



**PRESIDENCIA EJECUTIVA
GERENCIA GENERAL**

**ACUERDO DE GESTIÓN
2012-2016**

JULIO 2012

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. ANTECEDENTES
- III. BASE LEGAL
- IV. MARCO CONCEPTUAL
- V. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE ESSALUD
- VI. OBJETIVO GENERAL DEL ACUERDO DE GESTIÓN
- VII. MARCO DE INTERVENCIÓN PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN
- VIII. PRIORIDADES
- IX. TÉRMINOS Y CONCEPTOS
- X. DISPOSICIONES
- XI. RESPONSABILIDADES
- XII. MATERIA Y PERÍODO DE EVALUACIÓN
- XIII. DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

ANEXOS

- 1.- FORMATOS DESCRIPTIVO-PRESCRITIVOS DE PRIORIDADES SANITARIAS Y DE GESTIÓN
- 2.- COMPROMISOS DE LAS PARTES

I.- INTRODUCCIÓN

Históricamente desde la creación del Seguro Social Obrero Obligatorio (1936), y del Seguro Social del Empleado (1949), y la fusión de ambos como Instituto Peruano de Seguridad Social (1973), se instituyó una cultura hospitalaria curativa y rehabilitadora para el trabajo, guardando poca relación con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como con la salud pública cuya responsabilidad se entendía como propia del Ministerio de Salud.

En 1978 la OMS/UNICEF, organizó la Conferencia de Alma Ata cuya intención en síntesis se expresó en la Declaración de Alma Ata que subrayaba la importancia de promover la atención primaria de salud. La Conferencia reafirmó la salud como derecho humano fundamental y la estableció como la meta social más importante a nivel mundial, definiendo la salud como el estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la ausencia de enfermedades o malestares, y, la Atención Primaria de Salud como aquella basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país. Establece además que la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación

En los 34 años transcurridos desde la Declaración de Alma Ata la atención primaria de la salud ha estado en el discurso de la Seguridad Social de Salud pero no en la práctica y es probable que parte de los problemas que hoy experimenta el sistema hospitalario como la sobre carga en los grandes hospitales estén relacionados con la débil implementación y cultura de una atención primaria de salud. Hay otros factores relacionados con los problemas que experimenta la oferta hospitalaria de EsSalud como son: la ausencia de una visión holística e integradora, la falta de una planificación de mediano y largo plazo que oriente el gasto y la inversión, así como problemas funcionales y de organización tanto de la Sede Central como de las Redes Asistenciales y los hospitales de referencia (como son: el debilitamiento de la función de supervisión de la calidad de los servicios o de la función auditora médica, o la fragmentación en la gestión de los recursos hospitalarios).

En el marco de la Política General del Gobierno que busca un crecimiento con desarrollo e inclusión social, EsSalud tiene la responsabilidad de administrar los recursos puestos a su disposición de la manera más eficaz y eficiente posible, ampliando la cobertura incorporando nuevos asegurados y a través de alianzas con los servicios públicos de salud a cargo de los gobiernos regionales y municipales, en concordancia con los principios de solidaridad y universalidad, mejorando el acceso, la oportunidad, la equidad, la calidad y la sostenibilidad de los servicios que brinda a los asegurados y derechohabientes. Para avanzar en ese sentido, es crucial emprender el reforzamiento del primer nivel de atención y la atención primaria de salud, como uno de los medios para ir corrigiendo los problemas del sistema.

En ese sentido los Acuerdos de Gestión constituyen la herramienta para alinear los servicios de ESSALUD con el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2012-2016 que fija la política del Sector Salud y las prioridades del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 que establece los objetivos y estrategias institucionales a seguir en los próximos años.

Los Acuerdos de Gestión buscan instalar un proceso de mejoramiento continuo de la gestión basada en resultados, como medio para hacer efectivos los compromisos que EsSalud, en materia de atención sanitaria, tiene con sus asegurados y derechohabientes. Se conciben como instrumentos de rectoría institucional que expresan el compromiso de la Alta Dirección y el concurso de los órganos centrales y desconcentrados, para realizar los cambios necesarios para resolver los problemas de gestión que afectan el acceso, la oportunidad y calidad de los servicios que se entregan a los asegurados.

La suscripción del Acuerdo de Gestión no sólo representa el compromiso para alcanzar los acuerdos en los plazos fijados, sino también el compromiso de la totalidad del personal de EsSalud con los asegurados, con su salud, su bienestar y su desarrollo individual y colectivo, de asumir sus necesidades y expectativas, de garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios y de impulsar la modernización y la innovación Institucional.

II.- ANTECEDENTES

Los primeros Acuerdos de Gestión se suscribieron entre el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado- FONAFE- y el Seguro Social de Salud –EsSalud- en los años 2002 y 2003. Los acuerdos comprometían a EsSalud en el cumplimiento de 5 indicadores relacionados con la asignación de recursos al primer nivel de atención, reducción de la tasa de mortalidad perinatal, la eficiencia en la ejecución de inversiones, mejora del ratio de personal asistencial frente al personal administrativo y la satisfacción del usuario.

El Acuerdo de Gestión del 2003 se suspendió en el mes de junio 2003 al aprobarse la Ley 28006 que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la Seguridad Social y restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de EsSalud, sacando en consecuencia a EsSalud de la égida de FONAFE.

A partir de ese momento faltó el compromiso de la Alta Dirección para continuar con el instrumento, sin embargo, la División de Prestaciones (Hoy GCPS) continuó con los acuerdos de gestión con una característica complicada desde el diseño y sin reales consecuencias en el logro de eficacia o eficiencia en el desempeño.

Hasta el año 2008 los Acuerdos de Gestión mantuvieron la estructura de los Acuerdos de Gestión de años anteriores orientados a aspectos sanitarios, con un número alto de indicadores, de difícil seguimiento. Por primera vez ese año se realizaron talleres con las redes asistenciales para recoger sus propuestas.

Los últimos Acuerdos de Gestión del 2010 se suscribieron con algunos establecimientos del primer nivel de atención para impulsar la atención primaria de la salud y orientados primordialmente a metas de producción, pero desvinculado con la planificación institucional del momento. Contení, además, un cálculo para incentivos al buen desempeño que no se hicieron efectivos

III.- BASE LEGAL

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social, y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 001-98-SA, ampliatorias y complementarias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR, modificado mediante Decretos Supremos N° 02-2004-TR y N° 025-2007-TR.
- Decreto Supremo N° 025-2007-TR, que establece que, la aplicación de los recursos para la atención de las prestaciones asistenciales se lleven a cabo mediante la asignación de fondos presupuestales determinados mediante mecanismos aprobados por el Consejo Directivo, a fin de dar cumplimiento a los objetivos institucionales, para lo cual se otorga la potestad a EsSalud de definir los niveles de transferencia del riesgo.
- Acuerdo del Consejo Directivo N° 9-4 ESSALUD -2008, que aprueba los mecanismos de asignación de fondos presupuestales para las prestaciones asistenciales en el Seguro Social de Salud-EsSalud
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007 que aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-EsSalud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 120 PE-ESSALUD-2007 que aprueba los criterios para evaluar la gestión de los Directores de Centros Asistenciales en ESSALUD.
- Resolución de Gerencia General N°994 -GG-ESSALUD-2008 que aprueba la Directiva de Gerencia General N°019-GG-ESSALUD-2008 "Lineamientos Generales para los Mecanismos de Asignación de Fondos Presupuestales para las Prestaciones Asistenciales.
- Resolución de Gerencia General N° 1812-GG-ESSALUD-2011 que aprueba la Directiva N° 030-GG-ESSALUD-2011 "Lineamientos para la Asignación de Fondos Presupuestales en la Modalidad de Pago por Productividad"
- Directiva de Gerencia General N° 30-GG-ESSALUD-2011 del 22 de diciembre que aprueba los "Lineamientos para la Asignación de Fondos Presupuestales en la Modalidad de Pago por Productividad" y que en la Disposición Complementaria Quinta se establece que el mecanismo de asignación de fondos en la modalidad de pago por productividad se realiza a través de Acuerdos de Gestión.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 242-PE-ESSALUD-2012, que aprueba la conformación de la Comisión encargada de elaborar, negociar y proponer los Acuerdos de Gestión a ser

suscritos por la Alta Dirección con las Redes Asistenciales, Centros e Institutos Especializados, así como realizar el respectivo seguimiento y evaluación.

IV.- MARCO CONCEPTUAL

Los Acuerdos de Gestión se conciben como instrumentos de rectoría institucional que expresan el compromiso de la Alta Dirección y que convocan el concurso de los órganos centrales y desconcentrados para realizar los cambios necesarios para resolver los problemas de gestión que afectan el acceso, la oportunidad y calidad de los servicios que se entregan a los asegurados.

Los Acuerdos de Gestión tienen como objetivos generales: i) propiciar el logro de los objetivos estratégicos, objetivos específicos y prioridades del Plan Estratégico Institucional; ii) contribuir en la implementación de estrategias de intervención institucional priorizadas y facilitar el adecuado seguimiento y evaluación del desempeño institucional; iii) mejorar el desempeño institucional con eficiencia y transparencia; iv) contribuir en la modernización de la gestión y en la optimización del proceso de toma de decisiones; y, v) mejorar la asignación y administración de los recursos de EsSalud.

Los Acuerdos de Gestión contendrán dos tipos de compromisos: los generales y los específicos. Los generales expresan prioridades institucionales contenidas en el Plan Estratégico Institucional (compromisos institucionales mínimos) que son asumidos por la Sede Central a través de sus Gerencias/Oficinas Centrales según sea el caso, las redes asistenciales, los hospitales base, centros e institutos especializados.

Los compromisos específicos también constituyen prioridades del Plan Estratégico Institucional y se orientan a resolver problemas puntuales que experimenta cada red de manera particular (son de aplicación singular a cada unidad de gestión y por tanto no generalizable).

Tanto los compromisos generales como específicos pueden orientarse a mejorar aspectos de la gestión de los servicios o al logro de resultados sanitarios

Para alcanzar los resultados óptimos que se espera de los acuerdos de gestión puede requerir que la Sede Central de EsSalud adopte determinadas medidas o disponga determinados arreglos institucionales.

Una vez suscritos los acuerdos de gestión, estos son puestos en operación en la Sede Central y al interior en cada red asistencial, centro o instituto especializado bajo "*Convenios de Gestión*" con cada establecimiento de salud directamente vinculado.

El presente Acuerdo de Gestión tiene vigencia hasta el 2016 a fin de dar permanencia y continuidad al proceso de transformación que plantean los objetivos institucionales. Será evaluado trimestralmente y al concluir el año 2013 será revisado y de acuerdo a los resultados será ajustado o modificado por acuerdo de las partes mediante adendas.

V.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE ESSALUD

Objetivo Estratégico 1:

“Extender la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales”.

Objetivo Estratégico 2:

“Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo– promocionales.

Objetivo Estratégico 3:

“Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud”.

Objetivo Estratégico 4:

“Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido”

VI.- OBJETIVO GENERAL DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

Contribuir en el logro de los objetivos estratégicos y específicos institucionales, mediante la implementación de intervenciones integrales sobre prioridades sanitarias y de gestión predefinidas, y sobre las cuales los órganos de la sede central, redes asistenciales, hospitales base y centros e institutos especializados, asumen compromisos y responsabilidades compartidas según naturaleza de sus funciones.

VII.- MARCO DE INTERVENCION PARA LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

Con la finalidad de orientar los Acuerdos de Gestión en función de los Objetivos Estratégicos se presenta el siguiente marco de intervención que da concreción a dichos objetivos:

1. **Atención Primaria de Salud** priorizando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en su contexto individual, familiar, laboral, comunitario y medio ambiental; armonizando y complementando sus acciones con las recuperativas y de rehabilitación de salud en todos los niveles de atención, considerando los principios de enfoque de género, interculturalidad y centrado en la persona. (Objetivo Estratégico 2)

- 1.1. Prevención y detección precoz de patologías seleccionadas y priorizadas por ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad y porque su tratamiento incide en elevados costos para la institución.
 - 1.2. Promoción de hábitos saludables para que los asegurados ejerzan mejor control sobre su salud y los factores que la determinan.
- 2. Acceso y Atención Oportuna (Objetivo Estratégico 2)**
- 2.1. Respuesta asistencial en tiempo adecuado dada la necesidad de garantizar la pronta integración social de todo asegurado o usuario que requiera de los servicios de salud de la institución.
 - 2.2. Acceso sin barreras físicas, culturales y/o geográficas como factor clave para la inclusión social.
- 3. Altos Estándares de Calidad (Objetivo Estratégico 2)**
- 3.1. Servicios de salud de implementación estructural y procedimental basado en criterios técnico normativos y en estándares, guías y procedimientos debidamente regulados.
 - 3.2. Servicios de salud entregados con calidez, respeto y trato digno, en un entorno saludable para el asegurado.
- 4. Sostenibilidad Financiera (Objetivo Estratégico 3)**
- 4.1. Obtener el mayor valor posible de cada recurso, con cada decisión de gestión sanitaria, clínica o de administración que se tome.
 - 4.2. Optimizar la utilización de los recursos puestos a disposición de EsSalud a fin de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario y el mejor servicio al asegurado.
 - 4.3. Estandarizar con base científica, procesos y procedimientos sanitarios, administrativos y de gestión, con el fin de minimizar el impacto económico de la variabilidad de enfoques, sistemas o del manejo empírico.
 - 4.4. Apelar por razones de eficiencia económica a estrategias que generen economías de escala y de alcance que garanticen sostenibilidad y viabilidad de las estrategias.
- 5. Gestión Transparente (Objetivo Estratégico 4)**
- 5.1. Mejorar los sistemas de información en la macro, meso y micro gestión, a fin de optimizar los procesos de registro, procesamiento, análisis y reporte de la información, necesario para la toma de decisiones.
 - 5.2. Mejorar los sistemas de control y validación de las prestaciones de salud.
 - 5.3. Fortalecimiento del proceso de rendición de cuentas en el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos de gestión asumidas.
- 6. Promoción de la Investigación en Salud (Objetivo Estratégico 2 y 3)**
- 6.1. Promover la investigación en salud como una de las estrategias más importantes para el desarrollo institucional. El énfasis debe estar dirigido a la investigación operativa, investigaciones poblacionales y no solo a la investigación tipo ensayo clínico.

VIII.- PRIORIDADES

VIII.1.- PRIORIDADES SANITARIAS

1. Cáncer de Mama
2. Cáncer de Cuello Uterino
3. Síndrome Metabólico
4. Enfermedad Renal Crónica

VIII.2.- PRIORIDADES DE GESTION

1. Gestión de Procesos de Atención en Consulta Externa
2. Gestión de Procesos de Atención de Emergencias y Urgencias Medicas
3. Gestión de Procesos de Atención Hospitalaria
4. Gestión de Procesos de Atención Quirúrgica
5. Gestión de Productos Farmacéuticos, Insumos y Drogas
6. Gestión de la Salud Ocupacional

IX.- TÉRMINOS Y CONCEPTOS

Los términos y conceptos empleados son los siguientes:

Acuerdo de Gestión

Instrumento de rectoría y gestión a través del cual se busca propiciar el logro de los objetivos estratégicos y específicos del Plan Estratégico Institucional, mediante la implementación de intervenciones integrales sobre prioridades sanitarias y de gestión predefinidas y sobre las cuales los órganos de la sede central, redes asistenciales, hospitales base y centros e institutos especializados asumen compromisos y responsabilidades compartidas según naturaleza de sus funciones.

Indicador

Instrumento basado en estadísticas o series estadísticas útil para clarificar y definir, de forma más precisa, metas, objetivos e impactos. Son medidas verificables de cambio o resultado, diseñado para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto al punto de partida (línea de base) y la meta establecida o resultado esperado. Facilita determinar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto.

Los indicadores de desempeño de los Acuerdos de Gestión se construyen sobre la base de la data que se procesa en los sistemas estadísticos y de información de EsSalud, se expresarán de manera cualitativa y cuantitativa (numéricamente), serán clasificados como indicadores de: estructura,

procesos y resultados, y, se orientan a medir problemas de acceso, oportunidad, eficiencia, equidad, calidad, resultados sanitarios y de sostenibilidad, que afectan al sistema.

