

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 1 de 58	

INFORME PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2019-2022 SEGUIMIENTO VIGENCIA 2022

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE



Nombre: Carolina Wiesner Ceballos
Cargo: Directora General
Fecha: Febrero 13 de 2022



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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 2 de 58			

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.

Nuestros principios

B | Buen trato

Miramos a los ojos, escuchamos.

O | Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

T | Trabajo en equipo

Trabajamos de manera conjunta.

O | Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

S | Servicio

Ayudamos a los demás.

S | Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

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.

Nuestros valores



Responsabilidad:
Digno de crédito.



Creatividad:
Innovación.



Consideración:
Con los demás.



Compromiso:
Con el Plan de Desarrollo.



Transparencia:
Cero corrupción.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 3 de 58			

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	4
I. Resultados generales por ejes del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022.....	5
1. Resultados del eje de dirección.....	6
2. Eje misional.....	12
3.Eje de apoyo.....	33
Conclusiones y recomendaciones.....	47
Anexo 1. Metas PDI 2019-2022, programadas vigencia 2022.....	48

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 4 de 58			

Introducción

El Instituto Nacional de Cancerología es una entidad 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.

El Instituto cumplió 89 años, y actualmente se desempeña como ente asesor del Ministerio de Salud y Protección Social, hospital de alta complejidad, centro de docencia y centro de investigaciones, convirtiéndose en un organismo de referencia para Colombia y Latinoamérica en el tema del cáncer.

Por lo que se hace necesario articular y armonizar los planes de carácter institucional con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la equidad, contenido en la Ley 1955 de 2019, de tal manera que se obtenga su fortalecimiento estructural y gerencial en el mediano plazo con claros contenidos de eficiencia, economía, transparencia y eficacia institucional.

En las bases del Plan Nacional de Desarrollo quedó establecido que el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología establecerán los objetivos del control del cáncer, específicamente en el control del riesgo, detección temprana, tratamiento integral, cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y desarrollo del talento humano en oncología, y que se tendrá como instrumento esencial la política pública y el plan nacional de cáncer, el cual será revisado y actualizado. De igual manera en las bases del citado plan quedó establecido el fortalecimiento del Instituto Nacional de Cancerología como articulador de la investigación de cáncer a nivel nacional, en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación.

Es importante tener en cuenta que este plan se armoniza con el Plan Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social y con el Plan Nacional de Desarrollo, y pretende cumplir con el objeto social del INC ESE, señalado en el artículo 1º del Decreto 5017 de 2009. La definición de objetivos para el plan de desarrollo fue establecida mediante una estrategia participativa con los funcionarios, colaboradores y demás partes interesadas el INC, así como el resultado del estudio del contexto estratégico, el estudio de prospectiva del INC al año 2032 y los resultados del PDI 2015-2018 definiendo los objetivos, metas e indicadores que surgieron de este análisis.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 5 de 58			

I. Resultados generales por ejes del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022.

En virtud de lo establecido en los Decretos 1876 de 1994 y 5017 de 2009, la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado, aprobó el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) para la vigencia 2019- 2022 el día 28 de mayo de 2019, mediante el Acuerdo 008.El PDI se estructuró en tres ejes: Eje de dirección, eje misional, eje de apoyo, 12 líneas, 46 objetivos estratégicos y 169 metas. En la tabla No. 1 se presentan los resultados comparativos 2019-2022 de cada eje.

Tabla 1. Resultado comparativo del cumplimiento del PDI 2019-2022

Eje	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Dirección	86%	85%	86%	95%
Misional	88%	88%	92%	85%
Apoyo	85%	89%	92%	88%
Cumplimiento general*	86%	87%	90%	89%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

* Cumplimiento ponderado

Para la vigencia 2022 se programaron 149 metas desagregadas por cada uno de los ejes: 21 metas en el eje de dirección, 71 metas en el eje misional y 57 metas en el eje de apoyo, para un cumplimiento del 89% como se muestra en la tabla No. 2.

Tabla 2. Resultados por ejes y líneas del PDI vigencia 2022

Eje	Línea	% cumplimiento promedio	Ponderación por línea	% Cumplimiento ponderado por línea	% Cumplimiento ponderado por eje
1. Dirección		93%		95%	29%
30%	1.1. Gestión de Desempeño Institucional	97%	70%	68%	
	1.2. Imagen Corporativa	90%	30%	27%	
2. Misional		80%		85%	34%
40%	2.1. Atención y Cuidado de Pacientes	61%	25%	15%	
	2.2. Docencia	96%	25%	24%	
	2.3. Investigación	89%	25%	22%	
	2.4. Salud Pública	95%	25%	24%	
3. Apoyo		88%		88%	26%
30%	3.1. Gestión financiera	91%	20%	18%	
	3.2. Gestión del talento humano	85%	20%	17%	
	3.2. Gestión comercial	94%	20%	19%	
	3.3. Gestión de la tecnología	91%	20%	18%	
	3.4. Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	79%	20%	16%	
Cumplimiento general		85%			89%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 6 de 58	

Con base en lo anterior, a continuación, se presentan los resultados desagregados de la gestión de cada eje, líneas estratégicas, objetivos y metas:

1. Resultados del eje de dirección

La gestión organizacional y los componentes relativos a la gestión de la calidad, gestión del riesgo, control interno, planeación, humanización, como se presenta en la tabla No. 3 obtuvo un cumplimiento ponderado del 95%.

Tabla 3. Resultados por objetivos de las líneas de Gestión de Desempeño Institucional e Imagen Corporativa.

Línea	Objetivo	% Cumplimiento
1.1. Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG	100%
	Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores.	100%
	Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión	100%
	Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional.	98%
	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	95%
Total Gestión de Desempeño Institucional		97%
1.2. Imagen Corporativa	Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional.	100%
	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública.	98%
	Desarrollar el plan de responsabilidad social	98%
	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	81%
Total Imagen Corporativa		90%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Resultados por metas:

1.1 Línea estratégica: Gestión de Desempeño Institucional

1.1.1. **Objetivo:** Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 7 de 58			

Meta 1: Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85% (100%)

Indicador:

- El Índice de desempeño institucional para la vigencia 2021 fue de 91.70%. Meta $\geq$ 85%

El índice de desempeño institucional para la vigencia 2021 fue de 91.7, se encuentra por encima del promedio del sector de 87. Realizando una comparación desde el año 2018 a 2021, se evidencia un aumento progresivo alcanzando una mejora de 17.7 puntos, cabe recordar que los puntajes obtenidos durante este periodo fueron: 2018=74 puntos, 2019=79.3, 2020=86.8 y 2021=91.7.

Comparado con las entidades del sector salud, el INC ocupó el segundo (2do) puesto después del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual el Ministerio a través de la estrategia Plan Padrinos otorgó al INC el Primer puesto en la modalidad orientado en el marco del Premio a la Gestión Sectorial FURAG 2020-2021.

Meta 2: Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (100%)

Indicador:

- Se obtuvo certificado de acreditación en diciembre de 2021, dado que al obtener este certificado el INC se encuentra habilitado para la prestación del servicio.

1.1.2. Objetivo: Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores. (100%)

Meta: Cumplir al 100% el plan de humanización. (100%)

Indicador:

- 100% cumplimiento de las actividades programadas en el plan de humanización.

1.1.3. Objetivo: Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión (100%)

Meta: Elaborar el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada.

Indicador:

- El INC trabajó la nueva propuesta organizacional acorde con el redireccionamiento mediante el contrato 0547 de 2021 el cual finalizó el 25 de octubre de 2022. Este contrato entregó los insumos de documentos técnicos que serán presentados al Departamento Administrativo de la Función Pública una vez se obtenga la sanción presidencial. De igual forma serán presentados a la Junta Directiva cuando estén validados por el INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 8 de 58			

1.1.4. Objetivo: Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional. (98%)

Meta: Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional. (98%).

Indicadores:

- Se realizó el 100% de los reportes normativos de acuerdo con la periodicidad definida para cada uno.
Los reportes se entregaron oportunamente de manera trimestral
 - Resolución 256 de 2016. Por medio del cual se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
 - Resolución 4505 de 2012: reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública
 - Decreto 2193 de 2004. En la cual se establecen las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática para la evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

Mensual:

Resolución 1552 de 2013 mediante al cual se reporta la medición de oportunidad de citas, el reporte se entregó oportunamente dentro de los tiempos establecidos

Anual:

Resolución 247 de 2014. Por medio del cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer el reporte se entregó oportunamente dentro de los tiempos establecidos

- Se realizó el 100% de la socialización del procedimiento del sistema de información institucional.
- Se realizaron 6 capacitaciones de SIAI a los usuarios del INC.
- 90% de avance en el desarrollo del módulo de farmacia en SIAI.

1.1.5. Objetivo: Garantizar la transparencia en el actuar institucional. (95%)

Meta 1: Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%. (100%)

Indicador:

- 89.10% Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG) Meta $\geq$ 80%

Meta 2: Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario (100%)

Indicador:

- 100% cumplimiento de las actividades del plan de gestión de control interno disciplinario.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 9 de 58			

1. Publicación de la imagen acerca del Nuevo Código General Disciplinario o Ley 1952 de 2019 con el propósito de actualizar la Ley 734 de 2002, (Código Disciplinario único) y del dircom informativo acerca de Código General Disciplinario Ley 1952 de 2019 modificada por la Ley 2094 de 2021, Título II Disposiciones Generales
2. Socialización mediante correo masivo institucional sobre el Derecho de petición como mecanismo jurídico útil para combatir la corrupción.
3. Charla con el Grupo Gestión Compras y Contratación, en dos (2) sesiones tratándose temas relacionados con las buenas prácticas documentales y falsificación de documentos dentro de los procesos contractuales y sus implicaciones disciplinarias.
4. Socialización mediante correo masivo informativo se dio a conocer del Código General del Proceso, art. 26 La Falta Disciplinaria.
5. Publicación del dircom sobre el Código General Disciplinario (art. 31) causales de exclusión de responsabilidad disciplinaria.
6. Publicación del dircom informativo “Artículo 55 - Faltas relacionadas con el servicio o la función pública”.

Meta 3: Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional (100%)

Indicador:

- Se llevó a cabo el curso acerca del código de integridad cargado en el módulo de inducción y reintroducción del Campus Virtual.

Meta 4: Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo (94%)

Indicador:

- 93,77% de ejecución de auditorías internas y seguimientos el cual se distribuye en 60 auditorías de procesos, 22 auditorías especiales, 95 informes, 18 asesorías y 2 capacitaciones.

Meta 5: Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100% (92%)

Indicador:

- 91,6% de implementación del sistema de gestión basado en riesgos, cuyos resultados fueron:
 - 94% de cumplimiento en el cronograma de riesgos
 - 97,1% en el seguimiento y monitoreo de los riesgos
 - 84,1% de riesgos tratados en el INC.

Meta 6: Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información. (84%)

Indicador:

- 84% en promedio de riesgos tratados.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 10 de 58			

1.2 Línea estratégica de imagen corporativa

1.2.1. **Objetivo:** Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional. (100%)

Meta 1: Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional. (100%)

Indicador:

- El INC cuenta con una ficha técnica de capacidad instalada la cual se encuentra actualizada en SIAPINC y contiene datos generales del instituto, direccionamiento, estructura organizacional, gerencia, ambiente físico, talento Humano, gestión de la tecnología, portafolio de servicios, uso capacidad instalada y docencia.

