

RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N°

380

-PE-ESSALUD-2016

Lima, 12 de agosto del 2016

VISTOS:

La Carta N° 2253-OGCyH-PE-ESSALUD-2016 y el Informe Técnico N° 06-GAYMCC-OGCyH-PE-ESSALUD-2016 de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización; la Carta N° 2005-GCAJ-ESSALUD-2016 y el Informe N° 405-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;



Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;



Que, mediante el numeral 4 de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 252-PE-ESSALUD-2016 de fecha 11 de mayo de 2016, se dispuso que la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización actualice la Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2011 "Organización del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 307-PE-ESSALUD-2011;



Que, de acuerdo a lo establecido en los literales a), d) y e) del artículo 31° del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización tiene por funciones proponer y evaluar las políticas, lineamientos, normas y estándares mínimos de gestión de riesgos para la seguridad del paciente y la garantía de la calidad en el ámbito institucional; formular, proponer y evaluar planes, programas y estrategias para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente; así como elaborar instrumentos de gestión de calidad y mejora continua en los servicios de los órganos de ESSALUD a nivel nacional;



Que, con Carta de Vistos la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización propone la aprobación del documento técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", el cual tiene como objetivo general establecer normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud - ESSALUD, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención de los asegurados, en el marco del Plan Estratégico Institucional, el Plan Maestro, la Política Nacional de Calidad en Salud y la Política Nacional para la Calidad; y como finalidad contar con un Sistema de Gestión de la Calidad único y transversal a toda la organización orientado a la satisfacción de los asegurados y de los colaboradores, buscando una prestación (salud, económica o social) con calidad: segura, oportuna, humanizada, solidaria, y costo efectiva, que cumpla con transparencia los requisitos normativos institucionales, nacionales e internacionales;



7385-2016-978

Que, asimismo, como sustento técnico del proyecto de documento técnico en mención se remite el Informe Técnico N° 06-GAYMCC-OGCyH-PE-ESSALUD-2016 elaborado por la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención y por la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad, en el cual se señala que luego de una evaluación realizada a la Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2011 se ha identificado que su regulación sólo alcanza las prestaciones de salud, siendo que en el Seguro Social de Salud - ESSALUD también se ofrecen prestaciones económicas y sociales; por lo que, en el ámbito de sus funciones, señala que corresponde su actualización, en el contexto de una nueva estructura y un gran impulso para la humanización de la atención;

Que, en dicho contexto se concluye que el documento técnico propuesto corresponde a una actualización efectuada en atención a lo dispuesto en el numeral 4 de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 252-PE-ESSALUD-2016;



Que, con Carta N° 2005-GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 405-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2016 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica señaló que el documento técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", ha sido elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, conforme a sus competencias, el cual desde el punto de vista legal guarda concordancia con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y al Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias; además, su elaboración corresponde a lo dispuesto en el numeral 4 de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 252-PE-ESSALUD-2016;



Que, de acuerdo al literal b) del artículo 8° de la Ley N° 27056, el Presidente Ejecutivo es la más alta autoridad ejecutiva de ESSALUD y titular del pliego presupuestal, y le compete organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de la Institución;

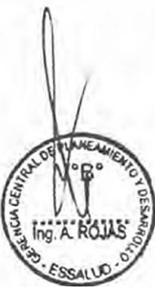


Con las visaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", que forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización se encargue de la difusión, monitoreo y asesoría técnica a las Redes Desconcentradas, Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales, y demás dependencias de la Entidad; para la implementación del Documento Técnico aprobado por la presente Resolución.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.


VIRGINIA BAFFIO DE PINILLOS
PRESIDENTE EJECUTIVO
ESSALUD



PRESIDENCIA EJECUTIVA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD Y HUMANIZACION



“SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD –
ESSALUD”



2016

INDICE

I.	OBJETIVO GENERAL	3
II.	FINALIDAD	3
III.	BASE LEGAL.....	4
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V.	RESPONSABILIDAD.....	6
VI.	DISPOSICIONES.....	6
	6.1. DISPOSICIONES GENERALES	6
	6.2. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	8
	6.2.1 De las Bases Conceptuales.....	8
	6.2.2 De las Dimensiones de la Calidad	8
	6.2.4 De la Orientación Estratégica	10
	6.2.5 Del Sistema de Gestión de la Calidad	11
	6.2.6 De la Organización del Sistema de Gestión de Calidad	11
	A. Liderazgo	11
	B. Planificación.....	11
	C. Soporte	12
	D. Operaciones	15
	E. Evaluación del desempeño	16
	F. Mejora Continua de la Calidad	17
VII.	CONCEPTOS DE REFERENCIA.....	19
I.	ANEXOS	23



I. OBJETIVO GENERAL

Establecer normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud, EsSalud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención de los asegurados, en el marco del Plan Estratégico Institucional, el Plan Maestro, la Política Nacional de Calidad en Salud y la Política Nacional para la Calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar una cultura de calidad en los Colaboradores del Seguro Social de Salud, EsSalud, sensible a las necesidades de los asegurados y Colaboradores.
- Implementar procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todos los niveles, para brindar una prestación humanizada, oportuna y segura, reduciendo constantemente los riesgos de la atención, sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales e internacionales.
- Contribuir con la satisfacción y el desarrollo de las personas que brindan servicios en el Seguro Social de Salud, EsSalud.
- Contribuir con la satisfacción de los asegurados del Seguro Social de Salud, EsSalud.



II. FINALIDAD

Contar con un Sistema de Gestión de la Calidad único y transversal a toda la organización orientado a la satisfacción de los asegurados y de los colaboradores, buscando una prestación (salud, económica o social) con calidad: segura, oportuna, humanizada, solidaria, y costo efectiva, que cumpla con transparencia los requisitos normativos institucionales, nacionales e internacionales.

Visión del Sistema de Gestión de la Calidad

"En la cultura organizacional del Seguro Social de Salud, la calidad se reconoce como un valor cuando se aplican metodologías y herramientas de la calidad, desarrolladas en forma conjunta, existiendo evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención percibidas con satisfacción por los asegurados y los Colaboradores".

Misión del Sistema de Gestión de la Calidad

"Impulsar en el Seguro Social de Salud el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para brindar las prestaciones de salud, económicas y sociales integrales, oportunas, humanizadas y de calidad, a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos"



III. BASE LEGAL

1. Ley N°26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°009-97-SA; modificatorias.
2. Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3. Ley N°27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°002-99-TR.
4. Ley N°27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
5. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA.
6. Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
7. Ley N°30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
8. Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
9. Decreto Supremo N°004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
10. Decreto Supremo N°046-2014-PCM, que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
11. Decreto Supremo N°027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
12. Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
13. Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
14. Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
15. Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad".
16. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y sus modificatorias.
17. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°522-PE-ESSALUD-2015, que aprueba los Lineamientos para la "Cruzada por la Humanización de la atención en salud, en el Seguro Social de Salud - ESSALUD".



18. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el texto actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
19. Resolución N°983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba:
 - Directiva N°007-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos"
 - Directiva N°008-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de los Pacientes"
 - Directiva N°009-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta de Pacientes"
 - Directiva N°010-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión".
20. Resolución de Gerencia General N°1261-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N°13-GG-ESSALUD-2013 "Norma para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud".
21. Resolución de Gerencia General N°737-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud - EsSalud" y por consecuencia la Guía N° 1 "Diseño y Modelo de Procesos".
22. Resolución de Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas N°05-GCSPE-ESSALUD-2015, que aprueba documentos que forman parte de un Sistema de Gestión de la Calidad.
23. Resolución de Gerencia General N°127-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Documento Técnico de Gestión "Mapa de Macro procesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
24. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°121-GCPS-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N°010-GCPS-ESSALUD-2014 "Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
25. Resolución de Defensoría del Asegurado N°04-DA-PE-ESSALUD-2012 que aprueba la Directiva N°03-DA-PE-ESSALUD-2012 "Implementación de Rondas de Seguridad en los Centros Asistenciales el Seguro Social de Salud – ESSALUD".



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de alcance a todos los Órganos y Unidades Orgánicas que integran el Seguro Social de Salud – EsSalud, agencias, oficinas e IPRESS institucionales y extra institucionales que brindan prestaciones de salud, económicas y sociales a nivel nacional

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva:

- Gerentes Centrales y Jefes de Oficina
- Gerentes y Directores de las Redes Asistenciales/Desconcentradas.
- Gerentes / Directores de Órganos Prestadores Nacionales.
- Gerentes / Directores / Jefes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) institucionales y extra institucionales.
- Jefes / Responsables de Oficinas de Planificación, Gestión de la Calidad, Planificación y Calidad de las Redes Asistenciales/Desconcentradas, Órganos Prestadores Nacionales e IPRESS intra y extra institucionales.



VI. DISPOSICIONES

6.1. DISPOSICIONES GENERALES

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización conduce la implementación y actualización de la presente directiva.

Los equipos para la Gestión de la Calidad/ Jefes / Responsables de Oficinas de Planificación, Gestión de la Calidad, Planificación y Calidad de las Redes Asistenciales/Desconcentradas, Órganos Prestadores Nacionales e instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) a nivel nacional, aplican e implementan las disposiciones contenidas en la presente directiva.

La Gestión de la Calidad es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario del Seguro Social de Salud, EsSalud, aplicar las líneas estratégicas institucionales expresadas formalmente por la Presidencia Ejecutiva. En consecuencia, las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de la Calidad deben desarrollarse creativamente y con las especificidades que correspondan en todo el Seguro Social.

Estructura del Sistema de Gestión de la Calidad

Los elementos orgánicos y funcionales que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad son:

- El Comité Nacional de Calidad y Seguridad del paciente
- Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCYH), que tiene a su cargo:
 - La Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención
 - La Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad.
- Comité Desconcentrado de Gestión de la Calidad (CDGC)
- Oficina / Dirección/ Unidad de Gestión de la Calidad Desconcentrada (OGCD)
- Comité de Gestión de la Calidad de los Órganos Prestadores Nacionales (CGCPN).



- a) Mejora Continua y Satisfacción del Usuario
 - b) Acreditación
 - c) Seguridad del Paciente
 - d) Humanización
 - e) Auditoría y Monitoreo de adherencia a las Guías de Práctica Clínica
- Toda Oficina de Gestión de la Calidad cuenta con un número mínimo de personal dedicado a tiempo completo: El Jefe de Oficina, un personal encargado de cada una de las unidades funcionales y un personal para el apoyo administrativo.

6.2. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.1 De las Bases Conceptuales

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que *maximice sus beneficios* para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

La calidad en los servicios que otorga el Seguro Social de Salud no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la institución y depende de todos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud, con un enfoque de diálogo intercultural y debe ser la misma en todas las agencias, oficinas e IPRESS a nivel nacional.

La implantación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de EsSalud, se basan en un marco teórico general estandarizado de conceptos de calidad en salud frecuentemente utilizados en el sector salud, los mismos que se muestran en el capítulo VII sobre Conceptos de Referencia.

6.2.2 De las Dimensiones de la Calidad

Según Avedis Donabedian

, las dimensiones de la calidad son tres:

- a) **Dimensión técnico-científica**, referida a los aspectos técnicos y científicos de la atención, cuyas características básicas son:
 - Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
 - Eficacia, Capacidad de obtener resultados satisfactorios, ajustados a los objetivos y las metas.
 - Eficiencia, Obtención de resultados lo más satisfactorios posibles al menor costo.
 - Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.

- f) Oficinas de Gestión de la Calidad de los Órganos Prestadores Nacionales (OGCPN) o la que haga sus veces en los Órganos Prestadores Nacionales (INCOR, Hospital Nacional, CNSR, Centro Nacional de Telemedicina, Gerencia de Procura y Trasplante, Gerencia de Oferta Flexible).
- g) Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad Local (OGCL)
- h) Comité Local de Gestión de la Calidad (CLGC)
- i) Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud (CGCSS)

De las unidades funcionales:

a) El Comité Nacional de Calidad y Seguridad del paciente.

Es liderado por el Presidente Ejecutivo y sus actividades se encuentran establecidas en la resolución que lo creó.

b) El Comité Desconcentrado de Gestión de la Calidad (CDGC), Comité de Gestión de la Calidad del Órgano Prestador Nacional (CGCPN) y el Comité Local de Gestión de la Calidad (CLGC)

La Oficina de Gestión de Calidad de cada Red Asistencial/Desconcentrada, Órgano Prestador Nacional (Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR, Hospital Nacional, Centro Nacional Especializado, Gerencia de Procura y Trasplante, Gerencia de Oferta Flexible) o Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), cumple la función de Secretaría Técnica del Comité de Gestión de la Calidad, el mismo que está constituido por:

- Gerente / Director, quien lo preside o su representante
- Administrado: quien haga sus veces
- Director de Investigación Docencia y Atención Especializada o quien haga sus veces
- Jefe Médico Quirúrgico
- Jefe de Ayuda al Diagnóstico
- Jefe del Departamento/División/Servicio de Enfermería
- Jefes de Servicios Clínicos.
- Representante del Cuerpo Médico de la IPRESS.

c) El Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud (CGCSS)

En los servicios de salud el Jefe del Departamento designa los integrantes del comité, constituido según nivel de atención:

- Médico(a) jefe del servicio, quien lo preside
- Profesional de la Salud afin: Enfermero(a)/obstetra o ambos, Psicólogo(a)/trabajador(a) social, nutricionista, tecnólogo médico, químico farmacéutico, u otro según corresponda.
- Técnico(a) del servicio.
- Personal de limpieza y servicios auxiliares.

De las unidades orgánicas

- Toda Oficina de Gestión de la Calidad cuenta con las siguientes unidades funcionales:



- Seguridad, forma en que se otorgan las prestaciones, determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.
 - Integralidad, que el usuario reciba las prestaciones que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.
- b) **Dimensión humana**, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:
- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
 - Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quién es responsable por él o ella.
 - Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que es así mismo válido para el usuario interno.
 - Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
 - Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.
- c) **Dimensión del entorno**, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios.
Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.



