

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 1 de 44			

INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2015-2018



Carolina Wiesner Ceballos
 Directora General
 Febrero 27 de 2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 2 de 44			





Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia

Por el control del cáncer

Misión

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

Visión

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

Principios

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

Valores

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 3 de 44	

INTRODUCCIÓN

Nuestra institución, es una entidad pública prestadora de servicios de salud en el área de las enfermedades neoplásicas y relacionadas, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es también una institución formadora del recurso humano en oncología y enfermedades relacionadas, y líder en investigación y vigilancia en salud pública en cáncer. Igualmente promueve y organiza la Red Nacional de Cáncer y contribuye con los organismos competentes en los procesos de inspección, vigilancia y control de los servicios oncológicos de carácter asistencial y preventivo a nivel nacional.

El Plan de Desarrollo Institucional es el conjunto priorizado de estrategias de gestión, previa evaluación metodológica, que propenden por el desarrollo de la Institución con un enfoque estratégico. En este sentido, el Plan de Desarrollo Institucional 2015 - 2018 del Instituto Nacional de Cancerología ESE, es la propuesta de gestión pública que a través de programas y proyectos direccionados por políticas y gerenciados día a día dentro de una cultura organizacional propicia, busca cumplir con su objeto social, definido en el Artículo "1º del Decreto 5017 de 2009 como es "asesorar y asistir al Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el área oncológica que lo requieran y a las demás que se le determinen en el orden nacional y territorial, en el diseño, formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos de investigación, docencia, vigilancia epidemiológica, prevención y atención de las enfermedades neoplásicas y relacionadas".

Nuestro actuar está centrado en principios y valores compartidos y armonizados con el Plan Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social y el Plan Nacional de Desarrollo. A su vez los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional se materializan mediante la implementación de planes operativos anuales (POA), los que son una herramienta de planificación que sinérgicamente pone en operación en áreas de responsabilidades concretas los objetivos, planes de acción y metas medibles a través de indicadores de gestión propendiendo por el logro de los objetivos estratégicos hacia la misión y visión institucional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Presentar los resultados de la gestión realizada durante el año 2015-2018 en el Instituto Nacional de Cancerología a través del Plan de Desarrollo Institucional, teniendo en cuenta los siguientes ejes planteados en el Acuerdo 006 del 15 de marzo de 2015: Objetivos del control del cáncer, Objetivos para el desarrollo de procesos misionales, Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo.

Objetivos Específicos

- Presentar los resultados de la gestión del Eje objetivos del control del cáncer.
- Presentar los resultados de la gestión del Eje objetivos para el desarrollo de procesos misionales.
- Presentar los resultados de la gestión del Eje para el desarrollo de procesos apoyo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 4 de 44			

1 CUANTIFICACIÓN DE EJES, LINEAS, OBJETIVOS Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2015-2018

El Plan de desarrollo institucional 2015-2018 aprobado mediante Acuerdo 006 del 15 de marzo de 2015, cuenta con 3 ejes, 12 líneas, 37 objetivos estratégicos, 150 metas, 152 indicadores y 223 estrategias.

2 RESULTADO DE LA GESTIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2015-2018

La definición de objetivos para el plan de desarrollo tomó como punto de partida el marco conceptual presentado sobre la generación de valor público, la propuesta metodológica del balanced scorecard – BSC para el relacionamiento de indicadores, metas y estrategias y el análisis de situación previamente descrito.

De acuerdo con los resultados obtenidos de los compromisos planteados en los Planes Operativos Anuales (POA), alineados con el PDI y a otras fuentes de información, se presentan los resultados del Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2015-2018:

EJES	% CUMPLIMIENTO
Objetivos del control del cáncer	87%
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	91%
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	86%
TOTAL	88%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

A continuación, se presentan los resultados desagregados por cada uno de los ejes objetivos mencionados anteriormente:

2.1 Objetivos del control del cáncer

Los objetivos de control del cáncer se proponen como acción en el escenario de la salud pública y constituyen la base para lograr legitimidad como actores del sistema. A continuación, se presentan los resultados por cada una de sus líneas estratégicas:

Línea	% cumplimiento
Prevención	100%
Detección temprana	93%
Tratamiento	86%
Cuidado paliativo	67%
Total	87%

En la siguiente tabla se presenta el porcentaje de cumplimiento desagregado por cada uno de los objetivos de las líneas estratégicas de control del cáncer:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 5 de 44	

Línea	Objetivo	% Cumplimiento
Prevención	Contribuir a la reducción de la prevalencia de VPH oncogénico en el país	100%
	Contribuir a la reducción del consumo de tabaco en el país	100%
	Contribuir a la reducción de la exposición a cancerígenos ocupacionales	100%
Detección temprana	Contribuir al incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país	87%
	Contribuir en el diagnóstico temprano de cánceres prioritarios	100%
Tratamiento	Contribuir a incrementar la oferta de servicios integrales de tratamiento oncológico	69%
	Contribuir a la estandarización del manejo de la enfermedad en el país	100%
	Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención en cáncer	90%
Cuidado paliativo	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	67%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

A continuación, se relacionan los resultados por cada línea del eje del control del cáncer, con base en los objetivos y metas:

2.1.1 Línea Prevención

2.1.1.1 Objetivo: Contribuir a la reducción de la prevalencia de VPH oncogénico en el país.

Meta: Medir la prevalencia de VPH 16/18 en mujeres de 18 a 25 años y en lesiones preneoplásicas

Cumplimiento: 100%

Documento/Publicaciones: Comparison of HPV DNA detection and typing between urine and cervical samples from young women in Colombia).

Resultado:

Se realizó el análisis del programa de monitoreo de la vacunación, se evidencia que en mujeres no vacunadas el % de positividad para los tipos HPV 6 y 11 fue de 2.7% y en vacunadas de 0.6%; para los tipos HPV 16 y 18 en mujeres no vacunadas fue de 15.5% y en vacunadas se redujo a 4.9%; si se agrupan los cuatro tipos presentes en la vacuna en mujeres no vacunadas fue de 17.1% y en vacunadas de 5.4%. Se evidencia una reducción de la prevalencia de virus presentes en la vacuna (6, 11, 16 y 18) en un 68% aproximadamente para los cuatro tipos de virus presentes en la vacuna en la ciudad objeto de estudio. En cuanto a lesiones evidenciadas citológicamente para ASCUS en mujeres no vacunadas la prevalencia fue de 6.2% y en vacunadas del 4,2%. Para L-SIL en no vacunadas fue de 2.3% y en vacunadas del 0.8%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 6 de 44	

- **Meta:** Reducir la Prevalencia de VPH 16/18 en mujeres de 18 a 25 años en un 40% en comparación con la línea de base.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Se evidencia una disminución del 67% en la prevalencia de Infección por VPH 16/18 en las niñas vacunadas en comparación con las No Vacunadas, de acuerdo con el estudio realizado en la ciudad de Manizales.

* No Vacunadas: 15,5% del total. * Vacunadas: 5,1% del total

- **Meta:** Reducir la Prevalencia de VPH 16/18 en lesiones preneoplásicas máximo en 40% en comparación con la línea de base. 2015

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Detection and genotyping of HPV DNA in a group of unvaccinated young women from Colombia: baseline measures prior to future monitoring program. Cancer prevención Research

Resultado:

Se evidencia una disminución del 68% en el reporte de lesiones LPN BG con infección por VPH 16/18 en las niñas vacunadas en comparación con las niñas No Vacunadas. De acuerdo con el estudio realizado en la ciudad de Manizales.* No Vacunadas: 45,5% del total. * Vacunadas: 14,3% del total

2.1.1.2 Objetivo: Contribuir a la reducción del consumo de tabaco en el país

- **Meta:** Prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11%.

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Prevalencia De Consumo De Cigarrillos En Adultos Colombianos Entre 18 – 69 Años De Edad Por Debajo Del 11% A Partir De La ECV 2016:

Resultado:

Las encuestas más significativas en medición de prevalencia de tabaco realizadas en Colombia, arrojan un descenso significativo que apunta a las metas y acciones por líneas estratégicas del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, dentro de las cuales se encuentra el control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados, pretendiendo disminuir la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10% en los próximos 10 años (27) y usa como línea de base los datos del prevalencia de 12,8 % de la Encuesta Nacional en Salud 2007 (ENS).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 7 de 44	

De acuerdo con la dinámica de la prevalencia de consumo de tabaco, se observa que en el segmento poblacional que abarca los adultos entre 18 y 65 años, ya se registra un 8,3 % en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2017, lo que finalmente materializa un logro en el cumplimiento de las metas del Plan Decenal, sin pasar por alto las limitaciones de la comparabilidad de las encuestas.

- **Meta:** Contribuir a la implementación de estrategias para la educación

Resultado:

Las principales estrategias para la educación implementadas para la vigencia fueron: “No fumar es la actitud”; Jornada de socialización del documento Técnico de Movilización Social para el control del cáncer reeditado; Segunda jornada de socialización del documento técnico Movilización Social para el control del cáncer reeditado; estrategia de comunicación para la reducción consumo en menores: Soy mi héroe.

Cumplimiento: 100%

- **Meta:** Medir la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años.

Documentos/Publicaciones: Actualización del consumo de productos del tabaco en población de 13 a 15 años población en Colombia.

