

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 1 de 108			

INFORME DE GESTIÓN 2018

Versión 2



Carolina Wiesner Ceballos
Director General

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 2 de 108			



Atención centrada en el usuario.



Gestión del riesgo.



Humanización de la atención en salud.



Gestión clínica excelente y segura.



Gestión de la tecnología.



Responsabilidad social.



Proceso de transformación cultural permanente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 3 de 108			



Proceso de transformación cultural permanente.

1. Direccionamiento estratégico



SOL

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 4 de 108			

1.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA



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.



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 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.

“Un principio es inmodificable y no negociable”

Nuestros valores

Los valores a promover y cultivar son:

- **Responsabilidad** - Digno de crédito.
- **Consideración** - Con los demás.
- **Creatividad** - Innovación.
- **Transparencia** - Cero corrupción.
- **Compromiso** - Con el Plan de Desarrollo.

“Un valor se construye y edifica con el tiempo”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 5 de 108	

1.2. EJES DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



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

Líneas
Prevención
Detección temprana
Tratamiento
Cuidados paliativos



Eje objetivos misionales
(14 objetivos / 46 metas)

Líneas
Atención a pacientes
Docencia
Investigación
Salud Pública



Eje desarrollo de procesos de apoyo
(14 objetivos / 69 metas)

Líneas
Gestión financiera
Gestión del talento humano
Gestión de la tecnología
Gestión de la imagen corporativa

El desarrollo de nuestra Visión se cumple en:

3 ejes - 12 líneas estratégicas - 37 objetivos - 150 metas - 223 estrategias

1.3. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

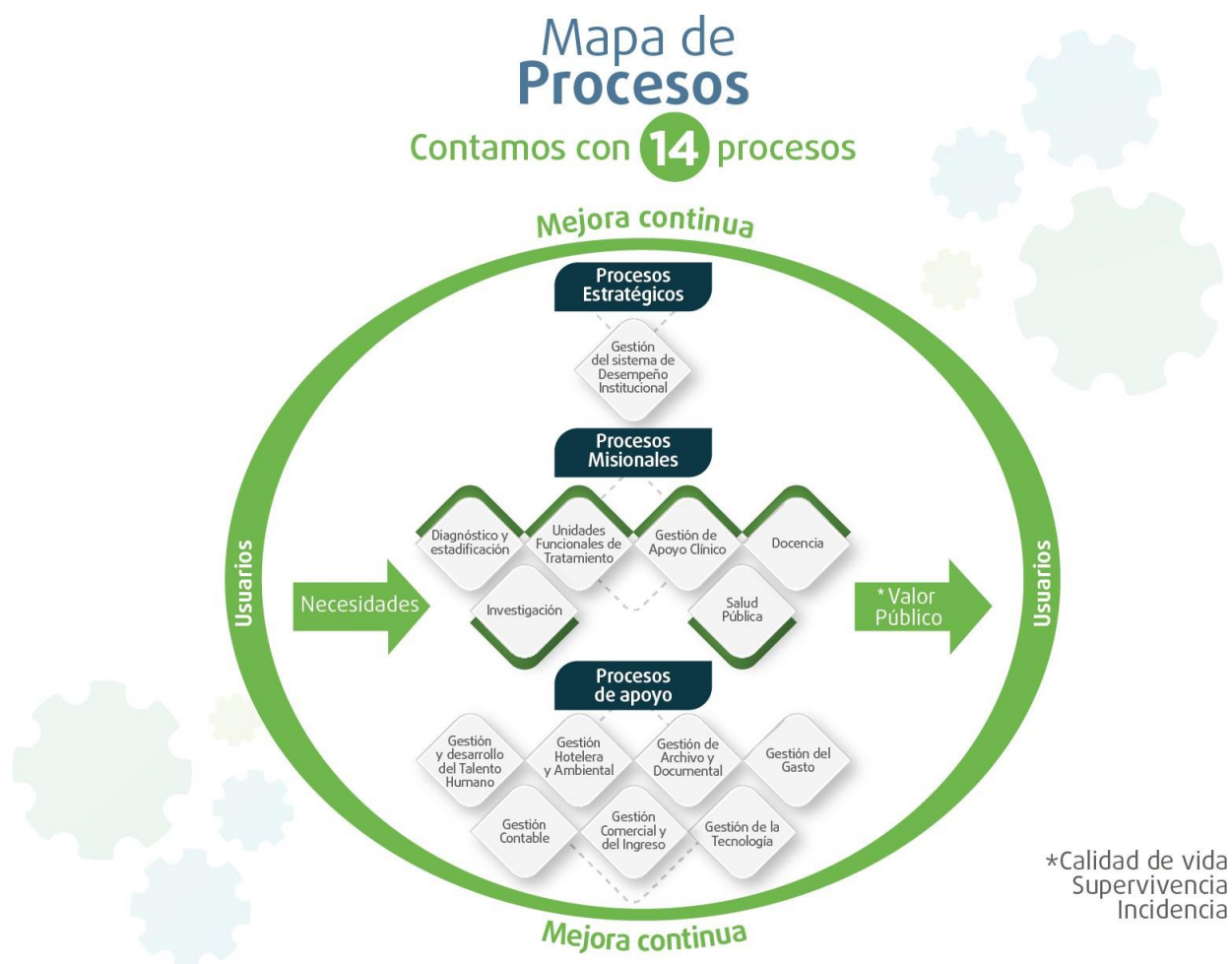
Desarrollo misional	Fortalecimiento institucional
 Salud Pública Realizamos control del riesgo, detección temprana, seguimiento a servicios oncológicos y vigilancia epidemiológica sobre el control del cáncer.	 Calidad Realizamos medición y mejoramiento continuo de los procesos institucionales.
 Investigación Generamos conocimiento para el control del cáncer.	 Gestión de la Tecnología Realizamos evaluación, análisis de costos y cumplimiento de estándares de seguridad.
 Atención Brindamos atención multidisciplinaria y damos soporte al paciente.	 Ambiental Mantenemos un ambiente humanizado y seguro basado en el desarrollo sostenible.
 Docencia Formamos y capacitamos el talento humano para el control del cáncer.	 Talento Humano Atraemos, retenemos y desarrollamos el talento humano, generando sentido de pertenencia con base en principios y valores.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 6 de 108			

1.4. MAPA DE PROCESOS

El Instituto Nacional de Cancerología para el logro de la misión y visión cuenta con 14 procesos de los cuales 6 son misionales, 7 de apoyo y 1 estratégico, desde los cuales se trabaja en la atención y cuidado del paciente, investigación, formación del talento humano y acciones de salud pública, con enfoque en el sistema de gestión de la calidad, habilitación y acreditación.

Imagen 1 Mapa de procesos Instituto Nacional de Cancerología ESE



Fuente. Sistema de Información de Ambiente a Procesos del INC (SIAPINC4).

El presente informe tiene como propósito presentar la gestión realizada durante el año 2018 de la gestión asistencial, atención y cuidado de los pacientes, la docencia, la investigación y acciones en salud pública y la gestión administrativa y financiera, de acuerdo a las metas propuestas, las dificultades presentadas durante el año y los retos para el 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 7 de 108	

1.5. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2015-2018

El Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018 se compone de 3 ejes objetivos: Eje objetivo del control del cáncer, eje objetivo para el desarrollo de procesos misionales y eje objetivo para el desarrollo de procesos de apoyo, para los cuales se plantearon líneas, objetivos estratégicos y metas para dar cumplimiento a los ejes propuestos, a través de estrategias e indicadores.

Tabla 1 Estructura Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018

COMPONENTES	EJES	LÍNEAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS	INDICADORES	ESTRATEGIA
	1. Objetivos del control del cáncer	Prevención	3	8	8	12
		Detección temprana	2	18	18	11
		Tratamiento	3	7	7	18
		Cuidado paliativo	1	2	2	5
	2. Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	6	20	20	31
		Investigación	4	6	6	22
		Docencia	2	8	9	8
		Salud Pública	2	12	12	9
	3. Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	2	7	7	22
		Gestión del talento humano	3	17	18	25
		Gestión de la tecnología	3	20	20	15
		Gestión de imagen corporativa	6	25	25	45
	TOTAL	3	12	37	150	152

A continuación se relacionan los resultados del porcentaje de cumplimiento del PDI, teniendo en cuenta los resultados de las metas por eje y por línea propuestas para cada periodo:

Tabla 2 Porcentaje de cumplimiento comparativo del PDI 2015-2018

EJES	% avance a Diciembre de 2015	% avance a Diciembre de 2016	% avance a Diciembre de 2017	% avance a Diciembre de 2018
Objetivos del control del cáncer	70%	86%	94%	97%
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	81%	79%	85%	84%
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	87%	82%	84%	79%
Total	79%	82%	88%	86%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 8 de 108	

Tabla 3 Porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2018 por líneas del Eje objetivo para el control del cáncer

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017	2018
Prevención	Control del riesgo	Prevalencia de VPH	75%	94%	83%	100%
		Prevalencia de Tabaco				
Detección temprana	Tamización	Cobertura, Calidad y Seguimiento.	68%	100%	100%	89%
		Mama, cuello uterino y colon recto				
	Oportunidad al diagnóstico	Estadios Tempranos (Próstata, melanoma, leucemia pediátrica estómago)				
Tratamiento	Oferta de servicios integrales	Promedio de servicios oncológicos habilitados.	60%	83%	100%	97%
		Unidades funcionales				
	Estandarización	Adherencia Guías de práctica clínica				
		Desarrollo de nuevas guías				
	Calidad de la atención	Supervivencia 1,3,5 años :Mama, cuello uterino, leucemia pediátrica				
Cuidados paliativos	Oferta	Niveles de complejidad en las EPS	75%	50%	100%	100%
TOTAL LÍNEAS EJE CONTROL DEL CANCER			70%	86%	94%	97%

Tabla 4 Porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2018 por líneas del Eje objetivo para desarrollo de procesos misionales

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017	2018
Atención de pacientes	Seguridad	Evento adverso máx. 2%	52%	80%	69%	40%
		Adherencia a protocolos 80%				
		Cultura de seguridad al paciente				
		Adherencia a GPC mínimo 70%				
		Índice de infección asociado al cuidado de la salud 8%				
	Oportunidad atención	Estatificación diagnóstica a 20 días	0%	25%	66%	64%
		Inicio de tratamiento 30 días				
		Intensidad de dosis				
		reingreso 10%				
	Eficacia	Supervivencia a 1, 3 y 5 años	89%	94%	92%	97%
	Satisfacción	Satisfacción 93%	100%	100%	100%	100%
	Trazabilidad del paciente	Trazabilidad	100%	100%	75%	100%
	Calidad de vida	Calidad de vida	-	-	96%	100%
		Soporte oncológico				
Total			68%	80%	83%	84%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 9 de 108	

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017	2018
Docencia	Incrementar oferta docente institucional	Nº Programas nuevos con registro calificado	100%	100%	89%	83%
		Nº estudiantes en programas por año				
	Incrementar la oferta de educación no formal	Nº Cursos ofertados	92%	100%	99%	100%
		Nº Estudiantes inscritos en cursos ofertados				
		Nº Pasantes internacionales				
TOTAL			96%	100%	94%	92%
Investigaciones	Producción científica	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador	100%	80%	55%	65%
	Factor de impacto	Incrementar Impacto del INC en el I S I	69%	82%	59%	100%
	Cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones	86%	100%	66%	36%
	Oportunidad en publicaciones	Cumplimiento de cronograma del proyecto	58%	61%	78%	40%
TOTAL			78%	81%	65%	60%
Salud Pública	Fortalecer programas de vigilancia de Salud Pública	•Cumplimiento de reportes programados.	88%	95%	100%	100%
		•Número de temas nuevos de la vigilancia del cáncer y sus factores de riesgo.				
		•Vigilancia servicios oncológicos				
		•Registros poblacionales				
		•Supervivencia de cáncer				
	Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos	Riesgo atribuible por factor de riesgo	100%	15%	100%	100%
TOTAL			94%	55%	100%	100%
TOTAL LÍNEAS EJE PROCESOS MISIONALES			81%	79%	85%	84%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 10 de 108	

Tabla 5 Porcentaje de cumplimiento del PDI 2015-2018 por líneas del Eje objetivo para desarrollo de procesos de apoyo

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017	2018
Gestión financiera	Sostenibilidad	Relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios 90%	100%	81%	97%	97%
		Incremento de facturación anual y recaudo anual , Recursos de fuentes alternas				
	Ejecución Presupuestal	90% ejecución por concepto de gasto	98%	95%	97%	96%
		95% ejecución del ingreso				
		100% cumplimiento de plan anual de adquisiciones				
TOTAL			99%	88%	97%	96%
Gestión Talento Humano	Retener	Diseñar e implementar el modelo de productividad y pago por desempeño a cuatro áreas asistenciales	90%	68%	50%	38%
		Generar un modelo de incentivos investigaciones y administrativo				
		Disminuir en un 30% la rotación de los perfiles. Garantizar los incentivos				
	Atraer	Oportunidad de provisión de cargos, Reducir en un 30% las convocatorias desiertas recurso humano. Garantizar el sistema de incentivos	100%	67%	58%	38%
	Calidad de vida laboral	Mejorar en un 40 a 50% la medición de clima laboral	100%	82%	90%	85%
		Riesgo psicosocial, 55% Reducir en 6% accidente laboral, Reducir en 30% el ausentismo laboral. Cumplir el sistema a de gestión de seguridad en un 80%. Implementar la policita de talento humano				
TOTAL			97%	72%	66%	53%
Gestión de la Tecnología	Sistemas de información	Gobierno en línea, 85% Disponibilidad seguridad con impacto en la operación transacciones con tiempo, respuesta de la mesa de ayuda	92%	89%	85%	85%
	Biomédica	Garantizar la disponibilidad en un 95%; 12 ejercicios de vigilancia e, política de gestión de tecnología, porcentaje de incorporación del 50%; reducir la tasa de eventos adverso 50%; calificación de acreditación 3,5; Implementación 100% en tecnología biomédica; tiempo de respuesta de solicitud de mantenimiento 6 H.	47%	67%	74%	74%
	Tecnologías de soporte	Tiempos de parada de la tecnología de soporte 5%	82%	96%	75%	75%
		Costos de mantenimiento correctivo 10% Provisión de servicio en 100%; reducir los tiempos de respuesta				
	TOTAL			74%	84%	78%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 11 de 108	

Línea	Objetivo	Medición	2015	2016	2017	2018
Gestión de la Imagen Corporativa	Posicionamiento	Impacto en medios masivos; Prensa gratis	100%	100%	98%	100%
	Comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes, políticas y nivel de uso de canales formales	91%	100%	100%	90%
	Imagen institucional	Satisfacción de aseguradores 95%, cumplir los tiempos de requerimiento en un 100% ; plan de mercadeo en 6 servicios ranking de entidades contratadas y capacidad instalada 100%	75%	81%	80%	71%
	Infraestructura	Satisfacción de usuarios 85%, respuesta de mantenimiento 100%. Tasa de eventos adversos reducida en un 50%; Mantenimiento preventivo 100%; implementar 4 tecnologías ahorradoras; plan de señalización	78%	69%	80%	65%
	Transparencia	Índice de transparencia 60%, cultura de autocontrol 60% auditoría interna 90%	94%	70%	97%	99%
	Responsabilidad social	Índice de Responsabilidad social 75%	50%	84%	100%	100%
TOTAL			81%	84%	92%	88%
TOTAL LÍNEAS EJE PROCESOS APOYO			87%	82%	84%	79%

1.6. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

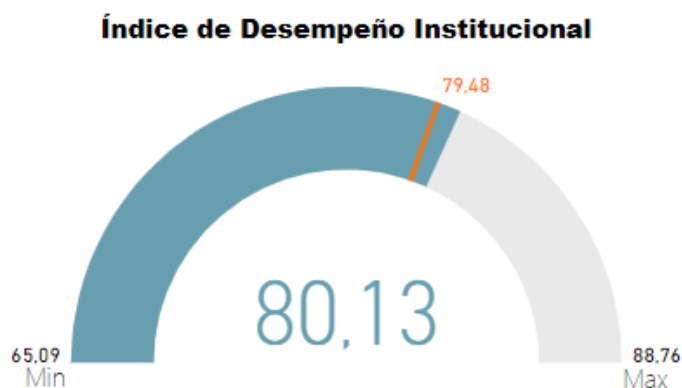
Dando cumplimiento al Decreto 1499 de 2017 el INC viene trabajando en la Implementación del Modelo de Planeación y Gestión – MIPG en el cual se han realizado las siguientes avances:

- Conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante Resolución 0185 de 2018. Se establecen reuniones mensuales del mismo las cuales para la vigencia 2018 se realizaron en un 100%.
- Se diligenciaron los 15 autodiagnósticos con el fin de tener una base para los planes de acción.
- Iniciativa de arquitectura empresarial.
- Elaboración y puesta en marcha de los planes de Seguridad y privacidad de información, Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información y Plan estratégico de tecnologías de información y las comunicaciones PETIC.
- Asesoría con el Departamento Administrativo de la Función Pública referente a los trámites del INC para su inscripción y racionalización. Actualmente se cuenta con 4 trámites inscritos en el SUIT (Sistema Único de Información de Trámites).
- Alineación de los Planes Institucionales al Plan de Acción y publicación del mismo en la Página Web del Instituto dando cumplimiento al Decreto 612 de 2018.
- Se implementó la encuesta virtual sobre la información publicada por el INC en el link de transparencia, con resultados a la fecha así: Excelente 54% (222 votos), Puede mejorar 27%(112 votos), Bueno 14% (58 votos), Normal 5% (20 votos). Total de votos 412.
- Aprobación del Sistema Integrado de Conservación y Tablas de control de acceso a la información.
- En proceso de adopción el Código de Integridad del Instituto Nacional de Cancerología.

Con base en el informe de gestión y desempeño institucional cuya herramienta de medición es el Formulario único de avance a la gestión (FURAG) para la vigencia 2017, el INC obtuvo 80.01 puntos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 12 de 108			

Gráfico 1 Índice de desempeño institucional 2017



Es importante tener en cuenta que esta medición la cual es liderada por el Departamento Administrativo de la Función Pública se reporta por la vigencia inmediatamente anterior, entendiendo que la vigencia 2018 será reportada en el 2019, de acuerdo a las fechas que defina el DAFP.

A continuación se presentan los resultados por cada dimensión del MIPG:

Tabla 6 Resultados por dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

RESULTADOS FURAG 2017	
DIMENSIÓN MIPG	PUNTAJE
Talento humano	77,1
Direccionamiento estratégico	82,7
Gestión para resultados con valores	80,1
Evaluación de resultados	78,8
Información y comunicación	79,0
Gestión del conocimiento	81,6
Control interno	80,5

- ✓ Se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2017 el 24 de abril de 2018, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014. Informe publicado en el link: <https://www.cancer.gov.co/content/rendici%C3%B3n-de-cuentas>

1.7. JURÍDICA

El año 2018 fue satisfactorio que a pesar de encontrar grandes retos para atender la demanda de los servicios jurídicos, tenemos la satisfacción que a pesar de la enorme carga laboral, correspondiente a la atención oportuna de acciones de tutelas, derechos de petición, interposición de demandas, solicitudes de conciliación, de conceptos, gestiones de preparación y revisión de actos administrativos y la asistencia jurídica en la acción de contratación administrativa, se realizaron importantes tareas y gestiones logrando el cumplimiento de las metas fijadas y se atendió, respondió y cumplió con la demanda funcional de forma satisfactoria, lo que se traduce en el afianzamiento jurídico de la entidad, la conservación de su patrimonio económico y moral y la eliminación, mitigación y prevención del daño antijurídico.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 13 de 108	

1.7.1. Acciones radicadas ante el instituto

A continuación se da en cifras las actividades más representativas, comparadas con los resultados del año próximo pasado:

Tabla 7 Trámites jurídicos 2017-2018

Clase de Trámites	No. de Tramites. 2017	No. de Tramites. 2018
Solicitudes de Conciliación	4 Prejudiciales	15 Prejudiciales
	0 Judiciales	10 judiciales
Demandas Nuevas	23	02
Tutelas Nuevas	2092	1007
Derechos de Petición	259	335
Acompañamiento de Comités	6	6
Asesorías	550	608

De ello se releva una tendencia estable en los resultados; no obstante hay:

- Un aumento en solicitudes de conciliación.
- Una disminución en demandas nuevas para 2018 notificadas.
- Un aumento en conciliaciones judiciales.
- Una disminución en demandas de tutela.
- Un aumento discreto en derechos de petición.
- Un aumento en solicitudes y atención de asesorías.

1.7.2. Defensa Judicial

Se atendió en forma oportuna la defensa de los intereses de la Entidad en los siguientes procesos:

Tabla 8 Relación de procesos tramitados comparativo 2017-2018

Jurisdicción	Tipo proceso	Número de procesos tramitados	
		2017	2018
Laboral	Fuero sindical	0	0
	Responsabilidad médica	0	0
	Ordinario	2	4
Subtotal		2	4
Contencioso	Nulidad simple	0	0
	Reparación directa	35	35
	Nulidad y restablec	16	17
	Acción popular	0	0
	Conciliación (c.e.)	0	0
Subtotal		51	52
Penal	Regulación de perjuicios	0	1
Subtotal		0	1
Civil	PERTENENCIA (En contra)	0	0
	Pertenencia (a favor)	0	1
	Ejecutivo	0	0
	Responsabilidad médica	1	1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 14 de 108	

Jurisdicción	Tipo proceso	Número de procesos tramitados	
		2017	2018
Subtotal		1	2
Solicitudes de conciliación	En proceso	0	15
	Prejudicial	4	10
Subtotal		4	25
TOTAL DE PROCESOS		58	84

1.7.3. Atención de tutelas

Uno de los temas que mayor atención y diligencia requiere de la función asesora, es la contestación de las tutelas instauradas contra el Instituto Nacional de Cancerología, especialmente por parte de los pacientes y la causa general es la negación en las autorizaciones de servicios. Las causas relevantes, en su orden:

- Servicios NO POS.
- Cuotas de Recuperación.
- Autorizaciones en otras IPS.
- Falta de Autorización de las aseguradoras
- Falta de contrato con las EPS
- Inoportunidad en el servicio

El siguiente cuadro representa el número de tutelas presentadas en las que el Instituto Nacional de Cancerología ESE fue vinculado de alguna forma; generalmente por que el Juez de tutela llama al Instituto para que presente sus razones y consideraciones:

Tabla 9 Tutelas presentadas comparativo 2017-2018

Año	Impetradas	Atendidas	A Favor	En contra
2017	2092	2092	2085	07
2018	1007	1007	1004	02

Existe en los estrados judiciales una definición clara de las responsabilidades que le competen a las EPS y a las IPS, razón por la cual la inmensa mayoría de condenas es en contra de las primeras.

1.7.4. Derechos de petición y asesorías

Instituto Nacional de Cancerología presta sensible servicio no solamente en la respuesta directa de los derechos de petición que se le asignan a la oficina; sino que presta colaboración y asesoría a otras dependencias en las que les corresponde atender las peticiones, quejas y reclamos presentadas; en uno y otro caso se atienden en tiempo y en forma completa, de manera que impida la ocurrencia de riesgo jurídico y lesión a los intereses del Instituto y de los servidores públicos; amen de satisfacer el derecho fundamental de petición que le asiste a quienes acuden bajo esta acción al Instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 15 de 108	

Tabla 10 Número de derechos de petición y asesorías 2017-2018

Trámite	Número de trámites	
	2017	2018
Derechos de Petición	259	335
Asesorías (Muestra representativa)	550	608

1.7.5. Actividades de sensibilización jurídica

Se implementaron actividades encaminadas a generar una cultura del respeto por las normas jurídicas, a través de sus actuaciones en el Comité de Conciliación y demás comités en los cuales participa como miembro, igualmente en la emisión de conceptos, y en los diferentes espacios que es citado para charlas, como el proceso de inducción a los estudiantes, fellows y residentes, a través de la implementación de cursos virtuales en relación con “Responsabilidad Médica”, donde se dictan pautas de comportamientos seguro – jurídico para enervar lesión al bien jurídico tutelado que es el buen nombre del instituto y su patrimonio público económico.

Entre las modificaciones más relevantes se encuentran:

Se ajustó este año y para vigencia de 2019, el documento que contiene la “POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO Y DEFENSA DE LOS INTERESES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO”, la cual ha sido elaborada siguiendo los procedimientos sugeridos por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado para identificar los hechos generadores de daño antijurídico, partiendo de las deficiencias administrativas o misionales que pueden provocar una reclamación en la Institución, incluso en sede judicial.

De conformidad con lo anterior, resulta importante establecer en qué espacios se causa el riesgo, con lo cual se permitirá establecer las causas primarias que eventualmente podrían generar el daño antijurídico, contribuyendo así en la reducción de procesos judiciales, en los cuales sea el Instituto Nacional de Cancerología sea parte, ya sea demandante o demandado, todo ello en procura de sus intereses.

Teniendo en cuenta lo establecido por la Agencia Nacional de la Defensa Jurídica del Estado, el presente documento contentivo de la Política de Prevención puede ser acogido mediante acto administrativo o cualquier medio idóneo para su implementación y cumplimiento de los mecanismos propuestos para el desarrollo de la misma. Así mediante acta N° 14 de diciembre de 2018, el contenido de esta Política, fue aprobado por los miembros del Comité, resultando necesario adoptarla, obedeciendo a la necesidad de adoptar las herramientas para evitar la lesión de los intereses de la Entidad.

1.7.6. Actividades del Comité de Conciliación

El Comité de Conciliaciones sesionó en trece (13) oportunidades durante el año 2018, ejerciendo las funciones que le determina la Constitución y la Ley, especialmente el Decreto 1716 de 2009, dentro de ellas pidió, estudió e impartió directrices y decisiones en relación con todas y cada una de las demandas en que la Entidad es parte procesal activa o pasiva y en todas las convocatorias de conciliación prejudicial. Para esta vigencia en varias oportunidades, dadas las condiciones en que se presentaron los hechos, el comité decidió NO presentar fórmulas de arreglo, tanto en las acciones pre jurídicas como en las jurídicas o dentro del proceso contractual y de las 16 convocatorias de conciliación, solamente en dos (29 presentó formula de arreglo.

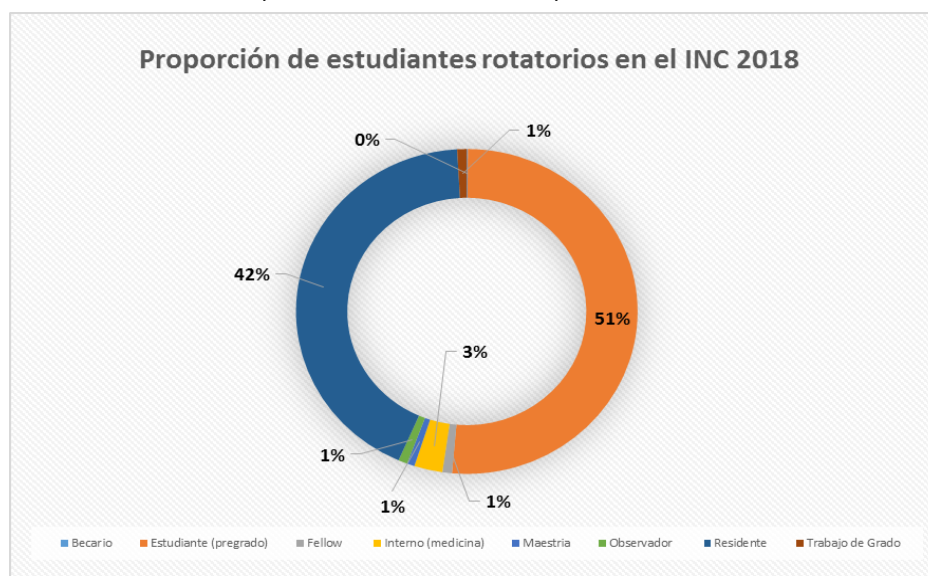
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 16 de 108			

1.8. DOCENCIA SERVICIO

1.8.1. Programas de seguimiento educación formal

Durante el año 2018 se registraron un total de 2092 estudiantes que ingresaron a rotar en los diferentes servicios del INC amparados en los convenios docencia servicio y de prácticas legalmente constituidos. En la gráfica se presenta la distribución del personal en entrenamiento según nivel, el mayor número de estudiantes en rotación en el INC está representado por el grupo de pregrado (51%) seguido de los residentes de primera y segunda especialidad (42%). Del total de estudiantes (2092), 1890 ingresaron por una sola vez y 202 rotaron más de una vez durante el año.

Gráfico 2 Distribución de personal en entrenamiento por nivel



A continuación se presenta el comportamiento del nivel de satisfacción con las prácticas formativas en el INC de los diferentes programas académicos según lo manifestado por los estudiantes que terminaron rotación:

Tabla 11 Porcentaje de satisfacción de las prácticas formativas comparativo

EDUCACIÓN FORMAL	2016	2017	2018
Porcentaje de satisfacción de las prácticas formativas	92,01%	93,49%	91.26%
Estudiantes rotatorios pregrado	1282	1114	1129
Estudiantes rotatorios postgrado	751	797	963
Total de estudiantes	2033	1911	2092

El Instituto durante el año 2018 contó con 39 convenios vigentes con las diferentes IES (Instituciones de Educación Superior), 36 corresponden a convenios docencia – servicio para la formación del talento humano en salud y los 3 restantes son de prácticas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 17 de 108	

Tabla 12 Convenios con las IES

Tipo de convenio	2016	2017	2018
Docencia – Servicio	33	34	36
Práctica	1	2	3

La satisfacción de las IES con la gestión institucional de los convenios vigentes fue del 99% que muestra un comportamiento similar en los tres años inmediatamente anteriores. Este indicador proviene de la encuesta aplicada en cada uno de los 115 CODA (comités docencia - asistencia).

Para la vigencia 2018 se ejecutaron en total 15 programas de posgrado (segunda especialidad) en Oncología en convenio con tres IES (Universidad Militar Nueva Granada, El Bosque y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud).

Tabla 13 Programas de posgrado en convenio con IES

Universidad militar nueva granada				Fundación universitaria de ciencias de la salud		Universidad el bosque	
Primera especialidad	Nº	Segunda especialidad	Nº	Segunda especialidad	Nº	Segunda especialidad	Nº
Oncología radioterápica	10	Cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva	7	Oncología clínica	10	Cirugía de seno y tejidos blandos	7
		Cirugía Oncológica	7				
		Cirugía plástica oncológica	0				
		Ginecología oncológica	7				
		Hemato Oncología pediátrica	10				
		Medicina del dolor y cuidados paliativos	5			Mastología	6
		Ortopedia oncológica	3				
		Rehabilitación oncológica	2				
		Urología oncológica	5				
		Dermatología oncológica	4				
		Cirugía de cabeza y cuello	4				

En el primer semestre de 2018 se graduaron 17 sub especialistas y en el segundo semestre 8. Se realizó la renovación del registro calificado de 8 programas que se encuentran en convenio con la Universidad Militar Nueva Granada.

RETOS

- Mantener los convenios docencia servicio con IES acreditadas.
- Aprobación del MEN de los programas Cirugía Gastrointestinal Oncológica/ Cirugía Plástica Oncológica.
- Optimizar proceso de inducción virtual para estudiantes aumentando la cobertura.
- Automatizar y mejorar la oportunidad en el proceso de asignación de cupos, registro, ingreso de estudiantes y reporte de notas las IES.
- Presentación ante el MEN del programa de Hematología Oncológica.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 18 de 108	

- Avanzar en el cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento del INC como Hospital Universitario.
- Fortalecer la formación docente de los funcionarios del INC.