6.2.3 De la Experiencia del Seguro Social de Salud, EsSalud

En EsSalud las dimensiones establecidas por Donabedian han sido incorporadas al quehacer institucional a través de:

- La implementación de un modelo holístico/integral basado en una eficiente gestión de procesos en el que el eje central de las prestaciones que se brindan es el asegurado:
 1. Atención segura, accesible y oportuna.
 2. Atención personalizada y respetuosa de usos y costumbres.
 3. Información y comunicación oportuna y comprensible por el usuario o por quién es responsable por él o ella.
 4. Atención centrada en la persona como sujeto de derechos.
 5. Atención que responda a los diferentes aspectos psicológicos, biológicos, sociales y espirituales.
- La Humanización como un enfoque integral de atención que, coherente con los valores institucionales en un marco de derechos, está centrado en el Asegurado, para brindarle, de manera oportuna y segura, con calidad, calidez, empatía y adecuada comunicación, las prestaciones económicas, sociales y sanitarias, y lograr la satisfacción del Asegurado y de nuestros Colaboradores.
- El reconocimiento y valoración de las percepciones, necesidades y demandas del asegurado.
- El reconocimiento del colaborador, que busca la satisfacción del asegurado y su familia.



- Orientar la actuación de los colaboradores hacia el servicio del Asegurado, considerándolo como un todo y ofreciendo una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: psicológica, biológica, social y espiritual.
- El fortalecimiento de capacidades mediante una permanente motivación al cambio, trabajo de equipo con mayor eficiencia y eficacia, maximizando el desarrollo de competencias blandas.
- El fortalecimiento del conocimiento, habilidades y destrezas de los colaboradores para cumplir con sus funciones.
- Promoción de la Ética, difundiendo valores institucionales que orienten la conducta, el cumplimiento de los deberes y el compromiso de los colaboradores, así como, de la capacitación en los principios éticos-deontológicos que rigen a EsSalud.
- Mejora del entorno contribuyendo con la satisfacción del asegurado, familia y sociedad.



6.2.4 De la Orientación Estratégica

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de EsSalud se formula en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud y del Seguro Social de Salud.

El Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad proporciona las directrices para la gestión institucional de EsSalud estableciendo las guías adecuadas para que los procesos orienten sus esfuerzos hacia la consecución de objetivos y metas asignadas a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, como órgano de asesoría de la Presidencia Ejecutiva.

Está relacionada con la estrategia corporativa de EsSalud formulada en el Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo y Planes de inversión institucionales que correspondan. Ello significa que sus directrices parten de la Visión y Misión de EsSalud, y termina en un sistema de gestión, planes y actividades.

Visión de EsSalud hacia 2021

“Somos líderes en seguridad social de salud en América Latina, superamos las expectativas de los Asegurados y de los empleadores en la protección de su salud, somos reconocidos por el trato humanizado, tenemos una gestión moderna y estamos a la vanguardia de la innovación”.

Misión de EsSalud

“Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el aseguramiento universal en salud”.

6.2.5 Del Sistema de Gestión de la Calidad

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de EsSalud está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las instancias del Seguro Social de Salud, tanto intra institucionales como extra institucionales que conducen a la aplicación de estándares de calidad y seguridad en la atención que se brinda a los asegurados.

Según el Mapa de Macroprocesos de EsSalud, aprobado con resolución de Gerencia General N° 127-GG-ESSALUD-2016, el Macroproceso Estratégico (E 04) Gestión de la Calidad es un conjunto de procesos orientados a promover e implementar prácticas de gestión de calidad en los órganos centrales y desconcentrados de la Institución. Este Macroproceso se estructura según el modelo que se presenta en los Anexos 16 y 17 es concordante con las entradas, la descripción de cada proceso y la salida o productos finales de su ficha descriptiva.

El Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad (E04) tiene como procesos a desarrollar, los que se muestran en los Anexos 16 y 17 en el que se muestra el Modelo integrado.



6.2.6 De la Organización del Sistema de Gestión de Calidad

El Sistema incluye los siguientes aspectos en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos hacia una cultura de calidad, una atención humanizada y a la satisfacción de los asegurados y Colaboradores.



A. Liderazgo

En el Seguro Social de Salud, cada instancia de la estructura orgánica, según corresponda, lidera la Gestión de la Calidad. Asegurando que se difundan, comprendan e implementen las Políticas de Calidad basadas en procesos, dirigiendo el desarrollo de las actividades, con un enfoque en el asegurado.



B. Planificación

En el Seguro Social de Salud se definen las políticas generales y objetivos de calidad a partir de las cuales se articulan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación.

Para gestionar el SGC se cuenta con:

- El Plan de Gestión de la Calidad, que establece la planificación para el logro de los Objetivos y el seguimiento asociado.
- El mapa de procesos, el cual describe los procesos estratégicos, misionales y de apoyo y muestra su secuencia e interacción.
- Las fichas de procesos, en las cuales se describen la misión o propósito del proceso, las principales actividades, el responsable, las áreas relacionadas, las

entradas, salidas y sus características de calidad, así como la eficacia del desempeño planificado (resultados esperados),

- El mapa de los indicadores para el seguimiento y medición requeridos. Los criterios asociados y los controles del proceso se establecen en la documentación.
- Recursos de acuerdo al Plan Operativo Institucional.
- Registros relacionados (aplicativos y formatos) para el registro, monitoreo y seguimiento de las actividades programadas.

C. Soporte

De los Recursos

Desde el Nivel Central liderado por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, con la participación de todas las Gerencias y Oficinas Centrales, Redes Asistenciales/Desconcentradas, Órganos Prestadores Nacionales e IPRESS, a través de los responsables de las Oficinas/Direcciones/Unidades de Calidad o quien haga sus veces, se gestionan los recursos humanos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

De las funciones de las Unidades Orgánicas

- La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización formula los documentos normativos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Todas la Unidades Orgánicas y todos los Colaboradores del Seguro Social de Salud, EsSalud, participan activamente en la implementación y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Las Oficinas de Gestión de la Calidad o las que hagan sus veces en las Redes Asistenciales/Desconcentradas, Organismos Prestadores Nacionales e IPRESS, formulan un Plan Anual de Actividades en base a las directrices emitidas por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización.
- Las Oficinas de Gestión de la Calidad o las que hagan sus veces en las Redes Asistenciales/Desconcentradas, monitorean el reporte de cumplimiento de actividades y consolidan la información de su jurisdicción y luego de su evaluación lo remite periódicamente a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización.
- Las Oficinas de Gestión de la Calidad o las que hagan sus veces en los Órganos Prestadores Nacionales, envían periódicamente la información a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización.
- La Oficina de Gestión de la Calidad, evalúa las actividades de las Redes Asistenciales/Desconcentradas y Órganos Prestadores Nacionales, y eleva el informe respectivo al Comité Nacional de Gestión de la Calidad / Presidencia Ejecutiva
- Las Oficinas de Gestión de Calidad o las que hagan sus veces en las IPRESS remiten un reporte de sus actividades a las instancias locales correspondientes y a la Oficina de Gestión de la Calidad de la Red Asistencial/Desconcentrada.



- Toda experiencia vigente de gestión basada en procesos y gestión de calidad se incorpora al presente Sistema de Gestión de Calidad para asegurar que su funcionamiento y productos sean acordes a lo establecido en el presente documento.

De las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización del Nivel Central

Las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización se detallan en el Reglamento de Organización y Funciones institucional vigente.

La Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención es la unidad orgánica responsable de construir una cultura de calidad, trato humanizado y de seguridad, que permita minimizar los riesgos y posibles daños relacionados con la atención de los asegurados, depende de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización y está a cargo de las funciones que se detallan en el Reglamento de Organización y Funciones institucional vigente.



La Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad es la unidad orgánica responsable del diseño, planificación y seguimiento de la implementación de las acciones del Sistema de Garantía y Mejora de la Calidad, depende de la Oficina de Gestión de la Calidad y está a cargo de las funciones que se detallan en el Reglamento de Organización y Funciones institucional vigente.



De las actividades de los Comités

a) Del Comité Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente

Es liderado por el Presidente Ejecutivo y sus actividades se encuentran establecidas en la resolución que lo creó.

b) Del Comité Desconcentrado de Gestión de la Calidad, Comité de Gestión de la Calidad de los Órganos Prestadores Nacionales (Hospitales Nacionales, Centros Especializados e Institutos) y Comité Local de Gestión de la Calidad.

Su conformación está a cargo del Director o Gerente de los Órganos Prestadores Nacionales (Hospitales Nacionales, Centros Especializados e Institutos) o Comité Local de Gestión de la Calidad según corresponda

- Eleva la propuesta del Plan Anual de Gestión de la Calidad al Director o Gerente en el ámbito de su competencia y lo difunde.
- Propone estrategias locales para mejorar la satisfacción de los asegurados.



- Impulsa el cumplimiento de las Estrategias de Calidad del Seguro Social, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, el Plan Anual de Gestión de la Calidad y planes específicos, así como las directivas vigentes de gestión de calidad.
- Monitorea el nivel de cumplimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad.

c) Del Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud

Su conformación está a cargo del Jefe del Servicio o Departamento

- Participa en la elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la IPRESS.
- Implementa el Sistema de Gestión de la Calidad, el Plan Anual de Gestión de la Calidad y planes específicos, así como las directivas vigentes en gestión de la calidad.
- Monitorea el cumplimiento de los estándares para el logro de la Acreditación de las IPRESS bajo el ámbito de su competencia.
- Propone e implementa estrategias para mejorar la satisfacción de los asegurados.
- Difunde entre los colaboradores las herramientas de gestión de la calidad.
- Monitorear el cumplimiento del registro, notificación, análisis y mitigación de los eventos adversos en los procesos de atención de los asegurados en su servicio.



De la Gestión de la información para la Calidad

Comprende las actividades, instrumentos y herramientas que brindan la información para la mejora de la calidad. En todos los niveles se utiliza un conjunto de herramientas técnicas que conforman el soporte de información para la Gestión de la Calidad:

- Observatorio de Calidad de EsSalud
- Sistema de Gestión Indicadores de Calidad (SGIC)
- Sistema de Registro y Notificaciones de Eventos Adversos
- Encuestas de evaluación de la satisfacción del usuario
- Aplicativo de Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud para Redes/OPN.
- Aplicativo de Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud para IPRESS
- Aplicativo de Evaluación de la Gestión de Humanización en las IPRESS.
- Aplicativo de Evaluación de la Gestión de Seguridad del paciente en las IPRESS.
- Aplicativo de Asistencia Técnica de Proyectos de Mejora.

- Aplicativo de Evaluación de los Criterios del Modelo de desarrollo de Proyectos de Mejora Continua
- Aplicativo de Evaluación del proceso de Acreditación
- Aplicativo de Evaluación de las Prácticas Seguras y Humanización para las IPRESS Nivel I
- Aplicativo de Evaluación de las Prácticas Seguras y Humanización para las IPRESS Nivel II y III
- Aplicativo de Evaluación de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica

D. Operaciones

Comprende las actividades orientadas a la mejora de las prestaciones para brindar calidad, seguridad y trato humanizado en la institución.

En el desarrollo de los procesos tenemos las siguientes entradas:

- Requerimientos de Información
- Quejas y reclamos
- Normatividad del MINSA
- Normatividad de EsSalud
- Estándares de Calidad
- Reporte de eventos adversos
- Riesgos de incidentes de la práctica clínica
- Acuerdos de Gestión

En cuanto a los procesos mismos tenemos:

- Planificación de la Gestión de la Calidad
- Medición de la Gestión de la Calidad
- Medición de la satisfacción del usuario.
- Identificación de Escenarios para la Acreditación.
- Certificación de evaluadores internos.
- Autoevaluación.
- Mejora continua.
- Identificación de procesos críticos y desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Formulación de directivas
- Implementación de prácticas seguras
- Identificación y mejora de competencias en seguridad de la atención
- Registro y notificación de eventos adversos
 - Análisis de eventos adversos
 - Formulación del Programa de Humanización
 - Asistencia técnica en Humanización
 - Evaluación externa para la acreditación.

En relación a las salidas tenemos:

- Plan de Gestión de la Calidad



- Evaluación de Indicadores de Calidad
- Acreditación de las IPRESS de EsSalud
- Proyectos de Mejora Continua de la calidad.
- Acciones de mejora
- Informes de supervisión
- Encuesta de Satisfacción
- Programa de Humanización implementado
- Directivas en relación a Gestión de la Calidad, Acreditación, Satisfacción del usuario, Seguridad del paciente y Humanización.

E. Evaluación del desempeño

Todo objetivo se alcanza mediante el desarrollo de actividades, las cuales están contenidas en los planes de trabajo para un período determinado. Pero el contar con una buena planificación y organización no asegura el cumplimiento total de todas las actividades planificadas, ya que éstas pueden verse afectadas por múltiples razones sujetas al sistema. Por ello, el contar con un Plan de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (SME), así como la oferta de Asistencia Técnica a los colaboradores, mejorarán las posibilidades de un cumplimiento de las metas programadas.

La supervisión¹ Es uno de los procesos del control gerencial destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones. Permite reclutar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. En la supervisión se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje mutuo entre el/los supervisor(es) y supervisado(s).

El Monitoreo² es el proceso en el cual se evalúa de manera continua las actividades en desarrollo, coordinando internamente con los responsables de las mismas de acuerdo a las metas programadas.

La evaluación³ Es un análisis técnico orientado a valorar críticamente los resultados obtenidos en determinado período, con el fin de utilizar la experiencia como fuente de aprendizaje para programaciones posteriores y retroalimentaciones que permitan la mejora institucional.

La Asistencia Técnica² Es un proceso interactivo mediante el cual hay una propuesta conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adoptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud.



¹ RM 672-2009 MINSA Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud

² Directiva N°08-GG-ESSALUD-2015 "Directiva de seguimiento, control y evaluación del Plan Operativo Institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD"

F. Mejora Continua de la Calidad

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, a través de la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad, propone los lineamientos para que desde cualquier dependencia se identifique oportunidades de mejora para implementen acciones para satisfacción del asegurado, es decir:

- Mejorar la calidad de las prestaciones
- Reducir los eventos adversos y las causales de insatisfacción
- Mejorar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y tomar acciones para analizarlos, corregirlos, controlarlos.

