementó una estrategia de

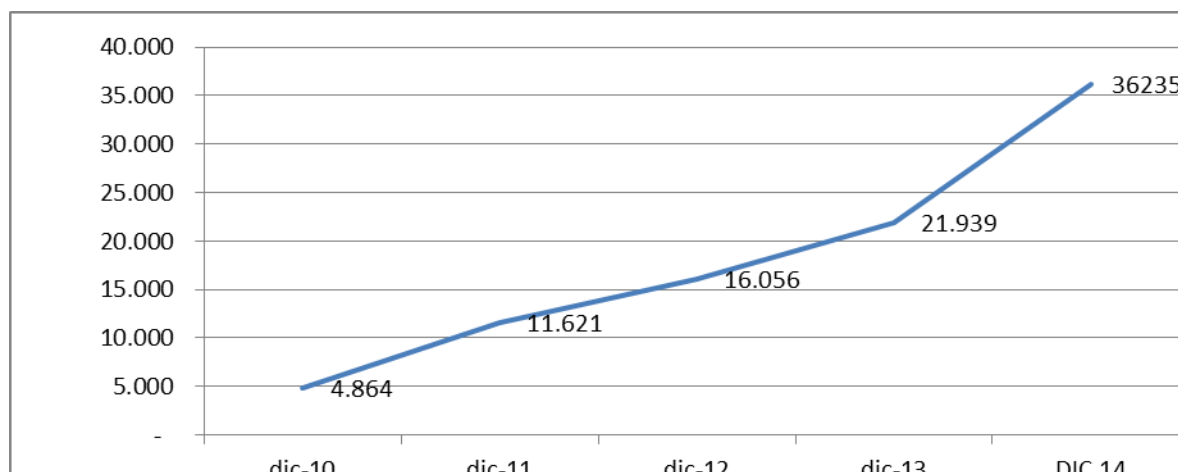
control y austeridad del gasto público, que conjugada con su flujo de caja ha logrado obtener superávit presupuestal y de tesorería. Las acciones de control de gasto comprenden entre otras, compras electrónicas, evaluación de las necesidades reales con base en verificación de inventarios, banco de conceptos técnicos y control del incremento en los precios.

*Gráfica 5. Superávit presupuestal*



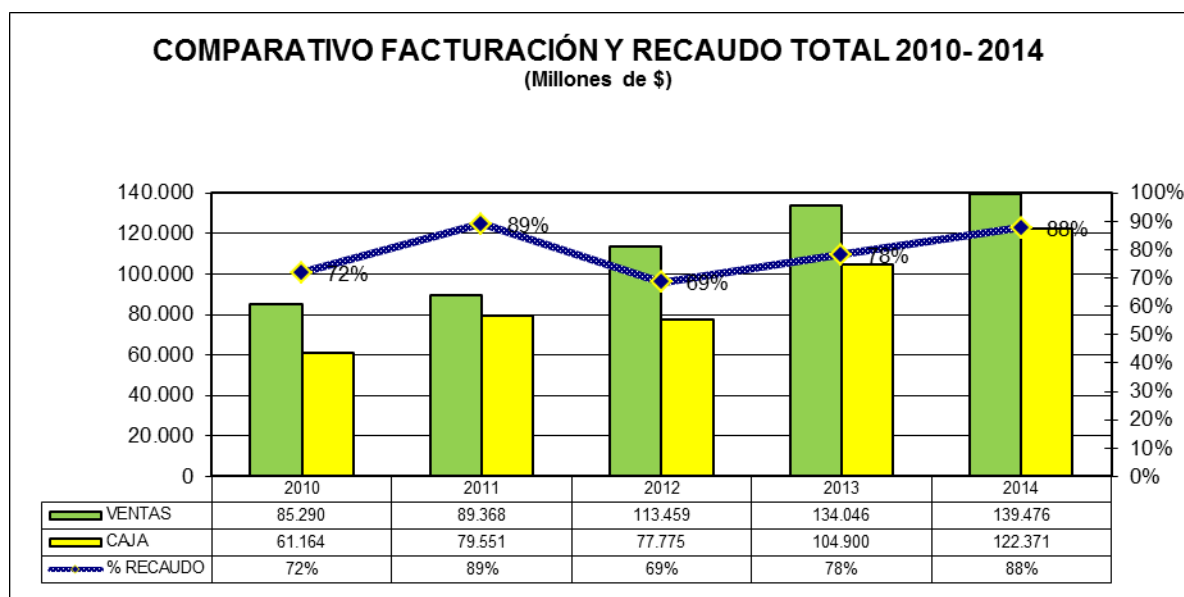
Concomitantemente, la tesorería del Instituto ha evolucionado positivamente durante el periodo 2010 a 2014, mostrando excedentes de liquidez significativos para el fortalecimiento financiero institucional.

*Gráfica 6. Situación de la tesorería en el periodo 2010-2014. (Millones de \$)*



Las ventas por servicios de salud se han incrementado en un 63% al pasar de \$85.290 millones en el 2010 a \$139.476 millones en 2013. La tasa de recaudo para 2014 muestra un incremento de 16 puntos frente a la tasa de 2010 que estaba en el 72%. Este comportamiento se debe entre otras razones a la mayor cobertura de servicios, a la actualización de tarifas adoptando manuales tarifarios más acordes con la situación de mercado, al mejoramiento de procesos internos y a la implementación de nuevas modalidades de contratación de servicios externalizados.

Gráfica 7. Facturación y recaudo



## Estados Financieros

Los activos totales que ascendían a \$209.537 millones en el 2010 pasaron al 31 de diciembre del 2014 a \$245.370 millones, lo cual representa un incremento del 17%. Los pasivos totales se incrementaron un 64%, entre el 2010 y el 31 de diciembre de 2014, al pasar de \$8.671 millones a \$14.260 millones, básicamente por las obligaciones laborales y los pasivos estimados. El patrimonio que ascendían a \$209.537 millones en el 2010 paso a \$231.110 millones al cierre del 2014, lo cual representa un incremento del 15%.

### **Estado de Resultados.**

Durante el periodo 2010 a diciembre de 2014, el Instituto ha obtenido un resultado positivo en todos los años, generando utilidades acumuladas de \$34.584 millones, a precios constantes del 2014. Teniendo en consideración que las utilidades que genera el Instituto son propiedad de la Nación, se realizaron las respectivas sustentaciones y gestiones a fin de que el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES- le reasignara las utilidades del 2010 al 2013, las cuales fueron efectivamente reasignadas para el fortalecimiento patrimonial y la eficiencia en la prestación de los servicios a cargo del Instituto. Vale destacar las apreciaciones que sobre la gestión del Instituto tuvo en cuenta el CONPES para reasignar las utilidades en el 2013, de la cual se destacan los siguientes apartes:

*“El INC continúa orientando sus esfuerzos hacia el cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2012-2014, el cual se sustenta en la creación de valor público, entendido este como la generación de impacto en el control del cáncer en el país, la prestación de servicios asistenciales y educativos de elevado valor para la sociedad y el desarrollo administrativo eficiente y transparente.*

*Los resultados de esta planeación estratégica se reflejan en el buen desempeño financiero de la institución que, si bien no es su finalidad - pues más allá del lucro se busca es la prestación de un servicio de salud con altos estándares de calidad a los usuarios con diferentes tipos de cáncer que tienen una necesidad acuciante de una atención especializada que les permita mejorar su calidad de vida -, si le ha servido para mantener una progresividad en la relación cobertura – facturación, al expandir no solo el servicio a un mayor número de usuarios, sino también el recaudo por concepto de prestación de servicios.”*

**Nota: Para complementar la información financiera ver anexo 1**

## 7.1.1 Indicadores Financieros

Tabla 22. Indicadores financieros

| INDICADOR                          | dic-14    | dic-13    | dic-12    | dic-11    | dic-10    |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| CAPITAL DE TRABAJO (MILLONES \$)   | 88.989,88 | 68.857,46 | 66.642,56 | 64.173,51 | 74.052,24 |
| RAZÓN CORRIENTE                    | 14,67     | 11,51     | 9,60      | 18,18     | 20,18     |
| PRUEBA ACIDA                       | 5,82      | 3,37      | 2,21      | 3,16      | 1,21      |
| SOLIDEZ                            | 17,21     | 15,94     | 17,73     | 21,84     | 24,16     |
| ENDEUDAMIENTO TOTAL                | 5,81%     | 6,27%     | 5,64%     | 4,58%     | 4,14%     |
| ROTACIÓN DE CARTERA TOTAL -        | 2,43      | 2,16      | 1,69      | 1,49      | 1,48      |
| ROTACIÓN DE CARTERA DE LA VIGENCIA | 1,78      | 1,78      | 2,08      | 1,69      | 2,23      |
| PROMEDIO DE COBRO TOTAL            | 150,08    | 150,08    | 215,83    | 245,38    | 247,41    |
| PROMEDIO DE COBRO DE LA VIGENCIA   | 205,25    | 205,25    | 175,46    | 215,46    | 163,39    |
| VARIACIÓN DE LAS VENTAS NETAS      | 2,24      | 2,24      | 27,21     | 5,10      | 14,29     |
| VARIACIÓN DEL COSTO ASISTENCIAL    | 37,65     | 17,65     | 6,56      | 1,12      | 14,84     |
| ROTACIÓN DE ACTIVOS FIJOS          | 0,87      | 0,87      | 0,76      | 0,61      | 0,66      |
| COSTO MÉDICO ASISTENCIAL           | 76,71%    | 76,71%    | 24%       | 65,80%    | 58,14%    |
| MARGEN BRUTA DE UTILIDAD           | 23,29%    | 23,29%    | 76%       | 34,20%    | 41,86%    |
| MARGEN OPERACIONAL DE UTILIDAD     | 3,24%     | 3,24%     | 71%       | -4,16%    | 0,81%     |
| MARGEN NETA DE UTILIDAD            | 6,44%     | 4,90%     | 2,11%     | 0,16%     | 5,06%     |
| RENDIMIENTO DEL PATRIMONIO (ROE)   | 5,26%     | 4,46%     | 1,65%     | 0,10%     | 3,59%     |
| RETORNO SOBRE LA INVERSIÓN (ROI)   | 4,95%     | 4,18%     | 1,56%     | 0,09%     | 3,44%     |

Juan Jose Perez:  
Debemos revisar este dato

Juan Jose Perez:  
Podemos tener una comparación con otra entidad?

## 7.1.2 Gestión de Reportes

### Gestión del cumplimiento de reportes externos

|                              | Subdirección Médica | Subdirección Financiera | Subdirección Investigaciones | Oficinas Asesoras | GRAN TOTAL |
|------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------|------------|
| Informes que debió presentar | 19                  | 16                      | 21                           | 10                | 66         |
| Informes con seguimiento     | 19                  | 16                      | 21                           | 10                | 66         |
| Informes presentados         | 19                  | 16                      | 21                           | 8                 | 64         |
| Cumplimiento Porcentual (%)  | 100%                | 100%                    | 100%                         | 80%               | 97%        |

Fuente: Oficina Asesora de Control Interno

G\* Datos con corte a 1° Semestre de 2014

En el cuadro anterior se refleja el seguimiento que se realiza al cumplimiento de los reporte de informes externos, que permiten evaluar indicadores fundamentales en salud. Especialmente se controla:

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

El Instituto en cumplimiento de sus obligaciones con los organismos de control, tramitó dentro del plazo establecido la información de la Circular Única ante la Supersalud. Esta información es relevante para el país, pues a partir de ella le permite evaluar diferentes indicadores del sector salud, hacer seguimiento y definir políticas de control administrativo.

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

El Instituto en cumplimiento de sus obligaciones con los organismos de control y administrativos, registró, dentro de los plazos establecidos, la información en el SIHO, tanto la trimestral como la anual. Es de acotar que, para que se pueda remitir la información en el aplicativo SIHO, esta es validada previamente y el sistema verifica que no haya inconsistencias bloqueantes. Esta información es básica para el país, pues a partir de ella y en forma consolidada le permite al Gobierno Nacional evaluar indicadores del sector salud, en particular lo que tiene que ver con el equilibrio financiero de las entidades y el nivel de cartera que tienen las ESE y otras IPS.

## 7.2 Gestión del talento humano

En 2011 el área de talento humano trabajó en el diseño y divulgación de la Política de Talento Humano previamente descrita en el aparte de direccionamiento estratégico, con la que se busca lograr una cultura organizacional asertiva, motivadora y comprometida con la visión y misión. En desarrollo de la misma, se cambió la metodología para la construcción del plan de capacitación teniendo como producto 16 proyectos de aprendizaje en equipo, la mayoría de ellos transversales a las 3 subdirecciones en busca del mayor impacto institucional posible. La estrategia de proyectos de aprendizaje ha tenido reconocimiento estatal y hemos sido objeto de visitas de referenciación para otras instituciones públicas.

De la misma forma se trabajó en la renegociación de la alianza con la caja de compensación y la búsqueda de su armonización con la nueva política, con lo cual se ha logrado una mayor sinergia con los propósitos organizacionales.