Resultado:

Las recientes encuestas muestran que el consumo de tabaco entre las niñas está en aumento y que la prevalencia es, en muchos casos, comparable o incluso superior que entre los niños. Para el país, según los datos que la ENTJ arrojó, la mayor prevalencia de consumo de tabaco se encontró en hombres (28,8%) versus mujeres (24,6%).

Cumplimiento: 100%

2.1.1.3 Contribuir a la reducción de la exposición a cancerígenos ocupacionales

- **Meta:** Medir la prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos priorizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico, radiación ionizante).

Cumplimiento: 100%

Documentos/: Instrumentos técnicos y legislativos vigentes para la prevención mediante la reducción de los niveles de exposición a agentes carcinógenos ocupacionales relevantes para Colombia.

Resultado: Análisis de la medición de prevalencia de los 5 cancerígenos priorizados:

1. Sílice cristalina (cuarzo-cristobalita) 4,0685%, número estimado de expuestos 494.901
2. Compuestos inorgánicos del plomo 2,1186%, número estimado de expuestos 86.889

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 8 de 44	

3. Benceno 1,4030%, número estimado de expuestos 157.074
4. Asbestos 0,5659%, número estimado de expuestos 92.210
5. Radiación X y radiación gamma 0,4404%, número estimado de expuestos 79.205

- **Meta:** Prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos priorizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico, radiación ionizante) menor al 50% del TLV permisible en los trabajadores.

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Prevalencia de exposición a carcinógenos ocupacionales de mayor relevancia para el país.

Resultado: Análisis de la medición de prevalencia de los 5 cancerígenos priorizados en el sector formal menor al el 50% del TLV permisible en los trabajadores:

1. Sílice cristalina (cuarzocristobalita) 4,0685%, número estimado de expuestos 494.901
2. Compuestos inorgánicos del plomo 2,1186%, número estimado de expuestos 86.889
3. Benceno 1,4030%, número estimado de expuestos 157.074
4. Asbestos 0,5659%, número estimado de expuestos 92.210
5. Radiación X y radiación gamma 0,4404%, número estimado de expuestos 79.205

Cumplimiento: 100%

2.1.2 Línea Detección temprana

2.1.2.1 Objetivo: Contribuir al incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto)

- **Meta:** Rango de positividad de las pruebas de tamización de VPH entre 9-12%

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Prevention and control of HPV and HPV related cancers in Colombia lessons learnt and the way forward.

Resultado:

De acuerdo con los análisis del programa de monitoreo de la vacunación, se evidencia que en mujeres no vacunadas el % de positividad para los tipos HPV 6 y 11 fue de 2.7% y en vacunadas de 0.6%; para los tipos HPV 16 y 18 en mujeres no vacunadas fue de 15.5% y en vacunadas se redujo a 4.9%; si se agrupan los cuatro tipos presentes en la vacuna en mujeres no vacunadas fue de 17.1% y en vacunadas de 5.4%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 9 de 44	

- **Meta:** Rango de positividad de las pruebas de tamización de Citología 2-5%

Cumplimiento: 100%

Resultado: Se inició la medición de porcentajes de positividad para pacientes atendidos en el CPreD teniendo valores promedios menores al 1% para citologías.

- **Meta:** Rango de positividad de las pruebas de tamización de Inspección visual (VIA-VILI) 9-12%

Cumplimiento: 100%

Resultado: Se recogieron indicadores de tamización en 7 regiones de VIA VILI (Leticia, Caquetá, Uribe, Nazareth, Tumaco, Casanare y Buenaventura): 11,6%.

- **Meta:** Medir positividad de Mamografía

Cumplimiento: 100%

Resultado: Tamización de mamografías del Hospital de San Blas: 5,1% (incluye BIRADS 3, 4 y 5)

- **Meta:** Medir positividad de Sangre oculta en heces

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Nota técnica: actualización de la Resolución 412 de 2000.

Resultado: Tamización de sangre oculta heces del Hospital de Suba: 9,9%

- **Meta:** Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): VPH mínimo en 95% laboratorio INC

Cumplimiento: 100%

Resultado: acuerdo a la información suministrada por el laboratorio del INC concordancia al 100% de las pruebas realizadas.

- **Meta:** Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Citología mínimo en 70% por INS.

Cumplimiento: 100%

Resultado: De acuerdo con el concepto del INS en el 2015 se realizaba CC en 42 laboratorios del país con un resultado del 95% en el control de calidad externo de las citologías.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 10 de 44	

- **Meta:** Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Inspección visual (VIA-VILI) mínimo en 80%

Cumplimiento: 0%

Documentos/Publicaciones: ANÁLISIS DE REPRODUCTIBILIDAD DE LAS PRUEBAS DE VIA VILI

Resultado: Se realizó un análisis de imágenes de casos clínicos con opciones de respuesta VIA positivo o negativo, VILI positivo o negativo y sospecha de cáncer, el cual dio como resultado una concordancia del 84%.

- **Meta:** Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Mamografía mínimo en 65%
- **Cumplimiento:** 84%

Documentos/Publicaciones: Artículo "Análisis de concordancia en la interpretación de imágenes mamográficas entre médicos radiólogos: un estudio piloto en Bogotá, D. C., Colombia".

Resultado: El análisis de concordancia con los médicos radiólogos de todas las instituciones demostró una tasa de acuerdo del 54,9% y una índice kappa (κ) de 0,21 (IC 95%: 0,14-0,28) en la categorización BI-RADS. Cuando se agruparon las categorías BI-RADS 1 y 2 la proporción de coincidencias fue de 75,3% y la índice kappa (κ) de 0,26 (IC 95%: 0,17-0,34).

- **Meta:** Proporción de laboratorios de tamización cubiertos con programas de control de calidad mínimo en 90%.

Cumplimiento: 100%

Resultado: Con base en la información suministrada por el Instituto Nacional de Salud INS, hay 420 laboratorios habilitados en el país, de los cuales el 95% tienen control de calidad interno y el 95% control de calidad externo.

- **Meta:** Cobertura de la tamización en población objeto de Cuello uterino mínimo en 85%

Cumplimiento: 98%

Documentos/Publicaciones: Tomo II. Capítulo 12. Detección Temprana del Cáncer. Pág. 236

Resultado: Se realizó el análisis de coberturas de tamización en cáncer de cuello uterino (82.9%), mama, próstata, colon y recto el cual fue publicado en la encuesta nacional de demografía y salud ENDS, libro que puede ser descargado en <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 11 de 44	

- **Meta:** Cobertura de la tamización en población objeto de Mama mínimo en 70%

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Tomo II. Capítulo 12. Detección Temprana del Cáncer. Pág. 268

Resultado: Se realizó el análisis de coberturas de tamización en cáncer de cuello uterino, mama (75.5%), próstata, colon y recto el cual fue publicado en la encuesta nacional de demografía y salud ENDS, libro que puede ser descargado en <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

- **Meta:** Cobertura de la tamización en población objeto de Colon y recto mínimo en 30%
- **Cumplimiento:** 29%

Documentos/Publicaciones: Tomo II. Capítulo 12. Detección Temprana del Cáncer. Pág. 233-296

Resultado: El INC realizo el análisis de coberturas de tamización en cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon y recto el cual fue publicado en la encuesta nacional de demografía y salud ENDS, libro que puede ser descargado en <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/> en el cual se muestra que para mujeres la cobertura de tamización en colon y recto fue de 8,6% y en hombres del 7,1%.

- **Meta:** Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Cuello uterino mínimo en 90%

Cumplimiento: 61%

Documentos/Publicaciones: Software Business Intelligence

Resultado:

Pacientes atendidos: 1959, pacientes que reportan fecha de junta bi/tri disciplinaria y fecha de inicio de tratamiento: 1068. Corresponde al 55%.

- **Meta:** Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Mama mínimo en 85%

Cumplimiento: 66%

Documentos/Publicaciones: Software Business Intelligence

Resultado:

Pacientes atendidas: 3860, pacientes que reportan fecha de junta bi/tri disciplinaria y fecha de inicio de tratamiento: 2160. Corresponde al 56%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 12 de 44	

- **Meta:** Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Colon y recto mínimo en 85%

Cumplimiento: 52%

Documentos/Publicaciones: Software Business Inteligencia

Resultado:

Pacientes atendidos: 2207, pacientes que reportan fecha de junta bi/tri disciplinaria y fecha de inicio de tratamiento: 965. Corresponde al 44%

2.1.2.2 Contribuir en el diagnóstico temprano de cánceres prioritarios (próstata, melanoma, leucemia pediátrica y estómago).

- **Meta:** Asegurar que la información acerca del estadio al momento de diagnóstico está disponible para al menos el 60% de los pacientes en registros poblacionales y/o hospitalarios.

Cumplimiento: 100%

Resultado: El 63.2% de la información acerca del estadio al momento del diagnóstico se encuentra disponible de acuerdo a la cuenta de alto costo.

- **Meta:** Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento en un máximo de 30 días.

Cumplimiento: 100%

Resultado: La oportunidad entre el diagnóstico e inicio de tratamiento promedio de 2015-2018 fue de 21 días.

2.1.3 Línea Tratamiento

2.1.3.1 Objetivo: Contribuir a incrementar la oferta de servicios integrales de tratamiento oncológico.

- **Meta:** Promedio de servicios oncológicos habilitados por IPS a mínimo 3,7 relacionado con tratamiento oncológico (4 servicios mínimo para grupo quirúrgico, 5 servicios mínimo para grupo consultas, 2 servicios mínimo para grupo apoyo) servicios por IPS en el país.

