

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1967 -GG-ESSALUD-2019

Lima, 31 DIC. 2019

VISTOS:

La Carta N° 1256-OGCYH-PE-ESSALUD-2019, el Informe N° 34-GPSHA-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 y el Informe N° 54-GAYMCC-PE-ESSALUD-2019 de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización; la Carta N° 8064-GCPP-ESSALUD-2019 y el Informe Técnico N° 15-GPC-GCPP-ESSALUD-2019 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y la Carta N° 4993-GCAJ-ESSALUD-2019 e Informe N° 738-GNAAGCAJ-ESSALUD-2019 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD, concordado con el artículo 39° de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, ESSALUD es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, y 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, en su acápite IV referente al ámbito de aplicación, se señala que las Políticas Nacionales de Calidad de Atención en Salud son de obligatorio cumplimiento por la Autoridad Sanitaria en sus niveles nacional, regional y local, así como por las organizaciones proveedoras de atención de salud públicas, privadas y mixtas en el país; en virtud a ello, el Seguro Social de Salud - ESSALUD se encuentra dentro del ámbito de aplicación del referido dispositivo; por lo que, corresponde dar cumplimiento a dichas disposiciones;

Que, asimismo, en el numeral 5 referente a las Políticas Nacionales de Calidad de la Atención de Salud, del acápite V se indica como Sexta Política que las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central; ello con el objetivo de garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad;

Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 360-PE-ESSALUD-2016 se aprobó el documento técnico "Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", el cual tiene como objetivo establecer las Líneas Estratégicas de Calidad que orienten el desarrollo de las prestaciones con calidad para lograr la satisfacción de los asegurados;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016 se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1967 -GG-ESSALUD-2019

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;

Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 549-PE-ESSALUD-2017 se modificó la conformación del Comité Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente de ESSALUD, reconfirmado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 252-PE-ESSALUD-2016, el mismo que realizó la validación del "Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2019-2021", según correo electrónico de fecha 05 de julio de 2019;

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 a nivel nacional;

Que, con Carta de Vistos la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización adjunta como sustento la Carta N° 8064-GCPP-ESSALUD-2019 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, y propone el proyecto de "Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2019-2021", a fin que se prosiga con el trámite respectivo;

Que, acompaña el Informe N° 34-GSPHA-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 de la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención, en el cual se concluye que: "3.1 El documento Propuesta del Plan Nacional de Calidad 2019-2021 se encuentra alineado a los documentos normativos que regulan la planificación organizacional y estratégica de la Institución. 3.2 En lo que respecta a las competencias de la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención, el documento incorpora actividades para el desarrollo de todos los ejes temáticos de esta Gerencia. 3.3 Se recomienda la aprobación de la Propuesta de Plan Nacional de Calidad 2019-2021, por el Comité Nacional de Calidad de Essalud";

Que, asimismo, adjunta el Informe N° 54-GAYMCC-PE-ESSALUD-2019 de la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua, en el cual se concluye que: "2.1 El documento Propuesta del Plan Nacional de Calidad 2019-2021 se encuentra alineado a los documentos normativos que regulan la planificación organizacional y estratégica de la Institución. 2.2 En lo que respecta a las competencias de la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad, el documento incorpora actividades para el desarrollo de todos los ejes temáticos de esta Gerencia";

Que, con Carta de Vistos la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, remite el Informe Técnico N° 15-GPC-GCPP-ESSALUD-2019 en cuyo numeral II del Análisis se indica que: "es importante señalar respecto al componente presupuestal para financiar



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1967 -GG-ESSALUD-2019

las actividades del Plan, se establece que 'la necesidad de presupuesto, cuyo monto a nivel de Oficina Central, está alineado al Presupuesto Operativo Institucional (POI). Del mismo modo las actividades a nivel de la Redes e IPRESS serán financiadas con cargo a sus propios recursos. Para ellos, se ha previsto la necesidad de implementar los Centros de Gasto respectivos; para lo cual se realizarán las coordinaciones necesarias con la Gerencia de Presupuesto, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto'; asimismo, concluye que: "La Gerencia de Planeamiento Corporativo en el marco de sus funciones y competencias, de acuerdo a la revisión y análisis del expediente de la propuesta del 'Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2019-2021', concluye que dicha propuesta se ajusta a lo establecido en la Directiva N° 16-GCPP-ESSALUD-2018-V.01 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación de planes específicos institucionales vinculados a los sistemas funcionales"; por lo que se emite opinión técnica favorable, a fin de proseguir con los trámites que correspondan para su aprobación";

Que, con Carta e Informe de Vistos la Gerencia Central de Asesoría Jurídica considera viable la propuesta de aprobación del proyecto de documento técnico "Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2019-2021", el cual constituye un instrumento de índole técnico sustentado por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización mediante Informes Nros. 34-GSPHA-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 y 54-GAYMCC-PE-ESSALUD-2019, con opinión favorable de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto mediante Carta N° 8064-GCPP-ESSALUD-2019 e Informe Técnico N° 15-GPC-GCPP-ESSALUD-2019; de acuerdo a lo establecido en la Directiva de Gerencia General N° 016-GCPP-ESSALUD-2018 V.01 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación de Planes Específicos Institucionales vinculados a los Sistemas Funcionales" aprobada por Resolución de Gerencia General N° 1907-GG-ESSALUD-2018; en el marco de lo dispuesto en la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD; Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"; el documento técnico "Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 360-PE-ESSALUD-2016 y el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD, establece que le compete al Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Que, conforme a lo establecido en el numeral 7.1.9 del numeral 7.1 de la Directiva de Gerencia General N° 016-GCPP-ESSALUD-2018 V.01 la aprobación de los Planes, está a cargo de la Gerencia General de ESSALUD;

Con los vistos de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

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



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1967 -GG-ESSALUD-2019

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el documento técnico "*Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2019-2021*", 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 Prestacionales, Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales, y demás dependencias de la Institución; así como, de la implementación del documento técnico aprobado por la presente Resolución.
3. **DISPONER** la publicación de la presente Resolución en el Intranet y en la página web Institucional.



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE



ALFREDO R. BARREDO MOYANO
GERENTE GENERAL
ESSALUD



PRESIDENCIA EJECUTIVA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD
2019-2021



GERENCIA DE ACREDITACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
GERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN



INDICE

I. JUSTIFICACIÓN 3

II. BASE LEGAL 4

III. DIAGNÓSTICO..... 5

IV. FINALIDAD..... 9

IV OBJETIVO 10

V OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10

VI POBLACIÓN OBJETIVO..... 10

VII ÁMBITO DE INTERVENCIÓN 10

VIII ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES..... 11

EJES DE TRABAJO 11

IX ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION 12

X ACTIVIDADES 12

XI MONITOREO Y EVALUACIÓN 15

XII MAPA DE INDICADORES 17

XIV FICHAS DE INDICADORES 26

XV MATRIZ DE REPORTE DE INDICADORES 75



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

I. JUSTIFICACIÓN

Existe una Política Nacional para la Calidad promovida por la Ley N°30224 a través de la creación del Sistema Nacional para la Calidad y del Instituto Nacional de Calidad con miras al desarrollo y la competitividad de las actividades económicas y la protección del consumidor. Asimismo, el Decreto Supremo N° 046-2014-PCM aprueba la Política Nacional para la Calidad, como una herramienta de política pública fundamental para guiar de manera clara y con visión de largo plazo la implementación, desarrollo y gestión de la infraestructura de la calidad en el Perú.

A nivel del Sector Salud, el Ministerio de Salud en calidad de ente rector, después de impulsar una serie de normas técnicas y lineamientos para la gestión de la calidad, consolida el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", inicialmente aprobada en el 2001, se actualiza en el 2006 sentando las bases conceptuales y los principios que deberán ser considerados en la definición y desarrollo de los sistemas de gestión de la calidad de los prestadores de salud del sector, a nivel nacional.