Se realizó una reorganización de la estructura funcional del Área de Talento Humano alineándola con el nuevo mapa de procesos, lo que facilitó una mejor y más clara operación de las funciones misionales y administrativas. Esto se complementó con la actualización del manual de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta del Instituto. Con esta actualización se aclararon perfiles, competencias y funciones, permitiendo una mayor y más efectiva participación en los procesos de selección, lo que busca una mejor gestión institucional.

Un avance importante en la implementación de la política de talento humano fue la alineación de planes de bienestar con la misma, la que pretende mejorar el sentido de pertenencia y el compromiso institucional. También como parte de la implementación de la política de talento humano, se ha dado la consolidación de modelos de contratación de servicios externalizados que propenden por una mayor eficiencia, lo cual se ha visto reflejado en el incremento en las actividades descritas en el capítulo de cuidado de pacientes y en el componente de facturación de la gestión financiera.

Uno de los mayores logros en el 2012 fue la firma de una convención colectiva con los trabajadores oficiales de la Institución. Este hecho no se daba desde hace más de dos décadas y es una muestra del interés del Instituto por mantener un diálogo abierto con sus empleados y demuestra además la posibilidad de encontrar acuerdos que sean de beneficio para todas las partes interesadas a fin de promover tanto el desarrollo de los trabajadores como el crecimiento institucional.

El Grupo de Salud Ocupacional recibió el premio en la Categoría Esmeralda en el Evento Positiva Premia 2013 por el diseño del Programa de Vigilancia Epidemiológica para Exposición a Citostáticos, dirigido a los trabajadores del Instituto Nacional de Cancerología y cuya implementación culmina en el 2014. Adicionalmente se elaboró el manual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y se realizó la actualización de la matriz de peligros incluyendo 12 procesos del instituto con cada uno de sus procedimientos.

## 7.2.1 Informe de Planta de Personal y Contratos de Prestación de Servicios

### DATOS PLANTA GLOBAL Y TRANSITORIA A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

PLANTA GLOBAL GENERAL: 773 CARGOS  
 CARGOS PROVISTOS: 720 CARGOS (710 EMPLEADOS PUBLICOS Y  
 10 TRABAJADORES OFICIALES)  
 CARGOS VACANTES: 53 CARGOS (PUBLICOS)  
 PLANTA TRANSITORIA: 57 CARGOS (20 EMPLEADOS PUBLICOS Y 37  
 TRABAJADORES OFICIALES)

**TOTAL CARGOS ENTRE PLANTA GLOBAL GENERAL Y PLANTA TRANSITORIA:  
 830 CARGOS  
 INGRESOS AÑO 2011: 53**

**DATOS PLANTA GLOBAL Y TRANSITORIA A 31 DE DICIEMBRE DE 2012**

PLANTA GLOBAL GENERAL: 773 CARGOS  
CARGOS PROVISTOS: 737 CARGOS (727 EMPLEADOS PUBLICOS Y 10 TRABAJADORES OFICIALES)  
CARGOS VACANTES: 36 CARGOS (PUBLICOS)  
PLANTA TRANSITORIA: 51 CARGOS (14 EMPLEADOS PUBLICOS Y 37 TRABAJADORES OFICIALES)

**TOTAL CARGOS ENTRE PLANTA GLOBAL GENERAL Y PLANTA TRANSITORIA:  
824 CARGOS  
INGRESOS AÑO 2012: 67**

**DATOS PLANTA GLOBAL Y TRANSITORIA A 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

PLANTA GLOBAL GENERAL: 773 CARGOS  
CARGOS PROVISTOS: 736 CARGOS (726 EMPLEADOS PUBLICOS Y 10 TRABAJADORES OFICIALES)  
CARGOS VACANTES: 37 CARGOS (PUBLICOS)  
PLANTA TRANSITORIA: 47 CARGOS (10 EMPLEADOS PUBLICOS Y 37 TRABAJADORES OFICIALES)

**TOTAL CARGOS ENTRE PLANTA GLOBAL GENERAL Y PLANTA TRANSITORIA:  
820 CARGOS  
INGRESOS AÑO 2013: 47**

**DATOS PLANTA GLOBAL Y TRANSITORIA A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2014**

PLANTA GLOBAL GENERAL: 773 CARGOS  
CARGOS PROVISTOS: 707 CARGOS (697 EMPLEADOS PUBLICOS Y 10 TRABAJADORES OFICIALES)  
CARGOS VACANTES: 66 CARGOS (PUBLICOS)  
PLANTA TRANSITORIA: 22 CARGOS (3 EMPLEADOS PUBLICOS Y 19 TRABAJADORES OFICIALES)

**TOTAL CARGOS ENTRE PLANTA GLOBAL GENERAL Y PLANTA TRANSITORIA:  
795 CARGOS  
INGRESOS AÑO 2014: 13**

El cuadro anexo muestra el comportamiento de la planta de personal desde el año 2011 al año 2014, la cual ha tenido tendencia a la disminución paulatina de la planta transitoria, hasta llegar a su extinción.

El Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado, cuenta actualmente con:

- Planta Global: Con 773 cargos de los cuales son Empleados Públicos 763 y Trabajadores Oficiales 10.
- Planta transitoria: Con 22 cargos de los cuales son empleados públicos 3 y 19 trabajadores oficiales.

La planta de personal se encuentra adoptada mediante Decreto No. 5018 del 28 de diciembre de 2009.

## 7.2.2 Distribución de la planta global de personal actual por niveles

La distribución de cargos de la Planta de Personal del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado establecida por el Decreto No. 5018 del 28 de diciembre de 2009, así:

*Tabla 23. Planta global por niveles*

| NIVELES                      | EMPLEADO PUBLICO | TRAB. OFICIAL | TOTAL      |
|------------------------------|------------------|---------------|------------|
| DIRECTIVO                    | 5                |               | 5          |
| ASESOR                       | 4                |               | 4          |
| PROFESIONAL                  | 332              |               | 332        |
| TÉCNICO                      | 72               |               | 72         |
| ASISTENCIAL                  | 350              |               | 350        |
| TRABAJADOR OFICIAL           |                  | 10            | 10         |
| <b>TOTAL PLANTA PERSONAL</b> | <b>763</b>       | <b>10</b>     | <b>773</b> |

Fuente: Talento Humano INC

### 7.2.3 Distribución de los cargos de la planta de personal actual

La Planta de Personal actual del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado, consta de 773 cargos de los cuales son Empleados Públicos 763 y Trabajadores Oficiales 10.

*Tabla 24. Planta nivel directivo*

| Nivel Directivo            |        |       |          |                          |
|----------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|
| Denominación de Cargos     | Código | Grado | N. Horas | No. Cargos según Decreto |
| DIRECTOR GENERAL           | 15     | 25    | 8        | 1                        |
| SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO | 150    | 20    | 8        | 1                        |
| SUBDIRECTOR TECNICO        | 150    | 20    | 8        | 2                        |
| JEFE DE OFICINA            | 137    | 16    | 8        | 1                        |

Fuente: Talento Humano INC

*Tabla 25. Planta nivel asesor*

| Nivel Asesor                     |        |       |          |                          |
|----------------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|
| Denominación de Cargos           | Código | Grado | N. Horas | No. Cargos según Decreto |
| ASESOR                           | 1020   | 9     | 8        | 3                        |
| JEFE DE OFIC.ASES. DE PLANEACION | 1045   | 9     | 8        | 1                        |

Fuente: Talento Humano INC

Tabla 26. Planta nivel profesional

| Nivel Profesional         |        |       |          |                          |
|---------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|
| Denominación de Cargos    | Código | Grado | N. Horas | No. Cargos según Decreto |
| MÉDICO ESPECIALISTA       | 2120   | 22    | 8        | 133                      |
| MÉDICO ESPECIALISTA       | 2120   | 20    | 8        | 4                        |
| MÉDICO ESPECIALISTA MT    | 2120   | 22    | 4        | 11                       |
| MEDICO                    | 2085   | 14    | 8        | 5                        |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | 2028   | 20    | 8        | 10                       |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | 2028   | 18    | 8        | 4                        |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | 2028   | 17    | 8        | 3                        |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | 2028   | 14    | 8        | 26                       |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO | 2028   | 13    | 8        | 64                       |
| PROFESIONAL UNIVERSITARIO | 2044   | 10    | 8        | 32                       |
| PROFESIONAL UNIVERSITARIO | 2044   | 9     | 8        | 34                       |
| PROFESIONAL UNIVERSITARIO | 2044   | 1     | 8        | 6                        |

Fuente: Talento Humano INC

Tabla 27. Planta nivel profesional

| Nivel Técnico          |        |       |          |                          |
|------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|
| Denominación de Cargos | Código | Grado | N. Horas | No. Cargos según Decreto |
| TECNICO ADMINISTRATIVO | 3124   | 17    | 8        | 2                        |
| TECNICO ADMINISTRATIVO | 3124   | 16    | 8        | 2                        |
| TECNICO ADMINISTRATIVO | 3124   | 15    | 8        | 14                       |
| TECNICO OPERATIVO      | 3132   | 15    | 8        | 53                       |
| TECNICO OPERATIVO      | 3132   | 6     | 8        | 1                        |

Fuente: Talento Humano INC

Tabla 28. Planta nivel asistencial

| Nivel Asistencial               |        |       |          |                          |
|---------------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|
| Denominación de Cargos          | Código | Grado | N. Horas | No. Cargos según Decreto |
| SECRETARIO EJECUTIVO            | 4210   | 23    | 8        | 3                        |
| SECRETARIO EJECUTIVO            | 4210   | 22    | 8        | 3                        |
| SECRETARIO EJECUTIVO            | 4210   | 19    | 8        | 9                        |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO         | 4044   | 16    | 8        | 12                       |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO         | 4044   | 14    | 8        | 14                       |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO         | 4044   | 11    | 8        | 75                       |
| AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | 4064   | 11    | 8        | 2                        |
| ENFERMERO AUXILIAR              | 4128   | 19    | 8        | 232                      |

Fuente: Talento Humano INC

Tabla 29. Planta nivel Trabajador Oficial

| Nivel Trabajador Oficial        |        |       |          |                          |
|---------------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|
| Denominación de Cargos          | Código | Grado | N. Horas | No. Cargos según Decreto |
| OPERARIO CALIFICADO             |        |       | 8        | 3                        |
| CHOFER MECANICO                 |        |       | 8        | 1                        |
| AYUDANTE GENERAL                |        |       | 8        | 1                        |
| AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES |        |       | 8        | 5                        |
| <b>TOTAL PLANTA PERSONAL</b>    |        |       |          | <b>773</b>               |

Fuente: Talento Humano INC

#### 7.2.4 Planta Transitoria

Como se ha mencionado, a raíz de las limitaciones constitucionales y legales para el retiro inmediato de algunos funcionarios protegidos por el retén social (pre pensionables) y por protecciones especiales (fuero sindical), se tiene una planta transitoria que cuenta hoy con 22 cargos entre pre pensionables y fuero sindical, de los cuales son empleados públicos 3 y 19 trabajadores oficiales, los cuales se describen a continuación:

Tabla 30. Planta transitoria

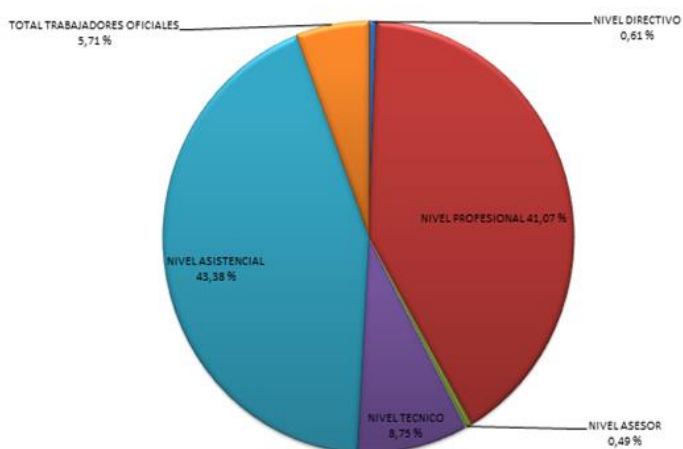
| DENOMINACION DE CARGOS                      | Grado   | No. Cargos |
|---------------------------------------------|---------|------------|
| <b>EMPLEADOS PUBLICOS</b>                   |         |            |
| <b>NIVEL PROFESIONAL</b>                    |         | <b>1</b>   |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO                   | 2028-13 | 1          |
| <b>NIVEL ASISTENCIAL</b>                    |         | <b>2</b>   |
| SECRETARIO EJECUTIVO                        | 4210-19 | 2          |
| <b>TOTAL EMPLEADOS PUBLICOS</b>             |         | <b>3</b>   |
| <b>TRABAJADORES OFICIALES</b>               |         |            |
| TECNICO DE MANTENIMIENTO                    |         | 1          |
| OPERARIO CALIFICADO                         |         | 1          |
| AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES             |         | 17         |
| <b>TOTAL TRABAJADORES OFICIALES</b>         |         | <b>19</b>  |
| <b>TOTAL PLANTA DE PERSONAL TRANSITORIA</b> |         | <b>22</b>  |

Fuente: Talento Humano INC

### Distribución de los cargos de la planta de personal actual por niveles

En la planta de personal actual se encuentran los niveles establecidos por Ley, y no sufrirán variación alguna. Por su parte, el porcentaje de distribución de los cargos por niveles y por el área misional y de apoyo se encuentran igualmente ajustados a lo establecido legalmente. Lo antes dicho puede observarse a continuación en la ilustración:

DISTRIBUCION DE LOS CARGOS DELA PLANTA DE PERSONAL ACTUAL POR NIVELES



En porcentajes quiere decir que del total de empleos que conforman la planta de personal: el 0,61% corresponde al nivel directivo, el 0,49% al nivel asesor, el 41.07% al nivel profesional, el 8.75% al nivel técnico y el 43.38% al nivel asistencial y el 5.71% son trabajadores oficiales.

