

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

## MANUAL

### MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

CA-MCC-MA-01 V13





**Tabla de Contenido**

1. OBJETIVO:.....	4
2. ALCANCE:.....	4
3. JUSTIFICACION: .....	4
4. A QUIEN VA DIRIGIDO:.....	4
5. DEFINICIONES: .....	4
6. NORMATIVIDAD APLICABLE: .....	8
7. RESPONSABLES: .....	10
7.1. REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL DOCUMENTO: .....	10
7.1.1. Revisión:.....	10
7.1.2. Actualización:.....	10
7.1.3. Socialización del documento:.....	10
7.2. MONITOREO DE PUNTOS DE CONTROL Y RIESGOS EN LA APLICACIÓN DEL DOCUMENTO	11
8. CONTENIDO DEL MANUAL:.....	11
8.1. PASO 1 - PLANEACIÓN DEL MEJORAMIENTO .....	12
8.1.1. Definición de los objetivos del mejoramiento .....	12
8.1.2. Planeación de las fuentes de mejoramiento .....	12
8.1.2.1. Planeación de la evaluación del mejoramiento .....	14
8.1.2.2. Planeación de los responsables del mejoramiento con competencias .....	15
8.1.3. Tipos y funciones de los equipos de mejoramiento .....	16
8.1.3.1. Periodicidad de las reuniones .....	19
8.1.4. Otras disposiciones generales para equipos de mejoramiento .....	19
8.1.5. Planeación de la comunicación de los resultados del mejoramiento.....	20
8.1.6. Planeación de la estandarización del aprendizaje y mantenimiento de la mejora Institucional	20
8.2. PASO 2 - IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA OPERATIVA DEL MEJORAMIENTO.....	21
8.2.1. Mantenimiento de oportunidades de mejora .....	29
8.2.2. Ruta operativa para planes de mejora producto de la autoevaluación de estándares del SUA	30
8.3. PASO 3 – EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO .....	32
8.4. PASO 4 – COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	33
8.5. PASO 5 - APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL Y BUENAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS (MANTENIMIENTO DE LA MEJORA) .....	34
9. BIBLIOGRAFIA.....	35
10. CONTROL DE CAMBIOS: .....	37



### Tablas

Tabla 1. Fuentes de mejoramiento institucional.....	12
Tabla 2. Periodicidad de reunión de los equipos de mejoramiento .....	19
Tabla 3. Escala de colores ejecución acciones de mejora en Almera .....	27
Tabla 4. Rangos para la priorización de oportunidades de mejoramiento.....	31
Tabla 5. Matriz de comunicación para el resultado del mejoramiento .....	33

### Ilustraciones

Ilustración 1.Descripción del modelo de mejoramiento institucional - Ciclo de mejoramiento	11
Ilustración 2.Descripción de las líneas de defensa para seguimiento de los planes de mejora	14
Ilustración 3. Mapa de Procesos Institucional	16
Ilustración 4. Equipos para la mejora institucional	18
Ilustración 5. Ruta operativa para planes de mejora generales	21
Ilustración 6.Pasos de analisis bajo los 5 Por Qué	22
Ilustración 7.Flujo basico de planes de mejora en Almera	26
Ilustración 8. Descripción de la ruta operativa producto de la autoevaluación de los estándares del SUA	30



### 1. OBJETIVO:

Optimizar el desempeño institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. enfocándose en alcanzar resultados efectivos, fomentar una cultura de calidad, promover el aprendizaje organizacional y mantener estándares superiores de calidad a largo plazo. Esto se logrará mediante la implementación de estrategias y buenas prácticas alineadas con las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

### 2. ALCANCE:

Aplica a todos los procesos y subprocesos institucionales y los programas, proyectos y planes que se desarrollen en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

### 3. JUSTIFICACION:

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur debe consolidar un modelo de mejoramiento institucional efectivo, que le permita optimizar los recursos, aumentar la calidad de los servicios y productos que desarrolla, y en general mejorar continuamente el desempeño institucional.

Para ello, acoge los requisitos definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, en particular en el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad <sup>(1)</sup> y el Sistema Único de Acreditación en Salud – SUA <sup>(2)</sup>, así como lo definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG <sup>(3)</sup>, en los cuales se entiende el mejoramiento continuo institucional como una filosofía “integral” que se vale de múltiples herramientas y fuentes de mejoramiento continuo, y responde tanto a requisitos normativos como a la filosofía de mejoramiento institucional, en el marco de estándares superiores de calidad, cuyo énfasis es la prestación de servicios de salud seguros, integrales, humanizados basados en una gestión pública transparente y acordes a las necesidades de los usuarios y sus grupos de valor.

Este documento proporciona parámetros para asegurar la calidad en el contexto del mejoramiento, entendido como la constante búsqueda de niveles superiores de calidad y con un enfoque de visión sistémica institucional.

### 4. A QUIEN VA DIRIGIDO:

El presente manual aplica a todos los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a los procesos, subprocesos, productos, servicios, proyectos, planes o programas que esta desarrolle, acorde a los sistemas de gestión nacionales o internacionales.

### 5. DEFINICIONES:

**ACCIÓN CORRECTIVA:** acción para eliminar la causa de una situación de incumplimiento detectada y evitar que vuelva a repetirse

**ACCIÓN DE MEJORA:** acciones permanentes, realizadas con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos o estándares y así optimizar el desempeño institucional.

**ACCIÓN PREVENTIVA:** acciones tomadas por parte de la organización dirigidas a evitar un problema o falla que se ha identificado como posibilidad de que surja o se presente.

**ALMERA:** sistema de Gestión Integral, constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de las instituciones.

**APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:** capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos. El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento



que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo. <sup>(2)</sup>.

**AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. <sup>(1)</sup>

**AUTOEVALUACION:** es una revisión completa y sistemática de las actividades y resultados de la organización en relación con su sistema de gestión de la calidad o modelo de excelencia <sup>(20)</sup>.

**BARRERA DE MEJORAMIENTO:** factores o aspectos que impiden lograr el mejoramiento de los procesos, programas, planes y demás acciones que desarrolla la institución. Las barreras se pueden definir por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan de mejoramiento planteado". <sup>(7)</sup>.

**BUENAS PRACTICAS:** son actuaciones, metodologías y/o herramientas puestas en marcha en un ámbito específico, que han demostrado su capacidad para introducir transformaciones con resultados positivos. Las buenas prácticas se caracterizan por ser: sencillas y simples, pertinentes y adecuadas, fácilmente replicables, dar respuesta a una situación que se quiere mejorar, contar con resultados medibles, orientar a la mejora de la eficiencia o efectividad, mantenidas y sostenibles en el tiempo con efectos duraderos. <sup>(27)</sup>.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuario". <sup>(1)</sup>.

**CAUSA:** se refiere a los factores, circunstancias o condiciones que dan origen a un riesgo o un hallazgo. El término "causa" se homologa con otros términos usados en algunos modelos y herramientas de gestión como: fallas (AMFE), fallas latentes, fallas activas y factores contributivos (seguridad del paciente), y problemas clínicos o demoras (vigilancia en salud pública).

#### CICLO PHVA:

Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

- **Planificar:** se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.
- **Hacer:** implementación de las medidas planificadas.
- **Verificar:** revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.
- **Actuar:** realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores. <sup>(17)</sup>.

**CIERRE DE CICLO:** es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento. <sup>(2)</sup>

**CORRECCIÓN O ACCIÓN DE MEJORA INMEDIATA:** es una acción inmediata que elimine a corto plazo una situación de incumplimiento que se ha detectado.

**EFFECTIVIDAD:** medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles <sup>(19)</sup>.

**EFICACIA:** grado de cumplimiento con el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados <sup>(19)</sup>.



**EFICIENCIA:** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados <sup>(19)</sup>.

**EQUIPO DE MEJORAMIENTO SISTÉMICO:** equipo conformado para responder sistémicamente por el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad MCC a nivel institucional, cuenta con una conformación que incluye los líderes de calidad de la institución, la alta gerencia y los líderes de los diferentes equipos de autoevaluación. Este equipo se enfoca en el mejoramiento continuo de la calidad integrando de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización y los procesos de calidad en los procesos institucionales y propende por que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.

**EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN:** equipo conformado para responder por la implementación de un grupo específico de estándares de acreditación. Se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promover el trabajo en equipo y establecer mecanismos de comunicación efectiva.

**EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO:** equipos conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad comparando la realidad de los procesos, con estándares, guías, protocolos y buenas prácticas; implementa y monitoriza el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación correspondiente o de las demás fuentes de mejoramiento con que cuente la organización aplicables a las áreas o servicios que representan. Los equipos primarios facultan la creatividad e innovación y se enfocan en resultados de mejora a partir del aprendizaje.

**EQUIPOS DE SEDES:** equipos conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad por sede, implementar estrategias enfocadas en mejorar una problemática específica, aportando al cumplimiento de los objetivos institucionales.

**FUENTE DE MEJORAMIENTO:** fuentes de información de acciones desarrolladas por la Subred o por entes externos a la misma, que generan hallazgos u oportunidades de mejora, las cuales pueden dar origen a planes de mejoramiento

**GRADUALIDAD:** uno de los principios de acreditación relacionado con el nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud <sup>(21)</sup>.

**GOBIERNO CLÍNICO:** hace referencia a la gestión clínica bajo la responsabilidad de los equipos y las organizaciones con el fin de enlazar los diferentes aspectos de la calidad: efectividad clínica, reducción de errores, gestión del riesgo, práctica basada en la evidencia, auditoría de los parámetros que definen la calidad y retroalimentación, formación continuada de los profesionales y participación del paciente. <sup>(2)</sup>

**HALLAZGO:** situación relevante y determinante que evidencia que en las características observadas en un proceso, producto, servicio, proyecto, plan o programa (calidad observada) no hay conformidad, teniendo en cuenta los requisitos previamente definidos por la institución, los legales o las necesidades y expectativas de las diferentes partes interesadas acogidas por la Subred (calidad esperada). Los hallazgos surgen de cualquiera de las fuentes de mejoramiento descritas en este manual y demuestran que hay una brecha entre la calidad observada y la esperada.

**HOMOLOGACIÓN DE OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA:** pasos mediante el cual se evalúa si ante un hallazgo u oportunidad de mejora se deben formular nuevas oportunidades y/o acciones de mejora. El procedimiento se basa en el análisis de las causas del hallazgo, su sistematicidad y la revisión en los planes de mejora vigentes, de la existencia de oportunidades y acciones que están en curso, y buscan eliminar las causas identificadas.

**INTEGRALIDAD:** uno de los principios de acreditación que especifica que la acreditación sólo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación <sup>(21)</sup>.



**LÍNEAS DE DEFENSA:** Modelo de control propuesto por el MIPG <sup>(3)</sup>, que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control en una entidad pública en Colombia, para asegurar la gestión y prevenir la materialización de los riesgos en todos los ámbitos.

**MANEJO DE INFORMACIÓN.** uno de los principios de acreditación que especifica que la información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación <sup>(21)</sup>.

**MEJORA CONTINUA:** actividad recurrente para mejorar el desempeño <sup>(18)</sup>, siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades <sup>(19)</sup>.

**MIPG – MODELO INTEGRAL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:** es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1083 de 2015. <sup>(3)</sup>

**MODELO DE MEJORAMIENTO:** Es un conjunto de orientaciones que permiten establecer las pautas de calidad, el manejo de la gestión integral y las directrices para la mejora institucional destinadas a mejorar los procesos.

**OBSERVACIONES:** Se trata de situaciones o circunstancias que, sin suponer incumplimiento, puede ocasionarlo en algún momento.