Meta 2: Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional. (100%)

Indicador:

- Se cuenta con el plan de producción en estructura de plan y en excel que contiene: apoyo diagnóstico, unidades médicas, unidades quirúrgicas, soporte oncológico, oncología radioterápica, apoyo clínico, enfermería oncológica

1.2.2. **Objetivo:** Desarrollar el plan de responsabilidad social. (98%)

Meta: Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%. (98%)

Indicador:

- 97,7% de cumplimiento del plan de responsabilidad, el cual se obtiene de los resultados de las líneas colaboradores, pacientes y sus familias, investigación e innovación, salud pública y docencia.

1.2.3. **Objetivo:** Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública (98%)

Meta 1: Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto (100%)

Indicador:

- 100% ejecución del plan de cooperación.
- Se firmaron 7 convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales.
 1. Convenio de cooperación internacional entre el INC y el Ministerio de Relaciones Exteriores del Reino de los Países Bajos
 2. Memorando de entendimiento entre el Instituto Curie y el INC
 3. Universidad pública del Estado de Louisiana (HEALTH SCIENCES CENTER) Grupo Área Investigaciones. Fecha de firma de las dos partes: 31/Octubre/2022
 4. UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS. Convenio Grupo Área Investigaciones Fecha de firma de las dos partes: 24 de octubre 2022 – 25 de noviembre 202

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 11 de 58			

5. UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS Convenio Grupo Área Investigaciones Fecha de firma de las dos partes: 27 octubre 2022 – 31 diciembre 2024
 6. Convenio marco de Cooperación entre el INC y la Sociedad Clínica de Maicao S.A
 7. Convenio interadministrativo marco de Cooperación entre el INC y la Gobernación del Atlántico
- Participó en la Red de institutos e instituciones nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-AL) para el control de cáncer Reunión llevada a cabo el 12 de julio 2022 a través de teams con el tema de reactivación INC – LATAM.

Meta 2: Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%. (100%)

Indicador:

- El ahorro en prensa gratis terminando la vigencia de los 4 años del PDI, tuvo un ahorro total de \$52.244.623.585 pesos. Meta. \$ 14.300.000.000.
- La figuración en medios de comunicación del año 2022 fue en total de 970 menciones en los diferentes medios de comunicación como radio, televisión, revistas e internet. Meta $\geq$ 63 menciones.

Meta 3: Implementar en el Instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación). (86%)

Indicador:

- 86,4% de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad. Se llevó a cabo la señalización de 19 pisos, quedando pendiente la señalización de 3 pisos por reorganización de las áreas.

1.2.4. Objetivo: Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol. (81%)

Meta 1: Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%. (100%)

Indicador:

- Se realizaron 12 socializaciones mediante Folletos de Autocontrol y autoevaluación enviados por SIAPINC a todos los funcionarios y colaboradores del INC.
- 22 dependencias capacitadas en temas de cultura de autocontrol con enfoque a prevención.

Meta 2: Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%. (98%)

Indicadores:

- 97,97% en el nivel de uso de canales formales internos de pacientes o familiares. Máx. 100%
- 97,69% cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos. Máx. 100%

Meta 3: Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores. (74%)

Indicadores:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 12 de 58			

- El nivel de conocimiento de las políticas institucionales fue del 84,8%. Máx. 100%
- Se obtuvo una cobertura de 62,5% de funcionarios y colaboradores que contestaron la encuesta de políticas institucionales. Máx. 100%

Meta 4: Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores (53%)

Indicadores:

- El nivel de conocimiento de los planes priorizados del INC fue del 90,9%. Máx. 100%
- Se obtuvo un 15% de cobertura de funcionarios y colaboradores que diligenciaron la encuesta de planes priorizados. Máx. 100%

2. Eje misional

El eje misional orientado al fortalecimiento y crecimiento de la atención de pacientes, la investigación, la docencia y las acciones de salud pública, todo ello dentro de la perspectiva descrita en la plataforma estratégica, con base en las metas programadas se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla No. 4

Tabla 4. Resultados por líneas del eje misional

Línea	% cumplimiento promedio
2.1. Atención y cuidado de pacientes	61%
2.2. Docencia	96%
2.3. Investigación	89%
2.4. Salud Pública	95%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

2.1 Línea estratégica de atención y cuidado de pacientes

Tabla 5. Resultados por objetivos de la línea de atención y cuidado de pacientes

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
2.1. Atención y Cuidado de Pacientes	Contribuir al cumplimiento del plan de humanización	100%
	Mejorar la atención a través del modelo de atención centrado en el usuario	100%
	Impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes institucionales	100%
	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	98%
	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes.	97%
	Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer	93%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 13 de 58			

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	92%
	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	47%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

2.1.1. **Objetivo:** Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (100%)

Meta 1: Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (100%)

Indicador:

- 100% cumplimiento de las actividades programadas en el plan de humanización.

2.1.2. **Objetivo:** Mejorar la atención del paciente con cáncer a través del modelo de atención centrado en el usuario. (100%)

Meta 1: Revisar y estandarizar el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) al año 2019. (100%)

Indicador:

- Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo con la clasificación normativa del Triage II en promedio 18.40 minutos.

Los representantes de los usuarios en diversas oportunidades han presentado la problemática de la ocupación del GAICA recomendando como solución la ampliación de la infraestructura solicitud que el grupo directivo del INC no considera pertinente. Ante la reiteración de la solicitud EL comité científico del INC analizo nuevamente dicha solicitud y emitió un concepto en el que revisa la trayectoria histórica de las ampliaciones realizadas, el impacto que dichas ampliaciones han tenido y concluye que: “ *En respuesta a la solicitud de la Junta Directiva el comité científico del INC considera que es necesario intervenir de manera sistémica la sobreocupación del servicio de GAICA mediante el trabajo en red con la red de urgencias de los hospitales y clínicas de la ciudad para la atención de las urgencias no oncológicas antes que ampliar al infraestructura del servicio, Para disminuir la sobreocupación de pacientes con Urgencias no oncológicas en GAICA, se deben además fortalecer los factores determinantes que disminuyen el uso de los servicios de urgencias antes que ampliar la infraestructura, como son, por ejemplo, la atención domiciliaria, la atención prioritaria en consulta externa, el apoyo social, los cuidados paliativos extramurales y la extensión hospitalaria. Teniendo en consideración que el número de atención en el servicios de urgencias ha disminuido, que el tamaño del servicio de urgencias debe ser proporcional a su capacidad resolutoria en términos de la disponibilidad de especialistas médicos y quirúrgicos en oncología, número de salas de cirugías, número de camas de hospitalización, UCI y la red de oferta de servicios de cuidados paliativos y cuidados de soporte al paciente con cáncer, no se recomienda ampliar la infraestructura sino en mejorar las procesos de remisión y contra remisión institucional*”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 14 de 58			

2.1.3. **Objetivo:** Impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes institucionales. (100%)

Meta 1: Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2022. (100%)

Indicadores:

- Se logró establecer una línea base de calidad de vida de los pacientes en cuatro 3 unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala. Este ejercicio se realizó en 7 momentos para cuidado paliativo donde se obtuvo una línea base de 120.3, en este servicio se observó un cambio estadísticamente significativo ($p < 0.05$) en la diferencia de los puntajes obtenidos durante las mediciones lo que muestra que el cuidado paliativo mejora la calidad de vida; seno y tejidos blandos se realizó en 6 momentos, obteniendo como resultado para cáncer de mama de 104,1; gastroenterología 4 momentos con resultado de 140.6 para cáncer de estómago y 3 momentos para cáncer de colon y recto cuyo resultado fue de 105,8.

Para los demás tipos de cáncer (mama, estómago y recto), no se encontró un cambio estadísticamente significativo, lo anterior teniendo en cuenta que estos tipos de cánceres tuvieron menos mediciones y participación de pacientes comparado con cuidado paliativo.

2.1.4. **Objetivo:** Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales (98%)

Meta: Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas. (98%)

Indicadores:

- Se logró realizar la medición de la tasa de supervivencia para 5 patologías seleccionadas.
 - Cáncer estómago: Total casos en seguimiento: 578; la supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 39,1%, 28,3% y 24,0% en su orden.
 - Cáncer mama: Total casos en seguimiento: 821; la supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 85,9%, 74,9% y 68,6% en su orden
 - Cáncer cuello uterino: Total casos en seguimiento: 393; la supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 74,2%, 59,8% y 51,1% en su orden.
 - Cáncer colon y recto: casos en seguimiento: 567, la supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 70,5%, 57,9% y 47,9% en su orden.
 - Cáncer de próstata: casos en seguimiento: 547, la supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 85,7%, 74,9% y 66,6% en su orden.
- 93,2% en promedio de adherencia a guías de práctica clínica de: cáncer de mama 100%, linfomas en adultos 84,8%, leucemias en adultos 87,5% y en leucemia linfocítica aguda en población pediátrica 91,3% de adherencia.
- El promedio de oportunidad de diagnóstico institucional fue de 22,9 días. Meta. 30 días
- El promedio de oportunidad en el inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) desde la estadificación fue de 27 días. Meta 25 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 15 de 58			

2.1.5. Objetivo: Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes. (97%)

Meta: Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días. (97%)

Indicadores:

- 22,92 días de oportunidad de diagnóstico institucional. Meta. 30 días
- 27 días de oportunidad en el inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) desde la estadificación. Meta 25 días
- 81,14% de pacientes cumplen con el tiempo de oportunidad. Meta. 100%

2.1.6. Objetivo: Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer (93%)

Meta: Implementar al 100% el Centro de Gestión integral al Paciente con Cáncer CEGIP en todos los servicios y con todas EAPB con convenio en el INC al año 2020 (93%)

Indicador:

- Promedio de satisfacción del usuario pacientes del INC fue del 93,44%.