## Comportamiento de los contratos de prestación de servicios

Tabla 30. Planta transitoria

| AÑO         | NUMEROS DE CONTRATOS REALIZADOS | VALOR TOTAL DE LOS CONTRATOS REALIZADOS |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>2011</b> | 123                             | \$ 2.360.939.490                        |
| <b>2012</b> | 104                             | \$ 2.552.890.834                        |
| <b>2013</b> | 128                             | 3.099.810.037                           |
| <b>2014</b> | 151                             | 3.418.855.490                           |

Fuente: Talento Humano INC

Los contratos de prestación de servicios con persona natural están destinados exclusivamente a los proyectos de investigación. Durante los tres últimos años se han suscrito convenios con el Ministerio de Protección Social y Colciencias los cuales se enuncian a continuación:

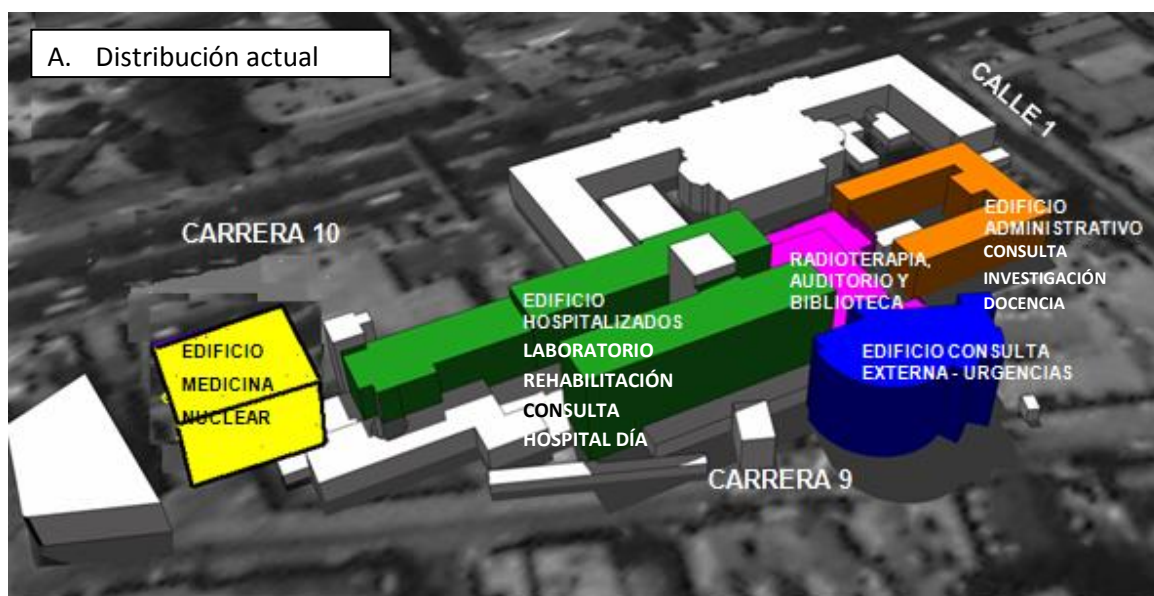
1. Contrato No 550 – 2013-2014 suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social
2. Contrato No 979 -2013-2014 suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social para habilitación de servicios oncológicos
3. Contrato No 236 2014 suscrito con el Ministerio de Trabajo para SIVECAO y MEL AGECA
4. Contrato con Colciencias No 481 de 2012 – 2014 para la Guía de Atención Integral en Cáncer de Pulmón
5. Contrato con Colciencias No 482 de 2012 – 2014 para la Guía de Atención Integral en Leucemias Linfoides y Mieloide y linfomas hodking y no hodgkin
6. Contrato con Colciencias No 756 – 2014 para fortalecimiento institucional del centros de investigación

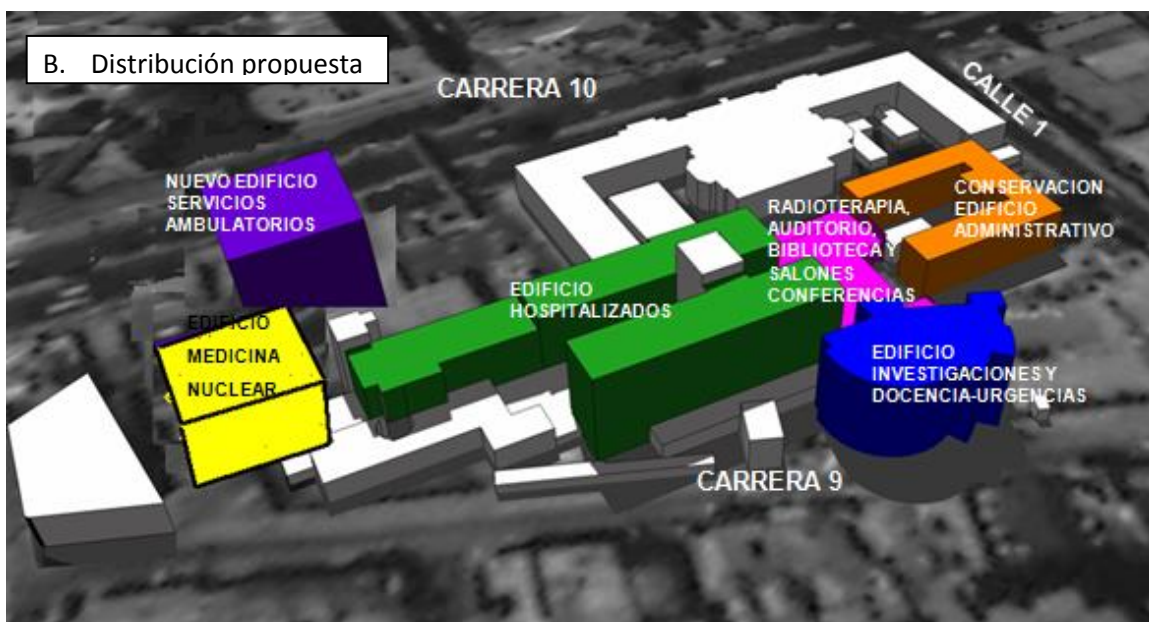
### 7.3 Gestión de la infraestructura.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE es la única entidad estatal, en el ámbito nacional, dedicada en forma exclusiva a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación en Cáncer, que en sus inicios no contó con una planeación médico arquitectónica adecuada que le permitiera desarrollar sus actividades asistenciales, de investigación y administrativas de manera organizada y eficiente, evidenciando problemas de infraestructura como espacios asistenciales en áreas administrativas, ambientes ambulatorios mezclados con ambientes hospitalarios, hacinamiento crítico en el servicio de GAICA, falta de espacios para oficinas del área de investigaciones, problemas de circulación interna debido al volumen elevado de clientes internos (funcionarios) y externos (pacientes, familiares, acompañantes, proveedores, estudiantes, auditores de entidades responsables de pago, damas voluntarias, entre otros), falta de baños públicos, accesos y salas de espera (especialmente, en toma de muestras de laboratorio clínico).

En el año 2013 se elaboró el Plan Maestro de Obras en el que se precisaron varias de las situaciones problemáticas descritas. A partir de ello, se concretó y justificó una propuesta de reordenamiento, remodelación, ampliación y construcción para el Instituto (Figura 8).

Figura 8. Esquema actual y futuro de áreas institucionales





Las propuestas fueron producto de un estudio de circulaciones, del inventario de espacios físicos y de análisis de estructuras. En términos generales se pretende diferenciar claramente las áreas de servicios ambulatorios, el área hospitalaria, las áreas de educación e investigación y los servicios administrativos. De igual forma el plan contempla mejorar la circulación al interior del Instituto separando las rutas de pacientes y visitantes de las rutas de servicios.

A partir de esta visión macro se ha venido avanzando en la construcción y entrega de nuevas áreas como son:

- Medicina nuclear y radiofarmacia (2011)
- Unidades de cuidado intensivo pediátrica y médica (2011)
- Hospital día (ampliación en 2012)
- Área provisional de consulta (2012)
- Nuevas áreas de hospitalización (2013)
- Trasplante de médula ósea (2014)

De otra parte, como componente fundamental del Plan Maestro de Obras, se avanzó en la recuperación y legalización de predios. El lote en donde se construyó el Instituto hace 80 años no tiene título de propiedad por lo que hubo que interponer una demanda que se encuentra en la etapa final resolutive. El lote comprado al Hospital Materno Infantil presentaba 7 invasiones de las cuales fueron resueltas cinco por la vía de conciliación y se interpusieron las demandas respectivas para las dos restantes las cuales ya fueron aceptadas.

Adicionalmente, se avanzó en la construcción de un proyecto de restauración y reforzamiento estructural para el edificio administrativo, el cual corresponde al edificio en donde se fundó el Instituto y que fue declarado patrimonio histórico. Este proyecto fue aprobado por el Ministerio de Cultura y resulta fundamental para poder avanzar en los diseños y licenciamiento de obras futuras.

## 7.4 Gestión de la tecnología

### Tecnología biomédica.

El desarrollo de un sistema de gestión de tecnología implica un esfuerzo sistemático y organizado de observación, captación, análisis, difusión precisa y recuperación de información sobre los hechos del entorno económico, tecnológico, social y comercial relevantes para la misma, a fin de determinar oportunidades y amenazas para la institución.

En el entorno del INC la vigilancia tecnológica es uno de los ejes del Sistema de Gestión de Tecnología, el cual tiene como propósito analizar las tendencias en el uso de tecnología biomédica para el control integral del cáncer y es por tanto una herramienta de decisión enfocada hacia la relación costo-efectividad, la seguridad del paciente y la mitigación del riesgo. En 2012 se desarrollaron dos ejercicios de vigilancia tecnológica aplicados a la cirugía mínimamente invasiva asistida por robot y las pruebas basadas en PCR para evaluación de la clonalidad en neoplasias linfoides. En el 2013 se realizó un ejercicio para levantar un panorama macro de las posibles líneas y tecnologías de futuro para el control del cáncer en los ámbitos de diagnóstico y terapia, ejercicio que resulta complementario al adelantado como parte de la planeación prospectiva institucional.

Aparte de los ejercicios de vigilancia, el Instituto ha estandarizado procesos de evaluación tecnológica por los que en el año 2012 fueron sometidos a evaluación 34 equipos biomédicos clasificación IIB y III teniendo en cuenta criterios presupuestales, de renovación, de incorporación y además acompañados de ejercicios de vigilancia tecnológica.

Dentro de los principales logros se pueden destacar la incorporación de tecnología para aplicación de pruebas de patología molecular. Otras tecnologías adquiridas en el periodo que abarca este informe incluyen el arco rápido de radioterapia, un nuevo TAC simulador y un angiógrafo además de una gran cantidad de equipos menores.

Un complemento fundamental a la gestión de tecnología relativa a los equipos médicos es la implementación de un proceso de evaluación de nuevos medicamentos. El INC cuenta con un área de epidemiología que estructuró una revisión sistemática sobre desenlaces usados en la evaluación de eficacia de medicamentos oncológicos y otra tecnología biomédica, proponiendo a partir de ello un proceso evaluativo que asegure la incorporación al vademécum institucional nuevas tecnologías con impacto significativo en el tiempo o la calidad de vida de los pacientes, basado ello además en una racionalidad económica que asegure la sostenibilidad institucional y que propenda por la sostenibilidad del sistema de salud.