Cumplimiento: 100%

Resultado: Desde la modificación de las condiciones de verificación para servicios de oncología, (Ley 1438 de 2011 Art. 58) hasta la participación del Instituto Nacional de Cancerología durante 4 años en el proceso técnico de habilitación de servicios oncológicos, la cifra de estos disminuyó a cerca de 1700, incrementando automáticamente la concentración por IPS a 3,9 servicios por IPS.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 13 de 44	

- **Meta:** Tres unidades funcionales habilitadas mínimo al año.

Cumplimiento: 8%

Resultado: Se habilitó una unidad funcional para cáncer adulto en el país, el hospital San Pedro de Pasto

- **Meta:** 80 servicios oncológicos verificados en sus condiciones técnico-científicas de habilitación en promedio al año.

Cumplimiento: 100%

Resultado: 347 servicios oncológicos verificados en sus condiciones técnico-científicas de habilitación.

2.1.3.2 Objetivo: Contribuir a la estandarización del manejo de la enfermedad en el país

- **Meta:** Porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica mínimo en 70%

Cumplimiento: 100%

Resultado: 82% en promedio de la adherencia a guías de práctica clínica. Adherencia a las (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de: Mama, cuello uterino y colon y recto.

- **Meta:** Número de guías desarrolladas mínimo en 3

Cumplimiento: 100%

Resultado: Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación del cáncer de pulmón. (Publicada en Min Salud 2016); Guía de Práctica Clínica (GPC) Cáncer de colon y recto. (Publicada en Min Salud 2017); Guía de Práctica Clínica (GPC) Cáncer de mama. (Publicada en Min Salud 2017).

Institucionales: Indicaciones de IMRT y Uso de HIPEC en carcinomatosis peritoneal.

2.1.3.3 Objetivo: Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención en cáncer

- **Meta:** Organizar sistemas de vigilancia para habilitar cálculo de tasas de supervivencia.

Cumplimiento: 100%

Resultado: Artículo publicado RCC Volumen 19, Issue 2, April–June 2015, Pages 81–89 titulado: Vigilancia de la supervivencia global por cáncer en Colombia: utilidad de los registros rutinarios. Surveillance of overall cancer survival in Colombia using routine registries.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 14 de 44	

Survival of patients with epithelial ovarian cancer, results of the hospital-based cancer registry of the National Cancer Institute (2005-2014).

- **Meta:** Medición de Tasas de supervivencia a 1, 3 y 5 años para tipos de cáncer priorizados (próstata, mama, cuello uterino, colon/recto, melanoma).

Cumplimiento: 80%

Resultado:

Origen	Número de pacientes	1 año	3 años	Fuente
Estómago	415	171 (41.2%)	94 (22.7%)	Reporte 12 mayo de 2017
Mama	668	600 (89.8%)	506 (75.7%)	Reporte 7 marzo de 2017
Cuello uterino	359	266 (74.1%)	204 (56.8%)	Reporte 30 junio de 2017
Próstata	531	458 (86,2%.)	389 (73,2%)	Reporte 19 octubre de 2017
Colon y recto	400	274 (68,3%.)	191 (47.3%)	Reporte 30 septiembre de 2017

2.1.4 Línea Cuidado Paliativo

2.1.4.1 Objetivo: Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país

- **Meta:** Tres (3) IPS por año con programa de servicio paliativo que incluye servicios habilitados por nivel de complejidad.

Cumplimiento: 33%

Resultado:

IPS con programa de servicio paliativo que incluye servicios habilitados por nivel de complejidad: Nueva EPS, Colsanitas, EPS Sura, Compensar EPS.

Meta: Definir el modelo para el cuidado paliativo en el sistema de salud colombiano

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Serie de documento técnico INC No.6. Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo crónico.

Resultado:

Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo crónico. Octubre de 2017

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 15 de 44	

2.2 Eje objetivo para el desarrollo de procesos misionales

El eje de objetivos para el desarrollo de áreas misionales se refiere al fortalecimiento y crecimiento de la atención de pacientes, la investigación, la docencia y las acciones de salud pública, dentro de la perspectiva en la plataforma estratégica institucional.

En la siguiente tabla presenta el porcentaje de cumplimiento del eje objetivo para el desarrollo de procesos misionales, de acuerdo con las líneas estratégicas:

Línea	% cumplimiento
Atención de pacientes	96%
Investigación	71%
Docencia	95%
Salud Pública	100%
Total	91%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

De acuerdo con las líneas y objetivos definidos en el eje para el desarrollo de procesos misionales durante la vigencia 2015-2018 se obtuvo un cumplimiento del 91%. En la siguiente tabla se presenta el porcentaje de cumplimiento desagregado por cada uno de los objetivos:

Línea	Objetivo	% Cumplimiento
Atención de pacientes	Mejorar la seguridad en la atención de pacientes institucionales	100%
	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	78%
	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	100%
	Mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionales	100%
	Mejorar la satisfacción de los pacientes	100%
	Mejorar la trazabilidad de la atención del paciente	100%
Investigación	Incrementar la producción científica institucional	60%
	Incrementar el factor de impacto en las publicaciones científicas institucionales en revistas indexadas	100%
	Incrementar la cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación	83%
	Mejorar la oportunidad de las publicaciones científicas institucionales relacionados con proyectos	43%
Docencia	Incrementar la oferta docente institucional	90%
	Incrementar la oferta de educación no formal	100%
Salud Pública	Fortalecer los programas de vigilancia del Grupo Área de Salud Pública	100%
	Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos (tabaquismo, alcohol, sobrepeso, actividad física, consumo carnes rojas y carne procesada, VPH, Hepatitis B)	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 16 de 44	

A continuación, se relacionan los resultados por cada línea del eje del control del cáncer, con base en los objetivos y metas:

2.2.1 Atención de pacientes

2.2.1.1 Objetivo: Mejorar la seguridad en la atención de pacientes institucionales

- **Meta:** Tasa de eventos adversos máximo en 2%

Cumplimiento: 0%

Resultado: 48 eventos adversos por cada 1000 días estancia.

El aumento obedece a una mejora en la cultura de reporte; a partir del año 2018 se incluyeron todos los factores condicionantes que pueden generar un evento adverso, se considera pertinente registrar el siguiente análisis:

Los eventos adversos se consideran bajo la triada de atención en los servicios de salud, que son no intencionales y que causan daño. Bajo esta consideración, todo evento que ponga en riesgo la salud del paciente debe considerarse un evento pues se considera responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud la contingencia de las medidas preventivas para evitar su ocurrencia.

Es de anotar que el instituto contempla todos los sucesos que asuman esta condición máxime si en las sentencias del concejo de estado se consideran independientemente de sus factores condicionantes eventos adversos pues se deben analizar los factores contributivos y las fallas latentes que confluyen con su aparición. Por esta medida se incluyen todas las infecciones acaecidas durante el proceso de atención en el hospital, así como los eventos ocasionados por fallas activas en la formulación o faltas en la adherencia a procesos que influyan en la previsibilidad de los eventos, todas las caídas y las úlceras por presión (I a IV). Bajo esta premisa se puede entender el incremento reflejado en el año 2018.

- **Meta:** Incrementar el porcentaje de adherencia a los protocolos institucionales mínimo en 80%, en las patologías de mayor prevalencia. (mama, colon y recto y cuello uterino)

Cumplimiento: 100%

Resultado:

82% de adherencia a las (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama, cuello uterino invasivo y colon y recto. (2018)

- **Meta:** Mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente.

Cumplimiento: 97%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 17 de 44	

Resultado:

Se realizó la aplicación de la encuesta de medición de cultura de seguridad del paciente desde el año 2015 hasta el 2018 con un promedio de calificación del 3.3.

- **Meta:** Lograr adherencia a la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente mínimo 70% del MSPS que le apliquen al INC.

Cumplimiento: 0%

- **Meta:** Mantener el índice de Infección asociada al cuidado de la salud (IACS) al 8%

Cumplimiento: 0%

Resultado: Por cada 100 egresos se infectan 10 pacientes.

Las principales causas de infecciones asociadas al cuidado de la salud son: infecciones de sitio operatorio, bacteriemias, neumonías e infecciones urinarias.

2.2.1.2 Objetivo: Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales

- **Meta:** Oportunidad en estadificación diagnóstica para pacientes institucionales máximo en 20 días

Cumplimiento: 37%

Resultado:

32.5 días desde la consulta de primera vez hasta presentación del diagnóstico en junta disciplinaria.

- **Meta:** Oportunidad en el inicio de tratamiento desde la consulta de primera vez en el Instituto máximo en 30 días

Cumplimiento: 97%

Resultado: 31 días desde la consulta de primera vez.

- **Meta:** Medición de la intensidad de dosis.

Cumplimiento: 100%

Resultado: A través del Sistema de Información para el Análisis Institucional (SIAI), nuevo sistema de inteligencia de negocios BI, se está midiendo la intensidad de dosis.