Por su parte Seguro Social de Salud, se viene impulsando una política de calidad desde 1994 con la creación del Concejo nacional de la calidad, de igual forma nuestra institución promueve durante el 2004 la generación de Comités Nacionales de Calidad y Comités de Gestión que despliegan acciones en tres líneas: Atención al Asegurado, Auditoría Médica y Mejora de Procesos. En el 2014, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656 –PE-ESSALUD-2014, se aprueba la nueva Estructura Orgánica en la cual aparece la Oficina de Gestión de la Calidad. Posteriormente a ello en el 2016 se dispone el cambio de denominación de Oficina de Gestión de la Calidad a Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. En esta nueva estructura, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH), se constituye en el órgano de asesoramiento de la Alta Dirección y está encargada de promover la implementación de prácticas de gestión de la calidad en los órganos centrales y desconcentrados de EsSalud, promoviendo una cultura de la calidad, trato humanizado y de gestión por procesos para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente, a través de la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención y la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad.

A partir de estas funciones, la OGCyH promueve la creación del Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud, cuyos fundamentos se aprueban mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°380-PE-ESSALUD-2016, en el Documento Técnico del mismo nombre. El Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud se formula en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud y del Seguro Social de Salud.

En el punto 6.2.6, del citado documento, **De la Organización del Sistema de Gestión de Calidad**. Sección B. **Planificación**. Se especifica: "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 deseado.
- El mapa de procesos.....".

Por lo expuesto, el Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud-EsSalud, se justifica en la necesidad de Gestionar el Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud, no respondiendo necesariamente a una problemática específica a solucionar sino a una necesidad de MEJORA CONTINUA, a la necesidad de implementar prácticas de gestión de calidad y promover la cultura de calidad en todo EsSalud, en cumplimiento



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

además de la normatividad sectorial siendo parte del Sistema Nacional de Gestión de Calidad en Salud.

II. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificaciones.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y sus modificaciones.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 046-2014-PCM que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
- Decreto Legislativo 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380- PE-ESSALUD 2016, que aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud-ESSALUD”.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 360- PE-ESSALUD 2016, que aprueba la Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud-ESSALUD.
- Carta Circular N° 03-DA-PE-Essalud-2011 que difunde la “Guía del Sistema de Registro, Notificación, Reporte, Procesamiento y Análisis de incidentes y eventos adversos en los Servicios de Salud - ESSALUD.”
- 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.
- Resolución de Gerencia General N° 501- GG-ESSALUD 2012, que aprueba la Directiva N° 007 – GG- ESSALUD- 2012 “Lineamientos para la implementación de Comisiones de Eventos Centinela en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud” (ESSALUD).
- Resolución de Defensoría del Asegurado N°04-DA-PE. ESSALUD 2012 que aprueba la Directiva N° 03 DA-PE. ESSALUD 2012 Directiva de Implementación de Rondas de Seguridad en los Centros Asistenciales el Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- 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”.



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

- 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 del Paciente"
- Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión".
- 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.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 141-PE-ESSALUD-2016 que aprueba el cambio de denominación de la "Oficina de Gestión de la Calidad" por "Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización".
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 142-PE-ESSALUD-2017, que modifica la estructura orgánica y el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

III. DIAGNÓSTICO

Como se ha mencionado en el acápite precedente, el Plan de Gestión de la Calidad es un componente para la organización del Sistema de Gestión de la Calidad, forma parte de los procesos del Macro proceso para la Gestión de Calidad conformándose como un output de este Macro proceso, siendo así que no responde a una situación problemática específica y se establece para ejecutar la políticas generales y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad, orientados para mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnología del Seguro Social de Salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad que responda a las necesidades y expectativas de los usuarios.

A nivel sectorial el MINSA, en su Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud¹, establece que la Calidad constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada, que desafía de manera continua nuestra creatividad y emprendimiento, no siendo un estado al cual se accede.

De otro lado, en el documento citado se hace mención a la situación de la calidad en salud a nivel nacional, refiriéndose que en el país no se encuentran estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, que permitan establecer una evaluación basada en evidencia, existiendo solo resultados parciales de procesos de autoevaluación, un procedimiento que es el paso previo a la acreditación de establecimientos, proceso con el cual se evalúa periódicamente a las IPRESS basado en la comparación de su desempeño con estándares óptimos y factibles de alcanzar; la situación no ha variado a la fecha, en ESSALUD el porcentaje de IPRESS en el 2018, que realizaron el proceso de autoevaluación para la acreditación fue 37% en promedio, un nivel muy bajo, existiendo redes en las que ni siquiera se reportó este proceso dentro de

¹ Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud. RM N°727-2009/MINSA



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

sus IPRESS², como se puede ver en la Tabla N°1. Consecuencia de ello, a la fecha para el 2019 a nivel nacional, solo existen 2 establecimientos de salud acreditados por el MINSA: El Instituto Nacional del Niño San Borja perteneciente al MINSA y el Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, perteneciente a ESSALUD, no llegándose al 1% de establecimientos públicos acreditados por el ente rector.

Complementando lo expuesto, la población percibe baja calidad en la atención de salud que recibe y de ello dan fe las encuestas anuales sobre la situación de la salud en el Perú realizadas por la Universidad de Lima del 2007 al 2009 y la encuesta de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2014.

Mención aparte amerita el hecho de que, si consideramos que el juez de la calidad es el usuario en sus necesidades y expectativas, estamos aún muy alejados de tomar conciencia de la diversidad étnica y cultural del país, por tanto, el enfoque homogenizado de la calidad requiere ser cambiado por el enfoque de diálogo intercultural, tanto en la definición de los objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento³.

Es imprescindible tener en cuenta que de acuerdo a los lineamientos establecidos por el MINSA, la planificación de la calidad tiene un carácter estratégico por cuanto involucra a toda la organización desde el más alto nivel directivo hasta el nivel operacional, por lo cual su enfoque es participativo, implicando por tanto un esfuerzo corporativo no solo para la definición de objetivos y formulación de estrategias, sino también para el despliegue efectivo en todos los niveles e instancias del sistema de salud³. En nuestra institución, la aprobación del Plan debe realizarse a nivel del Comité Nacional de Calidad, componente máximo y funcional de la Estructura del Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud⁴, con lo cual se asegura la participación de los altos niveles directivos.

Así mismo hay que mencionar la situación de los recursos y presupuesto asignados para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, puesto que en la institución no existen códigos de costeo que se asignen a las actividades que las IPRESS y Redes deben asignar dentro de su Presupuesto Operativo, para el cumplimiento de los respectivos planes que, bajo el marco del presente Plan, deben desplegar a fin de dar cumplimiento a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Finalmente hay que recalcar que el presente Plan constituye el marco para la elaboración de los Planes de Calidad de las Redes e IPRESS que atienden a los pacientes asegurados de ESSALUD y se constituye, de acuerdo con lo dispuesto por el Ente Rector, en la operacionalización del despliegue efectivo en todos los niveles e instancias de ESSALUD.

En las Tablas N°1 y N°2 se presentan el nivel del 2018 y al 3er Trimestre del 2019, de los indicadores priorizados para la evaluación de la calidad en los servicios de salud.