**OPORTUNIDAD DE MEJORA:** una oportunidad de mejora es un hallazgo que se detecta en el proceso de autoevaluación, auditorías, visitas de seguimiento, o por variaciones en los indicadores o diferentes fuentes de análisis. Las oportunidades de mejora permiten identificar desviaciones entre la calidad esperada y la observada, y tomar medidas para solucionarlas.

**PLAN DE MEJORAMIENTO:** conjunto de acciones encaminadas para eliminar las causas reales o potenciales que generan los hallazgos reportados por las diferentes fuentes. Igualmente, los planes de mejoramiento registran las actividades a través de las cuales se busca implementar una oportunidad de mejora <sup>(14)</sup>. Los planes de mejoramiento pueden ser: a) estratégicos, cuando buscan impactar directamente los objetivos institucionales, y b) operativos, cuando se orientan a dar respuesta a situaciones que afectan el desarrollo cotidiano de las actividades misionales o de apoyo.

**PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA:** la metodología donde se utilizan variables numéricas para calificar la oportunidad de mejora, con el fin, de determinar aquellas de mayor criticidad y abordarlas a través de un plan de mejoramiento.

**REFERENCIACIÓN COMPARATIVA:** estrategia de gestión del conocimiento que tiene por objeto aportar información útil para la gestión de las instituciones, identificar áreas de mejora, aumentar el grado de conocimiento sobre los resultados y conocer experiencias exitosas que puedan ser adaptadas y adoptadas a la realidad de cada institución, permitiendo acelerar el proceso de mejoramiento. Forma parte integral del proceso de acreditación, debe contar con un plan específico y puede ser externa e interna. <sup>(2)</sup>

**REFERENCIACIÓN COMPARATIVA INTERNA (BENCHMARKING INTERNO):** comparación y aplicación de buenas prácticas entre procesos internos o unidades de la Subred. <sup>(16)</sup>

**REFERENCIACIÓN COMPARATIVA EXTERNA:** comparación y aplicación de buenas prácticas exitosas y reconocidas entre dos o más instituciones con procesos y/o servicios iguales. <sup>(16)</sup>

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (SOGCS):** es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país <sup>(1)</sup>.



**SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD:** es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso <sup>(1)</sup>.

**SISTEMÁTICO:** se refiere a la aplicación de un conjunto de pasos y procedimientos claramente definidos para llevar a cabo una tarea o proceso de manera ordenada y estructurada para controlar las entradas, salidas y actividades organizacionales de manera óptima <sup>(24)</sup>.

**SISTÉMICO:** el enfoque sistémico propone la visión global de los sistemas, no como entes individuales, sino como un todo, dado que la suma de sus componentes y las interacciones que tienen entre ellos genera un resultado superior al de los componentes de manera individual. <sup>(23)</sup>. Poder observar la entidad como un todo interrelacionado.

## 6. NORMATIVIDAD APLICABLE:

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Constitución Política	1991	Artículos 209 y 269	Congreso de la República de Colombia
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones – Artículos 227 y 232.	Congreso de la República de Colombia
Ley 715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y	Congreso de la República de Colombia
Ley 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Congreso de la República de Colombia
Ley 1751	2015	Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Congreso de la República de Colombia
Ley 2333	2023	Establecer mecanismos para otorgar la certificación de hospitales universitarios a las instituciones prestadoras de servicios de salud por medio de un proceso de acreditación cumplido en plazos específicos, buscando así garantizar la formación en servicios de salud con criterios de calidad.	Congreso de la República de Colombia
Decreto 2376	2010	Por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) Ministerio de Educación Nacional (MEN)
Decreto 943	2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI (compilado en el Decreto 1083 de 2015)	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 903	2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 1083	2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Departamento Administrativo de la Función Pública



NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Decreto 1072	2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo– capítulo 6 - 2.2.4.6 - Artículo 2.2.4.6.4 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Ministerio del Trabajo
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Parte 5 capítulo 1 - Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 1499	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015	Departamento Administrativo de la Función Pública
Decreto 221	2023	Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital, se deroga el Decreto Distrital 807 de 2019 y se dictan otras disposiciones.	Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
Acuerdo 00273	2021	Por el cual se adopta el modelo de evaluación de la calidad para los escenarios de practica formativa en la relación docencia servicio de los programas de educación superior del área de la salud	Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud
Resolución 8430	1993	Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.	Ministerio de Salud
Resolución 2378	2008	Por medio de la cual se adoptaron oficialmente y con carácter obligatorio las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos en Colombia.	Ministerio de la Protección Social
Resolución 4410	2009	Por la cual se define los requisitos para la fabricación, control de calidad, almacenamiento y distribución de gases medicinales, incluyendo el aire medicinal producido in situ.	Ministerio de la Protección Social
Resolución 3409	2012	Por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud como "Hospital universitario"	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 2082	2014	Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 429	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 5095	2018	Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 3100	2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 544	2023	Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)



NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
		relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud	
Resolución 465	2025	Por la cual se modifican los artículos 4,5, 7, 19 Y 20 de la Resolución 3100 de 2019 modificada por la Resolución 544 de 2023"	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución Reglamentaria 019	2025	Reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento presentado por los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal. Adopta un nuevo procedimiento interno para la evaluación de estos planes	Contraloría de Bogotá D.C
Circular 012	2016	Modificaciones al reporte de información ante la Superintendencia de Salud, incluye reporte al PAMEC	Superintendencia Nacional de Salud
Norma Técnica Colombiana - NTC 6626	2022	Prevención y eliminación de cualquier tipo de forma de discriminación Requisitos y Directrices	Ministerio del Interior - ICONTEC

## 7. RESPONSABLES:

El modelo de mejoramiento será desarrollado por los equipos de mejoramiento y demás dependencias mencionadas en las líneas de defensa descritas en el numeral 8.4.1 del presente manual, como también por todos los procesos de la Subred Sur, y en general por todos los colaboradores y demás partes interesadas, pues tratándose de la mejora institucional, todos juegan un papel primordial en el logro de los propósitos del modelo de mejoramiento.

### 7.1. REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL DOCUMENTO:

#### 7.1.1.Revisión:

Serán los responsables de la revisión del documento según necesidad del proceso, cambios en la normatividad, cambios en la operación o al menos una vez cada cuatro (4) años posterior a su publicación (De acuerdo con lineamiento institucional):

- Equipo de mejoramiento sistémico institucional
- Jefe de oficina Asesora de Calidad
- Referente de mejoramiento institucional
- Referente de Acreditación

#### 7.1.2.Actualización:

Serán los responsables de la actualización del documento según necesidad del proceso, cambios en la normatividad, cambios en la operación o al menos una vez cada cuatro (4) años posterior a su publicación (De acuerdo con lineamiento institucional):

- Referente de Mejoramiento institucional
- Referente de Acreditación

#### 7.1.3.Socialización del documento:

- Referente de Mejoramiento institucional
- Referente de Acreditación



## 7.2. MONITOREO DE PUNTOS DE CONTROL Y RIESGOS EN LA APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

- Equipo de mejoramiento sistémico institucional
- Jefe de oficina Asesora de Calidad
- Referente de mejoramiento institucional
- Referente de Acreditación

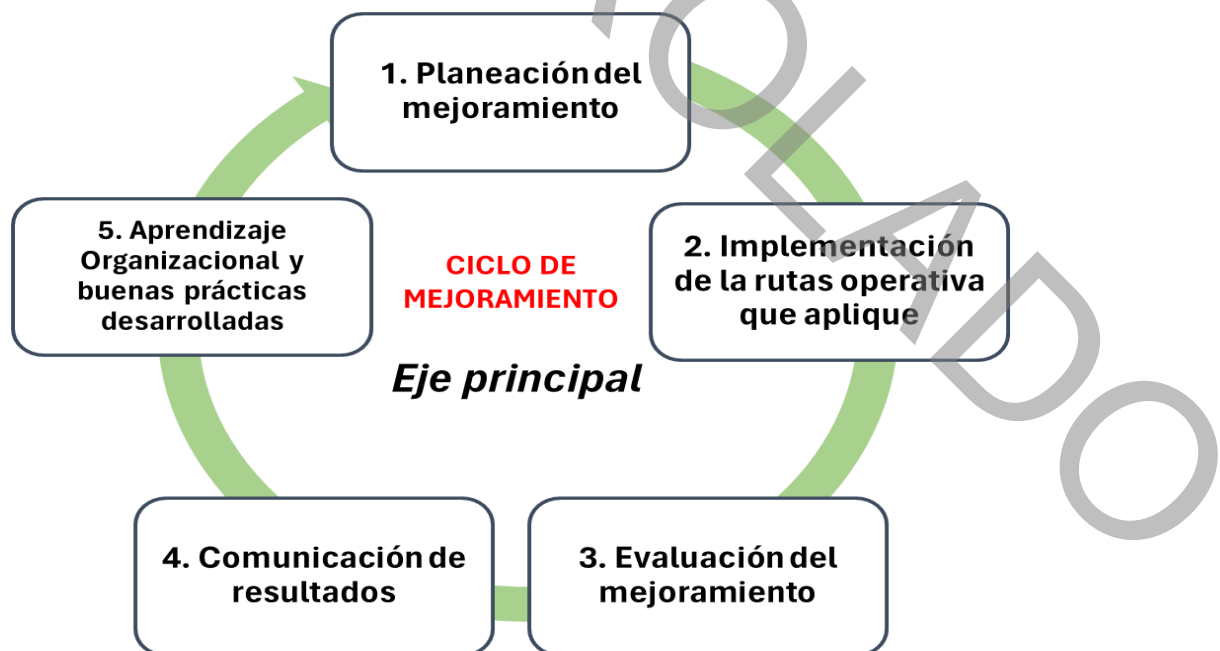
## 8. CONTENIDO DEL MANUAL:

En este sentido, el Modelo de Mejoramiento Continuo de la Subred fue diseñado como una herramienta para que la gestión agregue valor, es decir, sea más eficiente, transparente, eficaz y ayude en la toma de decisiones basadas en hechos y datos, permitiendo mejorar el desempeño institucional y su capacidad para el logro de los resultados, la transformación en cultura de calidad, el aprendizaje organizacional y aseguramiento en el tiempo de los estándares superiores, a través de estrategias y buenas prácticas desarrolladas acorde con los requisitos y expectativas de sus grupos de valor.

En este manual se encuentra la descripción del modelo, sus componentes, la gestión integral del mismo, los responsables y las directrices institucionales trazadas para el mejoramiento continuo de la institución; está compuesto por el ciclo de mejoramiento como eje principal, siendo un conjunto de orientaciones que permiten establecer las pautas de calidad, el manejo de la gestión integral y las directrices para la mejora institucional, el cual está conformado por los estándares de mejoramiento continuo del manual de acreditación ambulatorio y hospitalario versión 3.1 <sup>(2)</sup> del estándar 156 al 160.

Este ciclo de mejoramiento se complementa con dos rutas operativas la cual señala los pasos específicos que se ejecutan para realizar los planes de mejoramiento desde su origen hasta su cierre.