Fuente: <https://siai.cancer.gov.co/sense/app/10bf79e7-06cd-45cb-9c28-4f51aa656311/sheet/dd93199e-4153-453e-9005-0bcfd0491365/state/analysis>

- **Meta:** Oportunidad en la intensidad para cánceres priorizados mama, cuello uterino, estómago, próstata, linfoma cutáneo, leucemia pediátrica, tumores neuroendocrinos

Cumplimiento: 57.18%

- **Resultado:** De acuerdo a las mediciones el 57,18% de los pacientes asisten oportunamente a sus tratamientos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 18 de 44	

- **Meta:** Disminuir el reingreso en un 10%

Cumplimiento: 100%

Resultado: 0,94% de los pacientes reingresan al servicio de hospitalización antes de 15 días

- **Meta:** Seguimiento a los controles post tratamiento

Cumplimiento: 78%

Resultado:

Las consultas de control representan el 78% con respecto al total de consulta que atiende el INC

La medición de la oportunidad se realiza de dos formas:

Tomando la primera medición descrita por la resolución 1552 de 2013, es decir, la fecha en la cual el usuario solicitó le fuera asignada la cita (fecha deseada de acuerdo a la orden médica), se observa que la oportunidad de asignación de "citas de control" con el médico especialista se mantiene en 4 días promedio durante el año 2018 y sigue por debajo de la meta y del estándar planteado para el indicador de 15 días.

La segunda medición es realizada, desde la sumatoria de días entre la fecha de asignación y la fecha de solicitud de la cita de control y se observa que citas de control estuvieron en promedio a 32 días para el año 2018, por encima de la meta de 15 días.

Esta medición refleja la disponibilidad de la agenda, con fechas más prolongadas, especialmente para las consultas de dermatología a 104 días, Infectología 93 día, endocrinología 72 días, otorrinolaringología, cabeza y cuello y gastroenterología a 70 días, entre otras.

2.2.1.3 Objetivo: Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales

- **Meta:** Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Origen	Número de pacientes	1 año	3 años	Fuente
Estómago	415	171 (41.2%)	94 (22.7%)	Reporte 12 mayo de 2017
Mama	668	600 (89.8%)	506 (75.7%)	Reporte 7 marzo de 2017
Cuello uterino	359	266 (74.1%)	204 (56.8%)	Reporte 30 junio de 2017
Próstata	531	458 (86,2%.)	389 (73,2%)	Reporte 19 octubre de 2017
Colon y recto	400	274 (68,3%.)	191 (47.3%)	Reporte 30 septiembre de 2017

- **Meta:** Evaluar la tendencia temporal de la supervivencia a un año.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 19 de 44	

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Origen	Número de pacientes	1 año	Fuente
Estómago	415	171 (41.2%)	Reporte 12 mayo de 2017
Mama	668	600 (89.8%)	Reporte 7 marzo de 2017
Cuello uterino	359	266 (74.1%)	Reporte 30 junio de 2017
Próstata	531	458 (86,2%)	Reporte 19 octubre de 2017
Colon y recto	400	274 (68,3%)	Reporte 30 septiembre de 2017

- **Meta:** Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.

Cumplimiento: 92%

Resultado:

3.21 en la calificación de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud. PACAS

2.2.1.4 Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionales

- **Meta:** Calificación de calidad de vida en el mínimo en nivel aceptable según tipo de escala

Cumplimiento: 100%

Documento/Publicaciones: Evaluación de la calidad de vida en una cohorte de pacientes tratados con cirugía con intención curativa en el INC, Bogotá 2013-2017

Resultado:

Se evaluó un total de 431 pacientes, candidatos a tratamiento con cirugía de intención curativa. Esto implica que son pacientes que no llegan al INC con estadios avanzados y que por lo tanto no tienen un mayor compromiso en su calidad de vida a causa de su enfermedad. Si se toman otros pacientes con estadios avanzados, es de esperar niveles de calidad de vida más bajos.

En la evaluación de la línea de base para cada dominio, mostró los siguientes resultados:

- Síntomas. 23.3
- Social familiar. 18.5
- Emocional. 18
- Funcional. 17.4

Teniendo en cuenta que son pacientes que llegaron en estadios tempranos y que no existen estudios previos en el país que midan niveles basales de calidad de vida en pacientes con cáncer, Se propone que estos resultados sean tomados como la línea de base para evaluar el impacto de futuras intervenciones en pacientes con cáncer en el INC, teniendo en cuenta que los niveles en los dominios social familiar, emocional y funcional podrían mejorarse aún más si existieran intervenciones específicamente diseñadas para ello.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 20 de 44	

Puede verse que la calidad de vida es mejor en el dominio relacionado con síntomas, que en los otros dominios que miden el constructo. Esto podría interpretarse como un sesgo generado por la inclusión de pacientes en estadios tempranos o por una eventual intervención solo a nivel de síntomas de la enfermedad. Estas interpretaciones suponen dos estrategias a futuro que son:

- Incluir medición en pacientes con estadios avanzados
- Efectuar intervenciones en los otros dominios del constructo que busquen mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- **Meta:** Evaluación de seguimiento a pacientes de 1, 3 y 5 años con cáncer de patologías más frecuentes.

Cumplimiento: 100%

Resultado: El INC realizó validaciones de escalas de calidad de vida durante los años 2015 al 2018

- **Meta:** Evaluar el procedimiento de soporte oncológico

Cumplimiento: 85%

Resultado: Cobertura de pacientes pediátricos nuevos 87.3% y adultos 82.3% en programa de soporte oncológico.

2.2.1.5 Objetivo: Mejorar la satisfacción de los pacientes

- **Meta:** Porcentaje de satisfacción mínimo en 93%

Cumplimiento: 100%

Resultado: 94% de satisfacción de los usuarios pacientes

2.2.1.6 Objetivo: Mejorar la trazabilidad de la atención del paciente

- **Meta:** Modelo de unidades funcionales y programa de navegación del paciente orientado a la trazabilidad del paciente

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Unidades funcionales - quirúrgicas: Ginecología, gastroenterología, cabeza y cuello, urología, seno y tejidos blandos.

Unidades funcionales – médicas: pediatría oncológica, Hemato oncología.

- **Meta:** Incorporar los indicadores de trazabilidad de los pacientes del concepto de unidad funcional en el sistema SAP

Cumplimiento: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 21 de 44	

Resultado:

Los siguientes indicadores se encuentran parametrizados en el sistema SAP a través de la transacción ZMETR0023:

- * Oportunidad aseguradora
- * Oportunidad remisión
- * Tiempo total estadificación
- * Oportunidad consulta bidisciplinaria
- * Tiempo consulta primera vez cons bi/ Tris Disc
- * Tiempo remisión hasta inicio quimio
- * Tiempo 1a consulta hasta quimio

2.2.2 Línea Investigación

2.2.2.1 Objetivo: Incrementar la producción científica institucional

- **Meta:** Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación.

Cumplimiento: 60%

Resultado: 1.2 publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador

2.2.2.2 Objetivo: Incrementar el factor de impacto en las publicaciones científicas institucionales en revistas indexadas

- **Meta:** Suscripción del INC al International Scientific Index

Cumplimiento: 100%

Resultado: Se realizó Suscripción del INC al International Scientific Index durante 2015 - 2018

- **Meta:** Medir el factor de impacto del ISI (International Scientific Index)

Cumplimiento: 100%

Resultado: 2.4 factor de impacto del ISI (International Scientific Index). Meta 1.

2.2.2.3 Objetivo: Incrementar la cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación

- **Meta:** Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones mínimo en 50%.

Cumplimiento: 83%

Resultado:

Promedio de proyectos con participación de dos o más instituciones 2015-2018= 41,7%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 22 de 44	

2.2.2.4 Objetivo: Mejorar la oportunidad de las publicaciones científicas institucionales relacionados con proyectos

- Meta:** Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución el proyecto
Cumplimiento: 0%
Resultado:
 El 0.1% de los proyectos con ejecución finalizada tienen publicaciones relacionadas en el primer año.
- Meta:** Lograr el cumplimiento del cronograma del proyecto en al menos el 70% de los proyectos
Cumplimiento: 85%
Resultado:
 El 59% de cumplimiento del cronograma de proyectos no se le realizan extensión al cronograma.

2.2.3 Línea Docencia

2.2.3.1 Objetivo: Incrementar la oferta docente institucional

- Meta:** Número de programas nuevos con registro calificado mínimo en 10 (cabeza y cuello, dermatología oncológica, patología oncológica, oncología ocular, maestría en epidemiología, maestría en enfermería oncológica, doctorado en oncología, neurocirugía oncológica, Imaginología oncológica, medicina nuclear, hematología)
Cumplimiento: 50%
Resultado: 5 programas nuevos con registro calificado durante 2015-2018, a continuación, se listan los programas de primera y segunda especialidad que cuenta con registro calificado:
 - Primera especialidad:
 1. Oncología radioterápica
 - Segunda especialidad
 1. Cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva
 2. Cirugía oncológica
 3. Cirugía plástica oncológica
 4. Ginecología oncológica
 5. Hemato Oncología pediátrica
 6. Medicina del dolor y cuidados paliativos
 7. Ortopedia oncológica
 8. Rehabilitación oncológica
 9. Urología oncológica
 10. Dermatología oncológica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 23 de 44	

11. Cirugía de cabeza y cuello
12. Oncología clínica
13. Cirugía de seno y tejidos blandos
14. Mastología

No se logró la maestría en enfermería oncológica, neurocirugía oncológica, Imaginología oncológica, medicina nuclear, oncología ocular.