² Indicadores de Gestión de Calidad según redes-2018-OGCH

³ Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. RM N°519-2006/MINSA

⁴ Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud RPE N°380-PE-ESSALUD 2016

TABLA N°1. INDICADORES DE GESTION DE LA CALIDAD EN PORCENTAJE SEGÚN RED DESCONCENTRADA / INSTITUTO / CENTRO ESPECIALIZADO

Al IV Trimestre 2018

RED ASISTENCIAL DESCONCENTRADA ONP HN	Número de Proyectos de Mejora Continua implementados.	Porcentaje de IPRESS que aplican Autoevaluación para la Acreditación.	Porcentaje de cumplimiento del proceso de identificación en pacientes hospitalizados.	Porcentaje de aplicación de los 5 correctos de la medicación en pacientes hospitalizados	Porcentaje de Pacientes hospitalizados con valoración de riesgo de caída.	Porcentaje de Caídas de Pacientes hospitalizados.	Porcentaje de cumplimiento de Guía de prevención de Úlceras por Presión en pacientes diagnosticados con riesgo	Porcentaje de pacientes hospitalizados con úlceras de presión adquirida en la IPRFSS.	Porcentaje de cumplimiento de mejoras post Ronda de Seguridad.
TOTAL	54								
R.D. ALMENARA	9	6.45	93.36	92.79	76.42	0.17	46.67	0.29	55
R.A. AMAZONAS			92.54						0
R.A. ANCASH			81.34	76.92	79.66		40		31
R.A. APURIMAC	0		97.6	99.13	97.91	0.1	100		70
R.A. AREQUIPA	15	92.79	75.66	93.76	79.08	0.08	59.29	0.74	0
R.A. AYACUCHO		60	84.96						53
R.A. CAJAMARCA	14	94.44	71.25	100	38.24		100	0.39	0
CNSR									
R.A. CUSCO		100	97.88	100	46.32		100		31
GOF									
HN ALMENARA	4	100	96.11	94.23	87.14	0.17	70.37	0.95	55.5
HN REBAGLIATI	1	33.33	94.34	98.08	95.23	0.15	94.25	20.23	45
HN SABOGAL			98.56	100	98.97	0.18	99.26	1.38	26
R.A. HUANCVELI			99.11						80
R.A. HUANUCO		33.33	93.1						40
R.A. HUARAZ			100						0
R.A. ICA	0	100	98.97	98.81	14.86	0.04	100	0.04	58
R.A. JULIACA	0		99.32	98.97	100	0.06	99.82	0.34	4
			99.18						0



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

R.A. JUNIN		100	90.98						20
R.A. LA LIBERTAD	2	44.44	94.14	99.37	56.02	1.1	95.73	1.4	24
R.A. LAMBAYEQUE	0	50	93.92	100	78.04	0.03	91.15	0.03	49
R.A. LORETO	0	100	100						11
R.A. MADRE DE DIOS			94.05	51.56	100		100		0
R.A. MOQUEGUA		75	99.65	100	69.1		94.44		28
R.A. MOYOBAMBA	0	100	81.63	86.36					23
R.A. PASCO			99.48	96	100		100	0.13	13
R.A. PIURA	2	100	96.33	98.68	84.81		96.83		33
R.A. PUNO			92.79						41
R.D. REBAGLIATI	2	100	98.48	99.73	97.4		96.59	39.98	45
R.D. TABOGAL	5	16.67	96.44	85.23	87.59	0.05	89.61	0.45	26
R.A. TACNA			87.66						58
R.A. TARAPOTO	0		91.63	100	100		69.71		16
R.A. TUMBES			11.54						11
R.A. UCAYALI			79.31						27

Fuente: Sistema de Gestión de Indicadores de la Calidad (SGIC)

Nota: El registro de la data mostrada es recopilada, tabulada, analizada y registrada en el SGIC por cada RA/RD/ONP/HH

TABLA N°2. INDICADORES DE GESTION DE LA CALIDAD EN PORCENTAJE SEGÚN RED DESCONCENTRADA / INSTITUTO / CENTRO ESPECIALIZADO

Al III Trimestre 2019

RED ASISTENCIAL DESCONCENTRADA ONP HN	Número de Proyectos de Mejora Continua Porcentaje de IPRESS que aplican Autoevaluación para la Acreditación(*) Porcentaje de cumplimiento del proceso de identificación en pacientes Porcentaje de aplicación de los 5 correctos de la medicación en pacientes Porcentaje de Pacientes hospitalizados con valoración de riesgo de caída. Porcentaje de Caídas de Pacientes hospitalizados. Porcentaje de cumplimiento de Guía de prevención de Úlceras por Presión en Porcentaje de pacientes hospitalizados con úlceras de presión adquirida en la Porcentaje de cumplimiento de mejoras post Ronda de Seguridad. Porcentaje de IPRESS que cuentan con Sistema de Registro y Notificación de Eventos adversos									
	TOTAL	14								
R.D. ALMENARA	3	50%	80%	88%	71%	0.1%	22%	0.9%	16.85%	15.80%
R.A. AMAZONAS	1	40%	96%	100%	100%	0.0%	19%	0.0%	29.87%	0.00%

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

34

R.A. ANCASH		100%	85%	42%	66%	0.2%	4%	0.0%	100.00%	8.30%
R.A. APURIMAC		100%	58%	99%	42%	0.0%	10%	0.0%	86.96%	0.00%
R.A. AREQUIPA	1	100%	73%	93%	74%	0.1%	33%	0.6%	23.38%	7.40%
R.A. AYACUCHO	1	100%	52%	42%	9%	0.0%	3%	0.1%	40.00%	10.00%
R.A. CAJAMARCA		40%	65%	41%	5%	0.0%	0%	0.0%	92.00%	8.30%
R.A. CUSCO		70%	91%	96%	6%	0.1%	13%	0.3%	71.43%	5.60%
R.A. HUANCVELICA		100%	71%	37%	100%	0.0%	11%	0.2%	58.33%	0.00%
R.A. HUANUCO	1	100%	66%	14%	33%	0.1%	2%	1.0%	88.00%	0.00%
R.A. HUARAZ		40%	57%	90%	98%	0.1%	11%	0.1%	73.33%	14.30%
R.A. ICA		40%	89%	97%	14%	0.0%	13%	0.9%	43.14%	17.60%
INCOR		0	100%	100%	93%	0.1%	100%	0.4%	0.00%	100.00%
R.A. JULIACA	1	70%	41%	100%	6%	0.0%	0%	0.7%	0.00%	50.00%
R.A. JUNIN	2	40%	37%	66%	99%	0.0%	40%	0.2%	1.85%	13.60%
R.A. LA LIBERTAD		40%	72%	98%	88%	0.1%	100%	0.3%	25.00%	2.80%
R.A. LAMBAYEQUE		50%	71%	71%	92%	0.0%	9%	0.5%	23.61%	20.00%
R.A. LORETO		100%	79%	75%	6%	0.0%	4%	5.4%	40.00%	11.10%
R.A. MADRE DE DIOS		100%	90%	72%	100%	0.1%	1%	0.0%	16.67%	33.30%
R.A. MOQUEGUA		100%	84%	97%	45%	0.0%	11%	0.2%	20.59%	16.70%
R.A. MOYOBAMBA		100%	53%	0%	0%	0.0%	0%	0.0%	85.19%	0.00%
R.A. PASCO	1	40%	36%	16%	13%	0.1%	6%	0.0%	21.43%	7.10%
R.A. PIURA		100%	88%	91%	38%	0.0%	5%	0.4%	8.00%	9.10%
R.A. PUNO		100%	43%	86%	8%	0.0%	4%	0.0%	38.46%	0.00%
R.D. REBAGLIATI	2	50%	95%	97%	92%	0.2%	58%	1.0%	55.10%	23.50%
R.D. SABOGAL	1	0%	80%	88%	88%	0.2%	51%	1.3%	30.67%	15.00%
R.A. TACNA		100%	87%	61%	100%	0.6%	64%	0.0%	92.31%	12.50%
R.A. TARAPOTO		40%	55%	88%	14%	0.0%	20%	0.0%	0.00%	0.00%
R.A. TUMBES		0%	58%	51%	1%	0.0%	0%	0.0%	0.00%	0.00%
R.A. UCAYALI		100%	51%	0%	0%	0.0%	0%	0.0%	89.19%	14.30%

Fuente: Sistema de Gestión de Indicadores de la Calidad (SGIC) y Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos (REGINCIAD).

Nota: El registro de la data mostrada es recopilada, tabulada, analizada y registrada en el SGIC por cada RA/RD/ONP/HN



FINALIDAD

Establecer los lineamientos técnicos administrativos y las estrategias para la implementar y desarrollar la Gestión de la Calidad de la Institución, incorporando estándares de calidad asistencial y administrativa, seguridad y trato humanizado en la atención de los asegurados en todos los servicios que oferta EsSalud, en concordancia con el Sistema de

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud (EsSalud), la Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud, ESSALUD, Plan Estratégico Institucional (2017-2021), el Plan Maestro al 2021, la Política Nacional de Calidad en Salud y la Política Nacional para la Calidad.

