



GUÍA TALLER ELABORACIÓN PLANES DE MEJORA.

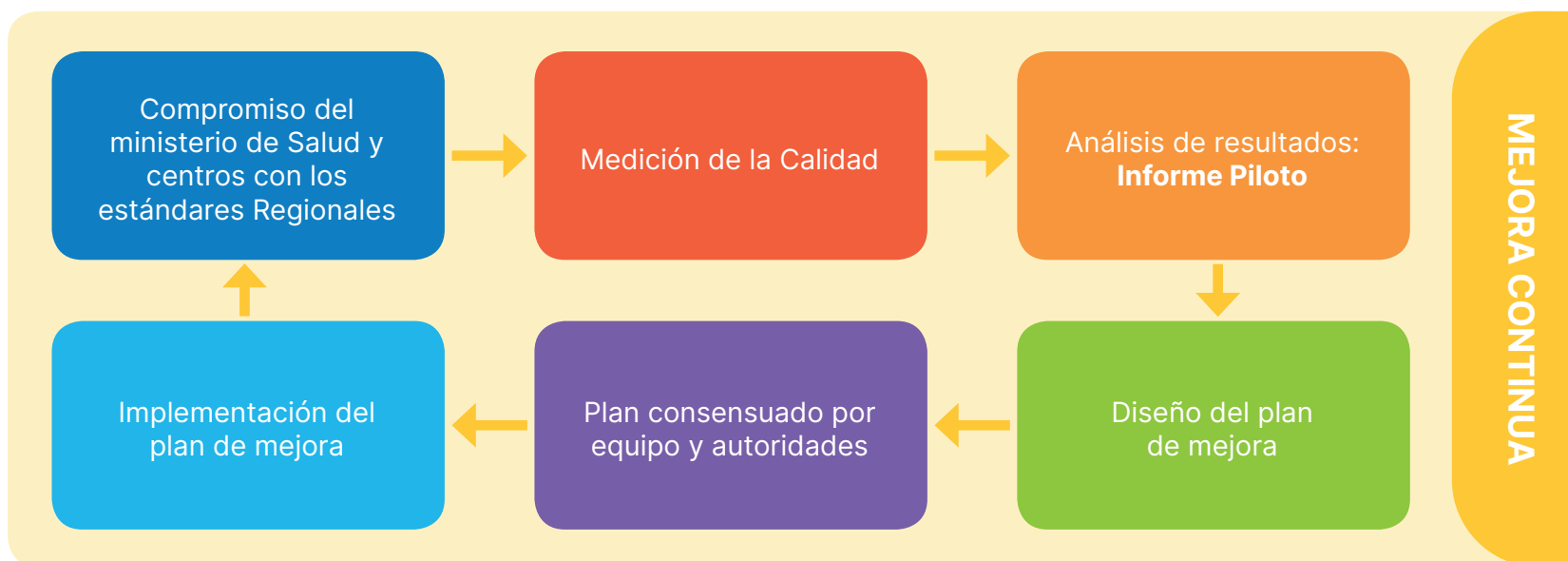


OBJETIVO

Elaborar planes de mejora a través de una metodología que utiliza los resultados del piloto y la retroalimentación del análisis de los grupos participantes del taller.

El Plan de mejora es un conjunto de acciones programadas que se inicia una vez priorizados y consensuados entre los diferentes niveles de responsabilidad.

FLUJO DE PROCESO DE CONSTRUCCIÓN PLANES DE MEJORA:



ETAPAS PARA DISEÑAR UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD:

ETAPAS	ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR
<p>IDENTIFICAR problemas</p>	<p>Evaluación de la calidad con 4 instrumentos (encuesta Directores, encuesta Proveedores; encuesta de salida de adolescentes usuarios atendidos y pauta de observación y lista de verificación para inventario de los establecimientos de salud</p>
<p>DISEÑAR el plan de mejora</p>	<p>Analizar las diferencias del resultado de los instrumentos y las razones que explican un desempeño insatisfactorio de los estándares y sus criterios. Priorizar los estándares más relevantes para el centro y país. Identificar las acciones que dentro del plan que son de responsabilidad del centro.</p>
<p>EJECUTAR el plan de mejora</p>	<p>Identificar acciones, grupos personas, recursos adicionales y niveles de responsabilidad de que intervienen en la mejora y planear el seguimiento y resultados del plan de mejora.</p>

DESARROLLO ACTIVIDAD

METODOLOGÍA: Trabajo grupal

Se conformarán grupos, se nombrará un secretario/a que toma notas del trabajo realizado por el grupo de acuerdo a lo solicitado en la actividad y un moderador que facilita que todos participen y se centren en el logro de la actividad en el tiempo definido.