1.8.2. Programas de extensión y educación no formal

Auspiciados en el plan de educación por extensión del INC se realizaron en el año 2018, 48 eventos que beneficiaron a 3063 participantes del país (88% de los eventos se realizaron en Bogotá)

Tabla 14 Actividades de educación continuada por categoría

Categorización del evento	Nº	%
Fortalecimiento del quehacer docente	3	6%
Prevención y detección temprana	19	40%
Otros abordajes oncológicos	26	54%

Desde el área de Docencia se contribuye con los objetivos del PDI específicamente en:

- Fortalecer las competencias en investigación para las diversas áreas del Instituto. Para el año 2018 se gestionaron dos cursos de redacción de artículos científicos, el primero de mayo a junio con 18 participantes y el segundo de septiembre a octubre con 17 participantes; para un total de 35 beneficiados. Además, en los proyectos de investigación institucionales el personal en entrenamiento participa de manera activa tanto en la construcción de los protocolos como en la recolección y análisis de la información.
- Fortalecer las competencias docentes. Se realizó un seminario de actualización en Docencia Universitaria en el mes de septiembre en el que participaron 53 docentes y se inició el proceso de gestión para la especialización en Docencia Universitaria validándose la participación de 26 funcionarios con función docente (16 de planta y 10 contratistas y tercerizados).
- Fortalecer los programas de educación virtual / Fortalecer los programas de educación por extensión. Desde el mes de abril de 2018 se inició la implementación de la inducción virtual para los estudiantes que ingresan a rotar al INC. Esta inducción cuenta con 25 módulos de temas trazadores que debe conocer el personal en entrenamiento antes de ingresar a rotar al Instituto. En el transcurso del año 2018 participaron 637 estudiantes en la inducción virtual.

RETOS

- Aumentar la cobertura de los cursos de educación no formal que realiza el INC en todo el país.
- Apoyar la formación de los funcionarios del INC en los temas propios de cada disciplina.

1.8.3. Calificación y evaluación docente

Durante el 2018 se presentaron los resultados de la primera convocatoria docente con la que se gestionó la clasificación de 74 hojas de vida (Nivel superior 35%, avanzado 27%, intermedio 23%, básico 8%). También se dio inicio a la segunda convocatoria de clasificación docente.

Evaluación docente: Se diseñó e implementó la evaluación docente en el INC. El primer periodo evaluado fue el correspondiente al IV trimestre 2018:

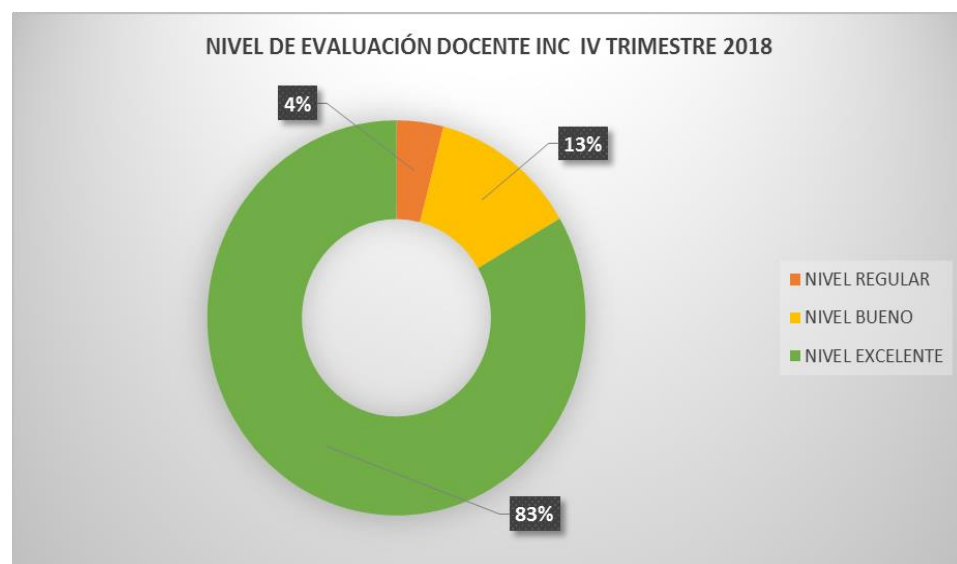
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 19 de 108			

Tabla 15 Evaluación docente

Periodo de evaluación	Oct-dic 2018
Programas evaluados	51
Docentes evaluados	131
Evaluaciones aplicadas	349

En la Gráfica se muestra la calificación global de los docentes INC en la que 131 docentes (83%) fueron evaluados por los estudiantes en nivel de excelencia.

Gráfico 3 Nivel de evaluación docente INC (IV trimestre de 2018)

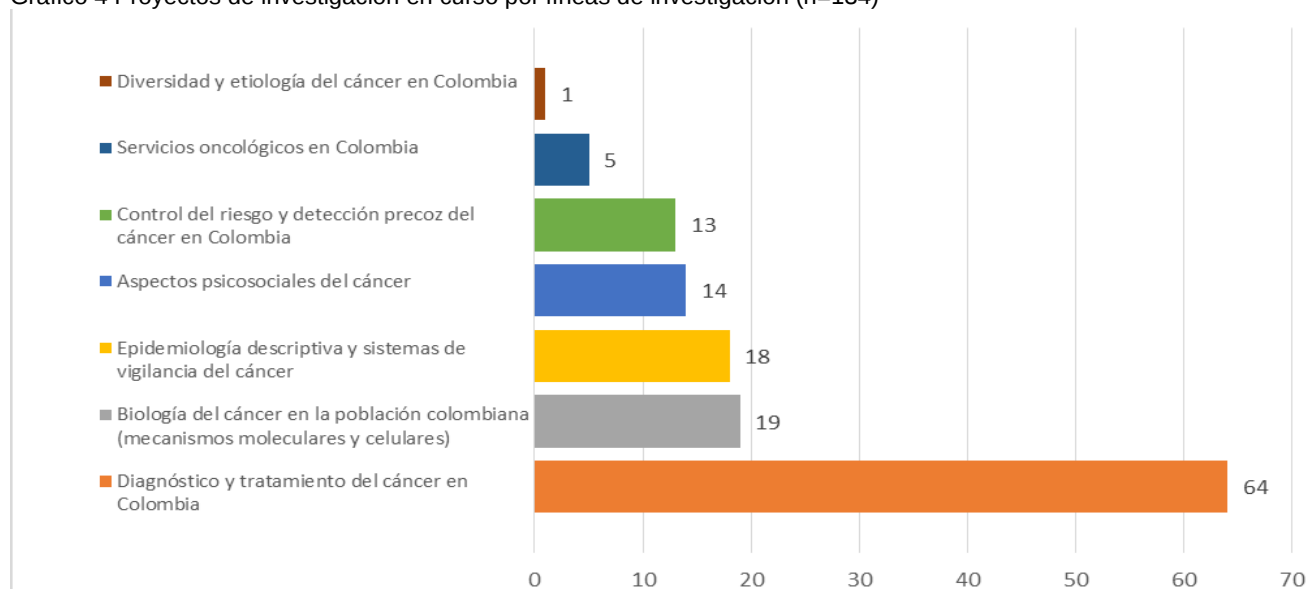


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 20 de 108	

1.9. INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL

En cumplimiento del objetivo del proceso de investigación de generar o actualizar el conocimiento enmarcado en las líneas de investigación definidas por el INC. Durante el año 2018 se iniciaron 38 proyectos y estuvieron en marcha un total de 134 (Gráfico2).

Gráfico 4 Proyectos de investigación en curso por líneas de investigación (n=134)



1.9.1. Grupos de investigación reconocidos por Colciencias

La generación de conocimiento para el control del cáncer en estas ocho líneas de investigación se produce a través del desarrollo de proyectos de investigación institucional, independientes de la industria farmacéutica; proyectos extra institucionales realizados en cooperación con universidades, organizaciones nacionales e internacionales y proyectos de la industria farmacéutica.

Tabla 16 Grupos de investigación institucional y resultados de la clasificación Convocatoria 781-2017

Nombre del Grupo	Código	Instituciones que lo avalan	Resultados de Convocatorias por año Conv (781) 2017	
			Líder	Resultado
Grupo de Investigación en Biología del Cáncer	COL0008629	INC	Alba Lucía Combita	A1
Investigaciones clínicas en cáncer	COL0028444	INC-UNal	Ricardo Sánchez Pedraza	B
Salud Pública y Epidemiología del Cáncer	COL0031243	INC	Constanza Pardo	C
Patología Oncológica INC	COL0131033	INC	Natalia Olaya	C
GREICAH - Grupo en enfermedades infecciosas en cáncer y alteraciones hematológicas	COL012415	INC-UNal	Sonia Isabel Cuervo	C

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 21 de 108			

Nombre del Grupo	Código	Instituciones que lo avalan	Resultados de Convocatorias por año Conv (781) 2017	
			Líder	Resultado
Seno y Tejidos Blandos	COL0125528	INC	Javier Angel Aristizabal	C
Grupo de Investigación en Radiobiología Clínica, Molecular y Celular	COL0159802	INC	Pablo Moreno Acosta	C

1.9.2. Proyectos cerrados

Durante el 2018 hubo 59 estudios programados para cierre de los cuales en 15 (25%) se logró la meta.

Tabla 17 Porcentaje de estudios de investigación cerrados en los últimos cuatro años

Año	Número de Proyectos		Porcentaje
	Cerrados	Programados para cerrar	
2015	12	62	19%
2016	40	56	71%
2017	34	59	58%
2018	15	59	25%
Total	148	391	38%

1.9.3. Publicaciones

La producción científica es el resultado de los proyectos de investigación institucional, de los programas de salud pública y del programa guías y protocolos (Tabla 3). Durante el 2018 se publicaron 29 artículos, de los cuales 7 fueron aceptados en revistas internacionales. Una revisión de la tendencia histórica de los últimos 4 años, muestra que, en el año 2015 hubo un mayor número de publicaciones en revistas nacionales, mientras que para los años 2016 y 2017 la relación fue inversa, en el año 2018 dicha relación vuelve a ser a favor de las publicaciones en revistas nacionales.

Tabla 18 Producción de artículos año 2018

Tipo de publicación	Número
Artículos Aprobados	31
Artículos Publicados	29
Capítulo de Libros	6
Boletines Electrónicos	11
Ponencias en Eventos Científicos	56
Total productos	133

Tabla 19 Distribución del tipo de publicación según revista

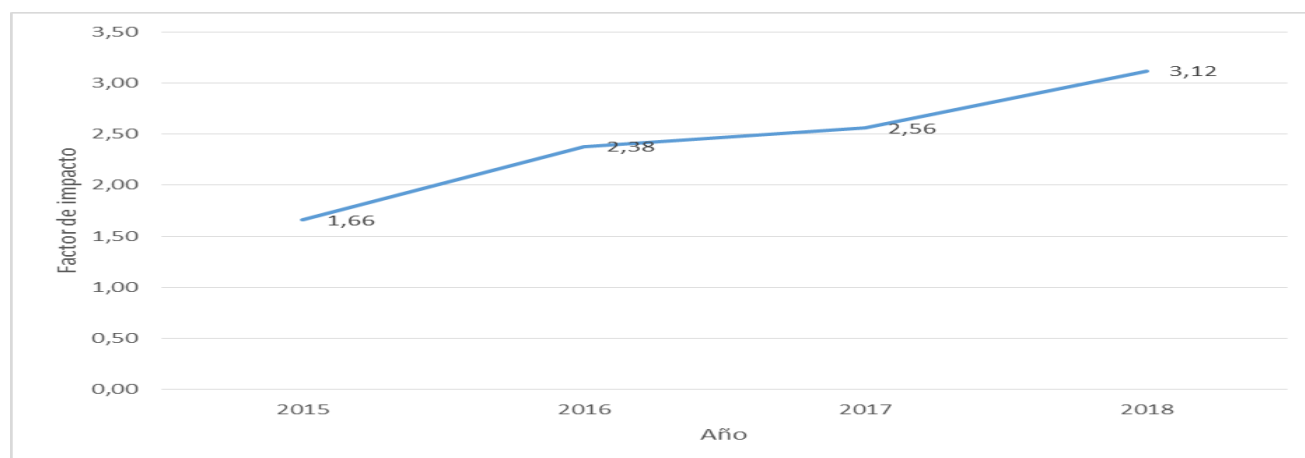
Tipo de publicación	2015	2016	2017	2018
Artículos publicados en revistas internacionales	10	15	12	7
Artículos publicados en revistas nacionales	33	9	7	22
Libros	1	4	3	6

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 22 de 108	

Tipo de publicación	2015	2016	2017	2018
Boletines Electrónicos	0	16	15	11
Total Productos	44	44	62	46

De otro lado, el número de citaciones de las publicaciones realizadas (factor de impacto), el último cuatrienio muestra una tendencia al aumento.

Gráfico 5 Factor de impacto en integración de conocimiento (2015 – 2018)



La siguiente tabla muestra la distribución de frecuencias durante el último cuatrienio, en promedio se hacen 52 ponencias al año.

1.9.4. Ponencias

Tabla 20 Ponencias en eventos científicos

Producción científica				
Tipo de publicación	2015	2016	2017	2018
Ponencias en Eventos Científicos	54	48	51	56

A continuación se muestra la distribución por frecuencia de los estudios según línea de investigación. Durante los últimos 4 años se ha mostrado baja (o nula) presentación de proyectos de investigación en algunas líneas de investigación (actuar político y cáncer, servicios oncológicos, control del riesgo y detección temprana, diversidad y etiología del cáncer).

Tabla 21 Proyectos nuevos por línea de investigación aprobados por el Comité de Ética e Investigación en los últimos cuatro años

Proyectos nuevos de investigación institucional aprobados según línea de investigación					
Nombre de la línea de investigación	2015	2016	2017	2018	Total
Diagnóstico y tratamiento	15	19	9	16	72
Control de riesgo y detección precoz	2	1	4	4	5
Aspectos psicosociales	4	4	2	3	16
Epidemiología descriptiva	5	1	2	9	12

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 23 de 108			

Proyectos nuevos de investigación institucional aprobados según línea de investigación					
Biología del cáncer	4	3	3	5	19
Actuar político y cáncer	0	1	0	0	3
Diversidad y etiología	0	0	0	0	4
Servicios oncológicos	0	2	0	1	6
Total general	30	31	20	38	137

1.10. INFORME DE LA REVISTA NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

La Revista Colombiana de Cancerología es una publicación oficial del Instituto Nacional de Cancerología (INC). Tiene una periodicidad trimestral y su finalidad es expandir y difundir los conocimientos de esta especialidad médica. La revista publica artículos sobre: mecanismos moleculares de carcinogénesis y respuesta a tratamiento; epidemiología del cáncer; características clínicas y tratamiento de enfermedades neoplásicas y acciones de salud pública para el control del cáncer. Actualmente, cuenta con buen posicionamiento y reconocimiento, debido a la indexación en Scielo, DOAJ, Publindex, Imbiomed, Lilacs, Latindex, Embase y ScienceDirect. Con las siguientes métricas

CITESCORE 2017	0,4
SJR	0,106
SNIP	0

La revista fue consultada entre enero y octubre del 2018 en el portal de elsevier.es 2085 veces y en el portal de Science Diterect 5456 veces.

Se publicaron en forma cumplida, en portal <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361> los cuatro volúmenes programados para el 2018 (Figura 5).

Online <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-numeros-anteriores>

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 24 de 108	

Imagen 2 Volúmenes publicados en 2018.

Vol. 22. Núm. 1. Enero - Marzo 2018	Vol. 22. Núm. 2. Abril - Junio 2018	Vol. 22. Núm. 3. Julio - Septiembre 2018	Vol. 22. Núm. 4. Octubre - Diciembre 2018

La revista publicó 33 manuscritos en las siguientes categorías:

Tabla 22 Manuscritos publicados

Referencia Vol (n), mes, año	Medio	Manuscrito	Número
Rev Colomb Cancerol Vol 22 (4) Oct-Dic 2018	Electrónico	Editorial	1
		Originales	2
		Reporte de casos	9
		Total manuscritos	12
Rev Colomb Cancerol Vol 22 (3) Jul - Sep 2018	Electrónico	Editorial	1
		Originales	3
		Reporte de casos	2
		Total manuscritos	6
Rev Colomb Cancerol Vol 22 (2) Abr - Jun 2018	Electrónico	Editorial	1
		Originales	2
		Reporte de casos	3
		Imágenes en Oncología	1
		Total manuscritos	7
Rev Colomb Cancerol Vol 22 (1) Ene - mar 2018	Electrónico	Editorial	1
		Originales	2
		Artículo revisión	2
		Reporte de casos	2
		Imágenes en Oncología	1
		Total manuscritos	8

1.11. INVESTIGACIÓN EXTRAINSTUCIONAL

Como desarrollo del procedimiento de investigación extra institucional, durante el año 2018 estuvieron en curso 20 ensayos clínicos, dieciocho estudios de la industria farmacéutica y dos estudios en cooperación internacional (OMS y SWOG Cancer Research Network. Además, 25 estudios desarrollados en el marco de diferentes

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 25 de 108	

convenios con instituciones académicas. Se muestra los ensayos clínicos desarrollados en el INC, describe el patrocinador y el área de interés del estudio.

En la gráfico 3 se muestra la tendencia en los últimos cuatro años del total de proyectos institucionales y extrainstitucionales en curso; y en la tabla 7 se puede observar la tendencia en los últimos cinco años de los proyectos nuevos por línea de investigación aprobados por el Comité de Ética e Investigación institucional.

Gráfico 6 Proyectos de investigación institucional y extra institucional en curso 2015-2018

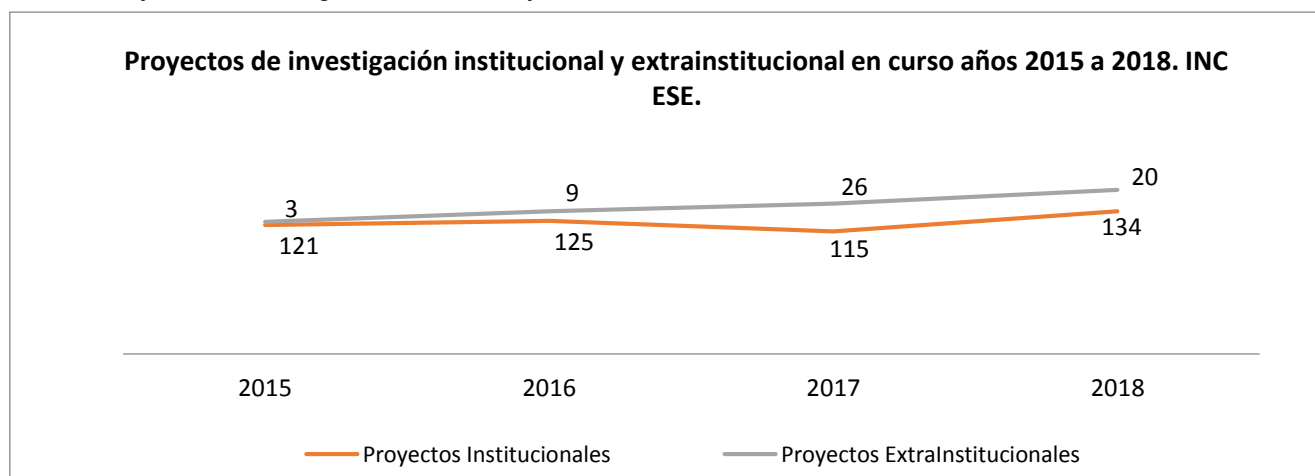


Tabla 23 Ensayos clínicos en ejecución durante el 2018

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 26 de 108	

Título del estudios	Área de interés	Patrocinador
MK7902-002	Cáncer de hígado	MSD
MK7339-002	Tumores Sólidos	MSD

1.12. BANCO NACIONAL DE TUMORES TERRY FOX

La siguiente tabla describe los proyectos que se han apoyado en las muestras del Banco de Tumores Terry Fox y el estado actual de cada una de las solicitudes.

Tabla 24 Estudios que han sido apoyados desde el Banco Nacional de Tumores Terry Fox

País	Proyecto	Institución responsable	Diagnóstico solicitado	Tipo de muestras solicitadas	Número de casos solicitados	Número de controles solicitados	Muestras entregadas a la fecha	Estado
Estados Unidos de Norteamérica	The Cancer Genome Atlas	NCI (National Cancer Institute)	Ca. Estómago y Ca de Cérvix	Células blancas, tejido no tumoral y tejido tumoral	12	0	78	Cerrado
Estados Unidos de Norteamérica	genome-wide association analysis of gastric cancer in hispanic populations	NCI (National Cancer Institute)	Ca Gástrico	ÁDN a partir de células Blancas	190	222	412	Ejecución en fase de colecta
Francia	Mutographs of cancer: discovering the causes of cancer through mutational signatures (Mutographs)	IARC (International Agency for Research in cancer)	Ca. De esófago, ca colorectal. Ca de páncreas	Tejido tumoral, células blancas y/o tejido no tumoral	100	0	239	Ejecución en fase de colecta
Colombia	Análisis genético de carcinoma de Glándula mamaria en poblaciones mestizas	Universidad del Tolima	Ca de Seno	Células Blancas	42	22	64	Cerrado
Colombia	Evaluación del exoma de pacientes colombianos con cáncer gástrico y del genoma de helicobacter pylori	Universidad del Tolima	Ca. Gástrico	Tejido tumoral, tejido no tumoral o CB	100	0	140	Cerrado
Colombia	Caracterización genética del cáncer de seno en Colombia. Estudio piloto	Universidad del Bosque	Ca de Seno	Tejido Tumoral, Tejido No tumoral, Células Blancas, Plasma y Láminas con preparados histológicos	80	0	110	Ejecución en fase de colecta
Colombia	Programa hereditario cancer	Instituto Nacional de Cancerología	Diversos	Células Blancas	600	0	291	Ejecución en fase de colecta
Total					1124	244	1334	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 27 de 108	

1.13. SALUD PÚBLICA

1.13.1. Prevención y detección temprana del cáncer

Apertura del Centro de Prevención y diagnóstico temprano- CPreD, para la atención de pacientes asintomáticos mediante estrategias de tamización o bien de detección temprana en individuos con síntomas incipientes de la enfermedad, mediante el desarrollo de actividades y prestación de servicios, siguiendo lo establecido en los objetivos y metas del Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021 y teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por las Rutas de Atención Integral en Salud de acuerdo a los tipos de cánceres priorizados y a las tres categorías de la atención: gestión de la salud pública, promoción de la salud y gestión integral del riesgo. Para la vigencia de 2018 en el CPreD se han realizado 1399 consultas de medicina general y especialidades, distribuidos como se muestra a continuación:

Tabla 25 Frecuencia de atención médica CPreD

Consulta de medicina general y especialidades	N° de pacientes
Medicina general primera vez	1038
Control de medicina general	122
Gastroenterología	10
Ginecología	8
Dermatología	183
Urología	10
Consulta seno y tejidos blandos	26
Mapeo de 1 y 2 lesiones	2
Total	1399

Por otro lado se realizaron 2468 exámenes de tamización y diagnóstico temprano.

Tabla 26 Frecuencia de exámenes de tamización y diagnóstico temprano CPreD

Exámenes de tamización y diagnóstico Temprano	N° de pacientes
Antígeno Prostático (PSA)	74
Test de sangre oculta (TSO)	174
Citología	130
Citología VPH	611
Colonoscopia	14
Endoscopia	63
Biopsia de piel	76
Biopsia de mama	74
Colposcopia	17
Ecografía de seno	147
Mamografía	115
Consejería de vida saludable	973
Total	2468

Se diagnosticaron 40 casos de cáncer en los pacientes atendidos en CPreD para el año 2018

Tabla 27 Número de personas con diagnóstico de cáncer, CPreD

Número de pacientes diagnosticados con cáncer en CPreD en el año 2018.	
Piel	13

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 28 de 108	

Número de pacientes diagnosticados con cáncer en CPreD en el año 2018.	
Mama	11
Cuello uterino	3
Testículo	2
Recto	1
Tiroides	3
Próstata	3
Gástrico	2
Cabeza y cuello	1
Ganglio	1
Orofaringe	1
Total	40

❖ Cursos virtuales y presenciales

En los cursos presenciales ofertados en CPreD, se certificaron 1097 profesionales, técnicos y estudiantes en salud, en las diferentes líneas de detección temprana de cáncer ofertadas.

Tabla 28 Profesionales capacitados en cursos presenciales

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos presenciales	Certificados /inscritos
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer mama para médicos	71/71
	Capacitación a capacitadores para la detección temprana de cáncer de mama	15/15
	Detección temprana de cáncer mama para enfermeros	63/63
Cáncer de colon y recto	Detección temprana de cáncer de colon y recto para médicos	34/34
	Detección temprana de cáncer de colon y recto para enfermeros	43/43
Cáncer de pulmón	Consejería breve de cesación de tabaco	59/59
Cáncer	Detección temprana de cáncer para médicos y enfermeros	118/118
	Detección temprana de cáncer para auxiliares	100/100
Cáncer oral	Detección temprana de cáncer oral	66/66
Cáncer de cuello uterino	Técnicas de inspección visual VIA VILI	65/65
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino para enfermeros	45/45
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino para médicos	53/53
	Actualización en toma de citología	165/165
Cáncer de próstata	Detección temprana de cáncer de próstata para enfermeros	50/50
	Detección temprana de cáncer de próstata para médicos	16/16
Cáncer infantil	Detección temprana de cáncer infantil para enfermeros	42/42
	Detección temprana de cáncer infantil para médicos	43/43
Cáncer de piel	Detección temprana de cáncer de piel para médicos	29/29
	Detección temprana de cáncer de piel para enfermeros	20/20
Total		1097/1097

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 29 de 108			

En los cursos virtuales ofertados en CPreD, se certificaron 331 profesionales, técnicos y estudiantes en salud en las diferentes líneas de detección temprana de cáncer.

Tabla 29 Total de personas certificadas e inscritas en los cursos ofertados

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos virtuales	Certificados/ inscritos
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	110/130
	VPH	41/60
	Técnicas de inspección visual VIA VILI	68/83
	Actualización en lectura de citología	1/1
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama para médicos	69/94
	Detección temprana de cáncer de mama para enfermeros	34/47
	Estandarización en el reporte de mamografía	8/11
Total		331/426

❖ Gestión proyectos CpreD

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

- Compra de 8 equipos de crioterapia con dos puntas y un cilindro de dióxido de carbono.
- Capacitación para el personal asistencial (enfermeros profesionales y médicos) en la implementación de la Estrategia Ver y Tratar, en los cuatro departamentos priorizados.
- Capacitación a 16 profesionales de salud entre médicos y enfermeros (4 en Vaupés, 4 en Guaviare, 4 en Putumayo, 4 en Cauca).
- Entrega de material de Información, Educación y Comunicación (EIC) a los profesionales capacitados.
- Entrega de 16 paquetes educativos compuestos por: un rotafolio "control de cáncer de cuello uterino", una guía "Guía para promotores de salud, para la detección temprana del cáncer de cuello uterino", un manual "Manual para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, estrategia ver y tratar".

Del proyecto “Evaluación de la concordancia inter-observador en tamización para cáncer de cuello uterino con técnicas de inspección visual VIA VILI” se realizaron las siguientes actividades:



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 30 de 108	

- Capacitación a 10 lideresas indígenas y enfermeras en las técnicas de inspección visual VIA VILI. Durante estas capacitaciones se hizo entrega de rotafolios y manuales para lograr una adecuada tamización con las técnicas de inspección visual VIA VILI y permitir que las lideresas indígenas y las enfermeras profesionales tuvieran una ayuda didáctica para la consejería y repaso de los temas vistos.
- Tamización de 64 mujeres pertenecientes a las comunidades indígenas del departamento del Amazonas, realizadas por las lideresas indígenas capacitadas en las técnicas de inspección visual VIA VILI

Finalmente como punto central es importante resaltar que el instituto logró ubicarse como líder en la detección temprana de cáncer con las asociaciones indígenas de Leticia.

En el marco del proyecto “Determinación de niveles de referencia de dosis en radiografía dental y estimación de la dosis absorbida por pacientes en la glándula tiroides en la ciudad de Bogotá”.

Logros

- ✓ Cierre oportuno al proyecto “Percepción de pacientes, familiares y cuidadores frente al cáncer, atendidos en el Centro de Educación para el paciente y la familia del INC”.
- ✓ Se culminaron oportunamente las actividades y productos del proyecto Análisis de competencias en prevención y detección temprana de los cánceres ofertados por programas de enfermería y medicina de la ciudad de Bogotá y del proyecto “Dosis de Radiación en Mamografía: estudio para la determinación de niveles de referencia de dosis glandular media en pacientes de Bogotá D.C.” entrando en fase de cierre del mismo.
- ✓ Obtención de recursos de COLCIENCIAS e inicio del proyecto: “Estimación de la densidad mamográfica de mujeres en Colombia. Actualmente en curso.
- ✓ Suscripción de convenios para atención de pacientes en CPreD con la empresa Vigias de Colombia, Fondo de Empleados del Hospital la Misericordia, Servicios Humanos medicina prepagada, universidad CUN.
- ✓ Suscripción de convenio con la Sub Red Centro Oriente de Bogotá, para la realización de cursos a profesionales del Distrito Capital, en Prevención y Detección Temprana del Cáncer.
- ✓ Suscripción de convenio con el Fondo Financiero Distrital (Secretaría de Salud de Bogotá), para la realización de cursos de educación continua, virtuales y presenciales, y para la realización de un documento técnico respecto al diseño de un sistema de información en cáncer para Bogotá.
- ✓ Se realizaron actividades de campo para dar a conocer el CPreD en espacios públicos, comerciales y educativos.
- ✓ Curso para rectores y docentes de colegios públicos de Bogotá con la Secretaría de Educación de Bogotá.
- ✓ Promoción de lineamientos nacionales para control de calidad en imagen mamográfica. EN este aspecto se realizaron acciones conjuntas con el Ministerio de Salud: realización de actividades para 3 mesas de trabajo en la que participaron entidades de educación superior: (Universidad Nacional Sede Medellín, Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad Javeriana), Fundación Santa Fé de Bogotá, SENA, Centro Médico Imbanaco de Cali, mediante las cuales el CPreD buscó Se continuó con la realización de visitas de control de calidad gratuitas, a centros mamográficos, fue 8 mamógrafos visitados en 2018.
- ✓ Diseño del curso virtual de detección temprana de Cáncer de piel. Este curso será ofertado en 2019.
- ✓ Diseño del curso presencial de detección temprana del cáncer oral, el cual se probó en la ciudad de Valledupar.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 31 de 108	

- ✓ Diseño del curso presencial: Consejería Breve para la Cesación Tabáquica, el cual fue impartido a 3 grupos de profesionales de la ciudad de Bogotá.
- ✓ Inicio del curso presencial en detección temprana de cáncer de piel y recomendación para la reducción de exposición a luz ultravioleta.
- ✓ Se apoyó en la organización logística del HPV Board Meeting, que reunió en Bogotá expertos mundiales en VPH en el mes de noviembre de 2018.
- ✓ Se apoyó la convocatoria nacional para la realización del curso virtual en Seguridad de la Vacuna, diseñado por el INC junto con el Instituto Catalán de Oncología.

1.13.2. Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

- ❖ **Ejecución del proyecto de investigación Estudio de suficiencia de servicios oncológicos en el departamento del Valle del Cauca. Colombia 2017.**

Objetivo general: Analizar la suficiencia de servicios oncológicos con base en la oferta y demanda de servicios en el Departamento del Valle del Cauca en el año 2017. Horizonte del proyecto: 2017 – 2019.