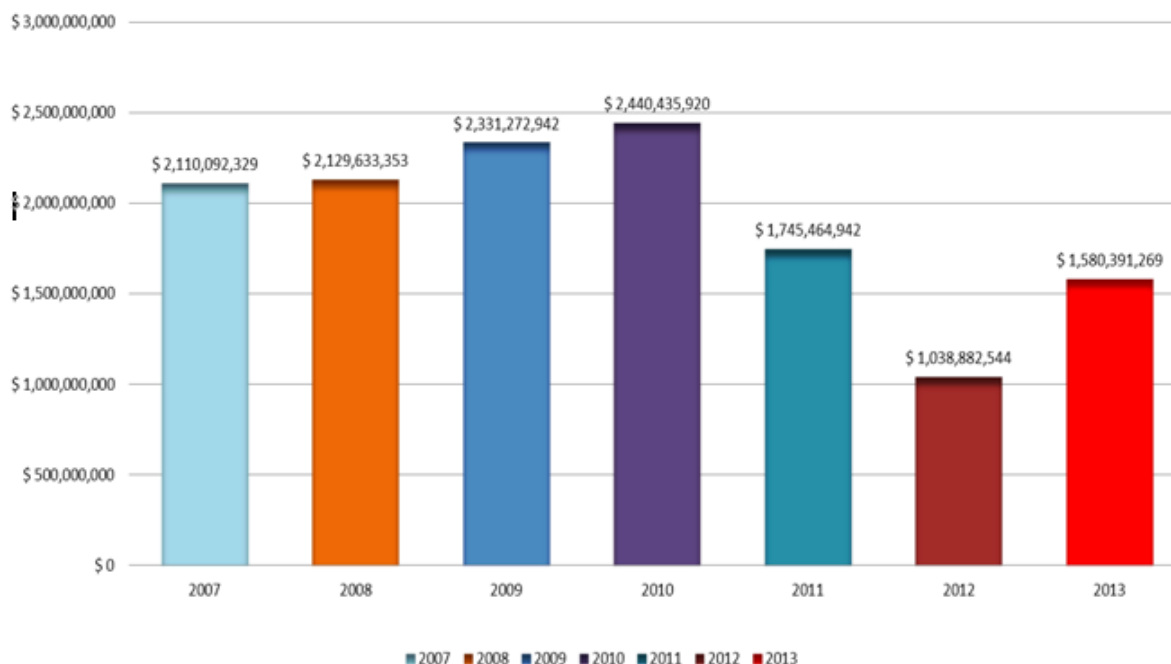
## Tecnología de la información

Se implementó la segunda fase del “Sistema de Información de Seguridad y Control de Acceso Electrónico” (Proyecto PSIS), proyecto concebido para ser implementado en cuatro etapas: control de acceso electrónico, control de activos fijos, control y detección de incendios y control de intrusión. La primera etapa permitió automatizar y controlar el acceso de pacientes, visitantes, funcionarios, proveedores y vehículos, contando para este propósito con sistema de circuito cerrado de televisión (CCTV), tarjetas inteligentes y administración centralizada.

Se adelantó el Proyecto Upgrade Tracking and Management System que corresponde a la implementación de un aplicativo que integra los componentes de planificación estratégica, indicadores, control documental, archivo y correspondencia y calidad. Actualmente, se están ejecutando las fases de cierre pruebas aseguramiento de calidad, aceptación en productivo y capacitación, y salida en productivo, prevista para septiembre del año en curso.

Luego del año 2011 se observa una disminución en el costo del servicio externalizado de recursos informáticos debido principalmente a que se contrató por un periodo de tres (3) años logrando un menor costo por equipo y una disminución en el consumo de papel por el retiro de suministros a servicios tercerizados.

*Gráfica 8. Comparativo de los costos del servicio de tecnología informática. 2007-2013*



Durante 2012 entró en operación (productivo) el sistema de información del Banco Nacional de Tumores Terry Fox, mediante el cual se ha mejorado la gestión en el manejo de especímenes biológicos para el desarrollo de la investigación en cáncer en el país y lograr mayor visibilidad de las muestras disponibles a través de la información sobre las mismas publicada en línea en nuestro portal de Internet.

Para el segundo semestre de 2014 se iniciará la renovación de SAP, que es nuestro sistema de misión crítica y el diagnóstico de HPV.

### 7.5 Gestión de la imagen corporativa

La gestión de la imagen corporativa se priorizó en la definición de objetivos del PDI. En tal sentido ha habido un trabajo importante de transformación que culminó en la creación de un manual de imagen que pretende guiar y homogenizar el diseño de material institucional y las piezas de comunicación y educación, adicional al trabajo que se viene adelantando para la construcción de un plan de mercadeo, el cual se espera esté disponible en el segundo semestre de 2014.



Como parte de ese proceso, se rediseñó el portal de internet y el portal infantil, buscando que estos sean en esencia una herramienta de comunicación que privilegie las necesidades de nuestros usuarios y permita una fácil navegación y una mejor comunicación. En este último sentido, se inició un proceso de contratación del servicio de central de llamadas, ya que este viene siendo operado por una cooperativa que no logra brindar garantías para algo tan fundamental como lo es la principal vía de comunicación de todos los usuarios.



El trabajo sobre la imagen corporativa se conecta con el plan maestro de obras y el diseño de nuevas áreas, e las que se espera igualmente tener mayor influencia de las necesidades de los usuarios, por lo que se incorporó en dicho proceso un componente paisajístico que ayude a brindar una cara más amable de las instalaciones del Instituto. De la misma forma se han revisado las condiciones de mantenimiento de la infraestructura y aseo institucional buscando generar mayor confort entre nuestros funcionarios y nuestros pacientes; no obstante, estos últimos componentes han tenido tropiezos en sus procesos de consolidación que esperamos se corrijan en la medida en que se gane más experiencia con el tipo de contratación respectivo.

De cara a la opinión pública, se ha incrementado la actividad en redes sociales encontrando que durante la vigencia 2013 se obtuvo una cifra record de 17.650 vistas al canal institucional en Youtube y un incremento en 4.501 seguidores en las redes institucionales de Facebook, Twitter y Youtube. Los datos indican El INC a través de este medio de comunicación ha brindado la opción al ciudadano de interactuar con la institución.

Adicionalmente, se han mantenido los programas de televisión y radio (Vida y Cáncer), como una estrategia de divulgación de la actividad institucional y un medio de educación a la comunidad. El programa de televisión llegó a su quinta temporada dándole un espacio a la comunidad médica para transmitir y educar a los televidentes a nivel nacional sobre el control del cáncer. En total hubo 21 emisiones en 2013, donde se dieron a conocer temas como cáncer de pulmón, óseo, de tiroides, linfomas, mitos sobre el cáncer entre otros. Más de 160 especialistas y profesionales de la salud hicieron parte de cada capítulo.

Por otra parte Vida y Cáncer Radio, otro canal de comunicación que ha servido de herramienta de información para la ciudadanía, contó con 41 emisiones los jueves por una hora cada semana. 67 expertos hicieron parte de cada programa. Se recibieron 203

inquietudes de los oyentes a través de líneas telefónicas, twitter y pagina web de RCN Radio Red.

Según datos del Instituto Brasileiro de Opinión Pública y Estadística (IBOPE) la audiencia a nivel nacional del programa de televisión “Vida y Cáncer” para el 2012 fue de 37.040 y en el 2013 de 42.060, lo que implicó un aumento en 5.020 (13,6%) televidentes. El Estudio General de Medios (EGM) mostró un aumento de 18.880 oyentes para el 2013 contando con un total de 56.900 radioescuchas en las regiones donde es emitido el programa: Cundinamarca, Meta y Tolima. Durante el 2013 se obtuvieron un total de 174 impactos en medios de comunicación (radio, televisión y prensa escrita), lo que generó un ahorro de más de 1.800 millones de pesos en *free press*, mientras que durante la vigencia 2012 la misma representación económica fue de 1.560 millones.

Un componente fundamental en este eje estratégico es la imagen que proyectamos hacia el interior de la Institución. La comunicación interna desempeñó un papel importante dentro del desarrollo de los objetivos misionales y por ello mes a mes (12 números) se entregó a los funcionarios información de sus actividades a través del boletín virtual. Así mismo, con el objetivo de estructurar cambios en la institución se desarrolló la campaña de control del consumo con diferentes piezas impresas y en video y se la mascota oficial que como reto para el 2013 buscaba posicionarse, hizo parte de la comunicación interna en variadas piezas y campañas como lavado de manos, manejo de equipos biomédicos, salud ocupacional, Copaso, etc. En 2014 entra en funcionamiento la Intranet, la cual pretende ser un espacio que ayude a construir comunidad y en donde nuestros funcionarios y colaboradores encuentren un importante número de servicios que mejoren su bienestar y el sentido de pertenencia.

En relación con este último tópico y dentro del mismo marco estratégico de la gestión de la imagen corporativa, se tiene previsto para el mes de septiembre la inauguración de una sala museal en la que ese expondrán distintos objetos y datos sobre la evolución del Instituto Nacional de Cancerología en sus 80 años de existencia.

## 8. Retos y Perspectiva Futura

### 8.1. Direccionamiento estratégico

El principal desafío en el plano del direccionamiento estratégico lo constituye la consolidación de la alineación desde la visión de largo plazo hasta la concertación de objetivos individuales. Resulta un tanto paradójico que las áreas con mejores indicadores de desempeño como la financiera presenten el menor avance frente a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Institucional. Hay varias circunstancias que pueden incidir en este resultado incluyendo el retraso en el inicio del plan, un sobredimensionamiento de las metas a alcanzar dado dicho retraso, relacionado con lo anterior un tiempo mayor del previsto para la consolidación de algunas de las metas y finalmente dificultades en la priorización para las acciones a adelantar por las áreas y las personas (alineación), toda vez que solo hasta este año (2014) se implementó la alineación de los planes y la concertación de objetivos.

En razón a que los dos ejercicios en los extremos de dicha alineación se han consolidado (prospectiva estratégica de largo plazo y concertación de objetivos individuales), se espera en el futuro próximo un mejor avance en el cumplimiento de metas del plan de desarrollo, hecho que se vería favorecido si hay una definición de la dirección del Instituto dentro de los plazos establecidos.

Hay dos elementos críticos adicionales en el componente de direccionamiento estratégico, el primero de ellos el componente de calidad y el segundo la gestión del riesgo. Como se expresó, hemos tenido avances en torno a algunos procesos de la atención del paciente oncológico y se ha consolidado el modelo de calidad en otras áreas como la de investigación; no obstante, indicadores como la satisfacción del usuario y el cierre de planes de mejora indican que el sistema no se encuentra consolidado y que amerita esfuerzos mayores en esta dirección. El reto no es menor toda vez que implica una transformación cultural, la cual se relaciona no solo con los marcos conceptuales sino además con los sistemas de incentivos que para el caso del Instituto tienen restricciones importantes dado el carácter público de la Institución y la reglamentación atinente a esta condición.

Un avance importante como se expresó fue la construcción de un marco conceptual para la calidad, en el cual se ha puesto como foco el mejoramiento de los servicios y los productos más allá de las certificaciones. A pesar de que suena contradictorio, es un hecho que el foco puesto en las certificaciones de diferente orden (ISO, NTGCP; acreditación, etc.), ha desviado la naturaleza misma del sistema, lo que se evidencia con los hallazgos descritos al hablar de la mejora de la atención en el componente de cuidado del paciente oncológico en el INC y en el hecho de que la responsabilidad de la calidad sigue estando en la oficina con esta denominación sin una apropiación real por cada una de las áreas institucionales. El cambio de visión contribuirá sin duda al mejoramiento de la calidad de los servicios, pero sigue siendo necesario hacer una mejor alineación del sistema de incentivos y las formas de remuneración con los propósitos inherentes a la calidad del servicio.

Finalmente, es indispensable hacer avances significativos en la gestión del riesgo. Tradicionalmente este componente había sido liderado en la Institución por la Oficina Asesora de Control Interno, área que tuvo un periodo de dos años sin la provisión del cargo de asesor por parte de la presidencia. A este hecho se sumó un cambio en la visión del control interno desde el marco normativo y desde las funciones de la Oficina correspondiente, por el cual hay se fortalece el rol del control como una mirada externa sin ser parte del desarrollo estratégico institucional con el propósito de que se promueva el autocontrol por parte de todas las áreas del funcionales. Estas circunstancias hicieron que se retrasara el componente, para el que a la fecha ya se vincularon las personas dedicadas al levantamiento del mapa de riesgos y quienes a la postre orientarán la construcción de los planes de intervención a ser ejecutados por las áreas respectivas.

## 8.2. El Instituto y el control del cáncer en Colombia

El Instituto y el país cuentan ahora con una hoja de ruta para el desarrollo de acciones dirigidas al control del cáncer en el país, establecida está a través del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia. La existencia de dicho plan facilita enormemente el avance en este componente toda vez que da claridad en las metas y define responsabilidades.

A pesar de la ventaja que representa la existencia del Plan como hoja de ruta, algunos retos particulares valen la pena ser resaltados. El primero de ellos es relativo al control del cáncer de origen ocupacional en donde la necesidad de una acción intersectorial coordinada frente a la existencia de elevados intereses económicos y la alta proporción de trabajadores en el sector informal constituyen factores críticos para la planificación de las intervenciones y el éxito de las mismas. En el periodo descrito hubo avances en la construcción de instrumentos para la vigilancia de la exposición a cancerígenos ocupacionales y para la estimación de la carga asociada a dicho factor de riesgo; no obstante, estos siguen en revisión y tienen como condicionante esencial y aún no logrado, la materialización de un consenso en el abordaje desde los Ministerios de Salud y Trabajo. Los esfuerzos conjuntos de los dos sectores permitirían sin duda afrontar de mejor manera los retos impuestos por los intereses económicos del sector privado y las diferencias en la visión de desarrollo que pudieran existir con otros sectores de gobierno.