6.2.7. Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad

En la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud se toma en cuenta los siguientes aspectos:



6.2.7.1 Estrategias: Se definen los objetivos y estrategias para el logro de la calidad de las prestaciones que brinda EsSalud para lograr la satisfacción del asegurado y colaboradores, alineados a los resultados institucionales.

a) De Organización

Difusión de los documentos normativos a los funcionarios y Colaboradores del Seguro Social de Salud a nivel nacional.

Implantación e implementación de la normatividad vigente.

b) De Educación

Sensibilización, asistencia técnica y capacitación de los Colaboradores de EsSalud.

c) De Sostenibilidad

Instalación de mecanismos de comunicación, asistencia técnica y apoyo a la implementación del Sistema para mantener el interés y compromiso por el avance de sus actividades

Construcción de alianzas intra institucionales, intra sectoriales (con el Ministerio de Salud, Fuerzas Armadas y Policiales, IPRESS públicas y privadas, entre otros) e intersectoriales (Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Cultura, Gobiernos Regionales), para compartir experiencias, recursos y aumentar la eficiencia por la calidad.

d) De Reconocimiento

Establecimiento de mecanismos de reconocimiento por el buen desempeño del personal y de los equipos de trabajo:



- Concurso de Prácticas Seguras en la Atención de Salud.
- Jornada de Benchmarking de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- Reconocimiento a los OPN y redes con mejor desempeño y aportes al Sistema.
- Reconocimiento de Símbolo Humanizador.
- Reconocimiento a los Servicios Humanizados.

e) De Monitoreo y Evaluación

Implementación de procesos para el procesamiento, análisis y evaluación de la información para la calidad con énfasis en la perspectiva del usuario.

f) De Investigación

Impulso y apoyo a la investigación operativa que permita el mejoramiento de la calidad en los servicios que se prestan en el Seguro Social de Salud.



6.2.7.2 Procesos: Se determina, analiza e implementa los procesos, actividades y procedimientos requeridos para la realización del servicio con calidad y seguridad alineados al logro de los objetivos planteados, los cuales se detallan en el ítem D de Operaciones. También se definen las actividades de seguimiento y control para la operación eficaz de los procesos.

6.2.7.3 Recursos: Se definen los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades programadas acordes con las políticas y planes institucionales.

6.2.7.4 Estructura Organizacional: Se define y se establece una estructura de autoridades, responsabilidades y de flujo de la comunicación dentro de la organización, descritos ampliamente en el acápite 1. Disposiciones Generales. Estructura del Sistema de Gestión de Calidad.

6.2.7.5 Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad: Se establecen procedimientos, formularios, registros y toda documentación para la operación eficaz y eficiente de los procesos.

a) Documentos Normativos:

- Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud EsSalud.
- Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud EsSalud.

b) Formatos del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Formato para la formulación del Plan de Gestión de la Calidad

- Formato de Supervisión de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud para Redes.
- Formato de Supervisión de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud para OPN e IPRESS
- Formato de Supervisión de la Gestión de Humanización en los OPN e IPRESS.
- Formato de Supervisión de la Gestión de Seguridad del paciente en los OPN e IPRESS.
- Formato de Reporte de Asistencia Técnica de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- Formato de Evaluación de los Criterios del Modelo de desarrollo de Proyectos de Mejora Continua.
- Formato de Supervisión del proceso de Acreditación
- Formato de Supervisión de las Prácticas Seguras para las IPRESS Nivel I.
- Formato de Supervisión de las Prácticas Seguras para las IPRESS Nivel II y III
- Formato de Supervisión de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica.
- Formato de Asistencia Técnica para Sectoristas
- Formato de Reporte de Indicadores



VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. **Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo**³- Es el proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) o servicio médico de apoyo.
2. **Atención o Prestación de Salud**⁴.-Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población asegurada.
3. **Autoevaluación para la Acreditación**¹.- Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud (IPRESS) que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una

³Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

⁴ Glosario de Términos Normativo 2012. Gerencia Central de Planificación y desarrollo



evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

4. **Calidad de la Atención**⁵.- Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
5. **Competencias blandas**⁶ .- Conjunto de destrezas que permiten desempeñarse mejor en las relaciones laborales y personales. Entre ellas están: el pensamiento crítico, el trabajo en equipo y el liderazgo.
6. **Eficacia**².- Capacidad de obtener resultados satisfactorios, ajustados a los objetivos y las metas.
7. **Eficiencia**².-Obtención de resultados lo más satisfactorios posibles al menor costo.
8. **Evento Adverso**².-Injuria, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
9. **Garantía de la Calidad**⁷.- Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura orientada siempre a la satisfacción del Asegurado y en el marco del Sistema.
10. **Gestión de la Calidad**².- Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión del Sistema de Gestión de la Calidad y se lleva a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
11. **Gestión de la Humanización**⁸.- Actividades coordinadas para organizar el sistema de salud orientando la actuación de los Colaboradores hacia el servicio del Asegurado, considerándolo como un todo, proporcionando los medios para poder ofrecer una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: psicológica, biológica, social y espiritual.
12. **Gestión de Riesgos**².- Es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación de riesgo utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evadir el riesgo, reducir los efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.
13. **Humanización**⁵ Es un enfoque integral que, coherente con los valores institucionales en un marco de derechos, está centrado en el Asegurado, para brindarle, de manera oportuna y segura, con calidad, calidez, empatía y



5 RM N° 527-2011/MINSA "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo".

6 <http://www.educativo.atalca.cl/link.cgi/editorial/2596>

7 RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"

8 Definición de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización- EsSalud

adecuada comunicación, las prestaciones económicas, sociales y sanitarias, y lograr la satisfacción del Asegurado y de nuestros Colaboradores

14. **Humanizar⁹**.- Es brindar un trato digno, coherente con los valores del ser humano y respetando sus derechos.
15. **Humanización de la Atención¹⁰**.- Es orientar la actuación de nuestros Colaboradores hacia el servicio del Asegurado, considerándolo como un todo y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: psicológica, biológica, social y espiritual.
16. **IPRESS¹¹**.-Institución prestadora de Servicios de salud. Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
17. **Mejora continua de la calidad¹²**.- Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual de toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
18. **Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización¹³**.- Es el órgano de asesoramiento de la Alta Dirección encargado de promover la implementación de prácticas de gestión de la calidad, en los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados, Órganos Prestadores Nacionales e IPRESS, del Seguro Social de Salud, EsSalud, depende de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud.
19. **Órganos Desconcentrados¹⁰**.- Se refiere a las redes Asistenciales/Desconcentradas, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) y la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos de EsSalud (CEABE).
20. **Órganos Prestadores Nacionales¹⁰**.- Se refiere a los Hospitales Nacionales, Instituto Nacional Cardiovascular, Centro Nacional de Salud Renal, Centro Nacional de Telemedicina, Gerencia de Procura y Trasplante y la Gerencia de Oferta Flexible.



9 Definición de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización- EsSalud

10 Sustentado en el Manual para la Formación de Líderes en Humanización en Salud del Centro Camiliano, Bogotá – Pontificia Universidad Javeriana, Cali Colombia

11 Art 7 del DL 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

11 RM 095-2012 Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.

13 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 141-PE-ESSALUD 2016

21. **Plan de Calidad**².- Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un producto o proceso.
22. **Política de Calidad**¹⁴.- Intenciones globales y orientación de la organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
23. **Práctica Segura**¹⁵.-Es aquella Práctica que reduce el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la práctica clínica a través de una variedad de diagnósticos o condiciones clínicas del paciente.
24. **Proceso**².- Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados (elementos de salida).
25. **Seguridad del Paciente**².- Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.
26. **Proyecto de Mejora Continua**².- Es el planteamiento de un conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado y que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una Red o IPRESS.
27. **Servicio**².- Conjunto de intangibles tales como desempeños, esfuerzos o atenciones, pero que también incluye elementos tangibles.
28. **Sistema de Gestión de la Calidad**².- Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
29. **Usuario**².- Es la persona quien utiliza los servicios, a diferencia de un cliente, un usuario no necesariamente es quien ha adquirido un producto o un servicio.
30. **Vía aérea difícil**¹⁶.- Es aquella situación clínica en la cual un anestesiólogo con entrenamiento convencional experimenta dificultad para la ventilación de la vía aérea superior con una mascarilla facial, dificultad para la intubación traqueal o ambas. Según NT N°030-MINSA/DGSP-V.01: "NORMA TECNICA DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIOLOGIA" los servicios de Anestesiología deben contar con un coche de intubación de vía aérea difícil.



14 Norma ISO 9000

15 Shojania, K., Duncan, B., McDonald, K., Wachter, R. A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, N° 4.

16 Cook TM, Woodhall N, Frerk C. On behalf of the Fourth National Audit Project. Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society

I. ANEXOS

Anexo 1: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

ANEXO N° 2: Formato para la formulación del Plan Anual de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 3: Formato de Supervisión de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud para Redes.

ANEXO N° 4: Formato de Supervisión de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud para OPN e IPRESS

ANEXO N° 5: Formato de Supervisión de la Gestión de Humanización en los OPN e IPRESS.

ANEXO N° 6: Formato de Supervisión de la Gestión de Seguridad del paciente en los OPN e IPRESS.

ANEXO N° 7: Formato de Reporte de Asistencia Técnica de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

ANEXO N° 8: Formato de Evaluación de los Criterios del Modelo de desarrollo de Proyectos de Mejora Continua.

ANEXO N° 9: Formato de Supervisión del proceso de Acreditación

ANEXO N° 10: Formato de Supervisión de las Prácticas Seguras para las IPRESS Nivel I.

ANEXO N° 11: Formato de Supervisión de las Prácticas Seguras para las IPRESS Nivel II y III.

ANEXO N° 12: Formato de Supervisión de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica.

ANEXO N° 13: Formato de Asistencia Técnica para Sectoristas

ANEXO N° 14: Formato de Reporte de Indicadores

ANEXO N° 15: Ficha del Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad

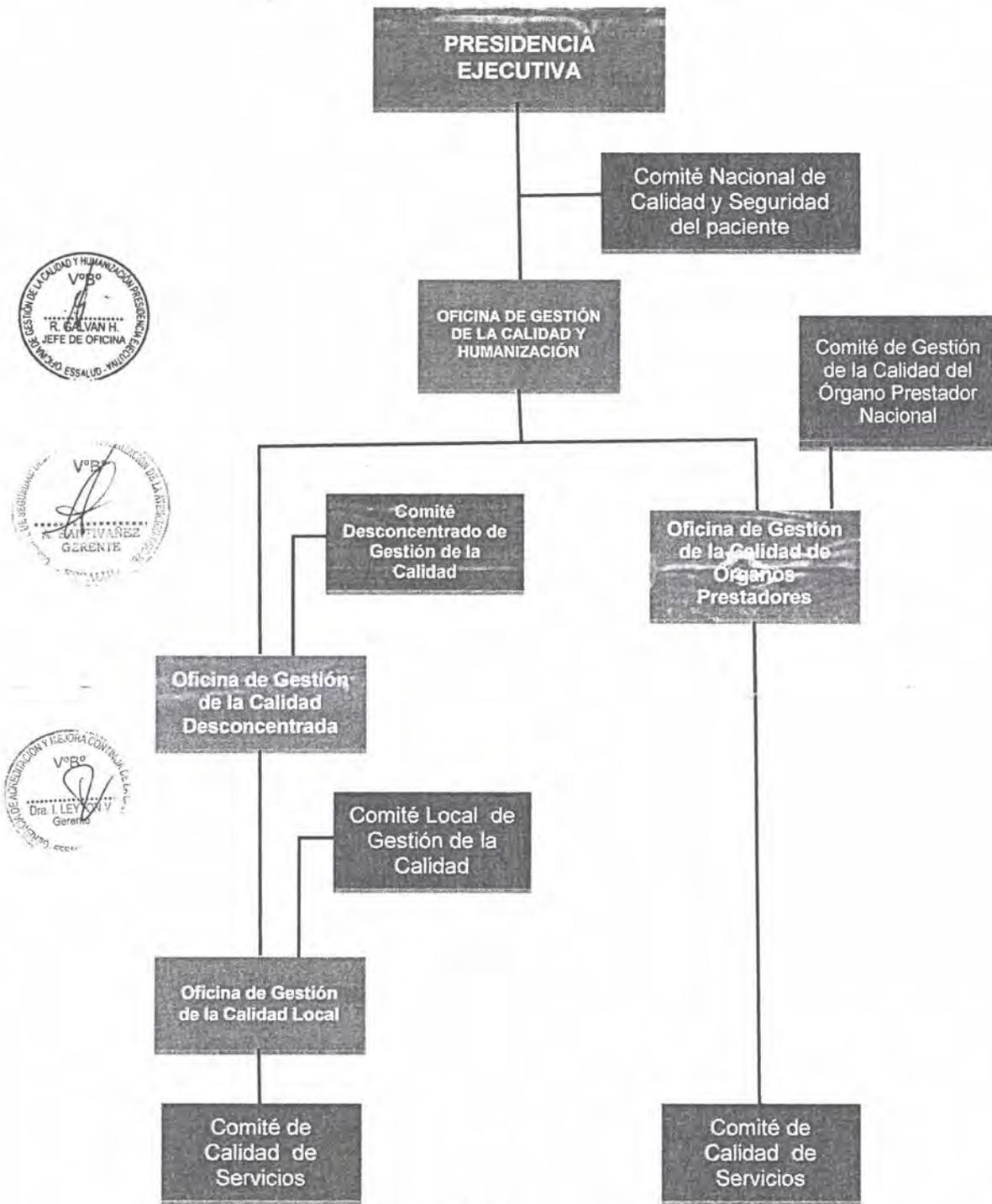
Anexo N° 16: Modelo del Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad

Anexo N° 17: Ejes del Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad



ANEXO 1

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD.