2.1.7. Objetivo: Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales. (92%)

Meta 1: Mejorar la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%. (100%)

Indicador:

- 81% de estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica. Meta. $\geq 80\%$

Meta 2: Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente (100%)

Indicador:

- Calificación general de 4 puntos en la encuesta de cultura en seguridad del paciente. Meta. $\geq 3,4$

Meta 3: Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados). (100%)

Indicador:

- Por cada 1000 días estancia se presentan en promedio 41,7 eventos adversos de paciente hospitalizado. Máx. 50

Meta 4: Garantizar la calidad del registro de la historia clínica (100%)

Indicador:

- Se evaluaron un total de 3134 historias clínicas, incluyendo 1365 ambulatorias y 1769 de enfermería para un 96,72% en promedio de cumplimiento del diligenciamiento. Meta. $\geq 80\%$

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 16 de 58			

Meta 5: Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales. (59%)

Indicador:

- En promedio el 58,82% de los indicadores de los paquetes instruccionales cumplen con la meta definida. Máx.100%

2.1.8. Objetivo: Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente. (47%)

Meta 1: Posicionar las cirugías de alta complejidad (microcirugía, sugar baker, salvamento de extremidades, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía laparoscópica avanzada, cirugía por navegación) en el contexto nacional (2020-2022) (100%)

Indicadores:

- El INC tiene una alta calidad en realización de cirugías de alta complejidad que pudieran realizarse en mayor numero si tuviera una mayor visibilidad entre la población Del total de cirugías realizadas el 12% son las relacionadas con microcirugía, sugar baker, salvamento de extremidades, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía laparoscópica avanzada, cirugía por navegación

Meta 2: Mejorar la calidad de la atención en pediatría de niños con leucemia agudas en pediatría implementada en el año 2022. (100%)

Indicador:

- Se logró el 82% en la gestión del programa para fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC - Mejorar supervivencias. Meta 100%

Meta 3: Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (94%)

Indicadores:

- En promedio se presentaron 1,92% de reintervenciones quirúrgicas. Máx. 5%
- La ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) en promedio fue de 61,57%. Máx. 90%
- En promedio para el año 2022 se presentaron 0,48 eventos adversos o complicaciones por cada 100 pacientes.
- El promedio de cancelación de cirugía programada fue de 7,98%. Máx. 12%
- La oportunidad inicio de tratamiento de cirugía fue de 46,3 días en promedio de los cuales 21,1 días de inicio de tratamiento de cirugía del INC y 25,2 días por otros motivos. Máx. 55 días

Meta 4: Innovación en el servicio de medicina nuclear y radiofarmacia como estrategia para mejorar la competitividad (2019-2022). (90%)

Indicador:

- Se produjeron los radiofármacos 68Ga-PSMA, 177Lu-PSM y 11C para medicina nuclear.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 17 de 58	

- 79% de cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer. Meta 100%

Meta 5: Optimizar el programa de cirugía ambulatoria. (85%)

Indicadores:

- Del total de cirugías realizadas el 35,7% fueron ambulatorias. Máx. 42%

Meta 6: Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá. (82%)

Indicador:

- Se logró el 82% en la gestión del programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC - Mejorar supervivencias. Meta 100%

Meta 7: Implementar la unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto al año 2021 (73%)

Indicadores:

- Se logró el 73% de avance en la implementación de la unidad ambulatoria de atención prioritaria al paciente con cáncer adulto. Meta 100%

Meta 8: Diseñar, implementar y evaluar el proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente con las siguientes técnicas y procedimientos (técnica TBI - Total Body Irradiation-, técnica TSEB -Total Skin Electrón Beam- -, IMRT, IGRT, VMAT, radiocirugía intra y extracraneal de mínimo 4 localizaciones, protocolo de procedimiento en salud en braquiterapia ginecológica conformacional, radioterapia intraoperatoria, protonterapia). (63%)

Indicadores:

- Los protocolos de las técnica TBI y TSEB fueron aprobado en comité científico de acuerdo con el acta 011 de 2022.
- Se obtuvo un 68,7% de incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) en pacientes de radioterapia. Meta. 60%
- Se logró el 100% de implementación de la radiocirugía como técnica avanzada de administración de tratamiento a 53 pacientes de radioterapia. Meta 100% (40 pacientes)
- Se logró incorporar el 51,3% el procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional. Meta. 50%
- La programación de los pacientes para la implementación de la técnica TBI se realizarán durante la vigencia 2023.
- No se logró la medición del porcentaje de incorporación de localizaciones de radioterapia intraoperatoria ni la elaboración del documento de análisis de viabilidad en la implementación de protonterapia presentado.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 18 de 58			

Meta 9: Mejorar la atención y oportunidad en la clínica de dermatología en carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma implementado al año 2022. (49%)

Indicador:

- Se gestionaron el 49% de las actividades del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma. Meta 100%

Meta 10: Evaluar el programa de cirugía asistida por robot al año 2019. (60%)

- Se llevó a cabo la medición para determinar la línea base de la frecuencia de complicaciones en pacientes de alta complejidad
- La estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en promedio fue de 12,49 días. Máx. 10 días
- No se realizó la medición de la comparación de morbilidades de cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas.

Meta 11: Diseñar e implementar según fases establecidas el programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos (21%)

Indicadores:

- Se avanzó el 42% en la construcción física, instalación de equipos e implementación de la producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos. Meta 100%
- Producción automatizada de tres (3) radiofármacos terapéuticos.

Meta 12: Crear la unidad de clínicas endoscópicas al año 2022. (15%)

Indicador:

- Se obtuvo un avance del 15% en la implementación del programa de clínicas endoscópicas, dado que a diciembre 31 de 2022 para la actividad adecuación y ampliación de servicio de gastroenterología sexto piso edificio de consulta externa se realizó el proceso de adjudicación del contrato C0547.2022; la ejecución de la primera fase de la obra inició a partir del mes de diciembre la cual tiene una duración de 2.5 meses.

Meta 13: Implementar un programa de inducción para el manejo intensivo del paciente hematológico (0%)

- No se elaboró el curso en manejo intensivo del paciente hematológico, por lo cual no fue posible la medición de la implementación del curso y la medición de cobertura.

Meta 14: Implementar un programa de capacitación en el manejo de enfermería del paciente hematológico al 2022. (0%)

Indicadores:

- No se elaboró el curso para manejo de enfermería del paciente hematológico, por lo cual no fue posible medir la implementación ni cobertura del curso.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 19 de 58			

Meta 15: Crear una red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer al año 2021 (0%)

Indicador:

- No se realizó la implementación de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario.

Meta 16: Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios en al menos cuatro ciudades del país (2019-2022) (0%)

Indicador:

- No se definieron protocolos para la vigencia. Meta. 2

Meta 17: Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de seguridad del paciente. (0%)

Indicador:

- Durante la vigencia no fue posible realizar la medición de los estándares de habilitación que aplican para la atención y seguridad del paciente. Meta. 100%.

Meta 18: Crear seis (6) clínicas de excelencia en neoplasias en Hemato linfoides (mieloma múltiple, leucemia mieloide, mieloide crónica, linfoma cutáneo y fotoféresis, leucemias agudas) durante la vigencia 2020-2022. (0%)

Indicador:

- La clínica de excelencia ha sido presentada en Comité Científico Institucional y cuenta con aprobación oficial del mismo. Actualmente se encuentra a la espera de asignación de presupuesto y recurso humano para iniciar su funcionamiento, por lo tanto, a la fecha no se cuenta con pacientes establecidos dentro de la cohorte oficial de la clínica, por lo anterior no fue posible realizar la medición de los indicadores de atención de pacientes con diagnóstico mieloma múltiple, leucemia mieloide, linfoma cutáneo y leucemias agudas, al igual que el porcentaje de pacientes en inducción dentro de la unidad de hematología y la medición de la supervivencia en neoplasias en Hemato linfoides.

2.2 Línea estratégica de Docencia

En la tabla No. 6 se presentan los resultados obtenidos en el cumplimiento de las metas programadas en cada uno de los objetivos de la línea de docencia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 20 de 58			

Tabla 6. Resultados por objetivos de la línea de docencia

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
2.2. Docencia	Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales)	100%
	Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión)	100%
	Obtener el reconocimiento como hospital universitario	95%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

2.2.1. Objetivo: Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales). (100%)

Meta 1: Obtener el registro calificado para dos (2) nuevos programas académicos de subespecialidad oncológica al año 2022. (100%)

Indicador:

- En el comité de educación médica del mes de marzo de 2022 fue aprobada la especialidad de Cirugía de tórax de la Universidad El Bosque como programa académico base INC, por lo que se realiza la incorporación de los estudiantes del programa como nuevos especialistas en entrenamiento INC.

Meta 2: Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica. (100%)

Indicador:

- Se logró el entrenamiento de 149 especialista de primera y segunda especialidad durante la vigencia 2022. Meta ≥ 50
- Se realizó la renovación del registro calificado programa dermatología oncológica Universidad Militar Nueva Granada – Instituto Nacional de Cancerología

2.2.2. Objetivo: Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión) (100%)

Meta 1: Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC. (100%)

Indicador:

- El 97% de perfiles de los profesionales eran pertinentes al tema del curso de prevención y detección temprana. Meta. 90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 21 de 58			

Meta 2: Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC. (100%)

Indicador:

- Se realizaron las actividades del plan anual de educación continuada y de extensión del INC, las cuales incluían Webinar en temas de cáncer pediátrico calidad de vida sobrevivientes de cáncer pediátrico siglo XXI, Detección temprana de cáncer de cuello uterino, colon y recto, cáncer de próstata, cáncer de piel, cáncer de mama, cáncer gástrico, cáncer de pulmón, técnicas inspección vía biliar, inspección visual vía vili. De igual forma se realizó el I simposio de especialistas en entrenamiento del INC y el taller de implementación de la Red Nacional de Investigación en Cáncer.

2.2.3. Objetivo: Obtener el reconocimiento como hospital universitario.(95%)

Meta 1: Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia. (95%)

Indicadores:

- Se logró obtener el 96,82% en promedio de adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación.
- Se obtuvo una cobertura del 99,5% en la inducción virtual para estudiantes del INC.
- Se logró el 80% de avance en la certificación en altos estándares de acreditación de calidad en docencia.
- Se realizó el informe de seguimiento con resultados de los indicadores asociados a la política de docencia, el cual concluye que los 7 indicadores asociados a la política cumplen con las metas definidas. Estos indicadores son: porcentaje de Satisfacción con las prácticas formativas, relación docente – estudiante, porcentaje de cobertura de inducción para estudiantes del INC, porcentaje de ejecución de actividades del proyecto Hospital Universitario, porcentaje de ejecución del plan anual de educación continuada INC, porcentaje de la satisfacción con la gestión de los convenios y oportunidad en la entrega de material bibliográfico.

Meta 2: Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2022. (94%)

Indicadores:

- El 23,81% de docentes del INC cuentan con formación de posgrado en docencia universitaria Meta. 30%
- El 94,81% de docentes del INC tienen reconocimiento de las Instituciones de educación superior (IES). Meta. 100%
- El 100% de docentes de planta del INC tienen funciones de docente en el cargo de acuerdo con el manual de funciones institucional. Meta. 100%
- En promedio el 81,29% de docentes de planta del INC cuentan con clasificación docente. Meta. 80%
- El 26,82% de los programas académicos de salud de los cuales el INC tiene convenios docencia servicio se encuentran acreditados en calidad educativa. Meta. 40%
- 97,51% en promedio de satisfacción con las prácticas formativas. 1080 encuestas realizadas durante la vigencia 2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 22 de 58			

- Se logró la adecuación y dotación de las áreas físicas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC, en las cuales se encuentran: el área de descansos médicos, mantenimiento locativo en la biblioteca de la institución, para conformar los espacios de oficinas, (Co-creción), laboratorios y toma de muestras, adquisición de un sistema audiovisual.
- El 99,2% de los comités docencia servicio fueron realizados en la vigencia.
- Se presentaron dos reportes periódicos a docencia de información de ingresos, costos y gastos.
- Se logró cumplir con el 100% del plan de bienestar para el personal en formación. Meta $\geq 90\%$
- Se avanzó en un 74% la implementación del plan de desarrollo docente del INC a 2022 (acumulado 2019-2022). Meta. 50%

2.3 Línea estratégica de investigación

En la tabla No. 7 se presentan los resultados obtenidos en el cumplimiento de las metas programadas en cada uno de los objetivos de la línea de investigación relacionados con la producción científica, gestión de los comités de ética y editorial, y en general, de la gestión de la investigación.