A continuación, se visualiza el ciclo de mejoramiento y se define cada uno de sus pasos en numerales separados:



*Ilustración 1. Descripción del modelo de mejoramiento institucional - Ciclo de mejoramiento*



## 8.1. PASO 1 - PLANEACIÓN DEL MEJORAMIENTO

### 8.1.1. Definición de los objetivos del mejoramiento

La planeación del mejoramiento continuo de la calidad debe estar orientada hacia los resultados, según lo establece el primer estándar de mejoramiento (estándar 156. código: MCC1) del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1 <sup>(2)</sup>; es por ello que cada cuatro años la Subred Sur establece cuáles son aquellos objetivos a alcanzar en su Plan Estratégico Institucional soportándose en la ley orgánica (Ley 152 de 1994 – artículo 29) del plan de desarrollo, expresándose en planes de acción anuales, los cuales se constituyen en la base para la evaluación de resultados. El propósito de esto es orientar a todos los miembros de la organización sobre el énfasis que deben tener las acciones de mejoramiento en ese periodo de tiempo. Es importante establecer metas específicas y medibles que guíen el proceso de mejora, siendo necesario considerar, los objetivos del proceso y objetivos institucionales.

### 8.1.2. Planeación de las fuentes de mejoramiento

Las fuentes de mejoramiento, requieren ser planificadas, esto es, establecer los parámetros bajo los cuales se ejecutará cada una, el rol de las líneas de defensa y la manera como servirán de insumo para el mejoramiento institucional con el fin de buscar simplificar procedimientos para aumentar la eficiencia y efectividad.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cuenta con las siguientes fuentes de mejoramiento.

- **Internas:** se refiere a las fuentes que tienen que ver con el quehacer institucional y que al ser evaluadas internamente cuentan con resultados positivos o logros, pero también, en ocasiones con resultados negativos dando origen a oportunidades de mejora gestionadas a través de planes de mejoramiento institucional
- **Externas:** son todas aquellas evaluaciones producto de las revisiones de entes externos ya sean de control, de revisión y cumplimiento contractual, de visitas para acreditación y certificación de productos o servicios y de la revisoría fiscal.

En todo caso, las fuentes de mejoramiento internas o externas con oportunidades de mejora o hallazgos son gestionadas a través de la ruta operativa correspondiente que se menciona en el paso 2 del ciclo de mejoramiento institucional y que se encuentra disgregada en el numeral 8.4.2 de este manual.

En la siguiente tabla se definen las fuentes de mejoramiento internas y externas y los responsables del seguimiento de los planes de mejora desde la segunda línea de defensa:

*Tabla 1. Fuentes de mejoramiento institucional*

Tipo de fuente de mejoramiento	Nombre de la fuente	Responsable seguimiento segunda línea de defensa en planes de mejora
Interna	Evaluación del mejoramiento logrado en cada ciclo de mejoramiento.	Calidad subproceso Acreditación - PAMEC y Mejora Continua
Interna	Evaluación implementación modelo MIPG.	Calidad subproceso de Mejora Continua



Tipo de fuente de mejoramiento	Nombre de la fuente	Responsable seguimiento segunda línea de defensa en planes de mejora
Interna	Autoevaluación del SUA.	Calidad subproceso PAMEC
Interna	Evaluación resultada de los riesgos institucionales.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna	Evaluación de riesgos de: SST, ambientales, financieros, de corrupción, SARLAFT, jurídicos, si no están incluidos en los riesgos institucionales.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna	Resultados de indicadores estratégicos de la institución.	Desarrollo Institucional – Planeación estratégica
Interna	Análisis de eventos o sucesos adversos e incidentes de los programas de: seguridad del paciente, prevención de infecciones, farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, y biovigilancia.	Calidad subproceso Seguridad del Paciente
Interna	Rondas de seguridad.	Calidad subproceso Seguridad del Paciente
Interna	Análisis de accidentes e incidentes laborales.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna	Análisis de PQRS y satisfacción del usuario.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna	Auditorías Internas en Buenas Prácticas de Manufactura - BPM y de Buenas Prácticas Clínicas – BPC.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna	Resultados del análisis de los comités institucionales.	Desarrollo Institucional
Interna	Autoevaluación de los estándares de escenarios de practica formativa.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna	Auditoria de Control Interno.	Calidad subproceso de Mejora Continua Control Interno (Tercera línea de defensa)
Interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Auditoria - PAMEC</li> <li>• Registros clínicos de medicina, enfermería y odontología</li> <li>• Consentimiento informado</li> <li>• Adherencia a Guías de Práctica Clínica</li> <li>• Auditoria de proceso</li> </ul>	Calidad subproceso PAMEC
Externas	Auditorías de la Revisoría Fiscal.	Calidad subproceso de Mejora Continua
Externas	Auditoria de ente acreditador (ICONTEC) o certificador (Invima, Ministerio del Interior, Fenalco solidario), entre otros.	Calidad subproceso de acreditación y Mejora Continua



Tipo de fuente de mejoramiento	Nombre de la fuente	Responsable seguimiento segunda línea de defensa en planes de mejora
Externas	Auditorías de Entes Territoriales, Veeduría ciudadana y Entidades de control (Contraloría, Personería, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaria Distrital de Salud, Fondo Nacional de Estupefacientes, entre otros).	Calidad Línea de Mejora Continua Desarrollo institucional (Contraloría) Control Interno (Tercera línea de defensa)
Externas	Auditorías de las entidades responsables del pago de servicios de salud (EAPB).	Calidad subproceso PAMEC
Externas	Auditoría Comisión intersectorial del Talento humano en Salud (Hospital Universitario).	Calidad subproceso de Mejora Continua
Interna Externa	Ejercicios de referenciación comparativa.	Calidad Acreditación – Referenciación comparativa

### 8.1.2.1. Planeación de la evaluación del mejoramiento

La evaluación y seguimiento de los planes de mejoramiento institucionales está concebida bajo tres líneas de defensa, las cuales participan de forma coordinada con un enfoque sistémico y sistemático que permite gestionar en tiempo real los planes de mejoramiento producto de las diferentes fuentes establecidas por la institución.

Las líneas de defensa Institucionales facilitan la asignación de roles específicos que permitan subsanar las brechas en la cobertura de los seguimientos y definir y coordinar responsabilidades claras, de tal forma, que cada grupo de profesionales entienda cómo encaja su rol en la estructura general del control de la entidad. Las líneas de defensa de seguimiento a planes de mejora se visualizan en el siguiente gráfico:



**Ilustración 2.** Descripción de las líneas de defensa para seguimiento de los planes de mejora

La definición del rol de cada línea de defensa se describe de la siguiente manera:



- **Primera línea:** desarrolla e implementa procesos de autocontrol para la identificación, análisis, valoración, implementación y monitoreo de acciones de mejora que contribuyen con el mejoramiento de la calidad y gestión de los riesgos. Esta línea es desarrollada por el personal que hace parte de cada proceso junto a sus líderes. Para el caso de los estándares del Sistema Único de Acreditación este autocontrol es llevado a cabo por los equipos primarios, los equipos de autoevaluación, y el equipo de mejoramiento sistémico institucional.
- **Segunda línea:** asegura que los controles y los procesos de gestión implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende. Esta línea trabaja a través de procesos de auditoría interna y está representada fundamentalmente por la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Desarrollo Institucional.
- **Tercera línea:** es responsable de evaluar la efectividad del sistema de gestión integral de la entidad, a través de un enfoque basado en riesgos, evalúa la eficacia de la primera y segunda línea de defensa. Está en cabeza de la Oficina de Control Interno, quien se encarga de verificar que los planes de mejoramiento se formulen, ejecuten, verifiquen y ajusten acorde con lo dispuesto en este manual y demás documentos complementarios,

La evaluación del mejoramiento hace referencia al proceso que permite responder si las acciones de mejora ejecutadas han sido efectivas, es decir, muestran que el esfuerzo institucional frente a la calidad tiene impacto en la mejora de los procesos y en la atención de los usuarios.

#### 8.1.2.2. Planeación de los responsables del mejoramiento con competencias

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. parte de la definición de una estructura de procesos y equipos de mejoramiento establecidos para la gestión del mejoramiento institucional.

Frente a la definición de procesos, el mapa de procesos institucional está constituido por 4 macroprocesos los cuales acogen un número de procesos tal como se describe a continuación:

- Macroproceso Estratégico: 7 procesos
- Macroproceso Misional: 5 procesos
- Macroproceso de apoyo: 6 procesos
- Macroproceso de evaluación: 2

En la siguiente figura se hace visible la organización de los procesos:



*Ilustración 3. Mapa de Procesos Institucional*

Frente a los equipos de mejoramiento se tiene establecido fomentar la participación activa de todos los colaboradores y procesos involucrados con el problema o necesidad de mejorar y con los cambios a desarrollar. Todos los equipos de mejoramiento cuentan con un líder y un secretario, se caracterizan por su conformación interdisciplinaria, el trabajo en equipo y el desarrollo de mecanismos de comunicación efectiva. Los equipos deben realizar reuniones periódicas para revisar su trabajo y registrar los avances logrados.

### 8.1.3. Tipos y funciones de los equipos de mejoramiento

Los tipos de equipos contemplados en la Subred son los siguientes:

- **EQUIPO DE MEJORAMIENTO SISTÉMICO INSTITUCIONAL:** su conformación incluye el comité directivo, los líderes de los equipos de autoevaluación, delegados de los subprocesos de acreditación, PAMEC y mejoramiento. Este equipo cuenta con el objetivo de planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional integrando los diferentes procesos de la organización. Entre otras funciones como:



- Responder de manera integral por el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad a nivel institucional.
- Es responsable de la calificación cualitativa y cuantitativa de este grupo de estándares.
- Apoyar la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.).
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento institucional.
- Responder por los resultados del plan de mejoramiento institucional y su divulgación a la institución.
- Reportar los resultados de la gestión a la Alta Dirección.
- **EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN:** Equipos conformados multidisciplinariamente acorde a las necesidades de cada uno de los 8 grupos de estándares, conformados para responder por la implementación de los estándares de un grupo específico acorde al Manual de acreditación 3.1, dentro de sus funciones se encuentran:
  - Responder por la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondientes.
  - Gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances de la implementación de los estandartes correspondientes al equipo.
  - Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación correspondiente.
  - Reportar los resultados de la gestión al equipo de mejoramiento sistémico.
  - Realizar seguimiento a indicadores institucionales definidos que reflejen la mejora institucional y el impacto de las acciones desarrolladas por los equipos.
- **EQUIPOS PRIMARIOS:** Equipos conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad comparando la realidad de los procesos, con estándares, guías, protocolos y buenas prácticas en áreas o servicios específicos. Sus funciones son:
  - Responder por la implementación, despliegue y divulgación de los resultados de la implementación de los estándares en cada una de las áreas y servicios.
  - Definir las acciones a implementar para la mejora institucional basado en la creatividad e innovación y enfocados en resultados.
  - Implementar el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento asignadas al equipo, de los planes de autoevaluación o ente acreditador.
  - Reportar los resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación de cliente asistencial (ambulatorio y/o Hospitalario) correspondiente.
  - Realizar seguimiento a indicadores institucionales definidos que reflejen la mejora institucional y el impacto de las acciones desarrolladas por los equipos.
- **EQUIPOS DE SEDES:** equipos conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad por sede, implementar estrategias enfocadas en mejorar una problemática específica, aportando al cumplimiento de los objetivos institucionales. Sus funciones son:



- Evaluar la implementación de los programas institucionales asociados a las vigilancias de seguridad del paciente aplicables a cada sede
- Presentar y analizar la información los indicadores de la sede y generar estrategias de mejora de acuerdo a desviaciones.
- Presentar y analizar los riesgos por sede y definir estrategias para su prevención y gestión.
- Presentar y analizar los resultados de la implementación de los ejes de acreditación.