FORMATO PARA LA FORMULACION DEL PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD

EJE	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM

VºBº
R. GALVAN H.
JEFE DE OFICINA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
ESSALUD - MINTOS

VºBº
A. GALVAN H.
GERENTE
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
ESSALUD - MINTOS

VºBº
Dra. I. GAYTON V.
Gerente
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
ESSALUD - MINTOS

FORMATO DE SUPERVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS REDES DE ESSALUD

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:		TRIMESTRE:	
IPRESS:		FECHA:	
JEFE DE OFICINA/UNIDAD DE CALIDAD:			
CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	VALIDACIÓN	
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%	CUMPLE	
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%	CUMPLE PARCIALMENTE	
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%	NO CUMPLE	
		NO APLICA	
1.- ORGANIZACIÓN			
CRITERIOS	MARCO NORMATIVO	NIVEL CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
1.1.-Cuenta con Comité Desconcentrado de Gestión de la Calidad oficializado de la Red Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de PE N° 656-PE-ESSALUD-2014 (31-12-2014) - Resolución PE N° 767-PE-ESSALUD-2015 - Plan de Gestión de Calidad en Es salud 2016 - Resolución de PE N° 307-PE-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2011 		
1.2.-Cuenta con Comité Local de Gestión de la Calidad oficializado de los Hospitales			
1.3.-Cuenta con Equipo (s) de Mejora Continua de la Calidad oficializado(s) de las IPRESS			
1.4.-Cuenta con Equipos de Acreditación oficializados de los Hospitales			
1.5.-Cuenta con Equipos de Evaluadores Internos oficializados en la Red			
1.6.-Cuenta con Equipo (s) de Rondas de Seguridad oficializado(s) de los Hospitales			
1.7.-Cuenta con Comité de Humanización			
2.-PLANIFICACIÓN			
CRITERIOS	MARCO NORMATIVO	NIVEL CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
2.1.-Cuenta con Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, vigente y oficializado	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de PE N° 656-PE-ESSALUD-2014 - Resolución PE N° 767-PE-ESSALUD-2015 		
2.2.-Remitió Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente a Nivel Central			
2.3.-Cuenta con Plan de Autoevaluación para la Acreditación del => 80 % de IPRESS vigentes y oficializados	NTS N° 050-MINSA/DGSP		
2.4.-Cuenta con Cronograma de Rondas de Seguridad, vigente y oficializado	Resolución N° 04-DA-PE-ESSALUD-2012		
2.5.-Cuenta con Plan de Trabajo de Humanización	Resolución N° 385-PE-ESSALUD-2014		
3.-DIRECCIÓN			
CRITERIOS	MARCO NORMATIVO	NIVEL CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Eje 1: Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad			
3.1.-Cumple con la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad a la fecha de supervisión	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de PE N° 656-PE-ESSALUD-2014 - Resolución PE N° 767-PE-ESSALUD-2015 - Plan de Gestión de Calidad en Essalud 2016 - Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2011 		
3.2.-Cumple con el registro de todos los indicadores de Gestión de la Calidad			
3.3.-Cumple con las metas de los indicadores de Gestión de la Calidad			
3.4.-Socializa al Interior de la Organización el nivel de cumplimiento de los indicadores de Gestión de la Calidad			
3.5.-Realiza acciones de intervención frente a los hallazgos en el nivel de cumplimiento de los Indicadores de Gestión de la Calidad.			
Eje 2: Mejora Continua y Satisfacción del Usuario			
3.6.-Desarrolla PMCC: Redes Asistenciales/ Desconcentradas Tipo A: => 4, Tipo B: => 2, Tipo C: => 1	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 - Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015 - RM N° 095-2012/MINSA 		
3.7.-Cuenta con Proyecto(s) de Mejora Continua de la Calidad en etapa de implementación			
3.8.-Cuenta con Informes de encuestas de satisfacción del usuario externo y las exhibe.			
3.9.-Cuenta con acciones de mejora/PMC a partir de los resultados de las encuestas y las exhibe.			
Eje 3: Acreditación de las IPRESS de ESSALUD			
3.10.-Cuenta con informes de autoevaluación de >= 60% de las IPRESS	NTS N° 050-MINSA/DGSP		
3.11.-Identifica los escenarios según los resultados de las autoevaluaciones			
Eje 4: Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras			
3.12.- Realiza el Registro de Incidentes/Eventos Adversos	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de PE N° 656-PE-ESSALUD-2014 - Resolución PE N° 767-PE-ESSALUD-2015 - Carta Circular N° 03-DA-PE-ESSALUD-2011 - Resolución N° 863-GG-ESSALUD-2013 - Resolución N° 04-DA-PE-ESSALUD-2012 		
3.13.- Realiza la Notificación de Incidentes/Eventos Adversos (reporte/online)			
3.14.- Realiza el Análisis de Incidentes/Eventos Adversos			
3.15.- Ejecuta Planes de Acción a partir del análisis de Incidentes/Eventos adversos			
3.16.- Supervisa el cumplimiento de la Directiva de Identificación de Pacientes			
3.17.- Supervisa el cumplimiento de la Directiva de Riesgo de Caídas			
3.18.- Supervisa el cumplimiento de la Directiva de Prevención de Úlceras por Presión			
3.19.- Supervisa el cumplimiento de la Directiva Administración Correcta de Medicamentos			
3.20.- Realiza Rondas de Seguridad			
3.21.- Realiza Seguimiento a Rondas de Seguridad			
3.22.- Aplica la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
Eje 5: Humanización del Cuidado de la Salud			
3.23.- Cuenta con acta de compromiso del Símbolo Humanizador	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 - Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015 - Plan de Gestión de Calidad en Essalud 2016 - Resolución N° 385-ESSALUD-2014 - Resolución N° 906-GG-ESSALUD-2015 		
3.24.- Realiza las actividades de difusión y socialización de los lineamientos de la cruzada de la humanización			
3.25.- Realiza capacitaciones sobre temas de Humanización			
3.26.- Realiza difusión de Directiva de familiar acompañante			
3.27.- Implementa las campañas por la humanización			
3.28.-Desarrolla acciones para mejorar el clima laboral			
Nivel de cumplimiento (CUMPLE= 2 CUMPLE PARCIALMENTE = 1 NO CUMPLE = 0 NA= NO APLICA)			Desempeño Global
GERENTE/DIRECTOR DE LA RED		JEFE DE OFICINA DE CALIDAD	



 VºBº
 R. GALVAN H.
 JEFE DE OFICINA



 VºBº
 Dra. L. LYTON
 Gerente



 VºBº
 Dra. L. LYTON
 Gerente

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:		TRIMESTRE:			
IPRESS:		FECHA:			
JEFE DE OFICINA/UNIDAD DE CALIDAD:					
CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	VALIDACIÓN	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%	CUMPLE			
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%	CUMPLE PARCIALMENTE			
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%	NO CUMPLE			
		NO APLICA			
GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERIFICADOR	VALOR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE
ORGANIZACIÓN	Equipo(s) de Mejora Continua de la Calidad constituidos por Resolución Directoral o de Gerencia.				- Resolución de PE 18 556-PE-ESSALUD-2014 (31.12.2014) - Resolución PE N° 767-PE-ESSALUD-2015
	Equipo de Acreditación oficializado (solo hospitales)				
	Equipo de Evaluadores Internos oficializado				
	Equipo de Rondas de Seguridad oficializado solo hospitales				
PLANIFICACIÓN	Plan Anual de Gestión de la Calidad, vigente y oficializado				- Resolución de PE N° 656-PE-ESSALUD-2014 - Resolución PE N° 767-PE-ESSALUD-2015 NTS N° 050-MINSA/DGSP NTS N° 050-MINSA/DGSP - Resolución N° 04-DA-PE-ESSALUD-2012 - Resolución N° 385-PE-ESSALUD-2014
	Plan Anual de Gestión de la Calidad remitido a instancia superior				
	Plan de Autoevaluación para la Acreditación oficializado				
	Cronograma de Rondas de Seguridad, vigente y oficializado solo hospitales				
	Cuenta con Plan de Trabajo de Humanización				
PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD (PMCC)	Personal capacitado para realizar procesos de Mejora Continua de la Calidad.				Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA " Guía para la Elaboración de proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" Carta Circular N° 1-OGC-PE-ESSALUD-2016 Carta N° 002-GG-ESSALUD-2015 Acuerdos de Gestión con Órganos Desconcentrados
	Equipos de Mejora Continua de la Calidad constituidos con Resolución Directoral.				
	Los Equipos de Mejora, están desarrollando (PMCC).				
	Los PMCC están en la fase de implementación, o cuentan con resultados medibles .				
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	Cuenta con el informe de la última evaluación de la satisfacción del usuario externo.				Carta Circular N° 3-OGC-PE-ESSALUD-2016 Carta N° 002-GG-ESSALUD-2015 Acuerdos de Gestión con Órganos Desconcentrados DS N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Se ha difundido las Observaciones y Recomendaciones respecto al cumplimiento y resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo.				
	Se han implementado las recomendaciones del informe de satisfacción del usuario externo.				
PROCESO DE ACREDITACIÓN	Tiene conformado el Equipo de Evaluadores Internos con Resolución Directoral.				Resolución Ministerial N° 2070-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador Norma Técnica de Salud N° 50-MINSA/DGSP V.02 " Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo "
	Se verifica si cuenta con Plan de Autoevaluación para el 2016, aprobado.				
	Ha realizado la Autoevaluación en los últimos 12 meses. Verificar si cuentan con el Informe Técnico de la última Autoevaluación				
	Los Equipos de Acreditación de las IPRESS han generado un Plan de Mejora en base a los resultados de Autoevaluación.				
	Se monitoriza el cumplimiento del Plan de Mejora				
INDICADORES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Se reportan los Indicadores de Gestión de la Calidad				ESSALUD-2016 Carta N° 002-GG-ESSALUD-2015 Acuerdos de Gestión con Órganos Desconcentrados DS N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Se evalúa el cumplimiento de las metas de los Indicadores de Gestión de la Calidad				
	Se realizan acciones para mejorar el cumplimiento de metas				

CUMPLE = 2 CUMPLE PARCIALMENTE = 1 NO CUMPLE=0 NA= NO APLICA



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE LA GESTIÓN DE HUMANIZACIÓN EN LAS IPRESS DE ESSALUD

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:		TRIMESTRE:			
IPRESS:		FECHA:			
RESPONSABLE DE HUMANIZACIÓN:					
CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	VALIDACIÓN	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%	CUMPLE			
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%	CUMPLE			
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%	NO CUMPLE			
		NO APLICA			
ÁREAS	VERIFICADOR	VALOR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE
GESTIÓN (Jefe/Responsable de la Oficina de Calidad)	Acta de Conformación de Comité de humanización (A nivel de Red)				* Memorando múltiple N° 012 -GG-ESSALUD-2016 * Carta Circular N° 15 -OGC-PE-ESSALUD-2016 * Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522 - PE - ESSALUD - 2015. * Directiva N° 004-GCPS-ESSALUD-2015
	Plan de trabajo de Humanización /Plan elaborado en la red)				
	Acta de compromiso del Símbolo Humanizador para impulsar acciones de humanización a nivel local.				
	Plan de Capacitación local tiene incluido temas de Humanización de la Atención.				
	Actividades de difusión y socialización de los Lineamientos por la Cruzada de la Humanización.				
	Actividades de difusión y socialización de Directiva de la Campaña Familiar Acompañante.				
	Reuniones de coordinación para ejecución de actividades de Humanización				
	Participación en videoconferencias sobre Humanización.				
SENSIBILIZACIÓN DEL USUARIO INTERNO (Comité de Humanización o Responsable)	Se desarrollan acciones para mejorar el clima laboral. Fácil acceso al libro de reclamaciones.				Resolución N° 416-PE-EsSalud-2015, del Seguro Social de Salud (Es Salud), que aprueba los "Lineamientos para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud - EsSalud". Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522 - PE - ESSALUD - 2015.
	Realiza charlas y/o proyección de videos sobre temas de Humanización.				
	Difusión de mensajes en afiches, periódico mural o banners sobre Humanización.				
	Utiliza las TIC (Técnicas informáticas y comunicación); redes sociales, etc. para difundir mensajes.				
SENSIBILIZACIÓN DEL USUARIO EXTERNO (Comité de Humanización o Responsable)	Entrega de materiales gráficos (volantes, historietas, folletos, etc.) sobre Humanización.				Resolución N° 416-PE-EsSalud-2015, del Seguro Social de Salud (EsSalud), que aprueba los "Lineamientos para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud - EsSalud". Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522 - PE - ESSALUD - 2015.
	Realiza actividades informativo educativas relacionadas a una atención de calidad.				
	Proyección de videos sobre Humanización.				
	Difusión de mensajes en afiches, periódico mural o banners sobre Humanización.				
CAPACITACIÓN (Jefe/ Responsable de la Oficina de Calidad y/o Capacitación)	Utiliza las TIC para difundir mensajes.				Resolución N° 416-PE-EsSalud-2015, del Seguro Social de Salud (EsSalud), que aprueba los "Lineamientos para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud - EsSalud". Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522 - PE - ESSALUD - 2015.
	Entrega de materiales gráficos (volantes, historietas, folletos, etc.) sobre Humanización				
	Lista de participantes del Curso-Taller de Humanización.				
	Programa o temario del Curso-Taller de Humanización.				
CRUZADA "Campaña por la Humanización"	Lista de participantes de actividades tipo conferencias, seminarios, talleres, charlas, etc.				Resolución N° 416-PE-EsSalud-2015, del Seguro Social de Salud (EsSalud), que aprueba los "Lineamientos para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud - EsSalud". Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522 - PE - ESSALUD - 2015.
	Lista de participantes a capacitaciones para manejo del dolor.				
	Se verifica el buen estado de los servicios higiénicos de mayor circulación del público general de los EESS.				
	Plan de trabajo elaborado por los círculos de los derechos de la humanización. (Si tiene conformado el círculo).				
	Actividades de difusión para promover la ejecución del curso virtual del código de Ética II - Registro de cuantos han completado el curso II.				
	Implementación del sistema de pases (pulseras, tarjetas, tickets, otros) para familiar acompañante o cuidador estimado.				
Lista de asistencia a capacitación del familiar acompañante.					
Acciones de coordinación con la municipalidad para el control de ruidos molestos en el perímetro inmediato.					
Implementación de pizarras con escala de valoración del dolor u otro método de autoidentificación del Dolor (Para Hospitalización).					

