



MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN ACREDITACIÓN

PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Como se puede observar en la gráfica siguiente, para un mismo estándar pueden identificarse más de una oportunidad de mejora



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA
15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Fortalecer las guías clínicas con clasificación de evidencia y realizarlas de manera interdisciplinarias
15.1 Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.	Estandarizar la forma de realización de las auditorías de adherencia a guías y el flujo de comunicación de los resultados
15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.	Realizar sistemáticamente evaluación del conocimiento de las guías así como de adherencia y cerrar el ciclo con la firma de planes de mejoramiento individual junto con el líder del proceso

No.	ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	Riesgo Costo Volumen Total			
			Riesgo	Costo	Volumen	Total
1	15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Fortalecer las guías clínicas con clasificación de evidencia y realizarlas de manera interdisciplinarias	4	4	5	80
2	15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Estandarizar la forma de realización de las auditorías de adherencia a guías y el flujo de comunicación de los resultados	5	5	5	125
3	15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Realizar sistemáticamente evaluación del conocimiento de las guías así como de adherencia y cerrar el ciclo con la firma de planes de mejoramiento individual junto con el líder del proceso	5	5	5	125



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Como se observa, NO se prioriza el estándar completo, sino que se prioriza cada oportunidad de mejora del estándar. A continuación pueden observar un listado de oportunidades de mejora priorizadas para un grupo de estándar de Direccionamiento:

No.	ESTANDAR/ ESPERADA	CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				Riesgo	Costo	Volumen	Total
1	205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.		Analizar la información proveniente de la lectura del entorno y documentar las decisiones tomadas a partir de la información	5	5	5	125
7	204. (1) Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.		Documentar y socializar un proceso para garantizar la revisión sistemática del Direccionamiento estratégico con intervención de los órganos directivos del Hospital incluyendo la participación de la Junta Directiva	5	5	4	100
10	204. (1) Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.		Medir la adherencia al proceso de revisión sistemática del Direccionamiento estratégico del Hospital.	5	4	4	80



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

No.	ESTANDAR/ ESPERADA	CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				Riesgo	Costo	Volumen	Total
11	205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.		Documentar y socializar un proceso para el análisis estratégico tanto interno como externo del Hospital que facilite la orientación del direccionamiento estratégico empresarial	5	4	4	80
26	205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.		Involucrar a las partes interesadas: proveedores, empresas contratantes en la escucha de sus necesidades y expectativas.	3	3	3	27
14	206. (3) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.		Explicitar y socializar un procedimiento de revisión periódica y sistemática de la plataforma estratégica e incluir la lectura del entorno,	4	4	4	64
15	206. (3) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.		Evaluar y medir la consistencia de la misión, visión y valores empresariales con relación al análisis del entorno interno y externo	4	4	4	64
2	207. (4) Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.		Establecer un procedimiento explícito para realizar la planeación en el Hospital, difundirlo y crearle mecanismos de evaluación y seguimiento a la adherencia a dicho procedimiento.	5	5	5	125



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

No.	ESTANDAR/ ESPERADA	CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				Riesgo	Costo	Volumen	Total
8	208. (5) Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.		Realizar un proceso sistemático y periódico para la adifusión de los planes de acción empresarial tanto administrativos como asistenciales y para el seguimiento al cumplimiento identificando las brechas entre lo observado y lo esperado.	5	5	4	100
9	208. (5) Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.		Analizar los resultados y adoptar formalmente acciones de mejora para el cierre de las brechas identificadas de brechas y toma de acciones de mejora que involucre toda la organización.	5	5	4	100
12	209. (6) Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.		Evaluar sistemáticamente el cumplimiento de los planes de acción mediante la definición de indicadores corporativos que constituyan un tablero de mando integral que permita a la alta gerencia la toma de decisiones	5	4	4	80
16	209. (6) Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.		Documentar y socializar para los planes de acción las metas establecidas, los recursos asignados y la forma de ejecución, seguimiento y evaluación	4	4	4	64