- **Meta:** Número de estudiantes por año mínimo 42.
Cumplimiento: 100%
Resultado: 54 estudiantes en el INC promedio al año.
- **Meta:** Número de estudiantes en rotación mínimo en 1000.
Cumplimiento:
Resultado: 2041 estudiantes en rotación en el INC promedio al año.
- **Meta:** Evaluar la capacidad instalada oferta docente (camas hospitalarias)
Cumplimiento: 100%
Resultado: 11,2 estudiantes por camas habilitadas
- **Meta:** Evaluar la capacidad instalada oferta docente (cupos ofertados por especialidad)
Cumplimiento: 100%
Resultado: Con base en la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social se determinó que de 2,4 estudiantes por docente y el INC tiene 2,13.

2.2.3.2 Objetivo: Incrementar la oferta de educación no formal

- **Meta:** Número de cursos ofertados mínimo en 25 anual
Cumplimiento: 100%
Resultado: 32.5 promedio de cursos ofertados al año.

Número de estudiantes inscritos en cursos ofertados mínimo en 20 por curso

Cumplimiento: 100%

Resultado: 113 cursos ofertados contaron con la participación de 20 o más estudiantes.

Número de pasantes internacionales mínimo en 12

Cumplimiento: 100%

Resultado: 16 estudiantes internacionales en el INC promedio al año.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 24 de 44	

2.2.4 Línea Salud Pública

2.2.4.1 Objetivo: Fortalecer los programas de vigilancia del Grupo Área de Salud Pública del INC

- Meta:** Cumplimiento de reportes programados en 100%
Cumplimiento: 100%
Resultado: Se realizaron boletines legislativos y políticos, boletines de medios de comunicación, boletines epidemiológicos del INC, boletines de reportes de redes sociales, libro de incidencia, mortalidad y prevalencia 2007-2011, anuario 2014 y 2015, atlas de mortalidad 2007-2011 y demás publicaciones que se evidencian en la página web institucional en el link Publicaciones.
- Meta:** Vigilancia epidemiológica del cáncer: Información acerca de incidencia de registros de cáncer disponibles para el público.

Sistema de información de Cáncer en Colombia (INFOCANCER): es una iniciativa de trabajo colaborativo entre el Instituto Nacional de Cancerología - ESE y los registros poblacionales de cáncer de: Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Pasto, que tiene como objetivo poner a disposición de la comunidad científica y general, información de calidad sobre la incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia", que permita el desarrollo de la investigación y la generación de conocimiento que contribuya al control del cáncer en el país.

- Meta:** Tener estimaciones de la supervivencia de cáncer
Cumplimiento: 100%
Resultado:

Origen	Número de pacientes	1 año	3 años	Fuente
Estómago	415	171 (41.2%)	94 (22.7%)	Reporte 12 mayo de 2017
Mama	668	600 (89.8%)	506 (75.7%)	Reporte 7 marzo de 2017
Cuello uterino	359	266 (74.1%)	204 (56.8%)	Reporte 30 junio de 2017
Próstata	531	458 (86,2%.)	389 (73,2%)	Reporte 19 octubre de 2017
Colon y recto	400	274 (68,3%.)	191 (47.3%)	Reporte 30 septiembre de 2017

- Meta:** Información incidencia con 60% de los casos información estadio clínico o patológico al diagnóstico
Cumplimiento: 100%
Resultado:
 Tomando como referencia el reporte de la cuenta de alto costo del Instituto Nacional de Cancerología, la cuantificación de estadificación para los tipos de cáncer sólidos (TNM, FIGO) tiene registrado en promedio el 63.2% de casos con información de estadio clínico o patológico al diagnóstico.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 25 de 44	

- **Meta:** Información de mortalidad, incidencia, factores de riesgo etc. por indicadores socioeconómicos

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Sistema de información de Cáncer en Colombia (INFOCANCER). En el cual se encuentra relacionada estadística, registros e información acerca de tasas de incidencia y mortalidad para Colombia, registros poblacionales de cáncer participantes en el sistema de información de cáncer en Colombia, además de publicaciones, enlaces, términos, metodologías e información relacionada al sistema y al cáncer.

- **Meta:** Información acerca de incidencia disponible en la web de manera interactiva.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Sistema de información de Cáncer en Colombia (INFOCANCER). En el cual se encuentra relacionada estadística, registros e información acerca de tasas de incidencia y mortalidad para Colombia, registros poblacionales de cáncer participantes en el sistema de información de cáncer en Colombia, además de publicaciones, enlaces, términos, metodologías e información relacionada al sistema y al cáncer.

- **Meta:** Vigilancia de Política públicas y legislación. Participar en la formación de al menos una política pública

Cumplimiento: 100%

Resultado:

- Política de atención integral en salud - país y las Rutas Integrales de Atención de Cáncer – RIAS, Resolución 3202 de 2016.
 - Exhorto de apoyo al proyecto de Acuerdo 416 de 2018, por medio del cual se modifica el Acuerdo 376 de 2009, mediante el cual se establecen los lineamientos para la política pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes en Bogotá.
 - Exhorto de apoyo a proyectos de Ley relevantes para el control del cáncer: PL-167/2017 Por medio del cual se regula el consumo, publicidad y comercialización de aparatos de vaporización electrónica. 134/2017 Por medio de la cual se establece la protección de los derechos de la salud y al ambiente sano, imponiendo restricciones a las emisiones contaminantes de fuentes móviles y se dictan otras disposiciones.
- **Meta:** Vigilancia de Medios de comunicación. Disponer de la información de monitoreo de medios de comunicación durante al menos 10 meses.

Cumplimiento: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 26 de 44	

Resultado:

Se realizó monitoreo de medios mediante la empresa Global News la cual suministró al INC los informes con los resultados de sistema de vigilancia de medios de comunicación.

- **Meta:** Consolidar el sistema de vigilancia servicios oncológicos.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Boletín de servicios oncológicos de 2015

Construcción de la propuesta de la matriz para la Cuenta de Alto Costo

Boletín de servicios oncológicos de 2016

Boletín de servicios oncológicos de 2017

Boletín de servicios oncológicos de 2018

Modelo de Gestión de los Servicios oncológicos en Colombia

- **Meta:** 7 asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional e internacional por año.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Se realizaron 28 asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional e internacional durante la vigencia 2015-2018.

- **Meta:** Desarrollar la vigilancia de la supervivencia

Cumplimiento:

Documentos/Publicaciones: Artículo RCC Volumen 19, Issue 2, April–June 2015, Pages 81–89 titulado: "Vigilancia de la supervivencia global por cáncer en Colombia: utilidad de los registros rutinarios".

Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología. Revista Colombiana de Cancerología.

Resultado:

Origen	Número de pacientes	1 año	3 años	Fuente
Estómago	415	171 (41.2%)	94 (22.7%)	Reporte 12 mayo de 2017
Mama	668	600 (89.8%)	506 (75.7%)	Reporte 7 marzo de 2017
Cuello uterino	359	266 (74.1%)	204 (56.8%)	Reporte 30 junio de 2017
Próstata	531	458 (86,2%.)	389 (73,2%)	Reporte 19 octubre de 2017
Colon y recto	400	274 (68,3%.)	191 (47.3%)	Reporte 30 septiembre de 2017

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 27 de 44	

2.2.4.2 Objetivo: Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos (tabaquismo, alcohol, sobrepeso, actividad física, consumo carnes rojas y carne procesada, VPH, Hepatitis B)

- **Meta:** Tener riesgos atribuibles específicos para Colombia

Cumplimiento: 100%

Documentos/Publicaciones: Análisis de base de datos de proyecto de incidencia proyectada.

Resultado: Análisis de base de datos de proyecto de incidencia proyectada, donde se identificaron los riesgos atribuibles por los principales cánceres priorizados.

2.3 Eje objetivo para el desarrollo de procesos de apoyo

El eje de procesos internos recoge los postulados sobre capacidad operativa (ambiente de operación) y gestión organizacional, además de los componentes relativos a la gestión de la calidad, gestión del riesgo y control interno que se considera deben estar inmersos en todo el actuar institucional. En esa medida, se han planteado objetivos relativos a ellos en los diferentes ejes y líneas estratégicas.

La siguiente tabla presentan los resultados del eje objetivo para el desarrollo de procesos de apoyo:

Línea	% Cumplimiento
Gestión Financiera	96%
Gestión de Talento Humano	77%
Gestión de Tecnología	82%
Gestión de imagen corporativa	88%
Total	86%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

El porcentaje de cumplimiento para este eje es del 86% alineado con las líneas y objetivos del PDI como se muestra en la siguiente tabla:

Línea	Objetivo	% Ejecución
Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	97%
	Mejorar la ejecución presupuestal	95%
Gestión del talento humano	Retener el talento humano institucional	79%
	Atraer el mejor talento humano	67%
	Mejorar la calidad de vida laboral	84%
Gestión de la tecnología	Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información	97%
	Optimizar la gestión de la tecnología biomédica	69%
	Garantizar la disponibilidad permanente de tecnologías de soporte a la infraestructura	80%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 28 de 44	

Línea	Objetivo	% Ejecución
Gestión de imagen corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la opinión pública	100%
	Fortalecer la comunicación interna	94%
	Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	80%
	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	57%
	Garantizar total transparencia en el actuar institucional.	100%
	Desarrollar un plan de responsabilidad social	100%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

2.3.1 Línea Gestión Financiera

2.3.1.1 Objetivo: Mejorar la sostenibilidad financiera institucional

- Meta:** Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%
Cumplimiento: 90%
Resultado: La relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios en promedio 2015-2018 fue del 81%.
- Meta:** Obtener una facturación anual con un incremento del IPC más 1 punto
Cumplimiento: 100%
Resultado: 111% promedio de facturación anual durante la vigencia 2015-2018.
- Meta:** Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 1 punto
Cumplimiento: 100%
Resultado: 107.5% promedio de recaudo anual durante la vigencia 2015-2018.
- Meta:** Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios) que representen un 15% del presupuesto de ingreso
Cumplimiento: 100%
Resultado: El promedio de recursos de fuentes alternas de financiación durante la vigencia 2015-2018 fue del 15.7%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 29 de 44	

2.3.1.2 Objetivo: Mejorar la ejecución presupuestal

- Meta:** Cumplir el 100% de las necesidades, ejecutando el 90% del presupuesto de gastos.
Cumplimiento: 92%
Resultado: 92.1% de ejecución por concepto de gasto.