IV OBJETIVO

Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del usuario alcanzando estándares de excelencia en atención y seguridad del paciente, a través de la promoción de la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud EsSalud y el trato humanizado en la atención a los asegurados, con el fin desarrollar una cultura de calidad orientada a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

V OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- OE1 Diseñar, implementar y monitorear los procesos necesarios para la Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud bajo el enfoque de la mejora continua.
- OE2 Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de la implementación de acciones de mejora continua de la calidad enfocadas en la optimización de los procesos, mejora del costo-efectividad e incremento de la satisfacción de los usuarios internos y externos.
- OE2 Garantizar la calidad de atención en las prestaciones de salud, promoviendo el cumplimiento de estándares en las IPRESS.
- OE4 Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad del paciente a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención.
- OE5 Promover una cultura de humanización de la atención en EsSalud basados en un servicio continuo con ética y valores humanos y con el compromiso personal, profesional e institucional de cada uno de los colaboradores.



POBLACIÓN OBJETIVO

El presente Plan está dirigido a todos los usuarios internos y externos de la institución sin distinción ni excepción.



VI ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las dependencias de la institución que intervienen en el otorgamiento de prestaciones a los asegurados, en el marco de la gestión de calidad, seguridad del paciente y humanización de la atención. Para la elaboración de los Planes de Calidad de las Redes e IPRESS se cuenta con una matriz que contiene los criterios mínimos de programación en el marco de las disposiciones de ente rectos y del presente Plan de Calidad Institucional, la misma que será remitida a todas las Redes.



VIII ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

EJES DE TRABAJO

Los ejes alineados a los Objetivos Específicos que rigen las estrategias y actividades del Plan de Gestión de la Calidad se señalan a continuación:

- Eje N° 1: Gestionar y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad (OE01)
- Eje N° 2: Gestionar la Mejora Continua de la Calidad (OE02)
- Eje N° 3: Gestionar las acciones que conlleven a garantizar la calidad en los servicios prestacionales en las IPRESS de EsSalud (OE03)
- Eje N° 4: Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras (OE04)
- Eje N° 5: Humanizar las prestaciones Salud (OE05)

Eje N°1: Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.	N°1: OE1: Diseñar, implementar el Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud (EsSalud).
	Se corresponde con el Objetivo Estratégico Institucional OE1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados. Actividad Estratégica AE1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y la satisfacción del asegurado.
Eje N°2: Mejora Continua de la Calidad.	N°2: OE02: Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de acciones de mejora continua de la calidad enfocadas en la mejora de la costo-efectividad e incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos.
	Se corresponde con el Objetivo Estratégico Institucional OE2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.
Eje N°3: Acreditación de las IPRESS de ESSALUD.	N°3: OE03: Fortalecer la Garantía de Calidad promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el marco de la Acreditación de las IPRESS de EsSalud.
	Se corresponde con el Objetivo Estratégico Institucional OE1: Brindar servicios preventivos y recuperativos. Actividad Estratégica AE1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.
Eje N°4: Gestión de Riesgo y Prácticas Seguras	N°4: OE04: Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud para la Seguridad del paciente, promoviendo una cultura de calidad y seguridad del paciente a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención.
	Se corresponde con el Objetivo Estratégico Institucional OE1, y la AE1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.
Eje N°5: Humanización de la Atención	N°5: OE05: Promover una cultura de humanización de la atención en EsSalud basados en un servicio continuo con ética y valores humanos y con el compromiso personal, profesional e institucional de cada uno de los colaboradores.
	Se corresponde con el Objetivo Estratégico Institucional OE1 y la AE1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y la satisfacción del asegurado.



IX ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION

El Plan Bianual de Gestión de la Calidad (2019-2021) de EsSalud se formula en el marco de los Lineamientos de Política Nacional de Calidad de Salud y la Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud.

Este, se desarrolla en el marco del Plan Estratégico Institucional (2017-2021) y el Plan Operativo Institucional significando así que sus directrices parten de la visión y misión de EsSalud, y termina en actividades.

En relación al Plan Estratégico Institucional, se alinea con el Objetivo estratégico 2 que indica: **“Desarrollar una gestión con excelencia operativa”**, lo cual se orienta a desarrollar una gestión eficiente que cuente con orientación al logro de resultados y con un set de indicadores que permita un monitoreo efectivo de la consecución de las metas propuestas.

Las estrategias para implementar el Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud, son las siguientes:

1. Generar compromisos por la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en los diferentes niveles (Órganos Centrales /Órganos Desconcentrados / Órganos Prestadores Nacionales e IPRESS).
2. Incorporar responsables de la gestión de la calidad en las IPRESS y Redes asistenciales y prestacionales, con perfiles y cualidades definidas que permitan el cumplimiento de las funciones de calidad con liderazgo.
3. Involucrar a todos los colaboradores en la implementación de la cultura de calidad, a través de la identificación y adherencia a los procesos, herramientas y técnicas necesarias para la mejora continua de la calidad y trato humanizado en salud, incorporando prácticas seguras.
4. Desarrollar mecanismos participativos y multidisciplinarios que logren generar en el personal un trato humanizado reconociendo que nuestros asegurados son y serán nuestra prioridad. Política asegurado al centro de la atención.
5. Promover la investigación operativa que apoye la toma óptima de decisiones en los servicios, la planificación de sus actividades para el mejoramiento continuo y una entrega de servicio segura.
6. Incorporar a nuestros asegurados en el proceso de mejora continua de la calidad de los servicios de salud y en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud
7. Incorporar la acreditación de IPRESS como el instrumento que permita incentivar y reconocer el logro de altos estándares de calidad.
8. Fortalecer e implementar las políticas de seguridad del paciente para brindar una atención de calidad y segura.



X ACTIVIDADES



OE 01: Diseñar, implementar los procesos necesarios para la Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud (EsSalud) bajo el enfoque de la mejora continua.

- 1.1 Involucrar a las Gerencias Centrales, Redes e IPRESS en el cumplimiento de políticas, objetivos y estándares de la garantía de la calidad que defina y explicita los derechos de los asegurados y el compromiso institucional.

- 1.1.1 Difundir el documento técnico Estrategia Nacional de calidad y Sistema de gestión de Calidad de EsSalud a las Gerencias Centrales, Redes e IPRESS.

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

1.1.2 Reuniones periódicas con Gerentes y Directores de Redes para implementar las estrategias de intervención para la implementación del Sistema.

1.2 Formulación y Aprobación de Proyectos de Directivas en Seguridad del Paciente.

1.2.1 Revisión del marco normativo vigente,

1.2.2 Formulación y aprobación del Proyecto de Directiva de Registro, Notificación y Gestión de Eventos Adversos en las IPRESS de EsSalud.

1.2.3 Revisión y actualización de las prácticas seguras con la participación de las Redes Asistenciales / Desconcentradas y Centros Especializado que correspondan

1.2.4 Difusión e implementación de las directivas aprobadas.

OE 02: Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de la implementación de acciones de mejora continua de la calidad enfocadas en la optimización de los procesos, mejora del costo-efectividad e incremento de la satisfacción de los usuarios internos y externos.

2.1. Fortalecer las competencias de responsables de la implementación del presente Plan de la Calidad.

2.1.1. Capacitación y Asistencia Técnica en herramientas de calidad, sistema de gestión de indicadores de calidad, investigación operativa en gestión de calidad, mejora continua, acreditación, seguridad del paciente y humanización de la atención en salud.

2.1.2. Realización de la Semana de Calidad en Salud.

2.2. Identificar, difundir, brindar asistencia técnica y promover el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad a nivel nacional basados en las estrategias institucionales.