CUMPLE = 2 CUMPLE PARCIALMENTE = 1 NO CUMPLE=0 NA= NO APLICA

VºBº
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
R. GALVAN H.
JEFE DE OFICINA

VºBº
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
R. GALVAN H.
JEFE DE OFICINA

VºBº
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
Dra. L. GALVAN V.
GERENTE

FORMATO DE SUPERVISIÓN DE LA GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS IPRESS DE ESSALUD

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:	TRIMESTRE:				
IPRESS:	FECHA:				
JEFE DE OFICINA DE CALIDAD / RESPONSABLE DE SEGURIDAD DEI:					
CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	VALIDACIÓN	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%	CUMPLE			
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%	CUMPLE			
BAJO CUMPLIMIENTO	MEJOR AL 60%	NO CUMPLE			
		NO APLICA			
PRÁCTICA SEGURA	VERIFICADOR	VALOR	CLASIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE
REPORTE Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS (Jefe de Departamento)	<ul style="list-style-type: none"> Ha designado registradores, consultantes, perfil calidad CAS para el sistema de notificación de eventos adversos online. Cuenta con reporte regular (mínimo uno al mes) de eventos adversos. Analiza eventos adversos con la metodología del análisis de causa raíz. Ejecuta Planes de Acción a partir del análisis de eventos adversos. Registra y analiza los eventos adversos haciendo uso del sistema online. 				Carta Circular N°03-DA-FC-ESSALUD-2011 del 21 de marzo del 2011, que aprueba la Guía del Sistema de Registro, Notificación, reporte, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos en los servicios de salud.
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE (Jefa de Enfermeras)	<ul style="list-style-type: none"> Existe un cartel con el nombre completo y número de cama del paciente en zona visible (cabecera de cama) con letra IMPRENTA. El paciente tiene brazalete de identificación y los datos son correctos, completos (Nombre y apellidos, DNI, N° historia clínica) y legibles. El responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realiza las supervisiones en forma trimestral, usando la lista de cumplimiento proceso de identificación del paciente. 				Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 09-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación correcta de paciente en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - Essalud
ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS (Jefa de Enfermeras)	<ul style="list-style-type: none"> La indicación terapéutica esté completa en la historia clínica. Existe un orden en el almacenamiento de los medicamentos para evitar confusión y similitud de nombres o presentación. Se observa si hay riesgo de error por la presencia de medicamentos LASA(1). Verificar prácticas de bioseguridad en administración de los medicamentos (lavado de manos y segregación adecuada). Las soluciones de gran volumen (ejem. Dextrosa, Cloruro de sodio) se encuentran debidamente rotulados con la fecha, y se especifica los componentes agregados. Las unidades de tabletas de la dosis unitaria se encuentran debidamente rotulados con el nombre y fecha de vencimiento. Los catéteres periféricos permanecen como máximo 72 horas, consignando el registro obligatorio de la fecha y la hora de colocación. Se revisa el coche de paro y se verifica si cuenta con algún registro de control de su contenido Se verifica que el responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la listas de cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos y la lista de cumplimiento de las pautas de seguridad. 				Ley N°26842 Ley General de Salud; Capítulo III de los Productos Farmacéuticos y Galénicos y de los Recursos Terapéuticos Naturales, Artículos 55° y 56° RM N°585-1999-S/ADM Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento. RM N°1753-2002-S/ADM Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED. RM N°367-2005-MINSA Modificatoria de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED. RM N° 599-2012/MINSA, aprobó el Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud" Resolución de Gerencia General N° 07-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos/ Resolución de Gerencia General N° 944 GG-ESSALUD-2011 "Normativa de uso de Petitorio Farmacológico en Essalud"
PREVENCIÓN DE CAÍDAS (Jefa de Enfermería)	<ul style="list-style-type: none"> Se valora el riesgo de caídas (aplicación de escala). Los SS HH cuentan con soportes/barandas. Las camas cuentan con barandas. Se aplica lista de chequeo de "Cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de caídas" 				Resolución N° de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 08-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - Essalud
BIOSEGURIDAD (Responsable de Inteligencia Sanitaria)	<ul style="list-style-type: none"> El personal conoce la técnica de higiene de manos de acuerdo a normas. Se observa si existen mensajes que promueven la higiene de manos. Se observa si el descarte de material punzo cortante, agujas, se realiza de acuerdo a normas. 				Ley N° 26842 Ley General de Salud, Ley N° 27314 Ley general de Residuos Sólidos DS N° 057-2004-PCM Reglamento de la Ley General de Residuos Sólidos DS N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. DL N° 1065 Modificatoria de la Ley General de Residuos Sólidos, RM N° 753-2004 NTS N° 020-MINSA-DGSP-V.01 Prevención y control de las infecciones intrahospitalaria, RM N° 523-2007/MINSA aprueba la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones intrahospitalaria, RM N 554-2012/MINSA Gestión y manejo de Residuos Sólidos aprueba la NT N°096 Gestión y manejo de residuos sólidos de establecimientos de salud y servicios
RONDAS DE SEGURIDAD (Responsable de Calidad)	<ul style="list-style-type: none"> Cuenta con Equipo (s) de Rondas de Seguridad oficializado (s). Cuenta con Cronograma de Rondas de Seguridad, vigente y oficializado. Se llevan a cabo las Rondas de Seguridad según cronograma. Realiza Seguimiento a Rondas de Seguridad. 				Resolución de Defensoría del Asegurado N°04-DA-PE-EsSalud-2012 del 24 de agosto del 2012, que aprueba la Directiva N°03-DA-PE-ESSALUD-2012, "Directiva de implementación de rondas de seguridad en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud-EsSalud".
Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> Se aplica la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Se da a conocer los resultados de la adherencia a la lista de verificación. 				Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprobó la Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, el 30 de diciembre del 2010.
Prevención de Úlceras por Presión	<ul style="list-style-type: none"> Se aplica escala de valoración de riesgo de úlceras por presión. Se observa señal de riesgo de úlceras (Kardex, Historia clínica, brazalete, etc.) El cambio de posición se realiza cada 2 horas para la prevención de úlceras (uso de reloj antiescaras) Se aplica lista de chequeo de "Cumplimiento de cuidados para la prevención de úlceras por presión". 				Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 10-DA-PE-ESSALUD-2013, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión

(*) Look Alike Sound Alike

CUMPLE = 2 CUMPLE PARCIALMENTE = 1 NO CUMPLE=0 NA= NO APLICA

FORMATO DE REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OP/		TRIMESTRE:				
IPRESS:		FECHA:				
JEFE DE OF/UNIDAD DE CALIDAD:						
CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO		
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL		CUMPLE			
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%		CUMPLE PARCIALMENTE			
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%		NO CUMPLE			
MEJORA CONTINUA	%	VERIFICADOR	VALIDACIÓN	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE
HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD		Identifica el problema general utilizando herramientas de la calidad.				Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA "Gula para la Elaboración de proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" Carta Circular N° 13-OGC-PE-ESSALUD-2016 Se remite el Plan de Gestión de la Calidad 2016 Carta N° 002-GG-ESSALUD-2015 Acuerdos de Gestión Órganos con Desconcentrados
		El título del Proyecto está alineado al problema general identificado.				
		Sustenta el problema general identificado.				
		Identifica las causas raíces del problema general aplicando herramientas de la calidad.				
		Prioriza las causas raíces identificadas aplicando herramientas de la calidad.				
		Los objetivos específicos propuestos del proyecto están alineados a las causas raíz priorizadas.				
		Se elabora diagrama de Gantt del proyecto (Objetivo general, objetivos específicos, actividades, tareas, cronograma, responsables e indicadores de cumplimiento)				
		Elabora matriz de indicadores del proyecto (descripción, fórmula, meta, periodicidad, responsable de reporte y medición).				
RESOLUCIONES DEL EQUIPO DE MEJORA		Evidencia cumplimiento de actividades propuestas en el diagrama de Gantt				
		Muestra resultados en base a los indicadores del proyecto.				
		Cuenta con resolución de conformación de equipo para el Proyecto de Mejora.				
		Cuenta con resolución de implementación del proyecto de mejora.				



VºBº
EVALUADOR DE OGCYH
A. O. [Signature]
GERENTE

VºBº JEFE DE OFICINA/ UNIDAD DE CALIDAD



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL MODELO DE DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA ESSALUD

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/O PN: IPRESS: JEFE DE OF/UNIDAD DE CALIDAD:					TRIMESTRE FECHA	
CRITERIOS DEL MODELO DE DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA ESSALUD		MENCIONA		EVIDENCIA		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	
CRITERIO 1	LIDERAZGO Y COMPROMISO DE ALTA DIRECCIÓN					
	1.1. Organización de soporte para promover el trabajo en equipo					
	¿Con qué políticas o normas se promueve el trabajo en equipo al interior de la organización?					
	¿Cómo hace efectiva o pone en práctica tales políticas?					
	¿Cómo participa la alta dirección y el personal en las actividades relacionadas?					
	1.2. Facilidades otorgadas a los equipos de proyectos de mejora					
	¿Qué facilidades otorgó la alta dirección para promover y hacer viable el trabajo del equipo del proyecto de mejora? Ello puede incluir la asignación de una partida en el presupuesto de gastos, de personal y de recursos tales como entrenamiento, útiles, equipos e infraestructura.					
	¿Cómo se garantiza la comunicación de los miembros del equipo con la alta dirección a efectos de facilitar el desempeño del equipo? Comente el nivel de autoridad otorgado al equipo, para su actuación.					
	1.3. Apoyo de la alta dirección en la implantación de las propuestas de solución					
	¿Qué medios utilizó la alta dirección para dar soporte a la implantación de las mejoras propuestas? Ello comprende la forma en que las nuevas prácticas provenientes del proyecto de mejora son aprobadas, difundidas e implantadas; considerar también los recursos que la organización destina para el despliegue de la mejora					
CRITERIO 2	IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA					
	2.1. Análisis de la estrategia de la organización y de oportunidades de mejora					
	¿Cuáles son las principales estrategias del negocio?					
	¿Cómo consideró el equipo los principales lineamientos estratégicos de la organización en la selección del proyecto de mejora a trabajar?					
¿Qué relación existe entre el proyecto de mejora y la estrategia del negocio en lo relativo a resultados financieros, a la mejora de procesos internos, al desempeño del personal y/o a los resultados de la satisfacción del cliente externo o interno?						
2.2. Estimación del impacto en los resultados de la organización						
¿Qué método o procedimiento utilizaron para estimar el impacto de las alternativas de los proyectos de mejora en el desempeño de la organización? Ello incluye analizar el impacto en costos, calidad, entrega, participación en el mercado, clima laboral, productividad, entre otros y según corresponda.						
¿Por qué razón el grupo escogió el proyecto de mejora seleccionado?						
CRITERIO 3	MÉTODO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD					
	3.1. Método de solución de problemas					
	¿Cuál fue el método de solución de problemas que empleó el equipo?					
	¿Cuáles fueron los pasos o etapas desarrolladas? Explicando en detalle. La explicación debe cubrir como mínimo las etapas de definición de la situación inicial, el levantamiento y análisis de la información, el desarrollo de alternativas de solución, la definición y ejecución de la solución y el control y mejora de los resultados.					
	3.2. Recolección y análisis de la información					
	¿Cómo obtuvo el equipo la información necesaria para la ejecución del proyecto de mejora?					
	¿Cómo determinaron el tipo y tamaño de información a recolectar?					
	¿Cómo seleccionaron las fuentes de datos?					
	¿Cómo se verificó que la información no tuviera errores y cómo resolvieron la falta de suficiencia de la información?					
	3.3. Herramientas de la calidad					
¿Cómo analizó el equipo la pertinencia de utilizar determinadas herramientas para la gestión de proyectos de mejora?						
¿Qué ventajas y desventajas encontró al usar las herramientas escogidas?						
3.4. Concordancia entre el método y las herramientas						
¿Cómo asegura el uso adecuado en el proyecto de cada una de las herramientas empleadas a lo largo de las diferentes etapas del método de solución de problemas?						
CRITERIO 4	GESTIÓN DEL PROYECTO Y TRABAJO EN EQUIPO					
	4.1. Criterios para la conformación del equipo de proyecto					
	¿Cómo y cuáles fueron los criterios de selección de los integrantes del equipo?					
	¿Tuvieron en cuenta la temática a tratar, las experiencias y conocimientos de los potenciales miembros y los objetivos de la organización, entre otros criterios?					
	¿Cómo se aseguró, una conformación balanceada del equipo para el mejor aprovechamiento de los conocimientos y experiencia de cada miembro?					
	4.2. Planificación del proyecto					
	¿Cómo definió el equipo el objetivo del proyecto?					
	¿Cómo desplegó las actividades necesarias para alcanzar el objetivo?					
	¿Cómo planificó dichas actividades?					
	¿Cómo definió los plazos de ejecución y asignó responsabilidades y recursos?					
	4.3. Gestión del tiempo					
	¿Cómo aseguró el grupo el cumplimiento de los plazos previstos en el proyecto? Describiendo la planificación detallada con las metas de equipo y por miembro, la preparación de agendas, el manejo de las comunicaciones previas y posteriores a cada reunión, el seguimiento a los acuerdos y los mecanismos de retroalimentación en relación a la efectividad de las reuniones y al cumplimiento de los plazos.					
	4.4. Gestión de la relación con personas y áreas claves de la organización					
	¿De qué manera el equipo logró la colaboración y apoyo de personas y áreas clave de la organización con el objetivo de facilitar el desarrollo y éxito del proyecto?					
	4.5. Documentación					

VºBº
R. GALVAN
JEFE DE OFICINA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
ESSALUD

VºBº
Dra. I. LEÓN
Gerente
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
ESSALUD

VºBº
Dra. I. LEÓN
Gerente
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
ESSALUD