MATERIALES:

- ➔ Informe resultados evaluación estándares de la calidad de cada centro de salud.
- ➔ Guía de trabajo

ACTIVIDAD 1.

Analicen los resultados de cumplimiento de los estándares de calidad de su Centro de Salud. Es importante que centren el análisis, no solo en comparar los resultados por estándar o instrumento, sino en explorar las razones que podrían explicar los resultados insuficientes de la calidad.

Utilicen la técnica de **Tormenta de ideas**, que permite recoger la percepción de todos los miembros del grupo. Cada escribe las frases (razones) en una hoja y una vez terminado el tiempo dado para escribir las razones, las listan en la hoja de la pauta que se muestra más adelante, de manera que todos pueden ver las razones. Luego de apuntadas todas las razones, eliminen las que se repiten y mejoren la redacción de éstas. De esta manera tendrán una lista de posibles razones de los resultados obtenidos, que podrían ser transformadas en acciones en su plan de mejora.

Use la siguiente pauta para listar las razones:

NOMBRE ESTÁNDAR	CRITERIOS	RAZONES QUE EXPLICAN RESULTADOS INSATISFACTORIOS. ¿POR QUÉ?
Estándar 1		
Estándar 2		
Estándar 3		
Estándar 4		
Estándar 5		
Estándar 6		
Estándar 7		
Estándar 8		

Recordar algunas reglas de la lluvia de ideas (razones):

- ➔ Asegúrese de que todo/as participan
- ➔ Prohíba la discusión y la valoración de las razones, sin emitir juicios de valor
- ➔ Den tiempo para pensar
- ➔ Genere tantas razones como sea posible
- ➔ Registre cada razón
- ➔ Mantenga la atmósfera relajada
- ➔ Se busca conocer las razones para hacer mejoras, la calidad no es punitiva.

Una vez identificadas las razones, se priorizarán los estándares que son más relevantes, de acuerdo al conocimiento y experiencia de cada participante. Para ello, utilizarán la Técnica de grupo nominal, donde cada integrante le asignará a cada estándar un valor del 1 al 3, usa “1” como clasificación menos importante y “3” al más importante.

Luego se suman los puntajes obtenidos por cada Estándar, de esta manera se obtienen los estándares más importantes por consenso de grupo en base al conocimiento y experiencia individual.

Utilice esta pauta:

NOMBRE ESTÁNDAR	CRITERIOS	PRIORIZACIÓN ASIGNADA POR CADA INTEGRANTE GRUPO	TOTAL, VALOR OBTENIDO DE LA SUMATORIA DE PUNTAJES OTORGADOS
Estándar 1			
Estándar 2			
Estándar 3			
Estándar 4			
Estándar 5			
Estándar 6			
Estándar 7			
Estándar 8			

ACTIVIDAD 2.

1. Seleccione los 5 estándares que obtuvieron los **puntajes** más altos puntaje en la actividad N°1.
2. Anótelos en la planilla que se muestra más adelante y priorice nuevamente los estándares en base a los siguientes criterios:
 - ➔ **Relevancia:** aquellos estándares cuya intervención, en los plazos acordados, conlleva un impacto importante en los resultados.
 - ➔ **Pertinencia:** aquellos que son significativos para su Institución y para el ministerio de Salud, por ejemplo, que están incluidos en sus planes estratégicos y políticas de salud.
 - ➔ **Factibilidad:** aquellos estándares que efectivamente se pueden desarrollar en un plan de mejora, en un tiempo determinado y con recursos posibles de obtener.

Cada integrante le asigna un valor a cada estándar de 1, 2 o 3 de acuerdo a los criterios de priorización (Relevancia, pertinencia y factibilidad), donde 1 es menos prioritario, 3 tiene más prioridad.

Criterios de priorización	Estándar N°	Estándar N°	Estándar N°	Estándar N°	Estándar N°	Puntaje total
Relevancia						
Pertinencia						
Factibilidad						

Analiza los criterios de priorización en el sentido de la fecha. 

Discutan los valores extremos que se pueden producir y que se alejan la mayoría, aportando a la reflexión los argumentos de las personas que calificaron con nota que se aleja del promedio, luego vuelvan a valorar ese punto.