A continuación, se muestra la estructura de los 26 equipos institucionales que aportan a la mejora institucional con enfoque de acreditación:

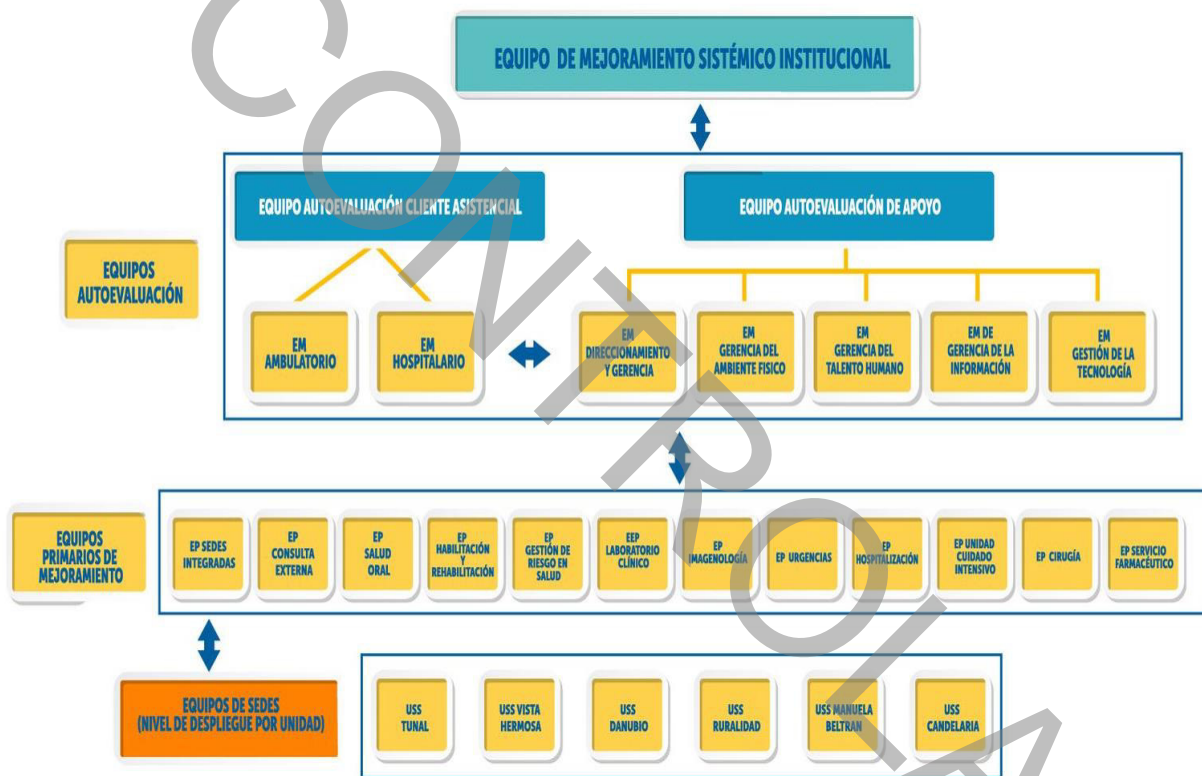


Ilustración 4. Equipos para la mejora institucional



### 8.1.3.1. Periodicidad de las reuniones

Tabla 2. Periodicidad de reunión de los equipos de mejoramiento

Equipo de mejoramiento sistémico	Cada tres meses (trimestral)
<ul style="list-style-type: none"><li>Equipo autoevaluación cliente asistencial (Ambulatorio y Hospitalario)</li><li>Equipo direccionamiento y gerencia</li><li>Equipos primarios de Unidad de cuidados intensivos y Cirugía</li></ul>	Cada dos meses (bimestral)
Equipos de autoevaluación apoyo (gerencia del ambiente físico, gerencia de la información, gestión de la tecnología, gerencia del talento humano)	Mensual
Equipos primarios	Mensual

### 8.1.4. Otras disposiciones generales para equipos de mejoramiento

- Participantes:** Cada equipo cuenta con un líder, un secretario e integrantes multidisciplinarios que aportan al cumplimiento de los estándares aplicables al equipo, además puede realizar invitación a participar en una o varias reuniones a miembros de la institución o sus terceros que se requieran para el logro del objetivo del equipo.
  - **Líder:** Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo del equipo y de las oportunidades de mejoramiento definidas en el proceso de autoevaluación o por parte del ente acreditador que fueron asignadas al equipo que lidera.
  - **Secretario:** Realiza apoyo a las actividades de la mesa como citación de reuniones, elaboración del acta de reunión, seguimiento a la asistencia de los participantes y otras solicitadas por el líder de equipo.
  - **Integrantes:** Realizar socialización de las actividades realizadas para dar cumplimiento a las oportunidades de mejoramiento, retroalimentación al equipo de necesidades, referenciacines comparativas o implementación de mejoras institucionales que aporten al mejoramiento o mantenimiento de los estándares de acreditación.
- Plan trabajo:** Todos los equipos contarán con plan de trabajo anual, el cual se realizará seguimiento en la reunión acorde a la periodicidad establecida para el equipo y acorde a los lineamientos establecidos por el subproceso de acreditación (oficina de calidad) y actividades que los equipos definan para el fortaleciendo de la mejora institucional.
- Asistencia:** cada reunión contará con verificación de quorum al inicio de la misma, en caso de delegados se presentará justificación de la ausencia de la persona asignada al equipo y deberá responder por las tareas asignadas al miembro oficial del equipo para la reunión de esa fecha, en caso de ausencia se presentará justificación por correo electrónico antes del inicio de la reunión para validar la asistencia, la permanencia en la reunión deberá ser mayor al 50% para dar validez a la asistencia del miembro del equipo, de lo contrario quedará como falla.
- El quorum para la realización de la reunión deberá contar con el 50% +1.
- En caso de requerir la reprogramación de la reunión por quorum u otra causa, se deberá hacer en los 8 días siguientes calendario a la citación inicial.



- **Reuniones extraordinarias:** los equipos podrán realizar reuniones extraordinarias acorde a la necesidad de los mismos o por lineamiento del subproceso de acreditación (oficina de calidad), con delegados del equipo acorde al tema o actividad a realizar.
- Los equipos realizarán análisis de indicadores relacionados con los estándares propios de cada uno de manera semestral.
- El mantenimiento de estándares a cargo de cada equipo se realizará mínimo una vez al año para cada estándar, para los estándares que no contaron con priorización de oportunidad de mejora.
- Para el equipo de sedes integradas en red las reuniones tendrán una periodicidad mensual, pero se contará la reunión de quorum completo bimestral, la reunión intermedia se realizará con la participación de los profesionales de enlace de las sedes acreditadas y postuladas para realizar seguimiento a los equipos de sede.
- En cada reunión se realizará seguimiento y presentación de los resultados de las oportunidades de mejora priorizadas por autoevaluación o definidas por el ente acreditador a cargo del equipo. Esta incluye la validación de soportes que se publican en ALMERA para dar cumplimiento a las acciones definidas.

#### 8.1.5. Planeación de la comunicación de los resultados del mejoramiento

Los resultados del mejoramiento deben ser divulgados a las partes interesadas de la institución —como se indica en el estándar 159. Código: (MCC4) del Manual de Acreditación—, porque es la manera de mostrar que el esfuerzo no es en vano, cuáles han sido los resultados de ese esfuerzo, y brindarles la oportunidad a todas las instancias de la organización de asimilarlos, contextualizarlos a los procesos y tareas que desarrollan y cumplir con el cuarto paso del ciclo de mejoramiento.

El Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO) es la línea base para la comunicación interna y externa de la Institución, convirtiéndose en una herramienta importante, dado que contempla las pautas mínimas de comunicación en la Subred.

Como mecanismo de comunicación a destacar dentro del PECO, se encuentran las Unidades locales de comunicación (ULC), en las cuales se desarrollan temas asociados a la mejora institucional y aspectos relativos a las sedes como las necesidades propias de la sede y problemática asociada al entorno de la misma en el marco de la cultura de la mejora. Las características específicas de estas reuniones se encuentran establecidas en el procedimiento de Atención en los servicios ambulatorios.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) define la información y comunicación como una dimensión transversal y “articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión”, por lo tanto, este plan debe diseñarse teniendo en cuenta la dimensión y características de la entidad y su entorno, los resultados disponibles de indicadores relacionados con comunicación, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, el Manual de Comunicaciones del Distrito Capital y demás normatividad aplicable. <sup>(25)</sup>

#### 8.1.6. Planeación de la estandarización del aprendizaje y mantenimiento de la mejora Institucional

El aprendizaje y mantenimiento de la mejora institucional debe estar basado en los siguientes aspectos:

- Un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente.
- Integración sistémica de las diferentes áreas con procesos de calidad efectivos y eficientes.



- El mejoramiento institucional transformado en cultura de calidad en la organización.
- Procesos de mejora de la calidad sostenibles en el tiempo.
- Generación de aprendizajes útiles para la institución y el sistema en general.
- Basado en hechos y datos confiables y válidos.

## 8.2. PASO 2 - IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA OPERATIVA DEL MEJORAMIENTO

La ruta operativa es la parte del mejoramiento más visible en el quehacer diario de la organización y la que aquí se presenta, resume los pasos más importantes y más comunes usadas en varios modelos o herramientas de gestión de la calidad o del riesgo.

La subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. ha definido dos (2) rutas operativas para la gestión de los planes de mejora institucionales, siendo esta la general que parte de hallazgos o resultados de las fuentes de mejoramiento que sean diferentes a las de la autoevaluación que realiza la institución a través de los estándares del sistema único de acreditación SUA y la ruta específica cuyo punto de partida es la autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación.

A continuación, se presenta gráficamente la ruta operativa general:



Ilustración 5. Ruta operativa para planes de mejora generales

La descripción de lo que comprende cada paso se menciona a continuación:

### 1. Análisis de los hallazgos e identificación de las fuentes:

El análisis del hallazgo está considerado como el punto de partida, siendo un hecho relevante que pretende entender cuál fue la situación detectada (calidad observada) que lo produjo con el fin de poder establecer un plan de mejoramiento acorde y que permita corregir o mejorar el hallazgo.

La identificación de la fuente es de vital importancia ya que a través de esta se define el equipo de personas responsables de la proyección del plan de mejoramiento y los procesos que participan y



están relacionados con la ejecución de los mismos. Por otra parte, también se visualiza la o las personas responsables del seguimiento desde la segunda línea de defensa.

Es importante que para este paso el equipo cuente con personal de los procesos con conocimiento y experiencia, capacidad de entender los datos, la organización, sus procesos y así poder determinar con mayor facilidad qué aspectos se puede intervenir.

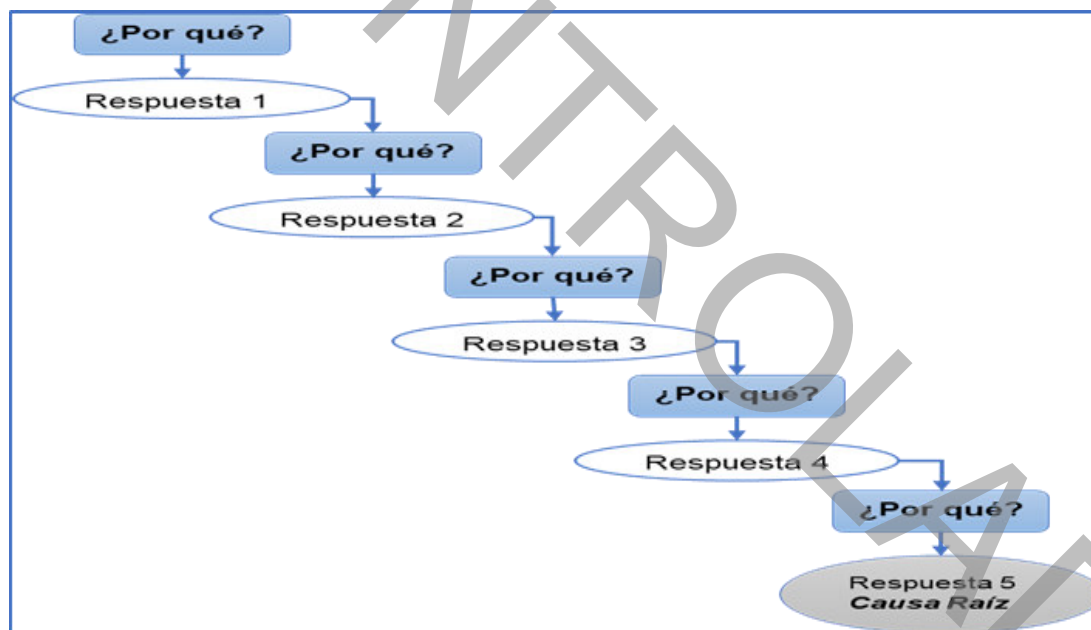
**Nota:** En este paso también se incluye la caracterización según el hallazgo o la fuente de mejoramiento acción correctiva, acción preventiva, acción de mejora o acción inmediata-corrección. Ver definiciones de cada una.