Líneas de base

La línea de base es el punto de partida (situación) en la que se encuentra el indicador en el momento en el que se inicia el programa, proyecto o acción. Todo indicador debe contar con su línea de base. Es probable que la línea de base sea distinta para cada Red Asistencial o Centro o Instituto Especializado.

Meta

La meta es el desempeño esperado de un indicador en un tiempo determinado. Se expresa en forma numérica sea que mida aspectos cualitativos o cuantitativos. Se fija en función a la línea de base del indicador la meta en términos del horizonte temporal puede variar (mensual, bimensual, trimestral, anual, etc.) en ningún caso será de una temporalidad menor a un mes.

La Comisión de los Acuerdos de Gestión

Comisión establecida mediante Resolución N° 242-PE-ESSALUD-2012, encargada de elaborar, negociar y proponer los Acuerdos de Gestión a ser suscritos de una parte por la Alta Dirección y por la otra por los responsables de las Redes y Centros Asistenciales que determine la Alta Dirección. La Comisión cuenta con un Comité Técnico de Apoyo.

Tipos de Compromisos

Los Acuerdos de Gestión contendrán dos tipos de compromiso: los generales y los específicos. Tanto los compromisos generales como específicos pueden orientarse a mejorar aspectos de la gestión de los servicios o al logro de resultados sanitarios. Para cada compromiso se definirá uno o más indicadores que permitan realizar el seguimiento y evaluación de los compromisos asumidos en términos de su cumplimiento.

Compromisos Generales

Los compromisos generales expresan prioridades institucionales contenidas en el Plan Estratégico Institucional (compromisos institucionales mínimos) que serán asumidos por la Sede Central a través de sus Gerencias/Oficinas Centrales según sea el caso, las redes asistenciales, centros e institutos especializados.

Compromisos Específicos

Los compromisos específicos se orientan a resolver problemas puntuales que experimenta una red de manera particular, son de aplicación singular a cada unidad de gestión y por tanto no generalizables.

Compromiso de Gestión

Es un instrumento de gestión que contribuye a mejorar el desempeño del Centro Asistencial, en donde se definen objetivos, metas e indicadores específicos adaptados a la realidad del Centro Asistencial y deben articularse con los indicadores de los Acuerdos de Gestión de la Red. Son suscritos entre el Gerente y/o Director de Red Asistencial y el Director del Centro Asistencial.

Unidad de Gestión

Para los propósitos de los acuerdos de gestión se consideran unidades de gestión a las redes asistenciales de salud, centros e institutos especializados

X.- DISPOSICIONES

Elaboración del Acuerdo de Gestión

Los Acuerdos de Gestión contienen los compromisos generales y compromisos específicos. Los primeros expresan las prioridades Institucionales materia de acuerdo entre la Alta Dirección de EsSalud y, de otro lado, los gerentes de todas las redes asistenciales, los centros e institutos especializados. Los segundos se orientan a resolver problemas puntuales que afectan a una red asistencial en particular. En ambos casos los acuerdos de gestión contienen los indicadores, las líneas de base y las metas correspondientes a cada compromiso sean de carácter general o de carácter específico.

Compromisos de Gestión

Sobre la base, de los acuerdos de gestión cada gerente/director de red, de centro o instituto especializado, concierta y suscribe compromisos de gestión con los establecimientos de salud que la integran o, en su caso, con los departamentos, servicios o dependencias de la institución de acuerdo a la naturaleza de sus funciones y aportes al acuerdo de gestión. Los compromisos de gestión se formulan de manera concertada.

Para cada compromiso se definirá uno o más indicadores que permitan realizar el seguimiento y evaluación de los compromisos asumidos en términos de su cumplimiento.

Prioridad en la Información

La Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria (OPIS), la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicación (OCTIC) y la Oficina Central de Planificación y Desarrollo (OCPD) atenderán en forma prioritaria los requerimientos de información e informáticos para la implementación, puesta en operación, seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión. En consecuencia adecuarán o formularán los aplicativos o necesidades para llevar los sistemas información, de registros de datos e información. Así mismo, los órganos encargados de captar,

procesar, sistematizar, analizar y reportar la información en el marco de los sistemas de información darán prioridad a los requerimientos de la Comisión de los Acuerdos de Gestión. La Comisión encargada de la formulación, negociación y propuesta de los Acuerdos de Gestión asignará las responsabilidades específicas a cada dependencia de la sede central a fin de facilitar la formulación, seguimiento, evaluación o apoyo técnico que se requiera para asegurar los acuerdos de gestión o su cumplimiento.

Unidad Técnica del Acuerdo de Gestión

La Red Asistencial establecerá una Unidad Técnica responsable de la coordinación implementación, facilitación, seguimiento y evaluación de los compromisos del Acuerdo de Gestión.

Unidad Especial

La Red Asistencial establecerá una Unidad Especial responsable de asegurar la coordinación e implementación del Plan para cada una de las prioridades sanitarias y de gestión y del debido cumplimiento de los compromisos correspondientes del Acuerdo de Gestión.

Comité Evaluador de Acuerdos de Gestión es el encargado de la evaluación trimestral de los acuerdos de gestión. Está conformado por el Gerente General, tres Gerentes Centrales y tres Gerentes / Directores en representación de las Redes Asistenciales.

XI.- RESPONSABILIDADES

- Tienen responsabilidad directa en el cumplimiento de los Acuerdos de Gestión: el Gerente/Director de la Red Asistencial, de los centros e institutos especializados, todos los cuales suscriben el documento del Acuerdo de Gestión respectivo.
- Tienen responsabilidad en el cumplimiento de los acuerdos que corresponden a la Sede Central el Gerente General y los Gerentes Centrales según la naturaleza del compromiso y la competencia funcional correspondiente.
- Tienen responsabilidad en el cumplimiento de los Compromisos de Gestión, en lo que les corresponda, los directores de los establecimientos de acuerdo a su capacidad resolutive.

XII.- MATERIA Y PERIODO DE EVALUACIÓN

La evaluación general del Acuerdo es trimestral. Se evalúa el avance del cumplimiento de los compromisos expresado en indicadores y en metas acordadas y establecidas en el Acuerdo de Gestión. No obstante cada compromiso puede establecer requerimientos específicos de reporte por las unidades de gestión.

Seguimiento y Evaluación

El seguimiento de los Acuerdos de Gestión facilita la evaluación de la actividad realizada y posibilita la orientación de los objetivos futuros y las acciones a llevar a cabo para garantizar un desarrollo armónico de, los servicios en función de las necesidades y expectativas de los asegurados y usuarios de EsSalud.

El seguimiento y evaluación del cumplimiento de compromisos de los acuerdos de gestión a nivel de las Redes y Centros o Institutos especializados, será asumida por las Oficinas de Gestión y Desarrollo de las Redes Asistenciales (OGyD).

Procedimiento para la Calificación y Evaluación

Los procedimientos de calificación y evaluación de cada prioridad sanitaria y de gestión a ser intervenida se explicitarán en cada Documento Técnico Normativo Específico, correspondiente a cada una de las prioridades sanitarias y de gestión.

La Gerencia de Planeamiento Corporativo de la Oficina Central de Planeamiento y Desarrollo consolidará los informes de calificación y evaluación que cada unidad orgánica desarrolle según competencias establecidas en cada Documento Técnico Normativo Específico y emitirá el informe técnico respectivo al Comité Evaluador de Acuerdos de Gestión. Dicho Comité Evaluador estará integrado por el Gerente General quien lo presidirá, tres gerentes centrales y tres representantes de las Redes Asistenciales que vendrán en representación de las macro regiones del norte, del centro y del sur respectivamente.

La evaluación y calificación final de logros de los Acuerdos de Gestión están a cargo del Comité Evaluador de Acuerdos de Gestión.

XII.- DECLARACIÓN DE INTENCIÓN

Reunidos en la Ciudad de Lima el 17 de julio de 2012 declaramos nuestra intención de poner nuestros mejores esfuerzos para dar cumplimiento a los compromisos contenidos en el presente Acuerdo de Gestión y a tal efecto los suscribimos.

ANEXOS

1. FORMATOS DESCRIPTIVO-PRESCRIPTIVOS DE PRIORIDADES SANITARIAS Y DE GESTIÓN

Cancer de Mama	
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100 000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. • El Cáncer de mama en EsSalud es una prioridad sanitaria. El cáncer de mama es la neoplasia que genera mayor número de AVISA perdidos (24,368) en la población afiliada a EsSalud, de los cuales alrededor del 80% (20,845) está asociado a años vividos con discapacidad entre las mujeres • En la última década murieron entre 120 y 170 mujeres afiliadas a EsSalud por año. La mitad de ellas tenían menos de 59 años de edad al momento de morir. • Aun las mujeres llegan tarde a los servicios de salud. En los países de Latinoamérica 75 a 80% de las mujeres que consultan se encuentran en estados localmente avanzados y diseminados (III y IV), 12 a 18 % se encuentran en estadios localizados (II) y sólo 2 a 7% en estadios tempranos (<i>in situ</i> y I). Esta distribución es diametralmente opuesta a lo reportado en los países que han implementado un programa organizado de tamizaje de cáncer de mama como Estados Unidos y Suecia, donde 63% de los casos nuevos corresponde a estados tempranos. • En el 2008, en EsSalud, se realizaron 119,451 mamografías de tamizaje coberturando al 13.1% de la población femenina asegurada de 40 a 65 años. En ese periodo se identificaron 695 casos de Cáncer precoz de mama que fueron tratados oportunamente. Año a año se viene incrementando la cobertura de tamizaje, sin embargo no hay evidencia del impacto de la cobertura. En el 2011, la cobertura de tamizaje por mamografía alcanzó el 18.6 % de la población objetivo. • Una mamografía de tamizaje en EsSalud tiene un costo entre 12 y 16 dólares. • El tratamiento completo de una mujer con Ca mama en estadio precoz le cuesta a EsSalud alrededor de 2,500 dólares, mientras que el tratamiento de un Ca avanzado de mama tiene un costo entre 6,000 a 9,000 dólares, por lo tanto el tamizaje de Ca de mama por Mamografía es costo efectivo, siempre y cuando los diagnósticos sean prontamente confirmadas y el tratamiento oportunamente realizado.
Descripción del problema	<p>Las evidencias en medicina nos muestran que el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino son evitables o detectables en fases tempranas y curables. Actualmente, son considerados como indicadores de la calidad de un sistema de salud.</p> <p>La mamografía de tamizaje es el examen que permite la oportunidad de un diagnóstico y tratamiento precoz. EsSalud es la organización de salud que cuenta con el mayor número de mamógrafos en el país, sin embargo, es insuficiente para cubrir la demanda de mamografía de tamizaje para Dx temprano, además de insuficientes recursos humanos calificados.</p> <p>En los últimos años, en EsSalud se han implementado estrategias de intervención incompletas con resultados efímeros, o no registrados. No obstante haberse casi triplicado el número de mamografías en los últimos 5 años (2006= 80 mil, y en 2011= 224 mil) no hay evidencia del impacto sobre la detección precoz y menos sobre la mortalidad y discapacidad evitada con el tratamiento.</p> <p>Es indispensable que a un diagnóstico temprano corresponda un tratamiento oportuno. Solamente de esa manera, se podrá justificar el costo de oportunidad de la intervención.</p> <p>En algunas regiones del país, existen limitaciones de recursos (humanos, equipamiento), lo cual ha sido</p>

	<p>parcialmente resuelto mediante tercerización; sin embargo la debilidad principal y generalizada se centra en la organización segmentada de los servicios y un engranaje deficitario de los procesos de atención (oportunidad) tanto para el acceso y referenciación a las actividades de tamizaje y confirmación diagnóstica, como para la terapéutica quirúrgica o quimio – radioterápica. Existe un conjunto de normas y procedimientos establecidos que no se cumplen a cabalidad, ya sea por limitaciones de los recursos o carencias estructurales. No existe un registro ni seguimiento sistemático de los casos positivos, los confirmados, los tratados. . La institución ha invertido el 2011 algo más de 10 millones de soles en "mamografías preventivas" sin evidencia de su impacto.</p> <p>No obstante el funcionamiento regular de un Comité Nacional de Cáncer (sin capacidad ejecutiva) aún no se consolida la Red funcional de Unidades Oncológicas, no se evidencian aún mejoras en la atención y menos aún resultados sanitarios. Probablemente la inoperancia de un sistema de información ad hoc (Registro de cáncer) sea una de las principales limitaciones para la sistematización de los procesos ligados al manejo del Cáncer en general y para la evaluación de resultados sanitarios de corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Si se logra que las pacientes con Ca de mama lleguen a la primera consulta en estadios tempranos, no sólo determinará un tratamiento menos agresivo, sino que además mejorará la calidad de vida de la enferma, al evitar mutilaciones (AVISA, QUALY) y disminuiría el uso de terapias sistémicas como la quimioterapia y subsidios (costos, productividad).</p> <p>Es impostergable un enfoque integrado de los procesos de atención del Cáncer orientado al resultado sanitario:</p> <p>Para alcanzar una cobertura de mamografía de tamizaje de al menos 70% de la población femenina de 40 a 65 años, se requiere una inversión anual promedio de alrededor de 34 millones de soles en mamografías de tamizaje.</p>
<p>Abordaje del problema</p>	<p>El problema del Cáncer de mama y de todos los Cánceres requiere un abordaje integral:</p> <p>Prevención: El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los <u>alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad</u>, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo. Estas actividades están consideradas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud</p> <p>Detección precoz: La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer.</p> <p>La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en 20%-30% en las mujeres de más de 50 años.</p> <p>No basta con incrementar la cobertura de tamizaje por mamografía. Dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el continuum asistencial, lo cual aún no ocurre con regularidad en EsSalud.</p> <p>Existe un problema fundamental para el seguimiento de estos casos y el cáncer en general, y es que, el sistema de información no termina de implementarse, ni se cumplen las normas establecidas</p>

(Gobernabilidad), y en algunas redes no existen los recursos humanos suficientes en las Unidades Oncológicas

No existe tampoco una unidad de monitoreo y seguimiento de la estrategia de intervención (mamografía y tratamiento)

La estrategia principal debe ser enfocada a un mejoramiento de los procesos de atención para mejorar la oportunidad y accesibilidad. Las características de los principales procesos de la atención son:

En la Captación de mujeres para mamografía de tamizaje:

- Citas retardadas
- Referencias tardías a CAS que proporciona el examen
- Disponibilidad tardía del resultado del examen e Información del resultado a las pacientes
- Deficiente localización de pacientes

En la confirmación del diagnóstico:

- Cita retardada para Biopsia
- Examen no priorizado, resultado tardío
- Deficiente localización de pacientes

En el tratamiento del caso confirmado:

- No se priorizan los casos para tratamiento
- No se cumple la Directiva de acceso preferencial al tratamiento del Cáncer (Res. GCPS N° 067-2010)