Tabla 7. Resultados por objetivos de la línea de Investigación

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
2.3. Investigación	Mejorar el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCTI)	100%
	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	99%
	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	99%
	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	89%
	Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto	58%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

2.3.1. **Objetivo:** Mejorar el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCTI). (100%)

Meta 1: Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI). (100%)

Indicadores:

- El promedio de factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones del INC fue de 4,30. Meta 2
- Se logró mejorar a 6,27 el factor de impacto en integración del conocimiento. Meta. 3

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 23 de 58			

2.3.2. **Objetivo:** Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación. (99%)

Meta 1: Mantener el certificado de buenas prácticas clínicas - BPC en investigación. (100%)

Indicador:

- Se mantiene la certificación de cumplimiento de BPC en investigación.

Meta 2: Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional (100%)

Indicador:

- Se implementó en un 100% el proceso de investigación rediseñado.
- Se logró el 100% en la cobertura de las socializaciones sobre el proceso de investigación rediseñado en los grupos donde se realizan actividades de investigación. Meta 100%

Meta 3: Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación. (100%)

Indicador:

- Se logró que el 97% de proyectos cumplen con las actividades del cronograma. Meta. 100%
- Se logró cerrar el 73,44% de estudios de investigación activos durante la vigencia 2019-2022. Meta 70%

2.3.3. **Objetivo:** Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación. (99%)

Meta 1: Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer. (100%)

Indicadores:

- Se realizaron 5 capacitaciones técnico-científicas de los investigadores de la Red. Meta 4
Las capacitaciones realizadas fueron en temas relacionados con: 1) la identificación de los objetos de misión Cáncer; 2) Conceptos y nociones de innovación; 3) "Expectativas para investigación en cáncer en Colombia"; 4) "Primer encuentro virtual de estudiantes de postgrados con enfoque en investigación en cáncer" y 5) Capacitación en Investigación e Innovación orientada por misiones – IIOM.
- Se elaboró el proyecto de investigación con la red "Nanobiosensores electroquímicos ultrasensibles para la monitorización de un panel de marcadores tumorales asociados al diagnóstico temprano de cáncer de colon, en el punto de atención" con uso de muestras del BNTTF. Meta 1
- Se desarrolló un proyecto de investigación nuevo de la red nacional de investigación en cáncer titulado "Análisis del transcriptoma de célula única de metaplasia intestinal en cuatro departamentos de Colombia 2022-2025". Meta. 1

Meta 2: Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cáncer. (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 24 de 58	

Indicadores:

- Se logró formalizar 6 acuerdos de cooperación internacional de investigación en cáncer. Meta 2
 - Dos acuerdos con la Universidad Estatal de Luisiana - Nueva Orleans
 - Dos acuerdos con la University of California, DAVIS
 - Un acuerdo con la Universidad de Queen
 - Un acuerdo con la International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Se realizaron 2 capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones. Meta 2
 - Capacitación técnico-científica para transferencia de conocimiento en la pasantía doctoral Core de Genómica Traslacional del Louisiana Cancer Research Center
 - Capacitación técnico-científica para transferencia de conocimiento en la pasantía del laboratorio en el Centro de Genómica y Ciencias Biomédicas, de la Universidad de California Davis (UC Davis).
- Se elaboraron 6 proyecto de investigación nuevos producto de los acuerdos de cooperación internacional. Meta. 2
 1. Perfil molecular e inmunológico del cáncer de mama triple negativo en pacientes Colombianas con diferentes ancestrías - Universidad Estatal de Luisiana - Nueva Orleans
 2. Firmas de splicing alternativo con valor pronóstico para cáncer colorrectal en población latina - UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS
 3. Perfil de mutaciones en genes de reparación y su asociación con subtipos moleculares e infiltrado inmune en cáncer de mama triple negativo y cáncer de ovario en mujeres colombianas. - UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS
 4. Identificación de posibles biomarcadores en muestras de orina para la detección temprana de pacientes con adenocarcinoma de próstata clínicamente significativo. Un estudio multicéntrico en Colombia" - Universidad Estatal de Luisiana - Nueva Orleans
 5. Implementación y utilización de la cirugía colorrectal asistida por robot en América Latina: un informe colaborativo - Universidad de Queen
 6. Estudio multicéntrico para el tamizaje de cáncer de cuello uterino y triage con las pruebas del virus del papiloma humano (ESTAMPA) - International Agency for Research on Cancer (IARC)
- Se realizaron 4 proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF
 1. Perfil molecular e inmunológico del cáncer de mama triple negativo en pacientes Colombianas con diferentes ancestrías. - Universidad Estatal de Luisiana - Nueva Orleans
 2. Firmas de splicing alternativo con valor pronóstico para cáncer colorrectal en población latina - UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS
 3. Perfil de mutaciones en genes de reparación y su asociación con subtipos moleculares e infiltrado inmune en cáncer de mama triple - UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS
 4. Identificación de posibles biomarcadores en muestras de orina para la detección temprana de pacientes con adenocarcinoma de próstata - Universidad Estatal de Luisiana - Nueva Orleans

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 25 de 58			

Meta 3: Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cancer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales. (95%)

Indicadores:

- En diciembre de 2022 fue sometido ante el Comité de ética en Investigaciones del INC el proyecto nuevo con la red de investigación internacional SWOG llamado: EA8134: Estudio Internacional en Cáncer Avanzado de Pene (Estudio de la Iniciativa Internacional Respecto a Cánceres Raros) – InPACT, bajo radicado R02140-22 de la plataforma MetricsMed.
- Se presentaron 7 perfiles de idea en SWOG. Meta. 3

2.3.4. Objetivo: Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia. (89%)

Meta 1: Desarrollar dieciséis (16) nuevos proyectos de investigación institucional o de transferencia de conocimiento en cánceres prioritarios para el país, orientados al fortalecimiento de las 8 líneas de investigación vigentes, con participación transdisciplinar. (100%)

Indicadores:

- Se desarrollaron 68 proyectos de investigación o de transferencia de conocimiento de acuerdo con las líneas de investigación (acumulado 2019-2022). Meta. 16 acumulados
 - Aspectos psicosociales y calidad de vida: 8
 - Biología del Cáncer en la Población Colombiana: 8
 - Control del riesgo y detección precoz del cáncer en Colombia: 10
 - Diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia: 30
 - Servicios oncológicos en Colombia: 2
 - Epidemiología descriptiva y sistemas de vigilancia del cáncer: 8
 - Etiología del cáncer en Colombia: 1
 - Actuar político y cáncer: 1
- Se logró elaborar 15 nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases IIB a IV). Meta. 4
Se logró realizar 113 ponencias en eventos científicos, de las cuales 74 fueron científicos, 27 académicos y 12 institucionales. Meta. 40

Meta 2: Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas. (100%)

Indicadores:

- Fueron aprobados 42 artículos científicos en revistas cuartil (Q1, Q2, Q3, Q4) de ISI.
- 2,81 artículos científicos fueron aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo dedicado en la subdirección de investigaciones. Meta. 2
- Se logró que la oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre fuera de 6,7 meses. Meta. ≤18 meses
- Se logró el 16,67% de incremento en las publicaciones indexadas internacionales. Meta. 10%

Meta 3: Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación. (50%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 26 de 58			

Indicadores:

- Se realizaron 3 postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas. Meta. ≥ 3
 - Dos postulaciones a la convocatoria No 920-2022 de Minciencias con el proyecto: “Ecosistemas científicos en alianza que fortalezcan las capacidades nacionales en modelos de atención integral para la prevención, detección temprana tratamiento y rehabilitación integral del control del cáncer en Colombia” con dos proyectos.
 - Una postulación para la obtención de recursos ante la American Association for Cancer Research en el Program: AACR MONARCA (Maximizing Opportunity for New Advancements in Research in Cancer) Grant for Latin America con un proyecto.
- Se gestionó la obtención de recursos de fuentes externas para la financiación de proyectos, sin embargo, no fue posible la obtención de estos recursos para la vigencia.

2.3.5. **Objetivo:** Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto. (58%)

Meta 1: Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética. (66%)

Indicadores:

- La oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética fue de 38,9 días. Meta ≤ 50 días
- Frente al año 2021 la oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética disminuyó en un 3,12%. Meta. Disminuir 10%

Meta 2: Mejorar la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC. (53%)

Indicadores:

- La oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC fue de 111 días para la vigencia 2022. Meta. ≤ 110 días
- Se presentó un aumento del 3,9% en la oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC. Meta. Disminuir 5%
- Se realizó el cargue de la información de los volúmenes publicados por la Revista del año 2021 en la plataforma de Publindex. Sin embargo, para el año 2022 MinCiencias no abrió convocatoria, logrando el 60% de avance en la gestión para la indexación en Publindex de la Revista Colombiana de Cancerología.

2.4 Línea estratégica Salud pública

La salud pública en el INC abarca temas como vigilancia epidemiológica, promoción y prevención, detección temprana, políticas y movilización, las cuales tienen unos objetivos cuyos resultados se evidencian en la tabla No. 8

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 27 de 58			

Tabla 8. Resultados por objetivos de la línea de salud pública

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
2.4. Salud Pública	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	100%
	Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país	100%
	Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia	100%
	Contribuir al incremento de la cobertura de tamización en cáncer en el país	100%
	Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social.	100%
	Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	100%
	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer	92%
	Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer	50%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

2.4.1. **Objetivo:** Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país. (100%)

Meta 1: Diseñar y realizar un (1) proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo e implementarlo en dos entidades durante la vigencia 2021-2022. (100%)

Indicadores:

- Se realiza prueba piloto en el Instituto Nacional de Cancerología (Prestador 1) y en la Clínica Maicao (Prestador 2). Meta. 2

2.4.2. **Objetivo:** Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país. (100%)

Meta 1: Definir metodología al año 2020 y medir la oferta de talento humano en oncología del país para el 2022. (100%)

Indicadores:

- Se elaboró el documento titulado “Fuerza laboral en Oncología, parte 1, oferta teórica”, el cual hace parte del proyecto de investigación institucional “Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas y subespecialistas en oncología en Colombia para el año 2021 y escenarios futuros”, que busca identificar las brechas entre la oferta real y la demanda potencial de especialistas y subespecialistas para la atención de pacientes con cáncer en Colombia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 28 de 58			

Meta 2: Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer. (100%)

Indicadores:

- Durante el año 2022 se avanzó en la consolidación de los marcos de colaboración institucional con la Sociedad Medica Clínica Maicao, Gobernación del Atlántico con el CACE Pediátrico y . ESE Universitaria del Atlántico sede adultos.

