

RESOLUCIÓN NÚMERO **0117** DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

LA DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

En uso de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial las conferidas por la Ley 2291 de 2023 y,

CONSIDERANDO:

Que la ley 2291 del 2023 Que el Instituto Nacional de Cancerología, transforma su naturaleza jurídica de Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado en una entidad pública de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, denominado "Instituto Nacional de Cancerología", perteneciente al sector descentralizado de la rama ejecutiva del orden nacional, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social e Integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. , regulada en lo pertinente por las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y las demás normas aplicables a los prestadores de carácter público en general y, en particular, por los decretos 1876 de 1994 y 5017 de 2009.

Que de acuerdo con el numeral 3 del artículo 9 de la ley 2291 del 2023, se señala como funciones de la Dirección General *"Dirigir al Instituto en torno a su misión, visión y objetivos, aprobados por el Consejo Directivo y expedir los actos administrativos para el desarrollo de su objeto."*

Que el Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema de la Garantía de la Calidad en Salud en sus componentes de habilitación, auditoria, acreditación, sistemas de información e incentivos y la descripción de las características de este; los cuales establece referentes relacionados con el mejoramiento como un eje del sistema de calidad.

Que el Decreto 780 del 2016 por medio de la cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social en su artículo 2.5.1.2.2 compones del SOGCS tendrá como componentes el sistema único de habilitación, la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema Único de acreditación, el sistema de información para la calidad.

Que el Decreto No 903 de 2014 actualiza uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, como es el Sistema Único de Acreditación y se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en, la atención en salud.

Que el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, adoptado con la Resolución 5095 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, define los estándares y criterios para tener en cuenta en su cumplimiento y el nivel de calidad en la atención alcanzada en el ámbito institucional, incluido el mejoramiento.

Que la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud establece el eje de calidad como un elemento estratégico que se basa en los principios de la mejora continua y la atención centrada en el usuario, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población.

Que el Ministerio de Salud expidió la Política de Seguridad del Paciente y definió los lineamientos para su implementación el 8 de junio de 2011 y su propósito es prevenir la

RESOLUCIÓN NÚMERO 0113 DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

Que la Resolución 00732 del 2014 del Instituto Nacional de Cancerología ESE, adoptó el Sistema Integrado de Gestión del Instituto y la conformación del Comité de Apoyo a la Gestión; alineándose con el Decreto 2482 del 2012.

Que mediante la Resolución 984 del 2015 el Instituto Nacional de Cancerología ESE definió su Manual de Calidad Institucional.

Que el Instituto dispone del Mapa de Procesos actualizado, y uno de sus objetivos principales es la atención centrada en el paciente.

Que, revisada la Resolución 0486 del 28 de junio de 2016, se hace necesario introducir algunas acciones, actualizaciones modificaciones y precisiones, en relación con los lineamientos internos, para el mejoramiento de los procesos y actualizar el anexo de la metodología para la creación y funcionamiento de los equipos de mejoramiento, fijar los objetivos, funciones y composición de cada equipo.

Que, revisada la Resolución 0717 del 27 de septiembre de 2018 del Instituto Nacional de Cancerología, se hace necesario actualizar la conformación de los equipos primarios de mejoramiento, incluir las funciones de los equipos de autoevaluación, actualizar los integrantes de los diferentes equipos y modificar el nombre del equipo de mejoramiento por equipo de mejoramiento sistémico de acuerdo con la expedición de la Resolución 5095 de 2018.

Que, revisada la Resolución 0398 de 21 de agosto de 2020, del Instituto Nacional de Cancerología se hace necesario actualizar la metodología en la inclusión de los equipos de ejes y la conformación de los mismos en el esquema de mejoramiento institucional.

Que, revisada la Resolución 0113 del 23 de febrero del 2023 del Instituto Nacional de Cancerología se hace necesario actualizar los números de equipos primarios de mejoramiento, los objetivos de los equipos de ejes y la conformación de los grupos de autoevaluación.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

LINEAMIENTOS INTERNOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN EN SALUD.

ARTICULO PRIMERO: Actualizar los mecanismos, estrategias y lineamientos al interior del Instituto Nacional de Cancerología, con el propósito de la mejora continua en la prestación del servicio público de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los estándares de la Acreditación en Salud y de cara al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de los pacientes.