Estado a avance al 31 de diciembre de 2018: fase de ejecución finalizada. Base de datos del proyecto cerrada. Se da inicio a la etapa de cierre con el análisis de todos los datos y construcción de los productos finales del proyecto. Cumplimiento del cronograma: 100%

- ❖ **Proceso de aseguramiento del cumplimiento de condiciones de requisitos habilitación de Unidad de Atención Integral de Cáncer Infantil (UACAI).**

Acciones realizadas:

- Construcción del documento hoja de ruta habilitación UACAI, con la lista de verificación detallada de requisitos según norma.
- Organización y liderazgo del grupo técnico institucional que creó, ajustó o modificó documentos, procesos y procedimientos de la Unidad de Atención de Cáncer Infantil, así como los ajustes a la ruta de atención en la unidad de hematología pediátrica.

Estado a avance al 31 de diciembre de 2018: 100% de las actividades presupuestadas para dar cumplimiento a la meta, acorde a las limitaciones actuales del proceso.

- ❖ **Consejo Nacional de Cáncer Infantil CONACAI y Consejo Distrital de Cáncer Infantil CODACAI**

Representación del Instituto Nacional de Cancerología en todas las sesiones ordinarias del consejo y en las mesas técnicas del consejo. Envío de conceptos y recomendaciones de acuerdo a las tareas y actividades emanadas del Consejo.

- ❖ **Organización de un modelo de colaboración en red para hospitales públicos de alta complejidad con servicios oncológicos.**

Desde finales del 2017 y durante el 2018, se adelantaron diversas acciones y acercamientos con distintos actores del sistema (entre ellas la Secretaría de Salud San Andrés, la IPS Servicios Especiales de Salud-Hospital de Caldas SES, el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo HUHMP y el Hospital Universitario del Valle HUV) para establecer acuerdos que permitan adelantar acciones conjuntas para el control del cáncer dentro del PDCC, el marco estratégico y marco Operativo del MIAS, específicamente en sus

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 32 de 108			

componentes de Rutas Integrales de atención en salud- RIAS y Redes Integrales de prestadores de servicios de salud-RIPSS, así como acciones de colaboración conjunta. En agosto de 2018 se firmó un acuerdo de cooperación entre el INC y el SES, liderado por esta oficina. Se proyecta consolidar acciones en el 2019 con otros actores nacionales para desarrollar la idea y hacerla operativa.

❖ **Iniciativa City Cancer Challenge 2025 de la UICC (Unión Internacional contra el Cáncer)**

La Unión Internacional Contra el Cáncer o UICC es la más grande organización no gubernamental dedicada exclusivamente al control mundial del cáncer. El Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. de Colombia es uno de sus miembros más antiguos en las Américas. La UICC cuenta con una iniciativa global, tendiente a apoyar la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer en el mundo denominada C/CAN 2025 City Cancer Challenge (Desafío de Ciudades contra el cáncer). Esta iniciativa inició su despliegue en la ciudad de Cali (primera ciudad de aprendizaje en el mundo), seguida por Asunción, Paraguay y Yangón, Myanmar (Sudeste Asiático).

El Instituto Nacional de Cancerología, ha participado e intervenido directamente en el desarrollo de la iniciativa C/CAN 2025 en las ciudades de Cali (Colombia) como parte del comité ejecutivo, líder diseñador y realizador del documento del plan de implementación del proyecto para la ciudad. Para las ciudades de Asunción (Paraguay) y Yangón (Myanmar) se brindó apoyo asesor técnico en la construcción del plan de implementación basados en la experiencia de la ciudad de Cali. En el marco de la carta de intención de colaboración firmada entre la UICC y el INC desde el Junio de 2018, se participó, apoyó y gestionó todas las actividades, reuniones o documentos de carácter técnico, donde la competencia del instituto ha sido considerada.

1.13.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER

Logros

- ✓ Se mantuvo actualizado INFOCANCER Sistema de Información de cáncer en Colombia: mortalidad hasta el año 2015, Incidencia año 2014.



- ✓ Se publicó en el mes de febrero de 2018 el boletín epidemiológico número 10 sobre vigilancia epidemiológica del cáncer temas: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama, resultados de la notificación al sivegila 2016, indicadores de los certificados de defunción 2016, temas de interés: cáncer de mama.
- ✓ Se publicó el anuario estadístico del 2015 y se sometió para publicación el anuario estadístico del 2016.
- ✓ Se realizaron 4 convenios con registros poblacionales de Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Manizales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 33 de 108	

- ✓ Se realizó el "Taller teórico práctico estadio clínico y TNM esencial para registros de cáncer de base poblacional" con la participación de los registros poblacionales de Cali, Barranquilla, Manizales, Pasto, Antioquia, la U Javeriana, la IARC y el ICO.
- ✓ Se realizó la supervivencia Global de cáncer de mama, cáncer gástrico, cuello uterino. Cohorte año 2014.
- ✓ Se llevaron a cabo dos reuniones sobre el tema " Observatorio epidemiológico del Cáncer" con la participación del MSyPS, la IARC, la Universidad Javeriana y los registros poblacionales de Pasto, Cali, Bucaramanga, Manizales y Barranquilla.
- ✓ Publicación de los artículos:
 1. Oral and oropharyngeal cancer in Colombia: an experience in a middle-income country cancer institute (2004-2013) ". Oral Oncology
 2. Estimaciones de Incidencia y Mortalidad por cáncer en Colombia 2007-2011. Colombia médica.
 3. Mortalidad en Colombia, 2007-2011: calidad de la certificación, Colombia Médica
 4. Survival of breast and cervical cancer by stage in a middle-income country cancer institute. Pardo C. 06 marzo 2018. Colombia Médica.

Logros en el apoyo a la legislación

Apadrinamiento de Proyectos de Ley (PL) en el Congreso de la Republica para lograr incidencia por parte del INC.

- ✓ PL 61/17 Senado "Ley Ana Cecilia Niño":

Reuniones técnicas intersectoriales para definir infografía (participación de varios ministerios: Interior, Salud, Ambiente, Trabajo).

- ✓ PL 167/17 Cámara de Representantes (regulación SEAN/SSSN):

Reuniones con Representante Oscar Ospina y Ministerio de Salud. El grupo participó en la elaboración de la ponencia de este proyecto.

- ✓ PL 134/17 Cámara de Representantes (Control de emisiones contaminantes móviles):

Reunión con asesora de la autora del proyecto, la Senadora Angélica Lozano, elaboración de parrilla de publicaciones para redes sociales en donde se manifestó apoyo al proyecto. Programa de radio: invitado Hugo Sáenz (líder de Respira Bogotá). Carta para apoyar ponencia positiva y priorizar cuarto debate de la iniciativa

- ✓ PL 019/2017 Cámara de representantes (Control de obesidad).

Reuniones con la Senadora Laura Fortich, ponente principal del proyecto para manifestar apoyo del INC a la iniciativa.

- ✓ Concejo de Bogotá: proyecto de acuerdo 399 de 2018:

Por medio del cual se crea el programa especial de fomento y promoción para reducir el consumo de sal y de azúcar en el Distrito Capital.

- ✓ Proyecto de Acuerdo 430 de 2018 en el Concejo de Bogotá:

Por el cual se ordena implementar con el Distrito Capital una estrategia integral de información, comunicación y educación en salud para la prevención de los efectos de rayos ultravioleta (RUV), lesiones oculares, cutáneas y cáncer de piel: reuniones técnicas con Ángela Aldana, asesora de la Concejal Olga Rubio de las cuales se acordaron emitir conceptos por parte del INC.

- ✓ Proyecto de acuerdo 399 de 2018 del Concejo de Bogotá por medio del cual se crea el programa especial de fomento y promoción para reducir el consumo de sal y de azúcar en el Distrito Capital:

Reuniones técnicas con Manuel Gaitán asesor del Concejal Álvaro Argote, de las cuales se acordaron emitir conceptos por parte del INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 34 de 108	

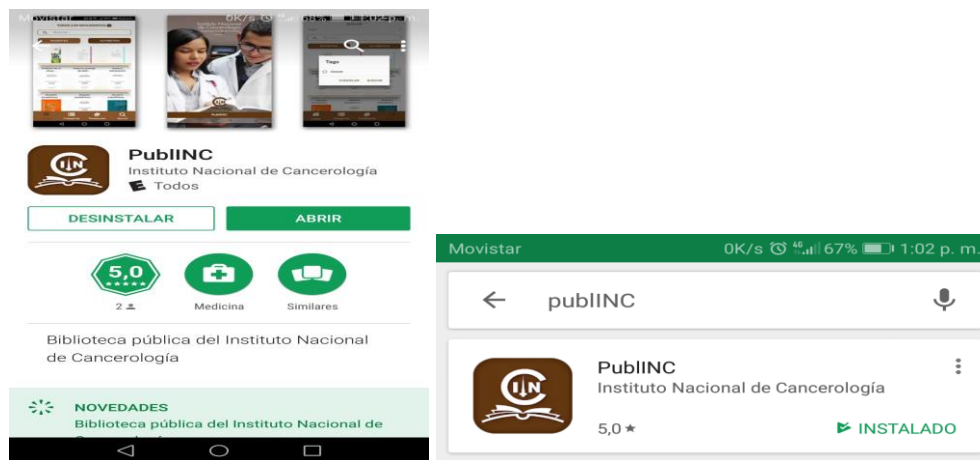
- ✓ Proyecto de Acuerdo 416 de 2018 del Concejo de Bogotá:

Por el cual se modifica el Acuerdo 376 de 2009 mediante el cual se establecen lineamientos para la Política Pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en Bogotá. Reunión inicial con el Concejal Pedro Julián Lopez Sierra y su asesora (Zoraya Yurgaqui).

1.13.4. POLÍTICAS Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

Logros

- ✓ Biblioteca pública del INC Apps Android – iOS: PUBLINC



- ✓ Construcción conjunta del Modelo de Comunicación Pública para el control del Cáncer. Mesas de trabajo. Hotel Tequendama. 6 de septiembre de 2018. Participación del MSyPS, OMS/OPS, Cuenta de Alto Costo, la Liga Colombiana Contra el Cáncer, Veeduría Ciudadana, Educar Consumidores, Fundación Anaas.
- ✓ Primera reunión: taller de planeación conjunta del modelo de comunicación pública para el control del cáncer. 6 de septiembre en el Hotel Tequendama.
- ✓ Segunda reunión: 11 de octubre en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Tercera reunión: 20 de noviembre en la Liga Colombiana Contra el Cáncer.
- ✓ Exposición de la galería Fotográfica " No fumar es la actitud " en la Universidad del Área Andina". (julio 2018).
- ✓ Participación del Stand de Salud Pública en la Feria Internacional de Salud –Meditech- julio de 2018. se captó una institución para hacer contrato con CPreD
- ✓ Participación en la “semana de la salud” de la Universidad Central durante los días 18 y 19 de septiembre en donde se expuso la estrategia “No Fumar es la Actitud”
- ✓ Charla informativa sobre tabaco en el Colegio Liceo Francés el 30 de mayo, día mundial sin tabaco.
- ✓ Campaña de Incidencia política para debate y aprobación del PL 61/17 Senado “Ley Ana Cecilia Niño”: Esta campaña se realizó por las principales redes sociales del instituto y de forma presencial en el Congreso de la República.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS-I-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 35 de 108	



- ✓ Campaña de Incidencia política para debate y aprobación del PL 134/17 Cámara de Representantes (Control de emisiones contaminantes móviles). Esta campaña se realizó por las principales redes sociales del instituto.

Programa de #INCancerologia, cigarrillo electrónico: problemática en Colombia y normatividad 2 de mayo



Apoyo público al Proyecto de Ley 019/2017 Cámara de Representantes Colombia) que busca establecer medidas sobre #etiquetadodealimentos y de información referente a #alimentaciónsaludable y #saludpública como factor de riesgo atribuible al cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

1.14. GESTIÓN DE PROYECTOS

Las fuentes de financiación con las que contó el Instituto Nacional de Cancerología para el desarrollo de los dos macroproyectos a cargo de la Subdirección de Investigación: investigación en el Instituto Nacional de Cancerología para generar conocimiento con el fin de contribuir al control integral del cáncer en Colombia e implementación del Plan Decenal de Salud Pública para el Control del Cáncer 2012-2021, son principalmente los recursos aportados por la nación, recursos de Colciencias para el apoyo al joven investigador, por recursos administrados mediante contratos con el Ministerio de Salud y Protección Social. La ejecución presupuestada es mostrada en la tabla.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 36 de 108	

Tabla 30 Ejecución de recursos para la financiación de proyectos

Macroproyecto	Apropiación Definitiva			Ejecución presupuestal					
	Recursos Nación	Recursos Administrados	Total	Recursos Nación		Recursos Administrados		Total Ejecutado	
				Valor	%	Valor	%	Valor	%
Investigación en el Instituto Nacional de Cancerología para generar conocimiento con el fin de contribuir al control integral del cáncer en Colombia	\$ 1.068.706.278	\$ 383.145.000	\$ 1.451.851.278	\$ 1.007.212.026	94%	\$ 349.199.144	91%	\$ 1.356.411.170	93%
Implementación del plan decenal de salud pública para el control del cancer 2012-2021 nacional	\$ 838.101.172	\$ 264.602.439	\$ 1.102.703.611	\$ 757.040.821	90%	\$ 141.450.547	53%	\$ 898.491.367	81%
Total Subdirección	\$ 1.906.807.450	\$ 647.747.439	\$ 2.554.554.889	\$ 1.764.252.847	93%	\$ 490.649.691	76%	\$ 2.254.902.537	88%

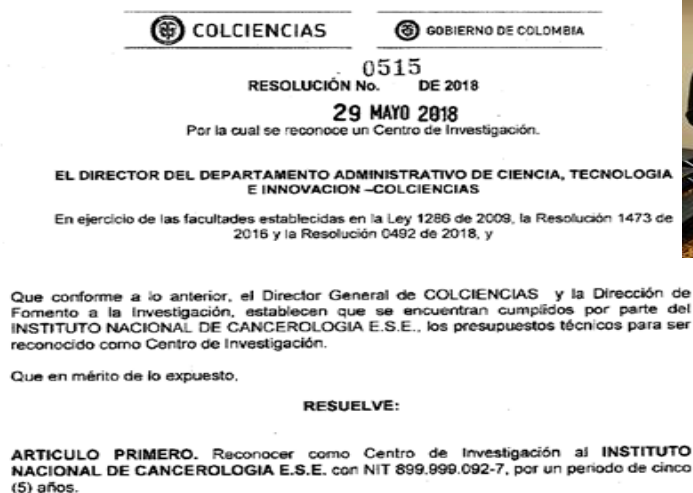
1.15. POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL

El Impacto en medios masivos mínimo en un 30 por ciento más que el año inmediatamente anterior. Durante el 2018 se obtuvieron un total de **1601 impactos** en medios de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y revistas), lo que genero un ahorro según el estudio de monitoreo de medios de \$ 1.028.251.972 millones de pesos, un 450% del cumplimiento por encima de la meta. Entre los medios que más reconocieron la labor institucional desde diferentes ángulos podemos encontrar a revista Semana, El Tiempo, RCN Radio, RCN Televisión, City TV, Canal El Tiempo, CM&, Canal Uno, El Universal.

1.16. LOGROS

Reconocimiento como centro de Investigación

Según la resolución No 0515 del 29 de mayo 2018 el INC recibió de Colciencias, galardón que lo reconoce como centro de investigación por un periodo de cinco (5) años.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 37 de 108	

1.17. RETOS

- ✓ Articular investigadores e instituciones regionales en el desarrollo de proyectos de investigación con miras a desarrollar programas de investigación en el mediano y largo plazo.
- ✓ Promover el desarrollo de las líneas de investigación en etiología, servicios oncológicos y actuar político.
- ✓ Lograr la consecución de recursos externos para financiación de proyectos (Colciencias, Universidades, Cooperación Internacional).
- ✓ Fortalecer la participación del INC en los proyectos de SWOG Cancer Research Network
- ✓ Ofertar los portafolios de los procedimientos del Grupo Área de Salud Pública.
- ✓ Mejorar la categorización de Colciencias del Grupo de Salud Pública.
- ✓ Iniciar la creación de 2 nuevos Grupos de Investigación en salud pública: investigación social en cáncer y servicios de salud y cáncer.
- ✓ Habilitar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, la Unidad de Atención Integral para Cáncer Infantil UACAI en el Instituto Nacional de Cancerología.
- ✓ Consolidar al Instituto Nacional de Cancerología como un actor técnico fundamental en las acciones que desarrolla en el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil.
- ✓ Concertar un acuerdo interinstitucional que permita conformar un modelo de operación en red para IPS públicas que trabajen contra el cáncer.
- ✓ Lograr la aprobación para la implementación de un programa de tele oncología en el INC.
- ✓ Apoyar durante el 2019 las acciones de la Unión Internacional para el Control del Cáncer en el desarrollo de la iniciativa CCAN 2025.
- ✓ Asegurar la continuidad del sistema de gestión de tecnología en el INC.
- ✓ Avanzar en la investigación de servicios de salud oncológica, cáncer ocupacional e investigación social.
- ✓ Mantener y ampliar la sinergia con las áreas clínicas.
- ✓ Mantener alianzas intra y extrainstitucionales para el control del cáncer.
- ✓ Continuar la oferta de los servicios ofrecidos por el CPreD para lograr convenios con entidades prestadoras de servicios.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 38 de 108			



Proceso de transformación cultural permanente.

2. Gerencia



TORTUGA DE RÍO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 39 de 108	

2.1. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El presupuesto Inicial fue aprobado por \$299.266 millones, se efectuaron modificaciones por \$11.900 millones, quedando el presupuesto definitivo en \$311.166 millones.

Resultado Presupuestal 2018

Al cierre del ejercicio fiscal del 2018, el Instituto generó un resultado presupuestal de \$54.327 millones, lo cual se constituye en la disponibilidad inicial para el 2019.

2.1.1. Ejecución presupuesto de ingresos

El presupuesto definitivo de ingresos se aforó en \$311.166 millones y el recaudo ascendió a \$342.447 millones, equivalente a un nivel de recaudo del 110%, suma superior en \$31.281 millones frente a lo aforado, principalmente por efecto del mayor recaudo por la venta de servicios de salud con un 103% e ingresos corrientes con un recaudo del 116%.

Los recursos propios se aforaron en \$262.011 millones y el recaudo fue de \$295.976 millones, equivalente a una ejecución del 113%, superior en \$33.965 millones.

En cuanto a los aportes de la Nación, la Dirección del Tesoro Nacional giró \$46.471 millones que representan el 94,5% de lo aforado.

Por Venta de Servicios Salud se recaudaron \$223.184 millones frente a un aforo de \$215.081 millones, lo que representa una tasa de recaudo del 103,8%.

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

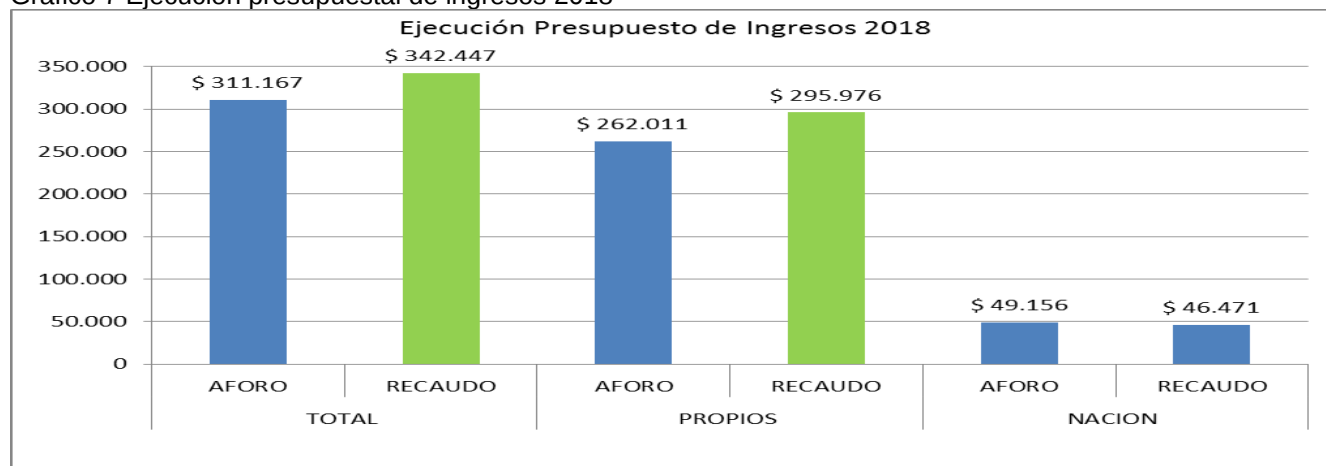
Tabla 31 Ejecución presupuesto de ingresos 2018

EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INGRESOS 2018					
(Millones de \$)					
CONCEPTO		AFORO	PESO	RECAUDO	
				VALOR	%
	TOTAL INGRESOS	311.166,8	100,0%	342.447,2	110,1%
1	RECURSOS PROPIOS	262.010,8	84,2%	295.976,1	113,0%
1.1	DISPONIBILIDAD INICIAL	35.268,7	11,3%	61.536,3	174,5%
1.2	VENTA DE BIENES	567,0	0,2%	541,6	95,5%
1.3	VENTA SERVICIOS SALUD	215.081,7	69,1%	223.184,8	103,8%
1.5	OTROS ING EXPLOTACION	2.764,6	0,9%	2.385,0	86,3%
1.6	OTROS INGRESOS	888,8	0,3%	1.035,4	116,5%
1.7	RECURSOS DE CAPITAL	7.440,0	2,4%	7.293,0	98,0%
2	APORTE NACION	49.156,0	15,8%	46.471,2	94,5%

En el siguiente gráfico se muestra la ejecución total y por recursos, distinguiendo entre nación y propios.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 40 de 108	

Gráfico 7 Ejecución presupuestal de ingresos 2018



2.1.2. Ejecución presupuesto de gastos

Del total apropiado para gastos que fue de \$311.167 millones se realizaron compromisos por valor de \$294.815 millones, que equivale a una ejecución del 95% y se realizaron pagos por valor \$288.121 millones, suma que representa un 98% de nivel de pagos de las obligaciones.

Del total del presupuesto que fue de \$311.167 millones se destinaron a Gastos de Funcionamiento \$109.505 millones, que equivalen al 35% del presupuesto, a Gastos de Operación Comercial \$167.985 millones, que representan el 54% del presupuesto, a Inversión el 11% que equivalen a \$33.676 millones.

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

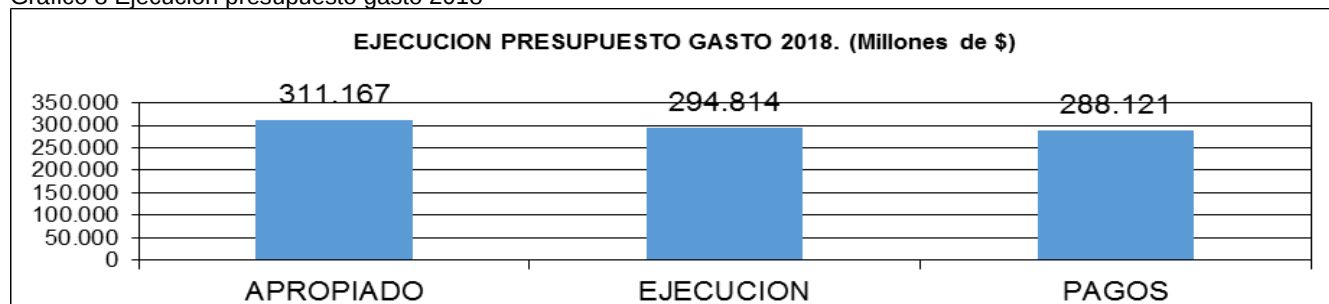
Tabla 32 Ejecución presupuesto de gastos 2018

EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS 2018					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
FUNCIONAMIENTO	109.505	103.913	95%	101.802	98%
OPERACIÓN COMERCIAL	167.985	162.753	97%	160.692	99%
INVERSION	33.676	28.149	84%	25.627	91%
TOTAL PRESUPUESTO	311.167	294.815	95%	288.121	98%

El siguiente gráfico muestra la ejecución total del presupuesto de gastos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 41 de 108	

Gráfico 8 Ejecución presupuesto gasto 2018



Para Gastos de Funcionamiento se apropiaron \$109.505 millones, se realizaron compromisos por valor de \$103.913 millones, es decir, que se ejecutó el 95% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$101.802 millones, equivalentes a un 98% de las obligaciones.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de los gastos de funcionamiento.

Tabla 33 Ejecución gastos de funcionamiento 2018

EJECUCION GASTOS DE FUNCIONAMIENTO 2018 (Millones de \$)					
RECURSO	APROPIADO	EJECUTADO		PAGOS	
		VALOR	%	VALOR	%
G. PERSONAL	73.105	71.814	98%	70.801	99%
G.GENERALES	35.977	32.048	89%	30.950	97%
TRANSFERENCIAS	423	51	12%	51	100%
TOTAL PRESUPUESTO	109.505	103.913	95%	101.802	98%

El presupuesto de Gastos de Operación Comercial ascendió a \$167.985 millones, se realizaron compromisos por \$162.752 millones, es decir, que se ejecutó el 97% del presupuesto, y se efectuaron pagos por \$160.692 millones, equivalentes a un 99% de las obligaciones.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de la operación comercial.

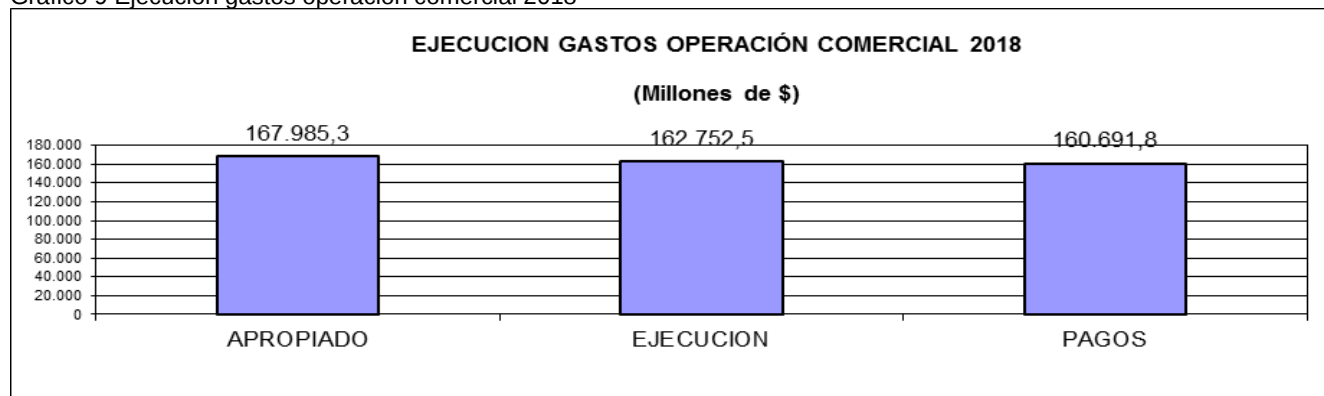
Tabla 34 Ejecución gastos de operación comercial 2018

EJECUCION GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL 2018 (Millones de \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
COMPRA BIENES	108.834	107.028	98%	106.415	99%
COMPRA SERVICIOS	59.152	55.724	94%	54.277	97%
TOTAL PRESUPUESTO	167.985	162.752	97%	160.692	99%

El siguiente gráfico muestra la ejecución de los gastos de operación comercial

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 42 de 108	

Gráfico 9 Ejecución gastos operación comercial 2018



En cuanto a los Gastos de Inversión, se le asignaron recursos por valor de \$33.676 millones y se ejecutó el 84%, que representan \$28.149 millones, así mismo, se realizaron pagos por valor de \$25.627 millones, que equivalen a un 91% de los compromisos efectuados.

El siguiente cuadro muestra la ejecución de la Inversión por cada macroproyecto.

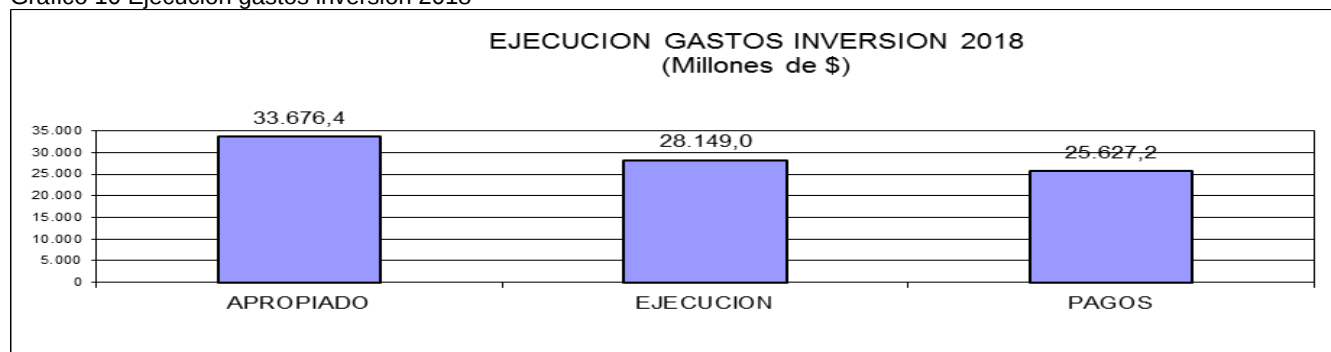
Tabla 35 Ejecución presupuesto de inversión 2018

EJECUCION PRESUPUESTO DE INVERSION 2018					
(Millones \$)					
CONCEPTO	APROPIADO	EJECUCION	%	PAGOS	%
CONSTRUCCION, AMPLIACION, DOTACION Y REMODELACION	12.433	10.917	88%	10.367	95%
FORTALECIMIENTO TECNOLOGIA BIOMÉDICA EN EL INC 2015-2021, BOGOTÁ	12.672	11.523	91%	10.205	89%
INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA PARA GENERAR CONOCIMIENTO CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL CONTROL INTEGRAL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	1.656	1.560	94%	1.345	86%
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE UN PROGRAMA EN SALUD PUBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	1.301	1.096	84%	901	82%
MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN TECNOLÓGICA DE LAS ÁREAS DE DIRECCIÓN, SOPORTE Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DEL INC	5.615	3.052	54%	2.809	92%
TOTAL PRESUPUESTO	33.676	28.149	84%	25.627	91%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 43 de 108	

El siguiente gráfico muestra la ejecución de los gastos de Inversión.

Gráfico 10 Ejecución gastos inversión 2018



Cuentas por Pagar.

Al cierre de la vigencia fiscal 2018 se constituyeron cuentas por pagar por \$6.694 millones, de las cuales \$5,653 millones se financian con recursos propios y los restantes \$1.041 millones se financian con Aportes de la Nación.

Las cuentas por pagar se incorporarán al presupuesto 2019 mediante una adición presupuestal, la cual se presentará a consideración de la junta Directiva.

2.2. FACTURACIÓN

2.2.1. Cumplimiento de las metas de facturación

Con cumplimiento del 15% sobre la meta propuesta, los meses con mayor facturación fueron abril, mayo y diciembre; en cuanto a las aseguradoras con mayor facturación se encuentran en orden descendente Capital salud, Nueva EPS, Medimas y Fondo Financiero; analizado por régimen el 50% fue facturación del régimen subsidiado, el 33% al régimen contributivo y el 13% al régimen vinculado y el 4% restante lo ocupan otras líneas de pago.