Cáncer de Cuello Uterino

Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Se estima alrededor de 500,00 casos anuales en todo el mundo. La incidencia varía mucho, en los países desarrollados ocurren aprox. 20% de los casos, En los países en desarrollo de otras latitudes (África, Asia) se estima que ocurren el 65% de los casos y en Latinoamérica ocurren aprox. 15% de los casos. • En los 90s, en Perú la Tasa de Ca de cuello uterino osciló entre 50 a 63 casos por 100 mil mujeres y hacia finales de la década reciente ha disminuido a 34.5 -37.5 casos por 100 mil mujeres. En EsSalud, la tasa de incidencia estimada de cáncer de cuello uterino en los últimos 10 años oscila entre 8.4 a 17 x 100 mil mujeres aseguradas • El Ca de cuello uterino en el 2010 ha generado alrededor de 10 mil AVISA perdidos en la población femenina afiliada a EsSalud. Ese año murieron entre 60 y 80 mujeres, la mitad de ellas menores de 60 años de edad. • Se considera población de riesgo para Ca de Cuello uterino en EsSalud a la población femenina entre 18 y 59 años de edad. • Se conoce que el Papiloma Virus Humano (PVH) es la causa principal del Ca de cuello uterino (90 a 95% casos). La infección de la mujer con PVH ocurre a partir del contacto sexual (RS). Así lo dicen las evidencias de cáncer: Múltiples compañeros de sexo en ambos (RR=2 -5); Coitarquia a edad precoz (RR=2 -4); Multiparidad (RR=2 -4); No haber tenido PAP antes (RR=2 -6); Previos episodios de ITS** (Herpes-Verrugas) (RR=2 -10). • El desarrollo de cáncer cuello uterino después de una infección de VPH no es inevitable. Se estima que por cada millón de mujeres infectadas, sólo el 10% ó 100,000 mujeres, aproximadamente, desarrollarán cambios precancerosos en las células cervicales (displasia cervical) y de estos, aproximadamente el 8% (8000) desarrollarán cáncer temprano, confinado a las capas externas de las células cervicales (carcinoma <i>in situ</i>); 1600 de estas mujeres llegarán a desarrollar cáncer cuello uterino invasivo. • La cobertura para PAP en EsSalud se ha incrementado en los últimos años (2007 - 2010) de 14% a 16 % de la población en riesgo, siendo algunas redes asistenciales (RAS) de tipo C las de menor cobertura (< 12% : Apurímac, Cajamarca, Tacna, Madre de Dios,). Sin embargo, algunas RAS de nivel A también tienen coberturas bajas (< 14% : Almenara, Rebagliati, Sabogal, Arequipa), La mayor cobertura se ha alcanzado en RAS como Pasco (33%) y Ucayali (30%) . En el 2011, las cifras iniciales señalan 373,369 PAP, pero al haber incrementado la población, la cobertura descendió a 11.6% de la población de riesgo, lo cual señalaría una inestabilidad en la política preventiva. • En el 2010 se realizaron 363,281 estudios de PAP, de los cuales 9749 (2.7%) fueron POSITIVOS. De estos positivos, 20% fueron finalmente ASCUS (células atípicas escamosas de significado indeterminado) y 80% fueron lesiones premalignas y Ca de CU. • Los organismos referentes internacionales consideran que para el éxito de un Programa de Detección y tratamiento oportuno de Ca Cuello Uterino, se requieren cuanto menos cobertura de PAP no menor del 70 % de la población de riesgo. En EsSalud, la cobertura de PAP actualmente es menor de 20%
Descripción del problema	<p>Una mujer que sufre cáncer cervicouterino refleja una enorme inequidad social por cuatro razones fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un acceso desigual de las mujeres pobres a los servicios de salud; • mala calidad y escasa infraestructura de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino en áreas rurales y zonas con alta marginación; • ausencia de prevención primaria con vacunación contra el virus del papiloma humano en mujeres jóvenes debido al costo inaccesible • inequidad de género, porque no sólo es una enfermedad propia de las mujeres, sino que refleja ausencia de perspectiva de género para ofrecer una respuesta social organizada para enfrentar este problema. <p>Las evidencias en medicina nos muestran que el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino son evitables o detectables en fases tempranas y curables. Actualmente, son considerados como</p>

	<p>indicadores de la calidad de un sistema de salud.</p> <p>Existen carencias importantes en los recursos de la institución a nivel de las redes que limitan importantemente la posibilidad de resultados costo efectivos más impactantes en el Ca de Cuello uterino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja cobertura de PAP • Escasez de personal técnico profesional para toma de muestra, lectura. • Escasez de profesionales Anatomopatólogos y citólogos para estudios histológicos y Dx final • Escasez de video colposcopios a nivel nacional. Colposcopios obsoletos en gran parte de las RAS (en 2011 solamente se realizaron 82% de las colposcopias solicitadas por PAP +), • Subregistro de las actividades por carencia de Sistema de información ad hoc e inoperatividad del Registro de Cáncer • Flujo de los pacientes retardado: Procesos de articulación para la atención continuada y oportuna del primer nivel y los niveles de referencia insuficientemente articulados (No obstante existir normativa institucional referida a la detección precoz y al manejo de las lesiones premalignas (Res. GCPS N° 035- 2009 y Res. GCPS N° 042- 2011) y de priorización de la atención al paciente oncológico (Res. GCPS N° 067- 2010) <p>Según estimaciones, se podría incrementar la cobertura de PAP a 70% de la población femenina de 18 a 59 años, con una inversión promedio de alrededor de 40 millones de soles en PAP. Esa inversión aunada a la inversión del tratamiento de las lesiones malignas esperadas (aprox. 40 millones), permitiría ganar aproximadamente 10,000 AVISA en la población, y a la institución reorientar hacia otras prestaciones alrededor de 200 millones de soles.</p>
<p>Abordaje del problema</p>	<p>El Cáncer de Cuello Uterino requiere un abordaje integral:</p> <p>Prevención: El control de factores de riesgo específicos modificables relacionados con la presencia del VPH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar y Sexo seguro y protegido • Retrasar la coitarquia y el primer embarazo hasta después de la edad de 20 años para evitar el contacto del VPH-AR con la metaplasia inmadura adolescente y/o puerperal • Promoción del PAP • Dieta con antioxidantes • Tabaquismo <p>Protección: Vacuna para VPH bajo estándares reconocidos y vigilancia epidemiológica</p> <p>Algunas de estas actividades están consideradas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud</p> <p>Detección precoz: Es la piedra angular de la lucha contra este cáncer.</p> <p>El examen de PAP como método de cribado es bastante eficaz. Si la cobertura de la población de riesgo alcanza el 70%, se logra reducir la mortalidad por cáncer de CU en 75% en la población de riesgo.</p> <p>No basta con incrementar la cobertura de tamizaje por PAP. Dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son primero contar con los recursos necesarios (personal, equipos de Colposcopia, profesionales tecnólogos, capacitados para el diagnóstico y/o tratamiento de lesiones precursoras) y en segundo lugar, garantizar la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el continuum asistencial.</p>

En EsSalud hay limitaciones en ambos aspectos, faltan recursos y no está debidamente estructurado el proceso de atención continua, preferencial y oportuna.

Existe además un problema fundamental para el seguimiento de estos casos y el cáncer en general, y es que, el sistema de información no termina de implementarse contraviniendo las normas ya establecidas (Registro de Cáncer)

No existe tampoco una unidad de monitoreo y seguimiento de la estrategia de intervención (PAP y tratamiento de lesiones)

La estrategia principal debe ser enfocada por un lado a la dotación de los recursos necesarios y de otro lado a un mejoramiento de los procesos de atención buscando mejorar la oportunidad y accesibilidad. Para ello será conveniente abordar los principales procesos de la atención:

En la Toma de muestra PAP:

- Personal suficiente y capacitado en todos los CAS del primer nivel
- Registro completo de personas examinadas

En el resultado de PAP:

- Lectura oportuna: entrega de resultados a 10 días para casos PAP +
- Referencia y /o cita para PAP +

En el manejo de PAP +

- Realización de Colposcopia y entrega de resultados
- Realización de Biopsia, lectura y entrega de resultado
- Referencia de casos confirmados histológicamente al III nivel para Tratamiento

En el tratamiento del caso confirmado:

- Atención priorizada Directiva de acceso preferencial al tratamiento del Cáncer (Res. GCPS N° 067-2010)

SINDROME METABOLICO

Antecedentes

Definición Síndrome Metabólico

- El Síndrome Metabólico (SM) es una entidad clínica, caracterizada por un conjunto de trastornos metabólicos que se expresan a través de cambios en la concentración de determinados mediadores bioquímicos, acompañados o no de presión arterial elevada y/u obesidad central. Particularmente, cada uno de estos trastornos es un factor de riesgo para complicaciones cardio vasculares y Diabetes Mellitus. Sin embargo, la asociación de 3 o más de ellos incrementa exponencialmente el riesgo de Infarto de Miocardio Agudo (IMA), Accidente Cerebro Vascular (ACV) y/o Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT). Los criterios para diagnosticar el SM en adultos (ATP III, OMS, FDI) incluyen la presencia de 3 de los siguientes 5 factores de riesgo cardiovascular: obesidad abdominal, presión arterial elevada, hipertrigliceridemia, disminución del colesterol HDL y RI o hiperglicemia de ayuno o DM2.
- Se le conoce también como **síndrome X**, **síndrome plurimetabólico**, **síndrome de insulinoresistencia**, **síndrome de Reaven** o **CHAOS (Australia)**
- Existen diversas adaptaciones conceptuales generadas por el conocimiento incompleto y no integrado de determinados factores de riesgo comunes y relacionados que a medida que se van conociendo mejor, llevan a un reajuste del concepto y la definición. A ello se suman las diversas mediciones y sus estándares ajustados a las características étnicas de cada población. Se afirma que el sustrato del riesgo asociado a este síndrome, es la resistencia a la insulina y la inflamación endotelial vascular asociada a la placa esclerótica.

Prevalencia y Antecedentes

- La incidencia y prevalencia varía según el método de medición del SM utilizado y la población en estudio. Hasta hace algunos años se media solamente en la población adulta, sin embargo, cada vez hay más evidencias que el SM también se presenta en la población adolescente e infantil. En los países desarrollados (USA y Europa) a mediados de los 90s la prevalencia entre los niños era de 2%, mientras que ahora se habla de 10%¹, llegando en algunos estudios inclusive hasta 25% de niños². Actualmente hay evidencias de que la coexistencia de bajo peso al nacer, perímetro cefálico pequeño, e historia familiar de sobrepeso u obesidad puede ser útil para la detección de niños en riesgo de desarrollar síndrome metabólico en la adolescencia
- En EEUU, la prevalencia de SM va de 25 a 40%.³
- En Trujillo, el 2009, Galarreta y col. ⁴, encontraron que la prevalencia ajustada para la edad del SM en adultos oscila entre 16,1%, 18,8%, 28,4% y 29,5% de la población, según el

¹ Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, Hayman L, Lustig RH, McCrindle B, Mietus-Snyder ML. Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2009;119:628-647.

² Muñoz Calvo, MT (2007). «Síndrome metabólico». *Pediatr Integral* XI (7): pp. 615-622. http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Sindrome_metabolico.pdf

³ Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120: 1640-1645.

	<p>método que se utilice.</p> <ul style="list-style-type: none"> El año 2008, EsSalud implementó este indicador en el ámbito de prestaciones brindadas en el primer nivel. A partir de la sub población de diabéticos e hipertensos , se identificaron a aquellos que cumplían con determinadas características del Síndrome Metabólico (SM) y se les aplicaron una serie de medidas preventivas promocionales para controlarlos, considerando que constituían sub poblaciones de muy alto riesgo y porque las condiciones para desarrollar la estrategia a nivel poblacional no estaban dadas. Se implementó debidamente en aquellas RAS que alcanzaron a optimizar la oferta del primer nivel. Se alcanzó a diseñar un sistema de información específico para monitorear los Acuerdos de Gestión, a partir de un esfuerzo de la OPIS que permitía ingresar la data relacionada con los indicadores de cada iniciativa en forma manual y que permitía al nivel central consolidar la información, pero no verificar la validez de la información en el nivel local. Los resultados de esta estrategia fueron los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a) Se captaron 74,274 pacientes con Síndrome metabólico b) Se controlaron 13,034 pacientes (17.55%) No se continuó con la estrategia al año siguiente por lo tanto no se evidenciaron impactos en la incidencia y/o prevalencia de complicaciones cardiovasculares (IMA, ACV,), ni en la mortalidad por estos daños.
<p>Descripción del problema</p>	<p>El riesgo de ocurrencia de Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), Infarto Agudo de Miocardio (IMA) e Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en pacientes con Síndrome Metabólico (SM) es 4 a 5 veces mayor que en aquellos sin SM, por la comorbilidad que presenta, esto en la institución determina un alto costo social y económico siendo importante la detección precoz e intervención oportuna del Síndrome metabólico debiendo entonces abordar al individuo, también en su contexto familiar, su entorno y considerando el abordaje de los estilos de vida saludables de manera institucional y en alianzas estratégicas ,así como generando capacidad resolutive en los CAS y generando competencias al personal asistencial para su abordaje.</p> <p>El programa de control de Síndrome Metabólico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solamente se aplicó el 2008, luego fue desactivado. El programa solamente incluyó a la subpoblación de Hipertensos y diabéticos, por restricciones presupuestales. No existió un sistema de información adecuado que permitiera sustraer la información directamente desde el SGH. Algunas redes de provincias, desarrollaron adecuadamente el programa, con participación importante de todos los niveles de atención. Sin embargo, las RAS de mayor complejidad, controversialmente, no se involucraron mayormente. Buena proporción del personal del primer nivel no fue debidamente capacitado. Los especialistas en el manejo de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, y de la Obesidad, no se involucraron suficientemente en el programa.
<p>Abordaje del problema</p>	<p>El síndrome metabólico, es un indicador que permite determinar que un paciente tiene un alto riesgo de contraer diabetes y enfermedad cardiovascular y por lo tanto se debe de comenzar con la intervención.</p>

⁴ Galarreta, Carolina, Al Donet, Jean, Huamán, Juan : Síndrome metabólico en la población adulta de Trujillo de acuerdo a diferentes definiciones. Acta Med Per 26(4) 2009

Para efectos de la definición operativa se excluirán aquellos que tengan diagnóstico previo de daño: Hipertensión y DM2.

Criterios para identificar Síndrome Metabólico:

- 1.-Obesidad Central, definida como Circunferencia o perímetro abdominal mayor de 102cm para varones y mayor de 88cm para mujeres.
 - 2.-Hipertrigliceridemia, definida como el valor mayor o igual a 150mg/dl.
 - 3.-Colesterol HDL bajo, definido como valor menor de 40mg/dl
 - 4.-Hipertensión, definida por presión arterial mayor o igual 130/85 mmHg.
 - 5.-Glucosa en plasma: mayor o igual a 100mg/dl.
- *Según NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III) son criterios para identificar Síndrome Metabólico:

Para el diagnóstico de síndrome metabólico se considera 3 o más de los criterios antes citados.

Indicadores Trazadores

Proporción de pacientes detectados con Síndrome Metabólico (no diagnóstico previo HTA ni DM2).

Nº de pacientes detectados con Síndrome Metabólico (no diagnóstico previo de HTA ni DM2) x 100

Población de 18 a 60 años acreditados y adscritos del CAS

Proporción de Pacientes con Síndrome Metabólico Intervenido Controlados (no incluye HTA ni DM2):

Nº de pacientes con SM intervenido controlado (no diagnóstico previo de HTA ni DM2) x 100

Nº total de pacientes detectados con Síndrome Metabólico (no diagnóstico previo de HTA ni DM2)

Pacientes detectados con Síndrome Metabólico a intervenir Son los pacientes asegurados acreditados y adscritos al CAS atendidos entre 18 y 60 años que presentan 3 o más de los criterios establecidos, sin diagnóstico previo de HTA ni DM2.

Población de 18 a 60 años acreditados y adscritos al CAS: es la población acreditada y adscrita entre 18 y 60 años de un determinado ámbito geográfico correspondiente a un CAS.

Pacientes con Síndrome Metabólico intervenido Controlados: Son los pacientes que han sido abordados con las diversas estrategias de manejo de SM y que a la evaluación trimestral cuentan por lo menos con dos de los tres criterios mínimos diagnosticados en condición de controlados.

Total de pacientes detectados con Síndrome Metabólico (sin Diagnóstico previo de HTA y DM2): Son los pacientes con SM que han sido identificados e intervenidos en un periodo de 03 meses.

Estrategias de abordaje:

1.-Se considerara la realización de 02 visitas domiciliarias de intervención, será una cada mes en aquellos pacientes priorizados.

2.-Participación en talleres de estilos de vida saludables: ejemplos 01 taller de actividad física por mes (un taller = participación en 04 sesiones de actividad física al mes, deberán de participar en

talleres de alimentación saludable como: alimentación complementaria, preparación de refrigerios, etc.; y que han mejorado sus hábitos de alimentación asimismo 01 taller de alimentación saludable por mes (un taller=participación en 04 sesiones de alimentación saludable al mes, estas actividades son simultaneas.