## 2. Análisis de causas:

Se realiza a través de la aplicación de metodologías cuantitativas o cualitativas adoptadas por la institución con el fin de identificar la causa raíz. Esto facilita resolver los problemas subyacentes en lugar de tratar únicamente los síntomas o efectos superficiales.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur definido como metodología para análisis de causas en los planes de mejoramiento los 5 Por Qué, siendo esta una técnica sistemática de preguntas utilizadas durante la fase de análisis de problemas con el fin de identificar su causa raíz. Resulta de gran utilidad cuando no existen una serie de causas claras, sino que las mismas se encuentran enmascaradas entre múltiples causas posibles. <sup>(26)</sup>

A continuación, se muestra gráficamente esta herramienta de mejora:



*Ilustración 6. Pasos de análisis bajo los 5 Por Qué*

Es importante tener en cuenta que un buen análisis e identificación de la causa raíz a partir del problema facilita la definición de las oportunidades de mejora y acciones de mejoramiento planteadas en los planes de mejora. Por otra parte, en ocasiones la identificación de la causa raíz se puede dar sin agotar los 5 porqués (mínimo 3 porque).

## 3. Homologación de oportunidades de mejora y/o acciones de mejora

Para realizar la homologación de oportunidades de mejora la Subred tiene definidos los pasos de la siguiente forma:



- Como proceso de autocontrol cada servicio, equipo o proceso identificara si ya cuenta con una oportunidad de mejora ya definida en el sistema de información que se encuentre en ejecución. Para mayor facilidad se puede apoyar en la persona responsable de mejoramiento institucional.
- El proceso responsable de cargue y seguimiento a las oportunidades de mejoramiento, podrá alertar al autocontrol la existencia de una oportunidad de mejora aplicable al hallazgo, producto de las diferentes fuentes.
- En el caso del informe producto de la visita de ICONTEC, el subproceso de acreditación realiza análisis de las oportunidades definidas por el ente acreditador y realiza homologación de las oportunidades coincidentes entre el informe y las definidas institucionalmente en autoevaluación.
- Para homologar Oportunidades de mejora o acciones de mejora el plan de mejoramiento a homologar se debe tener en cuenta los siguientes criterios:
  - a. Para considerar una oportunidad de mejora homologable, la ID madre o que contiene el plan de mejora debe tener una ejecución menor o igual al 50% de las acciones planteadas, con el fin, de asegurar el cubrimiento del hallazgo u oportunidad de mejora identificada.
  - b. Para considerar una oportunidad de mejora homologable, la ID madre o que contiene el plan de mejora debe tener las fechas de vencimiento de sus acciones mayores o igual a 3 meses, con el fin, que haya tiempo suficiente para dar cumplimiento a los planes de mejora.
  - c. La aprobación de la homologación debe ser realizada por la segunda línea de defensa asegurando que los criterios especificados se cumplan.
  - d. Cuando se homologa la oportunidad de mejora, si el hallazgo nuevo incluye otras sedes a las que contiene la ID madre, estas deben ser incluidas en la caracterización de la oportunidad de mejora que tiene cargado el plan de mejoramiento y que se encuentra en ejecución.
  - e. Se debe realizar como mínimo dos seguimientos a la oportunidad de mejora homologada por parte de la segunda línea de defensa, tal como se tiene especificado en el módulo Planes de mejoramiento – Almera (seguimiento de segunda línea a las oportunidades de mejora homologadas).
- Dentro de Almera la Oportunidad de mejora a homologar debe caracterizarse como homologación e incluir URL del plan de mejora que se encuentra en ejecución (asociación en el sistema), con el fin de poder realizar la correlación técnica a la hora de la visualización de los planes sujetos a homologación y facilitar la identificación de los mismos.

#### 4. Formulación de oportunidades de mejora

Las oportunidades de mejora son el insumo principal para cerrar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, es por esto que debe cumplir con algunas características, entre esta se encuentran:

- **S – Específica:** debe describir sin ningún tipo de ambigüedad lo que se va a hacer (claras y concisas).
- **M – Medible:** debe asegurarse que las oportunidades de mejora pueda ser medida, sea de forma cualitativa o cuantitativa para poder saber si impacta en la mejora. Si se considera pertinente se puede ligar a un indicador institucional tomando en cuenta la lista de indicadores que la institución tenga definidos en el Aplicativo Almera.
- **A – Alcanzable:** tiene que ajustarse a la realidad del contexto, de forma que sea retadora pero realista.
- **R – Relevante:** debe guardar relación con el hallazgo e intervenir las causas del mismo.



- **T – Tiempo límite:** su plazo de ejecución debe tener dentro de las vigencias establecidas por los parámetros institucionales o de entes de control.

Por otra parte, es importante resaltar que a la hora de formular las OM se debe tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Inician con verbo en infinitivo.
- Ser redactada con un lenguaje propositivo, no deben emplearse expresiones que representen carencias.
- Deben describir las estrategias que debe implementar la institución para cerrar las brechas.
- Debe proyectarse con la intención de aumentar la eficacia, eficiencia y/o efectividad.
- No debe estar sujeta para su ejecución la proyección de recursos que la Subred no tenga asegurados.

##### 5. Formulación de los planes de mejora

A partir de las oportunidades de mejora, y en función de estas se estructura un plan de mejora que es la descripción detallada de las tareas o acciones a desarrollar para que cada oportunidad pueda cumplir con su propósito.

Las variables definidas para la proyección de planes de mejoramiento, se describen a continuación:

**Fuente:** Acorde a lo especificado en la tabla 1 del presente manual para indicar la fuente donde se ocasiona el hallazgo. Corresponde a la variable “*Sistema de referencia*” en el aplicativo Almera

**Fecha inicio y de terminación planeada:** Plazo de ejecución para el plan de mejora formulado.

**Hallazgo:** Se extrae del informe de auditoría (interna o externa) o acta de visita recibida o análisis efectuado en la verificación. Para planes de mejora producto de la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación no aplica esta variable ya que parte del estándar autoevaluado.

**Estándar:** para los planes de mejora de acreditación se especifica el estándar acorde al manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1 de la Resolución 5095 del 2018. Para los demás planes no aplica, al no ser que los hallazgos hayan sido producto de la verificación de requisitos de una Norma Técnica y se hayan evidenciado no conformidades o incumplimiento del requisito.

**Oportunidad de mejora:** Hace referencia al propósito general de la Mejora acorde al hallazgo descrito, es el qué nos proponemos para el cierre de la brecha identificada).

**Proceso(s) responsable(s):** Compuesto por la Primera Línea de Defensa, la cual corresponde al (Autocontrol), y es el responsable de dar cumplimiento a las acciones de mejoramiento, para subsanar el hallazgo reportado. Se define tomando en cuenta el mapa de procesos institucional.

**Causa raíz cuando aplique:** Se realiza su identificación mediante la metodología de los 5 Por qué, tal como se especifica en el paso 2- análisis de causas de la ruta operativa.

**Barrera de mejoramiento:** son los factores organizacionales que se deben tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento, siendo 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. (7). Para el caso de la Subred Sur estas barreras se definieron para todo el plan de mejoramiento.

**Priorización cuando aplique:** este paso se realiza para las oportunidades de mejora producto de la autoevaluación de estándares de acreditación en salud, las variables que se usan son de riesgo, costo y volumen como lo establece el manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social.



**Acciones de mejora:** se define en coherencia con la causa identificada y acorde al ciclo P, H, V, A.

**Responsables:** se definen la persona o personas responsables de la ejecución de los planes de mejoramiento.

**Fecha de inicio y terminación de la acción de mejora:** se define el periodo en fechas de la ejecución del plan de mejora. Para el caso de los planes de mejora que presentan los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal por parte de la Contraloría de Bogotá se debe tener en cuenta lo estipulado en el Capítulo III de la Resolución reglamentaria 019 de 2025.

**Indicador:** Contempla Tipo, Nombre, Formula (numerador/denominador) y Meta, la cual debe ir relacionada directamente con la Oportunidad de Mejora.

**Sede a la que aplica el plan de mejora:** se identifica la unidad o unidades a las que va dirigida el plan de mejoramiento.

**Otros aspectos que se encuentran incluidos en Almera para los planes de mejoramiento son los siguientes:**

**Categorizar la oportunidad de mejora:** preventiva, acción correctiva, acción de mejora, corrección o acción de mejora inmediata. Estas se especifican tomando en cuenta las definiciones contenidas en este manual.

Equipo de mejoramiento o comité, cuando aplique: se describe que equipo de mejoramiento participo en la proyección de la OM y las acciones de mejora correspondientes.

**Objetivo estratégico al que está ligado, cuando aplique:** se especifica a cuál de los objetivos estratégicos está ligada la OM. Estos objetivos son definidos en el Direccionamiento Estratégico Institucional.

**Sede o sedes:** son aquellas unidades de atención previstas a las cuales dará alcance el desarrollo del plan de mejoramiento

**Ejes:** se refiere a la categorización de la oportunidad de mejora al eje o ejes de acreditación a los cuales le dará alcance el desarrollo del plan de mejoramiento.

Al elaborar el plan de mejora se deben seguir los siguientes parámetros:

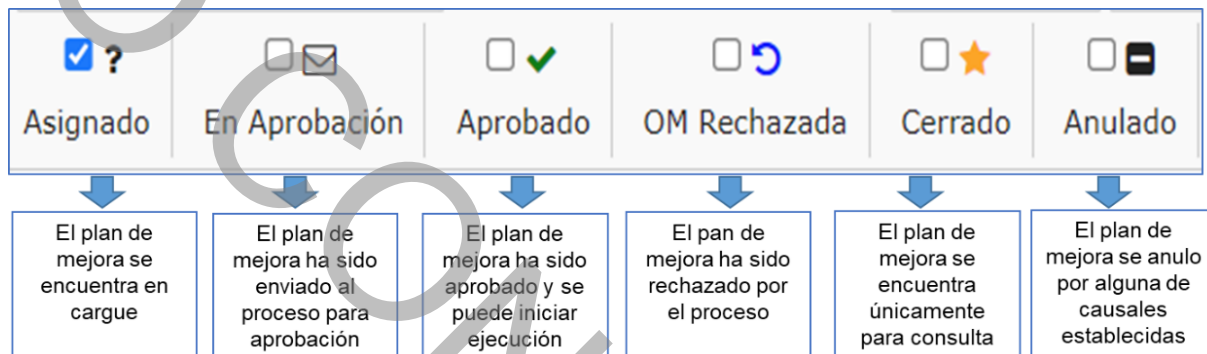
- Las acciones de mejora deben ser enunciadas de manera sencillas, clara, alcanzables y formuladas con un verbo de acción en infinitivo.
- Cada oportunidad debe tener al menos una acción de mejora.
- Cuando una oportunidad tenga más de una acción de mejora debe haber una secuencia lógica entre ellas, tanto en las tareas que describen, como en las fechas de inicio y finalización. Por ejemplo, no se puede colocar primero una acción para socializar un procedimiento y luego la que menciona que debe documentarse. Se puede usar como nemotecnia la secuencia usada en la autoevaluación del SUA: Enfoque → Implementación → Resultados.
- Cada acción de mejora debe describir una sola tarea a realizar.
- Al escribir el(los) responsable(s) de la acción se debe procurar que sean los estrictamente encargados. Para este caso, se registra en el aplicativo Almera máximo tres responsables por cada acción de mejoramiento; el aplicativo permite el cargue a través del número del documento de identidad de los usuarios registrados en el sistema.
- Se debe evitar la asignación de fechas que abarquen toda la vigencia a todas las acciones, como del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.
- La definición de fechas para las acciones debe estar establecida acorde a la planeación de los tiempos para la ejecución, de manera tal que facilite el cumplimiento de las mismas.