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

No.	ESTANDAR/ ESPERADA	CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				Riesgo	Costo	Volumen	Total
17	210. (7) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:		Implementar un proceso de análisis de datos que se aplique de forma periódica y sistemática en el hospital, que permita un seguimiento y unos resultados que evidencien la gestión integral en salud.	4	4	4	64
18	210. (7) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:		Lograr la transversalidad de la calidad en todos los servicios del Hospital y aumentar la cobertura del cumplimiento de los indicadores de calidad en los servicios misionales.	4	4	4	64
13	211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.		Documentar y socializar un proceso para estandarizar la forma de orientar a los colaboradores nuevos y antiguos en el Direccionamiento estratégico de la Empresa	5	4	4	80
19	211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.		Medir la adherencia al procedimiento de orientación de los colaboradores en el direccionamiento estratégico del Hospital	4	4	4	64
20	211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.		Establecer la exposición de rendición de cuentas semestralmente con los líderes de proceso	4	4	4	64
24	212. (9) Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.		Explicitar y socializar un documento que indique la participación de los líderes de unidades funcionales en el asesoramiento a la Junta Directiva	3	3	5	45



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

No.	ESTANDAR/ ESPERADA	CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				Riesgo	Costo	Volumen	Total
25	212. (9) Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.		Realizar medición sistemática de la adherencia al proceso de asesoramiento a la Junta Directiva dle Hospital	3	3	5	45
21	213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.		Realizar un plan de capacitación anual para los miembros de la junta directiva, identificando los temas a desarrollar.	4	4	4	64
22	213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.		Medir el cumplimiento de los planes de capacitación a la Junta Directiva	4	4	4	64
23	213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.		Medir el impacto de las capacitaciones a los miembros de la Junta Directiva en la gestión desarrollada con esa investidura	4	4	4	64

Las filas sombreadas con rojo resultaron ser las oportunidades de mejoramiento priorizadas y son esas oportunidades de mejora **únicamente** las que se llevan al formato del plan de mejoramiento.

Las oportunidades de mejoramiento que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las de mayor criticidad.

Cuántas oportunidades se deben priorizar? Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 70 puntos. Sin embargo éste número no se debe tomar como el número mágico. Es simplemente una guía. La directriz es escoger las más altas calificaciones, no sólo las que obtuvieron 125 puntos.

Otra guía que podemos dar es que para grupos de estándares de más de 50 estándares, se podrían escoger las primeras 20 oportunidades de mejora con más altas calificaciones, para grupos de estándares de más de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 12 oportunidades de mejora con más altas calificaciones y para grupos de estándares de menos de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 8 oportunidades de mejora con más altas calificaciones.



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Sin embargo siempre debe primar el sentido común y la criticidad evaluada.

PLANES DE MEJORAMIENTO

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad (que son los cuatro últimos estándares de cada grupo de estándares), se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares, esto es, la IPS debe tener planes de mejoramiento separados y de acuerdo a los que les aplique, para:

- Estándar de Direccionamiento
- Estándar de Gerencia
- Estándares Hospitalarios
- Estándares Ambulatorios
- Estándares de Laboratorio Clínico
- Estándares de Imagenología
- Estándares de Habilitación y Rehabilitación
- Estándares de Gerencia del Ambiente Físico
- Estándares de Gerencia de la Información
- Estándares de Gerencia del Recurso Humano
- Estándares de Gestión de la tecnología
- Estándares de IPS Integradas en Red

Para cada grupo de estándares se realiza un formato de plan de mejoramiento para sus oportunidades de mejoramiento priorizadas (es decir, una hoja de Excel para cada grupo de estándares).