3.-Educación para la salud

Enfermedad Renal Crónica

Antecedentes	<p>Existe una alta prevalencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica que requieren terapia sustitutiva o terapias de reemplazo renal, situación que deviene de la intervención parcial sobre la población con factores de riesgo, que incluye fundamentalmente a pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, o adultos mayores de 55 años; y que tiene como resultado el deterioro de la calidad de vida, toda vez que la enfermedad deviene en catastrófica, y tributaria de intervenciones de muy alto costo,</p> <p>La intervención oportuna en términos del actuar sobre los factores de riesgo, y mantener estable y controlada la enfermedad de fondo permite la reversión de los estadios iniciales de la enfermedad renal crónica; y en el caso de los estadios avanzados, posibilita el alejar el inicio de las terapias de sustitución, o si se llegara a ellas, sería en mejores condiciones.</p>
Descripción del problema	<p>Gravedad: La situación del incremento de prevalencia se volverá inmanejable si no se toman medidas concretas dado el incremento de la tasa de crecimiento de pacientes, que ha superado las proyecciones institucionales.</p> <p>Consecuencias sobre la organización: La situación identificada tiene un impacto significativo en los aspectos prestacionales, toda vez que la demanda supera la oferta disponible; altos costos de atención, y en el aspecto de aseguramiento es una de las principales fuentes de selección adversa y riesgo moral.</p> <p>Condiciones institucionales para afrontar la solución: La institución cuenta con herramientas técnicas y potencial humano que permitiría mejorar la situación identificada, si se interviene en la población con factores de riesgo, sin embargo, hay limitaciones para la atención de pacientes en terapias sustitutivas, hay pocos nefrólogos, y la gestión de la lista de espera para trasplantes no es eficaz, amén que hay pocas donaciones de órganos, toda vez que se privilegia el trasplante cadavérico.</p> <p>Iniciativas anteriores al respecto: Se aprobó el plan de salud renal que define las acciones de prevención promoción y recuperación pero a la fecha no se ha implementado de manera concreta. Se propuso asimismo la atención de las terapias de hemodiálisis y diálisis peritoneal mediante Iniciativas privadas, pero no se les otorgó las declaratorias de interés por decisión institucional</p>
Abordaje del problema	<p>Prevención: Intervención en la población con factores de riesgo identificada:</p> <p>Mediante consulta externa, actividades individuales y colectivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con Diabetes Mellitus • Personas con Hipertensión Arterial • Personas mayores de 55 años <p>Detección precoz: Realización de las pruebas de estadiaje a la población con factores de riesgo en el primer nivel de atención; incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa albuminuria creatininuria (dosaje de albúmina creatinina en un alícuota de orina) • Tasa de filtración glomerular (A partir del dosaje de creatinina sérica)

Gestión de Procesos de Atención en Consulta Externa

Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta Externa es uno de los procesos más importantes de la atención médica y constituye la puerta de entrada al sistema de salud de la Institución para resolver los problemas más frecuentes. • La consulta externa se desarrolla en todos los niveles de atención médica y en todos los Centros Asistenciales. • Las cifras macro de los 4 últimos años en Consultas Externa a nivel nacional fueron: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Año:</th> <th style="text-align: center;">2008</th> <th style="text-align: center;">2009</th> <th style="text-align: center;">2010</th> <th style="text-align: center;">2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Concentración:</td> <td style="text-align: center;">3,55</td> <td style="text-align: center;">3,68</td> <td style="text-align: center;">3,71</td> <td style="text-align: center;">3,73</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Rendimiento:</td> <td style="text-align: center;">6,897,2</td> <td style="text-align: center;">7,995,0</td> <td style="text-align: center;">8,664,9</td> <td style="text-align: center;">8,882,3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Total consultas:</td> <td style="text-align: center;">14'519,</td> <td style="text-align: center;">17'661,</td> <td style="text-align: center;">19'305,</td> <td style="text-align: center;">20'252,</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">% incremento:</td> <td style="text-align: center;">19,4%</td> <td style="text-align: center;">45,2%</td> <td style="text-align: center;">58,7%</td> <td style="text-align: center;">66,5%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Total Emergencias</td> <td style="text-align: center;">3'503</td> <td style="text-align: center;">3'821</td> <td style="text-align: center;">4'271</td> <td style="text-align: center;">4'483</td> </tr> </tbody> </table> • Oferta total de Consultorios físicos: 2512. Consultorios funcionales: 3912 • La demanda de consulta externa no resuelta oportunamente deriva la demanda hacia Emergencia, lo cual se revela por el número de atenciones en Emergencia que supera el 22% de atenciones de consulta externa. • Existe un gran diferimiento en las citas para Consulta Externa para especialidades médicas, algunas de estas explicado por la escasez de especialistas como anesestesiólogos, neurocirujanos, neurólogos, cardiólogos, reumatólogos, psiquiatras, entre otros. Esto se acentúa en el Primer Nivel de Atención: Policlínicos donde existiendo especialistas no constituyen una UPS formal y carecen de capacidad resolutive. • La falta de capacidad para resolver los daños en el Primer Nivel de atención genera referencias al II y III nivel de atención. • Al diferimiento de citas a Consulta Externa, se superpone al diferimiento de citas por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos para lo cual, muchas veces, se opta por una atención de consulta externa, en tanto se logre conseguir la cita para el procedimiento ambulatorio. 	Año:	2008	2009	2010	2011	Concentración:	3,55	3,68	3,71	3,73	Rendimiento:	6,897,2	7,995,0	8,664,9	8,882,3	Total consultas:	14'519,	17'661,	19'305,	20'252,	% incremento:	19,4%	45,2%	58,7%	66,5%	Total Emergencias	3'503	3'821	4'271	4'483
Año:	2008	2009	2010	2011																											
Concentración:	3,55	3,68	3,71	3,73																											
Rendimiento:	6,897,2	7,995,0	8,664,9	8,882,3																											
Total consultas:	14'519,	17'661,	19'305,	20'252,																											
% incremento:	19,4%	45,2%	58,7%	66,5%																											
Total Emergencias	3'503	3'821	4'271	4'483																											
Descripción del problema	<ul style="list-style-type: none"> - Gravedad: Las citas ambulatorias presentan un gran diferimiento. El diferimiento de citas se viene incrementando año a año, con un aumento dramático los últimos 5 años, llegándose a registrar más de 80 días de diferimiento en algunas especialidades. - Consecuencias sobre la organización: La falta de acceso a citas genera gran insatisfacción en los usuarios. La inoportunidad en la prestación de los servicios ambulatorios repercute en el proceso salud-enfermedad, ocasiona una mayor "demanda" en los servicios de urgencia-emergencia y tiene consecuencias sobre la vida de nuestros asegurados. - Condiciones institucionales para afrontar la solución: La Institución cuenta con personal médico competente, oferta suficiente de consultorios físicos. Sin embargo, necesita organizar la prestación ambulatoria para satisfacer de manera oportuna, las necesidades de salud de los usuarios articulando los servicios en red y redefiniendo la cartera de servicios del Primer Nivel de Atención. - Iniciativas anteriores al respecto: Para mejorar la oferta asistencial se normó la programación asistencial por 90 días (lo que incrementó la deserción e insatisfacción), la programación se ha realizado en base a la oferta (no existe respuesta flexible ante la demanda), el otorgamiento de citas a través de ESSALUD en Línea (se ocultaron las "colas" y 																														

	<p>la espera es ahora virtual), se incrementó la oferta a través de horas extras y/o RPCT (con lo cual se atiende la demanda del día y no se trabaja con la lista de espera). Por último, para cumplir con cartera de atención primaria los CAS del PNA requerían hacer referencias al II o III nivel de atención.</p>
<p>Abordaje del problema</p>	<p>El problema de la Consulta Externa, requiere un abordaje integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir nueva cartera de servicios para el Primer Nivel de Atención, que pueda resolverse sin necesidad de referencias al II o III Nivel de Atención en las 8 grandes redes asistenciales. - Para pacientes nuevos: Utilizar cupos de <30 días. Para recitas (continuadores): Utilizar la cita que sea necesaria, incluyendo >30 días. - Normar el otorgamiento de tantas citas adicionales, como promedio histórico exista de deserción para los servicios. - Desarrollar e implementar un nuevo parte diario donde se registre en línea la atención médica y no médica por el propio personal asistencial responsable. - Implementar y controlar el cumplimiento de la Contra-referencia Farmacológica. - Desarrollar, implementar y controlar las Guías de Práctica Clínica institucionales. - Realizar una evaluación integral de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos clínico-quirúrgicos para su regulación a través de las Guías de Práctica Clínica y definir el acceso a los mismos, estandarizarlos, facilitar su registro en línea por el profesional responsable, entre otros. - En el II nivel de Atención, con población adscrita, evitar que el paciente deba obtener, como paso previo a una consulta con una especialidad médica, una primera consulta en consultorio de Medicina. - Normar las Interconsultas.

Gestión de Procesos de Atención de Emergencias y Urgencias Médicas

Antecedentes	<p>La atención en emergencia es el espacio que mejor define y caracteriza los niveles de gestión alcanzados por una comunidad en salvaguarda de la vida, es en este punto donde se evidencia el grado de coordinación existente entre la consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico servicios intermedios y sometida al escrutinio social de cualquier gestión</p> <ul style="list-style-type: none"> • En EsSalud se atendieron 1'208,136 pacientes en emergencia a marzo 2012 a nivel nacional <ul style="list-style-type: none"> 64,570 prioridad iv 813,043 prioridad iii 316,974 prioridad ii 13,549 prioridad i • En Lima Metropolitana por redes atendieron 552,727 pacientes en emergencia (46 % del total) <ul style="list-style-type: none"> Almenara: 167,201 Rebagliati: 179,093 Sabogal: 206,438 • La atención de emergencia tiene dos componentes <ul style="list-style-type: none"> -técnico : relacionado con la naturaleza del problema de salud -social : es legítima por mas inadecuada que pueda parecer desde la óptica medica porque compete al sistema sanitario proponer y disponer mecanismos y dispositivos para que se le dé la respuesta adecuada en el nivel en el momento y lugar óptimos • La atención primaria se redujo en EsSalud a la atención con médico general ambulatoria en domicilio con escasa satisfacción de los asegurados estableciéndose turnos nocturnos como alternativa porque los hospitales de nivel I de EsSalud solo atendían urgencias hasta las 17:00 horas • Barreras de accesibilidad: <ul style="list-style-type: none"> horario inadecuados adscripción con distribución inapropiada escasez de servicios • Uso indebido de los servicios de emergencia con prioridades iii y iv sin causa no bien justificada • Baja capacidad resolutoria y alta proporción de referencias por: <ul style="list-style-type: none"> escasez de recursos técnicos deficiente formación científica creciente desmotivación de los profesionales
Descripción del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento progresivo, no contenido, de atenciones en las emergencias de los CAS que están al borde del colapso • Demora en la atención por congestión con prioridades no vitales (III, IV) <ul style="list-style-type: none"> ○ Congestión de hasta 24 % y no es estacional: rendimientos médicos en consulta externa debajo del estándar ○ Falta de citas a los cas o consultorios una vez atendidos prioridades iii, iv rendimientos bajos ○ Demora en tener resultados de exámenes de laboratorio y radiológicos ○ Falta de respuesta oportuna de las interconsultas ○ Estancias en observación que llegan a más de 48 horas ○ Escasas camas libres en el hospital • La demanda en las emergencias es mayor entre 16:00 a 22:00 horas • Los pacientes buscan operarse por emergencia rendimientos de centros Qx y MOPRI cirugía de día • Falta de camas en hospitalización para internar pacientes en departamentos médicos y Quirúrgicos falta de rendimiento de camas • Trato especial a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas estabilizados (VIH TBC)

	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionan por encima de su capacidad con infraestructuras físicas inadecuadas • Déficit de recursos humanos especializados brecha oferta demanda • Débil transporte asistido entre CAS: ratio ambulancias/población Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Nacionales CRUEN y cambio de estructura • Falta de continuidad de atención entre los niveles lineamientos de programación • Falta de protocolos guías procedimientos • Imagen institucional deteriorada
<p>Abordaje del problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surge un replanteo de la emergencia que integre las necesidades de la población de atención hospitalaria con la atención primaria (esta debe ser las 24 horas del y coordinada con otros niveles, continua y permanente y accesible) • De lo anterior deriva la necesidad de coordinar con extra hospitalaria por teléfono CRUEN responsable de asistencia extra hospitalaria) y las emergencias para que por medio de unidades móviles así como de transporte sanitario dentro del marco de la atención primaria se lleve a cabo esta relación • si se quiere dar una respuesta efectiva a la demanda debería procurarse atención inmediata en el mismo lugar del hecho (casa) por parte de un equipo de profesionales altamente calificados y específicamente entrenado que utilizaría tecnología y procedimientos hasta hace poco exclusivos de los servicios hospitalarios • la atención extra hospitalaria constituiría una ampliación de la oferta medica hospitalaria con atenciones de urgencias en domicilio <p>SALUD PUBLICA</p> <p>Atención con calidad enfermedades infecciosas - N° de pacientes tratados con TBC VIH</p> <p>NECESIDAD DE LA POBLACION</p> <p>Horarios de atención que no afecte su trabajo- Creación del turno 16:00 a 22.00 horas</p> <p>USO APROPIADO DE RECURSOS</p> <p>Atención especializada básica de urgencias (medicina interna traumatología, pediatría, cirugía general pediatría, ginecología) - atención de prioridades III y IV sin limite</p> <p>SEGURIDAD</p> <p>Seguridad laboral - Creación comité de seguridad laboral en emergencia</p> <p>COMUNICACIÓN</p> <p>Presencia de tele-operadoras de la CRUEN - N° de tele-operadoras trabajando en emergencia</p> <p>CAPACITACIÓN</p> <p>Cursos de procedimientos en emergencias - 1 curso mensual sobre las patologías más frecuentes</p>

Gestión de Procesos de Atención de Hospitalización

Antecedentes	<p>Los Hospitales de EsSalud cuentan con un conjunto de elementos: organización, medios físicos, materiales, recursos humanos destinados a servicios de hospitalización para recibir pacientes que necesitan atención médica y de enfermería por más de 24 horas, en régimen de internamiento.</p> <p>En EsSalud los hospitales de diversas categorías cuentan con salas de hospitalización organizadas por las grandes especialidades médicas como Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco Obstetricia. En los hospitales de mayor complejidad se cuenta con salas o camas de hospitalización con las subespecialidades médicas y quirúrgicas.</p> <p>Es importante tener en cuenta que estas unidades productoras se encuentran interrelacionadas con la unidades de emergencia, consulta externa y centro quirúrgico, por lo tanto las deficiencias o mejoras en el área de hospitalización tiene un efecto negativo o positivo en las unidades antes mencionadas.</p> <p>Las intervenciones a realizar en estas unidades productivas buscan asegurar un uso más eficiente de los recursos, una mayor efectividad clínica y una adecuada calidad de servicios, y, como consecuencia disminuir las listas de espera, incrementar el rendimiento cama y descongestionar el servicio de emergencia.</p> <p>EsSalud el año 2011, contaba con un total de 7,578 camas, distribuidas el 52% en el tercer nivel, 44% en el segundo nivel y 4% en el primer nivel de atención. El 80% de las camas hospitalarias de la institución están ubicadas en 33 hospitales de un total de 98 hospitales con que cuenta la institución. Debe considerarse además que se registraba un déficit de 1418 camas</p> <p>De otro lado, se registraron 515,595 egresos, de los cuales el 36% fueron en el tercer nivel, el 59% en el segundo nivel y 5% en el primer nivel de atención.</p>
Descripción del problema	<p>Gravedad: El incremento de la población asegurada, de sus necesidades y demandas, exigen de manera urgente realizar mejoras en la gestión de procesos y la gestión de hospitalización, así como incrementar la oferta de camas prioritariamente en los primeros niveles de atención.</p> <p>Consecuencias sobre la organización: El diagnóstico situacional evidencia que la deficiente gestión y el déficit de camas tienen un alto impacto en la atención a los asegurados, toda vez que la magnitud y características de la demanda supera la oferta disponible especialmente en los primeros niveles de atención, generando una práctica excesiva de referencias a los centros asistenciales de mediana y alta complejidad saturando los servicios de hospitalarios.</p> <p>Condiciones institucionales para afrontar la solución: EsSalud cuenta con la rectoría de (conducción, regulación y normatividad), los enfoques metodológicos, los instrumentos, y las herramientas técnicas así como los recursos financieros que le permitan realizar inversiones que mejoren la calidad de la oferta y los gestores clínicos que le permiten implementar las mejoras continuas para revertir la situación actual.</p> <p>Iniciativas anteriores al respecto: Este problema no ha sido abordado de manera integral por la institución, se tiene conocimiento de abordajes parciales con medidas correctivas del corto plazo, sin un impacto evidente sobre los usuarios de los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos institucionales.</p>
Abordaje del problema	<p>1. DESEQUILIBRIO ENTRE LA OFERTA Y DEMANDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevar la capacidad resolutoria de los HI y HII. ▪ Aumento y distribución racional de camas hospitalarias por niveles de atención

- Mejorar el equipamiento tecnológico.
- Aumentar y distribuir racionalmente los RRHH especializados

2. PROCESOS INADECUADOS.

- Mejorar la programación asistencial.
 - Poner en operación los ingresos, transferencias y altas hospitalarias los 365 días del año.
 - Mejorar la disponibilidad de los servicios de apoyo al diagnóstico las 24 horas.
 - Inmediata toma y entrega de resultados de los servicios de apoyo al diagnóstico.
- Reducir a los niveles estándar los ingresos a los servicios de hospitalización por emergencia.
- Atender el vacío normativo respecto a la hospitalización y la continuidad en el proceso de atención.