Liste los 5 estándares con mejor puntaje en orden decreciente. Estos son los estándares priorizados, por consenso grupal:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Luego presentan las principales conclusiones en plenario. Tiempo actividad 50 minutos y 10 minutos para presentar las principales conclusiones en plenaria.

Al final de la actividad trabajarán en la actividad N° 3 y N° 4 con los 5 estándares priorizados (obtuvieron mayor puntaje).

Las acciones que se deben realizar para mejorar el estándar son los criterios, con bajo cumplimiento:

- **Criterios de insumo:** elemento que define una característica del servicio de salud que debe estar disponible para que el estándar de calidad se cumpla.
- **Criterios de proceso:** medidas que se aplican con el fin de alcanzar el estándar.

ACTIVIDAD 3.

Una vez identificados los estándares más relevantes para su centro, es importante evaluar si puede implementar medidas de inmediato, que sean de responsabilidad directa e identificar aquellas que requieren de acciones que se ejecutan por otros niveles de decisión o requiere contar con recursos adicionales para hacer la mejora.

Para ello utilice la siguiente pauta:

Implementación inmediata y de responsabilidad del centro de salud		Implementación que requiere acciones de otro nivel de decisión o recurso financiero adicional.	
Criterio	Estándar	Criterio	Estándar

Ahora, vamos a diseñar el plan de mejora:

El plan de mejora, comenzará definiendo las acciones más asequibles cuya solución está en sus manos, y se pueden por tanto realizar en un corto plazo, dejando para más tarde aquellas soluciones que dependen de otras instancias o niveles de decisión.

En esta actividad **identifique aquellos Criterios de los Estándares que se pueden implementar de inmediato y sólo requieren determinación**, por ejemplo: registro de reuniones, lista de insumos anticonceptivos disponibles.

Luego complete el siguiente cuadro:

PLANTILLA DE REGISTRO DE ACCIONES DE MEJORA INMEDIATA								
Estándar	Nº Criterio	Acciones inmediatas		Responsable(s) implementación	Plazo implementación (Fecha de actividad incorporar meses año)	Responsable(s) Seguimiento/ evaluación	Medio de verificación	Definir necesidad de técnica
		Nombre de la actividad propuesta	Descripción Acciones de mejora					

ACTIVIDAD 4.

En esta actividad **identifique aquellos Criterios de los Estándares que requieren acciones de otro nivel y/o recursos adicionales.** Defina de acuerdo a los tiempos de ejecución considerando acciones a **corto (1-3 meses), mediano (3 a 6 meses) y largo plazo (más de 6 meses).**

Para ello, complete el siguiente cuadro.

PLANTILLA DE REGISTRO DE ACCIONES DE MEJORA A CORTO PLAZO QUE DEPENDEN DE OTRO NIVEL Y/O RECURSOS ADICIONALES									
Estándar	Nº Criterio	Acciones		Presupuesto adicional. (Incluir monto y fuente de financiamiento)	Responsable(s) implementación	Plazo implementación (Fecha de actividad incorporar meses año)	Responsable(s) Seguimiento/ evaluación	Medio de verificación	Definir necesidad de técnica
		Nombre de la actividad propuesta	Descripción Acciones de mejora						

PLANTILLA DE REGISTRO DE ACCIONES DE MEJORA A **MEDIANO** PLAZO
QUE DEPENDEN DE OTRO NIVEL Y/O RECURSOS ADICIONALES

Estándar	Nº Criterio	Acciones		Presupuesto adicional. (Incluir monto y fuente de financiamiento)	Responsable(s) implementación	Plazo implementación (Fecha de actividad incorporar meses año)	Responsable(s) Seguimiento/ evaluación	Medio de verificación	Definir necesidad de técnica
		Nombre de la actividad propuesta	Descripción Acciones de mejora						

PLANTILLA DE REGISTRO DE ACCIONES DE MEJORA A **LARGO** PLAZO
QUE DEPENDEN DE OTRO NIVEL Y/O RECURSOS ADICIONALES

Estándar	Nº Criterio	Acciones		Presupuesto adicional. (Incluir monto y fuente de financiamiento)	Responsable(s) implementación	Plazo implementación (Fecha de actividad incorporar meses año)	Responsable(s) Seguimiento/ evaluación	Medio de verificación	Definir necesidad de técnica
		Nombre de la actividad propuesta	Descripción Acciones de mejora						

ACTIVIDAD 5.

Presentación plan de mejora y discusión próximos pasos.