	¿Qué documentos utilizaron para gestionar el proyecto? Tales como actas de reuniones, informes, estudios y registros de la labor del equipo.				
	¿Cuáles fueron los criterios para el manejo de la documentación?				
CRITERIO 5	CAPACITACIÓN				
	5.1. Programa de capacitación del equipo				
	¿Cuenta capacitaciones en el tratamiento de la formación en técnicas de solución de problemas, herramientas de la calidad, trabajo en equipo, liderazgo, así como en los aspectos técnicos específicos del proyecto.				
	5.2. Evaluación e impacto de las actividades de capacitación				
	¿Qué procedimiento utilizaron para evaluar el impacto de la capacitación realizada para la mejora del desempeño del equipo?				
	¿De qué manera la información de la evaluación del impacto de la capacitación es utilizada para				
CRITERIO 6	INNOVACIÓN				
	6.1. Amplitud en la búsqueda de opciones y desarrollo de alternativas				
	¿Cómo el equipo recopiló y analizó información relacionada con los objetivos del proyecto?				
	¿Cómo el equipo desarrolló alternativas de solución de bajo costo, comparadas con otras soluciones convencionales o de menor beneficio? Presente un listado de las alternativas de solución identificadas y explíquelas.				
	6.2. Originalidad de la solución propuesta				
	¿De qué manera el equipo buscó y analizó soluciones no convencionales, para obtener los beneficios de la solución propuesta comparada con las otras opciones?				
	6.3. Habilidad para incorporar soluciones de bajo costo y alto impacto				
	¿Cómo el equipo demuestra que la solución implementada es de bajo costo y alto impacto?				
CRITERIO 7	RESULTADOS				
	7.1. Resultados de orientación hacia el usuario interno/externo				
	¿Cuáles son los resultados obtenidos que benefician al usuario interno/externo, atribuido al proyecto de mejora? Proporcione datos e información incluyendo satisfacción del asegurado y colaborador.				
	7.2. Resultados financieros				
	¿Qué beneficios económicos ha obtenido su organización como consecuencia de la ejecución del proyecto de mejora? Se requiera información e indicadores relevantes para aspectos como incrementos en los ingresos, reducciones de costos, mejora del margen de beneficios y de otros ratios financieros, costo social, costo de oportunidad, etc. según corresponda.				
	7.3. Resultados de la eficiencia organizacional				
	¿Cómo mejoró la eficiencia del proceso, actividad, área o servicio, como consecuencia de la ejecución del proyecto?				
CRITERIO 8	SOSTENIBILIDAD Y MEJORA				
	8.1. Sostenibilidad y mejora				
	¿Qué análisis realizó el equipo para identificar riesgos en el mantenimiento de la mejora alcanzada?				
	¿Qué actividades ha previsto el equipo para la sostenibilidad, la estandarización y la mejora del proyecto implementado?				
	¿Qué metas e indicadores ha establecido para mantener la continuidad de la mejora?				



RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:	TRIMESTRE:	
IPRESS:	FECHA:	
JEFE DE OF/UNIDAD DE CALIDAD:		

CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	CUMPLIMIENTO	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO	
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%		CUMPLE		
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y		CUMPLE		
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%		NO CUMPLE		
			NO APLICA		

ACREDITACIÓN	%	VERIFICADOR	VALIDACIÓN	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE
LISTA DE VERIFICACIÓN 1: Condiciones para la autoevaluación		La IPRESS está categorizada.				Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
		Cuenta con responsable de calidad.				
		Cuenta con las normas técnicas de acreditación.				
		Cuenta con listado de estándares según categoría.				
		Cuenta con "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".				
		Cuenta con el anexo B del listado de estándares.				
		Cuenta con aplicativo.				
Tiene acceso a computadora con el aplicativo instalado.						
Las jefaturas conocen el listado de estándares.						
Los evaluadores internos han sido capacitados.						
LISTA DE VERIFICACIÓN 2: Proceso de autoevaluación		La autoridad institucional ha designado formalmente al equipo de evaluadores internos.				
		Se ha elaborado el Plan de autoevaluación.				
		Se ha comunicado formalmente el inicio de la autoevaluación.				
		Se aplicó el listado de estándares.				
		Se ingresaron los resultados al aplicativo informático y se cuenta con reporte.				
LISTA DE VERIFICACIÓN 3: Calidad del proceso de autoevaluación		Se ha elaborado el Informe Técnico de Autoevaluación.				
		Se ha comunicado a las autoridades los resultados de la autoevaluación.				
		Los evaluadores internos son designados formalmente.				
		La autoevaluación está en el Plan operativo institucional.				
		Se aplican los criterios de evaluación correspondiente a la Categoría.				
		Solo se han aplicado los criterios de evaluación correspondientes al subsector EsSalud (Ver anexo 5).				
		El Informe Técnico de Autoevaluación identifica las fuentes por cada criterio de evaluación.				
		El Informe Técnico de Autoevaluación contiene recomendaciones.				
Las autoridades del establecimiento de salud conocen los resultados de la autoevaluación.						
Las autoridades del establecimiento de salud documentan que han dispuesto el cumplimiento de las recomendaciones.						
Se cuenta con algún mecanismo documentado de seguimiento del cumplimiento de los estándares.						

EVALUADOR DE OGcYH

V'B' JEFE DE OFICINA/



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE LAS PRACTICAS SEGURAS NIVEL I

ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OP N:		TRIMESTRE:	
IPRESS:		FECHA:	
SERVICIO:		JEFE DE SERVICIO:	
JEFE DE OFICINA/UNIDAD DE CALIDAD:		DEPARTAMENTO:	

CALIFICACIÓN GLOBAL	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	VALIDACIÓN	PUNTAJE TOTAL DF CUMPLIMIENTO
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%		CUMPLE	
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%		CUMPLE PARCIALMENTE	
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%		NO CUMPLE	
			NO APLICA	

PRÁCTICA SEGURA	%	VERIFICADOR	VALOR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE
HISTORIA CLÍNICA ADECUADAMENTE ELABORADA (Jefa de Departamento)  R. GALVAN H. JEFE DE OFICINA ESSALUD - UNICENTRO		Se registra fecha y hora de atención.				DS N° 013-2006-SA- Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 597-2006/MINSA NTS N° 022-MINSA-DGSP-V.02 "Gestión de la Historia Clínica" /Resolución de Gerencia General N° 107-GG-ESSALUD-2014, aprueba la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Essalud". Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 121-GCPS-ESSALUD-2014 aprueba Directiva N°10-GCPS-ESSALUD-2014 " Normas y procedimientos para la auditoría médica de prestaciones de Salud del Seguro Social - Essalud"
	Se registra nombres y apellidos completos del paciente					
	Se registra nombres y apellidos completos y número telefónico de familiar.					
	Cuenta con número de historia clínica					
	Se registra la enfermedad actual y funciones biológicas.					
	Se registran los antecedentes.					
	Se registra motivo consulta					
	Se registra tiempo de enfermedad					
	Se registra el examen físico general y/o preferencial					
	Se registran los diagnósticos.					
	Se registra el código CIE 10					
	Se registra el tratamiento colocando la Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento					
	Constan los resultados de exámenes auxiliares y corresponden al paciente.					
	Se registra el nombre del paciente en todas las hojas.					
	La letra es legible					
	La historia clínica esta ordenada y limpia.					
	Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos					
	Cuenta con registro de eventos adversos					
Cuenta con reporte, análisis y medidas correctivas sobre información de eventos adversos						
En HC pediátricas : se registran peso, talla, vacunas recibidas y estado nutricional.						
En HC de adolescente : se registran peso, talla, y estado nutricional.						
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE (Jefa de Enfermeras)		El personal de salud asistencial identifica verbalmente al paciente, repletando sus datos personales				Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 09-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación correcta de paciente en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – Essalud
	El paciente tiene brazalete y los datos son correctos, completos (Nombre y apellidos, DNI, N° historia clínica) y legibles.					
	Los datos de la pulsera los cuales deben coincidir con la información brindada por el paciente, familiar y/o acompañante y deben coincidir con lo registrado en la historia clínica					
	Existe un cartel con el nombre completo y número de cama del paciente en zona visible (cabecera de cama) con letra IMPRENTA					
	El servicio identifica riesgos específicos en el brazalete del paciente (con un punto rojo)					
	Se registra el procedimiento de colocación de la pulsera en la historia clínica					
		El responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la lista de cumplimiento proceso de identificación del paciente				
	Implementación de sistema de dosificación de medicamentos en dosis unitaria					
	Se observa que la indicación terapéutica esta escrita en la Historia Clínica.					
	En la receta/ hoja terapéutica según corresponda, se consigne las indicaciones de acuerdo a la Directiva vigente (nombre, apellido, autogenerado o HcI, fecha de indicación, nombre del medicamento, concentración, forma farmacéutica (UM) , dosis, vía de administración, intervalo de administración, total de requerimiento/día, indicaciones, sello y firma del médico)					
	La letra en la prescripción en Hoja Terapéutica es legible					
	Se cumplen las Buenas Practicas de Dispensación					
Se observa si hay riesgo de error por la presencia de medicamentos LaSa(*)						

ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS (Jefa de Enfermeras)	Se cumplen prácticas de bioseguridad en administración de los medicamentos (lavado de manos y segregación adecuada)				Ley N°26842 Ley General de Salud; Capítulo III De los Productos Farmacéuticos y Galénicos y de los Recursos Terapéuticos Naturales, Artículos 55° y 56°. RM N°585-1998-SA/DM Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento. RM N°1753-2002-SA/DM Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED. RM N°367-2005-MINSA Modificatoria de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED. RM N° 599-2012/MINSA, aprobó el Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud"/ Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 07-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos/ Resolución de Gerencia General N° 944 GG-ESSALUD-2011 "Normativa de uso de Petitorio Farmacológico en Essalud"
	Se aplican los 5 correctos por parte de la enfermera (paciente, medicamento, dosis, vía y hora)				
	Transcripción de medicamento por personal de enfermería, corresponde a la indicación terapéutica en la historia clínica.				
	Administración del medicamento por el mismo profesional que lo prepara				
	Registro de los medicamentos administrados, no administrados y sus causales en la HC.				
	Las soluciones de gran volumen (ejem: Dextrosa, Cloruro de sodio) se encuentran debidamente rotulados con la fecha, número de gotas y número de frasco y se especifica los componentes agregados.				
	Los catéteres periféricos permanezcan como máximo 72 horas, consiguiendo el registro obligatorio de la fecha y la hora de colocación.				
	El paciente sabe que medicamentos recibe, a que hora y cuales son sus efectos secundarios.				
	Los medicamentos/paciente tienen lugar específico de custodia x día (Coche de Dosis Unitaria)				
	Los medicamentos y los materiales se encuentran vigentes (fecha de vencimiento y estado de conservación).				
Se observa si se cumple de la solicitud de medicamentos especiales en "Formato para Medicamentos Controlados"					
El coche de paro y se verifica si cuenta con los medicamentos según el listado del comité farmacológico (fecha de vencimiento, organización por orden alfabético) necesarios para situaciones críticas.					
El responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la listas de cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos y la lista de cumplimiento de las pautas de seguridad.					
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS (Jefa de Enfermería)	Acompañamiento de familiar o tutor				Resolución N° de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 08-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas en los Centro Asistenciales del Seguro Social de Salud – Essalud
	El área supervisada cuenta con buena iluminación para facilitar la visibilidad				
	En el área supervisada existe piso liso (sin obstáculos) que minimicen el riesgo de caídas				
BIOSEGURIDAD (Responsable de Inteligencia Sanitaria)	Se cuenta con un procedimiento documentado para minimizar los riesgos de caídas en pacientes vulnerables				Ley N° 26842 Ley General de Salud, Ley N° 27314 Ley general de Residuos Sólidos DS N° 057-2004-PCM Reglamento de la Ley General de Residuos Sólidos DS N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, PL N° 1065 Modificatoria de la Ley General de Residuos Sólidos, RM N° 753-2004 NTS N° 020-MINSA-DGSP-V.01 Prevención y control de las infecciones intrahospitalaria, RM N° 523-2007/MINSA aprueba la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones intrahospitalaria, RM N 554-2012/MINSA Gestión y manejo de Residuos Sólidos aprueba la NT N°096 Gestión y manejo de residuos sólidos de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo". RM N° 452-2003-SA que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario/ Resolución de Gerencia General N° 275-GG-ESSALUD-2001 que aprueba la Directiva N° 012-GG-Essalud-2001 "Normas generales de Bioseguridad en Essalud"
	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.				
	Se cumple con la higiene de manos de acuerdo a normas.				
	Se observa si existen mensajes que promueven la higiene de manos.				
	Se observa si al descarte de material punzo cortante, agujas, se realiza de acuerdo a normas.				
	El cuidado y manejo de catéteres se realiza de acuerdo a normas.				
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS (Responsable de Inteligencia Sanitaria)	Se cumplen con las medidas de aislamiento de los residuos sólidos.				1, NT N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Salud del primer nivel de atención" Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento 2015/ NT N°110-MINSA/DGIEM V.01 – que contribuye y establece criterios mínimos de diseño y dimensionamiento de la infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del segundo nivel de atención del sector salud/ R. M. N°660-2014/MINSA aprueba la NT N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud de Segundo Nivel de Atención"
	Se verifica si se dispone de los equipos necesarios están accesibles para el nivel de complejidad.				
	Los equipos están accesibles para su uso.				
	Se pregunta al personal si conoce el funcionamiento de los equipos nuevos.				
	Los equipos funcionan adecuadamente.				
ADECUADA GESTIÓN DE RECURSOS (Jefe de Departamento)	Los equipos son revisados, calibrados y reciben mantenimiento preventivo periódico que se visualiza en las respectivas tarjetas.				RM N° 386-2006-MINSA NT N° 042-MINSA-DGSP-V01 Servicio de Emergencia: Disposiciones generales, de la Organización y Funcionamiento
	Las interconsultas, exámenes de laboratorio y de imágenes se gestionan oportunamente.				
	El personal programado se encuentra en el servicio para garantizar la atención oportuna.				
	El personal en entrenamiento se encuentra siempre supervisado.				
	Le han solicitado al paciente su autorización para realizar docencia con estudiantes.				