3. DIFERENCIAS DE MANEJO CLÍNICO ENTRE LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

- Corregir la significativa variabilidad clínica.
- Exigir y auditar la adhesión a los protocolos y guías clínicas.

4. DEFICIENTE GESTION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

- Organización efectiva.
 - i. Establecer la unidad de mando de los servicios de hospitalización.
 - ii. Acabar con el manejo de los servicios de hospitalización como islas donde cada uno opera bajo sus propias reglas.
- Funcionamiento eficiente.
 - i. Asegurar la disponibilidad oportuna de camas.
 - ii. Disminuir la estancia hospitalaria prolongada innecesaria.

5. INAPROPIADA CARACTERIZACION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:

- Información para conocer proporción de pacientes hospitalizados por grupos etarios.
- Contar con información del perfil de los pacientes reingresantes.
- Contar con información que aporte conocimiento sobre el uso de los del servicio de hospitalización por parte de cada paciente.

6. INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO HOSPITALARIO DEFICIENTE:

- Instituir la Historia Clínica Electrónica y portátil de paciente
- Implantar un Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria.

Gestión de Procesos de Atención Quirúrgica

Antecedentes	<p>Las Listas de Espera Quirúrgica tradicionalmente constituyen un problema propio de los sistemas de salud con servicios de alta complejidad. En algunos sistemas de salud (España), existen regulaciones estatales estableciendo los tiempos y procedimientos para la gestión de las listas de Espera. Algunos países establecen garantías explícitas (Chile) que incluyen el tiempo de resolución de determinadas patologías de solución quirúrgica. En ESSALUD la problemática de las listas de espera ha sido objeto de diversas intervenciones, como el despliegue de planes de emergencia de desembalse quirúrgico y el establecimiento de incentivos (mecanismos de pago) generales y específicos a la productividad quirúrgica y esfuerzos en el campo de la regulación de procedimientos técnico-administrativos de proceso quirúrgico (2009). Sin embargo todas estas intervenciones no han alcanzado los resultados esperados y se reconoce este problema como uno de los nudos críticos de la gestión de ESSALUD.</p>
Descripción del problema	<p>Un componente importante del problema de las listas de espera quirúrgica son los lentos avances en la implementación de los procedimientos técnicos, que permiten incorporar la información de los procesos quirúrgicos en el Sistemas de Gestión Hospitalaria (SGH). Recién en el año 2012 se pudo obtener de manera preliminar, una primera Lista de Espera Quirúrgica a nivel nacional que, al mes del corte estadístico (Mayo 2012)), la cual arroja un total de 23,575 pacientes. Parte del problema es la dificultad que tienen algunos Hospitales de Alta Complejidad en automatizar el proceso de gestión de las listas de espera, lo que implica que el verdadero número de pacientes en lista de espera es probablemente sensiblemente mayor.</p> <p>De los 23,575 pacientes, El 64.8% de los pacientes registrados, un total de 15,299 corresponden a los cuatro hospitales con mayor oferta quirúrgica de ESSALUD: HN Rebagliati (4,963) H IV Sabogal (4,299), HN Aguinaga (3,659) y el HN Almenara (2,378), correspondiendo en esta caso a información parcial. El promedio de días de espera en los pacientes notificados es de 203 días, siendo este promedio de 272 días en el cuartil superior de la distribución en los casos incorporados a la estadística de Lista de Espera.</p>
Abordaje del Problema	<p>Se plantean la identificación de los siguientes nudos críticos para abordar el problema</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limitaciones en los Sistemas de Información y falta de compromiso algunas Redes Asistenciales para automatizar todo el proceso de la gestión de listas de espera según la regulación vigente. 2. Existencias de Especialidades que evidencian una significativa concentración de demanda, entre ellas: 3. La falta de criterios técnicos para determinar factores de riesgo clínico y prioridad en la atención (Ausencia de evaluación estructurada de Co Morbilidad) 4. Ausencia de sistemas de gestión óptima a nivel local de los recursos quirúrgicos disponibles, que incluye carencia de seguimiento de productividad individual de los recursos de la Red Asistencial. 5. Ausencia de estrategias para reforzar efectivamente la oferta quirúrgica de niveles intermedios

Gestión de Productos Farmacéuticos, Insumos y Drogas

<p>Antecedentes</p>	<p>El gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total de la institución ha venido creciendo a lo largo de la última década, representando un crecimiento anual promedio del 9.54% fluctuando entre el 12% y 8% dependiendo del año de análisis. Para el 2011, el gasto total representó 557 millones de nuevos soles. Si bien esta tendencia está aunada al crecimiento de la población asegurada, no deja de llamar la atención la magnitud del gasto, derivado principalmente de una selección, prescripción, dispensación y uso de medicamentos muy variados, poco regulados y controlados.</p> <p>Los elementos señalados anteriormente, sumados a los problemas principalmente de adquisición y programación, impactan desfavorablemente en la disponibilidad de los medicamentos a nivel de los Centros Asistenciales de Salud de la Institución.</p>
<p>Descripción del problema</p>	<p>Aunque la información disponible es actualmente fragmentada e incompleta, los problemas sobre disponibilidad, selección, prescripción, dispensación y uso de medicamentos se reflejan en desabastecimiento, pérdidas económicas y de bienestar.</p> <p>Ausencia de un sistema de información completo y oportuno que dé cuenta de lo que está sucediendo en la cadena del medicamento para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención, así como en el nivel central.</p> <p>Ausencia de una estructura orgánica, así como de los recursos necesarios (profesionales, herramientas técnicas y normativas) en la institución que no permite desarrollar líneas de trabajo definidas para la gestión de los medicamentos (en coherencia con la Política Nacional de Medicamentos y la legislación farmacéutica vigente).</p>
<p>Abordaje del problema</p>	<p>Organizar, orientar y asesorar en la metodología de trabajo, incluyendo Estudios de Utilización de Medicamentos.</p> <p>Propuesta de estructura orgánica en el área de medicamentos, así como la asignación de los recursos necesarios para desarrollar líneas de trabajo definidas para la gestión de los medicamentos (en coherencia con la Política Nacional de Medicamentos y la legislación farmacéutica vigente).</p> <p>Actualización de los documentos técnico normativos que correspondan.</p> <p>Disponer de aplicativos y herramienta informáticas par la implementación</p> <p>Conducir e implementar un sistema de información, utilizando metodologías (Estudios de Utilización de Medicamentos) y estándares internacionales (ATC, DDD, PDD, etc.), que permita el análisis en tiempo real del comportamiento de la disponibilidad, selección, prescripción, dispensación y uso de medicamentos a nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Macro, institucional, por grupos farmacológicos, e individualmente de medicamentos • Meso, análisis por redes y centros asistenciales, por grupos farmacológicos e individualmente de los medicamentos • Micro, análisis por grupos farmacológicos e individualmente de los medicamentos <p>Organizar, orientar y asesorar la capacitación sobre medicamentos a las Redes y CAS</p>

Gestión de la Salud Ocupacional

<p>Antecedentes</p>	<p>La Salud Ocupacional, representa para la institución una reserva de oportunidades para mantener una población trabajadora saludable, mantener buenas condiciones en los ambientes de trabajo, reducir los riesgos del trabajo que afectan a los pacientes, mejorar los procesos en suma contribuir en una gestión asistencial más eficiente.</p> <p>En este contexto, las políticas públicas de Seguridad y Salud del Trabajo constituyen un frente esencial para articular respuestas que coadyuven al aumento del bienestar en el trabajo. Actualmente en nuestro país, cuenta con un marco legal, la Ley N° 29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y su Reglamento del Decreto Supremo N° 005-2012-TR, que establece el marco normativo para la implementación de Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, comprometiendo a todos los Empleadores en la Promoción de la Salud Laboral y la Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.</p> <p>El Seguro Social de Salud - EsSalud, desde el año 1996 cuenta con un Área de Seguridad y Salud Ocupacional que diseña e implementa una serie de servicios, productos y herramientas técnicas, dirigidos a apoyar y promover en las empresas y en los Centros Asistenciales de Salud, la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales y tiene el encargo de diseñar estrategias con la finalidad de implementar un Sistema de Gestión de Salud Ocupacional acorde a las actuales cambios en las condiciones laborales y las actividades económicas predominantes.</p> <p>En el año 2008 al evaluar a trabajadores de 20 de las 28 Redes Asistenciales de EsSalud, se encontró que 40% de los evaluados tenían sobrepeso y 20% adicional tenían obesidad (60% de los trabajadores con sobrepeso u obesidad).</p>
<p>Descripción del Problema</p>	<p>EsSalud, institución encargada de administrar el Régimen Contributivo de la Seguridad Social de Salud, administra entre otros seguros de riesgos humanos, el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) el cual brinda cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores de empresas correspondientes a las actividades económicas comprendidas en el S.C.T.R. Enfrenta en la actualidad nuevos retos ante los recientes cambios y tendencias a nivel nacional e internacional tales como: la nueva legislación en seguridad y salud ocupacional, el crecimiento de las actividades económicas sobre todo las extractivas, la creciente competitividad en el mercado de seguros, el incremento de empresas con sistemas de gestión de calidad, la brecha cada vez mayor del impacto de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales entre el empleo formal y el informal, así como las nuevas estrategias y cambios en el modelo de atención orientados hacia una seguridad social más inclusiva y universal.</p> <p>Los permanentes cambios a los cuales se enfrentan las organizaciones demandan a EsSalud la implementación de herramientas de gestión que les permitan la mejora de sus procesos, generando valor a los interesados, con mayor competencia y participación del personal y controlando las pérdidas por accidentes y enfermedades ocupacionales, contribuyendo con el objetivo principal de la intervención de salud y la seguridad que es mejorar la salud y el bienestar de los individuos.</p> <p>Desde el punto de vista institucional, el reciente Plan Estratégico aprobado, obliga a realizar nuevos esfuerzos para garantizar la salud de los trabajadores de EsSalud fin de poder brindar una atención de calidad a los asegurados, como está contemplado en la segunda línea estratégica.</p>
<p>Abordaje del problema</p>	<p>El desarrollo de la Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional en la institución y el desarrollo de acciones de promoción de la salud ocupacional y prevención de los riesgos del trabajo en las empresas aportantes al S.C.T.R. de EsSalud, constituye una oportunidad para mejorar la eficiencia y eficacia de los</p>

procesos asistenciales y administrativos, así como involucrar y concientizar al personal por la mejora de su trabajo.

Bajo la perspectiva de un campo de acción tanto interno como externo en seguridad y salud ocupacional, es que se plantea la elaboración de un Plan de Gestión de Salud Ocupacional, con el propósito de definir las estrategias y acciones que permitan: implementar un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo a nivel institucional y herramientas de gestión y servicios para mejorar las prestaciones que se otorgan por el S.C.T.R. de EsSalud, haciendo de éste un seguro más competitivo, pero de otro lado haciendo énfasis en esta oportunidad, principalmente en los trabajadores de salud de EsSalud . Esta propuesta considera los siguientes aspectos:

1. Fortalecer la gestión de la prevención de riesgos del trabajo y prevención de enfermedades ocupacionales, en los centros asistenciales de EsSalud, con participación y liderazgo efectivo de los niveles Gerenciales.
2. Fortalecer la capacidad operativa de los actuales Centros de Prevención de Riesgos del Trabajo (CEPRIT), y Unidades de Salud Ocupacional Hospitalaria (USOH) dotándolos de los recursos que permitan un adecuado y óptimo funcionamiento.
3. Extender la cobertura de la seguridad y salud en el trabajo en EsSalud acorde a lo señalado en la Ley de SST y su Reglamento, a través de la implementación de CEPRIT y USOH a nivel nacional, en cada uno de los órganos desconcentrados de EsSalud según corresponda.
4. Lograr que los Centros de Prevención de Riesgos del Trabajo, y las Unidades de Salud Ocupacional Hospitalaria sean altamente especializados y considerados como Centros Colaboradores en Salud Ocupacional.
5. Establecer las políticas, estrategias, planes y proyectos relativos al abordaje de las enfermedades ocupacionales y desarrollarlas progresivamente
6. Implementar a nivel institucional el subsistema de información para la gestión de las prestaciones de salud del SCTR y la gestión de salud ocupacional en los trabajadores de EsSalud.
7. Implementar la norma Evaluación Médica Ocupacional en todo EsSalud en forma progresiva.