Tabla 36 Metas de facturación 2018

METAS FACTURACIÓN 2018							
MES	FACTURACIÓN 2017	%	META FACTURACIÓN POA 2018 INCREMENTO DE IPC(4,09)+1=5,09	%	FACTURACIÓN REAL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO META	COMPARATIVO MES A MES
Enero	14.961.771.796	6%	15.723.325.980	6%	19.515.566.260	124%	30%
Febrero	17.777.584.679	8%	18.682.463.739	8%	21.718.239.267	116%	22%
Marzo	20.826.625.087	9%	21.886.700.304	9%	24.058.924.588	110%	16%
Abril	16.898.061.273	7%	17.758.172.591	7%	24.432.392.200	138%	45%
Mayo	20.282.997.413	9%	21.315.401.982	9%	26.594.371.690	125%	31%
Junio	20.848.005.958	9%	21.909.169.461	9%	22.402.319.700	102%	7%
Julio	19.392.848.581	8%	20.379.944.574	8%	23.771.107.943	117%	23%
Agosto	20.860.623.749	9%	21.922.429.498	9%	24.308.362.266	111%	17%
Septiembre	17.578.783.921	8%	18.473.544.023	8%	21.689.399.576	117%	23%
Octubre	19.911.604.708	9%	20.925.105.388	9%	22.594.420.645	108%	13%
Noviembre	22.793.529.406	10%	23.953.720.052	10%	22.884.168.694	96%	0%
Diciembre	20.393.946.657	9%	21.431.998.542	9%	26.071.223.081	122%	28%
TOTAL	232.526.383.228	1,00	244.361.976.135	1,00	280.040.495.910	115%	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 44 de 108			

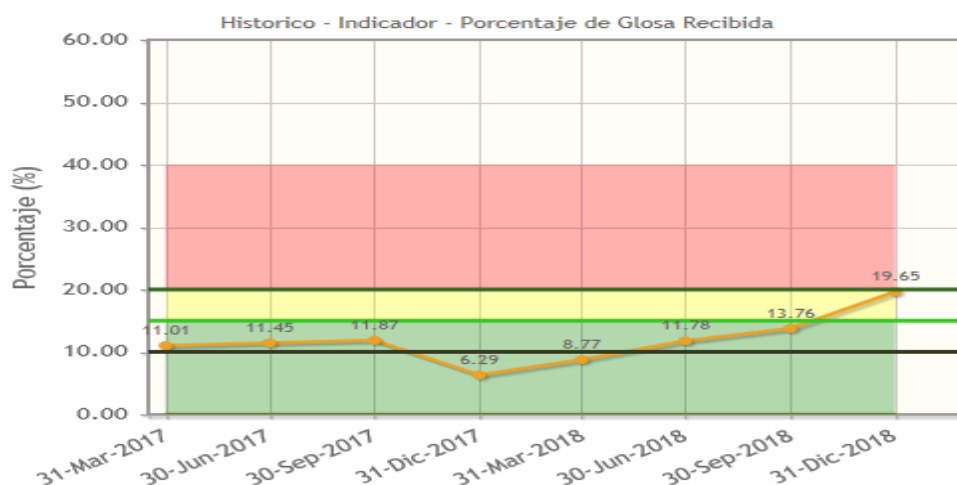
2.2.2. Glosa

✓ Plan de intervención de glosa

A Diciembre se registra un avance del 60 %. Las actividades en su ejecución son permanentes, excepto Referenciación (Calidad informa que no hay recursos), Socializar glosa con los Grupos donde se identifica mayor %, solicitud a sistemas donde se identifique la trazabilidad de la factura para seguimiento la cual se encuentra en gestión desde el 16/07/2018.

✓ Glosa recibida

El porcentaje de glosa inicial se encuentra en un promedio del 19,65%, donde se identifica que el mayor valor objetado en el mes de Diciembre obedece a Famisanar, Comfamiliar, Salud Total, Medimás y Capital Salud y lo pendiente normado bajo la Resolución 1479-2015.



Fuente. Sistema de Información para Ambiente de Procesos del INC (SIAPINC)

✓ Glosa respondida dentro de los términos

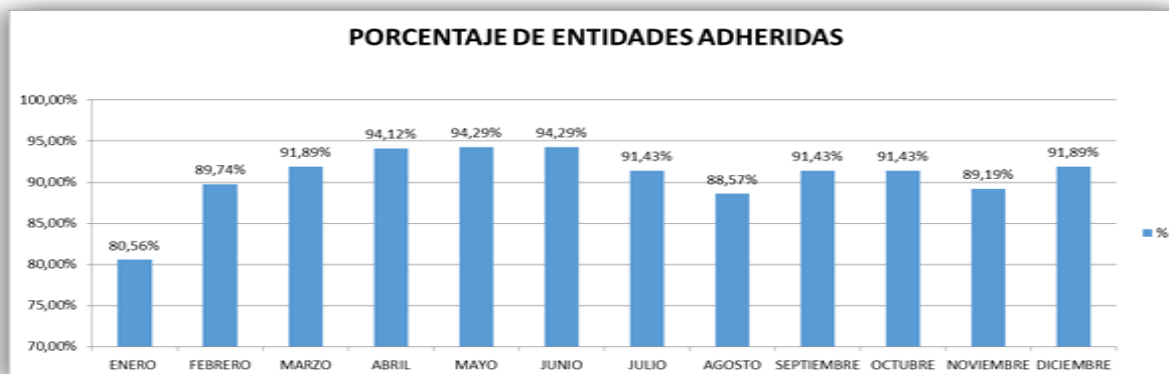
El porcentaje de glosa respondida dentro de los términos en el cuarto Trimestre se encuentra en un promedio del 12%.

✓ Cobertura del proyecto de autorizaciones con las diferentes entidades responsables de pago

De las 37 entidades con las que se tienen contrato, 34 acepta la gestión sin que medie el paciente, para una adherencia del 91,89%.

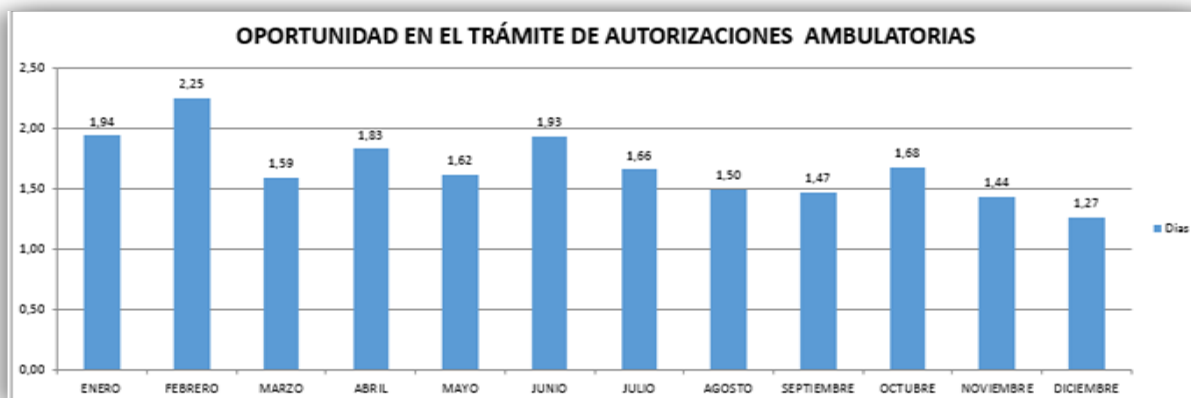
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 45 de 108	

Gráfico 11 Porcentaje de entidades adheridas al proyecto de autorizaciones



La oportunidad en la gestión de las autorizaciones ante la ERP no supera los dos días, con corte a Diciembre se encuentra en un promedio de 1.27

Gráfico 12 Oportunidad en el trámite de autorizaciones ambulatorias



2.3. CARTERA

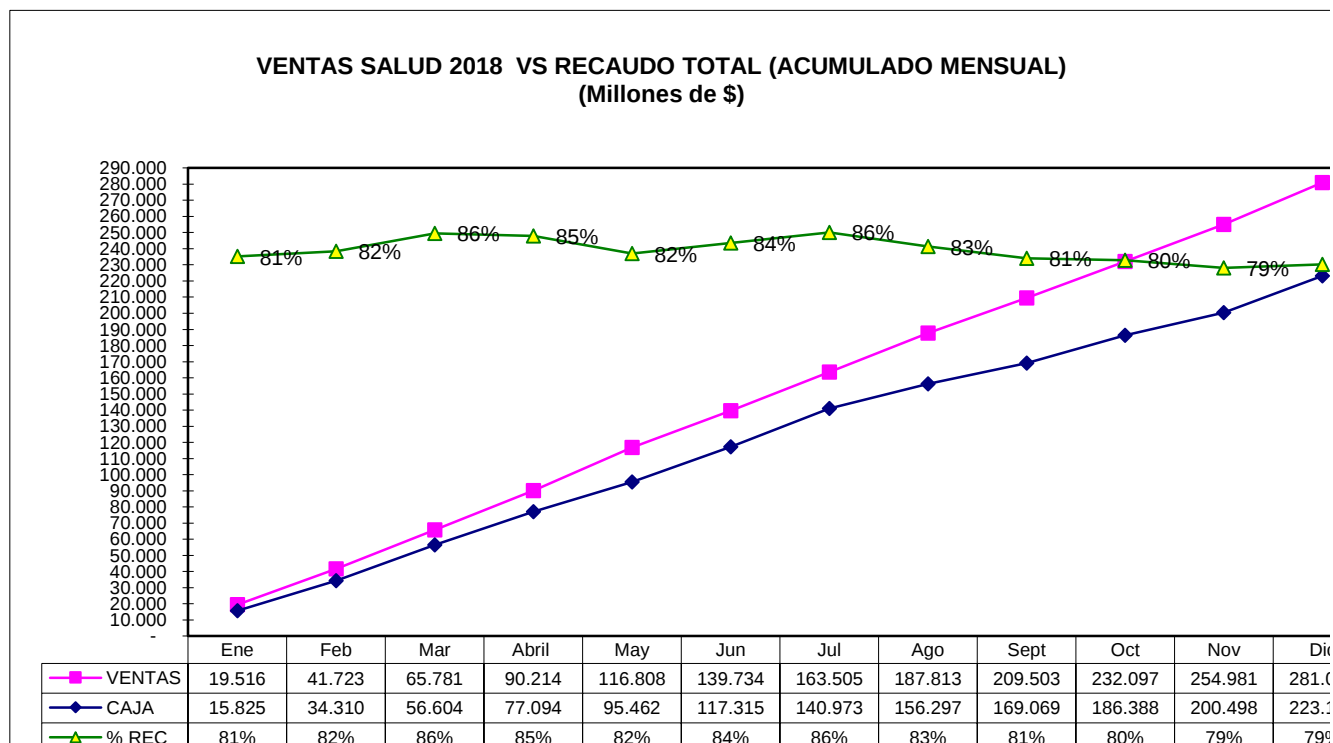
Durante la vigencia 2018 se facturaron por venta de servicios de salud \$281.053 millones y el recaudo en este mismo período ascendió a \$223.185 millones, cifra superior en un 17% frente al recaudo del 2017.

En el año 2018, con corte al mes de diciembre, se recaudaron por venta de servicios de salud \$223.185 millones, de ellos \$132.473 millones, el 59%, corresponden a servicios facturados en el 2018; \$74.813 millones, el 34%, a servicios facturados en el 2017 y \$15.899 millones, el 7%, a servicios facturados en el 2016 y anteriores.

El siguiente gráfico muestra la correlación entre los valores facturados y recaudados, de forma mensual acumulada; donde se infiere que la correlación varía entre una tasa de retorno del 81% en el mes de enero a una acumulada para el mes de diciembre del 79%. Esto indica que, por cada peso facturado retornan 79 centavos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 46 de 108			

Tabla 37 Ventas de salud 2018 vs recaudo total (Acumulado mensual)

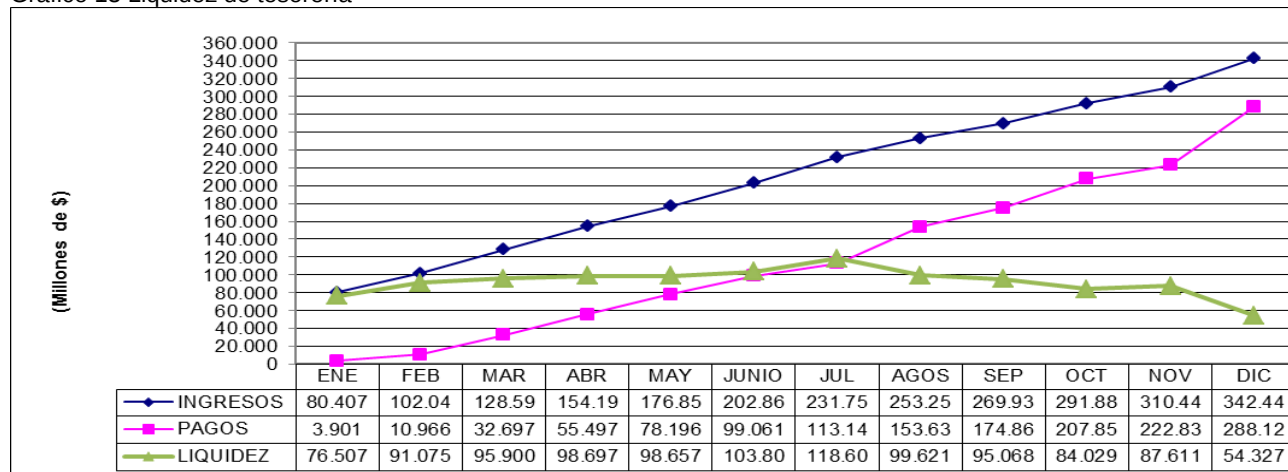


2.4. LIQUIDEZ DE TESORERÍA

La tesorería del Instituto durante toda la vigencia 2018, mostro excedentes de liquidez significativos para el fortalecimiento financiero institucional. Al cierre de la vigencia 2018, se registró una liquidez del orden de los \$54.327 millones.

En el siguiente gráfico se muestra el comportamiento mensual de la caja del Instituto.

Gráfico 13 Liquidez de tesorería



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 47 de 108	

2.5. ESTADOS FINANCIEROS 2017 BAJO NIIF-NICSP. RESOLUCIÓN CGN No. 414/2014

La Contaduría General de la Nación, como ente regulador de la contabilidad pública y para efectos de la adopción de los estándares internacionales, desarrolló la convergencia de la regulación contable Pública hacia Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP), para lo cual clasificó y definió 3 modelos de contabilidad para el sector público, así: 1). Entidades de Gobierno. 2). Empresas que cotizan en el mercado de valores, o que captan o administran ahorro del público y 3) Empresas que no cotizan en el mercado de valores, y que no captan ni administran ahorro del público.

El Comité Interinstitucional de la Comisión de Estadísticas de Finanzas Públicas clasificó al Instituto Nacional de Cancerología ESE, dentro del grupo de empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público.

Para las Empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público, la Contaduría General de la Nación, expidió la Resolución 414 de 2014, por la cual se incorpora, en el Régimen de Contabilidad Pública, el marco normativo aplicable para algunas empresas sujetas a su ámbito y se dictan otras disposiciones. Es decir, que incorporó en el régimen de contabilidad pública, el marco conceptual y las normas para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos.

La referida Resolución estableció el siguiente cronograma: Período de preparación obligatorio que va hasta el 31 de diciembre de 2014. Período de Transición, que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015 y el Período de aplicación que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016.

El período de aplicación, es el comprendido entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de 2017 y años subsiguientes; en estos períodos, la contabilidad se llevará, para todos los efectos, bajo el nuevo marco normativo NICSP.

2.6. ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA

El Estado de situación financiera-ESF- refleja la situación financiera del Instituto al 31 de diciembre de 2018. Presenta en forma clasificada, resumida y consistente, la situación financiera y revela la totalidad de sus activos, pasivos y patrimonio.

Al comparar las cifras del Estado de Situación Financiera al cierre de 2018 frente al 2017, tenemos que, los activos crecieron \$34.581 millones, equivalente al 9.11%, explicado básicamente por el efecto positivo de la cuenta de Propiedad Planta y Equipo y los inventarios, conjugadas con el efecto negativo de las cuentas por cobrar, tanto corrientes como no corrientes; los pasivos crecieron en \$1.918 millones, explicado básicamente por efecto del incremento de los ingresos recibidos por anticipado y las cuentas por pagar; y el patrimonio se incrementó en \$32.663 millones, equivalentes al 9% del total del patrimonio, básicamente por el efecto positivo de las cuentas de patrimonio y del resultado del ejercicio.

La siguiente tabla presenta en forma comparativa las principales cuentas del Estado de Situación Financiera del Instituto Nacional de Cancerología E. S. E.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 48 de 108			

Tabla 38 Estado de situación financiera comparativo 2017-2018

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA						
CUENTA	2018		2017		VARIACION	
	MILLONES \$	%	MILLONES \$	%	MILLONES \$	%
ACTIVO	414.043	100%	379.462	100%	34.581	9%
PASIVO	42.545	10%	40.627	11%	1.918	5%
PATRIMONIO	371.498	90%	338.835	89%	32.663	10%
TOTAL PASIVO + PATRIMONIO	414.043	100%	379.462	100%	34.581	9%

2.7. ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL 2018

Al cierre de la vigencia 2018, el Instituto arroja una Utilidad Neta del Ejercicio de \$32.668 millones, cifra inferior en \$988 millones frente a la obtenida en el 2017 que fue de \$33.656 y que corresponde a una variación del - 3%

La variación se debe al incremento de los ingresos, pero con un importante aumento en los gastos de administración del 132% para generales y otros gastos del 143%, siendo las cuentas más relevantes mantenimiento de software, de planta física y seguros.

El resultado de la vigencia, demuestra la solidez, estabilidad y viabilidad financiera del Instituto y por ende el continuo fortalecimiento patrimonial.

Tabla 39 Estado de resultados integral comparativo 2017-2018

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL				
CUENTA	2018	2017	VARIACION	
	MILLONES \$	MILLONES \$	MILLONES \$	%
INGRESOS OPERACIONALES	331.859	284.185	47.674	17%
INGRESOS NO OPERACIONALES	13.290	13.578	-288	-2%
TOTAL INGRESOS	345.149	297.763	47.386	16%
COSTOS	253.107	238.608	14.499	6%
GASTOS DE ADMINISTRACION Y OPERACIÓN	56.553	24.337	32.216	132%
OTROS GASTOS	2.821	1.162	1.659	143%
TOTAL COSTOS Y GASTOS	312.481	264.107	48.374	18%
RESULTADO DEL EJERCICIO	32.668	33.656	-988	-3%

2.8. JUNTA DIRECTIVA

- Se aprobaron 11 Acuerdos, dentro de los cuales se encuentran: Se presentaron y fueron aprobados los estados financieros correspondientes al año 2017, Solicitud y aprobación de vigencias futuras, entre otros.
- Se elaboraron 09 Actas de junta directiva
- Se presentó el Informe de Gestión del Gerente

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 49 de 108	

2.9. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

Tabla 40 Procesos disciplinarios a cargo (16/12/2018)

ACTUACIONES	TIPO DE ACTUACIONES Y/O PERIODO	TOTAL
Procesos disciplinarios activos 2018	Investigación disciplinaria 3 Indagación preliminar 82	85
Apertura de procesos disciplinarios en 2018		48
Fallos con sanción	Destitución 2	9
	Suspensión 2	
	Multa 2	
	Amonestación 3	
Fallos ordenando archivo		22
Autos inhibitorios		17
Jornadas de inducción y reinducción	De acuerdo a las programadas por talento humano - ciclo de vida laboral	3
Visitas de verificación para habilitación	Octubre de 2018	33
	Diciembre de 2018	4
Remisiones al comité de convivencia		1

2.10. LOGROS

- ✓ Elaboración y Aprobación estados financieros bajo NIIF-NICSP y dictamen sin salvedades.
- ✓ Control del gasto y mayor eficiencia en el recaudo
- ✓ Tramite y aprobación ante Junta Directiva y/o Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Hacienda y Crédito Público de 2 adición presupuestal por \$12.643 millones y dos traslados por \$2,223 millones.
- ✓ Tramite aporte de la Nación por \$47.195 millones para el 2019.
- ✓ Gestión recursos adicionales Nación para nómina, en diciembre de 2018 por \$1.607 millones.
- ✓ Expedición de 939 CDP con 1.203 líneas y 2.024 Registros presupuestales con 4.282 líneas.
- ✓ La tesorería ha mantenido un alto índice de liquidez, cerró la vigencia con \$54.327 millones.
- ✓ Se presentaron dentro de los plazos las diferentes declaraciones
- ✓ Equilibrio y sostenibilidad financiera.
- ✓ Trabajo en equipo con Planeación, Contratación, Sistemas, Almacén para el desarrollo y puesta en operación del plan de necesidades en SAP.
- ✓ Desarrollo del módulo de costos en SAP, en conjunto con Planeación y sistemas.
- ✓ Homologación en SAP del nuevo código de clasificación presupuestal CCP.
- ✓ Actualización de Minutas
- ✓ Creación del plan de necesidades vigencia 2018 en el Sistema de Información SAP.
- ✓ Eliminación de tramitología en la revisión de estudios previos o justificación técnica.
- ✓ Utilización de vehículos comerciales de la Agencia Nacional de Contratación (acuerdos marco, tienda virtual)
- ✓ Reducción en la elaboración de adendas.
- ✓ Estricto seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones.
- ✓ Publicidad de los procesos contractuales en el SECOP, Web y en el NAS.
- ✓ Reconocimiento de procedimiento y trámites para el diligenciamiento de procesos contractuales en la plataforma (SECOP II).
- ✓ Fortalecimiento de la imagen corporativa
- ✓ Incremento en el número de contratos suscritos con las ERP
- ✓ Superar las metas de facturación en un 15%
- ✓ Gestión, consolidación modelo de contratación PGP, presentación de resultados satisfactorios

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 50 de 108	

- ✓ Superar las metas de cartera en un 06%

2.11. RETOS

- Realizar un plan de gestión integral de cartera, que mejore los indicadores de recaudo.
- Ejecutar un plan de depuración de las glosas y la cartera institucional.
- Adecuarnos a los cambios normativos del nuevo plan de cuentas del sistema presupuestal. Desarrollo en SAP.
- Implementar los cambios de la reforma tributaria.
- Implementación del sistema de costos.
- Seguimiento coordinado sobre los procesos contractuales, a fin de hacer más eficiente el presupuesto.
- Obtener un dictamen de la Revisora Fiscal sin salvedades.
- Depurar la cartera, conforme a normatividad especial.
- Reformular el procedimiento de gestión del gasto, garantizando oportunidad, calidad y eficiencia en la adquisición de bienes y servicios.
- Crear una cultura institucional de una adecuada planeación de las necesidades y de la relevancia del proceso de gestión contractual y la incidencia del mismo como proceso transversal.
- Lograr concientizar a las áreas técnicas y administrativas del Instituto en la importancia del cumplimiento del cronograma del Plan Anual de Adquisiciones.
- Lograr la ejecución oportuna y eficiente del plan anual de adquisiciones, desde la fase de planeación, pasando por las fases de selección, contratación, ejecución y hasta la fase de liquidación.
- Fortalecer el conocimiento de los supervisores para una adecuada ejecución contractual.
- Alertar los vencimientos de los contratos, con el objetivo de prever que no se quede bienes o servicio sin cobertura.
- Replantear el proceso, buscando la mejora continua e incorporando cambios tecnológicos a los procesos internos y estar a la vanguardia de los cambios normativos y el uso de las TIC'S.
- Planear las adquisiciones de bienes y servicios para la vigencia fiscal.
- Llevar procesos contractuales con plazo mayor a dos años (2) de ejecución; esto permitirá oxigenación al proceso contractual.
- Gestionar procesos contractuales a través de inteligencia de negocios (para reactivos y demás bienes que se requieran), realizando acuerdos de precio antes del cierre de la vigencia de cada año (dichos contratos de acuerdos podrán realizarse por períodos de 2 o 3 años).
- Realizar y definir la lista de precios para obras menores del Instituto.
- Mejorar y consolidar la imagen y el mercado institucional en el sector de entidades responsables de pago.
- Hacer seguimientos contractuales, verificando la ejecución y evaluando el comportamiento del contrato tanto en valor como en plazo, e informando periódicamente el estado de los mismos a las ERP.
- Depuración de cartera y glosa con las entidades.
- Ejercer acciones judiciales y extrajudiciales en términos perentorios con el fin de lograr un recaudo oportuno de cartera.
- Establecer una política para Seleccionar las ERP con las que Instituto debe contratar.
- Contar con el estudio adecuado de una capacidad instalada para dar sostenibilidad a nuestra oferta de servicios y determinar el flujo de pacientes a atender.
- Ampliar la cobertura de la contratación en la modalidad PGP.
- Pactar en las minutas contractuales pagos anticipados no inferiores al 90% de la radicación del mes.
- Gestionar para que los contratos vencidos sean liquidados por las ERP.
- Actualizar el portafolio de servicios, comprobando que los servicios ofertados son los que el INC.ESE realmente presta.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 51 de 108	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 52 de 108			

3. Proceso de atención del cliente asistencial (PACAS)



Atención centrada en el usuario.



Gestión clínica excelente y segura.

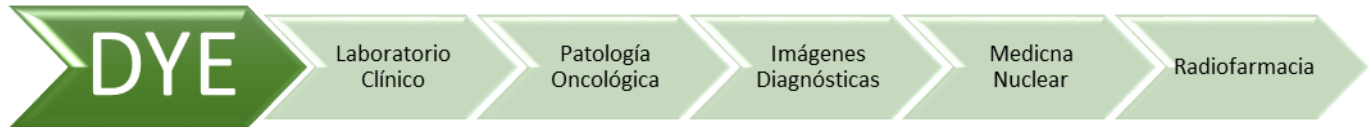


Humanización de la atención en salud.

COLIBRÍ CAUCANO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 53 de 108	

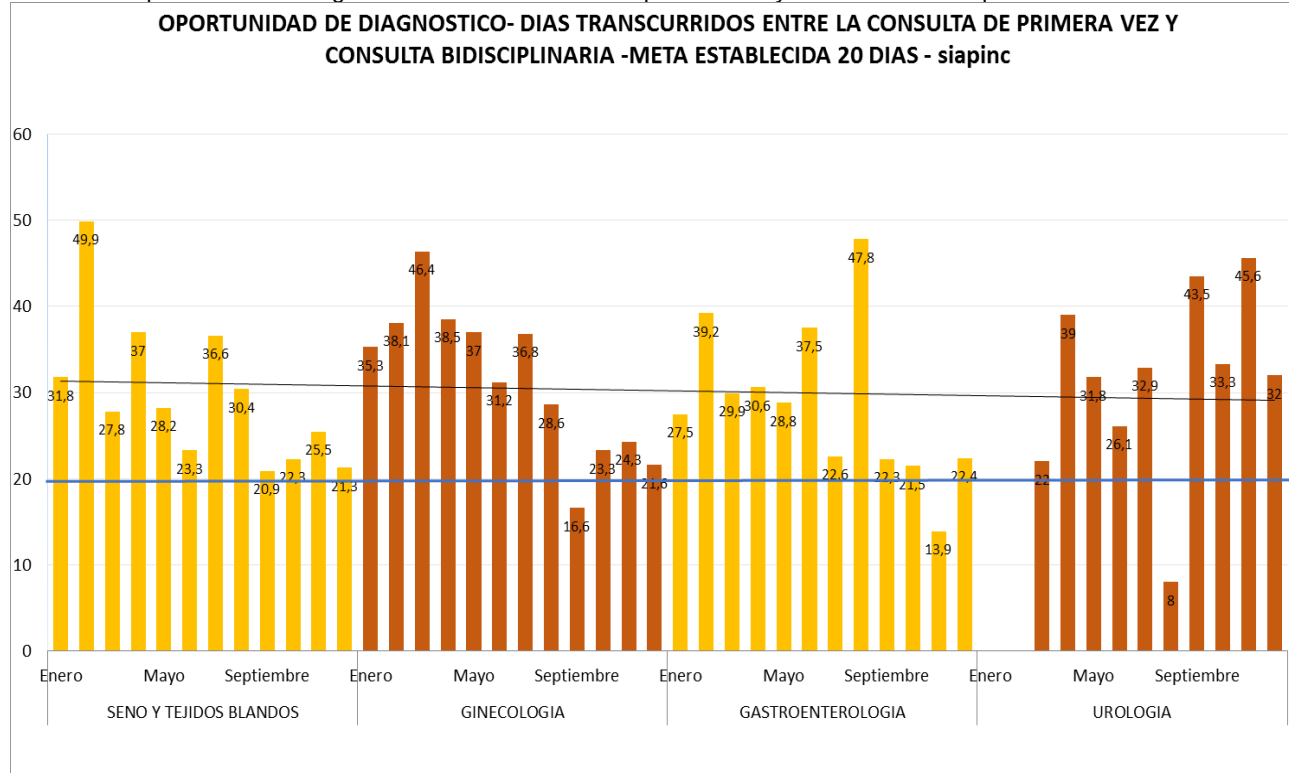
2.12. ATENCIÓN DE PACIENTES



2.12.1. Valoración de oportunidad de diagnóstico

Con base en los informes aportados por las enfermeras gestoras de las cuatro unidades funcionales en el sistema SIAPINC, el tiempo de diagnóstico se encuentra en un promedio de 30 días, excediendo la meta institucional que es de 20 días. Las causas son las demoras en las autorizaciones, en las entregas de bloques de parafina, por parte de la EPS. También se encontró que los estudios adicionales al protocolo, factores propios del paciente como pueden ser hospitalizaciones o demoras en tomar la decisión, también falta o suspensión de contratos con algunas aseguradoras. Por parte se presenta en algunas ocasiones escases de radiofármaco para realizar las filtraciones glomerulares en los pacientes, daño en equipo PET, demoras en lecturas de patología.

Gráfico 14 Oportunidad de diagnóstico entre la consulta de primera vez y la consulta bidisciplinaria



Es así que para la consulta de Mama y Tejidos Blandos se encuentra la oportunidad de diagnóstico en un promedio durante todo el año 2018 de Enero a Diciembre de 29.5 días. Para el servicio de Ginecología de 34.3 días. Para el servicio de Gastroenterología en 28.6, y para el servicio de Urología en 31.4 días.

Para los servicios de diagnóstico de radiología se encuentran dentro de 10 a 15 días los exámenes de resonancia, tac, y ecografía para pacientes de consulta externa. Para los pacientes de las unidades funcionales

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 54 de 108			

se cuentan con espacios dentro de las agendas para no demorar las citas más de dos días. Las lecturas de los estudios para todos los pacientes se encuentran dentro de los 5 días corridos para consulta externa y de 24 horas para los pacientes de GAICA y hospitalizados.