El anexo No. 1 es el formato de plan de mejoramiento propuesto por el Ministerio de la Protección Social que se diligencia así:



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

HOSPITAL XXXX		FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO							
		GRUPO DE ESTÁNDARES							
		LÍDER DEL GRUPO							
ESTÁNDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
		Riesgo	Costo	Volumen	Total				
4	5	6				7	8	9	10
						1			
						1			
						1			
						1			
						1			
						1			
		TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO				11	5		

1. Escriba el nombre de la IPS
2. Escriba el Grupo de estándares de Acreditación al cual corresponde el Plan de mejoramiento
3. Escriba el nombre del líder del estándar de Acreditación
4. Transcriba el estándar del acreditación que corresponde a la oportunidad de mejora priorizada
5. Transcriba la oportunidad de mejora que ha sido priorizada
6. Transcriba la calificación de la priorización por riesgo, costo y volumen
7. Defina las acciones de mejoramiento con las cuales pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora. Recuerde que una acción de mejora es una tarea puntual, muy operativa que indique el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora. Ejemplo: Para la oportunidad de mejora Actualizar las guías de manejo asistencial, las acciones de mejoramiento serían: Selección



***Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y
Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad***

del equipo asistencial que actualizará las guías de manejo; Ubicación de lugar con Internet y bases de datos bibliográficas disponibles para ser consultadas; elaboración de cronograma para actualización de guías; socialización de guías a los profesionales en comité técnico, etc.

- 8 Las barreras de mejoramiento son los factores organizacionales que debo tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. No son las excusas que me expliquen el no cumplimiento de los planes de mejoramiento, son factores que debo prever y controlar para que mi plan sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.
- 9 Para cada acción de mejora (ojo, no es para cada oportunidad de mejora) se debe identificar el proceso del mapa de procesos de la IPS que es el responsable de que la acción se cumpla.
- 10 Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo y nombre propio la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora.
- 11 En la medida en que se describen las acciones de mejora ésta casilla va contando automáticamente (sólo si están utilizando el formato formulado del Ministerio) la cantidad de acciones del plan



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

PLANES DE MEJORAMIENTO CON ENFASIS EN ACREDITACIÓN

Plan de mejoramiento del mes de _____ de _____ de _____

Fecha de elaboración: _____

PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	MES 1				MES 2				MES N				RECURSOS ADICIONALES \$	SEGUIMIENTO 1: Fecha XXXX		SEGUIMIENTO 2: Fecha XXXX	
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Responsable del seguimiento	Estado	Estado	
10					15								16	18	No iniciado	19	Atrasado
															No iniciado		
															Completo		Completo
																	Completo

- 12 Se debe identificar el lapso de meses entre los cuales se va a ejecutar el Plan de Mejoramiento.
- 13 Se debe identificar la fecha de elaboración del plan de mejoramiento
- 14 Escriba el nombre del mes en el que inicia la ejecución del plan
- 15 Sombree las semanas que durará la ejecución de **cada** acción de mejora (no combine varias acciones de mejora). Inserte las columnas que requiera
- 16 Escriba el valor monetario estimado en el cual debe incurrir la entidad para realizar la acción de mejoramiento con recursos adicionales a los que ya tenía planeado.
- 17 Se deben registrar únicamente los casos excepcionales en los cuales se requiera presupuesto adicional al ya aprobado
- 18 Todos los planes de mejoramiento deben tener seguimiento desde el autocontrol (por ejemplo el líder del estándar) así como de calidad o de control interno.
- 19 Escriba el nombre de la persona que realizará el seguimiento. El seguimiento puede ser mensual así inserte las columnas que requiera.
- 20 Para definir el estado de cada acción de mejoramiento basta con picar en la fila y se abre un desplegable con cuatro condiciones a saber