En el terreno de la detección temprana el mayor reto está alrededor de la meta de tener un programa organizado de tamización con los componentes de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de colon y recto. Si bien en el país existen actividades en torno a los dos primeros, estas han sido orientadas por vía normativa sin que exista una estructura de planificación, capacitación y seguimiento, por lo que los actores del sistema han implementado las normas con una gran variedad en su interpretación, en su desarrollo y en su cumplimiento. Es entendible que dicho programa debe guiarse por el Ministerio de Salud y el Instituto debe jugar como de costumbre un papel relevante en el acompañamiento técnico del mismo.

Un tercer tópico en relación con el control del cáncer en el país es la consolidación de los sistemas de información. Ha habido un avance significativo en este componente con la implementación de la cuenta de alto costo y la consolidación de nuevos registros poblacionales de cáncer en Pasto, Manizales y Bucaramanga. No obstante, sigue siendo necesario mejorar la articulación y los mecanismos de validación de las diferentes fuentes de información. De otra parte, hay dos áreas sin mayor avance cuales son la vigilancia de

la supervivencia y la disponibilidad de información; frente a la primera, el Instituto desarrolló una propuesta para el seguimiento sistemático de la misma y apoyó con recursos de financiación un proyecto destinado a la estimación de supervivencia de base poblacional con los registros de Pasto, Cali y Manizales. En el segundo tópico (disponibilidad de información), si bien se avanzó en la consolidación de los registros poblacionales como se anotó, sigue habiendo un acceso limitado a los datos lo que hace que tengan un uso limitado sin favorecimiento de la investigación y el desarrollo del conocimiento, la meta es lograr un repositorio de información para el país en el corto plazo.

Finalmente, es indispensable avanzar en la reglamentación de los servicios oncológicos. Como se anotó, el desarrollo de un modelo de atención es un referente importante para dicho propósito por lo que debería en el corto plazo contarse con una reglamentación acorde a dicho modelo. Adicionalmente, es necesario abordar la deficiencia que tiene el país en torno al cuidado paliativo, el cual se sigue viendo como un campo especializado lo cual limita el acceso de los pacientes de cáncer y otros pacientes a este tipo de servicios, además de restringir la posibilidad de desarrollo de otras modalidades de atención no ligadas a los hospitales de mediana y alta complejidad sino más cercana al domicilio del paciente.

### 8.3. El cuidado del paciente oncológico en el INC

Este componente abarca uno de los mayores retos institucionales cual es la mejoría de la oportunidad en la atención, particularmente la relativa al tiempo de inicio de los tratamientos. El tema tiene relación no solo con la organización institucional sino además con las formas de interacción con los aseguradores y los mecanismos de remuneración de los especialistas, los cuales tienen restricciones en el marco normativo de una institución pública frente a las dinámicas del mercado de servicios oncológicos en el país.

En este contexto se viene trabajando en varios frentes que se espera den frutos en el mediano plazo e incluyen la implementación de la gestión de enfermedad en el marco del modelo de atención (Unidades de Atención Integrada), la redefinición de las relaciones con las EPS de mayor volumen de pacientes en la Institución (mecanismos de autorización), la implementación de un programa de seguimiento a supervivientes, la búsqueda de formas alternativas de remuneración de los servicios médicos tercerizados (pago por desempeño), y la reorganización de los sistemas de agendamiento en a central de llamadas.

Otro reto sustancial es la necesidad de mejorar los porcentajes de ocupación de áreas físicas, tendencia que es positiva pero a la que aún le falta por mejorar. De nuevo, ello tiene que ver con las formas de contratación y los mecanismos de control, así como con la búsqueda de incentivos a la producción institucional.

De otra parte, en continuidad con la implementación del modelo de atención, debemos en el transcurso del próximo año constituir la alianza para la hospitalización domiciliaria e implementar el sistema de consola médica.

### 8.4. Investigación para el control del cáncer

En el periodo reportado hubo avances importantes en términos de la estructura para la investigación (redes, programas, centros, medios de divulgación); sin embargo, daos los

cambios en el terreno de la ciencia y la tecnología en el país, que han implicado entre otros la reducción de recursos estatales para el tema, y el movimiento en torno a la creación de conocimiento para el control del cáncer, resulta indispensable reenfocar desde el punto de vista estratégico el desarrollo de la investigación institucional. A manera de ejemplo, de acuerdo con las discusiones realizadas al interior del INC-ESE y en el marco de las discusiones con redes internacionales, un área de oportunidades es la investigación en biomarcadores moleculares (priorizados también en el ejercicio de prospectiva), esta percepción se da porque dicho campo representa una oportunidad para mejorar la detección temprana y en comparación con los biomarcadores para tratamientos dirigidos a blancos moleculares tiene una baja inversión y desarrollo. No obstante, lograr avanzar en un campo como este requiere además de las áreas clínicas, la participación de diferentes áreas de conocimiento como la estadística, la matemática, la biología, la bioinformática, la epidemiología y la salud pública entre otras.

Un modelo de tal complejidad es un reto mayor, no obstante, de avanzar en su implementación representaría un paso adelante en dirección a lograr una investigación de mayor impacto. De la misma forma sería necesario pensar en aplicar la estrategia a campos como el desarrollo de investigaciones poblacionales de cohorte con enfoque regional, las que conllevarían a identificar determinantes biológicos, conductuales-culturales y ambientales de la enfermedad; la investigación en resultados en salud bien estructurada, la que puede ser de mucha utilidad toda vez que esta permite evaluar los tratamientos instaurados en un escenario real y no en uno artificial como el creado para la conducción de ensayo clínicos; y la investigación en genéricos y biosimilares, que daría la posibilidad de tener tratamientos más asequibles.

Lo descrito implica redefinir las líneas de investigación teniendo en cuenta no solo las particularidades del tipo de investigación a desarrollar, sino además la masa crítica y los recursos.

Un aspecto adicional es la constitución de redes nacionales, en donde el Banco Nacional de Tumores Terry Fox (BNTTF) puede jugar un papel importante. El Banco puso en operación la colecta de muestras, teniendo donaciones de pacientes con cáncer (1003), personas sin cáncer (456) y supervivientes (47), de los cuales se tienen más de 15000 muestras recogidas. El reto para el Instituto es incrementar el número de donantes del BNTTF y lograr la finalidad del Banco mediante la cesión de las muestras a los investigadores como punto de encuentro de los diferentes grupos trabajando en el tema en Colombia.

## 8.5. Docencia.

En el área de docencia es necesario lograr que los funcionarios encargados de programas académicos y aquellos que participan activamente en los procesos educativos de los programas formales, tengan formación docente. Lo previsto para el Instituto es el apoyo a la formación de posgrado en docencia universitaria, en la que se encuentran actualmente 6 funcionarios, pero adicionalmente, se espera alcanzar con un programa de educación continuada tipo diplomado a todo el cuerpo docente institucional. Se ha planificado dicho programa con la Universidad Militar sin que a la fecha hayamos podido concretarlo.

La formación docente se complementa con el desarrollo e implementación de una regulación de la actividad docente institucional que funcione como un sistema de

incentivos y un reconocimiento de méritos académicos, siempre dentro del marco normativo que nos permite la ley como ESE. En el momento se cuenta con una propuesta cuya base conceptual fue el estatuto docente universitario, pero que obviamente necesita adaptarse al marco normativo específico, pero que esperamos resulte de utilidad para los propósitos descritos.

En el desarrollo de programas académicos ahí la necesidad de lograr el registro calificado para dermatología oncológica, cabeza y cuello, oftalmología oncológica y patología oncológica en conjunto con la Universidad Militar. Adicionalmente, según se expresara en el enfoque estratégico para el área, se espera diversificar la formación hacia otras áreas de conocimiento relacionadas con el control del cáncer, en donde se resaltan las propuestas de doctorado en oncología que se viene trabajando con la Universidad Nacional y de Maestría en Epidemiología que se adelanta con la Universidad Militar.

La educación de pregrado ha sido objeto de preocupación institucional desde hace varios años, razón por la que se han implementado algunos programas académicos en la carrera de medicina. No obstante, dada la circunstancia de alta dependencia de la Universidad y la falta de coordinación de parte nuestra, no ha sido posible avanzar mayormente en esta área. Durante la actual administración, además del programa de educación continuada previamente descrito en la presentación de logros en torno a la docencia, se realizaron reuniones con la Facultad de Medicina y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, a fin de proponer un plan de trabajo para identificar las competencias necesarias en las carreras correspondientes y a partir de allí estudiar las mejores alternativas para impartir dicho conocimiento y desarrollar habilidades en torno al control de la enfermedad.

Finalmente, el Instituto necesita consolidar la plataforma virtual para procesos educativos. A la fecha se ha ampliado el número de cursos ofrecidos en esta modalidad, pero todos ellos están confinados al área de prevención. Se espera que la experiencia de educación continuada hacia médicos generales y especialistas de primera especialidad permita transitar hacia la educación virtual en los temas comprendidos, aspecto que multiplicaría la cobertura y el impacto de las estrategias educativas.

## **8.6. Retos Desarrollo Administrativo.**

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

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

A la par del desarrollo de infraestructura física, debemos continuar los procesos de renovación tecnológica y la consolidación del sistema de gestión de la tecnología, especialmente, en ejercicios de inteligencia competitiva y los métodos de prospectiva tecnológica. El sistema de gestión de tecnología ha estado centrado en los equipos biomédicos y en los medicamentos, pero sin duda es necesario extender el sistema a otra tecnología con alto impacto institucional como son las TICs. En este campo, la modernización de plataformas informáticas y sobre todo la adquisición o desarrollo de aplicativos que mejoren el acceso y uso a la información resultan esenciales (tecnología). De otra parte, una de las tareas inconclusas es la revisión de los modelos de negocio institucional a fin de acompasar la perspectiva de futuro con la administración institucional.



El ejercicio de prospectiva era un insumo indispensable para ello y a partir del cual se viene adelantando la contratación de una consultoría que ayude a identificar dentro de la teoría administrativa el marco normativo y las características institucionales, cuáles serían las mejores formas de organización dada la pluralidad de las áreas funcionales que implican la investigación (funcionamiento por proyectos), la docencia (base académica), la prestación de servicios y la consultoría en salud pública. Una vez evaluadas las alternativas, deberemos pasar a la estimación de costos y la búsqueda de mayor eficiencia en cada unidad, para así fortalecer la institución en términos de su sostenibilidad y eficiencia (ética y mercado).

Por último, tal como se resaltara al narrar los resultados del ejercicio de prospectiva, el componente de talento humano resulta crítico para el futuro institucional. En relación a ello, se deben continuar las acciones dirigidas al mejoramiento de la cultura organizacional (pertenencia y vocación de servicio), al manejo del riesgo psicosocial, la extensión y alineación de los programas de talento humano hacia todos los procesos externalizados, la consolidación de los proyectos de aprendizaje en equipo y la implementación de un modelo de incentivos para la innovación y para la producción.

## ANEXO 1 COMPONENTE FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO

### GESTIÓN PRESUPUESTAL

#### EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS 2010

##### PRESUPUESTO DE INGRESOS 2010.

El presupuesto definitivo fue aforado en \$143.463.7 millones, se efectuó un recaudo de \$133.630.3 millones, equivalente a una tasa de recaudo del 93% y se presentó un recaudo inferior de \$9.833.3 millones frente a lo aforado, en razón al menor valor de recaudo de la Disponibilidad Inicial \$1.368.5 millones, Venta de Servicios \$ 6.244 millones y Aportes de la Nación \$1.741 millones; conjugado con un mayor valor de recaudo de \$121 millones de otros ingresos y rendimientos financieros.

Los recursos propios que se aforaron en \$86.197 millones presentaron un recaudo de \$78.106 millones, que equivalen a una tasa de recaudo del 90,6 %. En cuanto a los aportes de la nación, que se presupuestaron en \$57.266 millones, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$55.524 millones que representan el 97% de lo presupuestado.