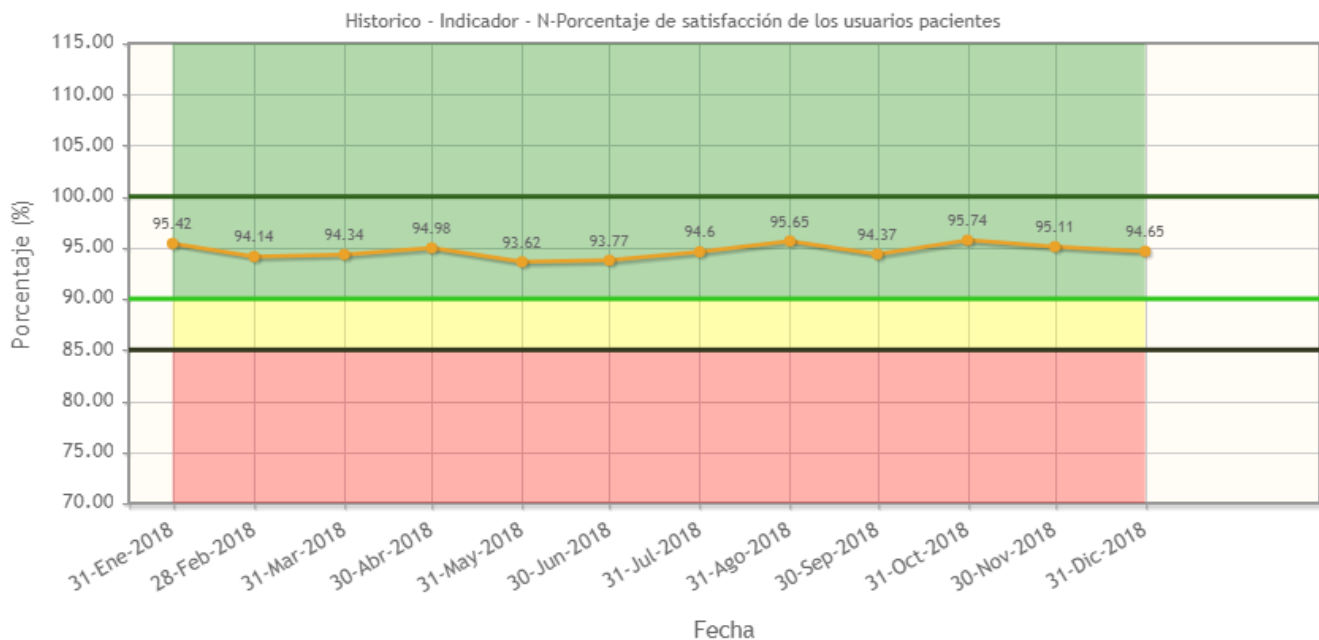
En patología se está cumpliendo los diagnósticos simples antes de los 7 días; si tienen estudios de inmunohistoquímica se están entregando resultados en 12 días.

Para medicina nuclear la oportunidad a través del año se ha encontrado baja, aunque se han hecho contingencias que nos han mejorado éstas oportunidades. En este momento tenemos presentación de juntas para Abril (administración de terapias para la última semana de Marzo por problemas en dispensación y transporte internacional por parte del proveedor y problemas de obras de infraestructura requeridas por Servicio Geológico colombiano, separar los vertimientos), Pet convencional a la tercera semana de Marzo (se incrementó la demanda en Enero, PET Galio a 15 días máximo, gammagrafías óseas a un mes por daño en equipos; filtraciones, ventrículos, renogramas, estudios especiales a tres días.

Para el laboratorio se logró la disminución del tiempo de entrega de resultados a Gaica en menos de una hora durante el año 2018.

2.12.2. Satisfacción a usuarios

En cuanto a satisfacción del usuario a través del año nos hemos mantenido dentro del 90 a 100 % en los ítems de resolutivez, porcentaje de satisfacción, información. Para el grupo de imágenes diagnosticas se ha manejado un promedio de un 85% en tiempo de espera que es el ítem con más bajo puntaje, sin embargo para noviembre y diciembre hemos mejorado.

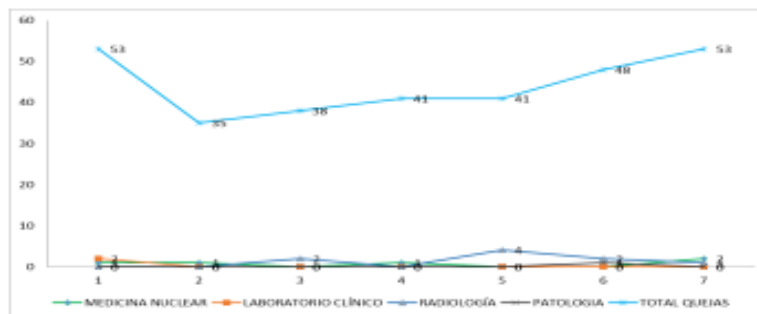


El grupo área diagnóstico y estadificación tiene en general una buena calificación en cuanto a satisfacción al usuario en los servicios de laboratorio clínico, medicina nuclear e imágenes diagnósticas. El servicio que a través del año obtuvo una calificación menor fue el de imágenes diagnósticas, en cuanto al tiempo de espera y

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 55 de 108	

resolutividad. Esta percepción ha ido mejorando a través del año, se debe trabajar para el 2019 la optimización del digiturno.

2.12.3. Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias



QUEJA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
MEDICINA NUCLEAR	0	0	0	0	0	0	0	0
LABORATORIO CLÍNICO	2 (4%)	0	0	0	0	0	1 (1.8%)	2 (3%)
RADIOLOGÍA	0	0	2 (5%)	0	4 (8%)	2 (1%)	1 (1%)	3 (4%)
PATOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL QUEJAS	2	0	2	0	4	2	1	5

2.12.4. Gestión del riesgo

A continuación se detallará el riesgo catalogado como catastrófico de acuerdo al mapa de riesgos.

1. Falla en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología: Es nuestro segundo riesgo y está clasificado como catastrófico, para éste en el Laboratorio Clínico para mitigarlo se realizó un reporte con el consolidado de las No conformidades al módulo de SIAPINC 4, con el fin de encontrar alternativas apoyadas por el área de Calidad institucional para lograr impactar este riesgo; también se realizó reunión con el personal de enfermería, se efectuaron acuerdos de servicio para lo cual se generaron varias tareas:
2. El laboratorio clínico realizó un instructivo para la correcta marcación de muestras
3. Capacitación en el correcto transporte de muestras al personal de enfermería y camilleros
4. La subdirección emitió un comunicado
5. Capacitaciones en el paquete instruccional de "Correcta identificación del paciente", al personal de radiología y reinducción al personal del laboratorio
6. Se instaló impresora Zebra en el servicio de UTPH (Unidad de trasplante de progenitores Hematopoyéticos) para que pudiera realizarse la doble marcación: manual y con código de barras.
7. Para muestras que Imágenes Diagnosticas envía no se reporta por parte del Laboratorio o de patología muestras con alguna falla en la identificación o pérdida de alguna muestra. La mayor dificultad se presenta por facturación ya que no liberan a tiempo los estudios y cuando se llega a Patología o al Laboratorio a entregar no se puede facturar. Esto se ha mejorado socializando con los servicios que deben liberar el estudio y además liberando desde radiología.
8. No se reporta pérdidas de muestras en patología, se lleva un estricto control a través de cuadernos, listados y tenemos un sistema de información interno en donde se le puede hacer seguimiento a las muestras que llegan al servicio.

Se tiene un indicador en el tablero de indicadores del grupo de radiología para no conformidades (cancelación) en donde la mayoría 90% es de hospitalización en TAC y resonancia. Para los dos servicios el mayor número de cancelaciones se presenta porque no soportan posición, no colaboración (mala condición del paciente),

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 56 de 108	

paciente desorientado, lo que incrementa los procedimientos con anestesia. Igualmente se encuentra un alto número de cancelaciones por dato de creatinina elevado. Para consulta externa la mayor causa es falta de preparación en la toma del medicamento y toma de laboratorio de creatinina.

Para el indicador de órdenes anuladas en el Laboratorio Clínico es por errores en facturación el 80% debido a la rotación alta del personal, el 20% por falta de preparación porque tienen medio de contraste del día anterior, ayuno prolongado por llegar tarde.

Para Patología se maneja el indicador de muestras devueltas, cuyo dato es aproximadamente 4 por mes y la mayor causa es por falta de autorización.

Para Medicina Nuclear los principales motivos de no asistencia es por los tiempos largos de cita, paciente en mal estado, con problemas de transporte. Para hospitalización teníamos el gran problema que no llevaban los pacientes al servicio pero a partir del mes de Junio se personaliza con la jefe del departamento y hemos logrado buenos resultados.

En Imágenes Diagnósticas: Estudios devueltos por los radiólogos: La mayoría de estudios devueltos, el 90% es por falta de imágenes, y el 10% por estudios incompletos por falta de colaboración del paciente. El 100% es corregido y verificadas las imágenes en el sistema

En Patología: Se implementará un sistema de información a partir de Junio de 219 que involucra forma de marcación de muestras para llevar a patología.

2.12.5. PRODUCCIÓN

Gráfico 15 Producción imágenes diagnósticas comparativo 2015-2018

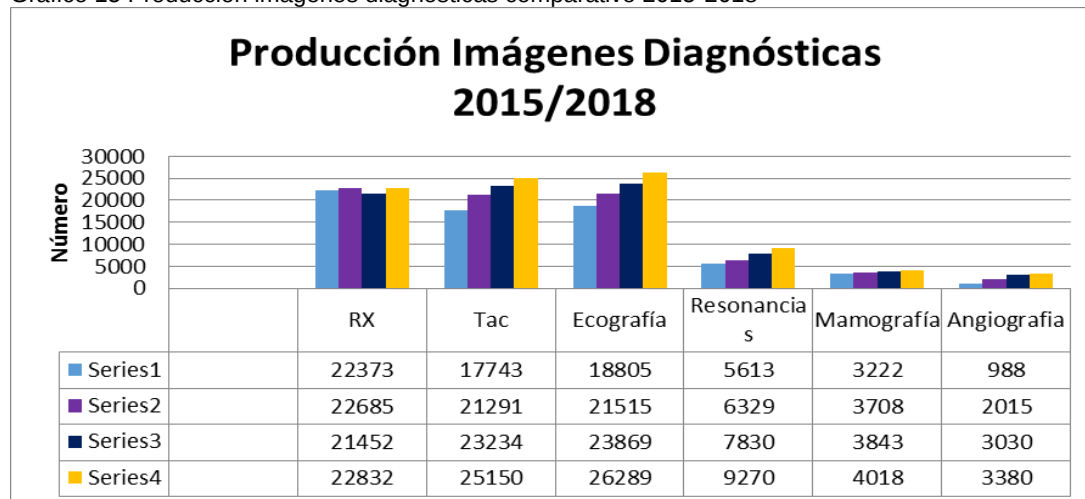


Gráfico 16 Producción laboratorio clínico comparativo 2015-2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 57 de 108	

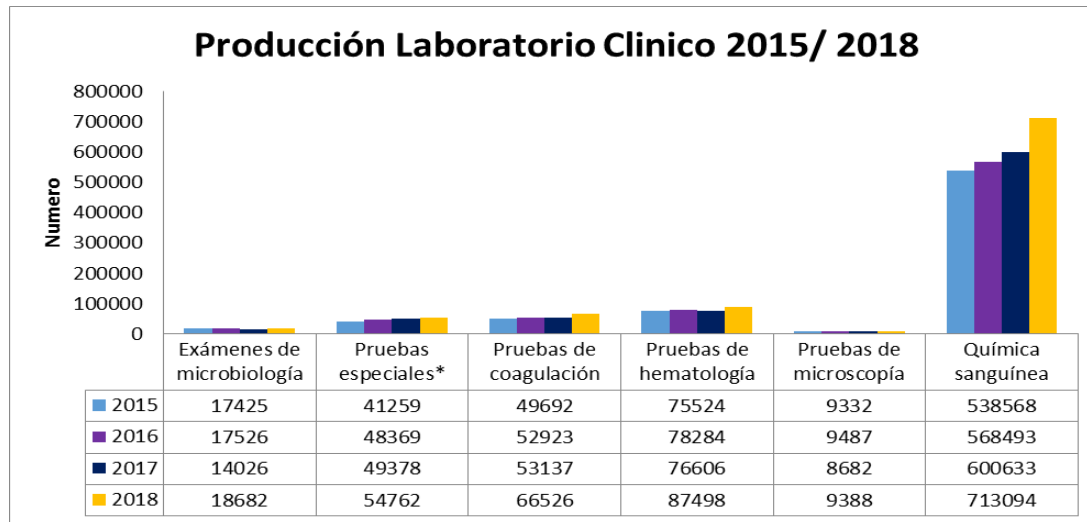


Gráfico 17 Producción patología oncológica comparativo 2015-2018

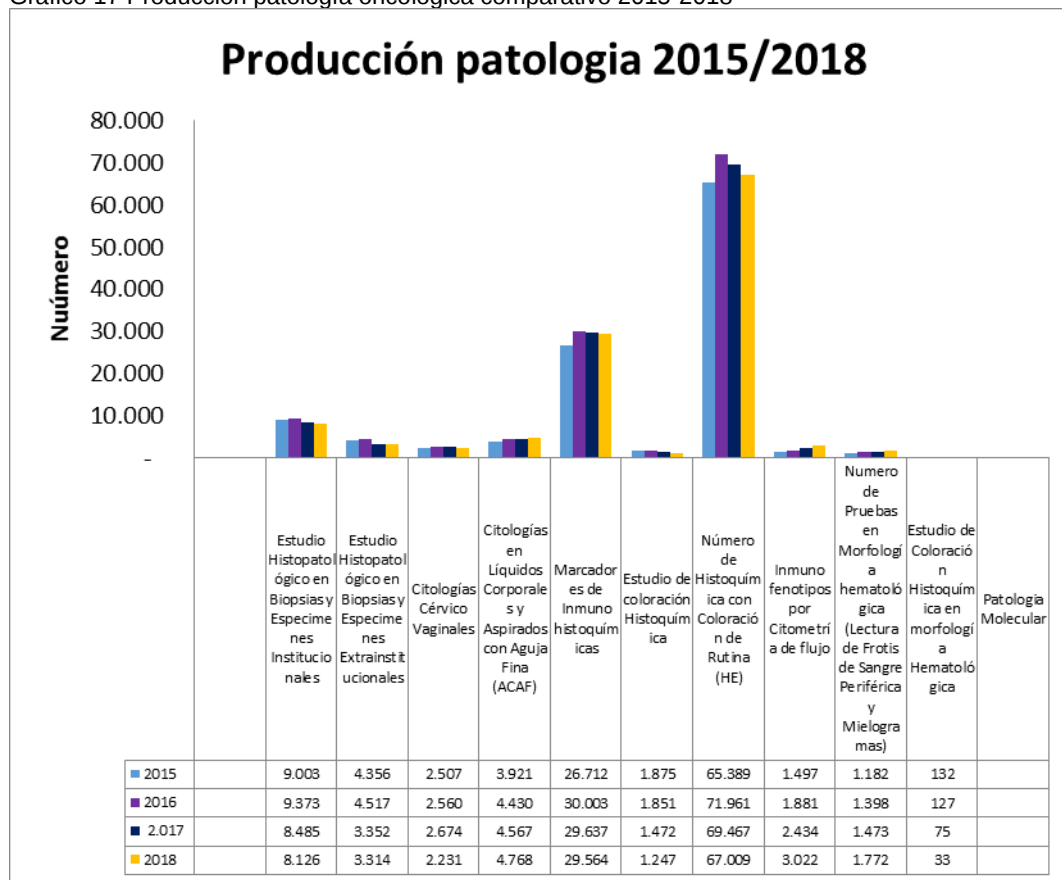


Gráfico 18 Producción medicina nuclear 2015-2018

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 58 de 108	

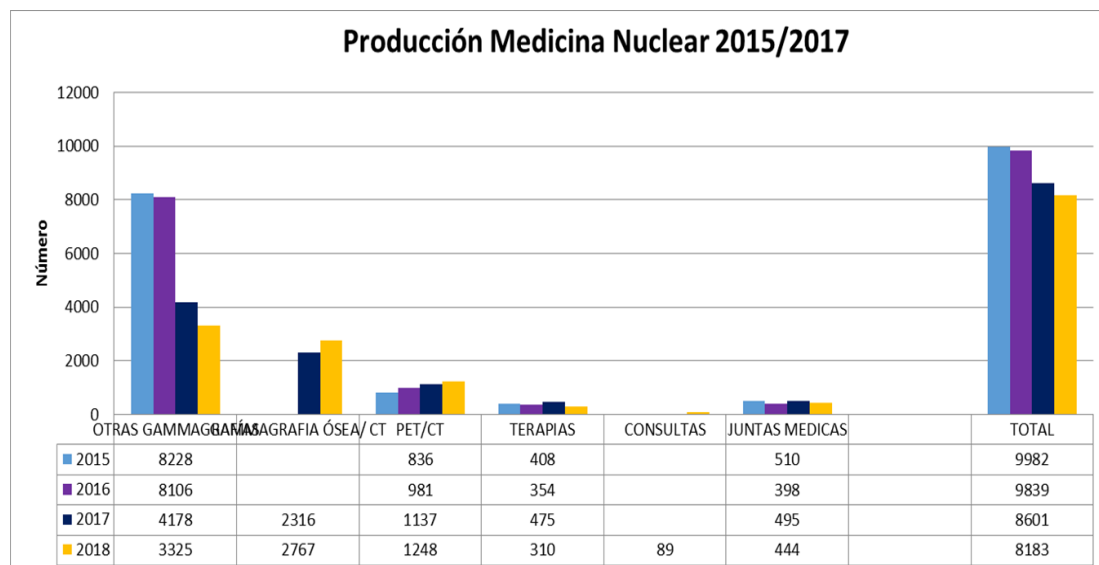


Tabla 41 Preparación de radiofármacos y productividad de radiofarmacia

UNIDADES PRODUCIDAS				
Año	2015	2016	2017	2018 Enero- Octubre
Unidades producidas para consumo interno	9970	8234	10709	8226
unidades producidas para la venta	1224	2315	7391	935

Productividad de Radiofarmacia

	2015	2016	2017	2018 Enero- Octubre
Costo Neto	\$ 2.276.014.000	\$ 2.112.536.000	\$ 2.915.530.389	\$ 2.367.221.000
Venta Neta	\$ 3.012.977.000	\$ 2.877.657.000	\$ 3.651.926.000	\$ 3.592.863.600
UTILIDAD NETA	\$ 736.963.000	\$ 765.121.000	\$ 736.395.611	\$ 1.225.642.600

Desarrollo de nuevos radiofármacos

- Se trabajó en el desarrollo de 68Ga-PSMA y 11C-Colina para diagnóstico en pacientes con cáncer de próstata mediante tecnología PET. Se iniciará la inyección a pacientes antes de terminar el 2017 con 11C-COLINA
- Actualmente se está trabajando mediante un proyecto institucional la implementación de la resolución 4245 de 2015 para obtener la Certificación en Buenas prácticas de elaboración de radiofármacos.

2.12.6. LOGROS

- ✓ Se implementó plan para optimización de protocolos Tomografía por Emisión de Positrones (PET/CT), entre los cuales se dio prioridad al uso de Galio 68, donde se da preponderancia a la realización de con 68Ga DOTA utilizado para estudio de tumores neuroendocrinos y como un valioso

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 59 de 108	

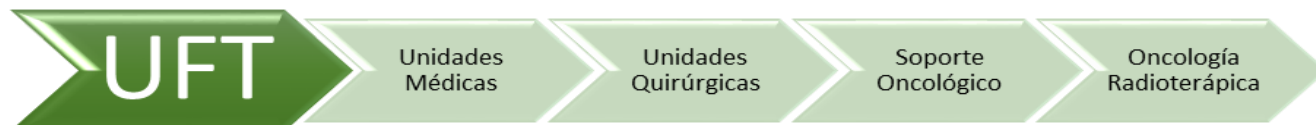
aporte se desarrollaron protocolos de implementación de estudios 68Ga PSMA para estudio de lesiones cancerígenas en próstata, convirtiendo al grupo de Medicina Nuclear y al INC líder en el país y a nivel regional en ser una de las pocas instituciones el contar con este tipo de estudios y desarrollo técnico científico.

- ✓ Las gammagrafías óseas se integran protocolos híbridos de Medicina Nuclear convencional con CT. Lo que ofrece una mayor oportunidad diagnóstica a nuestros usuarios. Aumento en producción de unidades para venta externa en radiofarmacia.
- ✓ Se abrieron dos nuevos consultorios para ecografía, remodelación de ecografía No. 3, sala de recuperación para procedimientos de paracentesis y toracentesis, sala para colocación de catéter, nueva señalización interna y externa para mejor orientación del paciente, se adquiere digiturno para agilizar la atención del paciente.
- ✓ Se adquieren nuevos equipos para Rx convencional portátil y 4 ecógrafos, en espera para el 2019 compra del nuevo equipo de TAC y RM.
- ✓ Desarrollo y estandarización de molécula PET para diagnóstico y estadificación de cáncer de próstata (68Ga-PSMA).
- ✓ Adecuación de procesos, técnicas analíticas y Sistema de Gestión de Calidad de la radiofarmacia acorde a la resolución 4245 de 2015 (80%).
- ✓ 4 cursos de capacitación Nacionales a Químicos farmacéuticos, médicos nucleares, físicos médicos, tecnólogos en imágenes y fuentes abiertas y entidades reguladoras (INVIMA, Ministerio de Salud, SGC).
- ✓ Reunión con las entidades regulatorias de América Latina con el fin de discutir y armonizar las normas para radiofarmacias hospitalarias.
- ✓ Lograr Mesas de Trabajo con el Ministerio de Salud revisión y posible modificación de la Resolución 4245 de 2015 (BPER).
- ✓ Contratación con varios clientes externos interesados en el portafolio de radiofármacos elaborados en el INC.
- ✓ Adquisición de Nueva Tecnología en el servicio de laboratorio clínico: Filmarray, Screening Carba Np y VRE.
- ✓ Adecuación de la bodega de reactivos de 55 galones con los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2.12.7. RETOS

- Crecimiento de la demanda de algunos radiofármacos pero la disponibilidad de insumos para su elaboración es limitada, están adaptados al plan de necesidades y hacer proyecciones es difícil, si se requieren hacer adiciones presupuestales o compras muy demorado y en ocasiones imposibles.
- Mejorar a toma de muestras por parte del servicio de enfermería, lo que genera reprocesos.
- Dificultades en la transmisión de las interfaces de microbiología.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 60 de 108			



2.13. SEGUIMIENTO A PACIENTES SUPERVIVIENTES

El cáncer de próstata es una patología con una incidencia alta en Colombia, la mortalidad ocupa el segundo lugar, sin embargo una proporción amplia de los pacientes sobreviven a esta patología con los tratamientos suministrados en los tumores localizados.

En nuestra institución se cuenta con un programa de atención al paciente superviviente de cáncer cuyo diagnóstico sea confirmado y hayan sido tratados con terapia con intención curativa para el caso de la consulta de urología pacientes tratados con prostatectomía radical o radioterapia externa, estos pacientes requieren como característica la no evidencia de recaída bioquímica, así mismo excluye a quienes se encuentren con terapia hormonal ya sea con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas u orquidectomía bilateral simple.

El objetivo de esta intervención es promover el cuidado, la rehabilitación y las necesidades de los largos supervivientes en relación a secuelas oncológicas, riesgo de recurrencia, promoción de la salud.

Estadísticas:

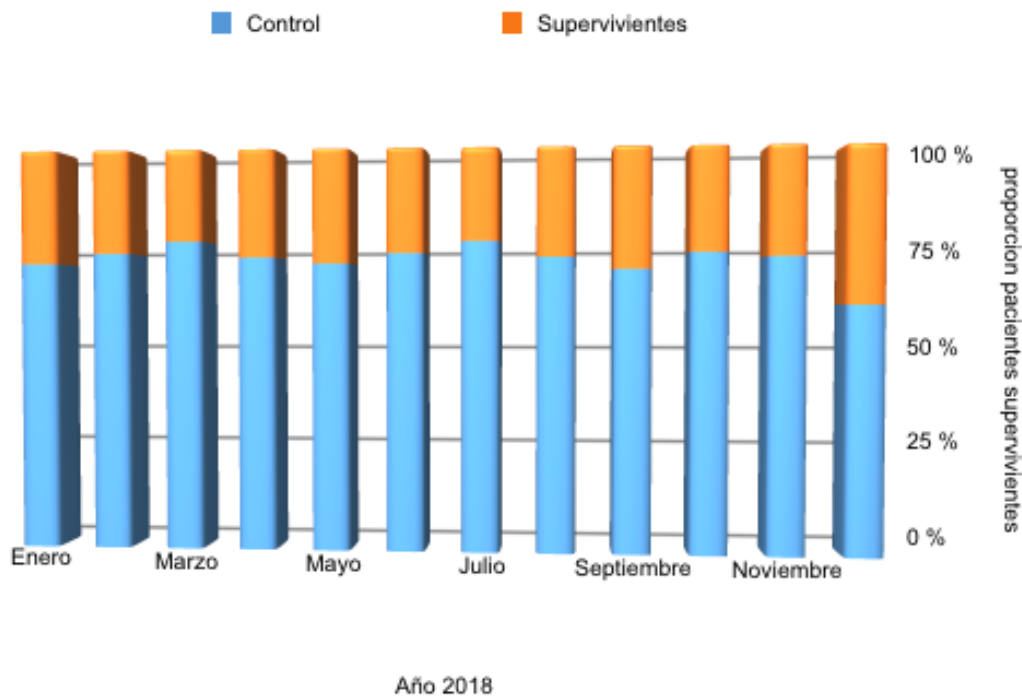
- Para el año 2018 desde enero a noviembre en la consulta de urología oncológica se atendieron 1458 pacientes que incluyen el diagnóstico de cáncer de próstata incluida consulta de primera vez, controles y procedimientos urológicos.
- Se atendieron 4224 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata en la consulta de control, en esta estadística se incluyen pacientes en seguimiento y en tratamiento activo el total de las consultas realizadas a pacientes supervivientes en fue de 814 pacientes
- El promedio de pacientes supervivientes atendidos en la consulta de urología oncológica atendidos en el instituto nacional de cancerología osciló entre el 30%.

LOGROS

- ✓ Identificación de población de pacientes supervivientes de cáncer de próstata.
- ✓ Identificación de pacientes con recaída que requieren tratamientos complementarios.
- ✓ Determinación de los tiempos de seguimiento en los pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata
- ✓ Tamizaje según factores de riesgo para patología malignas prevalente según guías de ministerio de protección social.
- ✓ Identificación de síntomas que sugieren recaída clínica en los pacientes con cáncer de próstata
- ✓ Detección de las complicaciones más frecuentes en el tratamiento con intención curativa: (disfunción eréctil, incontinencia urinaria)
- ✓ Manejo de secuelas secundarias a toxicidad quirúrgica, radioterapéutica y farmacológica.
- ✓ Apoyo psicosocial dirigido según necesidades de la paciente.
- ✓ Rehabilitación integral del paciente oncológico.
- ✓ Implementación en el sistema SAP de ítem de consulta de control y seguimiento de pacientes supervivientes

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 61 de 108			

Proporción de pacientes supervivientes en la consulta de urología año 2018



RETOS

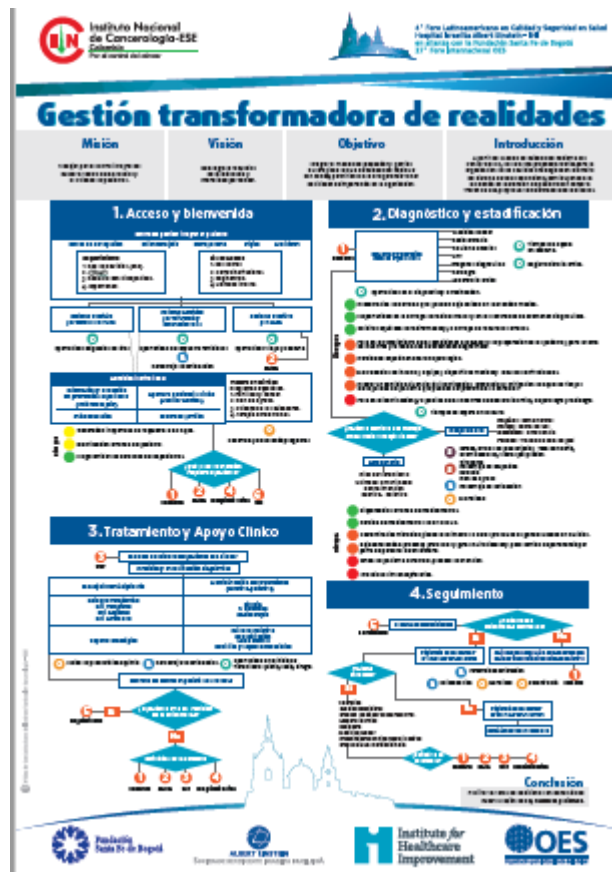
- Captar la mayor proporción de pacientes supervivientes con diagnóstico de cáncer de próstata mediante el ítem de consulta urología superviviente.
- Rehabilitación. Optimizar el potencial de salud del superviviente.
- Vigilancia de la recidiva. Detección precoz de la recurrencia.
- Intervención precoz sobre las complicaciones relacionadas con el cáncer y su tratamiento.
- Identificar secuelas acumuladas según toxicidad de los tratamientos,
- Promoción de la salud. Reducción del riesgo de desarrollo de comorbilidades o segundas neoplasias.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 62 de 108			



El grupo área de Enfermería Oncológica, el cual es transversal para la Institución, actualmente forma parte del Procedimiento 17 del grupo de gestión de apoyo clínico, de ésta forma se garantizó la ubicación de todos sus documentos, facilitando el seguimiento de los mismos a través del SIAPINC.

De otro lado, fue presentado en el Congreso de OES de Cartagena de Octubre del año anterior, en modalidad de poster la experiencia de la Ruta de Atención del Paciente con Cáncer, como gestión transformadora de realidades. Esta presentación y esquema se realizó junto al líder de humanización (calidad: Dr. Burbano) y el grupo de funcionarios de OyM, liderados por la Ing. Adriana Hernández.



En el mismo evento se realizó la presentación de la conferencia: Programa de Navegación, que evidencia la utilidad del trabajo en equipo junto a la Fundación Ellen Riegner de Casas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 63 de 108			



El grupo área apoyo clínico participo activamente en el desarrollo de todas las actividades relacionadas con el proceso de Acreditación de la Institución y el desarrollo de las visitas del INVIMA y de la Secretaría de Salud.

LOGROS

Gestión a Usuarios

- ✓ Se logró implementar la socialización de Deberes y Derechos tanto al cliente interno como externo en los diferentes servicios y puntos de atención, evidenciado en el formato creado GAC-P01-F-14.
- ✓ Realización de revista de piso con el grupo de Trabajo Social para socialización de casos especiales y minimizar casos de estancia prolongada.
- ✓ Se dio continuidad al Convenio de docencia asistencial con la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- ✓ Se mantiene la oportunidad en respuesta final al usuario quejoso, así como la entrega oportuna de informes de PQRS, indicadores de gestión y seguimiento de inasistencia a consulta.

Grupo de atención inmediata al paciente con cáncer (GAICA)

- ✓ Finalizando el año 2018, el servicio de GAICA fue trasladado a las nuevas instalaciones lo cual facilitó la atención de nuestros usuarios y dar cumplimiento estricto a la normatividad: Resolución N°2003 de 2014 y Resolución 4445 de 1996.
- ✓ Se incrementó progresivamente el número de médicos generales de acuerdo con las necesidades de dar cubrimiento al servicio 24 horas (actualmente contamos con 5 médicos en la mañana, 5 médicos en la tarde y 3 médicos en la noche), así mismo se realizan las actividades correspondientes a referencia y contrareferencia, esta última reforzada con una médica de VCO quien realiza actividades administrativas antes las EPS para mejorar la oportunidad de los pacientes.

Grupo Servicios Farmacéuticos

- ✓ Certificación de buenas prácticas de gases medicinales en INVIMA.
- ✓ Implementación del plan de conciliación medicamentosa en GAICA y Hospitalización.

Grupo Esterilización

- ✓ La no cancelación de cirugías por obras en central de esterilización.
- ✓ Supervisión y acompañamiento de remodelación de la central de esterilización.
- ✓ Organización y puesta en funcionamiento de las diferentes áreas del servicio con la nueva tecnología.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 64 de 108	

Grupo Banco de Sangre

- ✓ En el 2018, se realiza la aprobación por parte del INVIMA para el Banco de Sangre.
- ✓ Por tercera ocasión, el Instituto Nacional de Salud nos asignó la realización del control que envía la OPS para la nación, con resultados concordantes en el 100%.
- ✓ Oportunidad y suficiencia en la entrega de hemocomponentes y muy bajo índice de RAT (0.06).