2.2.1. Utilizar las herramientas de calidad y las fuentes de información para identificar oportunidades de mejora.

2.2.2. Asesoría Técnica a los equipos de mejora conformados en las IPRESS a nivel nacional para el desarrollo e implementación de proyectos de mejora continua, así como acciones de mejora de los procesos.

2.2.3. Identificación y difusión de acciones de mejora y/o Proyectos de Mejora Continua de Calidad implementados que han logrado resultados exitosos en las IPRESS de Essalud.

2.2.4. Reconocer y promocionar a los equipos de mejora participantes en las Jornadas de Benchmarking de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad de EsSalud.

2.2.5. Acompañamiento técnico a los equipos de mejora de EsSalud en la participación de los concursos extra institucionales de mejora continua de calidad.

2.2.6. Monitorear la sostenibilidad de las mejoras implementadas por los equipos de mejora de las Redes IPRESS y Centros Especializados de EsSalud.

OE03: Garantizar la calidad de atención en las prestaciones de salud, promoviendo el estricto cumplimiento de estándares en las IPRESS.



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

- 3.1. Definir la línea de base de las Redes Asistenciales /IPRESS respecto al proceso de Acreditación de las IPRESS que correspondan.
 - 3.1.1 Identificación de las IPRESS con autoevaluaciones realizadas en los últimos 12 meses.
 - 3.1.2. Identificación de la IPRESS con resultados de autoevaluación iguales o mayores al valor aprobatorio, de acuerdo a la norma sectorial vigente.
 - 3.1.3. Identificación de las IPRESS con procesos de mejora continua como consecuencia de las observaciones encontradas en las autoevaluaciones realizadas.
 - 3.2. Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación definidos en el Plan de Mejora.
 - 3.2.1. Monitoreo del cumplimiento del Plan de Mejora en base a los resultados de Autoevaluación de las IPRESS, según escenarios.
 - 3.2.2. Las IPRESS reportarán periódicamente las acciones de mejora respecto a las debilidades identificadas en las autoevaluaciones
 - 3.3. Validar el cumplimiento de estándares en las IPRESS con resultados de autoevaluación igual o mayor al 85%, de acuerdo a la norma sectorial vigente.
 - 3.3.1. Verificación y Asistencia Técnica al Equipo de Acreditación de la IPRESS previa a la presentación del expediente y durante el proceso de Acreditación de la IPRESS.
- OE 04: Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad del paciente a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención.



- 4.1 Revisión y actualización de los aplicativos y herramientas de evaluación y monitoreo de la gestión de riesgos en seguridad del paciente.

- 4.1.1. Revisión y actualización del aplicativo del Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos.
- 4.1.2. Revisión y actualización del aplicativo del sistema de indicadores de calidad así como de los instrumentos para medición de adherencia a prácticas seguras.



- 4.2 Regular el uso de instrumentos para evaluar la garantía y mejora continua de la calidad

- 4.1.3. Elaborar el manual de identificación de escenarios.
- 4.1.4. Elaborar directiva de Supervisión monitoreo asistencia técnica.



- 4.3 Reducir riesgos de la atención en los servicios de salud a través de la supervisión periódica del cumplimiento de la gestión del riesgo en las IPRESS priorizadas a través de la supervisión periódica del cumplimiento de:

- 4.3.1 Aplicación de las listas de verificación quirúrgica.
- 4.3.2 Desarrollo de las rondas de seguridad.
- 4.3.3 Valoración del riesgo en salud materna.



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

- 4.3.4 Monitoreo de la gestión de riesgo de la atención de salud a partir de los resultados de la implementación de las recomendaciones de auditoría de la calidad.
- 4.3.5 Monitoreo y medición de los indicadores de calidad de las Rede e IPRESS de EsSalud.

OE 05: Promover una cultura de humanización de la atención en EsSalud basados en un servicio continuo con ética y valores humanos y con el compromiso personal, profesional e institucional de cada uno de los colaboradores.

5.3 Formular y proponer el programa de humanización de la atención evaluando su impacto sobre la atención al asegurado.

- 5.3.1 Proponer programa de humanización
- 5.3.2 Evaluar programa luego de implementado

5.4 Formación de competencias enfocadas en valores para fortalecer la gestión de la humanización de la atención.

- 5.4.1 Desarrollo de cursos y capacitaciones en gestión de la humanización en coordinación con la Gerencia Central de Recursos Humanos.

XI PRESUPUESTO

La implementación del presente Plan requiere la necesidad de un presupuesto, cuyo monto a nivel de Oficina Central, está alineado el Presupuesto Operativo Institucional (POI), de la Oficina de Gestión de la Calidad.



La ejecución de las actividades a nivel de las Redes e IPRESS requerirá un presupuesto a cargo de los respectivos presupuestos de dichas Redes e IPRESS.



Por lo tanto, se hace imprescindible que se garantice el presupuesto hacia las Redes e IPRESS el mismo que debe partir de la generación del Centro de Gastos, de las actividades que implican la implementación de la gestión de calidad a nivel de las Redes, con cargo en sus respectivos presupuestos operativos, lo cual deberá apreciarse en el próximo Presupuesto Inicial de Apertura 2020.

XII MONITOREO Y EVALUACIÓN



Los objetivos planteados en el presente plan deben cumplirse mediante el cumplimiento de las metas programadas, establecidas en el presente plan. Así mismo, los criterios mínimos de programación y ejecución establecidos en los Planes de Calidad de las IPRESS y Redes, en el marco del presente Plan, serán objeto de monitoreo. El prestar Asistencia Técnica a los colaboradores y la disponibilidad de un aplicativo para el reporte de los indicadores, tienen como objetivo dicho cumplimiento.



En el numeral XVII se muestra la matriz de reporte de indicadores por Red, Órgano Prestador Nacional o IPRESS. La evaluación de los indicadores se realizará trimestral, semestral y anualmente. En el proceso de evaluación se revisará la pertinencia de los indicadores de acuerdo a las prioridades institucionales establecidas, con el apoyo del Aplicativo Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.



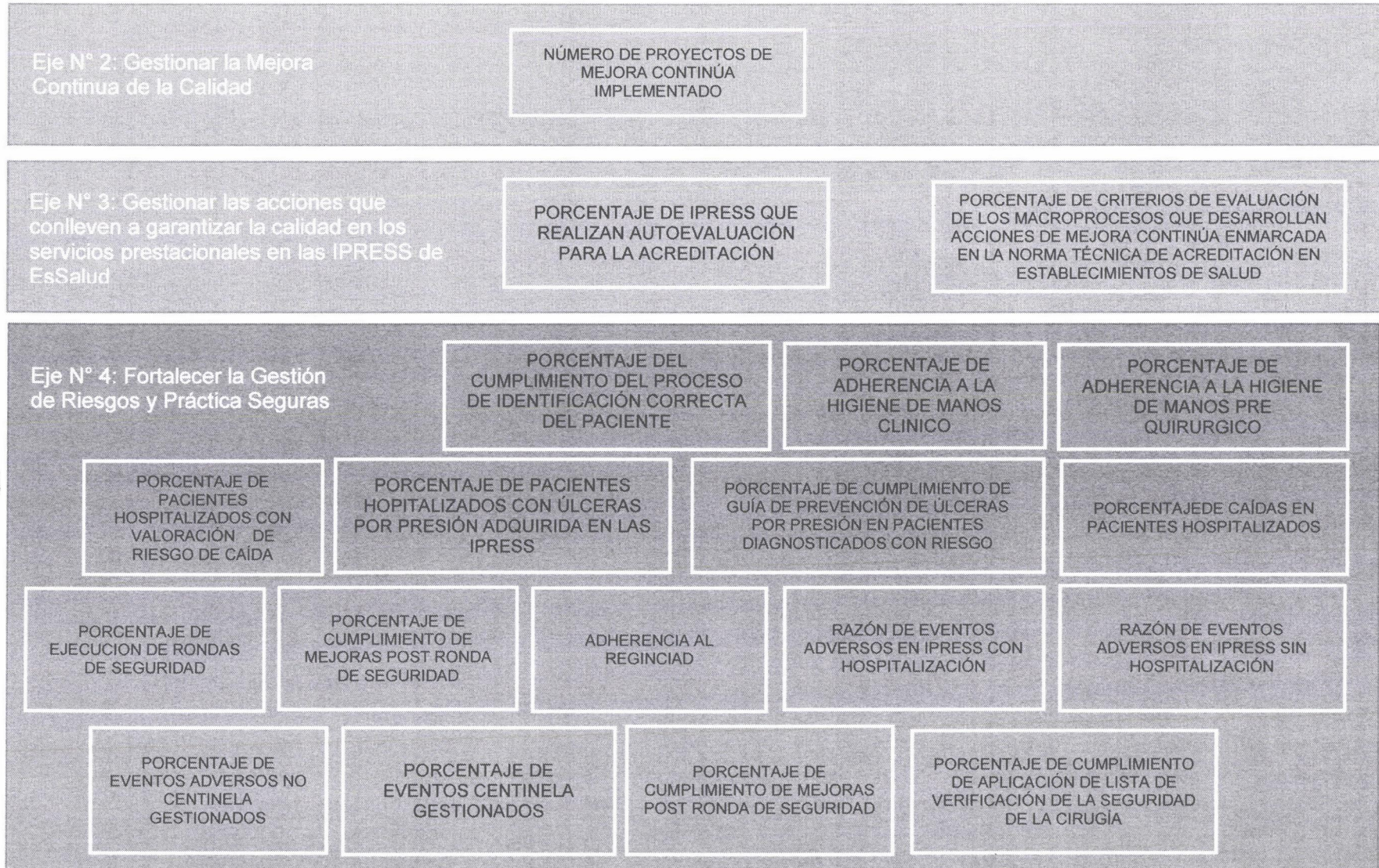
Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Las actividades ejecutadas por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización y tienen alcance a todos los Órganos y Unidades Orgánicas que integran el Seguro Social de Salud – EsSalud, a nivel nacional. Las actividades ejecutadas por las Redes tienen alcance a las IPRESS de su ámbito.