PARÁGRAFO 1.- La metodología para la creación, composición, objetivos, funciones y propósito de los equipos de mejoramiento de la calidad en los niveles de 1.-) Equipo Primario de Mejoramiento; 2.-) Equipos de Autoevaluación 3.-) Equipo de Ejes y 4.-) Equipo de Mejoramiento Sistémico, queda establecida en el documento "**METODOLOGIA EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**", que hace parte integral, de esta resolución como anexo.

RESOLUCIÓN NÚMERO **0117** DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

PARÁGRAFO 2.- COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN GENERAL: La Dirección General se compromete a que los pacientes oncológicos y sus familias, los estudiantes, los investigadores y la sociedad colombiana en general puedan contar con un nivel de excelencia en los servicios del Instituto

La Dirección General ha definido políticas misionales en la atención y cuidado al paciente incluido el enfoque de humanización, responsabilidad social, la docencia, la investigación y salud pública, con el apoyo de las políticas de fortalecimiento institucional como la de calidad y transparencia, talento humano, gestión de la tecnología y ambiental; que requieren ser implementadas, evaluadas y mejoradas.

El impacto esperado en el mejoramiento continuo son los resultados en los procesos de atención oncológica, centrados en el paciente oncológico y su familia, a través de la prestación de servicios humanizados, seguros, pertinentes y de alta calidad.

Adicionalmente la mejora debe ser sistémica y por ende fortalecer de manera integral la gestión institucional con la complementariedad de otros modelos de gestión, como el programa de seguridad y salud en el trabajo, el sistema de gestión del riesgo y la gestión ambiental.

PARÁGRAFO 3.- Es competencia de la Dirección General definir la estructura del enfoque de mejoramiento continuo de los procesos, para que permita transformar la cultura organizacional y el aprendizaje, en torno a la calidad y, sea estos sostenibles en el tiempo

ARTICULO SEGUNDO: OBJETIVO: Establecer la metodología para el funcionamiento de los equipos de mejoramiento en sus cuatro niveles: Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM), Equipos de Auto-Evaluación (EAE), Equipos de Ejes y Equipo de Mejoramiento Sistémico (EMS), con el fin de mantener una visión integradora, coordinada y sistémica del Instituto, cuyo hilo conductor es la plataforma estratégica y los procesos institucionales, y establecer mecanismos, recursos, procedimientos y orientaciones para desplegar la mejora institucional, en el Marco del Sistema Integrado de Gestión y alineado con los estándares de mejoramiento de la acreditación en salud.

ARTICULO TERCERO: ESTRUCTURA DE LA MEJORA INSTITUCIONAL: El Instituto en su estructura de mejora cuenta con cuatro niveles denominadas: 1) Equipos Primarios de Mejoramiento, 2) Equipos de Autoevaluación, 3) Equipos de ejes y 4) Equipo de Mejoramiento Sistémico; los cuales están alineados a la estructura funcional del Instituto y su mapa de procesos.

Los cuatro niveles y los equipos de ejes deben mantener una conexión entre sí y una visión integradora, coordinada y sistémica del Instituto, cuyo hilo conductor es la plataforma estratégica y los procesos institucionales.

A continuación, se describen en cada nivel de mejora sus objetivos, funciones y composición así:

PRIMER NIVEL: EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO

Objetivo:

Conocer, implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones (u oportunidades de mejoramiento), que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación y de las demás fuentes de

RESOLUCIÓN NÚMERO 0117 DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

mejoramiento del Instituto Nacional de Cancerología, aplicables a las áreas o servicios que representan, de acuerdo con la metodología establecida por el ente acreditador.

Conformación:

se conformarán los equipos primarios de mejoramiento de cada subdirección a nivel de grupo área.

1. Primer grado: Coordinador de grupo área con su equipo de trabajo
2. Segundo grado: Líderes de grupo área, con su subdirector.

Funciones:

1. Los Equipos Primarios de Mejoramiento de primer grado utilizarán como herramienta de gestión el SIAPINC o el que se llegue a adoptar, para la revisión de los procesos, indicadores, POA, mapa de riesgos y acciones de mejoramiento.
2. Apropiar por parte de los miembros de su equipo, la mejora continua, el desempeño del proceso a través del análisis de sus indicadores, la productividad de su grupo de trabajo y el estado de sus acciones de mejora.
3. Identificar estrategias para apoyar la gestión del equipo de autoevaluación del grupo de estándares que le aplique.
4. Los equipos primarios facultan la creatividad e innovación y se enfocan en resultados de mejora a partir del aprendizaje.
5. Responder por el mejoramiento, implementación, despliegue y divulgación de los estándares de acreditación en cada uno de sus grupos o unidades funcionales.
6. Establecer mecanismos de comunicación efectiva.
7. Cada grupo acordará la forma de establecer las discusiones y la toma de decisiones, el mecanismo para documentar mediante actas y la asignación el cumplimiento de tareas.