Grupo Unidades de Cuidado Intensivo

- ✓ Durante el año 2018 todos los indicadores de la UCI Intermmedia adultos y pediátrica, UCI adultos y pediátrica, han sido analizados en conjunto con el servicio tercerizado, garantizando la confiabilidad de los datos.
- ✓ Se revisaron todos los protocolos de atención de acuerdo con la normatividad vigente y se actualizaron.
- ✓ Durante la visita de Habilitación, la UCI presentó los procesos y soportó el hallazgo del año anterior de las Unidades de Cuidado Intermedio.
- ✓ Participar activamente en el programa de filosofía del dolor.

RETOS

Gestión a Usuarios

- Implementación de Trabajo Social exclusivo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Lograr la capacitación del grupo de Trabajo Social como congresos y espacios de aprendizaje.
- Vinculación formal del Grupo de Trabajo Social al Programa de Humanización.
- Orientación de la población migrante venezolana adaptada a sus dinámicas cambiantes.

Grupo de atención inmediata al paciente con cáncer (GAICA)

- Entrega de turno: De acuerdo con el manual de enfermería (GAC-P05-M-03) es necesario seguir desplegando el recibir y proporcionar la información adecuada de la situación clínica del paciente, el plan terapéutico, pero sobre todo, el plan de atención de enfermería. De ésta forma se garantiza la continuidad del tratamiento instaurado.
- Asignación de pacientes: En búsqueda del mejoramiento continuo, se debe garantizar que esta asignación debe satisfacer las necesidades del usuario y su acompañante.
- Adherencia a protocolos: Es necesario garantizar la adherencia estricta a los mismos, mediante la evaluación permanente durante la actividad diaria.
- Trabajo en equipo: Disminuir la brecha entre el personal provisional y el personal contratado por servicio tercerizado, pues al paciente finalmente le interesa ser atendido.

Grupo Servicios Farmacéuticos

- Lograr la recertificación de centrales de mezclas, buenas prácticas de elaboración por el INVIMA.
- Fortalecer el proceso de manejo seguro de medicamentos en el programa de atención domiciliario.

Grupo Esterilización

- Ajustar y adherir al personal y los diferentes servicios asistenciales del INC a los procesos de esterilización.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 65 de 108			

Grupo Banco de Sangre

- Garantizar que la infraestructura cumpla con la normatividad legal vigente

Grupo Unidades de Cuidado Intensivo

- Realizar el programa de UCI humanizada.
- Mejorar la comunicación con los grupos médicos y quirúrgicos que facilite la adherencia a todos los protocolos institucionales.



2.14. SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de gestión de seguridad del paciente consiste en desarrollar programas que conduzcan a la mejora de la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería en los servicios de hospitalización y consulta externa a través de un cambio cultural en las prácticas desarrolladas.

Objetivos específicos seguridad del paciente

Su objetivo principal es establecer los lineamientos necesarios a adoptar en el instituto Nacional de cancerología E.S.E en pro de disminuir la incidencia o aparición de posibles problemas de seguridad del paciente, mediante la utilización de herramientas que identifiquen los riesgos; planear, implementar y evaluar métodos de gestión de eventos que permitan prevenir su ocurrencia en los procesos de atención en salud. El programa cuenta con una enfermera especialista en cuidado crítico Beatriz Ángela Combita (con experiencia asistencial y administrativa) quién dispone de 8 horas al día para el entrenamiento y seguimiento al personal de enfermería que labora en los servicios de hospitalización, la elaboración y ejecución de protocolos y lineamientos del programa de seguridad del paciente.

LOGROS

- ✓ Se logró adherencia por el personal de enfermería en la educación al paciente y familia sobre el riesgo de caída en un 100% en donde los servicios como UACAI, UCI Intermedia, UCI Adulto, TAMO, Cuarto Oriente, Cuarto Norte, Cuarto Occidente, Cuarto Sur, Pediatría, Tercero Occidente, UCP,GAICA, están en un del 94%.
- ✓ Cobertura del 100% de los pacientes con lesiones en piel. Durante los últimos 6 meses en el INC solo se presentó una lesión por presión IV en el mes de Octubre del 2018.
- ✓ Se intensificó la presencialidad durante rondas de seguridad para la vigilancia de catéteres periféricos, con el fin de disminuir la incidencia de flebitis mediante acciones oportunas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 66 de 108	

Boletín de seguridad del paciente

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Mayo 2018
Volumen 2

**BOLETÍN
GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Contenido:

Motivos de caídas	1
Identificación de Pacientes: Barreras de seguridad	2
Consentimiento del paciente	4

Motivos de caídas en el INC

Sabías que?

La principal causa de Caídas de pacientes durante la hospitalización se deriva de los eventos relacionados por síncope, lipotimias o desmayos...

Importante... Informar oportunamente cualquier alteración de los signos vitales y/o laboratorios.

Informar al paciente la importancia de no levantarse solo de la cama y realizar el llamado a través del timbre.

Explicar al paciente las posibles consecuencias que se derivan de un evento de caída. Formato GSI-P02-F-39

Atender al llamado del paciente lo mas pronto posible

Recordemos

Tomar nuevamente los signos vitales después de corregir la estabilidad hemodinámica

Debemos priorizar

Pacientes agitados ó con alteración neurológica (Que requieren sujeción mecánica).

Pacientes con trombocitopenia, Dx de linfoma.

Pacientes con alteración hidroelectrolítica.

No olvides las consecuencias derivadas por caídas

- Hemorragia intracraneana.
- Fracturas (en especial las de cadera generan estancias prolongadas)
- Hematomas y laceraciones en la piel.
- Reintervenciones de pacientes en posoperatorio.



SEGURIDAD DEL PACIENTE

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (Resolución Número 00107)

Art. 1: El INC, se compromete a trabajar por la reducción de los eventos adversos e incidentes durante la prestación de servicios de salud oncológicos. Para tal logro implementa de forma proactiva y preventiva estrategias, tales como la gestión del riesgo, la educación tanto del cliente interno como externo, la capacitación y entrenamiento en seguridad a los procesos de atención.

ATENCIÓN EN SALUD

Servicios recibidos por los individuos para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS

Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño o un evento adverso. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo asistencial (médicos, enfermeras, bacterióloga, etc.)

FALLA LATENTE

Acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (recursos humanos, financieros, etc.)

EVENTO ADVERSO

Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

PREVENIBLES

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

NO PREVENIBLES

Resultado no deseado, no intencional, que se representa a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado.

Página 2

Identificación de pacientes - Barreras de seguridad

Sabías que?

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores poniendo en riesgo el componente de cuidado ya sea diagnóstico, terapéutico o de apoyo.

Barreras de Seguridad

CONVENCIONES

Fiebris Química	ROJO
Caídas	AMARILLO
Lesiones por presión	VERDE
Alergias	ANARANJADO

No olvides

Realizar las escalas de valoración del riesgo.

De acuerdo al puntaje identificar con el sticker correspondiente en el rótulo de identificación, manilla y tarjeta de medicamentos.

Evaluar el riesgo al ingreso y luego en cada turno.

Escalas de Valoración del riesgo

Fiebris Química

Escala de Jhon Dawson (Prevención de Caídas)

Escala de Bradem (Prevención de Lesiones por presión)

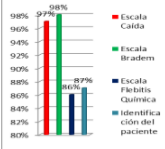
Junio

Los pacientes deben ser identificados cuando ingresan a la institución y durante su permanencia.

Los pacientes deben circular en la institución con manilla de identificación y las barreras de identificación del riesgo. Al trasladar los pacientes se debe enviar el rótulo de identificación y manilla con los datos

Recordemos

Los pacientes hospitalizados no deben circular en la institución sin manilla de identificación

Página 3

Prevención lesiones por presión

Sabías que?

los cambios posturales son la principal herramienta para prevenir las lesiones por presión, además ofrece descanso al paciente que cursa con inmovilidad prolongada.

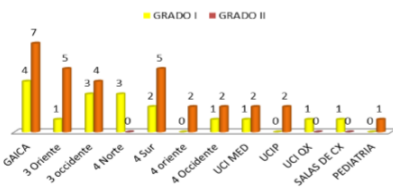
Reconocimiento:

El personal de salud trabaja por la reducción de las lesiones por presión, desde el año 2016 la reducción de úlceras por presión grado III y IV ha sido del 90%; actualmente se trabaja por la reducción de las lesiones grado II

Indicador de cumplimiento Junio 2018

LPP SEGUN GRADOS

GRADO I GRADO II

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 67 de 108			

2.15. Programa gestión de enfermería en seguridad del paciente

2.15.1. Campaña pásame el pato



En el año 2018 como estrategia educativa del programa se socializa el segundo boletín de gestión de enfermería, se realiza una campaña tipo Stand, dando a conocer los avances en las diferentes líneas de acción y promover el mejoramiento de los indicadores que evalúan cada una de estas, dando énfasis en que es mejor prevenir que atender el evento adverso, sin embargo de presentarse, orientar hacia la atención oportuna para evitar complicaciones por el mismo.

**Divulgación
BOLETÍN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Se invita al personal de
Enfermería al Para
EN LA MARQUESINA

Jueves y viernes
23 y 24 de agosto
7 am a 4 pm

Los esperamos!!

Última hora

Atención funcionarios

Divulgación del
boletín del programa de

**Gestión de enfermería en
Seguridad del Paciente**

Programa que conduce a la mejora continua del cuidado

Jueves 23 y viernes 24 de agosto
Lugar: Marquesina INC
Hora: 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

**Gestión de enfermería en
Seguridad del Paciente**

Programa que conduce a la mejora continua del cuidado

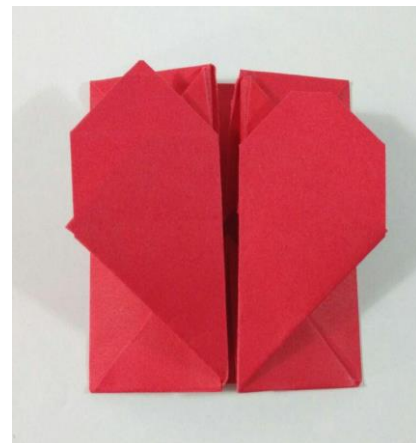
¿Cómo reportar un evento?

Evento adverso	Incidente	Complicación
- No identificación - Proceder dentro al paciente - Identificación con la atención en salud	- Exposición no planificada - No dar el al paciente - Administración con la atención en salud	- Exposición a la atención en salud - Exposición a la atención en salud

Líneas de acción

- Prevención de eventos**
 - Identificación de eventos adversos
 - Al momento de pasar al paciente
 - Identificación con la atención en salud
- Atención de eventos**
 - Identificación de eventos adversos
 - Identificación de eventos adversos
 - Identificación de eventos adversos
- Atención de eventos**
 - Identificación de eventos adversos
 - Identificación de eventos adversos
 - Identificación de eventos adversos

STAND Origami



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 68 de 108	

Flor y caja: se indica a los participantes que en la actividad a realizar la flor representa su paciente y en cada uno sus pétalos se colocara el cuidado que realizará al mismo teniendo en cuenta las líneas de acción del programa para ello se entregan imágenes y cada uno de be expresar qué interpreta y como lo aplica desde su roll en la institución. A continuación las imágenes utilizadas para esta actividad.



Tarjeta de campaña: esta hace alusión la estrategia de las cinco (5) S, como mejoramiento continuo en los puestos de trabajo e información de los indicadores de adherencia del mes de julio 2018

INDICADORES								
Evaluación adherencia a escalas y notas de enfermería Julio 2018								
Periodo	Evaluación Calles	Registro post.	Regin. 12/07/18	Escala Calles	Escala 12/07/18	Escala Resultado Qui- mica	Identificación del paciente	Notas de Eje
Enero	85%	70%	85%	77%	85%	85%	85%	85%
Febrero	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Marzo	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Abril	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Mayo	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Junio	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Julio	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Agosto	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%

Para el mes de Julio 2018, se observa la mejora en la adherencia, excepto en los registros de venopunción, por tal motivo durante el mes de Agosto se cambiará la estrategia de evaluación al personal, realizando énfasis únicamente en este ítem.

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

PARA EL METORAMIENTO CONTINUO Y CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

CLASIFICAR: SEPARAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS DE LOS INNECESARIOS.

ORDENAR: MANTENGA LOS ELEMENTOS EN EL LUGAR CORRECTO.

LIMPIAR: MANTENGA LIMPIO SU LUGAR DE TRABAJO.

MANTENER: CONTINUAR CON LAS 3 PRIMERAS S DE FORMA PERMANENTE

DISCIPLINAR: CONVERTIR LO ANTERIOR EN HÁBITO.





STAND Taller de venopunción: donde se realiza taller demostrativo de fijación y curación de venopunción, para el personal asistencial. Realizado por colaboradores del programa y estudiantes de la FUCS.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 69 de 108	

STAND taller de Identificación de Flebitis: con el apoyo del Laboratorio COBO quien da educación sobre identificación y prevención flebitis (mecánica, química y bacteriana), y características del catéter venoso periférico, (material, calibre cantidad de líquido que se puede infundir por minuto por cada uno.) y acciones a tener en cuenta en el procedimiento de canalización.



STAND Cuidado de Piel: con apoyo del laboratorio de Prodegel (papaína), se dan indicaciones de uso apropiado del Insumo, el proceso de formulación del mismo y cuidados en lesiones de piel.



Durante el desarrollo de la campaña se contó con la asistencia total de 299 colaboradores de diferentes Áreas, que además de Enfermería, participaron Estudiantes de medicina, Servicio de farmacia, Servicio de radiología, Trabajo social, Servicio de nutrición, Servicio de infraestructura, Servicio de biomédico, Camilleros y Medicina interna; esto permitió dar a conocer las diferentes líneas de acción del programa y la forma de interrelación de las diferentes áreas en la atención del paciente. Durante la jornada se evidenció el interés de los colaboradores en tener información acerca del cuidado de los pacientes y cómo sus labores repercuten en el cuidado del mismo.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 70 de 108			

Comité de enfermería

Se realizan reuniones mensuales de enfermería donde hay participación de las enfermeras líderes de los servicios con el fin de incentivar la coordinación del trabajo a partir de los Equipos Primarios.

Este tiene por objetivo articular y abordar los servicios de hospitalización de la misma manera a través de la alineación de protocolos, la revisión y análisis de los indicadores de cuidado, además de establecer acciones de mejora que contribuyan a optimizar los resultados.

2.16. PROGRAMAS ESPECIALES

2.16.1. Cuidado Paliativo

Implementación del quinto signo vital (dolor)

Durante el 2018 Las enfermeras de cuidado paliativo continuaron con la realización del diagnóstico en relación a conocimientos y oportunidad en el manejo del dolor por parte de enfermería e implementaron en los servicios de hospitalización el quinto signo vital, con un 92% de cumplimiento.

La enfermera de la unidad de cuidado paliativo cumple funciones en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. En cada una de estas áreas se realizan actividades orientadas a brindar cuidado al paciente con síntomas no controlados y/o pacientes en fase avanzada de la enfermedad proporcionando un sistema de apoyo a las familias y/o cuidadores al brindar educación de forma continua sobre los cuidados del paciente en el domicilio y así garantizar que tendrán las herramientas básicas para cuidar al paciente en su hogar.

2.16.2. Cuidando a los cuidadores

Actualmente se lleva a cabo el programa cuidando a los cuidadores se ofrece principalmente a cuidadores principales de paciente con cáncer, que contactan al servicios de manera directa, o remisión. El objetivo fortalecer la habilidad de cuidado y la calidad de vida, para disminuir la carga de los cuidadores, familiares de pacientes con cáncer. Dentro del programa cuidando a los cuidadores, se viene desarrollando un programa de cuidado para apoyar en el duelo un producto derivado de este programa es el código 7 : decir adiós a los seres queridos que fallecen por cáncer, que tiene como objetivo principal atender mediante un código de alerta al paciente y su familia en la fase final de la vida de manera organizada, con el fin de lograr un afrontamiento funcional de la muerte de una persona por cáncer ; teniendo en cuenta la necesidad de los pacientes de sus cuidadores, sus preferencias al final de la vida.

2.16.3. Plan de egreso hospitalario

Es un aspecto fundamental dentro del que hacer de enfermería que permite que los pacientes y cuidadores logren llegar a su hogar con la seguridad de saber cómo desarrollar el cuidado. El paciente y cuidador necesitan una instrucción y un acompañamiento para poder cuidar mejor su salud y fortalecer sus habilidades como cuidador e incluso su propia capacidad para cuidarse, El profesional garantiza el cuidado seguro del paciente, el apoyo al cuidador familiar Guía estandarizada que debe tener establecidos unos pasos secuenciales, organizados y previamente definidos para el cuidado integral Y seguro de los pacientes al interior y al salir de la Institución.

Cobertura de un 90% del plan de egreso hospitalario de procedimientos definidos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 71 de 108	

Se inició plan de egreso con el servicio de GAICA, se incluyeron incluir pacientes Ambulatorios Radioterapia, Quimioterapia y Endoscopia.

2.16.4. Terapia Enterostomal

El programa de Terapia Enterostomal del Instituto Nacional de Cancerología tiene como propósito brindar cuidado de enfermería en dos fases: Prevención “Protocolo de prevención de alteraciones de la integridad de la piel del paciente oncológico” y segunda fase, Tratamiento de pacientes oncológicos con ostomía, heridas de alta complejidad (heridas dehiscentes, infectadas, fistulas, abdomen abierto, lesión dérmicas, lesiones por presión) y lesiones derivadas al tratamiento oncológico (lesiones tumorales, mucositis), impactando adecuadamente en la reincorporación de los pacientes a su vida cotidiana teniendo como figura base los cuidadores, es liderado por enfermeras especializada en el área, inmerso en un equipo transdisciplinario, con base en la evidencia científica, tecnológica y desarrollo de investigación que aporte igualmente al fortalecimiento de la disciplina.

2.16.5. Fertilidad y Cáncer, Salud Sexual y Reproductiva

Conjunto de actividades encaminadas hacia la asesoría en salud sexual y reproductiva a todo paciente en edad fértil con patología oncológica con probabilidad de tratamiento oncológico atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva a todo paciente en edad fértil con patología oncológica con probabilidad de tratamiento oncológico atendido en el Instituto Nacional de Cancerología.

Tabla 42 Resultado programas especiales

Programas Especiales	Productividad	Adherencia	Impacto	Educación
Cuidando Cuidadores	88%	97%	97%	100%
Terapia Enterostomal		92%		100%
Cuidado Paliativos	90%		90%	90%
Plan De Egreso Hospitalario		90%	80%	85%
Fertilidad y Cáncer, Salud Sexual y Reproductiva	60%	100%	29%	70%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 72 de 108			



Proceso de transformación cultural permanente.



Responsabilidad social.

4. Gerencia del Talento Humano



OSO DE ANTEOJOS

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 73 de 108	

4.1. PLANIFICACIÓN, REMUNERACIÓN Y REGISTRO DEL TALENTO HUMANO

4.1.1. Porcentaje promedio de la ocupación de la planta

Porcentaje de Ocupación de la Planta Global durante el año 2018 = 93.72%
 Porcentaje de Ocupación de la Planta Transitoria durante el año 2018 = 100%
 Porcentaje de Ocupación de la Planta Temporal durante el año 2018 = 70,94%

4.2. BIENESTAR Y CAPACITACIÓN

El Plan Institucional de Bienestar está conformado por cuatro ejes principales los cuales son:

1. Desarrollo de habilidades personales, familiares y culturales

✓ Actividades de Integración Familiar:

- Vacaciones Recreativas: Se realizaron 21 inscripciones en el mes de julio Y 51 niños en el mes de octubre para la participación de las vacaciones recreativas de los hijos de los funcionarios con edades entre los 6 y 11 años.
- Campamentos: Se realizaron 2 campamentos en los meses de julio y octubre con una participación de 46 hijos de funcionarios con edades entre los 12 y 16 años.
- Salida Recreativa: Se realizó la salida a Lagosol Girardot en los días 20 y 27 de octubre para los funcionarios y su grupo familiar con una participación de 93 funcionarios y 110 beneficiarios para un total de 203 asistentes.
- Caminatas: No se realizaron caminatas Ecológicas en la vigencia 2018.

✓ Actividades Deportivas

- Se participó en 6 carreras de atletismo con 63 participaciones en total.
- Apoyo en Escuelas Deportivas: Se otorgó apoyo en las siguientes disciplinas: Natación, Patinaje, en los meses de enero a marzo con una participación de 46 funcionarios y 22 beneficiarios.
- En el mes de agosto se retoma nuevamente con la caja de compensación familiar Compensar y se realizan 96 inscripciones hasta el mes de diciembre de 2018
- Inscripción a Gimnasios:
- Subsidio de Torneo Interempresas: No se realiza esta actividad en la vigencia 2018
- Subsidio a Entrenamientos: Se realizan entrenos semanales en las disciplinas de: Atletismo, bolos, Tenis de Mesa con una participación de 18 funcionarios. En la vigencia 2019 se espera realizar entrenos de Voleibol y Tejo

✓ Responsabilidad social

- Actividad día de los niños pacientes: Se realizó la actividad de los niños pacientes en el mes de octubre con la participación de 22 grupos los cuales realizaron actividad de integración, trabajo en equipo innovación y en la que se entregó obsequios a 300 niños pacientes.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 74 de 108	

4.3. CICLO DE VIDA LABORAL

4.3.1. Ejecución de convocatorias en 35 días

Para el año 2018 se realizaron 77 (100%) procesos de selección para la Planta Global de los cuales 36 (46,7%) fueron declarados desiertos o anulados, 6 (7,8%) se encuentran activos y presentaron reclamación, 8 (10,4%) se encuentran en proceso sin reclamación y 27 (35,1%) se encuentran culminados.

De los 27 (35,1%) procesos de selección que se encuentran culminados, 15 (19,5%) procesos presentaron suspensión por reclamación, 2 (2,6%) se realizaron en menos de 35 días hábiles y 10 (13%) superaron los 35 días hábiles.

Para el año 2018 se realizaron 41 (100%) procesos de selección para Prestación de Servicios de los cuales 22 (53,7%) fueron declarados desiertos o anulados, 19 (46,3%) se encuentran culminados.

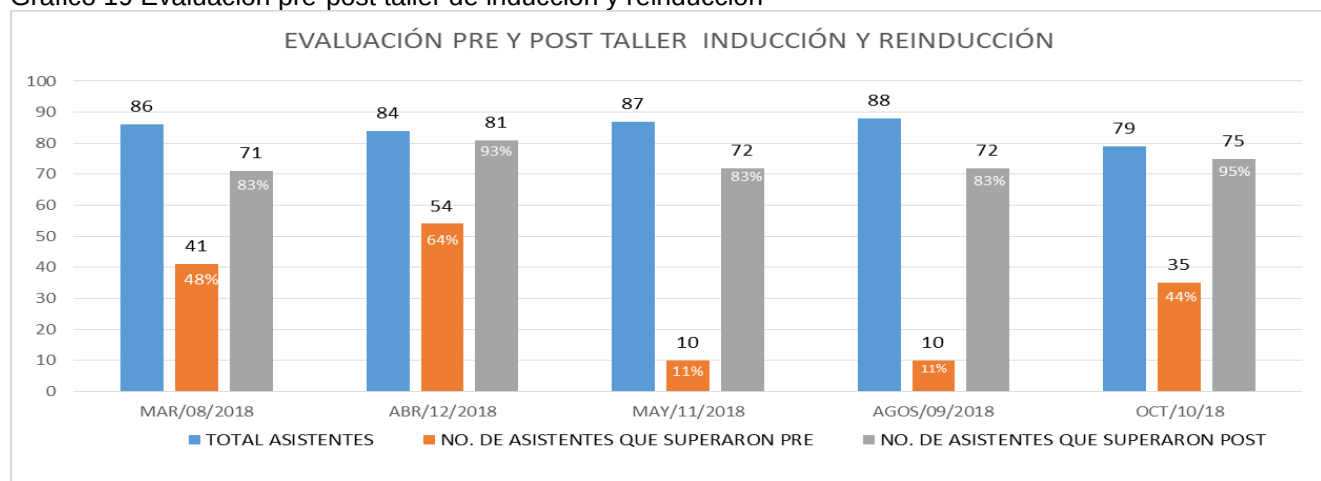
De los 19 (46,3%) procesos de selección que se encuentran culminados, 10 (24,4%) procesos presentaron suspensión por reclamación y los 9 (21,9%) procesos restantes superaron los 35 días hábiles.

4.3.2. Inducción y reintucción

Se realizaron 5 talleres presenciales, los cuales se ejecutaron en los meses de Marzo, Abril, Mayo, Agosto y Octubre. De una población de 500 participantes se logra contar con 424 que corresponde al 85% de la población invitada a inducción y reintucción para el año 2018.

Dentro del proceso de evaluación pre y post de la inducción y reintucción para el año 2018 se aprecia que de las 424 personas que participaron en la actividad, 150 (35%) personas respondieron acertadamente en el pre y una vez efectuada la actividad de participación y exposición de los temas se logra una calificación donde 371 (88%) personas aprobaron el post, esto indica que la actividad tuvo resultados positivos en los temas explicados.

Gráfico 19 Evaluación pre-post taller de inducción y reintucción



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 75 de 108	

4.4. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Dentro del programa de seguridad y salud en el trabajo se documenta, implementa, mantiene y mejorara continuamente la gestión de la seguridad y salud en el trabajo dentro de un enfoque sistémico orientado al mejoramiento y conservación de las condiciones generales de salud de los trabajadores del Instituto Nacional de Cancerología, mediante la gestión de los riesgos relacionados con las actividades laborales que pudieran resultar en accidentes o enfermedades laborales.

Para tal fin se establece un plan anual de trabajo basado en la autoevaluación de acuerdo a la resolución 1111 de 2017, para dar un enfoque preventivo más que correctivo y priorizar cada una de las acciones, para tal fin se cuenta con 5 programas de vigilancia en salud como lo son: biológico, osteomuscular, químico, radiaciones ionizantes, psicosocial, y se implementó en el 2018 el programa de prevención del riesgo cardiovascular en un 50 %.

Para el año 2018 se tenía proyectada la meta de disminuir en 1.5 puntos la tasa de accidentalidad sin embargo no se cumplió ya que la accidentalidad aumento de manera considerable por lo cual aumento la tasa en 1.7 puntos, una de las causas es la inclusión dela planta temporal ya que al analizar la accidentalidad el 36 % de los accidentes corresponden a planta temporal con una población de 300 funcionarios comparada con planta global 742 funcionarios 58% y prestación de servicios el 5% con tres accidentes.

4.5. LOGROS

- ✓ Evaluación y cobertura de los talleres de inducción y reinducción. Se logran hacer 5 talleres de inducción e inducción para personal de planta provisional, contratos de prestación de servicios y aliados estratégicos. Se tuvo una participación de 424 personas de 493 invitados que corresponde al 86% de la población invitada.
- ✓ Se realiza informe de ausentismo costos trimestrales reales por variables tanto de planta temporal como global donde se evidencian las 10 principales causas del ausentismo, las principales áreas.
- ✓ Se dio cumplimiento al 10 % de las inspecciones locativas planeadas las cuales se realizaron con un equipo interdisciplinario conformado con miembros del Copasst, calidad gestión ambiental donde se identificaron diferentes condiciones inseguras y con ayuda del grupo de infraestructura se dio solución al 87 % de las mismas de manera prioritaria mejorando condiciones locativas, y de procedimientos.
- ✓ Se realizaron un total de exámenes periódicos a 659 funcionarios de 683 programados lo que equivale equivalente al 96.4% del total de la población que cumplían con los criterios de inclusión (mínimo seis meses de nombramiento en planta, de esta manera se logró realizar un monitoreo a la condición de salud y definir acciones de promoción y prevención para todos los funcionarios en el año 20189 que generen impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores.
- ✓ En cuanto a acreditación el INC dio inicio al requerimiento de conformación de planes de ayuda mutua ya que en el 2018 el instituto se integró a dicho comité donde participan entidades como: Hospital de la Samaritana, Hospital materno Infantil, centro dermatológico Federico Lleras, Universidad Uniminuto, con el cual se busca que el IDIGER nos apoye en temas de emergencias siendo referentes en la localidad.
- ✓ Se realizó la actualización de la matriz de peligros por cargos y procesos en un 98 % teniendo una visión más clara de los diferentes riesgos que sirvan como base para la gestión del riesgo la cual fue socializada a los diferentes grupos de trabajo.
- ✓ Se realizó auditoria de la implementación al decreto 1072 de 2017 por parte del consejo colombiano de seguridad, el resultado obtenido en esta evaluación fue del 95.6% comparada con el año anterior de 92.6%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 76 de 108	

- ✓ Se realizó el primer informe del proyecto sobre el síndrome de burnout el grupo objeto fue el personal de Enfermería el cual se tomara como base para las acciones de mejoramiento de la calidad de vida en este grupo para el 2019 y sustentara estrategias de disminución del ausentismo.