Meta 3: Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos (100%)

Indicadores:

- Se realizaron 6 asistencias técnicas durante la vigencia, las cuales se relacionan a continuación:
 1. Proyecto " Unidad de oncología de la sociedad médica clínica de Maicao S.A.
 2. Implementación modelo UFCA (Unidad Funcional para la Atención Integral del Cáncer) en la clínica oncológica Aurora- Pasto.
 3. Sociedad médica Clínica Maicao.
 4. Conformación unidad de Oncología Pediátrica. ESE Universitaria del Atlántico
 5. Seguimiento al Convenio Marco de Cooperación.
 6. Centro Cancerológico del Caribe, Clínica San Martín.
- Se logró el 100% en la implementación del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológico (acumulado a 2022) cuyos actores involucrados fueron Sociedad Medica Clínica Maicao (La guajira), Gobernación del Atlántico, secretaria departamental de salud y Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil (Conacai).

2.4.3. Objetivo: Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia. (100%)

Meta: Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio. (100%)

Indicadores:

- Se realizaron visitas a 4 instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados. Meta. 4
 1. Hospital de Tunjuelito, visita realizada el 11 de enero de 2022.
 2. Hospital San Blas, visitas realizadas los días 17,18 y 31 de agosto de 2022.
 3. Centro de Atención Prioritaria en Salud-CAPS José María Carbonell, visita realizada 24 de agosto de 2022.
 4. Hospital Engativá, visita realizada el día 03 de noviembre de 2022.

2.4.4. Objetivo: Contribuir al incremento de la cobertura de tamización en cáncer en el país. (100%)

Meta: Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados. (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 29 de 58			

Indicadores:

- Se realizaron 3 cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados agrupados en tres cohortes, primera cohorte (Región Andina), segunda cohorte (Región Caribe y Pacífico) y tercera cohorte (Región Orinoquia y Amazonia). Meta. 3
- Se realizaron brigadas de prevención y detección temprana en San Juan del Cesar – La Guajira, Sincelejo – Sucre y en Arjona – Bolívar. Meta. 3
- El resultado de las pruebas de tamización en las brigadas realizadas fue del 9% positividad. De los 151 pacientes tamizados en las brigadas de detección temprana en los departamentos de la Guajira, Sucre y Bolívar se encontraron 14 casos positivos para cáncer de piel no melanoma.

2.4.5. **Objetivo:** Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social. (100%)

Meta 1: Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer. (100%)

Indicador:

- Se realizaron 4 documentos técnicos con la postura institucional con base en información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos para el control del cáncer
 1. En el día mundial contra el cáncer: " juntos por el control del cáncer en Colombia".
 2. Documento con los aportes de participación en la Mesa Intersectorial para el Control del Tabaco: espacio gubernamental que lidera la Cancillería, se ha venido aportando técnicamente a la construcción del Decreto de la formalización de dicho espacio.
 3. Documento del concepto técnico institucional "Proyecto de Ley 031 de 2022 Senado " Por medio del cual se reconocen como sujetos de especial protección constitucional a las personas que padecen cáncer.
 4. Documento técnico: 10 Razones para triplicar el impuesto al consumo de tabaco y crear impuestos a vapeadores y cigarrillos electrónicos.

Meta 2: Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer. (100%)

Indicadores:

- Durante la vigencia se realizaron 4 de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa, las cuales se relacionan a continuación:
 1. Acción de influencia sobre Proyecto de Ley 223 de 2021 Cámara.
 2. Acción de influencia sobre Proyecto de Ley 306 de 2021 Cámara-367 2022 Senado.
 3. Diálogo con legisladores sobre la necesidad de triplicar el impuesto al consumo del tabaco y crear un impuesto para vapeadores y cigarrillos electrónicos. Diálogo con medios de comunicación sobre la necesidad de triplicar el impuesto al consumo del tabaco y crear un impuesto para vapeadores y cigarrillos electrónicos.
 4. Proyecto de ley 128 de 2022 de Cámara "Por medio de la cual se modifica la ley 1335 de 2009, se adiciona un capítulo y se dictan otras disposiciones" acumulado con Proyecto de Ley 140 Cámara "Por medio del cual se modifica la ley 1335 de 2009 y se dictan otras disposiciones".

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 30 de 58			

- Se realizaron las siguientes acciones de réplica a los medios de comunicación:
 - Replica a Réplica a la noticia del 18 a 24 de marzo de 2022, titulada: “El cáncer de cuello uterino, amenaza fatal”. Juan Guillermo Herrera Morales. Director Periódico del Meta.
 - Réplica a la noticia del 29 de marzo de 2022, titulada: “Síntomas y signos del cáncer colorrectal”. Editora El Nuevo Día.
 - Réplica a la noticia del 30 de agosto de 2022, titulada: “¿cuáles son los cánceres que más muertes causan en Colombia?”.

Meta 3: Presentar los objetivos y metas de las líneas estratégicas para el plan decenal para el control del cáncer 2022-2031. (100%)

Indicadores:

- Se elaboró el documento técnico del Plan Decenal 2022-2031, el cual contiene la integración de planes, el componente de cáncer Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y la Resolución 1013 de 2022 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

2.4.6. Objetivo: Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer. (100%)

Meta 1: Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional (100%)

Indicador:

- Durante la vigencia se realizaron asistencias técnicas a: 1) PRC Neiva (registro nuevo). En este componente teórico también se invitó a participar al personal del RPC de Antioquia, quienes se conectaron de manera virtual a todas las sesiones y 2) asistencia técnica: Curso virtual “Uso de CanReg5 como plataforma de recolección y herramientas de análisis para los registros de cáncer”. Este curso se generó de forma colaborativa entre Instituto Nacional de Cancerología de Colombia y la Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer – GICR - Nodo regional de América Latina.

Meta 2: Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer. (100%)

Indicador:

- Se realiza la actualización de incidencia de cáncer en Infocancer para 2022. Los Registros Poblacionales de Cáncer actualizaron las bases de datos de incidencia periodo 2013-2017 (último quinquenio disponible) y algunos de ellos hicieron actualización de los datos del quinquenio 2008-2012. El RPC Cali tuvo una reciente incorporación al sistema, con la inclusión inicial de datos de incidencia periodo 2008-2012. La actualización de los datos de mortalidad por cáncer se realizó con la última información disponible de Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, año 2020.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 31 de 58			

Meta 3: Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer (100%)

Indicador:

- Se tienen convenios con los registros poblacionales de Pasto, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Neiva.

Meta 4: Implementar al menos dos (2) nuevos registros poblacionales y consolidar un registro poblacional a nivel nacional. (100%)

Indicador:

- Se implementó y consolidó el Registro de Cáncer de Base Poblacional de Antioquia - Medellín en 2021. Adicionalmente, el RPC Neiva en el marco de la convocatoria de nuevos registros de cáncer de base poblacional, la vinculación por medio de un convenio interadministrativo entre el INC y la Universidad Surcolombiana.

Meta 5: Obtener la adherencia del registro de cáncer de base poblacional de Cali en Infocancer. (100%)

Indicador:

- El registro poblacional de cáncer de Cali RPCC se unió como miembro de Infocancer el 20 de enero de 2022.

Meta 6: Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente (100%)

Indicador:

- Anuario Estadístico 2021, se encuentra publicado en la página web del INC.

Meta 7: Mantener la vigilancia de la supervivencia poblacional en los cánceres priorizados en Colombia (mama, cuello uterino, estómago, colon y recto y próstata) (100%)

Indicador:

- Se elabora documento con los aportes del Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto a las estimaciones de sobrevida de base poblacional para Colombia.
- Se cuenta con datos de los registros poblacionales de cáncer de la ciudad de Barranquilla, sobre los proyectos desarrollados en supervivencia poblacional durante los años 2019-2022. Proyectos: Perfil epidemiológico y supervivencia del Melanoma Acral Lentiginoso en Colombia. Estudio Multicéntrico 2013-2022 e Identificación de factores sociodemográficos, biológicos y de los servicios de salud asociados con un mejor impacto en la sobrevida de cáncer de seno en Colombia

2.4.7. Objetivo: Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer. (93%)

Meta 1: Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia. (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 32 de 58			

Indicador:

- Mediante informe se realiza análisis de la información disponible a la fecha sobre cáncer ocupacional en Colombia al año 2022.

Meta 2: Mantener el monitoreo de la vacunación contra el cáncer de cuello uterino. (100%)

Indicador:

- Se realiza medición de la prevalencia de genotipos virales, que a nivel general se obtuvo como resultado: D
De 193 mujeres entre los 23 y 34 años, el 36,78% de las mujeres tuvo tipificación para VPH negativa, no se identificó ningún serotipo en la muestra recolectada. En las demás mujeres se identificó algún serotipo del virus, obteniendo que del total de la muestra recolectada (193), el 23,83% tuvo un resultado positivo para algún serotipo de alto riesgo, en el 22,79% de las mujeres se identificaron tipos de alto y bajo riesgo, y en el 13,98% se identificaron únicamente tipos de bajo riesgo, el 2,59% restante tuvo un resultado de VPH positivo no determinado (5 mujeres fueron positivas para genotipos no determinados).

Meta 3: Implementar 2 estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general. (100%)

Indicador:

- Se elabora la propuesta de asistencia técnica para la implementación de una clínica de cesación tabáquica y el documento de implementación del piloto de clínica de Cesación tabáquica.

Meta 4: Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer. (100%)

Indicador:

- Fueron aprobados 2 proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer titulados: 1) Prácticas, experticias y aceptación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en una comunidad rural de Colombia, 2022; 2) Programa "Generación, desarrollo, evaluación y propuesta de implementación de un programa multimodal y contextualizado para incrementar la cobertura de la vacuna contra el VPH en cuatro regiones de Colombia"

Meta 5: Diseñar e implementar el Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia. (90%)

Indicador:

- Se logró el 90% de avance en la implementación de la aplicación informática web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia. Meta. 100%
- El Plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH se implementó en un 50% (acumulado), en el año 2020 se formuló el plan, en 2021 se formuló el programa piloto y para el año 2022 se desarrollaron las actividades programadas en dicho plan. Meta. 50% acumulado

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 33 de 58			

Meta 6: Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país. (80%)

Indicador:

- Se implementa la Estrategia No fumar.
- El avance en la elaboración de la guía de práctica clínica de cáncer de pulmón para la vigencia 2022 fue del 40%.
- Se logró implementar al 100% estrategias de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC.

3. Eje de apoyo

El porcentaje de cumplimiento ponderado de las líneas que componen el eje de apoyo es del 88%, el cual se desglosa a continuación:

3.1. Línea estratégica gestión financiera

Tabla 9. Resultados por objetivos de la línea de Gestión Financiera

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
3.1. Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	94%
	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	90%
	Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios	83%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

3.1.1. Objetivo: Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC. (94%)

Meta 1: Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos. (100%)

Indicadores:

- El día 26 de enero del 2022 fue publicado en la página del SECOP II el Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2022.
- Se consolida el plan anual de necesidades inicial del año 2023 y se aprueba el plan anual de adquisiciones 2023 en el comité de apoyo a la actividad contractual.
- Se logró el 98,87% de ejecución del plan anual de adquisiciones. Meta 100%
- El promedio de oportunidad del proceso de contratación de aprobación de cotización fue de 18,34 días.
- La oportunidad en el proceso contratación para convocatoria pública en promedio fue de 62,15 días. Máx. 70 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 34 de 58			

- En promedio fueron 40,38 días de oportunidad para el proceso de contratación directa. Máx. 50 días
- La oportunidad proceso contratación de invitación a cotizar en promedio fue de 50,19 días. Máx. 60 días

Meta 2: Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos. (88%)

Indicadores:

- Se logró el 88,2% de cobertura en la capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos. Máx. 100%

Meta 3: Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual. (85%)

Indicadores:

- Se logró el 88% de ejecución presupuestal. Meta. 100%
- Se logró el 95.6% de pagos durante la vigencia 2022. Máx. 100%
- El cumplimiento en la ejecución presupuestal se desagrega por tipo de gasto así: 99% de ejecución en operación comercial, 93,1% por concepto de gasto funcionamiento y 54,04% por concepto de gasto inversión.