- Meta:** Ejecutar el presupuesto de ingresos en un 95%.
Cumplimiento: 100%
Resultado: 108% de ejecución por concepto de ingreso.

Meta: Garantizar la provisión del 100% de las necesidades dentro del término establecido

Cumplimiento: 92%

Resultado: 91.9% de cumplimiento de cronograma del plan anual de adquisiciones.

2.3.2 Línea Gestión del Talento Humano

2.3.2.1 Objetivo: Retener el talento humano institucional

- Meta:** Diseñar e implementar en un 100% plan para atracción de talento humano
Cumplimiento: 100%
Resultado: Se definió mediante Resolución 1450 de 2017 "Por el cual se adopta el programa de atracción, promoción y fidelización del recurso humano para el año 2017".
- Meta:** Diseñar e implementar modelo de productividad y pago por desempeño a cuatro áreas asistenciales
Cumplimiento: 75%
Resultado: Modelo de productividad y pago por desempeño TPH (antes TAMO), Imagenología y Pediatría.
- Meta:** Generar un modelo de incentivos en investigaciones y uno a nivel administrativo.
Cumplimiento: 50%
Resultado: Se realizó documento que incluye: 1) Documento de modelo que otorga puntos por producción científica- con el incentivo a través de una prima anual de producción científica 2) Incentivo para profesionales clínicos que otorga día de trabajo en investigación. No se realizó Modelo de productividad y desempeño administrativo.
- Meta:** Medir la línea de base y disminuir 30% sobre la línea de base la rotación de personal en perfiles prioritarios de acuerdo al plan que sea definido.
Cumplimiento: 50%
Resultado: De 791 cargos de planta del INC, se presentaron 49 retiros, evidenciando que la mayor rotación se presentó en el cargo de profesional universitario grado 2044-01.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 30 de 44	

- **Meta:** Garantizar la aplicación del esquema de incentivos grupales a provisionales y esquema grupal e individual a externalizados.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Plan de bienestar adoptado mediante la Resolución No 0165 del 22 de febrero de 2018, se incluyó un ítem de reconocimiento para funcionarios provisionales con la mejor calificación en evaluación del desempeño en los niveles profesional, técnico y asistencial.

Resolución No.0216 del 16 de marzo de 2018. Por la cual se adopta el plan de incentivos institucional para los empleados públicos de carrera administrativa, empleados de libre nombramiento y remoción, de cada uno de los niveles jerárquicos y mejores equipos de trabajo para el año 2018 en el INC.

En cuanto a incentivos para aliados estratégicos se ha realizado reuniones de acercamiento con los representantes legales de las empresas con el fin de construir un plan de incentivos para los colaboradores.

- **Meta:** Implementar modelos de pago por desempeño

Cumplimiento: 100%

Resultado: Modelo de productividad y pago por desempeño TPH (antes TAMO).

2.3.2.2 Objetivo: Atraer el mejor talento humano

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

Cumplimiento: 14%

Resultado: De las 118 convocatorias de planta global y prestación de servicios, el 14% se realizaron en un tiempo menor a 35 días, es decir que el 86% de los cargos no fueron provisto con oportunidad.

- **Meta:** Medir el porcentaje convocatorias desiertas y reducirlas en 30%

Cumplimiento: 87%

Resultado: 37,5% Promedio 2015-2018 de convocatorias desiertas, frente al 51% de 2014, se presentó una variación del -26%.

- **Meta:** Garantizar aplicación del esquema de incentivos a tres (3) componentes: grupales a provisionales y esquema grupal e individual a externalizados

Cumplimiento: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 31 de 44	

Resultado:

Acuerdo con la resolución 0216 del 16 de marzo de 2018 donde se adopta el plan de incentivos para empleados públicos de la siguiente manera:

1. Mejores empleados de carrera administrativa de cada nivel jerárquico
2. funcionarios de libre nombramiento y remoción de nivel directivo y asesor.
3. Incentivo mejor empleado de libre nombramiento y remoción asignado al despacho de la dirección.

Para los socios estratégicos realizaran el reconocimiento a sus colaboradores a quienes obtengan el mejor puntaje en la evaluación del desempeño. Armonización con las empresas aliadas.

2.3.2.3 Objetivo: Mejorar la calidad de vida laboral

- **Meta:** Incrementar a una medida entre 40 y 50% el resultado clima organizacional.

Cumplimiento: 69%

Resultado: Porcentaje de cobertura de la medición del clima organizacional y psicolaboral: 80,48%.

Porcentaje de cobertura de la medición del clima organizacional y psico laboral: 80,48%

Las mediciones realizadas durante el año 2017 de clima organizacional y riesgo psicosocial arrojaron índice de clima de un 68,67 los resultados no serían comparables con los de año 2014 por la diferencia de manejo de variables, aun así, hay aspecto como la imagen empresarial que determina un incremento en el estudio del año 2017.

El referente más importante se obtuvo ante la imagen gerencial que de manera significativa aumento de 30,9 a un 90%. Respecto a los valores de riesgo psicosocial en el año 2014 se establecieron que los riesgos psicosociales más altos fueron trabajo en equipo, comunicación que se mantuvieron en puntuación y aunque se realizaron estrategias para reducir el riesgo en liderazgo vuelve a salir como uno de los temas de importancia a tratar. Para el año 2017 se tiene otros dominios a tratar que son retroalimentación, recompensa. El riesgo psicosocial sigue en escalas de alto y muy alto que serán tratadas durante los años 2018 y 2019. Respecto a los valores de riesgo psicosocial en el año 2014 se establecieron que los riesgos psicosociales más altos fueron trabajo en equipo, comunicación que se mantuvieron en puntuación y aunque se realizaron estrategias para reducir el riesgo en liderazgo vuelve a salir como uno de los temas de importancia a tratar. Para el año 2017 se tiene otros dominios a tratar que son retroalimentación, recompensa. El riesgo psicosocial sigue en escalas de alto y muy alto que serán tratadas durante los años 2018 y 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 32 de 44	

- **Meta:** Reducir a un rango entre 55 y 45% los trabajadores en riesgo psicosocial en nivel alto y muy alto.

Cumplimiento: 69%

Resultado:

Porcentaje de cobertura de la medición del clima organizacional y psicolaboral: 80,48%.

Porcentaje de cobertura de la medición del clima organizacional y psicolaboral: 80,48%

Las mediciones realizadas durante el año 2017 de clima organizacional y riesgo psicosocial arrojaron índice de clima de un 68,67 los resultados no serían comparables con los de año 2014 por la diferencia de manejo de variables, aun así, hay aspecto como la imagen empresarial que determina un incremento en el estudio del año 2017.

El referente más importante se obtuvo ante la imagen gerencial que de manera significativa aumento de 30,9 a un 90%. Respecto a los valores de riesgo psicosocial en el año 2014 se establecieron que los riesgos psicosociales más altos fueron trabajo en equipo, comunicación que se mantuvieron en puntuación y aunque se realizaron estrategias para reducir el riesgo en liderazgo vuelve a salir como uno de los temas de importancia a tratar. Para el año 2017 se tiene otros dominios a tratar que son retroalimentación, recompensa. El riesgo psicosocial sigue en escalas de alto y muy alto que serán tratadas durante los años 2018 y 2019. Respecto a los valores de riesgo psicosocial en el año 2014 se establecieron que los riesgos psicosociales más altos fueron trabajo en equipo, comunicación que se mantuvieron en puntuación y aunque se realizaron estrategias para reducir el riesgo en liderazgo vuelve a salir como uno de los temas de importancia a tratar. Para el año 2017 se tiene otros dominios a tratar que son retroalimentación, recompensa. El riesgo psicosocial sigue en escalas de alto y muy alto que serán tratadas durante los años 2018 y 2019.

- **Meta:** Garantizar la aplicación y armonización de políticas y planes de talento humano en el modelo de contratación en el 100% de servicios tercerizados de más de 30 trabajadores.

Cumplimiento: 100%

Resultado: Con el fin de auditar los procesos de cada una de las empresas tercerizadas, se solicitó informe de las actividades realizadas en los componentes de Bienestar, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, incentivos y procesos de selección; encontrando que solamente cumplieron 4 de las empresas. Los informes reposan en el archivo de cada una de las empresas. A las empresas que incumplieron se les reiterará el cumplimiento.

- **Meta:** Reducir al 6% la tasa anual de accidentalidad laboral.