2. COMPROMISOS GENERALES DE LAS PARTES

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
<p>PREPARACIÓN (Julio - Noviembre)</p>	<p align="center">CANCER DE MAMA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar el marco técnico normativo para la implementación del plan de intervención para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 (Actualización de protocolos estándar y normas clínico preventivas integrales e integradas para el manejo de cáncer de mama con enfoque de daño resuelto y de resultados. 1.2 Actualización de las guías para la gestión de procesos prestacionales relacionados: captación, referencia, seguimiento de casos mamografía sospechosa, biopsia y tratamiento en el nivel II y III respectivamente. 1.3 Formular y aprobar las normas de organización y funciones que permitan establecer una unidad especial encargada del plan de cáncer de mama en la sede central y a nivel de la Red Asistencial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico, análisis y determinación de los obstáculos para implementar las prioridades sanitarias y de gestión a ser intervenidos de manera integral. <p>Requerimientos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. de RRHH, 1.2. equipos, 1.3. medios de apoyo diagnóstico, 1.4. medios materiales 1.5. de información e informáticos. 1.6. Mejora de procesos 2. Conformar la unidad especial encargada de poner en operación el plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama.
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Reglamentar el sistema de registro de cáncer. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Implementar el sistema de registro de cáncer
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Formular el plan de implementación para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. 4. Socialización del plan con los miembros de la unidad técnica responsable de los acuerdos de gestión y de los miembros de la unidad especial del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Participar, directamente o a través de medios virtuales, en la formulación del plan de implementación para la prevención precoz y tratamiento del cáncer de mama. 5. Participación de los miembros de la unidad técnica y de la unidad especial del proceso de socialización del plan de implementación del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. 6. Formular el plan de implementación del plan para la prevención precoz y tratamiento del cáncer de mama a nivel de Red Asistencial
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Asesoría técnica a la redes asistenciales para: <ol style="list-style-type: none"> 6.1 la fase diagnóstica 6.2 determinación de línea de base para la implementación del plan. 6.3 Validación de metas en cobertura de tamizaje anual (mamografías) <ol style="list-style-type: none"> 6.3.1. Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de agosto 2012. 6.3.2. Identificar brecha de recursos 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Realizar: <ol style="list-style-type: none"> 7.1. la fase diagnóstica de brechas 7.2. determinación de línea de base para la implementación del plan. 7.3. Validación de metas en cobertura de tamizaje anual <ol style="list-style-type: none"> 7.3.1. Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de agosto 2012 7.3.2. Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red 7.3.3. Planeamiento y ejecución de

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
	<p>para la meta que proponga la Red</p> <p>6.3.3. Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados S&ER</p> <p>6.3.4. para el fortalecimiento de competencias del personal vinculado con la operatividad del plan a nivel de la Red Asistencial</p> <p>6.3.5. Proceso de cierre de brechas definidas a cubrir</p> <p>6.4 Identificación y mejora de procesos de atención críticos</p>	<p>Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados S&ER</p>
	<p>7. Análisis de la factibilidad técnica y presupuestal para el cierre de brechas y determinación de los niveles de progresividad de la asignación de recursos e implementación del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama.</p>	<p>8. Análisis de factibilidad de redistribución, reasignación de recursos internos a la red para reforzar el plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama.</p>
<p>EJECUCIÓN (Diciembre 2012 - Diciembre 2013)</p>	<p>8. Asesoría Técnica para la Implementación del plan a nivel de la Red.</p> <p>9. Dar prioridad a la dotación de RRHH suficientes y capacitados para la unidad central y la unidad especial a nivel de red del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama.</p> <p>10. Dotación de mayor número de mamógrafos digitalizados en CAS de primer y segundo nivel con estándares de funcionamiento</p>	<p>9. Iniciar proceso de implementación del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama conforme al plan y a las normas técnicas lo que implica:</p> <p>9.1. Completar la implantación del sistema de registro de cáncer de mama, actualizando el registro.</p> <p>9.2. Conducción del sistema de información y estar en capacidad de reportar mensualmente los casos en sus distintas etapas de resolución.</p> <p>9.3. Gestión de proceso de captación, referencia, diagnóstico y prioridad en el tratamiento</p> <p>9.4. Mejorar en el primer nivel de atención la captación, incrementar la cobertura, registro y comunicación a la población objetivo para tamizaje y de resultados , con énfasis en los casos sospechosos</p> <p>9.5. A nivel de los Hospitales I y II optimizar los procesos de atención a pacientes referidas para:</p> <p>10.5.1. Mamografía oportuna en forma estandarizada, comunicación oportuno a los CAS de referencia por las paciente con resultados de mamografía sospechosa y mamografía negativa</p> <p>10.5.2. Referencia de acuerdo a lo dispuesto por el Plan Nacional de Cáncer.</p> <p>9.6. A nivel del Hospital III optimizar la</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
		<p>accesibilidad, oportunidad, registro y, los procesos de atención de las pacientes referidas para:</p> <p>9.7.1. Confirmación diagnóstica (Cirugía, anatomía patológica) evaluación integral.</p> <p>9.7. 2. Tratamiento de cáncer de mama: cirugía, quimioterapia, radioterapia, alta y controles periódicos y contra-referencia</p>
<p>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)</p>	<p>11. Seguimiento y evaluación general del plan de manera trimestral por la unidad especial del plan e informe a la Comisión del Acuerdo de Gestión</p> <p>12. Seguimiento mensual de los indicadores de procesos específicos del plan</p>	<p>10. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan</p> <p>11 Reporte mensual del comportamiento de los indicadores de procesos específicos</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
PREPARACIÓN (Julio - Noviembre)	<p align="center">CÁNCER DE CUELLO UTERINO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar el marco técnico normativo para la implementación del plan de intervención para la prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer uterino. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 (Actualización de protocolos estándar y normas clínico preventivas integrales e integradas para el manejo de cáncer de cuello con enfoque de daño resuelto y de resultados. 1.2 Actualización de las guías para la gestión de procesos prestacionales relacionados: captación, referencia, seguimiento de casos PAP mas colposcopia y biopsia y tratamiento en el nivel II y III. 1.3 Formular y aprobar las normas de organización y funciones que permitan establecer una unidad especial encargada del plan de cáncer uterino en la sede central y a nivel de la Red Asistencial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico, análisis y determinación de los obstáculos para implementar las prioridades sanitarias y de gestión a ser intervenidos de manera integral. Requerimientos <ol style="list-style-type: none"> 1.1. de RRHH, 1.2. equipos, 1.3. medios de apoyo diagnóstico, 1.4. medios materiales 1.5. de información e informáticos. 1.6. Mejora de procesos 2. Conformar la unidad especial encargada de poner en operación el plan para la prevención precoz y tratamiento del cáncer uterino
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Reglamentar el sistema de registro de cáncer. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Implementar el sistema de registro de cáncer.
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Formular el plan de implementación para la prevención precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino. 4. Socialización del plan con los miembros de la unidad técnica responsable de los acuerdos de gestión y de los miembros de la unidad especial del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Participar en la formulación del plan de implementación para la prevención precoz y tratamiento del cáncer uterino directamente o a través de medios virtuales. 5. Participación de los miembros de la unidad técnica y de la unidad especial del proceso de socialización del plan de implementación del plan para la prevención precoz y tratamiento del cáncer uterino. 6. Formular el plan de implementación del plan para la prevención precoz y tratamiento del cáncer uterino.
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Asesoría técnica a la redes asistenciales para: <ol style="list-style-type: none"> 5.1 la fase diagnostica 5.2 determinación de línea de base para la implementación del plan. 5.3 Validación de metas en cobertura de tamizaje anual <ol style="list-style-type: none"> 5.3.1. Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de agosto 2012 5.3.2. Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Realizar: <ol style="list-style-type: none"> 7.1 la fase diagnóstica de brechas 7.2 determinación de línea de base para la implementación del plan. 7.3 Validación de metas en cobertura de tamizaje anual <ol style="list-style-type: none"> 7.3.1 Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de agosto 2012 7.3.2 Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red 7.3.3 Planeamiento y ejecución de Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados S&ER

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
	<p>5.3.3. Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados SE&R</p> <p>5.3.4. para el fortalecimiento de competencias del personal vinculado con la operatividad del plan a nivel de la Red Asistencial</p> <p>5.3.5. Proceso de cierre de brechas definidas a cubrir</p> <p>6. Identificación y mejora de procesos de atención críticos</p> <p>7. Análisis de la factibilidad técnica y presupuestal para el cierre de brechas y determinación de los niveles de progresividad de la asignación de recursos e implementación del plan para la prevención precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino.</p>	<p>8. Análisis de factibilidad de redistribución, reasignación de recursos internos a la red para reforzar el plan para la prevención precoz y tratamiento del cáncer uterino</p>
<p>EJECUCIÓN (Diciembre 2012- Diciembre 2013)</p>	<p>8. Asesoría Técnica para la Implementación del plan a nivel de la Red.</p> <p>9. Dar prioridad a la dotación de RRHH suficientes y capacitados para la unidad central y la unidad especial a nivel de red del plan para la detección precoz y tratamiento del cáncer uterino.</p> <p>10. Dotación de mayor número de video colposcopios en hospitales referenciales</p>	<p>9. Iniciar proceso de implementación del plan para la prevención y detección precoz y tratamiento del cáncer uterino conforme al plan y a las normas técnicas lo que implica:</p> <p>9.1. Completar la implantación de sistema de registro de cáncer uterino, actualizando el registro.</p> <p>9.2. Conducción del sistema de información y estar en capacidad de reportar mensualmente los casos en sus distintas etapas de resolución.</p> <p>9.3. Gestión de proceso de captación, referencia, diagnóstico y prioridad en el tratamiento</p> <p>9.4. Mejorar en el primer nivel de atención la captación, incrementar la cobertura, registro y comunicación a la población en riesgo para tamizaje, realizar el PAP en forma estandarizada, comunicación, referencia y seguimiento oportuno del paciente con resultados positivos de PAP, con diagnóstico confirmado y referido a tratamiento</p> <p>9.5. A nivel de los Hospitales I y II optimizar los procesos de atención a pacientes referidas para:</p> <p>9.5.1. Lectura oportuna de PAP</p> <p>9.5.2. Confirmación diagnóstica (Anatomía patológica) cirugía y referencia/contra-referencia de acuerdo a lo dispuesto por el Plan Nacional de Cáncer.</p> <p>9.5.3. Tratamiento de lesiones tempranas</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
		(NIC I NIC II) 9.6. A nivel del Hospital III optimizar la accesibilidad, oportunidad, registro y, los procesos de atención de las pacientes referidas para: 9.6.1. Confirmación diagnóstica (Cirugía, anatomía patológica) evaluación integral. 9.6.2. Tratamiento de cáncer de cuello uterino cirugía, quimioterapia, radioterapia, alta y controles periódicos y contra-referencia
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)	11. Seguimiento y evaluación general del plan de manera trimestral por la unidad especial del plan e informe a la Comisión del Acuerdo de Gestión	10. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan
	12. Seguimiento mensual de los indicadores de procesos específicos del plan	11. Reporte mensual del comportamiento de los indicadores de procesos específicos
	13. Análisis de la factibilidad técnica y presupuestal para la cobertura y control de población con Síndrome Metabólico (SM) y determinación de los niveles de progresividad de la asignación de recursos e implementación del plan.	12. Análisis de factibilidad de redistribución, reasignación de recursos internos a la red para reforzar el plan para el Control del Síndrome Metabólico.

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
<p>PREPARACIÓN (Julio-Noviembre)</p>	SINDROME METABOLICO	
	<p>1. Desarrollar el marco técnico normativo para la implementación del plan de Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico</p> <p>1.1 Definición de la entidad clínica Síndrome Metabólico (SM) aplicable a la población afiliada a EsSalud y determinación de población objetivo.</p> <p>1.2 Diseño de protocolos estándares y normas para el manejo de la Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico.</p> <p>1.3 Identificación de los procesos prestacionales relacionados con: captación, seguimiento y manejo de la Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico.</p> <p>1.4 Diseño e implementación de un sistema de información ad hoc para la Detección Precoz e intervención Oportuna del Síndrome Metabólico</p>	<p>1. Diagnóstico, análisis y determinación de las etapas de implementación del Plan Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico.</p> <p>2. Determinación de necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RRHH, ○ Equipos, ○ Medios de apoyo diagnóstico, ○ Medios materiales ○ Información e informáticos. ○ Mejora de procesos
	<p>2. Formular y aprobar las normas de organización y funciones que permitan establecer una unidad funcional encargada del plan de Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico</p>	<p>3. Proponer mejoras de las normas de organización y funciones de la Red Asistencial al nivel central.</p>
	<p>3. Formular el plan de implementación para la detección y control de pacientes con Síndrome Metabólico (SM).</p> <p>4. Socialización del plan con los miembros de la unidad técnica responsable de los acuerdos de gestión y de los miembros de la unidad especial del plan.</p>	<p>4. Participar en la validación del plan de Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico.</p> <p>5. Participación de los miembros de la unidad técnica funcional en el proceso de socialización e implementación del plan de Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico</p>
	<p>5. Asesoría técnica a la redes asistenciales para:</p> <p>5.1. La fase estandarización de criterios del Plan de Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico</p> <p>5.2. Establecimiento de metas</p> <p>5.2.1. Identificar brecha de</p>	<p>6. Realizar:</p> <p>6.1. La determinación de brechas: Población objetivo vs. Recursos para el plan.</p> <p>6.2 Validación de metas.</p>

	<p>recursos para la meta que proponga la Red</p> <p>5.2.2. Seguimiento, monitoreo y Evaluación de Resultados</p> <p>5.2.3. Fortalecimiento de competencias del personal operativo</p> <p>6. Estandarización de procesos de atención</p>	<p>6.2.1. Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red.</p> <p>6.2.2. Implementación y ejecución del plan.</p> <p>6.2.3. Fortalecimiento de competencias del personal operativo</p> <p>7. Implementación de los procesos para la atención.</p>
	<p>7. Análisis de factibilidad técnica y presupuestal para la cobertura y control de población con Síndrome Metabólico (SM) propuesto.</p>	<p>8. Análisis de factibilidad de redistribución, reasignación de recursos internos a la red para reforzar el plan.</p>
<p>EJECUCIÓN (Diciembre 2012- Diciembre 2013)</p>	<p>8. Asesoría Técnica para la Implementación del plan a nivel de la Red.</p> <p>9. Gestión de la asignación presupuestal para la dotación de RRHH suficientes, competentes y capacitados.</p> <p>10. Gestión de la asignación presupuestal para la dotación de mayor capacidad resolutive de laboratorio clínico y medicamentos en el primer nivel de atención</p>	<p>9. Implementar el plan de Detección Precoz e Intervención Oportuna del Síndrome Metabólico así como el establecimiento de alianzas estratégicas.</p> <p>10. Implementación de los procesos para la asignación de RRHH.</p> <p>11. Implementación de los procesos para la adquisición de equipos de laboratorio.</p> <p>12. Adecuación, implementación y conducción del sistema de información y capacidad de reportar mensualmente los casos.</p>
<p>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)</p>	<p>11. Evaluación mensual de los indicadores de procesos específicos del plan</p> <p>12. Seguimiento y evaluación general del plan de manera trimestral por la Comisión del Acuerdo de Gestión</p>	<p>13. Reporte mensual del comportamiento de los indicadores</p> <p>14. Reporte analítico trimestral de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan.</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
<p style="text-align: center;">PREPARACIÓN (Julio- Noviembre)</p>	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar y unificar el marco técnico normativo para la implementación del plan de intervención para la detección precoz y tratamiento de la enfermedad renal crónica. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Actualización de la Cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención a fin de precisar los requerimientos de estadiaje para enfermedad renal crónica. 1.2 Actualización de los lineamientos de programación para discriminar la actividad de consejería en enfermería, del conjunto de atenciones de enfermería. 1.3 Aprobación del Proceso Operativo Asistencial integrado para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. 1.4 Implantar e implementar el Proceso Operativo Asistencia Integrado para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. 1.5 Elaborar, implantar y hacer seguimiento de la implementación de la Guía Operativa para la implementación del Proceso Operativo Asistencial para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. 1.6 Establecer las unidades funcionales encargadas de la conducción del Proceso Operativo Asistencial Integrado de la enfermedad renal crónica a nivel de la Sede Central y de las Redes Asistenciales. 1.7 Brindar la asistencia técnica requerida a las Redes Asistenciales para la implementación del Proceso Operativo Asistencial Integrado de Enfermedad Renal Crónica. 1.8 Establecer competencias y responsabilidades para la conducción del Plan Nacional de Salud Renal. 1.9 Identificar los requerimientos presupuestales para la implementación del Plan Nacional de Salud Renal y el Proceso Operativo Asistencial Integrado para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica dentro de los presupuestos operativos de las redes asistenciales. 1.10 Validar las brechas oferta demanda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico, análisis y determinación de los obstáculos para implementar y gestionar la ERC de manera integral. Requerimientos <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Recursos Humanos 1.2. Capacidad Resolutiva para apoyo al diagnóstico en el primer nivel de atención. 1.3. Sistemas de información. 1.4. Estimación de la demanda potencial. 1.5. Estimación de brechas oferta demanda. 1.6. Recursos presupuestales necesarios. 2. Implementar la Unidad Funcional encargada en la Red Asistencial y en los Centros Asistenciales a cargo de la implementación del Proceso Operativo Asistencial Integrado para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. 3. Implementar el Proceso Operativo Asistencial Integrado para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica, de acuerdo a la Guía operativa para la implementación, aprobada, a nivel de los Centros Asistenciales de la Red.