Los EPM, contarán con el apoyo de un profesional de organización y métodos, un gestor de calidad y pueden incluir integrantes de apoyo administrativo, representantes de los aliados operadores o expertos externos, si se requiere.

Periodicidad:

Los Equipos Primarios de Mejoramiento de primer grado deben reunirse por lo menos una vez al mes la evidencia de las reuniones se dejará registrada en actas institucionales de seguimiento.

Para el segundo grado la periodicidad de las reuniones será programada de acuerdo con cronograma anual o semestral entregado por la respectiva subdirección, es potestad de las subdirecciones determinar la frecuencia de las reuniones que como mínimo debe ser una trimestral. Se dejará como evidencia acta de seguimiento, remitiendo copia a Asesoría de Calidad.

RESOLUCIÓN NÚMERO **0117** DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

Evaluación:

La Asesoría de Calidad, realizará el seguimiento del cumplimiento de los EPM llevados con la respectiva subdirección verificando lo siguiente en el acta institucional:

- Participación en el EPM de los servicios tercerizados y el seguimiento de estos a través de Indicadores
- Presentación del seguimiento a los controles de los riesgos de su proceso y si han materializado su respectivo plan de mejora.
- Análisis de indicadores con desviaciones y definición de intervención.
- Las acciones de mejora generadas en las reuniones.
- Cumplimiento del cronograma de reuniones definidas para los EPM.
- Actas de seguimiento en SIAPINC.

SEGUNDO NIVEL: EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Objetivo:

Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances en mejoramiento de cada grupo de estándares de acreditación, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

El equipo de autoevaluación responderá por la implementación del grupo específico de estándares de acreditación, se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promueve el trabajo en equipo y establece mecanismos de comunicación efectiva y es el responsable de calificar cualitativa y cuantitativamente cada uno de los estándares del grupo de estándares que corresponde.

Alcance:

Para el Instituto le aplican los siguientes grupos de estándares:

1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, ámbito ambulatorio y ámbito hospitalario
2. Grupo de estándares de direccionamiento
3. Grupo de estándares de gerencia
4. Grupo de estándares de gerencia del talento humano
5. Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
6. Grupo de estándares de gestión de tecnología
7. Grupo de estándares de gerencia de la información
8. Grupo de estándares de mejoramiento.

Funciones:

1. Apoyar el desarrollo de la gestión del mejoramiento institucional
2. Facilitar y apoyar la gestión de los Equipos Primarios de Mejoramiento
3. Realizar la autoevaluación del cumplimiento de estándares tanto cualitativa como cuantitativamente y su correspondiente priorización.
4. Formular el plan de mejora mediante un análisis interdisciplinario e identificando las potenciales barreras para su implementación.

RESOLUCIÓN NÚMERO **0117** DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

5. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
6. Reportar resultados de la gestión al equipo de Mejoramiento Sistémico, dejando como evidencia la presentación (en plantilla institucional) y toma de decisiones en acta institucional.
7. Gestionar y organizar los aspectos logísticos como lugar de reuniones, frecuencia, agendas y tiempos en los que estas se deben llevar a cabo.
8. Cada grupo debe tener en cuenta el manejo del tiempo para la conducción de las reuniones y el cumplimiento de los objetivos de equipo.
9. Promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente y reportar los resultados de la gestión al equipo de mejoramiento sistémico.

Periodicidad:

La frecuencia de la reunión será trimestral.

Conformación:

Cuentan con un líder, un funcionario con roles de secretario, los servidores públicos y los colaboradores del instituto que en su conformación podrá ser mixta con integrantes de las áreas misionales y apoyo administrativo, incluyendo los líderes de aliados operadores o proveedores. Cada uno de los grupos de estándar contiene un propósito el cual se describen en el Anexo 1.

TERCER NIVEL: EQUIPOS DE EJES

Objetivo:

Velar por la implementación, desarrollo y apropiación del eje correspondiente a nivel Institucional.

Funciones:

- Revisión, actualización de políticas relacionadas al desarrollo del eje.
- Plantear estrategias para el desarrollo e implementación del eje.
- Realizar monitoreo al desarrollo y evolución del eje.
- Identificar nuevas OM relacionadas al eje y plantear acciones de mejora.