- Toda Oportunidad de mejora tendrá definida la o las Unidades a la(s) cual(es) está dirigido el plan de mejora.

Los planes de mejoramiento serán cargados en el aplicativo ALMERA tomando en cuenta el Instructivo “CA-IN-01 Módulo planes de mejoramiento – ALMERA”, del módulo de planes de mejora establecido por la Subred y disponible para consulta.

Todos los planes de mejora cargados en Almera deben ser aprobados por los a las jefes de cada proceso tomando en cuenta la aplicación del flujo básico establecido, el cual se muestra a continuación:



**Ilustración 7.** Flujo básico de planes de mejora en Almera

**Nota:** Las acciones de mejora establecidas en los planes de mejora solo se hacen visibles en Almera a los usuarios responsables de la ejecución cuando aparece el símbolo de palomita (✓) o aprobación, en este justo momento se puede dar inicio a su ejecución.

## 6. Ejecución de los planes de mejora

Este paso de la ruta operativa es de vital importancia ya que hace parte del hacer del ciclo PHVA, se basa en la ejecución de las acciones de mejoramiento por parte de los responsables de los procesos (Autocontrol – Primera línea de defensa) tomando en cuenta los términos establecidos. Los responsables documentarán en la plataforma Almera los avances de cada una de las acciones tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Se debe realizar el seguimiento en las fechas de ejecución establecidas.
- En palabras sencillas se debe describir lo que se realizó.
- Debe haber coherencia entre lo descrito para el cumplimiento y la acción de mejoramiento a la que se le está dando respuesta
- Debe registrarse de forma clara y explícita el resultado obtenido ya sea cualitativo o cuantitativo cuando la acción refleje una medición.
- Cada vez que se realice un seguimiento, se debe dar un peso porcentual según el avance de la acción de mejoramiento.
- Se debe especificar que evidencias hacen parte de la ejecución de la acción de mejoramiento.
- Si la acción cuenta con un enlace de indicador se debe tomar en cuenta los resultados obtenidos a la hora de realizar el análisis.
- Se debe tomar en cuenta las variables de en desarrollo y completa que tiene en el desplegable el aplicativo Almera según el porcentaje de ejecución establecido.



**Nota:** es importante precisar, que el Aplicativo Almera da la posibilidad cuando la acción de mejoramiento ha sido ejecutada al 100% (Completa) de realizar el cierre en el sistema de información, sin embargo, este cierre se debe hacer por parte del proceso luego de contar con los resultados del seguimiento que realice la segunda línea de defensa con el fin de poder tomar en cuenta la retroalimentación que pueda aportar al estado de ejecución de la acción de mejoramiento.

## 7. Seguimiento a la ejecución de los planes de mejora

El seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento producto de las diversas fuentes de mejoramiento es la manera de garantizar que los planes se ejecuten adecuadamente, y así asegurar que pueda tener un impacto en el mejoramiento. Aunque se puede lograr algunos resultados con porcentajes de cumplimiento que no son ideales, la realidad es que esto es fortuito y así no se asegura que la brecha de la calidad inicial disminuya o se cierre. De aquí la importancia de cumplir con el seguimiento periódico y planificado de las acciones de mejoramiento.

Este paso se realiza siguiendo los parámetros recomendados para el MIPG<sup>(3)</sup> a través de las líneas de defensa y los niveles de auditoría del PAMEC<sup>(9)</sup>. La siguiente escala de colores representa la calificación del estado de las acciones de mejora tal como se encuentran parametrizadas en el aplicativo

*Tabla 3. Escala de colores ejecución acciones de mejora en Almera*

ESTADO	CRITERIOS
<b>COMPLETA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando la acción se ejecuta a cabalidad, sin importar si se hizo dentro del tiempo planeado o previamente estaba atrasada.</li> </ul>
<b>EN DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando la acción se está ejecutando dentro de las fechas planificadas, o</li> <li>• Cuando sin haber llegado la fecha de inicio los responsables decidieron comenzar su ejecución.</li> </ul>
<b>ATRASADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando llegada la fecha de finalización, la acción no se ha completado.</li> </ul>
<b>NO INICIADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando llegada la fecha de inicio, la acción no se ha comenzado a ejecutar, pero aún se cuenta con tiempo para ejecutarla.</li> </ul>
<b>CANCELADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para este caso los criterios que aplican para realizar la cancelación de un plan de mejoramiento en Almera se encuentran mencionados más adelante y señalados con (*)</li> </ul>

Tomando en cuenta la escala de colores establecida para la ejecución de las acciones de mejoramiento se debe precisar que la primera línea de defensa quien es el responsable del cargue de las evidencias y la realización del análisis de cumplimiento, solo podrá usar la escala de en desarrollo y completo, mientras que la segunda línea de defensa, quien realiza el seguimiento a la ejecución de la primera línea de defensa podrá usar las escalas: completa, en desarrollo, atrasada o no iniciada, partiendo del significado de la descripción del criterio.

Por otra parte, tomando en cuenta que la gestión de los planes de mejora es un ejercicio dinámico y que en ocasiones se hace necesario el ajuste de los mismos, se describen los lineamientos a tomar para estas solicitudes:

### **Lineamientos especiales para solicitar cambios en los planes de mejoramiento**

De ser requerido un cambio en el planteamiento original de los planes de mejora, tales como ajustes en las acciones de mejora, en las fechas de ejecución, o los responsables es necesario que el líder del proceso responsable eleve una solicitud formal vía correo electrónico a la Oficina de Calidad según el origen y fuente del plan, quien evaluara la pertinencia de la solicitud.

Los criterios que deben aplicarse para modificar alguna acción de mejora son los siguientes:

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.



- a. Para modificación de fechas: que se haya presentado una situación fortuita e imprevisible, que impidió ejecutar la acción en los tiempos establecidos; que se haya dado cambio de personal en los responsables de la ejecución, cuando la fecha de la acción sea previa a la de otra acción que es condición previa para esta, el ajuste de fecha deberá ser solicitado siete (7) días calendario antes del vencimiento de la misma como requisito para la aprobación del cambio. Hay planes de mejora que por el contexto que lo origino no es permitido el cambio de las fechas establecidas, entre estos se encuentran: los planes de mejora emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría de Bogotá.
- b. Para modificación de responsables: que se haya dado cambio de personal en los cargos responsables de la ejecución o que el responsable haya sido mal asignado. Los procesos enviarán vía correo electrónico la proyección de ajuste(s) de la persona o personas responsables, según el caso en particular.
- c. Para modificación de la acción: que la acción haya quedado mal planteada, que no sea coherente con la oportunidad de mejora o hallazgo o que tenga un alcance irrealizable en el tiempo máximo de ejecución del plan.
- d. Los criterios que deben ser tomados en cuenta para cancelar en el sistema Almera una oportunidad de mejora son los siguientes (\*):
  - Que haya quedado duplicado en el sistema el plan por error en el cargue.
  - Que sea contraria a la ley o los valores de la entidad.
  - Que haya perdido pertinencia por cambios en la ley.
  - Que sea imposible de realizar aun ajustándola, porque requiere recursos que extralimitan la capacidad actual de la institución.

**Nota:** todo cambio solicitado frente a los planes de mejoramiento debe ser enviado vía correo electrónico institucional al subproceso de Calidad responsable de la fuente de mejoramiento para su análisis y aprobación, acompañado del sustento técnica del responsable de ejecución, ya que todo ajuste realizado queda registrado en la bitácora de planes de mejora del Aplicativo Almera.

El seguimiento de los planes de mejora realizado por la segunda línea de defensa se hará con periodicidad mensual, y el consolidado de la información se hará trimestralmente, exceptuando los planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de acreditación que hacen parte del PAMEC institucional, los cuales se consolidaran mensualmente.

## 8. Cierre de los planes de mejora en el Almera

El cierre del plan de mejoramiento en el sistema Almera se hace cuando finaliza el tiempo máximo de ejecución de todas las acciones de mejora incluidas en el mismo.

**Para esto, la segunda línea de defensa procede a revisar tres aspectos:**

- a. un balance general y concreto de cómo evoluciono el plan, con base en la información cargada como sustento por parte de la primera línea de defensa.
- b. el cálculo del indicador de gestión del plan.
- c. el estado final de los indicadores, si el plan incluía alguno.

Este ejercicio se debe hacerse directamente en el formulario que arroja Almera para el cierre del plan de mejora. De todas formas, los cierres serán reflejados en la plataforma Almera de manera tal que quede para consulta, pero bloqueados para cualquier alteración de la información en la ejecución de las acciones o las fechas de cumplimiento de las mismas.

El indicador de gestión del plan mide qué acciones de mejora quedaron categorizadas con el criterio completas, y se calcula con la siguiente fórmula:



# de acciones en estado completas

X 100

# de acciones totales planteadas para ser ejecutadas

Al cerrar el plan ya no puede haber acciones de mejora en estado “en desarrollo” o “no iniciadas”, porque se supone que todas estaban planeadas para comenzar y finalizar durante el transcurso del plan, y si no se hizo automáticamente se califican como “atrasadas”, tal y como se indicó anteriormente.

El porcentaje esperado frente al cumplimiento de los planes de mejoramiento será mayor o igual al 96%.

Aquellos planes de mejora que al cierre de cada vigencia hayan quedado categorizados como “atrasados” se hará llegar por parte del subproceso de mejoramiento continuo a los procesos responsables la oportunidad de mejora no ejecutada, con el fin que se realice un análisis de causa raíz y se determine si hay necesidad de proyectar un nuevo plan de mejora o si el resultado final del plan se acepta tal como quedo y que sustento se da para tomar dicha determinación.

Es importante indicar que para el cierre definitivo de algunos planes se debe tener en cuenta ciertas condiciones dependiendo de la fuente de mejora que haya dado origen al plan, es así que quien realizará el cierre definitivo de un plan de mejora producto de la visita del ente acreditador es ICONTEC quien cuenta con la potestad de cierre definitivo, parcial o reiterar las oportunidad de mejora; para el caso de los planes de mejora producto de las auditorias por la Superintendencia Nacional de Salud los cierre los realiza este ente de control cuando observa la conformidad de los mismos y para el caso de la Contraloría Distrital en la visita posterior revisa la ejecución de los planes de mejora y puede darlos por cumplidos o reiterar si es el caso el hallazgo.