4.6. RETOS

- Realizar una reformulación de las actividades de talento humano, fortaleciendo los liderazgos y evaluando la estructura organizacional de sus grupos.
- Para el año 2019 se han replanteado los indicadores de impacto que permitan medir efectivamente el cumplimiento de los objetivos planteados.
- En compañía de los grupos del área gestión y desarrollo del talento humano, diseñar e implementar una encuesta virtual para medir efectivamente la satisfacción del cliente interno en la ejecución de cada uno de los procedimientos de gestión y desarrollo del talento humano en el segundo semestre del año 2019.
- Mejoramiento de clima y riesgo psicosocial en el Instituto en 2 puntos de acuerdo al índice del clima corporativo con respeto a la medición realizada en el año 2017.
- Disminución de la accidentalidad en 0.6 puntos con respecto al año anterior.
- Generar un análisis comparativo del ausentismo correspondiente al 2018 vs 2019 con el fin de sugerir a la alta dirección estrategias para la disminución del ausentismo.
- Realizar la depuración de la deuda presunta de aportes patronales en pensión con los diferentes fondos de pensiones, en el primer semestre de 2019, con el fin de sanear posibles deudas del Instituto con los fondos, depurar los aportes patronales de los empleados, garantizar la revisión mensual de la liquidación de aportes patronales a los diferentes fondos pensionales.
- Establecer mecanismos de control para la ejecución dentro de los términos legales de las certificaciones para bonos pensionales, de las solicitudes respetuosas de los funcionarios y demás peticionarios, con el fin de evitar futuras reclamaciones.
- Implementar en el sistema SAP la programación de vacaciones, garantizando la agilidad de la información en la revisión de la programación de vacaciones que permita una planeación del talento humano sin cruce de vacaciones por aéreas que permita evidenciar la necesidad real de la suplencia del talento humano en las ausencias legales, que pueda ser de fácil consulta por la alta dirección para la toma de decisiones.
- Establecer mecanismos de control para que los actos administrativos que soportan el pago de la nómina se realicen con anterioridad del mismo.
- Establecer mecanismos de control para el cumplimiento de las tareas asignadas a los funcionarios del Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano.
- Actualización con base en la normatividad y nuevas tendencias los planes de capacitación, bienestar, incentivos y reconocimiento.
- Establecer mecanismos de control para la ejecución presupuestal asignado a los programas de bienestar y capacitación.
- Cumplir con el tiempo establecido en el Plan Operativo para la ejecución de los procesos de selección para proveer provisionalmente los cargos de planta y para las invitaciones abiertas para contratos de prestación de servicios con persona natural.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 77 de 108			

5. Gerencia del Ambiente Físico



DELFIN ROSADO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 78 de 108	

5.1. GESTIÓN HOTELERA Y AMBIENTAL

- 100% Cumplimiento de los criterios priorizados del sistema de gestión ambiental
- 100% Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero
- 100% Reporte mensual de seguimiento a siniestros institucionales
- 93,33% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia meta 95%
- 98.75% Porcentaje de satisfacción del servicio de lavandería meta 95%
- 97.86% Porcentaje de satisfacción del servicio de alimentos meta 95%
- 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA
- 96.30% Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA 2018 97.33% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) meta 95%
- 97.33% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) meta 95%
- 98.66% Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GHA
- 50% Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GHA
- 93% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE *93% - meta 68%
- 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA
- 70% Implementación institucional con estándares de señalización Fase II
- Informe con el plan de mejora de accesibilidad

5.2. INFRAESTRUCTURA

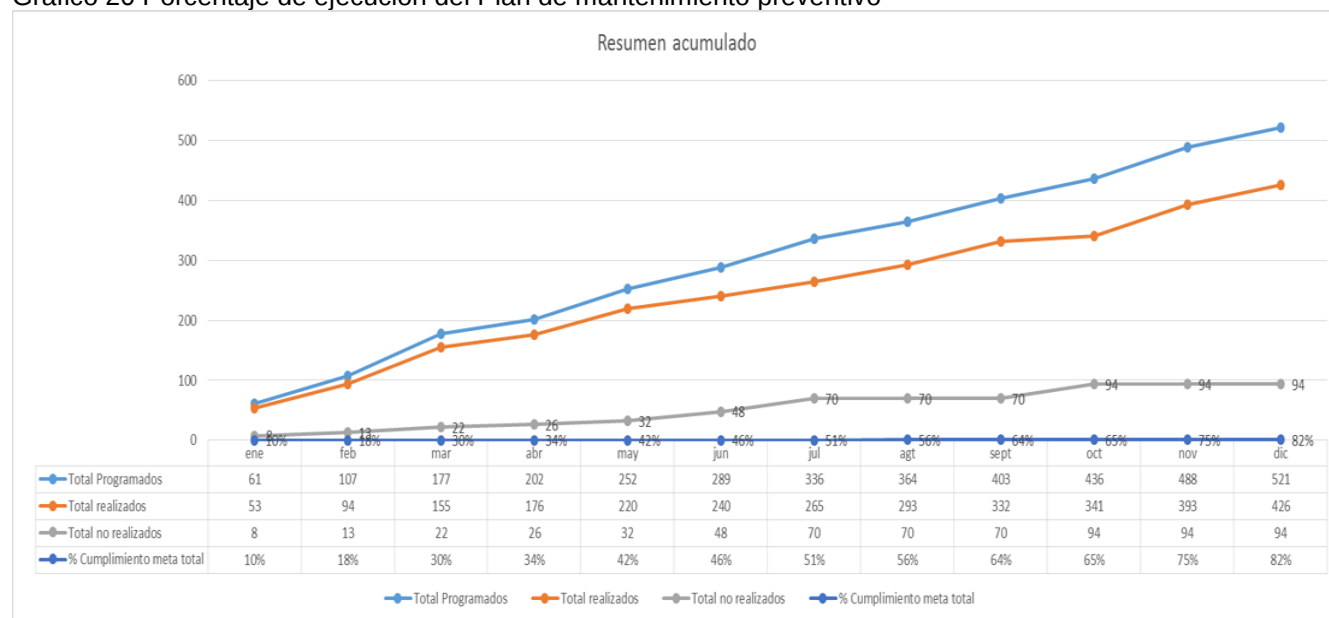
5.2.1 Plan de mantenimiento preventivo institucional

El porcentaje de implementación del plan de mantenimiento preventivo acumulado al mes de diciembre se cumplió en un 82%. Es decir, de 521 órdenes de mantenimiento preventivo acumuladas a la fecha de corte, se han realizado 426. Debe anotarse que los mantenimientos preventivos programados para equipos no biomédicos (calderas, electrobombas, ascensores, sistemas de video, sistemas de ventilación, aires, red de gases medicinales, plantas eléctricas y de transferencia, entre otras) se han realizado en un 100%.

Las órdenes de mantenimiento pendientes (18%), se realizaron fuera del periodo, y corresponden a los periodos de junio y julio que el mantenimiento estuvo a cargo directo del INC – ESE con personal inferior al requerido y en el mes de octubre de 2018, se evidencia también un bajo cumplimiento debido a que las actividades se encaminaron a correctivos de pre habilitación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 79 de 108	

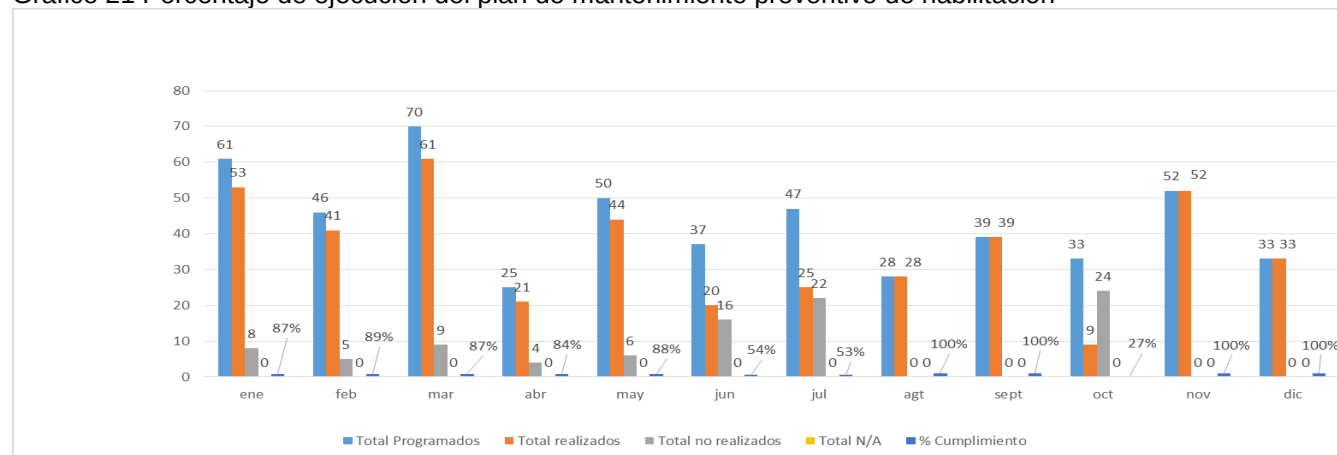
Gráfico 20 Porcentaje de ejecución del Plan de mantenimiento preventivo



5.2.2 Plan de mantenimiento preventivo de habilitación

El mantenimiento preventivo programado para equipos no biomédicos (calderas, electrobombas, ascensores, sistemas de video, sistemas de ventilación, aires, red de gases medicinales, plantas eléctricas y de transferencia, entre otras) también se han realizado en un 100%. En el mes anterior se cumplió de igual manera con la meta mientras que en el mes de octubre apenas se cumplió con el 27% de lo programado, sin embargo estos mantenimientos se realizaron en los meses de noviembre y diciembre.

Gráfico 21 Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento preventivo de habilitación



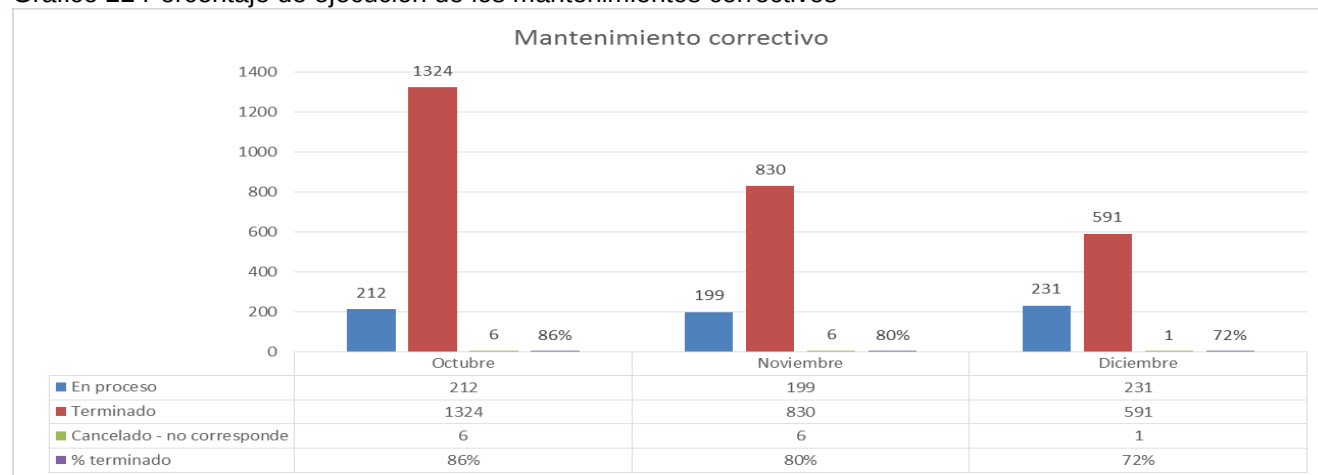
5.2.3 Mantenimiento correctivo

El mantenimiento ejecutado del cuarto trimestre de 2018 se ubicó en el 81% respecto del número de órdenes de mantenimiento generadas. El 19% restante obedece a mantenimientos no realizados en el periodo y que se

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 80 de 108	

reciben en la última semana de corte. Es de aclarar que el INC ha recibido en el trimestre 3400 órdenes de mantenimiento, esto es un 78% más que el trimestre anterior (1915 órdenes). El resultado del mes de diciembre se ubicó en 72% y es el más bajo del trimestre, en este periodo se ha dado acompañamiento a actividades diferentes y a corrección y apoyo en garantías de obras que tienen relación con el proceso de habilitación.

Gráfico 22 Porcentaje de ejecución de los mantenimientos correctivos

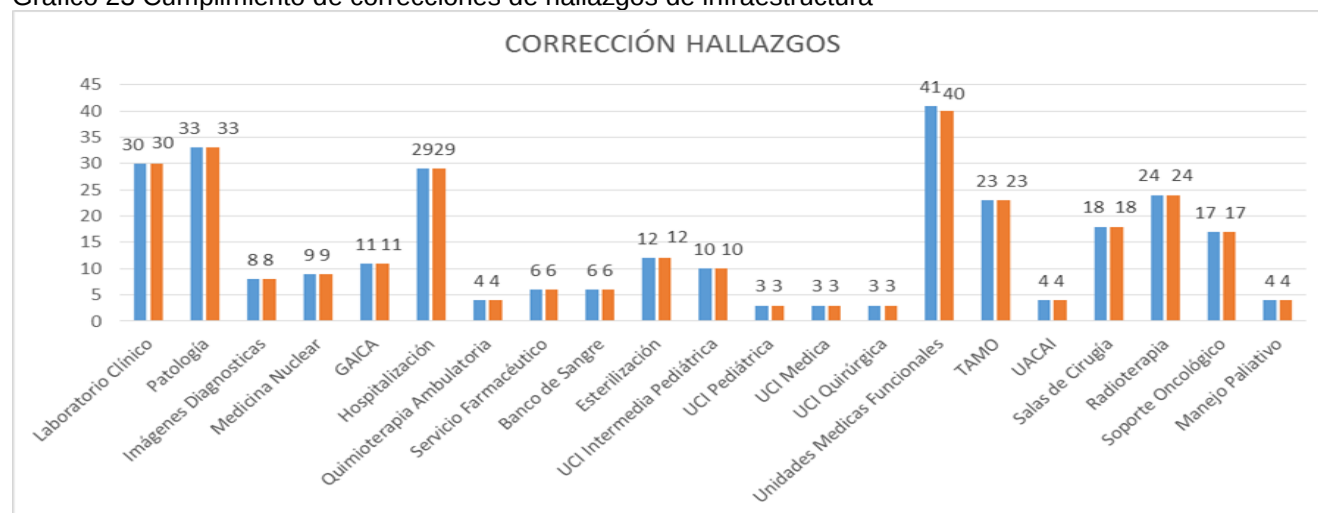


5.2.4 Correcciones de hallazgos de infraestructura

El mantenimiento ejecutado para eliminar los hallazgos de habilitación y auditorías internas, se ejecutó en un 99.7%. El 0.7% restante corresponde a terminación de algunas obras en ejecución como los cuartos de aislamiento de 4 piso.

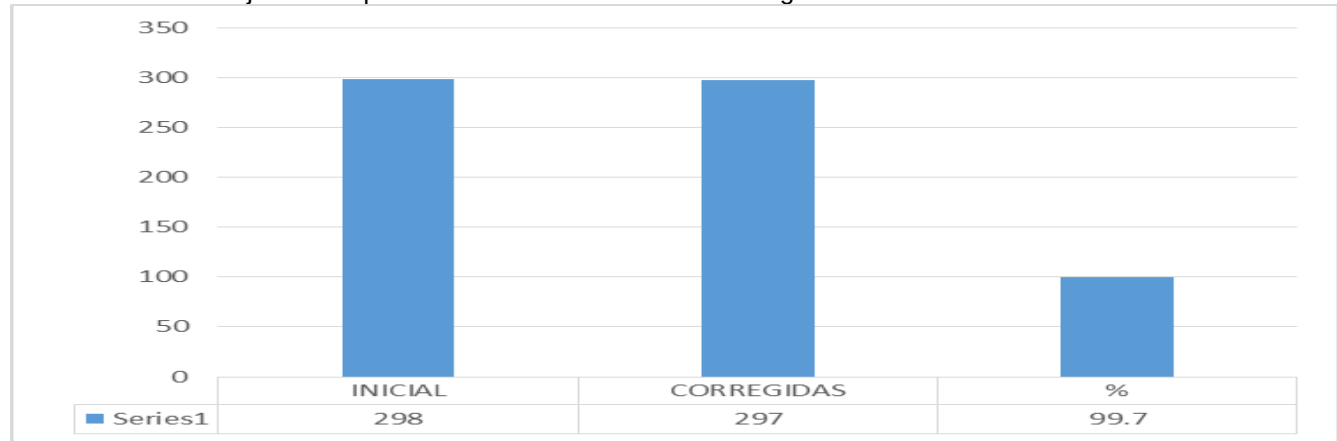
Se han realizado diversas obras y mantenimientos en la totalidad del Instituto que se reflejan en la mejora que se tiene en infraestructura.

Gráfico 23 Cumplimiento de correcciones de hallazgos de infraestructura



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 81 de 108	

Gráfico 24 Porcentaje de cumplimiento de correcciones de hallazgos de infraestructura



5.2.5 Tecnologías ahorradoras

Durante 2018, se realizó el cambio de los siguientes sanitarios nuevos ahorradores:

- Sala de espera – Edificio Hospitalizados 2º piso: 2 unidades Baño Mujeres y 3 Unidades Baño Hombres
- Habitaciones Bi-personales Nuevas (321 – 322): 2 unidades (1 en cada habitación)
- Consultorio Urología (1º Piso): 3 Unidad
- Consulta Ortopedia (2º Piso): 1 Unidad
- Radiología: 2 unidades (1 en baño frente a facturación y 1 en baño técnicos)
- Hospitalización 3 piso: 8 Unidades

Se reemplazaron 452 luminarias, alcanzando el 100% de cumplimiento de la meta programada 3727 lámparas.

Total 21 instalados en 2018

5.2.6 Satisfacción de usuarios (Mantenimiento)

En diciembre se realizaron 537 encuestas de las cuales el 99.95% calificaron el servicio de manera positiva con calificaciones entre buenas y excelentes. Una encuesta calificó el servicio como malo, atribuyendo esto a la oportunidad del servicio.

De 2134 encuestas realizadas en el último trimestre de 2018, en promedio el 99,79% de los encuestados manifestaron que el servicio de mantenimiento es positivo con calificaciones entre bueno y excelente. 17 de los encuestados otorgó una calificación del servicio como malo, atribuyendo esto a la oportunidad del servicio.

Se ha dado desde infraestructura relevancia al cumplimiento de las órdenes de mantenimiento pero debe también tenerse en cuenta que el servicio ha mejorado de manera paulatina y que las calificaciones negativas tienen relación con demoras en el despacho de materiales y algunas veces por prioridad en mantenimiento de actividades relacionadas con habilitación. Pese a lo anterior, el resultado del trimestre es positivo si se tiene en cuenta que es el trimestre con mayor número de órdenes de mantenimiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 82 de 108	

Tabla 43 Satisfacción de usuarios (Mantenimiento) IV trimestre de 2018

	DICIEMBRE					Índice de satisfacción	ÍNDICE DE SATISFACCIÓN GENERAL TRIMESTRE	
	EXCELENTE (5)	BUENO (4)	MALO (2)	MUY MALO (1)	MAXIMO PUNTAJE			
Total encuestas	537					99.95%		
A - ¿Cómo califica la oportunidad de resolución entre la generación de la orden y la prestación efectiva del mantenimiento?	397	139	1	0	537	536	OCTUBRE	99.87%
B - ¿Cómo califica la información brindada sobre el mantenimiento realizado por parte de los ejecutantes?	401	136	0	0	537	537	NOVIEMBRE	99.55%
C - ¿Cómo califica la actitud de servicio de las personas que le realizaron el mantenimiento?	423	114	0	0	537	537	DICIEMBRE	99.95%
D - ¿Con los elementos anteriores como califica en general la actitud de servicio de las personas que le prestaron el mantenimiento?	421	116	0	0	537	537	PROMEDIO GENERAL	99.79%

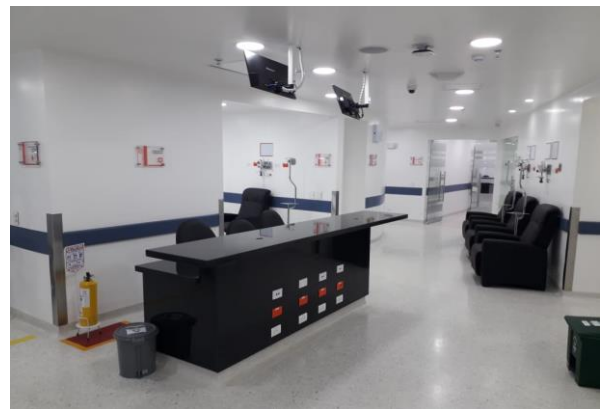
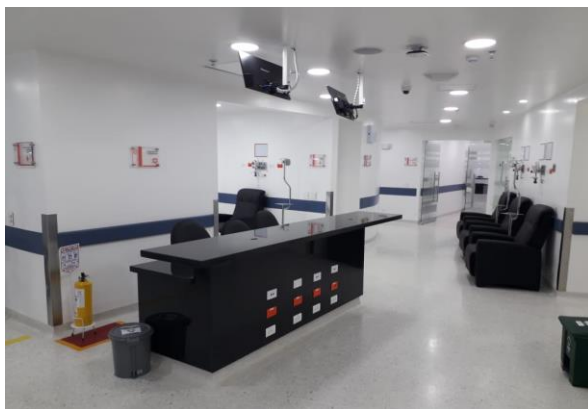
5.3. LOGROS

Se terminaron las obras de:

- ✓ Central de esterilización.
- ✓ Adecuación de los espacios físicos del centro de prevención y detección temprana del cáncer CPreD, sede San Juan de Dios.
- ✓ Reordenamiento y adecuaciones de los espacios físicos de áreas asistenciales y administrativas dentro del plan de mejora de espacios del Instituto.
- ✓ Bloque, etapa o frente de obra:
 - 1) Espacio de las áreas de diagnóstico estadificación (laboratorio clínico, patología, imágenes diagnósticas y demás espacios que lo conformen).
 - 2) espacios de las áreas de hospitalizados (habitaciones, sala de espera, baños y demás áreas que lo conforman).
 - 3) De las área de consulta externa y demás que la conforman.
 - 4) De los espacios de áreas comunes piso 1 al piso 7 (pasillos, hall principal, cielo raso y demás áreas que lo conforman, impermeabilización de cubiertas de los edificios de medicina nuclear, hospitalización-alas oriental y occidental- de la fachada en superboard del piso sexto edificio hospitalización costado occidental y sellado de juntas de ventanas).
- ✓ En cuanto a obras civiles para la adecuación y reformas del área de esterilización y áreas que la conforma, cambio de puertas en el área de esterilización y de las demás áreas que lo requieran para dar cumplimiento de hermeticidad requerido por el sistema de ventilación y extracción de aire.
- ✓ Traslado de planta eléctrica de consulta externa y adecuación de obra civil de la subestación eléctrica para adecuación y cambio de tableros eléctricos.
- ✓ Cambio de ventanera en las áreas de esterilización del INC para, cumplimiento de hermeticidad y aislamiento térmico requerido por el sistema de climatización.
- ✓ Ventilación y extinción de aire, incluye desmonte/retiro de ventanas existentes y suministro, instalación de nuevas ventanas con sistema doble vidriado y aislamiento termo acústico en el área de esterilización del INC.
- ✓ Obras complementarias de adecuación, dando cumplimiento a los estándares de habilitación de infraestructura y demás normas.
- ✓ Se realiza la adecuación y/o remodelación para el mejoramiento de la infraestructura de la unidad de GAICA (grupo de atención inmediata al paciente con cáncer)",
Las anteriores actividades se realizaron y ejecutaron al corte de 30 de diciembre de 2018, con una inversión de \$ 9.572.442.795

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 83 de 108	

- ✓ Grupo de atención inmediata al paciente con cáncer (GAICA)



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 84 de 108	

✓ UCI pediátrica



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 85 de 108	

5.4. RETOS

- Habilitación
- Acreditación
- Reordenamiento áreas
- Diagnóstico de inundaciones
- Planificación obras
- Interventoría integral
- Consecución licencias de construcción y reforzamiento
- Retos a corto plazo
- Cambio de cuatro (4) ascensores
- Contar con la aprobación del PMR (Plan de regularización y manejo) y el PEMP (Plan especial de manejo y protección del conjunto hospitalario San Juan De Dios e Instituto Materno Infantil)
- Cumplimiento estricto cronogramas de obras
- Titularidad de predios
- Sistemas de vertimientos inicio de obras
- Señalización total
- Accesibilidad
- Cumplimiento del 100% compromisos del POA
- Mantenimiento de las edificaciones del INC basado en prevención
- Impermeabilización cubiertas y fachadas
- Retos a largo plazo
- Reforzamiento estructural hospitalizados, almacén, consulta externa
- Reordenamiento hospitalizados 3 y 4 piso
- Restauración y reordenamiento edificio administrativo
- Edificio nuevo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 86 de 108			



Gestión de
la tecnología.

6. Gestión de la Tecnología



JAGUAR

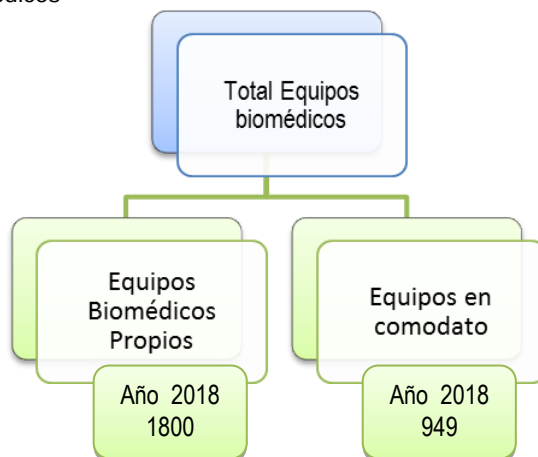
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 87 de 108			

6.1. EQUIPOS BIOMÉDICOS

6.1.1. Inventario de equipos biomédicos

De acuerdo a la actualización del inventario en el año 2018 se tiene el siguiente inventario de equipos biomédicos.

Imagen 3 Total de equipos biomédicos



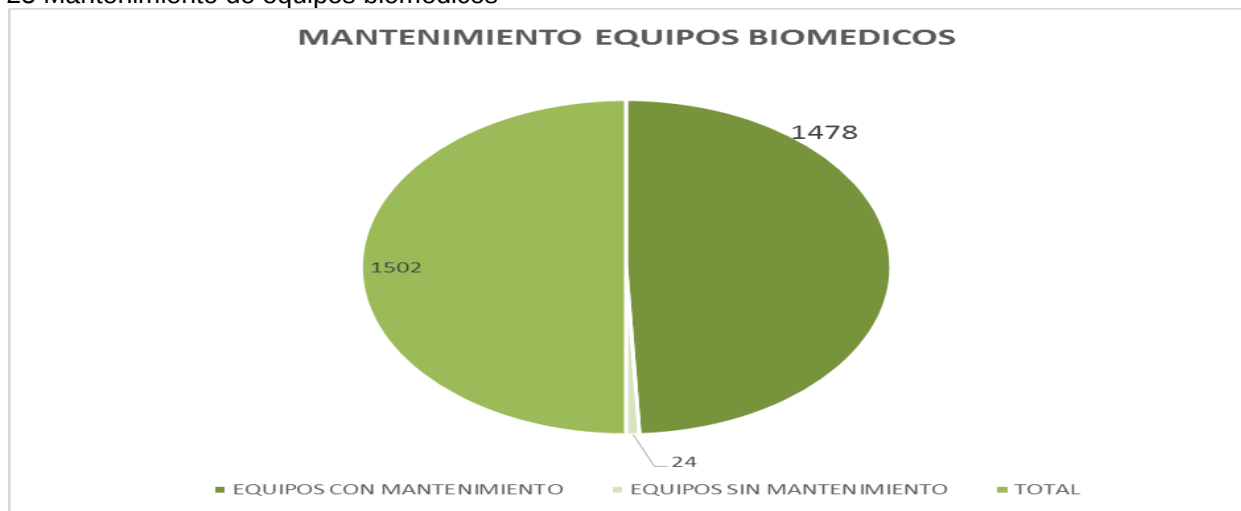
De los equipos biomédicos propios se encuentran en periodo de garantía 298 equipos que se han recibido durante los últimos dos (2) años.

Se tramitaron 206 solicitudes de baja de equipos biomédicos, durante la 2018.

6.1.2. Mantenimiento equipos biomédicos

Del total de los equipos fuera de garantía 1502 aproximadamente se encuentran con contratación de mantenimiento preventivo 1478, para una distribución porcentual:

Gráfico 25 Mantenimiento de equipos biomédicos



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 88 de 108	

La asignación presupuestal para el mantenimiento preventivo y correctivo, actividades de metrología, calificación y validación de equipos biomédicos, de refrigeración y producción de aire medicinal, durante el año 2018 y lo presupuestado para la vigencia 2019 se describe a continuación:

Tabla 44 Asignación presupuestal para mantenimiento preventivo y correctivo

CONCEPTO	VALOR
Vigencia 2018	\$ 5.111.731.249,78
Vigencia futura	\$4.002.000.000
TOTAL	\$ 9.113.731.249,78

Tabla 45 Distribución de asignación de recursos (01/07/2018 a 31/12/2018)

CONCEPTO	VALOR
Mantenimiento full service	\$ 672.279.966,00
Mantenimiento preventivo y correctivo con bolsa de repuestos	\$ 4.106.051.626,65
Metrología	\$ 249.103.224,00
Sin apropiar	\$ 84.296.433,13
TOTAL	\$ 5.111.731.249,78

6.1.3. Adquisición tecnología biomédica

Durante el año 2018, se realizó la gestión para la adquisición de 470 equipos biomédicos que corresponden a renovación e incorporación de tecnología biomédica.

- Por clasificación de riesgo:

Tabla 46 Adquisición de tecnología biomédica por clasificación de riesgo

TOTAL SEGÚN RIESGO	
RIESGO	NÚMERO EQUIPOS
NO REQUIERE	58
RIESGO I	497
RIESGO IIA	181
RIESGO IIB	26
TOTAL	762,00

MODALIDAD	NÚMERO EQUIPOS
INCORPORACIÓN	316
RENOVACIÓN	446
TOTAL	762

- Por consolidado del macro proyecto

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 89 de 108			

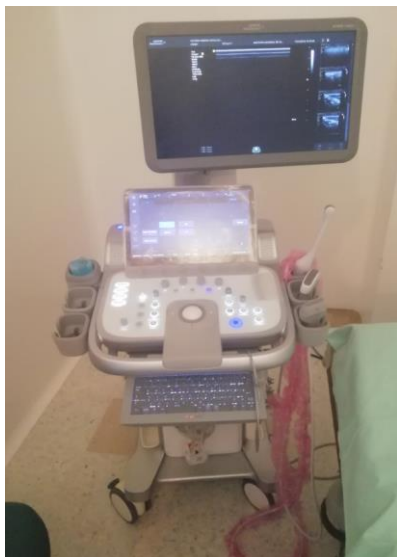
Tabla 47 Consolidado por Macro proyecto

CONSOLIDADO MACROPROYECTO EQUIPOS BIOMEDICOS 2018		
ITEMS	NRO EQUIPOS	PRESUPUESTO INICIAL ASIGNADO
192	762	13.048.577.564,00

CONSOLIDADO MACROPROYECTO EJECUCIÓN EQUIPOS BIOMÉDICOS 2018		
ITEMS	NRO EQUIPOS	PRESUPUESTO EJECUTADO
151	651	10.079.064.409,00

CONSOLIDADO SALDO EN REZAGO EQUIPOS BIOMÉDICOS 2018		
ITEMS	NRO EQUIPOS	PRESUPUESTO SEGÚN CONTRATOS LEGALIZADOS
22	80	1.278.741.319,00

CONSOLIDADO EQUIPOS NO REQUERIDOS EQUIPOS BIOMÉDICOS 2018		
ITEMS	NRO EQUIPOS	PRESUPUESTO ASIGNADO
12	15	96.800.000,00



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 90 de 108	

6.1.4. Programa de uso seguro de la tecnología biomédica

Se implementaron estrategias para garantizar el buen funcionamiento de la tecnología biomédica, buscando prevenir la ocurrencia de eventos adversos y el disminuir los mantenimientos correctivos que se encuentran asociados al mal uso de los equipos, a través de las siguientes acciones:

1. Instrucciones de Manejo Básico.
2. Inspecciones periódicas de los equipos biomédicos en todos los servicios asistenciales del INC.
3. Difusión de folletos informativos.
4. Capacitación manejo equipos y temas referentes a la seguridad en el uso de equipos biomédicos.
5. Protocolos de mantenimiento preventivo.
6. Matriz de renovación tecnología biomédica.
7. Encuestas Satisfacción Interesados.

6.1.5. Rutinas de verificación

Tabla 48 Realización de rutinas de verificación

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERO DE RUTINAS REALIZADAS	33	63	74	71	103	89	64	98	87	26	73	16
NUMERO DE RUTINAS PROGRAMADAS	39	64	76	72	103	89	64	100	87	26	92	16
% CUMPLIMIENTO	85%	98%	97%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	79%	100%

6.2. ALMACÉN Y ACTIVOS FIJOS

6.2.1. Razonabilidad de inventarios

En el siguiente gráfico se muestra como fueron disminuyendo las diferencias en las selectivas realizadas a los diferentes almacenes del INC a lo largo del año, lo cual demuestra un mejoramiento en el control y gestión de los diferentes almacenes por partes de los funcionarios encargados de los mismos.

Gráfico 26 Indicador de razonabilidad de inventarios 2017-2018



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 91 de 108	

En cuanto al mes de diciembre se realizó el conteo al 100% de los insumos que hay en las bodegas, sin encontrar ninguna diferencia en lo registrado en el sistema SAP y lo contado físicamente en cada una de las bodegas, teniendo en cuenta lo anterior el resultado en cuanto a ítem y valor de los inventarios es el siguientes:

En cuanto a los inventarios de activos fijos es importante mencionar que se subieron a SAP los resultados finales de los inventarios generales llevados a cabo en el último trimestre del año 2017 debidamente conciliados y depurados.

Nota: El inventario realizado durante el año 2017 y 2018 en el último fue un procesos con el cual se pudo actualizar la base de datos, durante el año 2018 se realizaron las bajas según los activos fijos que se encontraban debidamente diligenciados en el formato correspondiente y las cuales cumplían los requisitos para poder ser dados de baja.