XIII ANEXOS.

ANEXO 1.- MAPA DE INDICADORES



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

ANEXO 2: MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE ESSALUD CON LOS OBJETIVOS DEL PLAN ESPECÍFICO 2019-2021

Objetivo Estratégico del Plan Estratégico Institucional	Objetivo General del Plan Especifico Institucional	Fórmula del Indicador de logro del Objetivo General	Línea Base	Metas Programadas para el Plan 2020				Metas Programadas para el Plan 2021				Objetivos Específicos del Plan Especifico Institucional		
				I	II	III	IV	I	II	III	IV			
				0					1					1
OE1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del usuario, alcanzando estándares de excelencia en atención y seguridad del paciente	Número de IPRESS que implementan el Sistema de Gestión de Calidad y lo demuestran con la Acreditación certificada del establecimiento	0			1				1				Diseñar, implementar y monitorear los procesos necesarios para la Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud bajo el enfoque de la mejora continua. Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de la implementación de acciones de mejora continua de la calidad enfocada en la optimización de los procesos, mejora del costo-efectividad e incremento de la satisfacción de los usuarios internos y externos. Garantizar la calidad de atención en las prestaciones de salud, promoviendo el cumplimiento de estándares en las IPRESS. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad del paciente a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención. Promover una cultura de humanización de la atención en EsSalud basados en un servicio continuo con ética y valores humanos y con el compromiso personal, profesional e institucional de cada uno de los colaboradores.

Al iniciar el 2019 ningún establecimiento de EsSalud contaba con la acreditación. En el 3er trimestre del 2019 se logró la acreditación nacional expedida por el MINSA del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador. Se ha programado la acreditación internacional del Instituto Nacional del Corazón (INCOR) para el 2do trimestre del 2020



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

ANEXO 3: MATRIZ DE METAS DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN

OBJETIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: OE1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados

OBJETIVO GENERAL del Plan Específico Institucional: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del usuario alcanzando estándares de excelencia en atención y seguridad del paciente, a través de la promoción de la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud EsSalud y el trato humanizado en la atención a los asegurados, con el fin desarrollar una cultura de calidad orientada a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS del Plan Específico Institucional (01): Diseñar, implementar y monitorear los procesos necesarios para la Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud bajo el enfoque de la mejora continua

Cod.	Sistemas funcionales	Actividades		Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas					Medio de Verificación	Programación de Metas Financieras					Responsable
		Denominación	Subactividad		2020-2021						POI 2020-2021					
					I	II	III	IV	Total		I	II	III	IV	Total	
1	GAMC, GSPH, Gerencias Centrales, Redes IPRESS	Involucrar a las Gerencias Centrales, Redes e IPRESS en el cumplimiento de políticas, objetivos y estándares de la garantía de la calidad que defina y explicita los derechos de los asegurados y el compromiso institucional.	Difundir el documento técnico Estrategia Nacional de calidad y Sistema de gestión de Calidad de EsSalud a las Gerencias Centrales, Redes e IPRESS	Informe		1	1			2	Informe					Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
	GAMC, GSPH, GG, Redes IPRESS		Reuniones periódicas con Gerentes y Directores de Redes para implementar las estrategias de intervención para la implementación del Sistema	Informe			1	1		2	Informe					Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad



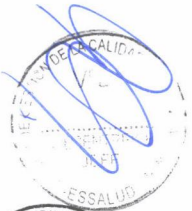
Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021



	GAMC, GSPH	Formulación y Aprobación de Proyectos de Directivas en Seguridad del Paciente	Revisión del marco normativo vigente	Documento	1												Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención	
	OGCH, GSPH		Formulación y Aprobación del proyecto de directiva de registro, notificación y gestión de eventos adversos en las IPRESS de EsSalud	Proyecto de Directiva		1			1									Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención
	OGCH, GSPH		Revisión y actualización de las prácticas seguras con la participación de las Redes y Centros Especializados que correspondan	Proyecto de Directiva				1	1									Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención
	GSPH, GAMC		Difusión e implementación de las directivas aprobadas.	Informe				2	2									Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención
2	OGCyH, REDES, IPRESS	Fortalecer las competencias de responsables de la implementación del Plan	Capacitación y Asistencia Técnica en herramientas de calidad, mejora continua, acreditación,	Informe	1	1	1	1	4								Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad	
	OGCyH, REDES, IPRESS		Realización de la Semana de Calidad en Salud	Informe				1		1							Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad	
	OGCyH, REDES, IPRESS		Capacitación y Asistencia Técnica en seguridad del paciente y humanización de la atención,	Informe	1	1	1	1	4								Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención	

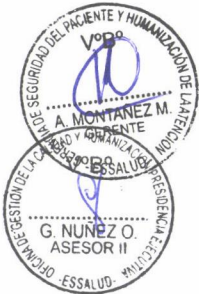
Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

OGCyH, REDES, IPRESS	Identificar, difundir, brindar asistencia técnica y promover el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad a nivel nacional.	Utilizar las Herramientas de calidad y las fuentes de información para identificar oportunidades de mejora.	Informe	1	1	1	1	4	Informe	Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
OGCyH, REDES, IPRESS		Asesoría Técnica a los equipos de mejora conformados en las IPRESS a nivel nacional para el desarrollo e implementación de proyectos de mejora continua, así como acciones de mejora de los procesos.	Informe	1	1	1	1	4	Informe	Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
OGCyH, REDES, IPRESS		Identificación y difusión de Acciones de mejora y/o Proyectos de Mejora Continua de Calidad implementados que han logrado resultados exitosos en las IPRESS de Essalud.	Informe			1		1	Informe	Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
OGCyH, REDES, IPRESS		Reconocimiento y promoción a los equipos de mejora participantes en las Jornadas de Benchmarking de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad de EsSalud.	Informe			1		1	Informe	Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	OGCyH, REDES, IPRESS		Acompañamiento técnico a los equipos de mejora de EsSalud en la participación de los concursos extra institucionales de mejora continua de calidad.	Informe		1	1		2	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
	OGCyH, REDES, IPRESS		Monitorear la sostenibilidad de las mejoras implementadas por los equipos de mejora de las Redes e IPRESS de EsSalud.	Informe		1			1	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
	OGCyH, REDES, IPRESS		Identificación de las IPRESS con autoevaluación realizadas en los últimos 12 meses	Informe	1				1	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
3	OGCyH, REDES, IPRESS	Definir la línea de base de las Redes y Centros Especializados respecto al proceso de Acreditación de las IPRESS que correspondan	Identificación de las IPRESS con resultados de autoevaluación (debajo del valor aprobatorio, iguales o mayores al valor aprobatorio) de acuerdo a la norma sectorial vigente)	Informe	1	1	1	1	4	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad








Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	OGCyH, REDES, IPRESS	Identificación de la IPRESS con procesos de mejora continua como consecuencia de las observaciones encontradas en las autoevaluaciones.	Informe			1	1	2	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
	OGCyH, REDES, IPRESS	Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación definidos en el Plan de Mejora	Monitoreo del cumplimiento del Plan de Mejora en base a los resultados de Autoevaluación de las IPRESS, según escenarios			1	1	2							Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
	OGCyH, REDES, IPRESS	Validar el cumplimiento de estándares en las IPRESS con resultados de autoevaluación. Igual o mayor al 85% de acuerdo a la norma sectorial vigente.	Verificación y Asistencia Técnica al Equipo de Acreditación de la IPRESS previa a la presentación del expediente y durante el proceso de Acreditación de la IPRESS	Informe			1	1	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
4	OGCyH, GAMC, GSPHA	Revisión y actualización de los aplicativos y herramientas de evaluación y monitoreo de la gestión de riesgos	Revisión y actualización del aplicativo del sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos	Informe			1	1	Informe						Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	en seguridad del paciente	Revisión y actualización del aplicativo del sistema del sistema de indicadores de calidad así como de las instrumentos para medición de adherencia a prácticas seguras	Informe				1	1	Informe							Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención
	Regular el uso de instrumentos para evaluar la garantía y mejora continua de la calidad	Elaborar el manual de identificación de escenarios.	Informe				1	1	Informe							Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
  	Reducir riesgos de la atención en los servicios de salud a través de la supervisión periódica del cumplimiento de la gestión del riesgo en las IPRESS priorizadas	Supervisar periódicamente el cumplimiento de indicadores y estándares con herramientas validadas en verificación de lista de seguridad quirúrgica, desarrollo de rondas de seguridad, validación del riesgo en salud materna, monitoreo de las recomendaciones de auditorías de la calidad y de los resultados de estudios de satisfacción en los servicios priorizados de Essalud.	Informe	8	16	14	13	31	Informe							Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

5	OGCyH, GAMC, GSPHA	Medir los indicadores de calidad de las IPRESS y Redes	Medición y seguimiento de los resultados de monitoreo de Indicadores	Informe	1	1	1	1	4	Informe						Gerencia de Seguridad del Paciente
	OGCyH, GAMC, GSPHA	Medir los indicadores de calidad de las IPRESS y Redes	Medición y seguimiento de los resultados de monitoreo de Indicadores	Informe	1	1	1	1	4	Informe						Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad
	OGCyH, GSPHA	Formular y proponer el programa de humanización de la atención evaluando su impacto sobre la atención al asegurado	Proponer Programa de humanización	Propuesta de Programa				1	1	Propuesta de Programa						Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención
	OGCyH, GSPHA	Formación de competencias enfocadas en valores para fortalecer la gestión de la humanización de la atención	Desarrollo cursos y capacitaciones en gestión de la humanización en coordinación con la Gerencia Central de Recursos Humanos	Informe				1	1	Informe						Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención



28

ANEXO 4: FICHAS DE INDICADORES

Nombre del Indicador	N° 1 PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		
Definición	De todos los pacientes hospitalizados, éste indicador mostrará que porcentaje de pacientes hospitalizados cuenta con brazaletes de identificación correctamente registrado, en el que se visualiza: Nombres, dos apellidos, N° de HC. N° de DNI.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	Nacional /por Red/por IPRESS y por UPSS o servicio		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	92%	84%	89%
Meta	100%		
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	<p>Éste indicador refleja el grado de mitigación de riesgo "error de identificación de pacientes" y mide el resultado de prácticas seguras referente a la identificación de pacientes.</p> <p>Actualmente en la práctica diaria se viene identificando a los pacientes mediante la instalación de brazaletes de identificación, actividad que es supervisada y monitoreada por los jefes de servicio o coordinadores como parte de sus funciones, por lo que la implementación de este indicador no implica nuevas tareas.</p>		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Supuesto: Todos los pacientes hospitalizados deben ser evaluados, así como todos los pacientes que ingresan a sala de observación, o que acuden a consultas de acto único, realización de procedimiento invasivo, realización de intervención quirúrgica, confirmación de fallecimiento, transferencia intra y extra hospitalario o que acuda para extracción de muestra biológica.</p> <p>Limitación: El registro manual de la pulsera de identificación y los puntos de identificación no recomendados en la Directiva N° 009-GG - EsSalud-2013, para la colocación del brazaletes, son una limitación para el cumplimiento correcto de este indicador.</p>		
Variables de medición	<p>IPRESS: Institución prestadora de servicios de salud UPSS: Unidad Prestadora de Servicios de Salud Paciente correctamente identificado: Paciente que cuenta con brazaletes de identificación correctamente registrada, es decir se visualiza: Nombres, dos apellidos, N° de HC y N° de DNI.</p> <p>NUMERADOR Número de pacientes que se encuentran hospitalizados para el día de la medición, identificados correctamente: Paciente con brazaletes colocado y registrado correctamente: nombres, dos apellidos, N° de HC y N° de DNI. En los servicios señalados.</p> <p>DENOMINADOR Número de pacientes que se encuentran hospitalizados para el día de la medición, en los servicios señalados.</p>		



<p>Precisiones técnicas</p>	<p>Coherencia de la información: el número total de hospitalizados deberá guardar estricta relación con el número de camas del servicio evaluado, información que previamente remitirá la oficina de calidad de cada IPRESS. Los Servicios de hospitalización donde se realiza la medición son: Cirugía general, Cirugía por especialidades, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Obstetricia y Medicina especialidades.</p> <p>Para el informe de este indicador, en caso de no realizar la supervisión o medición no se considerará como dato registrado, el número cero (0) en el numerador, ni en el denominador, ya que esta práctica segura es de estricto cumplimiento y el 0 no nos aporta valor.</p> <p>Servicios donde se realiza la medición: Cirugía general, Cirugía por especialidades, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Obstetricia y Medicina especialidades, UPSS de emergencia, Sala de Observación.</p> <p>Fecha de la medición: un día dentro mes calendario, elegido al azar. El día de la medición es programada por el/la jefa(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p> <p>RN (alojamiento conjunto): el numerador es el número de RN identificados correctamente y el denominador es el número total de RN el día de la medición.</p> <p>Periodicidad del reporte: Mensual, desde las redes. Unidad de calidad de cada IPRESS, dentro del mismo mes (inclusive hasta el 5° día mes calendario del mes subsiguiente al periodo de la medición), a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p>
<p>Fórmula o método de cálculo</p>	<p>Número de pacientes hospitalizados identificados correctamente el día de la medición -----X 100</p> <p>Número total de hospitalizados el día de la medición.</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS:</p> <p>Resulta de la sumatoria de todos los pacientes hospitalizados e identificados correctamente en los servicios señalados, dividido entre el número total de pacientes hospitalizados en los servicios señalados.</p> <p>Cálculo del indicador para la red:</p> <p>Resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de las IPRESS de cada red.</p> <p>Si hubiera IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, se aplicará una fórmula que no incluirá a la IPRESS en el trimestre no reportado, ya que por defecto el SIGC no discrimina a la IPRESS que no hayan reportado algún</p>