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS NIVEL II Y III

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:	FECHA:
IPRESS:	JEFE DE SERVICIO:
JEFE DE OFICINA/UNIDAD DE CALIDAD:	DEPARTAMENTO:

CALIFICACIÓN	PUNTAJE DE CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	VALIDACIÓN	PUNTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO
ALTO CUMPLIMIENTO	MAYOR AL 80%		CUMPLE	
MEDIANO CUMPLIMIENTO	ENTRE 60 Y 80%		CUMPLE	
BAJO CUMPLIMIENTO	MENOR AL 60%		NO CUMPLE	
			NO APLICA	

PRÁCTICA SEGURA	%	VERIFICADOR	VALOR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	NORMA LEGAL TRAZABLE		
HISTORIA CLÍNICA ADECUADAMENTE ELABORADA (Jefe de Departamento)		Se registra fecha y hora de atención. Se registra nombres y apellidos completos del paciente Cuenta con nota de ingreso Se registra la enfermedad actual y funciones vitales. Se registran los antecedentes. Se registra en el examen clínico hay control de las Funciones vitales Se registra el examen físico general y preferencial Se registran los diagnósticos. Se registra el código CIE 10 Se registra el Plan de Trabajo. Se registra la evolución diaria SOAP. Se registra el tratamiento colocando la Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento Constan los resultados de exámenes auxiliares y corresponden al Se registra fecha y hora del alta. Se registran indicaciones al alta. Se registra el nombre del paciente en todas las hojas. La letra es legible La historia clínica esta ordenada y limpia. Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos En HC pediátricas : se registran peso, talla, vacunas recibidas y estado En HC de adolescente : se registran peso, talla y estado nutricional. Cuenta con registro de eventos adversos Cuenta con reporte, análisis y medidas correctivas sobre información de eventos adversos				DS N° 013-2006-SA- Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, RM N° 597-2006/MINSA NTS N° 022-MINSA-DGSP-V.02 "Gestión de la Historia Clínica" /Resolución de Gerencia General N° 107-GG-ESSALUD-2014, aprueba la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Essalud", Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 121-GCPS-ESSALUD-2014 aprueba Directiva N°10-GCPS-ESSALUD-2014 " Normas y procedimientos para la auditoría médica de prestaciones de Salud del Seguro Social -Essalud"		
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE (Jefa de Enfermeras)		El paciente tiene brazalete y los datos son correctos, completos (Nombre y apellidos, DNI, N° historia clínica) y legibles. Los datos consignados en el RN sean los correctos (apellidos del RN, fecha y hora de nacimiento y número de Hcd de la madre) Existe un cartel con el nombre completo y número de cama del paciente en zona visible (cabecera de cama) con letra IMPRENTA Las tarjetas de identificación del RN debe contar con los siguientes datos (apellidos del RN y N° de cuna) y estas deben estar pegadas en la cabecera de la cuna con letra IMPRENTA. Los porta historia clínica cuentan con los nombres, apellidos y N° de Historia clínica del paciente Los datos de la pulsera coinciden con la información brindada por el paciente, familiar y/o acompañante y deben coincidir con lo registrado en la historia clínica El servicio identifica riesgos específicos en el brazalete del paciente (con un punto rojo) Se verifica el registro del procedimiento de colocación de la pulsera en la historia clínica Se verifica que el responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la lista de cumplimiento proceso de identificación del paciente				Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 09-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la identificación correcta de paciente en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - Essalud	
		ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS (Jefa de Enfermeras)		Implementación de sistema de dosificación de medicamentos en dosis unitaria La indicación terapéutica esta escrita en la Historia Clínica. La receta/ hoja terapéutica según corresponda, consigna las indicaciones de acuerdo a la Directiva vigente (nombre, apellido, autogenerado o Hcd, fecha de indicación, nombre del medicamento, concentración, forma farmacéutica (UM) , dosis, vía de administración, intervalo de administración, total de requerimiento/día, indicaciones, sello y firma del médico) La letra en la prescripción en Hoja Terapéutica es legible Cumple las Buenas Practicas de Dispensación de medicamentos . Se observa si hay riesgo de error por la presencia de medicamentos LaSa(*) Se realizan prácticas de bioseguridad en administración de los medicamentos (lavado de manos y segregación adecuada) Se realiza la higiene de manos según los pasos correctos.(11 pasos según normativa) Se realiza la segregación de residuos sólidos según norma. Se cumplen los 5 correctos por parte de la enfermera (paciente correcto , medicamento correcto, dosis correcto, vía correcta y hora correcta) Transcripción de medicamento por personal de enfermería, corresponde a la indicación terapéutica en la historia clínica. Administración del medicamento por el mismo profesional que lo prepara Registro de los medicamentos administrados, no administrados y sus causales. Las soluciones de gran volumen (ejem: Dextrosa, Cloruro de sodio) se encuentran debidamente rotulados con la fecha, número de gotas y número de frasco y se especifica los componentes agregados. Los catéteres periféricos permanecen como máximo 72 horas, consignando el registro obligatorio de la fecha y la hora de colocación. El paciente o el familiar sabe que medicamentos recibe, a que hora y cuales son sus efectos secundarios. Los medicamentos/paciente tienen lugar específico de custodia x día (Coche de Dosis Unitaria) Los medicamentos y los materiales se encuentran vigentes (fecha de vencimiento y estado de conservación). Se cumple con la solicitud de medicamentos especiales en "Formato para Medicamentos Controlados" El coche de paro cuenta con los medicamentos según el listado del comité farmacológico (fecha de vencimiento, organización por orden alfabético) necesarios para situaciones críticas,				Ley N°26842 Ley General de Salud; Capítulo III De los Productos Farmacéuticos y Galénicos y de los Recursos Terapéuticos Naturales, Artículos 55° y 56°. RM N°585-1999-SA/DM Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento, RM N°1753-2002-SA/DM Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED, RM N°367-2005-MINSA Modificatoria de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos - SISMED, RM N° 599-2012/MINSA, aprobó el Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud"/ Resolución de Gerencia General N° 883-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 07-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos/ Resolución de Gerencia General N° 944 GG-ESSALUD -2011"Normativa de uso de Petitorio Farmacológico en Essalud"



		El responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la lista de cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos y la lista de cumplimiento de las pautas de seguridad.			
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS (Jefe de Enfermería)		Se aplica escala para valorar el riesgo de caídas. Se observa que las barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente y los frenos se encuentran activados. Se observa que el timbre de llamado está cerca del paciente y funciona. Objetos personales del paciente a su alcance Sujeción de acuerdo a protocolo Acompañamiento de familiar o tutor en caso de haber sido solicitado por el paciente Deambulación asistida, con calzado firme y apropiado (zapaticas cerradas, suela antideslizante) El responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la lista de cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de caídas			Resolución N° de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 08-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas en los Centro Asistenciales del Seguro Social de Salud – Essalud
IDENTIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (Jefe de Enfermería)		Se aplica escala para prevención de úlceras por presión. Se observa señal de riesgo de úlceras (Kardex, Historia clínica, etc.) Se observa cuidado de la piel (Masaje, hidratación, no arrastre) El cambio de posición se realiza cada 2 horas para la prevención de úlceras (uso de reloj antiescaras) Uso de colchón y dispositivos antiescaras. Curación de UPP de acuerdo a Guía de Procedimientos Se verifica si cumplen con las indicaciones de la dieta. Se verifica que el responsable de la jefatura o coordinación/supervisor (a) del servicio realice las supervisiones en forma trimestral, usando la lista de cumplimiento de medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de UPP			Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 10-DA-PE-ESSALUD-2012, Directiva de implementación de Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgos de Úlceras por presión en los Centro Asistenciales del Seguro Social de Salud – Essalud.
SEGURIDAD EN CENTRO OBSTETRICO (Jefe de Calidad)		Se dispone de reloj operativo en sala de partos Se dispone de doppler operativo. Se dispone de monitor electrónico operativo para medir pruebas de bienestar fetal Disponibilidad de gestograma. Disponibilidad y operatividad del ecógrafo. La atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores). Resultado de VIH disponibles en pacientes en trabajo de parto. Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos Cuenta con registro de eventos adversos Cuenta con reporte, análisis y medidas correctivas sobre información de eventos adversos Cuenta con dispensador de oxígeno Cuenta con equipo de reanimación de adulto y el recién nacido Ambiente para atención inmediata del recién nacido contigua a la sala de partos.			R.M. N° 853-2012/MINSA, Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V 2.0 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"/Carta Circular N° 671 - GCPS-ESSALUD 2011 que brinda Resolución de Gerencia General N° 988-GG-ESSALUD-2010 "Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo"
SEGURIDAD EN CENTRO QUIRÚRGICO (Jefe de Calidad)		Se aplicó de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. Utilizan un formato de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos Se verifica el marcado del área a operar. Hay disponibilidad de oxímetros de pulso en Sala de Operaciones y Recuperación. Existe equipo completo para manejo de vía aérea difícil. (Incluir en definición de términos) El equipo de salud se encuentra completo según programación. Se revisa el coche de paro y se verifica si cuenta con los medicamentos según el listado del comité farmacológico (fecha de vencimiento, organización por orden alfabético) necesarios para situaciones críticas. En recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo. Se registran condiciones de ingreso y salida del paciente de recuperación. Registra y notifica accidentes de trabajo del personal de salud Ha desarrollado un sistema de gestión de eventos adversos Cuenta con registro de eventos adversos Cuenta con reporte, análisis y medidas correctivas sobre información de eventos adversos Se cuenta con sistema de monitoreo del paciente en la sala de recuperación post quirúrgica			DS N° 013-2000-SA- Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. DS N° 546-2011/MINSA NT N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM 1021-2010 aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía /Carta Circular N° 671 - GCPS-ESSALUD 2011 que brinda Resolución de Gerencia General N° 988-GG-ESSALUD-2010 "Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo". Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 34 - GCPS-ESSALUD 2010 " Formulario de consentimiento informado para Cirugía Segura u otros procedimientos médicos"
BIOSEGURIDAD (Responsable de Inteligencia Sanitaria)		Se observa disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.(biocontaminados en bolsa roja, comunes en bolsa negra y sustancias tóxicas en bolsa amarilla) Se cumple con la higiene de manos de acuerdo a normas. Si existen mensajes que promueven la higiene de manos. El descarte de material punzo cortante, agujas, se realiza de acuerdo a normas. (en recipiente rígido y con tapa) Se observa si el cuidado y manejo de catéteres se realiza de acuerdo a normas. Se cumplen las medidas de aislamiento de los residuos sólidos.			Ley N° 26842 Ley General de Salud, Ley N° 27314 Ley general de Residuos Sólidos DS N° 057-2004-PCM Reglamento de la Ley General de Residuos Sólidos DS N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. DL N° 1065 Modificatoria de la Ley General de Residuos Sólidos, RM N° 753-2004 NTS N° 020-MINSA-DGSP-V.01 Prevención y control de las infecciones intrahospitalaria, RM N° 523-2007/MINSA aprueba la Vigilancia, Prevención y Control de infecciones intrahospitalaria, RM N° 554-2012/MINSA Gestión y manejo de Residuos Sólidos aprueba la NT N° 096 Gestión y manejo de residuos sólidos de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo". RM N° 452-2003-SA que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario/ Resolución de Gerencia General N° 275-GG-ESSALUD-2001 que aprueba la Directiva N° 012-GG-Essalud-2001 "Normas generales de Bioseguridad en Essalud"
EQUIPAMIENTO (Responsable de Inteligencia Sanitaria)		Los equipos están accesibles para su uso. Los equipos funcionan adecuadamente. Los equipos son revisados, calibrados y reciben mantenimiento preventivo periódico que se visualiza en las respectivas tarjetas. El personal conoce el funcionamiento de los equipos			
ADECUADA GESTIÓN DE RECURSOS (Jefe de Departamento)		Las interconsultas, exámenes de laboratorio y de imágenes se gestionan oportunamente en paciente hospitalizados. El personal programado se encuentra en el servicio para garantizar la atención oportuna. El personal en entrenamiento se encuentra supervisado. Se pregunta al paciente si le han solicitado su autorización para realizar docencia con estudiantes.			RM N° 386-2006-MINSA NT N° 042-MINSA-DGSP-V01 Servicio de Emergencia: Disposiciones generales, de la Organización y Funcionamiento

VºBº
 R. GALVÁN H.
 JEFE DE OFICINA
 GERENCIA GENERAL
 ESSALUD - LIMA

VºBº
 GERENTE

VºBº
 Gerente

FORMATO DE SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

RED ASISTENCIAL/DESCONCENTRADA/OPN:

IPRESS:

Nombre de los supervisores:

Nombre del Jefe del Servicio:

Nombre del Jefe de la Oficina de Calidad:

Fecha:

ESTADÍSTICA BÁSICA

N°	Aspectos a Observar	Clasificador	Técnica	Fuente	Valor	No cuenta	No aplica	Observaciones
1	N° de ginecólogos	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
2	N° de obstetras	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
3	N° de camas	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
4	N° de partos/ año	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
5	N° de cesáreas/ año	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
6	N° de partos vaginales/ año	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
7	N° de vasectomías/ año	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
8	N° de BTB / año	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
9	N° de legrados puerperales/ año	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
10	Tasa de endometritis puerperal en parto vaginal	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
11	Tasa de endometritis puerperal en parto por cesárea	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
12	Tasa de infección de sitio operatorio en cesárea	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				
13	Porcentaje de cesáreas programada/mes	ESTADÍSTICA	Revisión documental	Reporte estadístico				

CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

N°	Aspectos a Observar	Clasificador	Técnica	Fuente	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
14	El Hospital garantiza el horario de atención del consultorio de planificación familiar por lo menos 3 veces por semana.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Verificación in situ	Cartera de Servicios Horario de Programación				
15	El Hospital otorga citas en planificación familiar con un tiempo de espera menor a 10 días desde la solicitud de la usuaria.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Entrevista Verificación in situ	Usuaría. Cita de planificación Familiar.				
16	El Hospital garantiza a la (al) usuaria(o) su privacidad en el consultorio de planificación familiar.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Entrevista Verificación in situ	Usuaría. Consultorio de Planificación Familiar				
17	El Consultorio de planificación familiar cuenta con stock de métodos anticonceptivos: píldora, DIU, implante, medroxiprogesterona y condón.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Verificación in situ	Stock de métodos anticonceptivos en el consultorio de Planificación familiar				
18	El Consultorio de planificación familiar cuenta con stock de material informativo a ser entregado a la (al) usuaria(o) sobre el método anticonceptivo elegido.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Verificación in situ	Stock de Material informativo individualizado por método anticonceptivo				