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
	<p>en lo referente a capacidad resolutoria de los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención y de los Recursos Humanos necesarios.</p>	
	<p>2. Validación y aprobación de los requerimientos presupuestales para la implementación del Plan de Salud Renal y el Proceso Operativo Asistencial Integrado para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica.</p>	<p>4. Determinación, y validación de los requerimientos presupuestales para la implementación del Plan Nacional de Salud Renal y del Proceso Operativo Asistencial para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica.</p>
	<p>3. Asesoría técnica a la red asistencial para:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 La fase diagnóstica 3.2 Determinación de línea de base para la implementación del plan. 3.3 Validación de metas en cobertura de tamizaje anual <ul style="list-style-type: none"> 3.3.1 Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de junio 2012 3.3.2 Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red 3.3.3 Establecer el sistema de Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados SSE&R 3.3.4 Fortalecimiento de competencias del personal vinculado con la operatividad del Plan Nacional de Salud Renal y del Proceso Operativo Asistencial para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. 3.3.5 Proceso de cierre de brechas definidas a cubrir 	<p>5. Realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1. La fase diagnóstica de brechas 5.2. Determinación de línea de base para la implementación del plan. 5.3. Validación de metas en cobertura de tamizaje anual 5.4. Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de junio 2012 5.5. Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red 5.6. Establecer el sistema de Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados SSE&R
	<p>4. Análisis de la factibilidad técnica y presupuestal para el cierre de brechas y determinación de los niveles de progresividad de la implementación del plan para la prevención precoz y tratamiento de la enfermedad renal crónica.</p>	<p>6. Análisis de factibilidad de reasignación de recursos internos a la red para reforzar el plan para la prevención precoz y tratamiento de la enfermedad renal crónica</p>
	<p>5. Asesoría Técnica para la Implementación del plan a nivel de la Red.</p>	<p>7. Iniciar proceso de implementación del plan para la prevención precoz y tratamiento de la enfermedad renal crónica conforme al plan y a las normas técnicas lo que implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1. A nivel de la Red Asistencial : <ul style="list-style-type: none"> 7.1.1. Racionalizar el empleo de recursos humanos. 7.1.2. Mejorar los procesos internos para el otorgamiento de prestaciones asistenciales en los tres niveles de atención

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
		<p>7.1.3. Garantizar el abastecimiento de bienes estratégicos, materiales e insumos para las prestaciones asistenciales en los tres niveles de atención.</p> <p>7.1.4. Implementar el proceso operativo asistencial integrado de enfermedad renal crónica en los centros asistenciales con población adscrita y hospitales de referencia.</p> <p>8. En el primer nivel de atención y en los centros hospitalarios con población adscrita deberán:</p> <p>8.1. Implementar el proceso operativo asistencial integrado de enfermedad renal crónica.</p> <p>8.2. Implementar los procesos y procedimientos para el estadiaje en enfermedad renal crónica, y desarrollar las actividades individuales y colectivas de promoción de la salud.</p> <p>8.3. Incrementar la cobertura de estadiaje de la población con factores de riesgo.</p> <p>8.4. Disminuir el diferimiento en consulta externa y apoyo al diagnóstico.</p> <p>8.5. Optimizar los procesos de atención de pacientes con enfermedad renal crónica.</p> <p>9. En los hospitales de referencia:</p> <p>9.1. Optimizar los procesos de referencia y contra-referencia.</p> <p>9.2. Implementar una organización funcional que permita la priorización de la atención de pacientes con enfermedad renal crónica con límites de diferimiento razonables.</p> <p>9.3. Implementar el proceso operativo asistencial integrado de enfermedad renal crónica.</p>
<p>EJECUCIÓN (Diciembre 2012 - Diciembre 2013)</p>	<p>6. Prioridad presupuestal para:</p> <p>6.1 Mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en las áreas de apoyo al diagnóstico.</p> <p>6.2 Asegurar los recursos profesionales en el primer nivel de atención e intervenir para cerrar la brecha entre la oferta y la demanda.</p> <p>6.3 Dotación de los aplicativos informáticos y herramientas tecnológicas de la información para la implementación del proceso operativo asistencial integrado de enfermedad renal crónica.</p>	

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
	7. Seguimiento y evaluación general del plan de manera trimestral por la unidad especial del plan e informe a la Comisión del Acuerdo de Gestión	10. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
PREPARACIÓN (Julio-Noviembre)	GESTION DE PROCESOS DE ATENCION DE CONSULTA EXTERNA	
	1. Adecuar el marco técnico normativo para la implementación del plan de intervención para la mejora de la Consulta Externa.	1. Diagnóstico, análisis y determinación de los obstáculos para implementar el plan de intervenciones para la mejora de la Consulta externa.
	2. Formular y aprobar las normas de organización y funciones que permitan implantar las mejoras en el área Consulta Externa.	2. Implementar las normas de organización y funciones emitidas por la Presidencia Ejecutiva de EsSalud.
	3. Formular el plan de implementación para la mejora de la Consulta Externa. 4. Socialización del plan con la Gerencia de la Red Asistencial y Hospital de Base.	3. Participar en la formulación del plan de implementación para la mejora de la Consulta externa directamente o a través de medios virtuales.
	5. Normar el establecimiento de una unidad de mando central responsable de Consulta Externa a nivel de hospitales de referencia y hospitales III . 6. Actualizar: 6.1. la norma de parte diario, médico y no médico 6.2. la norma de programación de Consulta externa 7. Normar las UPS, de acuerdo al nivel del CAS, su Categoría y la realidad sanitaria y territorial expresada en el Plan de Salud de la Red 8. Normar los procedimientos médico quirúrgicos diagnósticos y terapéuticos 9. Desarrollar las Guías de Práctica Clínica (GPC) institucionales: 9.1. Estandarizadas, articulando el trabajo en Red, por niveles, definiendo los procedimientos a realizar, la terapia, el tiempo máximo de espera para los procedimientos, las garantías, las guías de información al paciente, entre otros. 9.2. Priorizar el desarrollo de GPC considerando las "prioridades sanitarias" y las "enfermedades catastróficas".	4. Realizar: 4.1. la fase diagnóstica de brechas 4.2. determinación de línea de base para la implementación del plan. 4.2.1. Establecer las metas 4.2.2. Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red 5. Identificar la oferta de Consulta Externa, mejorar los procesos internos y optimizar la oferta. 6. Evaluar la demanda de Consulta Externa. 7. Identificar brecha de recursos y gestionar los recursos necesarios para ejecutar la meta anual y de cada período. 8. Realizar la programación asistencial en base a la demanda y evaluar su ejecución.
	10. Análisis de la factibilidad técnica y presupuestal para el cierre de brechas y determinación de los niveles de progresividad de la implementación del plan para la mejora de la Consulta externa.	9. Análisis de factibilidad de reasignación de recursos internos a la red para reforzar el plan para la mejora de la Consulta externa
	11. Brindar la asesoría técnica para la	10. Iniciar proceso de implementación del plan para

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
	Implementación del plan y en la operación, monitoreo y evaluación de resultados.	<p>la mejora de la Consulta externa conforme al plan y a las normas técnicas lo que implica:</p> <p>A Nivel de red</p> <p>10.1. Articular los servicios de la red para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención médica</p> <p>10.2. Articular el trabajo clínico-sanitario en red, en el marco de las Guías de Práctica Clínica-Institucionales.</p>
<p>EJECUCIÓN (Diciembre 2012- Diciembre 2013)</p>	<p>12. Gestionar la dotación de recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos y materiales necesarios para la prestación de salud ambulatoria.</p> <p>13. Capacitar a los Médicos Generales, de Familia o Integrales en el manejo de los daños priorizados utilizando las GPC.</p>	<p>A nivel de hospital base o de referencia</p> <p>11. Optimizar los procesos del sistema de referencia y contra-referencia.</p> <p>12. Asegurar el cumplimiento de las contra-referencias en general y farmacológicas en particular.</p> <p>13. Implementar el "factor de corrección de la deserción" en consulta externa.</p> <p>14. Facilitar el acceso a consulta de especialidades médicas sin un paso previo, que no agregue valor. Utilizar alguna forma de "triaje" simple que evite incrementar la concentración de consultas y realizarla sólo en casos pertinentes.</p> <p>15. Brindar asistencia técnica a los CAS de la Red.</p> <p>En el primer nivel de atención</p> <p>16. Articular el trabajo clínico-sanitario en red, en el marco de las Guías de Práctica Clínica Institucionales.</p> <p>17. Optimizar los procesos del sistema de referencia y contra-referencia.</p> <p>18. Asegurar el cumplimiento de las contra-referencias en general y farmacológicas en particular.</p> <p>19. Implementar el "factor de corrección de la deserción" en consulta externa.</p> <p>20. Facilitar el acceso a consulta de especialidades médicas sin un paso previo, que no agregue valor. Utilizar alguna forma de "triaje" simple que evite incrementar la concentración de consultas y realizarla sólo en casos pertinentes.</p> <p>21. Brindar asistencia técnica a los CAS de la Red.</p>
<p>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012-Dic 2013)</p>	<p>14. Seguimiento y evaluación general del plan de manera trimestral por la unidad especial del plan e informe a la Comisión del Acuerdo de Gestión</p> <p>15. Seguimiento mensual de los indicadores específicos del plan</p>	<p>22. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan</p> <p>23. Reporte mensual del comportamiento de los indicadores específicos</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
PREPARACIÓN (Julio-Noviembre)	GESTION DE PROCESOS DE ATENCION DE EMERGENCIA	
	1. Adecuar el marco técnico normativo para la implementación del plan de mejora de la Emergencia.	1. Diagnóstico, análisis y determinación de los obstáculos para implementar el plan de intervenciones para la mejora de la Emergencia.
	2. Formular y aprobar las normas de organización y funciones que permitan implantar las mejoras en el área Emergencia.	2. Implementar las normas de organización y funciones emitidas por la Presidencia Ejecutiva de EsSalud.
EJECUCION (Diciembre 2012- Diciembre 2013)	3. Formular el plan de implementación para la mejora de la Emergencia. 4. Socialización del plan con la Gerencia de la Red Asistencial y Hospital de Base. 5. Brindar la asesoría técnica para la Implementación del plan y en la operación, monitoreo y evaluación de resultados. 6. Proveer de instrumentos técnicos y otorgar asistencia técnica a las redes asistenciales para el desarrollo y cumplimiento oportuno de las metas contenidas en el acuerdo de gestión. 7. Asignar los recursos presupuestales necesarios en el contexto de la normativa y marco presupuestal vigente, a fin de concretar las acciones necesarias para la obtención de los indicadores y metas del acuerdo. 8. Brindar apoyo y asistencia técnica para mejorar los procesos logísticos, a efectos de aprovisionar oportunamente los recursos necesarios para la obtención de los indicadores propuestos. 9. Estandarizar los procesos de atención en emergencia 10. Difundir los documentos técnicos y asegurar capacitación 11. Mejorar la capacidad resolutive del primer nivel y actualizar carteras de servicios en atención primaria 12. Dotar de aplicativos informáticos y tecnologías de comunicación modernas y de alcance nacional 13. Modificar la relaciones estructurales de la atención extra hospitalaria Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Nacionales (CRUEN)	3. Participar en la formulación del plan de implementación para la mejora de la Emergencia directamente o a través de medios virtuales. 4. Iniciar proceso de implementación del plan para la mejora de la Emergencia conforme al plan y a las normas técnicas lo que implica: A Nivel de red 4.1 Mejorar por niveles el otorgamiento de prestaciones asistenciales 4.2 Implementar en los CAS las estrategias establecidas para emergencias. 4.3 Orientar en forma racional los recursos financieros, disponiendo el abastecimiento oportuno de insumos para el logro de los indicadores establecidos en el acuerdo de gestión. 4.4 Designar un gestor responsable para llevar a cabo las mejoras en emergencias de los CAS 4.5 Lograr las metas específicas del acuerdo, orientadas al mejoramiento del estado de salud de la población asegurada, desarrollando innovaciones en la gestión de los servicios de salud y utilizando con eficiencia los recursos asignados. A Nivel de CAS con población adscrita 4.6 Implementar el plan operativo para emergencia 4.7 Implementar procesos y procedimientos de emergencia 4.8 Identificar por prioridades la demanda real, la potencial y la no sentida 4.9 Reconocer la cobertura que se realiza a la población adscrita 4.10 Optimizar la atención de pacientes con enfermedades infecto contagiosas estables 4.11 Identificar y protocolizar las 5 patologías más frecuentes en emergencias 4.12 Seguridad de pacientes y trabajadores. 4.13 Implementar todos los documentos de protocolos y políticas de salud A Nivel de Hospital de Base 4.14 Optimizar las referencias y contra-referencias

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)	14. Seguimiento y evaluación general del plan de manera trimestral por la unidad especial del plan e informe a la Comisión del Acuerdo de Gestión	5. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan
	15. Seguimiento mensual de los indicadores específicos del plan	6. Reporte mensual del comportamiento de los indicadores específicos
INDICADORES	<p>Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancias iguales o mayores a 24 horas</p> <p><u>Definición.</u>- es el porcentaje de pacientes que permanecen hospitalizados en sala de observación con estancias iguales o mayores a 24 horas.</p> <p><u>Qué mide.</u>- permite evaluar la eficacia y calidad de la atención del servicio de emergencia, así como la interrelación con los servicios de apoyo al diagnóstico y hospitalización.</p> <p><u>Cálculo.</u>- $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con estancias } \geq 24 \text{ horas en sala de observación}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes - día en sala de observación}} \times 100$</p> <p><u>Estándar:</u> hospital ii – 1: 5% hospital ii – 2: 8% hospital iii – 1: 10%</p> <p><u>Datos requeridos.</u>- <u>Pacientes-días en sala de observación.</u>- establece los días en que las camas de sala de observación se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día). si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la practica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día.</p> <p><u>Período de medición:</u> mensual.</p>	

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCION	COMPROMISOS DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES BASE
PREPARACION (Julio – Noviembre)	GESTION DE PROCESOS DE ATENCION DE HOSPITALIZACION 1.- Actualizar y complementar el marco técnico normativo para la implementación del Plan de Mejora Continua de las UPS de Hospitalización en EsSalud. 1.1. Actualización del Manual de Normas y procedimientos (visitas por la tarde, alta días feriados) 1.2. Concluir con la adscripción "cero" a los Hospitales Referenciales. 1.3. Actualizar y estandarizar los criterios de programación. 1.4. Diseñar la norma técnica de Alta precoz y atención post hospitalaria de manera integral. 1.5. Actualizar el Sistema Informático de Gestión Hospitalaria en el marco de la implementación de la gestión clínica, gestión de la enfermedad, DRGs y nuevos mecanismos de asignación de recursos y presupuesto por resultados. 1.6. Actualizar el Plan Director de la red identificando las inversiones al corto, mediano y largo plazo.	1. Diagnostico situacional de la UPS de Hospitalización de los centros asistenciales de la Red. 1.1. Análisis de la Capacidad instalada, Determinación de la capacidad resolutive, Determinación de la capacidad la capacidad instalada ociosa, Elaboración de propuesta de redistribución de camas. 1.2 Definir las necesidades de recursos humanos, equipamiento y otros recursos. 1.3. Analizar los beneficios y dificultades para implementar criterios estandarizados de programación de los recursos y procesos de atención en hospitalización. 1.4 Analizar los beneficios y viabilidad de implementar: la visita médica por la tarde, Altas los días feriados y atención de apoyo al diagnóstico 24 horas del día para pacientes hospitalizados. 1.5. Evaluar la viabilidad de Implementar el alta precoz y atención post hospitalaria. 1.6. Evaluar la viabilidad técnica para implementar un nuevo sistema de información. 1.7. Elaborar el Balance oferta-demanda identificando las necesidades inversión en la red asistencial.
	2. Actualizar y aprobar las normas de Organización y funciones que permitan establecer un responsable encargado de la gestión del recurso cama en los centros asistenciales.	2. Designar a un responsable líder de la gestión del recurso cama.
	3. Formular la Metodología para la elaboración de Proyectos de Mejora de la Gestión de las UPS de Hospitalización en el marco de los acuerdos de gestión.	3. Desarrollar el Proyecto Local de Mejora de la gestión de las UPS de Hospitalización. 3.1 Participar en la formulación del Plan de mejora para la Gestión de la UPS de Hospitalización 3.2. Participación de los jefes de departamento y servicio para la formulación del proyecto de mejora.
	4. Actualizar y complementar las Guías Clínicas de las principales patologías incluyendo las funciones y responsabilidad en cada nivel de atención.	4. Difusión de la guías clínicas
	5. Asesoría Técnica a las redes asistenciales 5.1 Elaboración del diagnóstico situacional 5.2. Elaboración del plan de mejora 5.3. Implementación de las normas técnicas	5.- Realizar 5.1 Diagnostico situacional 5.2. Proyecto de mejora. 5.3. Programación estandarizada.
EJECUCION	6. Asesoría Técnica para la implementación	6. Iniciar el procesos de implementación de las