3.1.2. Objetivo: Mejorar la sostenibilidad financiera institucional. (90%)

Meta 1: Obtener una utilidad neta para el año 2021: $\geq 8\%$ que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional. (100%)

Indicador:

- Se logró obtener un 16,18% de utilidad neta del INC para la vigencia 2021. Meta. $\geq 8\%$
*La utilidad neta del año 2022 se reporta en la vigencia 2023 una vez se tengan los estados financieros definitivos aprobado por Junta Directiva.

Meta 2: Obtener una facturación anual por venta de servicios de salud, proyectada con la ejecución del año anterior y con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales (100%)

Indicador:

- El Instituto tiene definida una meta de facturación para el año 2022 de \$ 319.158.000.000 millones de pesos; se alcanzó una facturación acumulada de \$ 343.258.657.826 millones de pesos, sobrepasando la meta planeada en un 8%.

Meta 3: Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido. (100%)

Indicador:

- El ingreso acumulado se ubicó en 115% (\$291.001. 126.millones), respecto a la meta acumulada para la vigencia 2022 (\$334.120.172.863 millones)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 35 de 58			

Meta 4: Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios sin tener en cuenta la disponibilidad inicial) que representen para el año 2019: 2%, año 2020: 1%, año 2021: 2% y año 2022: 2%. (100%)

Indicador:

- Se gestionaron el 14.17% ingresos por fuentes alternas. Meta 2%

Meta 5: Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades (100%)

Indicadores:

- Se realiza el reporte y análisis de la rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios.

Meta 6: Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago - ERP. (100%)

Indicadores:

- Se actualizó el Plan para la intervención integral a la cartera.
- Se logró la ejecución del 100% del plan integral de cartera el cual contiene actividades relacionadas con cobros, conciliaciones, compensaciones, entre otras.

Meta 7: Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional (95%)

Indicadores:

- Se actualizó el Plan de austeridad y eficiencia del gasto y fue ejecutado en un 85%.
- Durante la vigencia se logró un ahorro estimado de 1,22% por concepto de austeridad y eficiencia. Meta 0,2% del presupuesto total institucional.

Meta 8: Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2018. Y obtener un índice de recaudo sobre la facturación la cartera exigible de un 90% anual (midiendo el recaudo con corte al 1 abril del año subsiguiente al periodo de facturación) (93%)

Indicadores:

- En promedio la razón de recaudo fue del 97,65%, es decir que por cada cien pesos facturados el recaudo fue de 97,6 pesos.
- La depuración de la cartera de la vigencia 2019-2022 fue del 87,96%. Meta 100%

Meta 9: Depurar el 100% del valor registrado con corte a diciembre de 2018 en la cuenta contable de orden. Y mantener depurada la glosa contable en cuentas de orden en un porcentaje mayor o igual al 80%, a partir de la vigencia 2019. (89%)

Indicadores:

- Se logró en un 100% la depuración de la glosa contable con corte a 2018. Meta 100%
- La glosa contable a partir de 2019 fue depurada en un 62,76%. Meta $\geq 80\%$

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 36 de 58			

Meta 10: Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%. (85%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de intervención de glosa y se logró una ejecución de 92,86%.
- Se logró la conciliación de glosas del 225%, el aumento significativo se debe a que aparte de las facturas reiteradas en reglosa también se incluye las facturas que entran a auditoria concurrente. Meta $\geq 80\%$
- En promedio la glosa definitiva para la vigencia 2022 fue del 1,28%. Meta $\leq 3\%$
- La glosa recibida respondida dentro de los términos legales fue del 33%.

Meta 11: Porcentaje del proyecto de presupuesto de inversión de la vigencia siguiente igual o mayor al porcentaje del presupuesto de la vigencia actual. (0%)

Indicador:

- El presupuesto de inversión para la vigencia 2023 no tuvo incremento frente al año 2022 dado que al realizar el análisis para la asignación del presupuesto prima las necesidades de funcionamiento y operación comercial, frente a indicadores de ingresos y gastos. Meta. $\geq 10\%$

3.1.3. Objetivo: Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios. (83%)

Meta 1: Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras (99%)

Indicador:

- Se adquirieron 1130 equipos bajo modalidad de comodato, lo que representa un cumplimiento del 99,1%. Meta 100%

Meta 2: Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas (75%)

Indicadores:

- El Instituto cuenta con modelos de productividad en Oncología clínica, Hematología, Unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos, Pediatría, Radioterapia y Cirugía de cabeza y cuello.
- Se desarrollaron 2 modelos de productividad: en el año 2021 oncología clínica y 2020 oncología pediátrica. Meta. 4 acumulados a 2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 37 de 58			

3.2. Línea estratégica gestión del talento humano

Tabla 10. Resultados por los objetivos de la línea de talento humano.

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
3.1. Gestión del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	95%
	Fidelizar el talento humano institucional	86%
	Mejorar la calidad de vida laboral	78%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

3.2.1. Objetivo: Atraer el mejor talento humano. (95%)

Meta 1: Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días (100%)

Indicadores:

- Se logró que la oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) fuera de 31,59 días Máx. 60 días
- La oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta en promedio fue de 49,05 días. Máx. 60 días.

Meta 2: Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100% (100%)

Indicadores:

- Durante la vigencia 2022 el 10,35% de las convocatorias del talento humano se declararon desiertas, ya que en general no se superaron los exámenes de conocimiento, entrevistas, falta de personal inscrito, entre otras. Máx. 50%
- Se realizaron dos informes de seguimiento a las convocatorias desiertas donde se analizan las principales causas de declarar una convocatoria desierta. Meta 2

Meta 3: Diseñar e implementar al 100% un procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades de acuerdo con las funciones en los servicios cuando se presenten cambios en los cargos. (75%)

Indicador:

- Se avanzó en un 75% la implementación del procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades. Meta 100%

3.2.2. Objetivo: Fidelizar el talento humano institucional. (86%)

Meta 1: Medir el índice de rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares) (Entre servicios) e implementar plan de intervención al 100%. (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 38 de 58			

Indicadores:

- El Índice de rotación interna de personal de enfermería (entre servicios) en promedio fue de 5,52. Máx. 8
- Se logró el 100% de la implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación interna para enfermería, en la implementación se tuvo en cuenta la revisión del manual de enfermería, el modelo de cuidado de atención de enfermería, la guía de cuidado de enfermería durante la administración de protocolos de quimioterapia y terapias biológicas.

Meta 2: Mejorar y medir la implementación del 100% anual de los planes de incentivos, bienestar y sistema de seguridad y salud en el trabajo (Salario emocional / incentivos no pecuniarios). (91%)

Indicadores:

- Mediante la Resolución 0271 de 2022 de adoptó el programa de bienestar del INC para la vigencia 2022.
- El programa de bienestar institucional se ejecutó en un 81,58% en el cual se contemplan actividades como apoyo a retiro de pensión por vejez, apoyo en lenguas extranjeras, convenio docencia servicio, apoyo educación hijos con discapacidad, fomentos educativos, distinción por antigüedad, promoción de vivienda, ferias, incentivos no pecuniarios, día de la familia, entre otros.
- Mediante Resolución 0137 de 2022 se aprobó el plan de trabajo anual 2022 del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo del INC, el cual se ejecutó en un 98.95%
- Mediante Resolución 0404 de 2022 se aprobó el Plan de incentivos institucional para los empleados públicos de carrera administrativa, empleados de libre nombramiento y remoción cuya ejecución fue del 67%, el porcentaje pendiente obedece a que de acuerdo con las directrices del DAFP no procede el incentivo a equipos de trabajo.

Meta 3: Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales. (89%)

Indicadores:

- Mediante Resolución 0270 de 2022 por la cual se aprueba el programa institucional de capacitación del INC vigencia 2022, el cual obtuvo un 47,06% de ejecución, el cumplimiento fue afectado ya que algunas de las capacitaciones solicitadas solo las ofrecen entidades del exterior.
- Se logró el 100% de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas. Meta. $\geq 80\%$
- Se logró el 100% de cobertura de las capacitaciones programadas en cada uno de los ejes en donde participaron 843 funcionarios.
- Se elaboró el informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales en el cual se contempla la información antes mencionada.

Meta 4: Medir y diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los seis (6) cargos que presentan mayor porcentaje. (50%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 39 de 58			

Indicadores:

- La rotación externa de funcionarios del INC fue de 5,75 en promedio para la vigencia 2022. Máx. 15
- 0% implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa.

3.2.3. Objetivo: Mejorar la calidad de vida laboral (78%)

Meta 1: Reducir en 2 puntos el riesgo psicosocial. (100%)

Indicadores:

- El resultado del riesgo psicosocial fue de 50.4, el cual comparado con los resultados de la vigencia anterior presenta una disminución de 5,6, lo anterior obedece a que se implementaron estrategias para intervenir los factores que incidieron en la calificación.

Meta 2: Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. (Línea base 47). (100%)

Indicadores:

- Para la vigencia 2022 el índice de severidad institucional fue de 9,9. Meta 41
- La diferencia en el índice de severidad de los accidentes durante 2022 fue de 17,6, esto resulta de la disminución en los días de incapacidad comparado con la vigencia 2021. Meta 6

Meta 3: Mejorar en tres (3) puntos el clima organizacional teniendo en cuenta la línea de base 2017: 67. (100%)

Indicadores:

- El resultado de clima organizacional fue de 80, esta mejora obedece a que se implementaron estrategias a través del plan de intervención de clima y riesgo institucional. Meta ≥ 70
- La variación en los resultados de la medición de clima organizacional fue de 7,92 puntos. Meta 3 puntos

Meta 4: Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional (90%)

Indicador:

- Se logró el 90% de ejecución del plan de intervención de clima y riesgo institucional, el 10% restante equivale a las reprogramaciones que se realizaron para el taller de liderazgo.

Meta 5: Disminuir en 0,6 la índice frecuencia de accidentalidad institucional (Línea base 8,1). (75%)

Indicadores:

- Durante la vigencia el índice frecuencia de accidentalidad fue de 3,90. Meta 7,5
- Comparado con la vigencia anterior la diferencia en la índice frecuencia de accidentalidad institucional fue de 0.3. Meta 0.6

Meta 6: Reducir el ausentismo por las causas definidas en el Instituto en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional). (50%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 40 de 58			

Indicadores:

- El porcentaje de ausentismo por causas definidas (enfermedad laboral y común) para la vigencia fue de 2,45%, aunque estuvo por debajo de la meta del 5% se presentó un aumento de 0,85% comparado con el año 2021.