En el siguiente cuadro muestra el aforo y el recaudo por cada rubro de ingresos.

| CONCEPTO |                         | AFORO            | RECAUDO          |            |
|----------|-------------------------|------------------|------------------|------------|
|          |                         |                  | VALOR            | %          |
|          | <b>TOTAL INGRESOS</b>   | <b>143.463,6</b> | <b>133.630,4</b> | <b>93%</b> |
| <b>1</b> | <b>RECURSOS PROPIOS</b> | <b>86.197,4</b>  | <b>78.105,9</b>  | <b>91%</b> |
| 1.1      | DISPONIBILIDAD INICIAL  | 15.000,0         | 13.631,5         | 91%        |
| 1.2      | VENTA SERVICIOS SALUD   | 67.408,7         | 61.164,5         | 91%        |
| 1.3      | OTROS INGRESOS          | 2.388,7          | 1.869,3          | 78%        |
| 1.4      | RECURSOS DE CAPITAL     | 1.400,0          | 1.440,6          | 103%       |
| <b>2</b> | <b>APORTE NACIÓN</b>    | <b>57.266,2</b>  | <b>55.524,5</b>  | <b>97%</b> |

##### PRESUPUESTO DE GASTOS 2010.

Del total apropiado para gastos que fue de \$143.463.7 millones se realizaron compromisos por valor de \$130.493,2 millones, que equivale a una ejecución del 91% y se realizaron pagos por valor \$130.115,8 millones, suma que representa un 99,7% de nivel de pagos de las obligaciones. Al cierre de la vigencia se constituyó un rezago del orden de los \$355,1 millones.

| RECURSO             | APROPIADO        | EJECUTADO        |              | PAGOS            |              |
|---------------------|------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
|                     |                  | VALOR            | %            | VALOR            | %            |
| FUNCIONAMIENTO      | 77.898,0         | 72.610,7         | 93,2%        | 72.458,4         | 99,8%        |
| OPERACIÓN COMERCIAL | 41.004,3         | 39.190,3         | 95,6%        | 39.189,8         | 100,0%       |
| INVERSIÓN           | 24.560,4         | 18.692,0         | 76,1%        | 18.467,4         | 98,8%        |
| <b>TOTAL</b>        | <b>143.462,7</b> | <b>130.493,0</b> | <b>91,0%</b> | <b>130.115,6</b> | <b>99,7%</b> |

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$77.897 millones, se realizaron compromisos por valor de \$72.610 millones, es decir, que se ejecutó el 93,2% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$72.457 millones, equivalentes a un 99,8% de las obligaciones. Como gasto extraordinario en la vigencia, tenemos el pago de las indemnizaciones a los exservidores y extrabajadores del Instituto a quienes se les suprimió el cargo en virtud del Decreto 5018 de 2009, suma que ascendió a \$10.046 millones.

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$41.003 millones, se realizaron compromisos por \$39.190 millones, es decir ejecutó el 95,64% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$39.189 millones, equivalentes a un 99,9% de las obligaciones.

En cuanto hace a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$24.559 millones y se ejecutó el 76%, que representan \$18.691 millones, así mismo se realizaron pagos por valor de \$18.466 millones que equivalen a un 98,8% de los compromisos efectuados.

## EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS 2011

### PRESUPUESTO DE INGRESOS 2011

El presupuesto definitivo de ingresos fue aforado en \$134.489,7 millones y el recaudo ascendió a \$122.586,7, con un nivel de recaudo del 91%, suma inferior en \$11.902,9 millones frente a lo aforado, en razón básicamente al menor valor girado por Aportes de la Nación \$12.204 millones, dado que no se ejecutó la totalidad de lo apropiado, básicamente en Gastos de Inversión, y al menor valor registrado de la Disponibilidad Inicial en \$1.583 millones, conjugado con un mayor valor de recaudo de \$2.169 millones en la venta de servicios de salud y de rendimientos financieros.

Los recursos propios que se aforaron en \$86.147 millones presentaron un recaudo de \$86.528 millones, que equivalen a una tasa de recaudo del 100,4 %. En cuanto a los aportes de la Nación, que se presupuestaron en \$48.262 millones, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$36.058 millones que representan el 74,7% de lo presupuestado.

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

| EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS 2011 |                         |                  |             |                  |               |
|----------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------|------------------|---------------|
| (Millones de \$)                       |                         |                  |             |                  |               |
| CONCEPTO                               |                         | AFORO            | PESO        | RECAUDO          |               |
|                                        |                         |                  |             | VALOR            | %             |
|                                        | <b>TOTAL INGRESOS</b>   | <b>134.409,7</b> | <b>100%</b> | <b>122.586,6</b> | <b>91,2%</b>  |
| <b>1</b>                               | <b>RECURSOS PROPIOS</b> | <b>86.147,3</b>  | <b>64%</b>  | <b>86.528,6</b>  | <b>100,4%</b> |
| 1.1                                    | DISPONIBILIDAD INICIAL  | 5.239,2          | 4%          | 3.318,3          | 63,3%         |
| 1.2                                    | VENTA SERVICIOS SALUD   | 77.382,6         | 58%         | 79.552,0         | 102,8%        |
| 1.3                                    | OTROS ING EXPLOTACIÓN   | 2.317,5          | 2%          | 1.812,0          | 78,2%         |
| 1.4                                    | OTROS INGRESOS          | 143,0            | 0%          | 404,3            | 282,7%        |
| 1.4                                    | RECURSOS DE CAPITAL     | 1.065,0          | 1%          | 1.442,0          | 135,4%        |
| <b>2</b>                               | <b>APORTE NACIÓN</b>    | <b>48.262,4</b>  | <b>36%</b>  | <b>36.058,0</b>  | <b>74,7%</b>  |

## PRESUPUESTO DE GASTOS 2011

Del total apropiado para gastos que fue de \$134.489,7 millones se realizaron compromisos por valor de \$112.852,4 millones, que equivale a una ejecución del 83,9% y se realizaron pagos por valor \$111.527,2 millones, suma que representa un 98,8% de nivel de pagos de las obligaciones.

| EJECUCIÓN PRESUPUESTO GASTOS 2011 |           |           |     |          |      |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----|----------|------|
| (Millones \$)                     |           |           |     |          |      |
| CONCEPTO                          | APROPIADO | EJECUCIÓN | %   | PAGOS    | %    |
| FUNCIONAMIENTO                    | 62.335,5  | 57.255,7  | 92% | 56.998,4 | 100% |

|                          |                  |                  |            |                  |            |
|--------------------------|------------------|------------------|------------|------------------|------------|
| OPERACIÓN COMERCIAL      | 48.891,7         | 46.854,5         | 96%        | 46.147,1         | 98%        |
| INVERSIÓN                | 23.262,5         | 8.742,2          | 38%        | 8.381,7          | 96%        |
| <b>TOTAL PRESUPUESTO</b> | <b>134.489,7</b> | <b>112.852,4</b> | <b>84%</b> | <b>111.527,2</b> | <b>99%</b> |

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$62.335,5 millones, se realizaron compromisos por valor de \$57.255,7 millones, es decir, que se ejecutó el 92% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$56.998,4 millones, equivalentes a un 99,9% de las obligaciones.

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$48.819,7 millones, se realizaron compromisos por \$46.854,5 millones, es decir se ejecutó el 96% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$46.147,1 millones, equivalentes a un 96% de las obligaciones.

En cuanto hace a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$23.262,5 millones y se ejecutó el 38%, que representan \$8.742,2 millones, así mismo se realizaron pagos por valor de \$8.381,7 millones que equivalen a un 96% de los compromisos efectuados. La baja ejecución de la Inversión se explica por los inconvenientes legales que se presentaron para la ejecución del proyecto de inversión relacionado con las nuevas obras de infraestructura del Hospital, en especial con la licencia de construcción. Para este proyecto se había destinado un presupuesto de \$15.345 millones, pero únicamente se ejecutaron \$2.714 millones.

## PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS 2012

### PRESUPUESTO DE INGRESOS 2012

El presupuesto definitivo de ingresos fue aforado en \$152.650 millones y el recaudo ascendió a \$141.599 millones, con un nivel de recaudo del 92,76%, suma inferior en \$11.051,4 millones frente a lo aforado, en razón al menor valor girado por Aportes de la Nación \$6.841 millones, dado que no se ejecutó la totalidad de lo apropiado, básicamente en gastos de inversión, y al menor valor registrado de la venta de servicios de salud, los cuales hacen parte de las cuentas por cobrar a 31 de diciembre de 2012.

El Recaudo de los recursos propios ascendió a \$101.717 millones, que equivalen a un 96,03 % de lo aforado. En cuanto a los aportes de la nación, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$39.882 millones que representan el 85,36% de lo presupuestado.

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

| EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS 2012 |                                |                   |             |                   |               |
|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------|-------------------|---------------|
| (Millones de \$)                       |                                |                   |             |                   |               |
| CONCEPTO                               |                                | AFORO             | PESO        | RECAUDO           |               |
|                                        |                                |                   |             | VALOR             | %             |
|                                        | <b>TOTAL INGRESOS</b>          | <b>152.650,00</b> | <b>100%</b> | <b>141.599,00</b> | <b>92,76%</b> |
| <b>1</b>                               | <b>RECURSOS PROPIOS</b>        | <b>105.927,00</b> | <b>69%</b>  | <b>101.717,00</b> | <b>96,03%</b> |
| 1.1                                    | DISPONIBILIDAD INICIAL         | 11.037,00         | 10%         | 11.037,00         | 100,00%       |
| 1.2                                    | VENTA SERVICIOS SALUD          | 85.601,00         | 81%         | 77.776,00         | 90,86%        |
| 1.3                                    | COMERCIALIZACIÓN DE MERCANCÍAS | 0,00              | 0%          | 6.595,00          | 0,00%         |
| 1.4                                    | VENTA DE BIENES                | 0,00              | 0%          | 318,00            | 0,00%         |
| 1.4                                    | OTROS ING EXPLOTACIÓN          | 2.571,00          | 23%         | 2.730,00          | 106,18%       |
| 1.4                                    | OTROS INGRESOS                 | 298               | 0%          | 439               | 147,32%       |
| 1.4                                    | RECURSOS DE CAPITAL            | 6.420,00          | 6%          | 2.822,00          | 43,96%        |
| <b>2</b>                               | <b>APORTE NACIÓN</b>           | <b>46.723,00</b>  | <b>31%</b>  | <b>39.882,00</b>  | <b>85,36%</b> |

### 3.1.1.1.2. PRESUPUESTO DE GASTOS 2012

Del total apropiado para gastos que fue de \$152.650 millones se realizaron compromisos por valor de \$136.546 millones, que equivale a una ejecución del 89% y se realizaron pagos por valor \$125.543 millones, suma que representa un 92% de nivel de pagos de las obligaciones.

Del total del presupuesto que fue de \$152.650 millones se destinaron \$65.280 millones, que equivalen al 43% del presupuesto a Gastos de Funcionamiento, a Gastos de Operación Comercial \$69.592 millones, que representan el 46% del presupuesto y a Inversión el restante 12% que equivalen a \$17.778 millones.

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$665.280 millones, se realizaron compromisos por valor de \$59.013 millones, es decir, que se ejecutó el 90% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$57.763 millones, equivalentes a un 98% de las obligaciones.

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$69.592 millones, se realizaron compromisos por \$63.234 millones, es decir, que se ejecutó el 91% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$57.642 millones, equivalentes a un 91% de las obligaciones.

En cuanto a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$17.778 millones y se ejecutó el 80%, que representan \$14.299 millones, así mismo se realizaron pagos por valor de \$10.138 millones que equivalen a un 71% de los compromisos efectuados.

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

| EJECUCIÓN PRESUPUESTO GASTOS 2012 |                  |                  |            |                  |            |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------|------------------|------------|
| (Millones \$)                     |                  |                  |            |                  |            |
| CONCEPTO                          | APROPIADO        | EJECUCIÓN        | %          | PAGOS            | %          |
| FUNCIONAMIENTO                    | 65.280,0         | 59.013,0         | 90%        | 57.763,0         | 98%        |
| OPERACIÓN COMERCIAL               | 69.592,0         | 63.234,0         | 91%        | 57.642,0         | 91%        |
| INVERSIÓN                         | 17.778,0         | 14.299,0         | 80%        | 10.138,0         | 71%        |
| <b>TOTAL PRESUPUESTO</b>          | <b>152.650,0</b> | <b>136.546,0</b> | <b>89%</b> | <b>125.543,0</b> | <b>92%</b> |

## PRESUPUESTO DE INGRESOS y GASTOS 2013

### PRESUPUESTO DE INGRESOS 2013

En el 2013 se preveían ingresos por \$173.356 millones y se recaudaron \$178.095 millones, con un nivel de recaudo del 102.7%, suma superior en \$4.738 millones frente a lo aforado, principalmente por la venta de servicios de salud con un 107% respecto al presupuesto aprobado y de los recursos de capital con un 171%.

El Recaudo de los recursos propios ascendió a \$128.105 millones, que equivalen a un 107,4 % de lo aforado. En cuanto a los aportes de la Nación, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$49.990 millones que representan el 92,5% de lo presupuestado.

Por Venta de Servicios Salud se recaudaron \$104.901 millones frente a un aforo de \$97.338 millones, lo que representa una tasa de recaudo del 107,8%.

En cuanto a los recursos de capital que se aforaron en \$1.704 millones y de ellos se efectuó un recaudo por valor de \$2.919 millones, equivalente a una ejecución del 171,3%.