<p>(Diciembre 2012 – Diciembre 2013)</p>	<p>del Proyecto de mejora de la gestión de las UPS de hospitalización.</p>	<p>acciones planificadas conforme el Proyecto de mejora</p> <p>6.1. Designar el responsable líder de las UPS de Hospitalización</p> <p>6.2. Visita médica por la tarde, alta los días feriados y apoyo al Diagnóstico 24 horas del día.</p> <p>6.3. Implementar el alta precoz y atención post hospitalaria.</p> <p>6.4. Implementar el uso de la Guías clínicas.</p> <p>6.5. Implementar un nuevo sistema de información basado en la gestión clínica, gestión de la enfermedad y presupuesto por resultados.</p> <p>6.6. Elaborar el plan Director de la red con la identificación, priorización de las inversiones por niveles a desarrollar en los próximos 10 años.</p>
<p>SEGUIMIENTO (Enero 2012 – Diciembre 2015)</p>	<p>7. Seguimiento y evaluación del proyecto de Mejora de la UPS de hospitalización y reportes a la comisión de Acuerdos de Gestión.</p> <p>8. Seguimiento mensual de los indicadores de gestión de la hospitalización</p> <p>9. Elaboración de un plan de estímulos y reconocimiento a las redes Asistenciales de mejor Desempeño.</p>	<p>7. Reporte cualitativo y cuantitativo de la implementación de las actividades previas y del proyecto de mejora de la UPS de Hospitalización</p> <p>8. Reporte mensual de los indicadores de gestión de la Hospitalización.</p> <p>9.- Difusión de los resultados y compromiso de la redes</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
<p>PREPARACIÓN (Julio-Noviembre)</p>	GESTIÓN DE PROCESOS DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar y unificar el marco técnico normativo para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Actualización de normativa de Gestión de Listas de Espera actualmente Vigente. 1.2 Desarrollar e implementar las adecuaciones al Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) que permitan el funcionamiento óptimo del módulo de MOPRI 1.3 Establecer una unidad de especial para la implementación y conducción del proceso operativo asistencial integrado de Gestión de Listas de Espera Quirúrgica 1.4 Identificar los requisitos presupuestales para la implementación del Plan Nacional de Gestión de Listas de Espera Quirúrgica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico, análisis y determinación de los obstáculos para implementar y gestionar las Listas de Espera Quirúrgica, sinceramiento de información de recursos disponibles en los siguientes términos: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. de RRHH, 1.2. equipos, 1.3. medios de apoyo diagnóstico, 1.4. medios materiales 1.5. información disponible y recursos informáticos 1.6. Capacidad de Oferta Máxima en función de los recursos de infraestructura y recursos humanos disponibles.
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Formular y aprobar las normas de organización y funciones que permitan establecer una unidad especial encargada del programa de Gestión de Listas de Espera Quirúrgica y a nivel de la Red Asistencial 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Conformar la unidad especial encargada de poner en operación el programa de Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. 3. Implementar el programa según normativa, automatizando toda la gestión de la Listas de Espera Quirúrgica, constituyendo falta administrativa severa todo acto quirúrgico gestionado al margen del proceso automatizado en el SGH.
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Formular el plan de implementación para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. 4. Socialización del plan con los miembros de la unidad técnica responsable de los acuerdos de gestión y de los miembros de la unidad especial del programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Participar en la formulación del plan de implementación para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. a través de medios virtuales. 5. Participación de los miembros de la unidad técnica y de la unidad especial del proceso de socialización del plan de implementación del programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. 6. Formular el plan de implementación del programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica.
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Asesoría técnica a la red asistencial para: <ol style="list-style-type: none"> 5.1 la fase diagnóstica 5.2 determinación de línea de base para la implementación del programa. 5.3 Validación de metas en producción anual. Identificación de segmentos prioritarios para programación quirúrgica <ol style="list-style-type: none"> 5.3.1. Identificación de capacidad 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Realizar: <ol style="list-style-type: none"> 7.1. la fase diagnóstica de brechas 7.2. determinación de línea de base para la implementación del programa. 7.3. Validación de metas de producción quirúrgica <ol style="list-style-type: none"> 7.3.1. Identificación de capacidad máxima de producción al 30 de junio 2012 7.3.2. Identificar brecha de recursos para

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
	<p>máxima de producción al 30 de junio 2012.</p> <p>5.3.2. Identificar brecha de recursos para la meta que proponga la Red.</p> <p>5.3.3. Establecer el sistema de Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados SS&ER</p> <p>5.3.4. Fortalecimiento de competencias del personal vinculado con la operatividad del programa a nivel de la Red Asistencial</p> <p>5.3.5. Proceso de cumplimiento de metas identificadas</p> <p>6. Análisis de la factibilidad técnica y presupuestal para el cumplimiento de metas identificadas y determinación de los niveles de progresividad de la implementación del programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica.</p>	<p>la meta que proponga la Red</p> <p>7.4. Establecer el sistema de Seguimiento (monitoreo) y Evaluación de Resultados SS&ER</p> <p>8. Análisis de factibilidad de reasignación de recursos internos a la red para reforzar el programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica.</p>
<p>EJECUCIÓN (Diciembre 2012 - Diciembre 2013)</p>	<p>7. Asesoría Técnica para la Implementación del programa a nivel de la Red.</p> <p>8. Prioridad presupuestal para: 8.1. Mejorar la capacidad resolutive quirúrgica de los niveles intermedios de la Red Asistencial. 8.2. Asegurar los recursos profesionales e intervenir para cerrar la brecha entre</p>	<p>9. Iniciar proceso de implementación del Programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica conforme al plan y a las normas técnicas lo que implica: 9.1. Implantación total de la de sistema de registro y gestión automatizada de las Listas de Espera Quirúrgica en el SGH. 9.2. Conducción del sistema de información y estar en capacidad de reportar mensualmente los Ingresos y egresos de las Listas de Espera Quirúrgica. 9.3. Gestión de proceso de captación, referencia, diagnóstico, programación quirúrgica, hospitalización y egreso de los pacientes operados en el marco del Programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica. 9.4. Mejorar en los niveles intermedios de la Red Asistencial la capacidad de oferta y la producción de intervenciones quirúrgicas. Optimizar los procesos de captación de casos y referencia oportuna según el nivel de resolución quirúrgica correspondiente.</p> <p>10. A nivel de la Red Asistencial : 10.1. Racionalizar el empleo de recursos humanos y uso de las Salas de Operaciones de acuerdo a la capacidad máxima disponible 10.2. Mejorar los procesos internos para el</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
	<p>la oferta y la demanda.</p> <p>8.3. Dotación de los aplicativos informáticos y herramientas tecnológicas de la información para la implementación del proceso operativo asistencial integrado del MOPRI-SGH.</p>	<p>otorgamiento de prestaciones asistenciales en los tres niveles de atención</p> <p>10.3. Garantizar el abastecimiento de bienes estratégicos, materiales e insumos para las nuevas cirugías a realizar en el marco del Programa para la Gestión de Listas de Espera Quirúrgica en todos los niveles de la Red Asistencial.</p> <p>10.4. Implementar el proceso operativo asistencial integrado de Gestión de Listas de Espera centros asistenciales con oferta quirúrgica.</p> <p>11. En los hospitales de referencia:</p> <p>11.1. Optimizar los procesos de referencia y contra-referencia de los pacientes que ingresan al programa.</p> <p>11.2. Implementar una organización funcional que permita la priorización de la atención quirúrgica a pacientes con mayor enfermedad con límites de diferimiento e impacto clínico en términos razonables.</p> <p>11.3. Implementar el proceso operativo asistencial integrado de Gestión de Listas de Espera Quirúrgica.</p>
<p>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)</p>	<p>9. Seguimiento y evaluación general del programa de manera trimestral por la unidad especial del programa e informe a la Comisión del Acuerdo de Gestión</p> <p>10. Seguimiento mensual de los indicadores específicos del programa</p>	<p>12. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación y ejecución del plan</p> <p>13 Reporte mensual del comportamiento de los indicadores específicos</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y HOSPITALES DE BASE
PRODUCTOS FARMACEUTICOS, INSUMOS Y DROGAS		
PREPARACIÓN (Julio- Noviembre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar estructura orgánica que permita desarrollar líneas de trabajo definidas para mejorar la gestión de los medicamentos (en coherencia con la Política Nacional de Medicamentos y la legislación farmacéutica vigente). 2. Actualizar y complementar el marco técnico-normativo para mejorar la disponibilidad, selección, prescripción, dispensación y uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión del Petitorio Farmacológico y las Normas relacionadas al mismo (incluye regulación del funcionamiento de los Comités Farmacológicos) - Actualización de las normas sobre estimación y programación de necesidades con el apoyo de otras áreas del nivel central y redes. 3. Definición de la metodología (Estudios de Utilización de Medicamentos), incluyendo indicadores, para medir la gestión de los medicamentos con apoyo de otras áreas del nivel central y redes. 4. Propuesta de un sistema de gestión de la información de medicamentos con apoyo de otras áreas del nivel central y redes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de los problemas relacionados con la gestión de los medicamentos (adquisición, distribución, almacenamiento, nivel de disponibilidad, prescripción, dispensación y uso de medicamentos). Debe incluir en el diagnóstico: Estructura orgánica, recursos humanos y herramientas de gestión
EJECUCIÓN (Diciembre 2012- Diciembre 2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación del marco técnico-normativo para mejorar la gestión de los medicamentos (selección, prescripción, dispensación, uso, estimación y programación) en coordinación con otras áreas del nivel central y las redes. 2. Validación e implementación de los indicadores para la gestión de medicamentos en coordinación con otras áreas del nivel central y redes. 3. Validación e implementación del sistema de gestión de la información de medicamentos con apoyo de otras área del nivel central y las redes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación del marco técnico-normativo para mejorar la gestión de los medicamentos (selección, prescripción, dispensación, uso, estimación y programación) 2. Implementación de los indicadores para la gestión de medicamentos 3. Implementación del sistema de gestión de la información de medicamentos
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento y evaluación mensual y y/o trimestral dependiendo de cada compromiso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento y evaluación mensual y y/o trimestral dependiendo de cada compromiso

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
<p>PREPARACIÓN (Julio-Noviembre)</p>	GESTIÓN DE SALUD OCUPACIONAL	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rediseñar los Lineamientos de Política de Seguridad y Salud Ocupacional institucional. 2. Formular y establecer las funciones, facultades y responsabilidades en salud ocupacional que competen a los diferentes niveles de la gestión institucional. 3. Establecer las Enfermedades Ocupacionales que serán objeto de abordaje institucional, en coordinación con el MINSA y el Instituto Nacional de Salud (INS). 4. Formular los planes de implementación de la Gestión de Prevención de las Enfermedades Ocupacionales seleccionadas. 5. Formación y concientización a nivel gerencial en gestión de riesgos del trabajo. 6. Evaluar el desempeño institucional en la prevención de los riesgos del trabajo a nivel de los Órganos Desconcentrados y socializar los resultados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir los lineamientos de Política de Seguridad y Salud Ocupacional a nivel de la Red Asistencial. 2. Fortalecer las Unidades de Salud Ocupacional en los Hospitales Base de las Redes Asistenciales 3. Fortalecer la capacidad operativa de los CEPRIT. 4. Difundir información en la Red Asistencial respecto al rol y características del SCTR y los beneficios de la prevención de los riesgos del trabajo y enfermedades ocupacionales. 5. Elaborar el diagnóstico de SST (Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos) de la Red Asistencial. 6. Difundir la norma Evaluación Médica Ocupacional.
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Formular un nuevo modelo de intervención en seguridad y salud ocupacional que contemple acciones específicas según actividad económica, ubicación geográfica, con enfoque de género y según tipo de empleo. (Primera etapa) 8. Desarrollar alianzas estratégicas interinstitucionales (MINSA, MTPE, MEM, OIT, OPS, NIOSH, Municipios, etc.) para el desarrollo de la seguridad y salud ocupacional a nivel nacional. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Formular los programas de SST diferenciados según actividad económica, ubicación geográfica, género y tipo de empleo. 8. Incrementar la eficacia y eficiencia de las actividades de los CEPRIT y de las USOH 9. Formular el Plan de Implementación de la norma Evaluación Médica Ocupacional
	<ol style="list-style-type: none"> 9. Implementar a nivel institucional el subsistema de información para la gestión de prevención de los riesgos del trabajo <ol style="list-style-type: none"> 9.1 Actualizar los procedimientos de notificación y registro de accidentes laborales. 9.2 Implementar un plan de actividades de difusión y supervisión a nivel de las Redes Asistenciales para mejorar el registro de accidentes de trabajo y 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación del subsistema de información para la gestión de prevención de los riesgos del trabajo 11. Difundir la normativa de los procedimientos de notificación y registro de accidentes laborales en el ámbito de la Red Asistencial 12. Desarrollar planes de mejora para garantizar la operatividad del registro de accidentes

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
	<p>enfermedades profesionales.</p> <p>9.3 Formular el sistema de vigilancia de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales. (Primera etapa)</p> <p>9.4 Formular un plan de implementación del sistema de vigilancia de accidentes punzocortantes mediante el uso del software EPINET.</p>	<p>laborales y enfermedades ocupacionales</p> <p>13. Sensibilizar al personal de la Red Asistencial, sobre la importancia de la notificación de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales</p>
<p>EJECUCION (Diciembre 2012- Diciembre 2013)</p>	<p>10 Formulación de un plan de capacitación nacional, sobre gestión y prevención de riesgos del trabajo y enfermedades ocupacionales.</p> <p>11 Formulación de un plan de Monitoreo y Evaluación sobre gestión y prevención de riesgos del trabajo.</p> <p>15. Reuniones de Trabajo MacroRegionales con las Redes Asistenciales para la implementación del Plan de Gestión de Salud Ocupacional.</p> <p>16. Realizar el monitoreo de la implementación de los Planes de Gestión de Riesgos del Trabajo de los CAS de las Redes Asistenciales</p> <p>17. Implementar Unidades de Salud Ocupacional en los Hospitales Base de las Redes Asistenciales.</p> <p>18. Implementar Centros de Prevención de Riesgos de Trabajo (CEPRIT) en las Redes Asistenciales que aún no cuentan con ellas.</p> <p>19. Incorporación en la estructura orgánica de las Redes Asistenciales, al Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo y las USOH</p> <p>20. Monitoreo y evaluación del cumplimiento del Plan de Gestión de Salud Ocupacional</p>	<p>14. Formular programas locales de capacitación sobre gestión y prevención de riesgos del trabajo y enfermedades ocupacionales.</p> <p>15. Realizar capacitaciones locales para la implementación del Plan de Gestión de Salud Ocupacional en la Red Asistencial</p> <p>16. Elaborar del Plan de Gestión de Riesgos Hospitalarios en los CAS de las Redes Asistenciales</p> <p>17. Fortalecer la capacidad operativa de los CEPRIT y USOH a nivel de Redes Asistenciales</p> <p>18. Monitoreo y evaluación del cumplimiento del Plan de SST de la Red Asistencial.</p> <p>19. Ejecutar el Plan de Implementación de la norma Evaluación Médica Ocupacional</p>
	<p>21. Monitoreo y evaluación del plan de Gestión de Salud Ocupacional de</p>	<p>20. Reporte analítico de avances y obstáculos en la implementación</p>

ETAPAS	COMPROMISOS DE LA ALTA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LAS REDES ASISTENCIALES Y CAS INVOLUCRADOS
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Julio 2012- Dic 2013)	manera trimestral	y ejecución del plan de Gestión de Salud Ocupacional.
	22. Monitoreo mensual del avance de la implementación del Plan de Salud Ocupacional a través de indicadores del porcentaje de avance en la ejecución de los Planes de Gestión de Salud ocupacional.	21. Reporte mensual del avance en la ejecución de los planes de Gestión de Salud Ocupacional locales.