Meta 7: Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de talento humano. (0%)

Indicadores:

- Durante la vigencia no fue posible realizar la medición de los estándares de habilitación que aplican para talento humano. Meta. 100%.

3.3 Línea estratégica gestión de la tecnología

Tabla 11. Resultados por objetivos de la línea de gestión de la tecnología

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
3.3. Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	95%
	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	86%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

3.3.1. Objetivo: Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información – TI. (95%)

Meta 1: Actualizar al 100% de lo requerido anual de la infraestructura de puestos de trabajo, redes, la ofimática, el data center, basado en los ejercicios de la arquitectura de TI. (100%)

Indicadores:

- Se logró el 100% de implementación del proyecto de redes, a través del contrato No. 252-2021.

Meta 2: Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC (100%)

Indicadores:

- Para la vigencia 2022 se aprobaron el 100% de las solicitudes de equipos tecnológicos por parte de TI. Para estas aprobaciones se tuvieron en cuenta los lineamientos de austeridad, cumplimiento de requerimientos de salud ocupacional para puestos de trabajo, tomas eléctricas reguladas y puntos de red. Se cumplió con la instalación de los equipos aprobados por TI.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 41 de 58			

Meta 3: Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA). (97%)

Indicadores:

- El modelo MGDA se implementó en un 100%, a través de la ejecución de los 4 componentes: estratégico, documental y de administración de archivos, tecnológico y cultural
- Se implementaron 16 mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales de 15 programados
- Se implementó en un 80% los documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (8 consentimientos informados de 10)

Meta 4: Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información. (96%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan para seguridad y privacidad de la información 2023
- Se ejecutó en un 91% el plan para seguridad y privacidad de la información vigencia 2022

Meta 5: Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI). (96%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan estratégico de tecnologías de información y las comunicaciones – PETI 2023
- Se ejecutó en un 91% el plan estratégico de tecnologías de información y las comunicaciones – PETI vigencia 2022

Meta 6: Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información. (89%)

Indicador:

- 89% Implementación de servicios digitales internos y al ciudadano. Meta 100%

Meta 7: Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas. (82%)

Indicadores:

- Se logró el 83% de cumplimiento de actividades del proyecto de sistematización integral, cuyas actividades se relacionan con automatización de procesos, renovación de software, BI farmacia, entre otros
- El proyecto de sistematización integral obtuvo una ejecución del presupuesto asignado de 81%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 42 de 58			

3.3.2. Objetivo: Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer. (86%)

Meta 1: Identificar el 100% de las necesidades de actualización de tecnologías en salud para la atención integral del paciente con cáncer y priorizar las necesidades de actualización (100%)

Indicadores:

- Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud con 143 equipos
- Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud con 89 equipos a adquirir.

Meta 2: Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer (100%)

Indicador:

- Se realizó la evaluación de tecnología (mini HTA) para la incorporación de un Ciclotrón de 18MeV para la producción de 18F, 11C, 68Ga, 99mTc, y 64-Cu, 89-Zr, junto con el Módulos de síntesis (tres), con el objetivo de ampliar la producción de radiofármacos PET.

Meta 3: Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico. (93%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) vigencia 2023
- Se actualizó el plan de aseguramiento metrológico vigencia 2023
- El cumplimiento plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos fue del 97,74%.
- El plan de aseguramiento metrológico se ejecutó en un 73%. Algunas mediciones planeadas no se llevaron a cabo debido a que algunos equipos no contaban con contrato

Meta 4: Renovar e incorporar el 100% de tecnologías en salud requeridas y priorizadas para la atención integral del paciente con cáncer y reducir la obsolescencia al 10%. (93%)

Indicadores:

- Se realizaron 4 evaluaciones para la incorporación de: equipos para proyecto de biotecnológicos (Biorreactor, Sistema de filtración, Cromatógrafos de procesamiento continuo, Sistema de filtración tangencial para la preparación del principio activo, tanques para el manejo de los productos intermedios), tomografía por emisión de positrones PET, camilla 6D para acelerador Clinac ix2 y MicroMLC para el acelerador lineal
- El índice de obsolescencia para la vigencia 2022 fue de 8,5%. Meta $\leq 10\%$.
- Se adquirieron 21 equipos lo que representa el 77,78% de incorporación, se retiraron 6 equipos ya que los procesos se declararon desiertos en más de una ocasión a razón del incremento del dólar

Meta 5: Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados). (83%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 43 de 58			

Indicadores:

- El macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica tuvo un avance del 93% en el cumplimiento de actividades de acuerdo con el cronograma y un 73,85% de ejecución de presupuesto

Meta 6: Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de dotación. (0%)

Indicador:

- Durante la vigencia no fue posible realizar la medición de los estándares de habilitación que aplican para dotación. Meta. 100%.

3.4 Línea estratégica gestión comercial

Tabla 12. Resultados por objetivos de la línea gestión comercial

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
3.4. Gestión Comercial	Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales	97%
	Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	95%
	Fortalecer la contratación con las entidades responsables de pago ERP y demás entidades relacionadas, con un modelo basado en la atención integral y oportuna del cáncer.	87%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

3.4.1. Objetivo: Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales. (97%)

Meta 1: Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional. (100%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de ventas institucional y se ejecutó en un 107,6%. El incremento obedece a que se logró superar la proyección de ventas anuales
- Se firmaron convenios con: el fondo empleados HOMI, Servicios Humanos en Salud, Multiservicios CL, Vigías de Colombia SRL Ltda . Meta ≥ 3 acumulativo:

Meta 2: Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC. (98%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de mercadeo y se ejecutó en un 96,25%

Meta 3: Actualizar y difundir el portafolio de servicios del Instituto integrando la atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD en al menos 4 sectores de la economía (90%)

Indicadores:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 44 de 58			

- Se actualizó en un 80% el portafolio de servicios y se realizó difusión del mismo a 78 entidades:
 - 2 entidades de compañía de seguros
 - 15 entidades del régimen contributivo
 - 8 entidades del régimen especial
 - 1 IPS y privada
 - 7 entidades de medicina prepagada
 - 14 entidades del régimen subsidiado
 - 31 entidades del régimen vinculado

3.4.2. **Objetivo:** Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento. (97%)

Meta 1: Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras. (100%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras y se ejecutó en un 99%.

Meta 2: Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista institucional. Línea base: 80%. (95%)

Indicador:

- La satisfacción de las aseguradoras fue en promedio de 89,81% para la vigencia 2022.

Meta 3: Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial. (91%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos y se ejecutó en un 81,25% de acuerdo con el cronograma establecido

3.4.3. **Objetivo:** Fortalecer la contratación con las entidades responsables de pago ERP y demás entidades relacionadas, con un modelo basado en la atención integral y oportuna del cáncer. (87%)

Meta 1: Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones. (100%)

Indicadores:

- Se gestionaron el 99,95% de las autorizaciones requeridas
- Se obtuvo el 89,9% de las autorizaciones solicitadas. Meta $\geq 90\%$

Meta 2: Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD. (63%)

Indicadores:

- Durante la vigencia 2019-2022 se formalizaron 5 contratos. Meta 8 acumulados (2019-2022)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 45 de 58			

1. Acuerdo de voluntades con capital salud EPSS PGP 1 de noviembre 2019 - 31 de diciembre 2019
2. Contrato 6 Capital salud EPSS PGP 1 de enero 2020 - 30 de septiembre 2020
3. Contrato 42 Capital salud EPSS PGP 1 de octubre 2020 -31 de diciembre 2020
4. Contrato 019-2021 Capital salud EPSS PGP 1 de enero 2021 -30 de junio 2021
5. Contrato 004-2022 Capital salud EPSS PGP 4 de enero 2022 - 3 de enero 2023

3.5 Línea estratégica de infraestructura, gestión ambiental y gestión hotelera

Tabla 13. Resultados del objetivo de la línea infraestructura, gestión ambiental y gestión hotelera

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio
3.5. Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	79%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

3.5.1. **Objetivo:** Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados. (79%)

Meta 1: Diseñar e implementar al 100% plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas (100%)

Indicador:

- Se realizó el diagnóstico de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas.

Meta 2: Implementar seis (6) estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, vertimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, Plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro. (100%)

Indicadores:

- Se realizó el estudio de factibilidad proyecto modernización de las calderas de la INC
- Se logró una reducción de 28.31% en el consumo de servicios públicos comparado con el año

Meta 3: Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo. (95%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura física y equipo no biomédico y se ejecutó en un 99.98%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 46 de 58	

- El mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo se ejecutó en un 80,96%. Las solicitudes no realizadas fueron por falta de contratos.
- Se realizaron 12 informes de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo.

Meta 4: Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente. (93%)

Indicadores:

- Se actualizó el plan para la señalización integral e inclusiva del Instituto Nacional de Cancerología y se implementó en un 86.4% llevando a cabo la señalización de 19 pisos, quedando pendiente la señalización de 3 pisos por reorganización de las áreas.

Meta 5: Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, adaptándonos a las guías, normas vigentes, teniendo en cuenta la capacidad instalada, plan médico arquitectónico PMA, plan de regularización y manejo PRM de acuerdo con el plan especial de manejo y protección PEMP. (63%)

Indicadores:

- Se actualizó el macroproyecto construcción diseño, reforzamiento, reordenamiento y dotación logística de las instalaciones físicas del instituto nacional de cancerología E.S.E vigencia 2023 aprobado en comité AD-HOC del 31 de agosto 2022.
- El macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC para la vigencia 2022 tuvo un 40% de ejecución del presupuesto asignado y un 93% de cumplimiento de actividades de acuerdo con el cronograma.
- Se avanza en un 50% en la gestión y trámite para la elaboración y aprobación PRM de acuerdo con el PEMP. Se remite oficio a Ministerio de Cultura elevando consultas frente al Plan de Regularización y Manejo radicado por el Instituto ante la Secretaría de Planeación Distrital. De igual forma, se remite oficio a la Secretaría Distrital de Planeación, solicitando suspensión del trámite de estudio de aprobación del Plan de Regularización y Manejo del Instituto Nacional de Cancerología ESE hasta tener respuesta del Ministerio de Cultura
- Se cuenta con 1, 5 licencias aprobadas que corresponden a la licencia del edificio administrativo y la licencia edificio hospitalización que abarca el 50% del área total de este edificio. Meta 5 licencias

Meta 6: Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de infraestructura. (0%)

Indicador:

- Durante la vigencia no fue posible realizar la medición de los estándares de habilitación que aplican para infraestructura. Meta. 100%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 47 de 58	

Conclusiones y recomendaciones

- ❖ La evaluación del PDI se hace con base al resultado de los indicadores aprobados en el acuerdo 008 del 28 de mayo de 2019, los cuales tiene seguimiento trimestral a través de los 14 de los planes operativos institucionales.
- ❖ Los resultados del seguimiento semestral a las metas PDI de cada vigencia se presentan previamente en Comité Directivo, lo cual permite tener mayor control de para la toma decisiones en la mejora del cumplimiento de las metas programadas, para posteriormente ser presentados ante la Junta Directiva.
- ❖ Del total de las 149 metas programadas para la vigencia 2022, 106 tuvieron cumplimiento $\geq 90\%$, 19 con cumplimiento entre 71% y 89% y 24 con cumplimiento $\leq 70\%$, las cuales se desagregan en el anexo 1.
- ❖ Se remitió mediante oficio interno institucional a los responsables del cumplimiento de las metas e indicadores, plantear estrategias para mejorar el cumplimiento y el logro de los objetivos planteados en el PDI 2019-2022.
- ❖ Continuamos trabajando en la mejora continua de los procesos institucionales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 48 de 58	