Por concepto de Aportes de la Nación se presupuestó recaudar \$54.029 millones y por efecto del PAC se giraron \$49.990 millones, con una tasa de giro equivalente al 92,5%

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

| EJECUCION PRESUPUESTO DE INGRESOS 2013 |                        |         |      |         |        |
|----------------------------------------|------------------------|---------|------|---------|--------|
| (Millones de \$)                       |                        |         |      |         |        |
|                                        |                        |         |      | RECAUDO |        |
|                                        | CONCEPTO               | AFORO   | PESO | VALOR   | %      |
|                                        | TOTAL INGRESOS         | 173.356 | 100% | 178.095 | 102,7% |
| 1                                      | RECURSOS PROPIOS       | 119.327 | 69%  | 128.105 | 107,4% |
| 1.1                                    | DISPONIBILIDAD INICIAL | 16.056  | 13%  | 16.056  | 100,0% |
| 1.2                                    | VENTA SERVICIOS SALUD  | 97.337  | 82%  | 104.901 | 107,8% |
| 1.3                                    | VENTA DE BIENES        | 420     | 0%   | 286     | 68,1%  |
| 1.4                                    | OTROS ING EXPLOTACION  | 3.580   | 22%  | 3.415   | 95,4%  |
| 1.5                                    | OTROS INGRESOS         | 230     | 0%   | 528     | 229,6% |
| 1.6                                    | RECURSOS DE CAPITAL    | 1.704   | 1%   | 2.919   | 171,3% |
| 2                                      | APORTE NACION          | 54.029  | 31%  | 49.990  | 92,5%  |

### 3.1.1.2.2. PRESUPUESTO DE GASTOS 2013

Del total apropiado para gastos que fue de \$173.356 millones se realizaron compromisos por valor de \$159.090 millones, que equivale a una ejecución del 92% y se realizaron pagos por valor \$156.154 millones, suma que representa un 98% de nivel de pagos de las obligaciones.

Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$70.426 millones, se realizaron compromisos por valor de \$64.522 millones, es decir, que se ejecutó el 92% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$63.809 millones, equivalentes a un 99% de las obligaciones.

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$81.388 millones, se realizaron compromisos por \$75.859 millones, es decir, se ejecutó el 93% del

presupuesto, y se efectuaron pagos por \$75.797 millones, equivalentes a un 99.8% de las obligaciones.

En cuanto a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$21.541 millones y se ejecutó el 87%, que representan \$18.705 millones, así mismo se realizaron pagos por valor de \$16.547 millones que equivalen a un 88% de los compromisos efectuados.

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

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTO GASTOS 2013</b> |                  |                  |            |                |            |
|------------------------------------------|------------------|------------------|------------|----------------|------------|
| (Millones \$)                            |                  |                  |            |                |            |
| <b>CONCEPTO</b>                          | <b>APROPIADO</b> | <b>EJECUCIÓN</b> | <b>%</b>   | <b>PAGOS</b>   | <b>%</b>   |
| FUNCIONAMIENTO                           | 70.426           | 64.522           | 92%        | 63.809         | 99%        |
| OPERACIÓN COMERCIAL                      | 81.389           | 75.860           | 93%        | 75.860         | 100%       |
| INVERSIÓN                                | 21.541           | 18.707           | 87%        | 16.485         | 88%        |
| <b>TOTAL PRESUPUESTO</b>                 | <b>173.356</b>   | <b>159.089</b>   | <b>92%</b> | <b>156.154</b> | <b>98%</b> |

## PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS 2014

## PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS 2014

Para el 2014 el presupuesto de ingresos ascendió a \$189.239 millones, de los cuales el 75% corresponde a recursos propios, es decir la suma de \$142.117 millones y el 25% a recursos de la Nación, que equivale a \$47.122 millones. A 31 de diciembre de 2014, se recaudaron \$199.511 millones, que equivale a un 105,4%. En cuanto a los recursos propios que se estimaron en \$142.117 millones a 31 de diciembre se recaudaron \$154.319 millones, que equivale a un recaudo del 108.6%, con relación a los Aportes de la Nación que se aforaron en \$47.122 millones, conforme al PAC la Dirección del Tesoro giró \$45.192 millones, que corresponde a una tasa de giro del 96%.

El siguiente cuadro muestra el aforo y el recaudo de los ingresos a diciembre de 2014:

| EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS 2014 |                         |                |             |                |               |
|----------------------------------------|-------------------------|----------------|-------------|----------------|---------------|
| (Millones de \$)                       |                         |                |             |                |               |
|                                        | CONCEPTO                | AFORO          | PESO        | RECAUDO        |               |
|                                        |                         |                |             | VALOR          | %             |
|                                        | <b>TOTAL INGRESOS</b>   | <b>189.239</b> | <b>100%</b> | <b>199.511</b> | <b>105,4%</b> |
| <b>1</b>                               | <b>RECURSOS PROPIOS</b> | <b>142.117</b> | <b>75%</b>  | <b>154.319</b> | <b>108,6%</b> |
| 1.1                                    | DISPONIBILIDAD INICIAL  | 21.939         | 15%         | 21.939         | 100,0%        |
| 1.2                                    | VENTA SERVICIOS SALUD   | 111.524        | 78%         | 122.372        | 109,7%        |
| 1.3                                    | VENTA DE BIENES         | 464            | 0%          | 120            | 25,8%         |
| 1.4                                    | OTROS ING EXPLOTACION   | 5.554          | 4%          | 5.626          | 101,3%        |
| 1.5                                    | OTROS INGRESOS          | 370            | 0%          | 827            | 223,5%        |
| 1.6                                    | RECURSOS DE CAPITAL     | 2.266          | 2%          | 3.435          | 151,6%        |
| <b>2</b>                               | <b>APORTE NACION</b>    | <b>47.122</b>  | <b>25%</b>  | <b>45.192</b>  | <b>95,9%</b>  |

## PRESUPUESTO DE GASTOS 2014

Para el 2014 el presupuesto de gastos aprobado asciende a \$189.239 millones, al 31 de diciembre se ejecutó un 89%, que corresponde a \$167.547 millones comprometidos y se efectuaron pagos por \$162.975 millones, que corresponden al 97% de los compromisos.

El presupuesto para gastos de funcionamiento fue de \$74.505 millones, al 31 de diciembre realizaron compromisos por valor de \$67.396 millones, que equivale a una ejecución del 92%. Del total de compromisos se efectuaron pagos por valor de \$66.319 millones, que corresponde una tasa de pagos del 98%.

El presupuesto para gastos de operación comercial fue de \$88.162,5 millones, al 31 de diciembre se realizaron compromisos por valor de \$83.222 millones, que equivale a una ejecución del 94%. Del total de compromisos se efectuaron pagos por valor de \$82.597 millones, que corresponde una tasa de pagos del 99%.

El presupuesto para gastos de inversión fue de \$21.356 millones, al 31 de diciembre se realizaron compromisos por valor de \$16.929 millones, que equivale a una ejecución del 79%. Del total de compromisos se han efectuado pagos por valor de \$13.999 millones, que corresponde una tasa de pagos del 83%.

Para el efecto, en el siguiente cuadro se muestra la ejecución por tipo de gastos a diciembre de 2014

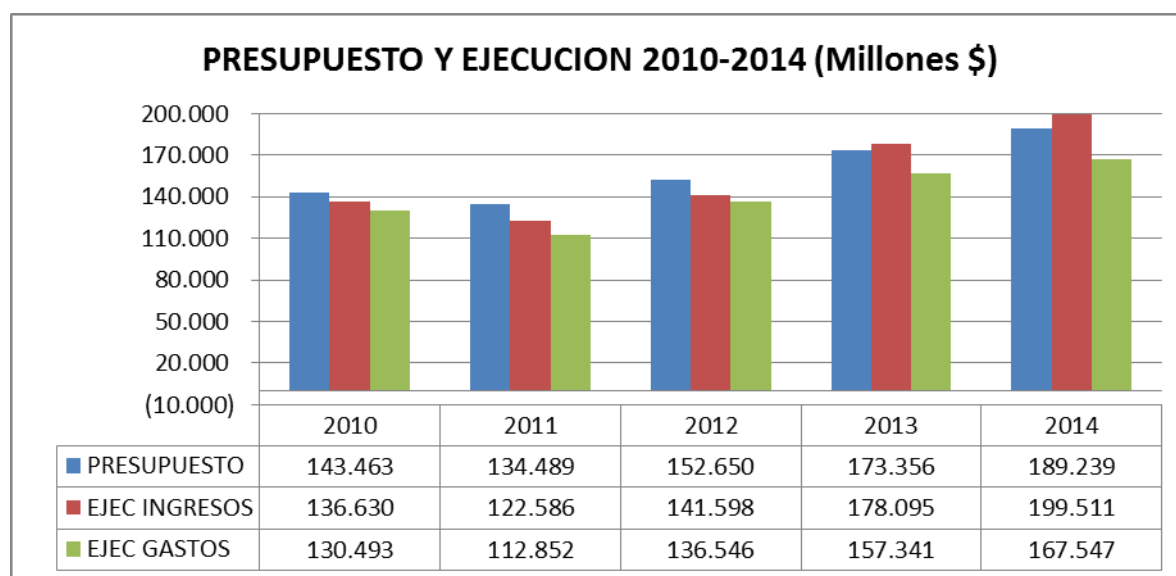
| EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE GASTOS 2014 |           |           |   |       |   |
|--------------------------------------|-----------|-----------|---|-------|---|
| (Millones \$)                        |           |           |   |       |   |
| CONCEPTO                             | APROPIADO | EJECUCIÓN | % | PAGOS | % |

|                          |                |                |            |                |            |
|--------------------------|----------------|----------------|------------|----------------|------------|
| FUNCIONAMIENTO           | 74.505         | 67.396         | 90%        | 66.379         | 98%        |
| OPERACIÓN COMERCIAL      | 88.162         | 83.222         | 94%        | 82.597         | 99%        |
| INVERSIÓN                | 21.356         | 16.929         | 79%        | 13.999         | 83%        |
| DISPONIBILIDAD FINAL     | 5.216          | 0              | 0%         | 0              | 0%         |
| <b>TOTAL PRESUPUESTO</b> | <b>189.239</b> | <b>167.547</b> | <b>89%</b> | <b>162.975</b> | <b>97%</b> |

### Resumen comportamiento presupuestal 2010-2014

Durante los últimos cuatro años la ejecución del presupuesto ha sido positiva, con resultados superavitarios, destacándose que en el 2013 y 2014, dan resultados por encima de lo presupuestado, puesto que el recaudo de los ingresos es superior a lo aforado y la ejecución de los de gastos es inferior a lo apropiado, en virtud de la aplicación de las políticas del control de gastos y de austeridad en los gastos.

En el siguiente cuadro se puede visualizar el comportamiento presupuestal 2010-2014.





**ANEXO 2. COMPONENTE INFRAESTRUCTURA INFORME NO 10**

SERGIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
DOCTOR EN ARQUITECTURA

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA  
E.S.E.**

**INFORME No 10**

**DEL ASESOR I PARA LAS OBRAS CIVILES DEL  
INSTITUTO**

Contrato de prestación de Servicios No. 064 de 2014

**Doctor Arquitecto Sergio González G.**

**Informe del mes de diciembre**

**BOGOTA D.C., DICIEMBRE DE 2014**

CRA. 15 N° 88-20 OFICINA 401, telefax: 2563412, Bogotá, Colombia  
E-mail: serluigon@etb.net.co

SERGIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
DOCTOR EN ARQUITECTURA

Bogotá D.C. diciembre 18 de 2014  
026-14 – GONFO

Doctor:  
**RAÚL HERNANDO MURILLO MORENO**  
Director General  
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
Ciudad.

Ref.: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NÚMERO 064 -2014, ENTREGA  
INFORME No. 10 CON APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL**

Reciba un Cordial Saludo:

Por medio de la presente, le estoy entregando el Informe No 10 correspondiente a las actividades realizadas durante el mes de diciembre, junto con el aporte parafiscal y el pago de seguridad social ARL (**ANEXO 1**), el cual fue enviado por mail el pasado 5 de diciembre a Recursos Humanos.

El informe incluye los temas tratados en este periodo, el desarrollo de los mismos y las recomendaciones a que den lugar.

Sin otro particular.

Cordialmente,

Arq. **SERGIO LUIS GONZÁLEZ G.**  
**ASESOR I**  
**OBRAS CIVILES**  
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**

**ANEXO: LO ANUNCIADO**

SGG/sg

SERGIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
DOCTOR EN ARQUITECTURA

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.**  
**INFORME No. 10 DEL ASESOR I PARA LAS OBRAS CIVILES DEL INSTITUTO**  
**(Contrato de prestación de Servicios No. 064 de 2014)**  
**Informe correspondiente al mes de diciembre de 2014**

**1. TEMAS TRATADOS**

- 1.1. Obra varias en el 2014.
- 1.2. Plan Maestro
- 1.3. Plan de Regularización

**2. DESARROLLO DE CADA TEMA TRATADO**

**2.1. Obra varias en el 2014**

- 2.1.1. De la entrega de TAMO, el contratista ha ido corrigiendo detalles pendientes por mejorar. Por parte del INC están pendientes terminar otras actividades.
- 2.1.6. En GAICA se terminaron las adecuaciones y está funcionando con un mejor sistema de ventilación.
- 2.1.7. Los trabajos para la habilitación se están ejecutando adecuadamente.
- 2.1.9. Se adjudicaron los diseños de paisajismo y del puente de servicios.