### 8.2.1. Mantenimiento de oportunidades de mejora

La Subred Sur determino que se puede realizar mantenimiento de planes de mejora tomando en cuenta que algunas oportunidades de mejora luego de agotar el tiempo planteado de ejecución de las acciones necesitan para asegurar a mediano plazo (6 meses) el fortalecimiento de los resultados, se ha definido que aun obteniendo el 100% en la ejecución, exista la posibilidad de continuar realizando mantenimiento de sus acciones de mejora con registros y evidencias directamente en el sistema de información Almera, para lo cual se debe tener en cuenta los siguientes parámetros o criterios:

- Cumplido el plan de mejoramiento en el 100% se debe realizar un análisis con el fin de identificar si es necesario dejar abierta la o las oportunidades de mejora para realizar mantenimiento, siempre y cuando sea para las fuentes de mejoramiento definidas que aplica dicho mantenimiento.
- Las fuentes de mejoramiento a las que se les puede realizar mantenimiento deben ser originadas de las siguientes fuentes de mejoramiento:
  - a. Oportunidades de mejora producto de auditorías de la Superintendencia Nacional de Salud y de la Contraloría Distrital, cuando se defina.
  - b. Oportunidades de mejora producto del informe de la visita del ente acreditador, cuando se defina.
  - c. Oportunidades de mejora producto de la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura o Buenas Prácticas Clínicas, cuando se defina.
  - d. Oportunidades de mejora producto de las auditorias de la Contralora de Bogotá.
- Se debe solicitar vía correo electrónico a la Oficina de Calidad según fuente de mejoramiento, que la oportunidad de mejora no sea cerrada en Almera para poder seguir cargando la información de mantenimiento correspondiente.

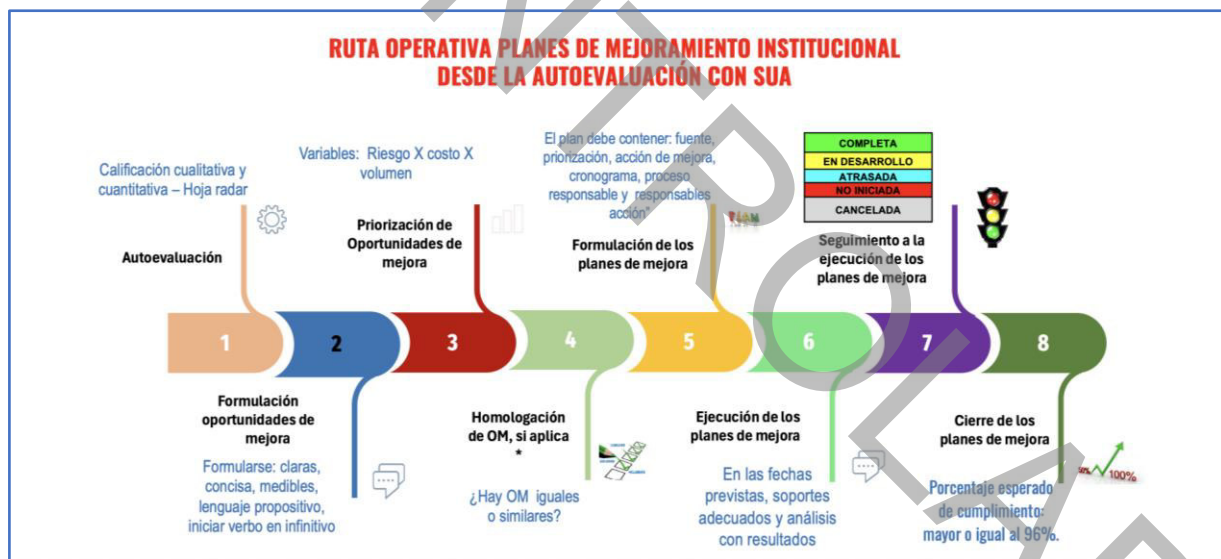


- En el momento de registrar en el formulario Almera siempre se debe escribir la frase **“MANTENIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA”** con el fin de identificar que la acción ya se ejecutó, pero se le realizó un refuerzo en la ejecución para mejorar el desempeño y se debe calificar cada mantenimiento con el 100% de la ejecución ya que se parte de la base de una acción ya ejecutada.
- El tiempo proyectado para el mantenimiento no puede sobrepasar 6 meses posteriores a la fecha definida para la ejecución de la acción de mejora.
- Los análisis realizados del mantenimiento deben ser concretos, pero demostrando el avance obtenido posterior a la fecha de terminación planteada en la acción de mejoramiento y las evidencias deben guardar esta concordancia.

**Nota:** se deja abierta la posibilidad que el mantenimiento de oportunidades de mejora se dé a otras fuentes de mejoramiento, siempre y cuando, la justificación sea dada con un análisis multidisciplinario muy bien sustentado y con aprobación de la Oficina de Calidad.

### 8.2.2. Ruta operativa para planes de mejora producto de la autoevaluación de estándares del SUA

Cuando la fuente de mejoramiento que origina el plan de mejora es la autoevaluación de los estándares del sistema único de acreditación la ruta definida para la gestión de los planes se observa en la figura 4 visualizada a continuación:



**Ilustración 8.** Descripción de la ruta operativa producto de la autoevaluación de los estándares del SUA

#### 1. Autoevaluación:

Para la autoevaluación la Subred Sur realiza la calificación cualitativa y cuantitativa con el fin de determinar el avance que ha realizado la institución a la luz del cumplimiento o mejora de los estándares del SUA.

La calificación cuantitativa se realiza por medio de la utilización de la hoja radar definida en la Resolución 2082 de 2014 y cuya estructura establece tres dimensiones: enfoque, implementación y resultado. La descripción de lo que significa cada uno de estas, se muestra a continuación:



- **Dimensión de enfoque:** Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la Institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.
- **Dimensión de implementación:** Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.
- **Dimensión de resultados:** Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

Esta calificación se realiza de la siguiente manera:

- El grupo que realiza la calificación debe ser impar.
- Esta se realiza con calificación mínima de 1 y máxima de 5, y la lectura para realizarla se inicia desde 3, en incremento o descenso, a consideración del equipo de autoevaluación.
- Se registran todos los votantes en el acta de la reunión y se define la calificación de acuerdo a la moda, es decir la calificación que más haya sido votada, será la calificación definitiva.
- La calificación se realiza con apoyo del sistema de información Almera, en el cual queda registro de la misma, en el caso de existir empate se realiza revaloración de la calificación por parte del equipo evaluador, este paso si se da, debe quedar documentado en el acta de la reunión.
- El equipo de acreditación es el orientador y veedor del proceso.

## 2. Formulación de oportunidades de mejora

Se realiza tomando en cuenta los mismos pasos y aspectos definidos en el paso 2 de LA RUTA OPERATIVA GENERAL.

## 3. Priorización de OM formuladas

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 priorizan por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, la definición de cada una de estas variables se describe a continuación:

- **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.

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, en concordancia con la tabla de valores definida por la Subred.

Toda oportunidad de mejora con calificación mayor a 75 puntos se considera priorizada para trabajar en la vigencia, las oportunidades de mejora con menor calificación serán reevaluadas al momento de la priorización y serán trabajadas acorde a la definición por parte del equipo, en la misma vigencia.

**Tabla 4. Rangos para la priorización de oportunidades de mejoramiento**

RANGO DE PRIORIDAD	RESULTADO DE ESCALA RIESGO x COSTO x VOLUMEN	SEMAFORO
ALTO	CALIFICACIÓN MAYOR O IGUAL A 75	



<b>MEDIO</b>	<b>CALIFICACIÓN COMPRENDIDA ENTRE LOS VALORES DE (74 A 27)</b>	
<b>BAJO</b>	<b>CALIFICACIÓN MENOR O IGUAL A 26</b>	

#### **4. Homologación de oportunidades de mejora.**

Se realiza tomando en cuenta los mismos pasos y aspectos definidos en el paso 3 de la ruta operativa general.

#### **5. Formulación de los planes de mejora.**

Se realiza tomando en cuenta los mismos pasos y aspectos definidos en el paso 5 de la ruta operativa general

#### **6. Ejecución de los planes de mejora.**

Se realiza tomando en cuenta los mismos pasos y aspectos definidos en el paso 6 de la ruta operativa general

#### **7. Seguimiento a la ejecución de los planes de mejora.**

Se realiza tomando en cuenta los mismos pasos y aspectos definidos en el paso 7 de la ruta operativa general

#### **8. Cierre de los planes de mejora en el Almera.**

Se realiza tomando en cuenta los mismos pasos y aspectos definidos en el paso 8 de la ruta operativa general.

### **8.3. PASO 3 – EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO**

La evaluación del mejoramiento se desarrollará anualmente, teniendo como base los siguientes criterios:

- Se realizará de manera semestral la evaluación del cumplimiento de los equipos de mejoramiento a los lineamientos institucionales a través de tres (3) criterios: cumplimiento de oportunidades de mejora frente a la oportunidad en el cargue de las evidencias y análisis de las acciones de mejoramiento, periodicidad de reuniones y los soportes (actas) del cumplimiento de las actividades planteadas en sus planes de trabajo.
- Ejercicio de aprendizaje institucional de equipos de autoevaluación.
- El análisis de indicadores gerenciales: Indicador Mantenimiento continuo de la calidad aplicable a las entidades acreditadas – mantenimiento de acreditación e inclusión de unidades acreditadas, efectividad en la auditorias para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, cumplimiento global de **POA** y resultados del porcentaje global obtenido de la ejecución de los planes de mejora de todas las fuentes de mejoramiento institucional.
- La definición de los indicadores de seguimiento debe guardar los siguientes criterios: indicador financiero, de talento humano, asistencial, de calidad y de satisfacción al usuario. Se tendrán en cuenta como parte de la divulgación las diversas herramientas institucionales definidas para cada fina.

El análisis de los resultados obtenidos se realizará en los espacios de reuniones del equipo de mejoramiento sistémico y en las sesiones del comité de calidad.



El cierre de ciclo se realizará con periodicidad anual tomando en cuenta los criterios institucionales definidos para el ejercicio.

#### 8.4. PASO 4 – COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS

El Plan de Comunicaciones establecido al inicio del año se implementará durante toda la vigencia, y servirá para comunicar los resultados parciales acorde con lo que reporten los diferentes equipos de mejoramiento, comités, programas y demás responsables, y para informar los resultados finales que quedarán plasmados en el informe que se mencionó en el paso 3 de la Ruta de Mejoramiento.

Un ejemplo de una matriz donde se describe esto se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 5. Matriz de comunicación para el resultado del mejoramiento

COMPONENTE	INFORMACIÓN A COMUNICAR	MEDIOS / CANALES	A QUIEN SE DIRIGE	RESPONSABLES	FRECUENCIA	REGISTROS
Comunicación de resultados del mejoramiento institucional	Logros, avances y balances de la entidad a través de la gerencia	Espacios Conectando ideas con la Gerencia	Colaboradores	Oficina de Comunicaciones	A necesidad	Actas, listados de asistencia, fotos.
	Avances en la gestión institucional de riesgos.	Correos masivos institucionales y personales Intranet Listas de difusión en WhatsApp Carteleros Fondos de pantalla Protectores de pantalla	Colaboradores	Oficina de Comunicaciones Desarrollo Institucional	A necesidad	Piezas comunicativas
	Mejoras, ajustes y resultados del proceso de acreditación.	Fondos de Pantalla, carteleros, intranet, WhatsApp, redes sociales. Página web	Todos los grupos de valor, especialmente a colaboradores	Oficinas de Calidad y comunicaciones	Mensual	Matriz de envíos masivos, Piezas comunicativas
	Socializar información del proceso de acreditación que permita fortalecer los conocimientos.	Boletín Subred Sur en mejoramiento #Modo Acreditación. Intranet, grupos de WhatsApp, Carteleros, Correos	Colaboradores	Oficinas de Calidad y comunicaciones	Mensual	Matriz de envíos masivos Boletines publicados en la intranet



COMPONENTE	INFORMACIÓN A COMUNICAR	MEDIOS / CANALES	A QUIEN SE DIRIGE	RESPONSABLES	FRECUENCIA	REGISTROS
		Masivos institucionales y personales.				
	Avances en la gestión institucional desde el comité directivo, comité de calidad y los de obligatorio cumplimiento	Espacios de las reuniones internas de cada uno de los comités de acuerdo a la programación	Colaboradores que participan en los diferentes comités	Presidente y secretario de cada comité	De acuerdo a la programación de cada comité	Actas, listados de asistencia.