Cumplimiento: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 33 de 44	

Resultado: La tasa de accidentalidad con vigencia 2015 a 2018 se redujo en el 3,7%. Teniendo en cuenta que partimos de la base del año 2014 que equivale al 9,4% y en el 2018 se obtiene una base del 5,7%. Lo cual no se logró cumplir con el objetivo de reducción del 6,0% ya que se incrementó de número de trabajadores por la planta temporal (recurso humano, para suplir actividades operativas), la cual culmino el 31 de diciembre de 2018.

- **Meta:** Cumplir los criterios de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (OSHAS) mínimo en 80%.

Cumplimiento: 100%

Resultado: 88% de cumplimiento de los criterios de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (OSHAS).

- **Meta:** Implementar un modelo de promoción del liderazgo para perfiles determinados.

Cumplimiento: 98%

Resultado: 98% de implementación del modelo de promoción y liderazgo.

- **Meta:** Aplicar esquema de supervisión de los estándares de talento humano al 100% de servicios externalizados de más de 30 trabajadores.

Cumplimiento: 100%

Resultado: Con el fin de auditar los procesos de cada una de las empresas tercerizadas, se solicitó informe de las actividades realizadas en los componentes de Bienestar, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, incentivos y procesos de selección; encontrando que solamente cumplieron 4 de las empresas. Los informes reposan en el archivo de cada una de las empresas. A las empresas que incumplieron se les reiterará el cumplimiento.

- **Meta:** Reducir el ausentismo laboral en un 30% con relación a la línea de base.

Cumplimiento: 40%

Resultado: Disminución 2018 vs 2017 del 7,13% en el ausentismo laboral del INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 34 de 44	

2.3.3 Línea Gestión de la Tecnología

2.3.3.1 Objetivo: Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información

- Meta:** Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%.
Cumplimiento: 93%
Resultado: 78.8% de cumplimiento en la estrategia de gobierno en línea de acuerdo con el seguimiento realizado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Meta:** Implementar cinco (5) proyectos de tecnologías de información (Inteligencia de negocios, central de llamadas y telefonía, actualización de SAP, archiving de SAP e historias laborales).
Cumplimiento: 89%
Resultado: Proyectos terminados 2015-2018:
 - ✓ Implementación de la telefonía unificada (IP, PBX, central de llamadas).
 - ✓ Upgrade Técnico Funcional sistema SAP, ERP + ISH MED migración del sistema desde la versión ECC 6:00 a la versión ECC 6:07 en la cual se incluyeron adicionalmente para ish med los componentes los de Nursig, vital signs, charting, DWS. (Módulo de situaciones).
 - ✓ Actualización del sistema RIS-PACS para Medicina Nuclear y Radiología (versión del software, sistema de reconocimiento de voz, estaciones de lectura, ampliación del licenciamiento para PET).
 - ✓ Implementación de la NIIF.
 - ✓ Implementación sistema de control de acceso Biométrico.
 - ✓ Implementación de la Red ARIA (Licenciamiento - Capacitación).
 - ✓ Implementación del proyecto de inteligencia de negocios 7 modelos (Agendamiento- Producción - Productividad - Facturación - Diagnostico - Normativos- tratamiento).
 - ✓ Implementación mejoras del sistema de costos.
Proyecto en ejecución
 - ✓ Estrategia de administración de archivo de historias laborales - Open File. 47% avance
- Meta:** Disponibilidad del sistema mínimo en el 98%.
Cumplimiento: 100%
Resultado: 99% de disponibilidad en los sistemas de información institucionales 7 días a la semana por 24 horas.
- Meta:** Porcentaje transacciones con tiempo de respuesta mayor a 1.500 milisegundos.
Cumplimiento: 100%
Resultado: 660.5 milisegundos promedio de tiempo de respuesta de la infraestructura SAP.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 35 de 44	

- **Meta:** Mantener actualizada la infraestructura de puestos de trabajo.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Los puestos de trabajo y los equipos de cómputo de usuario final se encuentran cubiertos mediante el contrato 0811 de 2015 el cual se encuentra vigente hasta el 30 de abril de 2019. Durante la vigencia se garantizó la disponibilidad de equipos de cómputo, equipo de impresión, administración de redes de datos, comunicaciones alámbricas e inalámbricas, administración de servidores, administración de los servicios de correo electrónico, dominio, servicios de red, protección perimetral, radius y autenticación, incluido hardware, software, servicios de implementación, configuración, migración de información, estabilización, administración de la infraestructura, soporte 7x24, mantenimiento preventivo y correctivo, personal técnico calificado, suministro de papel, repuestos e insumos, que se requiere en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). De acuerdo a los requerimientos técnicos y financieros propuestos por el INC.

- **Meta:** Formalizar e implementar políticas de seguridad informática.

Cumplimiento: 100%

Resultado: Resolución 0192 del 29 de marzo de 2016. Por el cual se adopta la política de seguridad informática del Instituto Nacional de Cancerología ESE.

2.3.3.2 Objetivo: Optimizar la gestión de la tecnología biomédica

- **Meta:** Garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico biomédico en un 95% del tiempo.

Cumplimiento: 95.3%

Resultado: 95.3% de cobertura del índice de disponibilidad de la base instalada de equipamiento biomédico.

- **Meta:** Realizar al menos 12 ejercicios de vigilancia tecnológica

Cumplimiento: 100%

Resultado: Se realizaron 14 ejercicios de vigilancia tecnológica durante la vigencia 2015-2018:

1. Estrategias para la cesación tabáquica.
2. Revisión del contexto internacional y nacional de las tecnologías de dermatoscopia digital para la detección temprana de melanoma.
3. Biomarcadores en leucemias mieloides agudas y cáncer de mama.
4. Análisis cuantitativos sobre cuidados paliativos.
5. Cuidados paliativos.
6. Cáncer familiar I y II.
7. Cigarrillo electrónico.
8. Diagnóstico de cáncer a través de micro RNA: caso microculus.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 36 de 44	

9. Terapia de cloruro de radio 223.
10. Herramientas de evaluación de tecnologías de base hospitalarias.
11. E-Oncología
12. Pruebas rápidas para la detección de helicobacter pylori.
13. Tendencias de sistemas de información hospitalaria.
14. Tendencias tecnológicas en cáncer.

- **Meta:** Formalizar e implementar la política de gestión de tecnología

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Resolución 00681 del 06 de agosto 2015 la Dirección del Instituto Nacional de Cancerología adopta la Versión 2.0 de la Política del Sistema de Gestión de Tecnología (SGT).

La nueva versión de la Política incluye el manejo seguro de la tecnología con enfoque de riesgo, alineación con el direccionamiento estratégico institucional y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo de la tecnología.

- **Meta:** Porcentaje de incorporación 50%

Cumplimiento: 100%

Resultado: El INC adquirió en promedio el 80% de los equipos biomédicos planeados.

- **Meta:** Reducir la tasa de eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica en un 50%

Cumplimiento: 97%

Resultado: 0,11% de los incidentes y eventos adversos asociados con el uso de dispositivos médicos.

- **Meta:** Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación en salud.

Cumplimiento: 96%

Resultado: Calificación del estándar de Gestión de la tecnología de 3.35 en el octavo ciclo de autoevaluación para la acreditación institucional.

- **Meta:** Asegurar la implementación del 100% de los componentes del sistema de gestión de la tecnología biomédica en el Instituto Nacional de Cancerología y su integración con los procesos institucionales.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Se implementaron los 10 componentes del sistema de gestión de la tecnología:

1. Prospectiva estratégica
2. Planeación estratégica de la tecnología
3. Diagnóstico de capacidades tecnológicas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 37 de 44	

4. Transferencia Tecnológica
5. Desarrollo e innovación
6. Normalización de la tecnología biomédica
7. Tecnovigilancia
8. Evaluación para la adquisición de tecnología biomédica
9. Vigilancia tecnológica
10. Referenciación Tecnológica

- **Meta:** Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas.

Cumplimiento: 0%

Resultado:

Tiempo de parada sobre tiempo de uso (tecnología de niveles IIB y III): 4.21 días

Tiempo de parada por daño de la tecnología en horas (tecnología de niveles I y IIA): 5.56 días

Tiempo de respuesta mantenimiento correctivo tecnología biomédica: 25 horas

2.3.3.3 Objetivo: Garantizar la disponibilidad permanente de tecnologías de soporte a la infraestructura.

- **Meta:** Tiempos de parada de la tecnología de soporte máximo en 5%.

Cumplimiento: 100%

Resultado: menos de 6 horas en el tiempo de parada de las tecnologías de soporte.

- **Meta:** Costos de mantenimiento correctivo máximo en 10% de los costos del equipo.

Cumplimiento: 100%

Resultado: los costos de mantenimiento correctivo fueron en promedio el 6.5% del presupuesto.

- **Meta:** Garantizar la provisión del 100% de los servicios con oportunidad y calidad.