**2.2. Edificio nuevo de Servicios Ambulatorios.**

- 2.2.1. Con la Fundación Compartir se determinó iniciar trabajos el próximo año.
- 2.2.2. La Fundación Compartir no va a hacer el Plan de Regularización, por lo que el INC lo debe contratar directamente, dándole continuidad al que se radico tiempo atrás y que se encuentra suspendido en el Departamento Administrativo de Planeación Distrital.

**3. RECOMENDACIONES**

**3.1. Plan Maestro, Plan de Regularización edificio nuevo de Servicios Ambulatorios.**

CRA. 15 N° 88-20 OFICINA 401, telefax: 2563412, Bogotá, Colombia  
E-mail: serluigon@etb.net.co

SERGIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
DOCTOR EN ARQUITECTURA

- 3.1.1. El INC debe iniciar la invitación para contratar el Plan de Regularización que actualmente se encuentra suspendido. Es conveniente contratar este Plan mediante entrega de productos, de acuerdo a actividades previamente formuladas, ya que este proceso puede llegar a durar dos años para obtener su aprobación.
- 3.1.2. El proyecto de Ciudad Salud se encuentra demandado, por lo que no conviene tenerlo en cuenta para adelantar el Plan de Regularización. El PEM (Plan Especial de Manejo) elaborado por la Universidad Nacional no ha sido sancionado y puede tardar mucho tiempo en ser aprobado. De todos modos, este plan permite la construcción en el predio donde se quiere adelantar el nuevo edificio de servicios ambulatorios. El PEM no dejó restricciones para construir en el predio del INC.
- 3.1.3. Para adelantar el Plan de Regularización, lo más importante es ir desde el principio acompañado del Ministerio de Cultura, por la proximidad del predio donde se quiere construir el nuevo edificio al Materno Infantil que es de carácter patrimonial.
- 3.1.2. Se están adelantando las gestiones para adelantar la renovación la Licencia de Reforzamiento que se encuentra vencida. Es conveniente adelantar estos trabajos con el ingeniero que en su momento elaboró el proyecto de reforzamiento que fue aprobado por la Curaduría Urbana N° 1 y que a la fecha se encuentra vencido. Es conveniente recordar que el 75% del edificio del INC se encuentra reforzado con la NSR 98, por lo que se debe continuar con esta resolución y no con la NSR 10 que es la vigente actualmente.
- 3.1.3. Recuerdo que el PMA para el nuevo edificio de servicios ambulatorios se debe enviar al Ministerio de Salud para su revisión y aprobación.

### **3.2. Asuntos Varios.**

- 3.2.1. Es conveniente recordar que se deben fijar unos valores para obras menores, según cada actividad que vaya a ejecutar el contratista asignado.
- 3.2.2. Se debe solucionar definitivamente el acabado del cielo raso en las salas de cirugía. Sugiero retirar el material existente y aplicar pintura epóxica.
- 3.2.3. La central de quimioterapia y radio farmacia se deben adecuar mejor en el primer semestre del 2015.

CRA. 15 N° 88-20 OFICINA 401, telefax: 2563412, Bogotá, Colombia  
E-mail: serluigon@etb.net.co

SERGIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
DOCTOR EN ARQUITECTURA

- 3.2.4. Para poder seguir contratando obras menores, se pueden ejecutar mediante el término "reparaciones locativas", el cual debe aparecer en los contratos a ejecutarse.
- 3.2.5. Es importante hacer un plan de señalización que actualice el existente.

Elaboró

Arq. Sergio González G.  
Diciembre 2014  
SGG/sg



SERGIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
DOCTOR EN ARQUITECTURA

## **ANEXO 1 APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL**

CRA. 15 N° 88-20 OFICINA 401, telefax: 2563412, Bogotá, Colombia  
E-mail: [serluigon@etb.net.co](mailto:serluigon@etb.net.co)

### ANEXO 3. COMPONENTE ASUNTOS INTERNACIONALES Y COOPERACIÓN

Durante el año 2014 se consolidó la Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación mediante la renovación y/o permanencia de algunos convenios suscritos el año anterior así como la suscripción de nuevos convenios. Por otro lado como miembro del Comité Sectorial de Cooperación y Relaciones Internacionales presidido por la oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud y la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia APC Colombia se participó en diferentes escenarios y actividades de asuntos internacionales a nivel de gobierno.

## I CONVENIOS CON INSTITUCIONES DIFERENTES AL SECTOR SALUD

### IA. Renovación y o permanencia de convenios con instituciones diferentes al sector salud.

Durante el año 2014 se tienen:

Convenio Avianca- INC: Suscrito en Abril de 2013. Se ratifica para el 2014 la vinculación del Instituto con el programa de Avianca, y nos incluyen en la página web del Banco de Millas como socios ([www.bancodemillas.com](http://www.bancodemillas.com)). Avianca a autorizado 234 tiquetes nacionales y 2 tiquetes internacionales con un valor aproximado de 74,334,633 COP

Convenio Ministerio de Ciencia Medio Ambiente y Tecnología de Cuba- INC: El convenio se suscribe en Junio de 2013; su objetivo es traer un experto cubano en temas de vigilancia tecnológica para apoyar el proyecto presentado por la oficina de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos. Durante el año 2014 se han realizado 2 visitas por parte de dos expertos cubanos en Vigilancia Tecnológica, con las actividades realizadas en las visitas se capacitaron más de 100 personas del Instituto en temas relacionados con el objeto del convenio y se está desarrollando un proyecto macro que involucra algunas áreas del Instituto. Queda pendiente la última visita para Marzo de 2015. Se estima que el valor hasta el momento asciende a los 20,980,340 COP.

Convenio Universidad del Tolima – INC: Se suscribió en Julio de 2013 su objetivo es el desarrollo de actividades de docencia e investigación.

Convenio Orden de Malta- INC Se suscribió convenio en el 2013. La orden de Malta gestiona donaciones de medicamentos de terceros. En el 2014 se recibió Ciprofloxacina por un valor estimado de 7,700,000 COP

### IB. Convenios Nuevos con empresas diferentes del sector salud

Convenio Fundación Compartir – INC : Se suscribió en Marzo de 2014, la Fundación Compartir desarrollara los diseños estructurales y arquitectónicos del edificio nuevo para Atención Ambulatoria. Compartir estimo un valor de 1, 111,496,000 COP por el proyecto.

Convenio Claro – INC: Se suscribió en Diciembre de 2014, Claro Colombia proporcionara en calidad de donación la señal de televisión por cable para el Instituto. Se conectan 150 televisores del Instituto (90%) Se estima un valor de 108,000,000 COP anuales

## **II CONVENIOS CON ENTIDADES O INSTITUCIONES RECONOCIDAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER**

### **IIA. Renovación y o permanencia de convenios con entidades de reconocidas en tratamiento del cáncer.**

Convenio South Oncology West Group SWOG-INC: Perfeccionado en Febrero de 2013; su objetivo desarrollar ensayos clínicos de protocolos existentes formulados por SWOG o formular y desarrollar propios. Se está a la espera de los permisos para envío de muestras de 6 pacientes reclutadas para el protocolo de pruebas con Oncotype. Se celebraron dos reuniones durante el año en Estados Unidos pagados por SWOG. Se estima un valor recibido de 41,224,000 COP.

Convenio Instituto Catalán de Oncología- INC: Suscrito en Junio de 2013; su objetivo está basado en colaboración en docencia y referenciación para proyecto de unidades funcionales. Funcionarios del Instituto viajaron a España para referenciación en el tema.

Convenio Departamento Salud USA- MSPS-INC: Suscrito en 2013. Su objetivo es conformar una red latinoamericana para trabajar conjuntamente en temas de Cáncer. Se desarrollaron dos reuniones en 2014 una en Argentina, Chile y Washington. Se estima un valor por tiquetes y alojamiento recibidos de 12,101,809 COP.

Convenio Ministerio de Salud Pública de la Republica Oriental de Uruguay – INC- MSPS : Suscrito en Marzo de. Su objetivo es apoyar mediante la visita de un experto un proyecto de Tabaco que se desarrollara conjuntamente con el MSPS

Convenio Hospital de Kennedy –INC: Suscrito en Julio de 2013. Su objetivo es que el INC sirva de referenciación para el proyecto del Instituto Oncológico Distrital

### **II.B. Convenios Nuevos con empresas del sector salud**

Convenio New Health Foundation –INC : Suscrito en Septiembre de 2014. Su objeto es realizar acciones destinadas al desarrollo, expansión, difusión y promoción de un programa nacional de cuidados paliativos

Convenio Instituto Nacional de Cáncer de Argentina – INC: Suscrito en Marzo de 2013; su objetivo es la colaboración en actividades académicas y producción científica. En Diciembre de 2014 se prepara un convenio específico para educación y formación tomando como base el convenio marco.

Convenio Hospital de Medellín – INC: Se encuentra a la espera de firmas en el HGM para ser remitido al INC y firmarlo. Su objetivo es la colaboración en formación y práctica.

### **III. EMPRESAS O ENTIDADES QUE PROPORCIONARON UN APOYO ECONÓMICO PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DEL INSTITUTO**

#### **IIIA. Proyecto de Sala Museal del Instituto Nacional de Cancerología**

Para este proyecto las siguientes empresas aportaron:

- a. Laboratorios Bayer con un aporte de 40,000,000 COP
- b. Novartis con un aporte de 19,013,373 COP
- c. Laboratorios Roche con un aporte de 18,899,774 COP
- d. Farmasanitas con un aporte de 17,291,668 COP

#### **IIIB Congreso Internacional de Cáncer**

La Embajada de Francia pago los tiquetes aéreos de 2 conferencistas provenientes del Instituto Curie con un valor estimado de 9,495,600 COP

### **IV OTROS APORTES**

**IVA.** Corporación Banco de Bogotá. Realizo un aporte al Instituto Nacional de Cancerología por 8,000,000 COP

**IVB.** Copa Airlines aporato 2 tiquetes a San Andrés 864,400 COP

### **ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA OFICINA EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN DE ASUNTOS INTERNACIONALES COMO ENTIDAD ADSCRITA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y MIEMBRO DEL COMITÉ SECTORIAL DE RELACIONES INTERNACIONALES Y COOPERACIÓN**

Dentro las actividades en las que se participó a lo largo del año 2014 se nombran las más pertinentes:

1. Presentación de proyecto de medicamentos biosimilares ante la Unión Europea en conjunto con el Instituto Nacional de Salud y MSPS.
2. Participación para evaluar la propuesta para el desarrollo del tratamiento para el Glioblastoma en Colombia. Adicionalmente se organizó conferencia en el INC
3. Participación para evaluar el documento final a proponer en la reunión para el Convenio Marco de Control de Tabaco que se desarrolló en Rusia.
4. Participación en el desarrollo del POA para el ISAGS Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.

5. Participación en reunión preparatoria para el Join Commission Committee.
6. Participación en presentación del programa 2020 de la Unión Europea

## RESUMEN

| CONVENIO                                      | OBJETO                                    | VALOR                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| AVIANCA                                       | TRASLADO PACIENTES                        | COP 74.334.633,00           |
| MINISTERIO DEL MEDIO<br>AMBIENTE Y TECNOLOGIA | VIGILANCIA TECNOLÓGICA                    | COP 20.980.340,00           |
| DE CUBA                                       |                                           |                             |
| ORDEN DE MALTA                                | DONACION MEDICAMENTOS                     | COP 7.700.000,00            |
| FUNDACION COMPARTIR                           | DISEÑOS ARQUITECTONICOS NUEVO<br>EDIFICIO | COP 1.111.496.000,00        |
| CLARO COLOMBIA                                | INSTALACION DE TV CABLE                   | COP 108.000.000,00          |
| SWOG                                          | INVESTIGACION CLINICA                     | COP 41.224.000,00           |
| DEP SALUD EE UU                               | INVESTIGACION EN CANCER                   | COP 12.101.809,00           |
| LABORATORIOS BAYER                            | PROYECTO SALA MUSEAL                      | COP 40.000.000,00           |
| NOVARTIS                                      | SALA MUSEAL                               | COP 19.013.373,00           |
| LABORATORIOS ROCHE                            | SALA MUSEAL                               | COP 18.899.774,00           |
| FARMASANITAS                                  | SALA MUSEAL                               | COP 17.291.668,00           |
| EMBAJADA DE FRANCIA                           | CONGRESO INTERN DE CANCER                 | COP 9.495.600,00            |
| BANCO DE BOGOTA                               | APORTE LIBRE                              | COP 8.000.000,00            |
| COPA AIRLINES                                 | TIQUETES AEREOS                           | COP 864.400,00              |
|                                               |                                           | <b>COP 1.489.401.597,00</b> |