CONSULTA EXTERNA OBSTÉTRICA

N°	Aspectos a Observar	Clasificador	Técnica	Fuente	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
19	El médico registra correctamente en la Historia Clínica Materno Perinatal durante la consulta prenatal.	CONTROL PRENATAL	Revisión documental	Historia Clínica				
20	Las gestantes portan la tarjeta de Control Pre Natal con datos completos.	CONTROL PRENATAL	Entrevista	Usuaría con tarjeta de CPN				
21	Las gestantes/puérpas refieren que el médico les realizó examen físico completo durante la atención prenatal.	CONTROL PRENATAL	Entrevista	Gestante/puérpas				
22	Las gestantes del 2do y 3er trimestre cuentan con análisis de laboratorio institucionales, incluye prueba rápida de VIH y Sífilis.	CONTROL PRENATAL	Verificación in situ	Historia Clínica, Sistema de Gestión Hospitalaria				
23	Las gestantes cuentan con ecografías institucionales.	CONTROL PRENATAL	Verificación in situ	Historia Clínica, Sistema de Gestión Hospitalaria				
24	Las gestantes recibieron orientación para Psicoprofilaxis Obstétrica.	CONTROL PRENATAL	Entrevista	Gestante				
25	Las gestantes están informadas sobre los signos de alarma del embarazo.	CONTROL PRENATAL	Entrevista	Gestante				

CENTRO OBSTÉTRICO

N°	Aspectos a Observar	Clasificador	Técnica	Fuente	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
26	El personal de salud identifica físicamente a la gestante/puérpas con pulsera	GESTIÓN DEL RIESGO	Verificación in situ	Gestante/puérpas				
27	El Centro Obstétrico del Hospital dispone de dispositivos médicos operativos: Doppler Fetal portátil, Monitor Fetal, ecógrafo, reloj y gestograma.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Dispositivos médicos				
28	El personal de salud realiza monitoreo obstétrico y grafica en tiempo real el partograma.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Partograma				
29	La Sala de Partos cuenta con lavatorio para lavado de manos, con manija para codos/automática	GESTIÓN DEL RIESGO	Verificación in situ	Lavatorio de Lavado de manos - Sala de Partos				
30	El personal de salud permite la presencia del familiar de la gestante durante la atención de parto.	GESTIÓN DEL RIESGO	Entrevista	Usuaría - Pareja				
31	El personal de salud aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en atención de parto por cesárea.	GESTIÓN DEL RIESGO	Revisión documental	Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía - Historia clínica				
32	El personal de salud realiza el monitoreo del puerperio inmediato cada 15 minutos (durante las 2 primeras horas) y lo registra en la historia clínica. Controla: funciones vitales, tono uterino, sangrado vaginal.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Historia Clínica				

33	El Centro Asistencial presenta una tasa de episiotomía por debajo del 30%	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Revisión documentaria	Libro Sala de partos				
34	El personal de salud administra de manera segura los medicamentos: oxitocina/SOMg con bomba de infusión	GESTIÓN DEL RIESGO	Verificación in situ	Historia Clínica				
35	El Centro Obstétrico del Hospital cuenta con protocolo , equipos e insumos para claves obstétricas en el manejo de las emergencias obstétricas: clave roja, amarilla y azul. Verificar: vencimiento, disponibilidad, ubicación y control.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Claves obstétricas				

HOSPITALIZACIÓN DE OBSTETRICIA

N°	Aspectos a Observar	Clasificador	Técnica	Fuente	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
36	El personal de salud brinda consejería en planificación familiar en el puerperio mediato.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Entrevista	Usuaría				
37	El personal de salud administra métodos de planificación familiar antes del alta médica (incluye Bloqueo Tubarico Bilateral).	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Entrevista	Personal de salud				
38	El personal de salud identifica físicamente a la gestante/puérpura mediante pulsera.	GESTIÓN DEL RIESGO	Verificación in situ	Gestante/puerpera				
39	La Hospitalización obstétrica cuenta con protocolo equipamiento e insumos para claves obstétricas en el manejo de las emergencias obstétricas: clave roja, amarilla y azul. Verificar: vencimiento, disponibilidad, ubicación y control.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Claves obstétricas				
40	El personal de salud aplica la escala de J. H. Downton para identificar el riesgo de caída en la gestante/puérpura.	GESTIÓN DEL RIESGO	Verificación in situ	Historia Clínica				
41	La Hospitalización obstétrica disponen de baños con barandas de sujeción vertical.	GESTIÓN DEL RIESGO	Verificación in situ	Servicios Higiénicos en Hospitalización				

EMERGENCIA OBSTÉTRICA

N°	Aspectos a evaluar	Clasificador	Técnica	Fuente	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
43	La Sala de Emergencia Obstétrica esta cerca del Centro Quirúrgico.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Distancia Sala de Emergencia Obstétrica - Centro Quirúrgico				
44	La Sala de Emergencia Obstétrica cuenta con protocolo , equipamiento e insumos para claves obstétricas en el manejo de las emergencias obstétricas: clave roja, amarilla y azul. Verificar: vencimiento, disponibilidad, ubicación y control	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Claves obstétricas				
45	La Sala de Emergencia Obstétrica dispone de : Doppler Fetal portátil, ecógrafo, reloj y gestograma.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Dispositivos médicos				
46	El personal de salud, coordina y recibe gestantes de alto riesgo en situación de emergencia obstétrica referidas de establecimientos de menor capacidad resolutive.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Hoja de Referencia/Sistema de Referencia				
47	En Sala de Emergencia NO hay gestantes con indicación de pasar a Centro obstétrico.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	Verificación in situ	Registro de Atención Sala de Observación				

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

N°	Aspectos a Observar	Clasificador	Técnica	Fuente	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
48	El Hospital realiza por lo menos una (01) Ronda de Seguridad en el área obstétrica al trimestre.	GESTIÓN DEL RIESGO	Revisión documentaria	Plan e Informes de Ronda de Seguridad				
49	El Hospital reporta mensualmente los Eventos Adversos del área obstétrica.	GESTIÓN DEL RIESGO	Revisión documentaria	Reporte Eventos Adversos				
50	El Hospital realiza por lo menos un (01) Análisis Causa - Raíz en el área obstétrica durante el año.	GESTIÓN DEL RIESGO	Revisión documentaria	Informes Análisis Causa Raíz				
51	El Hospital desarrolla (01) Proyecto de Mejora Continua en el área obstétrica al año	GESTIÓN DEL RIESGO	Revisión documentaria	Plan de Mejora Continua				



FORMATO PARA REPORTE DE INDICADORES

Nro.	INDICADOR	FORMULA	META	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
1	Descripción del Indicador	Númerador		Numerador	Numerador	Numerador	Numerador
		Denominador		Denominador	Denominador	Denominador	Denominador
2	Descripción del Indicador	Número		Valor	Valor	Valor	Valor
3	Descripción del Indicador	Númerador		Numerador	Numerador	Numerador	Numerador
		Denominador		Denominador	Denominador	Denominador	Denominador
4	Descripción del Indicador	Número			Valor		Valor
n							

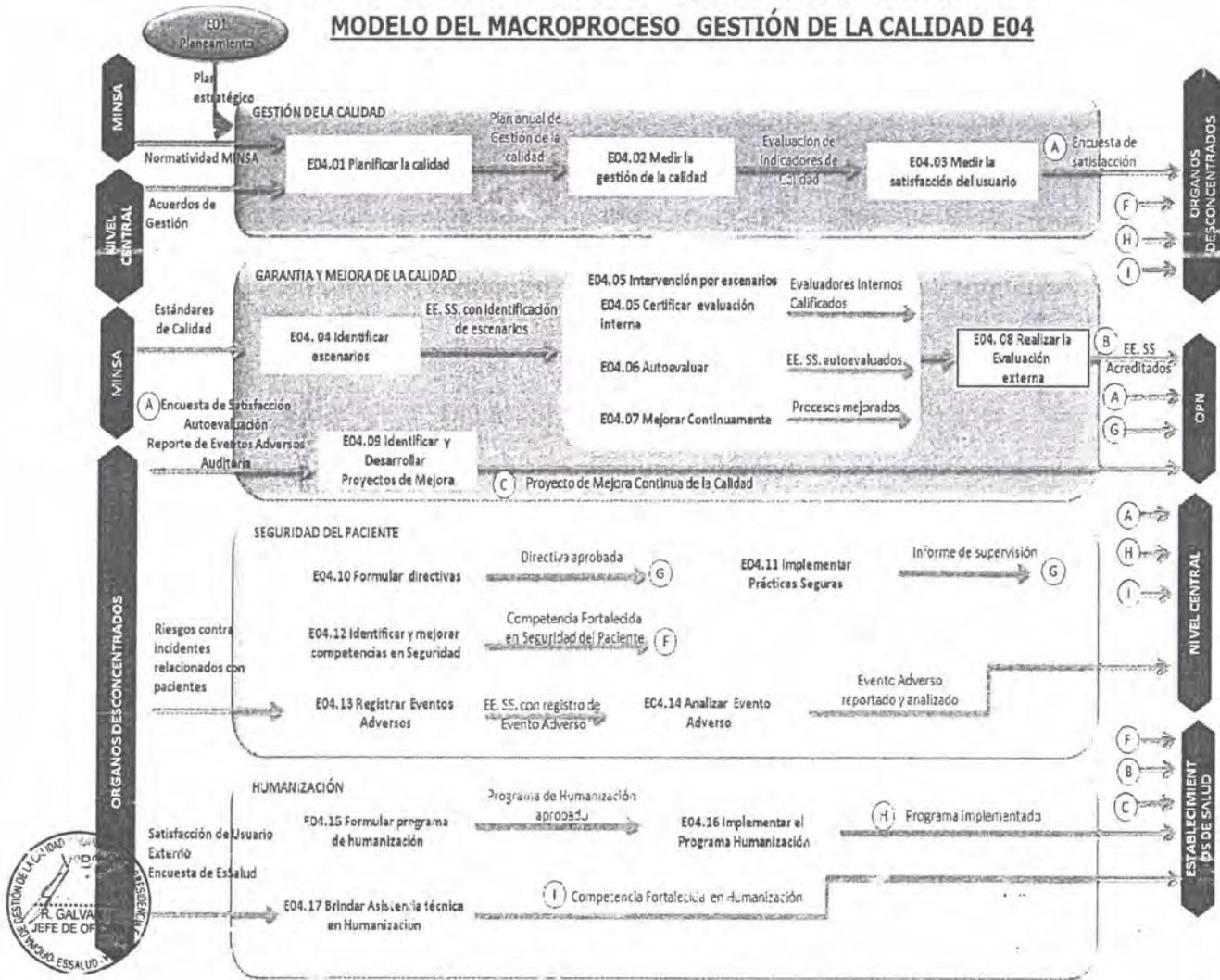


ANEXO N° 15: Ficha del Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad

FICHA DE MACROPROCESO				
1. CODIGO	E04	2. NOMBRE DEL MACROPROCESO	Gestión de la Calidad	
3. TIPO	Estratégico	4. RESPONSABLE	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización	
5. OBJETIVO	Conjunto de procesos que conducen a la aplicación de los estándares de calidad para la atención y seguridad de los pacientes			
6. ALCANCE	Comprende los procesos relacionados con la formulación y creación de Instrumentos de Gestión de la Calidad			
7. PROVEEDORES	8. ENTRADAS	9. PROCESOS	10. SALIDAS (PRODUCTOS)	11. CLIENTES
Órganos Centrales Órganos Desconcentrados MINSA	<ul style="list-style-type: none"> Requerimientos de Información Quejas y Reclamos Normatividad MINSA Estándares de Calidad Reporte de eventos adversos Riesgos contra incidentes relacionados con pacientes Acuerdos de Gestión 	<ul style="list-style-type: none"> E04.01 Planificar la calidad E04.02 Medir la gestión de la calidad E04.03 Medir la satisfacción del usuario E04.04 Identificar Escenarios E04.05 Certificar evaluación interna E04.06 Autoevaluar E04.07 Mejorar continuamente E04.08 Realizar evaiuación externa E04.09 Identificar y desarrollar Proyectos de Mejora Continua E04.10 Formular directivas E04.11 Implementar prácticas seguras E04.12 Identificar y mejorar competencias en Seguridad E04.13 Registrar Eventos Adversos E04.14 Analizar Eventos Adversos E04.15 Formular Programa de Humanización E04.16 Implementar Programa de Humanización E04.17 Brindar Asistencia técnica en Humanización 	<ul style="list-style-type: none"> Plan Anual de Gestión de la Calidad Evaluación de Indicadores de Calidad Acreditación EESS Proyectos de Mejora de atención al paciente Informes de supervisión Encuesta de Satisfacción Programa de Humanización 	<ul style="list-style-type: none"> Órganos Centrales Órganos Desconcentrados Instituciones Externas Órganos Prestadores Nacionales



Anexo 16:
Modelo del Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad
MODELO DEL MACROPROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD E04



Anexo 17:
Ejes del Macroproceso Estratégico Gestión de la Calidad

**Eje Nº 1 : Implementación
del Sistema de Gestión de la
Calidad**

E04.01 Planificar la Calidad
E04.02 Medir la Gestión de la Calidad
E04.10 Formular directivas

**Eje Nº 2 : Mejora Continua y
Satisfacción de Usuarios**

E04.03 Medir la satisfacción del usuario
E04.07 Mejorar continuamente
E04.09 Identificar y desarrollar proyectos de mejora continua

**Eje Nº 3 : Acreditación de las
IPRESS de EsSalud**

E04.04 Identificar Escenarios
E04.05 Certificar evaluación interna
E04.06 Autoevaluar

**Eje Nº 4 : Gestión de Riesgos
y Prácticas seguras**

E04.11 Implementar prácticas seguras
E04.12 Identificar y mejorar competencias en Seguridad
E04.13 Registrar Eventos Adversos
E04.14 Analizar Eventos Adversos

**Eje Nº 5 : Humanización
de la atención**

E04.15 Formular programa de humanización
E04.16 Implementar programa de humanización