Cumplimiento: 82%

Resultado: El número de días para ejecución de tareas teniendo en cuenta la fecha de inicio de la orden y la fecha finalización de la orden es de 2,36, el total de días de ejecución de las tareas de mantenimiento es de 2681 para un total de ordenes en el periodo de 1133, por lo cual el resultado en la oportunidad en el tiempo de respuesta es positivo ya que se encuentra por debajo de los 5 días. El resultado es satisfactorio teniendo en cuenta que además se han realizado órdenes de mantenimiento solicitadas durante el proceso de visita de secretaría de salud para habilitación

- **Meta:** Garantizar los tiempos de disponibilidad de los equipos de soporte en un 95%

Cumplimiento: 100%

Resultado: 97% de disponibilidad de los equipos de soporte.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 38 de 44	

- Meta:** Reducir los tiempos de respuesta a equipos de soporte a los niveles definidos
Cumplimiento: 100%
Resultado: tiempo de respuesta a equipos de soporte a los niveles definidos en 6 horas.
- Meta:** Implementar energía limpia de paneles solares en un área
Cumplimiento: 0%

2.3.4 Línea Gestión de Imagen Corporativa

2.3.4.1 Objetivo: Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la opinión pública

- Meta:** Impacto en medios masivos mínimo en un 30 por ciento más que el año inmediatamente anterior.
Cumplimiento: 100%
Resultado: 144% de impacto en medios masivos. Radio tenemos un Rating de 225.873, TV Canal Tr3ce: 85.721 + TV digital 81.687 Total de televidentes= 167.408. Total, Rating en medios= 393281
- Meta:** Prensa gratis mínimo en 1500 millones de pesos anuales en ahorro en publicidad.
Cumplimiento: 100%
Resultado: \$38,613 millones de pesos de ahorro en prensa gratis durante la vigencia 2015-2018.

2.3.4.2 Objetivo: Fortalecer la comunicación interna

- Meta:** Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.
Cumplimiento: 88%
Resultado: 88% en el Nivel de conocimiento del plan de desarrollo institucional.
- Meta:** Nivel de conocimiento de políticas (Calidad, comunicaciones, Talento Humano, Modelo de atención) mínimo en 80% de los funcionarios y colaboradores.
Cumplimiento: 95%
Resultado: 95%% en el Nivel de conocimiento del sistema de gestión de la calidad.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 39 de 44	

- **Meta:** Nivel de uso de canales formales mínimo en 50%

Cumplimiento: 100%

Resultado: Se realizaron 185 encuestas de 200 programadas. Se evidenció que al 60.2% les parece una excelente iniciativa los canales internos, el 35.4% interesante iniciativa y solo el 4.4% no había notado la existencia de los canales internos institucionales.

2.3.4.3 Objetivo: Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento

- **Meta:** Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista del área comercial.

Cumplimiento: 88%

Resultado: 84% de satisfacción de las ERP.

- **Meta:** Cumplir en un 100% los tiempos establecidos de acuerdo al tipo de requerimiento (aseguradora).

Cumplimiento: 0%

- **Meta:** Realizar la incorporación en plan de mercadeo de seis (6) servicios innovadores.

Cumplimiento: 100%

Resultado:

Se incluyeron las siguientes unidades, productos o paquetes definidos:

1. salvamento de extremidades
2. Angiografías
3. Pleurectomía toracoscópica con perfusión hipertérmica cavitaria con quimioterapia.
4. Micobacterium Pruebas de Sensibilidad
5. Micobacterium Tuberculosis Identificación reacción en cadena de la polimerasa
6. Resonancia magnética de cerebro con tractografía
7. Resonancia magnética de sitio no especificado
8. Resonancia magnética con perfusión
9. Espectroscopia
10. Cirugía mínimamente invasiva Gastroenterología
11. Cirugía mínimamente invasiva urología,
12. Cirugía mínimamente invasiva torax,
13. Cirugía mínimamente invasiva Ginecología
14. Cirugía mínimamente invasiva cabeza y cuello
15. Atención domiciliaria
16. Transplante alogénico de médula ósea con purificación SOD
17. Transplante alogénico de médula ósea sin purificación SOD
18. Ebus

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 40 de 44	

- Meta:** Implementar las seis líneas de acción definidas en el plan de mercadeo
Cumplimiento: 93%
Resultado: 92.5% en la implementación del plan de mercadeo.
- Meta:** Generar y aplicar ranking al 80% de las entidades contratadas
Cumplimiento: 98%
Resultado: 98% de aplicación del ranking a las entidades contratadas.
- Meta:** Generar el esquema de capacidad instalada del 100% del hospital
Cumplimiento: 100%
Resultado: Se realizó estudio de capacidad instalada que incluyó: Cargas laborales al 100% de los servicios, infraestructura, dotación.

2.3.4.4 Objetivo: Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico

- Meta:** Reducir en un 50% la tasa de eventos adversos atribuibles a la infraestructura y ambiente físico.
Cumplimiento: 50%
Resultado: Se gestionaron los eventos adversos reportados atribuibles a la infraestructura y ambiente físico.
- Meta:** Incrementar la satisfacción de los clientes y usuarios a un 85% (servicio de mantenimiento).
Cumplimiento: 50%
Resultado: 94% en la satisfacción del servicio de mantenimiento. No se realizó medición de satisfacción del cliente externo.
- Meta:** Brindar cobertura oportuna al 100% de requerimientos de mantenimiento correctivo.
Cumplimiento: 91%
Resultado: 90.5% de cobertura de los requerimientos de mantenimiento correctivo realizados con oportunidad.
- Meta:** Brindar cobertura al 100% de las áreas requeridas con mantenimiento preventivo.
Cumplimiento: 87%
Resultado: 87.2% de cobertura en el requeridas de mantenimiento preventivo.
- Meta:** Implementar 4 tecnologías ahorradoras.
Cumplimiento: 50%
Resultado: Se implementaron 2 tecnologías ahorradoras en el INC: dispositivos ahorradores de agua y luminarias LED.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 41 de 44	

- Meta:** Cubrir el 100% de las áreas institucionales con estándares de señalización.
Cumplimiento: 92%
Resultado: 92% de ejecución de la fase III de Señalización Informativa, restrictiva y preventiva en el INC.
- Meta:** Ejecutar planes de accesibilidad en los cinco edificios (administrativo, hospitalización, consulta externa, apoyo, medicina nuclear).
Cumplimiento: 0%
- Meta:** Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.
Cumplimiento: 97%
Resultado: 3.4 en la calificación del estándar de Ambiente físico, en el octavo ciclo de autoevaluación de acreditación.
- Meta:** Diseñar el proyecto de desarrollo de la sede norte.
Cumplimiento: 0%

2.3.4.5 Objetivo: Garantizar total transparencia en el actuar institucional.

- Meta:** Índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%
Cumplimiento: 100%
Resultado: 75% de cumplimiento en componente de transparencia empresarial, de acuerdo con el resultado del FURAG.
- Meta:** Nivel de cultura de autocontrol mínimo en 60%
Cumplimiento: 100%
Resultado:
 100% cumplimiento en las actividades ejecutadas vs las programadas sobre el fomento de la cultura del AUTOCONTROL (2015-2018)
- Meta:** Cumplimiento del programa de auditoria interna en un 90%
Cumplimiento: 100%
Resultado: 95.6% de cumplimiento del programa de auditoria interna
- Meta:** Identificación de factores de riesgo que incidan en actos de corrupción.
Cumplimiento: 100%
Resultado: 85% de cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 42 de 44			

2.3.4.6 Objetivo: Desarrollar un plan de responsabilidad social

- **Meta:** Cumplimiento de metas en responsabilidad social mínimo en 75%

Cumplimiento: 100%

Resultado: La Política de responsabilidad social, tiene en cuenta seis (6) componentes:

1. Docencia. (Eje de acreditación)
2. Investigación y Salud Pública. (Eje de acreditación)
3. Talento Humano. 68% (plan de bienestar y capacitación)
4. Gestión Ambiental. (Eje de acreditación)
5. Transparencia. 75% (FURAG)
6. Filantropía. 100% (escuelita, albergues, día de los niños, casa de cuidados transicionales, vertimientos)

Cumplimiento del eje de acreditación de responsabilidad social 81%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 43 de 44	

1. METAS POR CUMPLIR

Con base a los resultados se determina que las siguientes metas obtuvieron una calificación por debajo del 50% y las que no lograron su cumplimiento en la vigencia:

Eje objetivo para el control del cáncer

Cumplimiento menor al 50%:

- Cobertura de la tamización en población objeto de Colon y recto mínimo en 30%
- Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Colon y recto mínimo en 85%
- Tres unidades funcionales habilitadas mínimo al año.
- Tres (3) IPS por año con programa de servicio paliativo que incluye servicios habilitados por nivel de complejidad

Eje objetivo para el desarrollo de procesos misionales

Cumplimiento menor al 50%:

- Oportunidad en estadificación diagnóstica para pacientes institucionales máximo en 20 días
- Programas nuevos con registro calificado

Metas por cumplir

- Tasa de evento adverso
- Medición de la adherencia a la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente mínimo del Ministerio de Salud y Protección Social (paquetes instruccionales)
- Índice de Infección asociada al cuidado de la salud
- Oportunidad de las publicaciones científicas institucionales relacionados con proyectos

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

Eje objetivo para el desarrollo de procesos apoyo

Cumplimiento menor al 50%:

- Modelo de incentivos en investigaciones y uno a nivel administrativo
- Cumplimiento en la oportunidad de provisión de cargos
- Reducir el ausentismo laboral
- Implementación de tecnologías ahorradoras
- **Metas por cumplir**
- Tiempo de respuesta al mantenimiento correctivo se reduzca y medición de la satisfacción
- Implementar energía limpia de paneles solares en un área
- Plan de accesibilidad en los cinco edificios (administrativo, hospitalización, consulta externa, apoyo, medicina nuclear)
- Proyecto de la sede norte