ATRASADO	NO INICIADO	COMPLETO	ES DESARROLLO
----------	-------------	----------	---------------



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

				INDICADORES DE CUMPLIMIENTO		
				NUMERO ACTIVIDADES		
		COMPLETO	1	2		
		EN DESARROLLO	0	0		
		ATRASADO	1	0		
		NO INICIADO	2			
20		APROBACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO				21
		LÍDER DEL GRUPO DE ESTANDARES _____				
				% CUMPLIMIENTO		
		COMPLETO	20%	40%		
		EN DESARROLLO	0%	0%		
		ATRASADO	20%	0%		
		NO INICIADO	40%	0%		
		GERENTE _____				
CALIDAD A MEJORAR	INDICADORES DEL MEJORAMIENTO	Medición inicial	Medición esperada	Seguimiento 1	Seguimiento 2	
22	23	24		25		

20 Cada plan de mejoramiento debe estar firmado por el líder del estándar y el Gerente de la IPS

21 Automáticamente (sólo si utiliza el formato enviado por el Ministerio de la Protección Social) se irán diligenciando las casillas de número de actividades por estado y porcentaje de las mismas por estado

22 Escoja del siguiente listado los atributos de calidad que **en conjunto** su plan de mejora impactará positivamente: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia y eficiencia

Escoja los indicadores institucionales que **en conjunto** su plan de mejora impactará positivamente. No defina indicador para cada acción de mejoramiento. Se pretende trabajar con indicadores de impacto, tres o cuatro, que se mejorarán con el cumplimiento del plan en su conjunto. Seguramente la IPS ya tiene definidos indicadores de impacto corporativos o por procesos. De ellos escoja aquellos que tendrán más impacto positivo con la ejecución de su plan de mejora. No se trata de medir acción de mejora por acción de mejora sino de medir el impacto o efectividad de su plan de mejora. Descarte los indicadores de cumplimiento y rétese con indicadores de impacto. **Es importante que utilicen los indicadores de la Resolución 1446 de 2.006 ya que ellos son medidores de impacto de la gestión con calidad. (De otro lado, es clave que revisen el**



Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

cumplimiento que ustedes han venido teniendo en el reporte de esos indicadores en las fechas previstas)

24

En la casilla de medición inicial, registre la medición del indicador al inicio de la ejecución del plan y en la casilla de medición esperada registre cuál es la meta institucional (la de la ficha técnica del indicador)

25

En los diferentes seguimientos y de acuerdo a la periodicidad definida registre la medición del indicador. Ejemplos de indicadores de impacto:

Porcentaje de satisfacción del usuario

Tasa de infección intrahospitalaria

Porcentaje de Adherencia a guías clínicas

No. De incidentes y Eventos Adversos reportados

Reingreso por la misma patología

% del cumplimiento de habilidades y competencias del recurso humano

PLANES DE MEJORAMIENTO TRANSVERSALES

Existen unos temas que son transversales a varios grupos de estándares y que bien podrían generar planes de mejoramiento únicos y transversales.

Los temas transversales son:

1. Deberes y Derechos: Abarca los estándares 1 y 2 del grupo de hospitalarios y de Habilitación y Rehabilitación; 1 a 7 de los grupos de estándares de Ambulatorios, Laboratorio Clínico e Imagenología
2. Seguridad de Pacientes: Abarca los siguientes estándares: 7 de Direccionamiento, 3 y 6 de Gerencia, 3 de Gerencia del Recurso Humano, 2, 3 y 4 de Ambiente físico, 2 y 11 de tecnología, 8, 9, 11, 15 y 17 de Hospitalarios, 27, 30, 35, 38, 40, 41, 42, 43, 51 y 66 de Ambulatorios, 29 y 32 de Laboratorio clínico, 33, 36 y 45 de Imagenología, entre otros
3. Gestión de comentarios de los usuarios: Abarca los estándares relacionados con la escucha de la voz del cliente en lo relacionado con felicitaciones, quejas, reclamos y sugerencias
4. Planes de Mejoramiento: Abarca los 4 últimos estándares de cada grupo de estándares

Para los temas transversales anteriores se pueden realizar planes de mejoramiento institucionales que sean trabajados y conocidos por los equipos de autoevaluación.