#### 8.5. PASO 5 - APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL Y BUENAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS (MANTENIMIENTO DE LA MEJORA)

Como último paso el ciclo de mejoramiento el Modelo de Mejoramiento de la Calidad y Gestión Institucional establece el mantenimiento de la mejora a través del aprendizaje organizacional y las buenas prácticas desarrolladas. En este sentido, la Subred Sur ha definido como insumos principales los siguientes aspectos:

##### Desde el aprendizaje de la Subred

- La aplicación y mantenimiento de las buenas prácticas institucionales sistematizadas.
- Resultados de los planes de mejora producto de las diferentes fuentes institucionales, en especial de la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación, donde cada equipo de mejoramiento al iniciar la nueva vigencia establece y presenta los resultados de mejoramiento obtenidos en el desarrollo y ejecución de los planes de mejoramiento, en los espacios del equipo de mejoramiento sistémico.
- Resultado de las referenciaciones internas.
- Fortalezas desde los informes del ente acreditador.

##### Desde el aprendizaje de otras entidades

- Resultados de las referenciaciones comparativas.



## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 780 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” [Internet]. Bogotá D.C.; 2016. p. 985. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>
2. Ministerio de Salud y Protección. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2018. p. 101. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
3. Departamento Administrativo de la Función Pública. Modelo Integrado de Planeación y Gestión [Internet]. 2021. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>
4. Contraloría General de la República. Principios, fundamentos y aspectos generales para las auditorías en la CGR, en el marco de las normas de auditoría de entidades fiscalizadoras superiores - ISSAI [Internet]. Bogotá D.C.: Contraloría General de la República; 2017. p. 94. Available from: <https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/694679/0.+PRINCIPIOS+FUNDAMENTOS+Y+ASPECTOS+GENERALES+PARA+LAS+AUDITORIAS+EN+LA+CGR.pdf/5209d59c-a341-49dc-94c1-5e5b725f3444?version=1.0>
5. World Health Organization. The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment [Internet]. 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-causality-assessment>
6. Instituto Nacional de Salud. Metodologías para el análisis de problemas, en unidades de análisis, para eventos de interés en salud pública [Internet]. Bogotá D. C.: Instituto Nacional de Salud; 2021. 15 p. Available from: [https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacion para hacer unidad de análisis de caso/METODOLOGÍAS PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacion%20para%20hacer%20unidad%20de%20análisis%20de%20caso/METODOLOGIAS%20PARA%20EL%20ANÁLISIS%20DE%20PROBLEMAS.pdf)
7. Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en Acreditación [Internet]. Bogotá D.C.; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario para la aplicación del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>
9. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. 71 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
10. Harvard Business Review. Gestion del conocimiento. Bilbao: Ediciones Deusto S.A.; 2000. 245 p.
11. Gino F, Staats B. Why organizations don't learn. Harv Bus Rev [Internet]. 2015;(November):110–118. Available from: <https://hbr.org/2015/11/why-organizations-dont-learn>



12. Moen R, Norman C. Evolution of the PDCA Cycle [Internet]. 2009. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.5465&rep=rep1&type=pdf>
13. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. 144 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud, Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora [Internet]. Bogotá D.C.; Available from: <https://www.ins.gov.co/conocenos/sig/SIG/POE-D02.0000-004.pdf>
15. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Modelo de mejoramiento continuo de la calidad y la gestión integral [Internet]. Bogotá D.C.; Available from: [https://sgi.almeraim.com/sqi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9196&proceso\\_asociar\\_id=6386](https://sgi.almeraim.com/sqi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9196&proceso_asociar_id=6386)
16. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Procedimiento referenciación comparativa [Almera]. Bogotá D.C.; Available from: <https://sgi.almeraim.com/sqi/secciones/?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=16866&hl=Referenciaci%C3%B3n#>
17. Ministerio de Trabajo. Decreto número 1072 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. p. 80. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30019522>.
18. Instituto Colombiano de Normas Técnicas, Norma Técnica Colombiana ISO 9000 – Sistema de Gestión de Calidad Fundamentos y Vocabulario 2015. 2 – 31 p.
19. Instituto Colombiano de Normas Técnicas, Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2009 – Norma técnica de calidad en la gestión pública 2009. 4 p.
20. Gardey, J. P. (2021). Definición de autoevaluación. Obtenido de Definición de autoevaluación: <https://definicion.de/autoevaluacion/>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 903 “ Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud” [Internet]. Bogotá D.C 2014 p. 3. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>.
22. Departamento Administrativo de la Función Pública, Metodología para la clasificación y documentación de las buenas prácticas de gestión pública [Internet]. 2021. Available from: <https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/418548/34150781/Metodologia-buenas-practicas>
23. Revista científica “Método sistémico-transdisciplinar para el diseño de dispositivos eHealth, 25/07/2019 <https://www.redalyc.org/journal/614/61461508004/html/>.
24. Campus Digital Idyd, Diferencias entre un proceso sistemático y un enfoque sistémico Available from: <https://campusidyd.com/diferencias-entre-un-proceso-sistemico-y-un-enfoque-sistemico/> Practica de II nivel, Plan Estrategico de Comunicaciones – PECO [Almera]. Bogotá D.C.; <https://sgi.almeraim.com/sqi/secciones/?nid=1029>
25. UNIR. Regulación de la Calidad y Seguridad Industrial, Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001 y Herramientas de Calidad para la Mejora Continua, 2018 p: 267.



26. Departamento Administrativo de la Función Pública. El aprendizaje organizacional a trave de las buenas prácticas y lecciones aprendidas [Internet]. 2022. Available from: <https://www1.funcionpublica.gov.co/web/eva/buenas-practicas-y-lecciones-aprendidas>.

#### 10.CONTROL DE CAMBIOS:

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2017-07-27	1	Creación del documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
2017-11-30	2	Se modifican todos los numerales del documento.
2018-06-01	3	Se cambia el código, Se modifican todos los numerales del documento.
2019-09-10	4	Se ajusta el manual agregando la mejora continua integrando MIPG, y se ajustan los niveles de acreditación.
2020-06-17	5	Se ajusta la gráfica de la estructura de la oficina de calidad, la gráfica de estructura de los equipos de mejoramiento y se actualiza la conformación de los equipos de los tres niveles de la mejora.
2020-09-16	6	Se incluyen las herramientas de mejoramiento, se amplían las fuentes de mejora, se actualiza los roles y responsabilidades de las Oficinas de orden Directivo y estratégico que dinamizan la mejora interna, se incluye el modelo de seguimiento por Líneas de defensa, se incluye la definición del Plan de Mejoramiento Sistémico (Maestro).
2020-12-22	7	Se actualiza la Estructura de los equipos de mejoramiento con enfoque en Acreditación y se incluyen los tips para formular acciones de mejoramiento.
2021-04-18	8	Se actualiza plataforma de la subred sur E.S.E, su glosario, distribución de las fuentes de mejora y roles de I y II orden, definiciones, conceptos sobre el ciclo de mejora y se incluyen lineamientos sobre la priorización de oportunidades y/o acciones de mejoramiento.
2021-06-29	9	Se ajustan componentes del mejoramiento continuo, se amplia explicación de cada uno de sus componentes y herramientas, priorización de oportunidades de mejora, fuentes de mejoramiento, roles, se incluye ruta de mejoramiento y metodología de seguimiento a planes de mejora.
2022-02-25	10	Se cambia de subproceso (Anterior: Acreditación) y código (Anterior: MI-SIC-ACR-MA-01 V9). Se amplían definiciones, se realiza cambio de numerales del documento, se ajustaron las fuentes de mejora institucional, se ampliaron pasos a la ruta operativa, se adiciono texto en el ciclo de mejoramiento incluyendo la sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas, se ajustó la semaforización que sirve de base para el seguimiento de las acciones de mejoramiento por parte de la primera y segunda línea de defensa, se incluyó el diagrama funcional de planes de mejora. Los ajustes del documento fueron alineados a la parametrización del módulo de planes de mejora del aplicativo ALMERA.



FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2024-10-01	11	Se realiza revisión y ajuste de los siguientes numerales: 1. Objetivo, 2. Alcance, 3. Justificación, 6. Normatividad aplicable, 8. Contenido del manual: ruta operativa, conformación de equipos de mejoramiento, evaluación de la mejora institucional y el aprendizaje organizacional y buenas prácticas, inclusión de definiciones, mapa de procesos, periodicidad de reuniones, metodología de los 5 Por Qué, parámetros para ejecución de acciones de mejora, mantenimiento de las oportunidades de mejora, metodología de calificación cuantitativa y priorización de oportunidades de mejora. 9.bibliografía.
2025-03-06	12	Se realiza revisión y ajuste de los siguientes numerales: 5. Definiciones 8.1.2.2. Planeación de los responsables del mejoramiento con competencias- incorporando Mapa de procesos vigente 8.1.3. Tipos y funciones de los equipos de mejoramiento 8.1.4. Otras disposiciones generales para equipos de mejoramiento
2026-05-06	13	Se actualiza documento en plantilla institucional vigente. Se actualizan los siguientes numerales: 6. Normatividad aplicable 8.1.2 Planeación de las fuentes de mejoramiento - Tabla 1. Fuentes de mejoramiento institucional 8.1.2.1. Planeación de la evaluación del mejoramiento – Ilustración 2. Descripción de las líneas de defensa para seguimiento de los planes de mejora 8.1.3.1. Periodicidad de las reuniones - Tabla 2. Periodicidad de reunión de los equipos de mejoramiento 8.1.4. Otras disposiciones generales para equipos de mejoramiento 8.1.5. Planeación de la comunicación de los resultados del mejoramiento 8.2. Paso 2 - Implementación de la ruta operativa del mejoramiento: Ítem 3. Homologación de oportunidades de mejora y/o acciones de mejora (alcance de la Resolución reglamentaria 019 de 2025 de las Contraloría de Bogotá) e Ítem 4. Formulación de oportunidades de mejora 8.3. Paso 3 - Evaluación del mejoramiento – Se incluyo criterios de evaluación para los equipos de mejoramiento y el cierre de ciclo.

ELABORADO / MODIFICADO	REVISADO	CONVALIDADO	APROBADO
<b>Nombre:</b> Ana Elizabeth Pérez Barón	<b>Nombre:</b> Martha Lucia Ramírez Cardona	<b>Nombre:</b> Sandra Patricia Alba Calderón	<b>Nombre:</b> Iván Cadena Grandas
<b>Cargo:</b> Profesional Especializado -Referente Línea mejora continua	<b>Cargo:</b> Profesional Especializado acreditación	<b>Cargo:</b> Referente Control Documental – Oficina de Calidad	<b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Calidad
<b>Fecha:</b> 2025-05-04	<b>Fecha:</b> 2025-05-04	<b>Fecha:</b> 2026-05-06	<b>Fecha:</b> 2026-05-06