Periodicidad:

La frecuencia de reuniones será semestral.

Conformación:

1. Humanización de la atención en salud
2. Gestión del Riesgo
3. Gestión clínica excelente y segura
4. Gestión de la Tecnología
5. Responsabilidad social

RESOLUCIÓN NÚMERO 0117 DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

6. Transformación cultural

La definición de cada eje y su objetivo se encuentra en el Anexo 1.

CUARTO NIVEL: EQUIPO DE MEJORAMIENTO SISTÉMICO

Objetivo:

Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional alineado con el direccionamiento estratégico desde las diferentes fuentes de mejora, monitoreando los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento, respondiendo por los resultados del plan de mejoramiento institucional.

Funciones:

1. Evaluar la gestión de mejoramiento Institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités y equipos primarios de mejoramiento entre otras).
2. Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad, para la toma de decisiones.
3. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento Institucional.
4. Realizar seguimiento a la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
5. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento Institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
6. Identificar y gestionar recursos para fortalecer los grupos en los niveles de mejoramiento (equipos primarios, equipos de autoevaluación y equipo de mejoramiento)
7. Promover la cultura del mejoramiento continuo.
8. Promover la referenciación con otras organizaciones con el fin de apoyar a la misionalidad mediante implementación de las mejores prácticas realizadas en los servicios del INC con las prácticas de otras instituciones nacional e internacional.
9. Definir las acciones en el marco de un plan de mejora que le sean pertinentes

Conformación:

El Equipo de Mejoramiento Sistémico estará conformado por:

1. El Director General.
2. El Subdirector General de Atención Médica y Docencia.
3. El Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.
4. El Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera.
5. El Asesor de Calidad.
6. El Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.
7. El Jefe de la Oficina de Control Interno.
8. El Asesor Jurídico
9. El Jefe Asesor De Control Interno Disciplinario.
10. Los líderes de los Equipos de Autoevaluación.

Periodicidad:

RESOLUCIÓN NÚMERO _____ DE 2025

"Por medio de la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los procesos institucionales, de acuerdo con los criterios de la acreditación en salud, y se deroga la Resolución 0113 del 23 de febrero de 2023 del Instituto Nacional de Cancerología"

La frecuencia de las reuniones será cada cuatro meses.

PARÁGRAFO 1.- Se tendrá en cuenta el manual de acreditación versión 3.1 vigente, o el que se modifique con posterioridad a la expedición de la presente resolución.

PARÁGRAFO 2.- El SIAPINC se constituye la herramienta para registro, consulta y seguimiento de la gestión de la mejora.

ARTICULO CUARTO QUÓRUM: mínimo sesionará válidamente con la asistencia, física o virtual de la mitad más uno de sus integrantes.

PARÁGRAFO. - SESIONES NO PRESENCIALES: Podrá efectuarse sesiones no presenciales de alguno, algunos o todos los miembros, mediante la utilización de cualquier medio idóneo autorizado, que permita deliberar y decidir por comunicación simultánea, sucesiva e inmediata.

ARTÍCULO QUINTO DECISIONES: Serán validadas las decisiones de los equipos de los cuatro niveles con voto favorable de la mitad más uno de los asistentes, física o virtualmente

ARTÍCULO SEXTO SEGUIMIENTO: El Instituto dispondrá desde el Comité Directivo criterios de seguimiento y evaluación, mediante el análisis de indicadores en la gestión del mejoramiento, con el apoyo, del informe generado por la Oficina de Control Interno para las acciones de mejora identificadas.

ARTÍCULO SEPTIMO: INFORMACIÓN: El Instituto dispondrá del SIAPINC como el sistema de información de gestión de la mejora, el cual deberá contar con las garantías de seguridad y acceso que lo ameritan. Adicionalmente se constituye en la fuente para comunicar los avances del mejoramiento continuo.

ARTÍCULO OCTAVO: Comunicar mediante comunicación interna en Sistema de Información SIAPINC a todos los coordinadores de grupo, Coordinadores grupo área y subdirectores.

ARTICULO NOVENO: VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias, especialmente la Resolución No. 0113 de 23 de febrero de 2023.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., el 18 FEB 2025

CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General

Elaboro: Narda Eliana Viasus – Profesional Universitario- Of. Calidad

Revisó: Edgar Augusto Salguero Peña- Asesor- Of. Calidad.

Rubia Elicelly Cardenas Bayona - Asesora E. - Dirección-AJ