Se hace necesario realizar nuevamente una conciliación general de todos los activos fijos del instituto. Esta verificación se llevara a cabo durante el año 2019 con el fin de conciliar con los coordinadores los activos fijos que realmente tiene a su cargo, así como los que salieron de su servicios, con el fin de levantar las actas de baja y de ingreso correspondientes.

6.3. TECNOLOGÍA INFORMÁTICA

- ✓ **Mantener actualizada la infraestructura de puestos de trabajo.**

Los puestos de trabajo y los equipos de cómputo de usuario final están cubiertos mediante el contrato 0811 de 2015 el cual se encuentra vigente hasta el 30 de abril de 2019.

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

6.4. VIGILANCIA TECNOLÓGICA

El grupo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos cuenta con una unidad de vigilancia tecnológica así como con herramientas especializadas para el tratamiento de la información. Actualmente se cuenta con la publicación periódica de boletines de vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva sobre las últimas tendencias tecnológicas para el control del cáncer a partir del análisis de patentes y artículos científicos.

En el año 2018 se realizaron 3 ejercicios - boletines de vigilancia tecnológica que corresponden a:

1. Boletín - análisis Cienciométrico de pruebas de detección rápida para *Helicobacter Pylori*
2. Boletín Tendencias Tecnológicas en Cáncer
3. Boletín Tendencias en Sistemas de Información Hospitalaria

Como parte del plan de necesidades general 2019 de tecnología biomédica, y aplicando la herramienta de evaluación actual, realizó el listado de necesidades de incorporación de tecnología biomédica 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 92 de 108			



Proceso de transformación cultural permanente.

7. Gerencia de la información



RANA VENENOSA DEL AMAZONAS

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 93 de 108	

7.1. GESTIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

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

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

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

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

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

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

Capacitaciones:

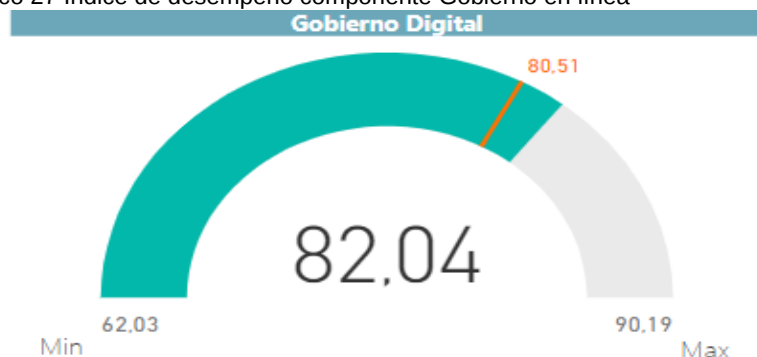
- Capacitación en análisis de datos genómicos.
- Participación en: Young Investigator Training Course.
Asistencia de la coordinadora del Grupo Área Análisis de Datos del INC al “Young Investigator Training Course” (YITC) realizado en Seattle en septiembre de 2018 y patrocinado por The Hope Foundation.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 94 de 108			

7.2. GOBIERNO EN LÍNEA

Se recibió el Informe de Gestión y Desempeño Institucional por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública (abril de 2018) con los siguientes resultados de gobierno digital para la vigencia 2017:

Gráfico 27 Índice de desempeño componente Gobierno en línea



*A la espera del siguiente autodiagnóstico en la nueva herramienta del MINTIC, para la evaluación del periodo 2018.

- ✓ Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
- ✓ Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- ✓ Plan de Seguridad y Privacidad de la Información
- ✓ Se definió la implementación de la estrategia del Arquitectura Empresarial de TI de acuerdo al MRAEIT (Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial IT) para el INC. Y se definieron sus fases de implementación para 2018 y 2019.
- ✓ Se contrató el oficial de seguridad de la Información y se definió la fase de planeación e implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información MSPI para el INC durante los periodos 2018, 2019 y 2020.
- ✓ Participación del INC en los retos de Máxima Velocidad del MINTIC.
- ✓ Arquitectura Empresarial IT MRAEIT
- ✓ Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información MSPI

7.3. PROYECTOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

7.3.1. Proyecto de Inteligencia de Negocios BI

Objetivo:

Implementación y puesta en funcionamiento del proyecto de inteligencia de negocios y analítica básica y avanzada, para 7 modelos, (Agendamiento, Diagnóstico, Tratamiento, Normativos, Producción, Facturación y Productividad).

Actualmente la institución cuenta con sistemas transaccionales, idóneos que le permiten gestionar las diferentes áreas y los servicios que prestan. Dicho proyecto se empezó a ejecutar el 15 de enero de 2018 y se tiene prevista su finalización el 31 de diciembre de 2018. Se están cerrando capacitaciones con usuario final.

Porcentaje de ejecución: 93%

Porcentaje de ejecución esperado: 100%

Desviaciones: 0%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 95 de 108	

7.3.2. Proyecto Actualización Modulo Costos SAP

Objetivo:

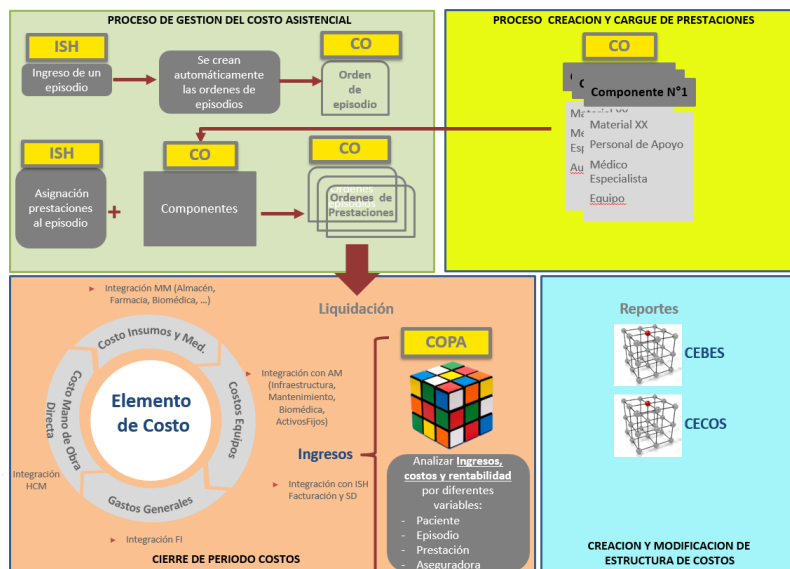
Realizar la implementación de mejoras del módulo de costos en SAP vinculado a todos los módulos con que cuenta en este momento el INC (FI, FM, MM, AM, PM, PS, HCM, ISH-MED, ISH-GP, ISH-PA).

Realizar la implementación de la gestión de costos, con enfoque ABC o estándar por área, unidad funcional, centro de costos, proceso, actividad y producto.

Mejorar y estandarizar la metodología de costeo, a través de información oportuna y confiable generada por el sistema de información institucional; dicho proyecto empezó el 20/12/2017 y terminó su fase de implementación y puesta en marcha el 30 de septiembre de 2018. Actualmente se encuentra en fase de garantía.

Ilustración 1 Modelo de costos del INC

MODELO DE COSTOS INC



En el primer semestre se realizó el diseño del modelo y los desarrollos requeridos para el software SAP del instituto y la integración con los módulos de FI, MM, AM, ISH, HCM, FM y PS. Durante el segundo semestre se hizo la salida en vivo del modelo para la mejora del módulo de CO e implementación de submódulo de COPA, y adicionalmente se ha realizado validación de los desarrollos del software y ajuste a los programas.

Porcentaje de ejecución: 89%

Porcentaje de ejecución esperado: 89%

Desviaciones: 0%

7.3.3. Proyecto SI Patología - LIMS LABWARE 7

Objetivo: Configurar e implementar un LIMS (Laboratory information management system), destinado a ser utilizado en laboratorios regulados de (patología quirúrgica (microscopía, macroscopía), citología, histología, histoquímica, inmunohistoquímica, citometría de flujo, morfología hematológica, genética, patología molecular, VPH, Morgue y archivo de muestras), que permita la automatización de los procesos y procedimientos que se realizan en el grupo de Patología oncológica del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 96 de 108	

El proceso general del área de patología consta de un conjunto de grandes procesos: Registro de Pacientes, Registro de Ordenes de Servicio, Registro y Recepción de Muestras, Distribución del Trabajo, Procesamiento y Almacenamiento de Muestras y Gestión de Resultados y Reporte Final.

Porcentaje de ejecución: 59%

Porcentaje de ejecución esperado: 95%

Desviaciones: 36%

7.4. SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

- ✓ Resolución aprobada y socializada de política de seguridad de la información

Política de seguridad de la información creada y socializada mediante resolución 0192 -23-03-2016 - POLÍTICA DE SEGURIDAD INFORMATICA INC-ESE V1 0-2015.

- ✓ Se realizó la contratación de Oficial de seguridad de la información a partir de julio 18 de 2018.
- ✓ Se culminó la etapa de Planeación de SGSI, dentro de la cual se establecieron y publicaron los Planes de Seguridad y privacidad de la información y Plan de riesgos de seguridad de la información, dichos planes están para su implementación en los periodos 2019 y 2020.

7.5. PLANES OPERATIVOS ANUALES

A continuación se presenta el cumplimiento de los Planes Operativos Anuales del año 2018 de los 14 procesos institucionales:

Tabla 49 Porcentaje de cumplimiento de los planes operativos anuales 2018

PROCESO		2018
GSI	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	80%
DYE	Diagnóstico y Estadificación	76%
UFT	Unidades Funciones de Tratamiento	54%
GAC	Gestión Apoyo Clínico	67%
DOC	Docencia	81%
INV	Investigación	82%
SPB	Salud Pública	96%
GTH	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	84%
GHA	Gestión Hotelera y Ambiental	86%
GAD	Gestión de Archivo y Documental	85%
GDG	Gestión del Gasto	94%
GCO	Gestión Contable	89%
GCI	Gestión Comercial y del Ingreso	93%
GTE	Gestión de la Tecnología	84%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO TOTAL		82%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 97 de 108	

7.6. COMUNICACIÓN EN MEDIOS

7.6.1. Vida y cáncer tv

Dedicado a informar y educar sobre el cáncer y sus diferentes patologías. También, un espacio de bienestar con notas de calidad de vida y solución de mitos sobre temas de salud. Así mismo, el espacio para presentar historias de vida de sobrevivientes de la enfermedad.

En su novena temporada se emitieron 24 programas entre los cuales se encuentran:

❖ Procedimiento de radioterapia	❖ Cuidados Paliativos
❖ informe gestión 2017	❖ Cáncer de Mama
❖ CPreD	❖ Páncreas-Gastroenterología
❖ Cáncer testicular	❖ Pulmón-SWOG
❖ Cáncer de colon	❖ Neurocirugía
❖ Asbesto	❖ Rendición de cuentas
❖ Importancia de la Actividad Física	❖ Procedimiento de radioterapia
❖ En la prevención del cáncer	❖ informe gestión 2017
❖ Avances tecnológicos para el tratamiento de cáncer de piel	❖ CPreD
❖ Cáncer de ovario	❖ Cáncer testicular
❖ Tabaco y cigarrillo	❖ Cáncer de colon
❖ Próstata	❖ Asbesto
❖ Melanoma	❖ Importancia de la Actividad Física
❖ Cáncer infantil	❖ En la prevención del cáncer
❖ Osteosarcoma	❖ Avances tecnológicos para el tratamiento de cáncer de piel
❖ Humanización	❖ Cáncer de ovario
❖ Linfoma y leucemia	❖ Tabaco y cigarrillo
❖ Tiroides	❖ Próstata
❖ Melanoma	❖ Cáncer infantil

Estos programas se pueden ver en el Canal de YouTube del Instituto (**INCANCEROLOGIA**) y sus emisiones son los domingos cada 15 días a partir de la 1:00 pm por en canal trece.

7.6.2. Vida y cáncer Radio

Es un espacio especializado para abordar la enfermedad, a través de un lenguaje cercano y con la posibilidad de interactuar con los oyentes, pacientes y médicos del INC. En el 2018 se emitieron 50 programas entre los que se encuentran:

❖ Historias de vida	❖ Exposición asbesto
❖ Entrevista Doctora Carolina Wiesner Ceballos	❖ El asbesto como un agente carcinógeno
❖ Fertilidad y cáncer	❖ Cáncer de cuello uterino
❖ Recomendación para la prevención y detección temprana del cáncer	❖ Cáncer de colon
❖ Curso de actualización en prevención del cáncer	❖ Cardiología Oncológica
❖ Inauguración CPreD	❖ Deporte y salud
❖ Cuidados del paciente pediátrico	❖ Donación de órganos
❖ Cáncer testicular	❖ Ensayos clínicos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 98 de 108			

❖ Cigarrillo electrónico	❖ CPreD Prestación de servicios
❖ Cáncer de Ovario	❖ Tejidos Blandos
❖ Abordajes Psicológico del grupo familiar	❖ Cáncer-embarazo
❖ Melanoma	❖ Cirugía reconstructiva seno y piel
❖ Tabaco	❖ Fundaciones
❖ Próstata	❖ Ortopedia
❖ Advertencia sanitaria para alimentos empaquetados y procesados	❖ Hematología
❖ Lavado de manos	❖ Cáncer pulmón
❖ Apoyo proyecto de ley	❖ Cáncer páncreas
❖ Tiroides	❖ Donación de sangre
❖ Hospital de generador de vida	❖ Tabaquismo
❖ Seguridad alimentaria	❖ Asbesto y cáncer ocupacional
❖ Seno y tejidos blandos	❖ Programa de soporte oncológico
❖ Especial de los niños	❖ Rendición de cuentas

Estos programas de radio se escuchan a través de la emisora de Radio RED de RCN radio 970 AM todos los miércoles de 12 M a 1 PM, y ser escuchados en el portal de Radio red. Programa Bogotá AMPM.

7.6.3. Canal interno de TV (Vida y cáncer)

Estrategia de comunicación puesta en marcha desde febrero de 2016. Con un total de 35 pantallas de TV ubicadas estratégicamente en los 4 edificios del INC y con más de 300 videos está dirigida a pacientes y familiares, su parrilla abarca seis horas de programación diarias con contenidos en un 50% institucionales (información del Instituto como señalización, acceso al INC, Unidades Funcionales, etc) y un 50% blancos o genéricos con información general como recetas, lugares del mundo, trivias, etc. Los clips realizados se pueden encontrar en vidaycancertv.cancer.gov.co y entre ellos tenemos: Qué dicen nuestros usuarios, derechos y deberes, unidades funcionales (radiofarmacia, banco de sangre, tórax, patología, gastroenterología), requisitos y mitos donación de sangre, Educación al paciente, fechas conmemorativas (día del niño, cáncer de seno, día mundial contra la hepatitis, tabaquismo, día de la enfermera, melanoma, cáncer de ovario, día de la secretaria, día mundial contra el cáncer), recomendaciones a pacientes y visitantes.

7.6.4. Canal interno de TV (IncFormaTV)

Ante la necesidad de seguir fomentando espacios comunicativos para nuestro funcionarios se vio la necesidad desde año 2017 crear el canal interno IncformaTV que cuenta con un total de 16 pantallas de TV ubicadas estratégicamente en los 4 edificios dirigidas netamente a funcionarios y colaboradores con el objetivo de reforzar

Temáticas como nuestras políticas misionales, institucionales, plataforma estratégica y contenidos que resaltan el quehacer institucional, sus funcionarios, sus instalaciones y sus áreas. La parrilla abarca seis horas de programación diarias con contenidos en un 50% institucional y en 50% blancos o genéricos con información general como recetas, lugares del mundo, trivias, etc. Los clips realizados se pueden encontrar en incformatv.cancer.gov.co

7.6.5. Actividades de Educación Continuada y Administrativa

Apoyo logístico en actividades de educación continuada, reuniones ejecutivas y actividades administrativas: contempla la concertación de objetivos, su producción, protocolo, ejecución y difusión.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 99 de 108	

Tabla 50 Eventos de educación continuada 2018

Eventos educación continuada		
Nombre	Fecha	Asistentes
Regional barranquilla	22 y 23 de febrero 2018	85
Oncología nuclear	15 y 16 de marzo 2018	206
IV jornada de cuidados paliativos	6 de abril de 2018	158
Encuentro de enfermería oncológica	18 de mayo 2018	158
Preparación y control de calidad de radiofármacos spect bajo un sistema de bper	7 al 11 de mayo 2018	83
Incidencia proyectada de cánceres prevenibles bajo variaciones hipotéticas en la prevalencia de sus factores de riesgo, Colombia, 2016-2050	9 de mayo de 2018	41
V jornada de cuidados paliativos pediátricos y favoreciendo el cuidado a través de la alimentación	25 de mayo de 2018	64
Detección temprana del cáncer y manejo de lesiones pre neoplásicas Riohacha guajira	21 y 22 de junio 2018	138
El cuidado espiritual en la atención del cáncer	23 al 25 de julio	190
Desafíos éticos del cuidado espiritual en la atención del cáncer del cuidado espiritual en la atención del cáncer	21 al 23 de agosto de 2018	213
Radiofármacos terapéuticos (i, lu, y) y aseguramiento de calidad.	29 al 31 de agosto de 2018	100
Una mirada desde el cuidado paliativo hacia la medicina integrativa	7 de septiembre de 2018	84
Rehabilitación oncológica en linfedema	28 de septiembre de 2018	268
Estatificación, tnm esencial y codificación para cáncer infantil y tumores urológicos	10 al 14 de septiembre de 2018	20 presenciales 149 virtuales
Preparación y control de calidad de radiofármacos pet en un sistema bper	17 al 19 de octubre de 2018	76
Validación de metodologías analíticas, software y procesos en radio farmacia hospitalaria	28 al 30 de noviembre de 2018	48
III simposio de soporte oncológico	1 de noviembre de 2018	118
II curso de entrenamiento en investigación clínica el control del cáncer en Colombia a través de ensayos clínicos	7 y 8 de noviembre de 2018	155
Manejo farmacológico en el cuidado paliativo pediátrico	7 de diciembre de 2018	48

7.6.6. Cubrimiento Fotográfico

Comunicaciones del INC presta de manera continua su apoyo para el registro fotográfico de los diferentes eventos y actividades a lo largo de los años, entre ellos reuniones salud pública, grados del INC, ruedas de prensa, feria de calidad, desayunos y almuerzos de días conmemorativos, cumpleaños del INC, día de los niños, semana cultural en el INC, entre otros.

7.7. COMUNICACIÓN SALUD PÚBLICA

7.7.1. Actividades Salud Pública e institucionales

Acompañamiento a las ponencias realizadas por el INC mediante el stand, entregando las publicaciones que realizan las diferentes áreas del Instituto. Orientando a los asistentes a estos eventos y acercándolos a toda la producción científica y de salud pública que se produce en el INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 100 de 108	

Tabla 51 Actividades de salud pública e institucional

Nombre del evento	Fecha	Lugar	Ciudad
Brigada CPreD en el Batallón del ejército	18/05/2018	Batallón brigada móvil	Bogotá
Brigada CPreD en la registraduría	20/09/2018	Universidad Javeriana	Bogotá
Meeting VPH	13 al 16/11/2018	NH Collection Bogotá Teleport Royal	Bogotá
Feria de la salud	3/06/2018	Corferias	Bogotá
Brigada CPreD día mundial de la actividad física	8/04/2018	Parque Simón Bolívar	Bogotá

7.7.2. Monitoreo diario de medios de comunicación

Análisis de las noticias que circulan en los medios de comunicación nacionales acerca de la temática del cáncer, estas, posteriormente se agrupan en grandes temas como factores de riesgo, noticias relacionadas con algunas EPS y los tratamientos o los estudios que salen publicados en revistas científicas. También el monitoreo que se realiza mediante el clipping que permite recoger todos los medios de comunicación del país, mediante el uso de tags o palabras clave, se realiza de manera diaria.

7.7.3. Creación y administración de la base de datos de salud pública así como envío de Mailyng institucional.

La base de datos que compone este servicio de Mailyng, comprende a diversos actores sociales, algunos con poder para la toma de decisiones, otros con un alto factor de influencia, a los que por medio del envío las publicaciones que realiza el INC puedan tomar estas decisiones basados en evidencia científica o con un respaldo teórico que permitan desarrollar planes regionales o nacionales, para el beneficio de la población general.

Luego de una depuración debido los cambios políticos presentados por las elecciones, actualmente la cuenta saludpublica.inc@cancer.gov.co cuenta con una base de datos de 1978 usuarios a las que se les envió la siguiente información.

APP Publinc con para descarga

Boletín Legislativo y político

Manual de detección temprana cáncer de próstata

Atlas de mortalidad por cáncer

7.7.4. Boletín de Vigilancia y análisis Medios de Comunicación



Las noticias emitidas por los medios de comunicación son importantes para la salud pública, pues cumplen un rol definitivo como difusores de información cuyos contenidos generan una influencia significativa en las personas. Esta influencia ocurre por la socialización de resultados de investigaciones en salud, por la promoción del autocuidado o de nuevas tecnologías para el tratamiento de enfermedades. Este tipo de información actúa como un agente que cambia el orden natural conocido y por lo tanto, induce a nuevas interpretaciones del orden social.

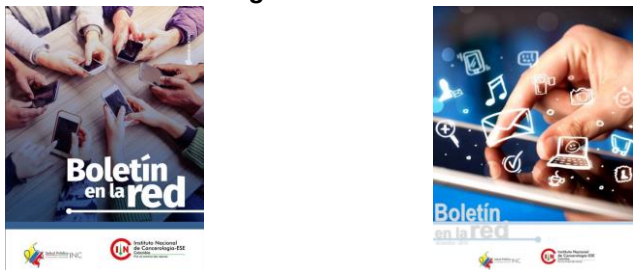
Por su fácil acceso, las noticias que emiten los medios de comunicación, son la forma en como la gente del común se mantiene informada, por ende, influye en la percepción de la sociedad sobre la prevención y el control de enfermedades, los factores de riesgo y el

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 101 de 108	

acceso a los servicios de salud. Es por eso que el Instituto Nacional de Cancerología en su misión por el control del cáncer, se preocupa por analizar cuáles son los contenidos relacionados con la enfermedad que los medios de comunicación están generando.

En el año 2018 se realizó solo un boletín. De Vigilancia y análisis.

7.7.5. Boletines de seguimiento a las Redes Sociales



7.7.6. Publicaciones políticas y movilización Social

Diseño editorial

-Siete (7) Boletines electrónicos legislativos y políticos con resumen mes a mes de los proyectos radicados ante el congreso y proyectos de ley del senado.



- Se realizó un boletín de medios de comunicación durante el año 2018
- Se diseñaron banners y mailing para su respectiva difusión masiva de las piezas requeridas.

7.7.7. Vigilancia Epidemiológica



Diseño editorial y arte finalización

- Anuario Estadístico 2015 y Atlas de Mortalidad
- Diseño de banner y mailing para su respectiva difusión masiva

Por otro lado, se realizó el boletín de Globocan y el Pedestal para el stand de Salud Pública.

7.8. COMUNICACIÓN INTERNA

7.8.1. Boletín virtual

En el 2018 se cumplió 8 años de implementar el boletín virtual el cual tiene por objetivo informar de los hechos que acontecen en nuestra institución y brindar herramientas para que los funcionarios conozcan de primera

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 102 de 108	

mano la información de la familia INC. En el 2018 tuvimos 11 ediciones, de manera mensual, con temas como la Inauguración del CPreD, Meeting VPH, Congreso de investigación clínica 2018 del Instituto Nacional de Cancerología y de SWOG Cáncer Research Network, USA, grados de la escuela y de nuestros profesionales, click en la vida de... entre otros temas que se trabajaron durante el año 2018.



7.8.2. Agenda académica

Facilita la comunicación directa con funcionarios y colaboradores a través del correo masivo en temas de educación continuada, PAE y eventos académicos clínicos, de investigación y administrativos.



7.8.3. Contacto con la dirección



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 103 de 108	

7.8.4. Dircom

Socialización de información desde la oficina de comunicaciones a funcionarios a través de correo interno.



7.8.5. Notas breves

Nota en la que se realizan aclaraciones cortas o se completa información que se ha dado a conocer anteriormente.



7.8.6. Talento Humano:

Se realizan piezas graficas de comunicación interna institucional para la socialización de los planes de bienestar, salud y seguridad en el trabajo, capacitación, deportes, servicios, bienestar e incentivos.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN		VIGENCIA:	05-06-2017
			Página 104 de 108	

7.8.7. Última hora:



7.8.8. Biblioinfo:

Piezas para difundir específicamente información de la Biblioteca o el auditorio INC.



7.8.9. Educación continuada:

Elaboración de poster, programa, aceptación de inscripción para eventos de educación continuada programados con docencia.



7.8.10. Donación de Sangre

Durante el 2018 cada semana en las redes sociales se publicó los lugares estipulados para Donación de Sangre.

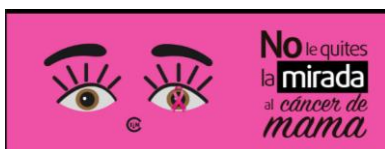
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 105 de 108			

7.8.11. Donación de Órganos

A partir del año 2018 se comenzó a implementar diferentes estrategias de comunicación brindando información frente a ¿cómo? y ¿Por qué? es importante la Donación de Órganos.



7.8.12. Campañas



7.8.13. Fechas Especiales

- 360 para el día internacional del niño con cáncer
- Día contral el cáncer de ovario
- Día enfermería
- Día de la mujer
- Héroes dorados Clown
- Linfoma
- Melanoma
- Tabaco

7.9. COMUNICACIÓN DIGITAL

Durante el año 2018 se actualizo el link de ley de transparencia en la página web, teniendo cumplimiento de un 100% durante todo el año.

7.9.1. Actualización Intranet

Desde la oficina de comunicaciones se realiza de manera continua la actualización de los usuarios así como publicar los manuales de las diferentes áreas, el boletín virtual de manera mensual y diferentes publicaciones que sean solicitadas por las áreas. Durante el 2018 se realizó un total de 385 actualizaciones.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
Página 106 de 108			

7.9.2. Contratación

Desde el año 2013 en la página web institucional se viene incorporando la publicación de los contratos que son realizados en el instituto. Para el año 2018 se realizó un total de publicaciones de contratos de 2.421

7.9.3. Redes sociales

Durante el año 2018 se validó como fue las interacciones en las redes sociales, donde se evidenció lo siguiente:



7.10. COMUNICACIÓN EN ACREDITACIÓN

Desde el mes de febrero de 2018 se realizó e implementó el plan de comunicaciones de acreditación, el cual busca socializar de manera práctica las necesidades con las que cuentan los 8 grupos de autoevaluación, que se encuentran conformados de la siguiente manera:

- Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS)
- Direccionamiento Estratégico
- Gerencia del Talento Humano
- Gerencia
- Ambiente Físico
- Gestión de la Tecnología
- Gerencia de la Información
- Mejoramiento de la calidad

Durante el año 2018 se realizó la socialización de piezas solicitadas por los diferentes grupos como Derechos y deberes, ejes de acreditación, políticas institucionales, misión y visión, Botoss, Protección de datos, Triage, activos fijos entre otras piezas que fueron solicitadas durante todo el año por los grupos de autoevaluación, además se manejó como pieza fundamental de socialización en tema de acreditación el Papel Tapiz.

Durante el año se manejaron las estrategias comunicativas de:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE GESTIÓN	VIGENCIA:	05-06-2017
		Página 107 de 108	

Banners en Vida y cáncer e INCformatv



Correos masivos



Publicación en redes sociales



Doctor Peluche



Videos institucionales y Flayers

Por otro lado también se realizó la Cartilla lo que indican los indicadores y las diferentes presentaciones de acreditación.

7.11. CONTROL DOCUMENTAL

- 83% de cumplimiento de los procesos abarca los siguientes aspectos: ruta del proceso, cambios documentales, alineación y gestión de indicadores, socialización y recolección de obsoletos.
- Alineación a los 455 indicadores por proceso de acuerdo a la misión, visión, principios, valores, ejes y líneas del PDI 2015-2018, objetivos de calidad, modelo de atención, eje de acreditación y tipo de riesgo.
- Implementación de desarrollo en la nueva navegación del Siapinc y su socialización al 72% del personal del INC.
- Estandarización de las rutas en los 14 procesos institucionales publicados en SIAPINC.

7.12. GESTIÓN DOCUMENTAL

7.12.1. Tablas de retención documental en archivos de gestión

Se logró el 78.5% de cumplimiento en la organización de archivos de Gestión, encontrando deficiencias en los inventarios documentales en los archivos de gestión de cada una de las áreas.

Se realizaron 25 auditorías de archivos de gestión de los grupos que tienen una mayor frecuencia de transferencias documentales y grupos que manejan un gran número de expedientes en sus archivos de gestión. En la Auditoría se aplicó lista de verificación y se realizaron los informes correspondientes con los hallazgos y oportunidades de mejora encontradas.

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

7.13. LOGROS

- ✓ Se logró costear el 60% de los productos del portafolio del INC, quedando faltando principalmente paquetes quirúrgicos que demandan un poco más de tiempo debido al extenso detalle.
- ✓ Adecuaciones de la HC historia SAP
- ✓ Facturación global y pgp- ishpa- contabilización y capacitación funcional
- ✓ Entrega de cambio en la contabilización de los episodios con factura global.
- ✓ Actualización del módulo de procesos y procedimientos.
- ✓ Se entregó la versión del control de cambio de control documental, planeación (indicadores)
- ✓ Entra en producción la nueva Navegación de SIAPINC.
- ✓ Adecuación de infraestructura tecnológica y conectividad de Centro de Prevención y Diagnóstico de Cáncer CEPRED
- ✓ Implementación solución carecloud Radio Farmacia
- ✓ Proyecto Campus Virtual INC
- ✓ CMS APP catalogo publicaciones salud publica inc
- ✓ Licenciamiento Lectura PET y Reconocimiento voz RIS-PAC Med Nuclear
- ✓ Implementación manejo datos personales
- ✓ Zonas de acceso WIFI gratis - Resolución 3436 2017
- ✓ Sistema control de accesos medicina nuclear
- ✓ Renovación lectores biométricos salas de cirugía
- ✓ Certificados de Seguridad SSL - Sistemas Información WEB
- ✓ Licenciamiento SAP ISH MED
- ✓ Integración hosting servicios WEB
- ✓ Implementación plan institucional de archivos – PINAR
- ✓ Aprobación Sistema Integrado de conservación – SIC
- ✓ Aprobación tabla de Control de Acceso – TCA
- ✓ Estrategia administración de archivos de gestión – OPEN FILE HISTORIAS LABORALES
- ✓ Foscros de trabajo en consultoría de Gestión Documental
- ✓ Modelo esperado gestión documento electrónico de archivo
- ✓ Seguimiento y mejoramiento a las Transferencias Documentales
- ✓ Digitalización de consentimientos informados y cargue en la historia clínica electrónica

7.14. RETOS

- Arquitectura empresarial
- Continuación de aplicación de criterios de Organización de los Archivos de Gestión.
- Continuación de brigadas para el uso del formato de Inventarios documentales FUID y priorizando acciones que permitan elaborar la totalidad de los inventarios de archivos de gestión en las dependencias.
- Promover el conocimiento de los procesos de Gestión Documental e instrumentos archivísticos, mediante curso virtual dirigidos a los funcionarios alineado y coordinado con el Plan de Capacitación del INC
- Desarrollar fase precontractual y contractual de la estrategia para generar de forma electrónica con validez jurídica y probatoria el consentimiento informado y de la misma forma otros documentos del INC que lo requieran
- Con el plan de transferencias se prevé evacuar un total de 110 metros lineales de archivo de 88 dependencias y aplicar la disposición final que corresponda.
- Días Conmemorativos
- Portal Infantil
- Fortalecimiento de la estrategia digital.