Anexo 1. Metas PDI 2019-2022, programadas vigencia 2022

Eje de dirección. Líneas Gestión de Desempeño Institucional e Imagen Corporativa

Nº	Metas	% Cumplimiento promedio
1	Elaborar el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada al 2021	100%
2	Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional	100%
3	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	100%
4	Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%.	100%
5	Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario	100%
6	Cumplir al 100% el plan de humanización	100%
7	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	100%
8	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	100%
9	Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%	100%
10	Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional	100%
11	Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	100%
12	Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional	100%
13	Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%	98%
14	Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional	98%
15	Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	97%
16	Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo	94%
17	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	92%
18	Implementar en el Instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación).	86%
19	Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información	85%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 49 de 58			

N°	Metas	% Cumplimiento promedio
20	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	74%
21	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	53%

Eje misional. Línea Atención y Cuidado de Pacientes

N°	Metas	% Cumplimiento promedio
1	Mejorar la calidad de la atención en pediatría de niños con leucemia agudas en pediatría implementada en el año 2022	100%
2	Posicionar las cirugías de alta complejidad (microcirugía, sugar baker, salvamento de extremidades, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía laparoscópica avanzada, cirugía por navegación) en el contexto nacional (2020-2022)	100%
3	Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados)	100%
4	Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes	100%
5	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	100%
6	Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2022.	100%
7	Mejorar la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%.	100%
8	Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	100%
9	Revisar y estandarizar el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) al año 2019	100%
10	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	98%
11	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	97%
12	Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC)	94%
13	Implementar al 100% el Centro de Gestión integral al Paciente con Cáncer CEGIP en todos los servicios y con todas EAPB con convenio en el INC al año 2020	93%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 50 de 58	

Nº	Metas	% Cumplimiento promedio
14	Innovación en el servicio de medicina nuclear y radiofarmacia como estrategia para mejorar la competitividad (2019-2022)	90%
15	Optimizar el programa de cirugía ambulatoria	85%
16	Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá	82%
17	Implementar la unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto al año 2021	73%
18	Diseñar, implementar y evaluar el proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente con las siguientes técnicas y procedimientos (técnica TBI -Total Body Irradiation-, técnica TSEB -Total Skin Electrón Beam-, IMRT, IGRT, VMAT, radiocirugía intra y extracraneal de mínimo 4 localizaciones, protocolo de procedimiento en salud en braquiterapia ginecológica conformacional, radioterapia intraoperatoria, protonterapia)	63%
19	Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales	59%
20	Mejorar la atención y oportunidad en la clínica de dermatología en carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma implementada al año 2022.	49%
21	Evaluar el programa de cirugía asistida por robot al año 2019	60%
22	Diseñar e implementar según fases establecidas el programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos	21%
23	Crear la unidad de clínicas endoscópicas al año 2022	15%
24	Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de atención y cuidado de pacientes.	0%
25	Implementar un programa de inducción para el manejo intensivo del paciente hematológico	0%
26	Implementar un programa de capacitación en el manejo de enfermería del paciente hematológico al 2022	0%
27	Crear seis (6) clínicas de excelencia en neoplasias en Hemato linfoides (mieloma múltiple, leucemia mieloide, mieloide crónica, linfoma cutáneo y fotoféresis, leucemias agudas) durante la vigencia 2020-2022	0%
28	Crear una red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer al año 2021	0%
29	Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios en al menos cuatro ciudades del país (2019-2022)	0%

Eje misional. Línea Docencia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 51 de 58			

N°	Metas	% Cumplimiento promedio
1	Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC	100%
2	Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica	100%
3	Obtener el registro calificado para dos (2) nuevos programas académicos de subespecialidad oncológica al año 2022	100%
4	Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC	100%
5	Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia	95%
6	Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2022	94%

Eje misional. Línea Investigación

N°	Metas	% Cumplimiento promedio
1	Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional	100%
2	Mantener el certificado de buenas prácticas clínicas - BPC en investigación	100%
3	Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer	100%
4	Desarrollar dieciséis (16) nuevos proyectos de investigación institucional o de transferencia de conocimiento en cánceres prioritarios para el país, orientados al fortalecimiento de las 8 líneas de investigación vigentes, con participación transdisciplinar	100%
5	Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas	100%
6	Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cáncer	100%
7	Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI)	100%
8	Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación	99%
9	Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cancer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales	95%
10	Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética	66%
11	Mejorar la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	53%
12	Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación	50%

Eje misional. Línea Salud Pública

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 52 de 58	

Nº	Metas	% Cumplimiento promedio
1	Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer	100%
2	Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio.	100%
3	Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados	100%
4	Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia	100%
5	Mantener el monitoreo de la vacunación contra el cáncer de cuello uterino	100%
6	Definir metodología al año 2020 y medir la oferta de talento humano en oncología del país para el 2022.	100%
7	Obtener la adherencia del registro de cáncer de base poblacional de Cali en Infocancer	100%
8	Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer	100%
9	Implementar al menos dos (2) nuevos registros poblacionales y consolidar un registro poblacional a nivel nacional.	100%
10	Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH	100%
11	Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente	100%
12	Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	100%
13	Mantener la vigilancia de la supervivencia poblacional en los cánceres priorizados en Colombia (mama, cuello uterino, estómago, colon y recto y próstata)	100%
14	Diseñar y realizar un (1) proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo e implementarlo en dos entidades durante la vigencia 2021-2022	100%
15	Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer	100%
16	Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer.	100%
17	Presentar los objetivos y metas de las líneas estratégicas para el plan decenal para el control del cáncer 2022-2031.	100%
18	Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer	100%
19	Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer.	100%
20	Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional	100%
21	Implementar 2 estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 53 de 58	

N°	Metas	% Cumplimiento promedio
22	Diseñar e implementar el Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia.	90%
23	Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país	80%
24	Iniciar o actualizar dos (2) Guías de Práctica Clínica al año.	50%

Eje de Apoyo. Línea Gestión del Talento Humano

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
1	Mejorar en tres (3) puntos el clima organizacional teniendo en cuenta la línea de base 2017: 67.	100%
2	Reducir en 2 puntos el riesgo psicosocial.	100%
3	Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días	100%
4	Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. (Línea base 47)	100%
5	Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%	100%
6	Medir el índice de rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares) (Entre servicios) e implementar plan de intervención al 100%.	100%
7	Mejorar y medir la implementación del 100% anual de los planes de incentivos, bienestar y sistema de seguridad y salud en el trabajo (Salario emocional / incentivos no pecuniarios).	91%
8	Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional	90%
9	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	89%
10	Disminuir en 0,6 el índice frecuencia de accidentalidad institucional (Línea base 8,1)	75%
11	Diseñar e implementar al 100% un procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades de acuerdo con las funciones en los servicios cuando se presenten cambios en los cargos.	75%
12	Reducir el ausentismo por las causas definidas en el Instituto en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional).	50%
13	Medir y diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los seis (6) cargos que presentan mayor porcentaje	50%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 54 de 58	

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
14	Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de talento humano.	0%

Eje de Apoyo. Línea Gestión financiera

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
1	Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios sin tener en cuenta la disponibilidad inicial) que representen para el año 2019: 2%, año 2020: 1%, año 2021: 2% y año 2022: 2% del presupuesto de ingreso anual.	100%
2	Obtener una facturación anual por venta de servicios de salud, proyectada con la ejecución del año anterior y con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales.	100%
3	Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido.	100%
4	Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades	100%
5	Obtener una utilidad neta para el año 2019: $\geq 8\%$, año 2020: $\geq 1\%$, año 2021: $\geq 8\%$ y año 2022: $\geq 8\%$ que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional.	100%
6	Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago - ERP	100%
7	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos	100%
8	Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras	99%
9	Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional	95%
10	Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2018. Y obtener un índice de recaudo sobre la facturación la cartera exigible de un 90% anual (midiendo el recaudo con corte al 1 abril del año subsiguiente al periodo de facturación)	93%
11	Depurar el 100% del valor registrado con corte a diciembre de 2018 en la cuenta contable de orden. Y mantener depurada la glosa contable en cuentas de orden en un porcentaje mayor o igual al 80%, a partir de la vigencia 2019	89%
12	Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos	88%
13	Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual.	85%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 55 de 58			

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
14	Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%.	85%
15	Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas	75%
16	Porcentaje del proyecto de presupuesto de inversión de la vigencia siguiente igual o mayor al porcentaje del presupuesto de la vigencia actual.	0%

Eje de Apoyo. Línea Gestión de la Tecnología

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
1	Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer	100%
2	Identificar el 100% de las necesidades de actualización de tecnologías en salud para la atención integral del paciente con cáncer y priorizar las necesidades de actualización	100%
3	Actualizar al 100% de lo requerido anual de la infraestructura de puestos de trabajo, redes, la ofimática, el data center, basado en los ejercicios de la arquitectura de TI.	100%
4	Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC	100%
5	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA)	97%
6	Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información.	96%
7	Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI)	96%
8	Renovar e incorporar el 100% de tecnologías en salud requeridas y priorizadas para la atención integral del paciente con cáncer y reducir la obsolescencia al 10%	93%
9	Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico	93%
10	Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información	89%
11	Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)	83%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 56 de 58			

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
12	Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas.	82%
13	Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de dotación.	0%

Eje de Apoyo. Línea Gestión Comercial

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
1	Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional	100%
2	Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones.	100%
3	Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.	100%
4	Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC.	98%
5	Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista institucional. Línea base: 80%	95%
6	Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial.	91%
7	Actualizar y difundir el portafolio de servicios del Instituto integrando la atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD en al menos 4 sectores de la economía	90%
8	Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD.	63%

Eje de Apoyo. Línea Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental

N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
1	Diseñar e implementar al 100% plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas	100%
2	Implementar seis (6) estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, vertimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, Plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro.	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 57 de 58			

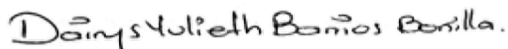
N°	Meta	Promedio de % CUMPLIMIENTO
3	Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo	95%
4	Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente.	93%
5	Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, adaptándonos a las guías, normas vigentes, teniendo en cuenta la capacidad instalada, plan médico arquitectónico PMA, plan de regularización y manejo PRM de acuerdo con el plan especial de manejo y protección PEMP.	63%
6	Dar cumplimiento a través de la aplicación de la lista de chequeo de los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en el componente de infraestructura.	0%



Carolina Wiesner Ceballos
Aprobó



Adriana Patricia Hernández Baquero
Revisó



Dairys Yulieth Barrios Bonilla
Elaboró



Hedy Giovana Guerrero Correales
Elaboró

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	05-06-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	14-01-2022	Se actualiza portada y contenido	Paula Andrea Salamanca Medina

"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 58 de 58			

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	14-01-2022	Fecha:	14-01-2022	Fecha:	14-01-2022