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	<p>trimestre, y realiza el cálculo porcentual con los datos de IPRESS que sí reportaron.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de todas las redes, multiplicándose el resultado final por 100.</p> <p>RN (alojamiento conjunto): el numerador es el número de RN identificados correctamente y el denominador es el número total de RN el día de la medición.</p> <p>RN (alojamiento conjunto): el numerador es el número de RN identificados correctamente y el denominador es el número total de RN el día de la medición.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p>
Unidad de medida	Pacientes hospitalizados identificados correctamente /Total de paciente hospitalizados el día de la medición
Periodicidad de las mediciones	Mensual, cancelatorio
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Jefe de servicio de enfermería y jefe de servicio de obstetricia para las púerperas a su cargo o el que haga sus veces.</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red prestacional, dentro del mismo mes a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red.</p> <p>Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad: identificación correcta de pacientes a nivel nacional.</p> <p>Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), responsable de determinar las necesidades, programación, contratación, almacenamiento, distribución de brazaletes de identificación.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Instrumento de monitoreo de identificación correcta del paciente : Anexo N° 15, Directiva N° 009-GG-EsSalud-2013
Base de datos	Base de datos generada del Sistema de gestión de Indicadores de Calidad
Instrumento de recolección de la información	Instrumento de monitoreo de identificación correcta del paciente: Anexo N° 15, Directiva N° 009-GG-EsSalud-2013. Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad



Nombre del indicador	N° 2A PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS CLINICO	
Definición	El indicador mide la cantidad de higiene de manos ejecutadas, con la técnica y momento correcto, y lo relaciona con el total de oportunidades de higiene de mano observadas, en las IPRESS con internamiento y de manera obligatoria cuando las manos estén: Visiblemente sucias o manchadas con sangre u otros fluidos corporales. Luego de ir al baño, si hay prueba o un alto indicio de exposición a potenciales microorganismos patógenos, en relación con la clínica y gravedad del paciente.	
Tipo de indicador	Proceso	
Nivel de desagregación	Nacional - EsSalud, por Red, por IPRESS y UPSS.	
Valor del indicador	Año 2017	Año 2018
	-	66%
Valor umbral del indicador	100%	
Justificación	El indicador evidencia la ejecución de higiene de manos clínico del personal de salud en los 5 momentos y con la técnica correcta (lavado de manos con jabón antiséptico líquido o en espuma - Duración: 40-60 segundos).	
Limitaciones y supuestos empleados	<p>La medición está limitado a hospitales en los servicios de Hospitalización, y Emergencia.</p> <p>El personal de salud observado para este indicador será el que está descrito en el anexo N° 1 de la Guía Técnica de Higiene de Manos en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud-Essalud, dato que debe aparecer especificado especificar con número y porcentaje de adherencia en el campo de "observaciones" del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p> <p>El periodo de medición es trimestral.</p> <p>El día de la medición es programada por el/la jefe(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.</p> <p>Se podría no disponer de insumos para la higiene de manos, el día de la medición.</p> <p>Para el registro de las observaciones, el día de la medición se puede usar el formato impreso o el formato digital.</p>	
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>Higiene de manos clínico correctamente ejecutada (numerador) (En los 5 momentos, con la técnica correcta, el tiempo correcto)</p> <p>Oportunidades para la higiene de manos identificada (denominador): Oportunidades de higiene de manos identificada, de acuerdo a los 5 momentos en el personal de salud de los servicios de hospitalización y emergencia.</p>	
Precisiones técnicas	Unidad de observación: Higiene de manos clínico correctamente ejecutada y oportunidades para la higiene de manos identificada. .	



	<p>La medición de este indicador, es solo en IPRESS con internamiento en los servicios de hospitalización y emergencia.</p> <p>La medición debe incluir a todos los profesionales mencionados en el punto 5 de la ficha de monitoreo de higiene de manos clínico (Anexo N° 1 de la Guía técnica para higiene de manos en las Instituciones servicios prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud - EsSalud.</p> <p>Fecha de medición: la medición es dentro del trimestre y se reporta al finalizar el trimestre.</p> <p>Las observaciones se registran en la ficha "Monitoreo de adherencia a la Higiene de Manos" en soporte papel o formato digital y son custodiados en el servicio hasta por un año.</p>
<p>Fórmula o Método de calculo</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de higiene de manos clínico correctamente ejecutados}}{\text{Número Total de oportunidades para la higiene de manos identificada}} \times 100$</p> <p>Numerador. "Higiene de manos clínico correctamente ejecutada" Denominador. "Número total de oportunidades observadas para la higiene de manos"</p> <p>Tamaño de la muestra: para el cálculo del tamaño de la muestra se toma como referencia el número de camas del servicio, el número mínimo de oportunidades para la higiene de manos a identificar, debe ser:</p> <p>En Hospitalización, mínimo 6 oportunidades identificadas y observadas por cama. (Por ejemplo, si la sala de hospitalización tuviera 10 camas, debe identificar y observar 60 oportunidades para la higiene de manos clínico.</p> <p>En Emergencia, mínimo 6 oportunidades identificadas y observadas por cama de observación.</p> <p>UPSS donde se mide el indicador: UPSS Hospitalización, y UPSS Emergencia. (Además de estos servicios, la IPRESS puede incluir en la medición otros servicios)</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: resulta de la sumatoria de los numeradores, entre la suma de los denominadores de los indicadores de las UPSS incluidas en la medición.</p> <p>En caso de que el servicio no reporte el indicador, se considerará "0" como numerador y su denominador será igual al denominador más grande de los otros servicios.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: es el promedio de los indicadores de toda sus IPRESS con internamiento. En caso de IPRESS que no reporten para fines de cálculo se asignará 0% de adherencia a higiene de manos clínico.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p>
<p>Unidad de medida</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Trimestral, se mide y se reporta antes del término del trimestre. No es acumulativo. El desempeño anual se calcula dividiendo, la sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores trimestrales. Al momento de reportar se deben incluir: número de médicos observados, número de enfermeras observadas y otros grupos ocupacionales.</p>



Responsabilidades	Responsable de medición	Jefe(a) de servicio de enfermería y jefe(a) de servicio de obstetricia, o el que haga sus veces.
	Responsable de reporte	Área de calidad de cada IPRESS, dentro del trimestre.
	Responsable de cumplimiento de reporte	Jefe de oficina de calidad de la red o el que haga sus veces.
	Responsable de análisis y retroalimentación.	Jefe de oficina de calidad de la red o el que haga sus veces.
	Actores interesados en el resultado	Gerencia Central de Operaciones, Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.
Fuente de datos	Reporte de Monitoreo de adherencia a la Higiene de Manos Clínico-Redes e IPRESS de EsSalud.	
Base de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.	
Instrumento de recolección de información	Anexo N° Monitoreo de adherencia a la Higiene de Manos Clínico-Essalud	



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del indicador	N° 2B PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS PRE QUIRURGICO	
Definición	El indicador mide la cantidad de higiene de manos pre quirúrgico ejecutadas, con la técnica correcta, y lo relaciona con el total de oportunidades de higiene de manos observadas, en las IPRESS con internamiento. ¿Cuándo? Al realizar un procedimiento quirúrgico y procedimientos invasivos que lo requieran.	
Tipo de indicador	Proceso	
Nivel de desagregación	Nacional - EsSalud, por Red, por IPRESS y UPSS.	
Valor del indicador	Año 2017	Año 2018
	-	66%
Valor umbral del indicador	100%	
Justificación	El indicador evidencia la ejecución de higiene de manos pre quirúrgica del personal de salud con la técnica correcta con clorhexidina al 4 % de 3-5 minutos.	
Limitaciones y supuestos empleados	<p>La medición está limitado a hospitales en el centro quirúrgico o UPPSS donde se realicen procedimientos invasivos.</p> <p>El reporte no discrimina personal de salud observado, el cual se debe especificar con número y porcentaje en el campo de observaciones del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad hasta una nueva comunicación, como lo indica la Guía Técnica para la Higiene de Manos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPRESS) del Seguro Social de salud-EsSalud , anexo N° 2 .</p> <p>El periodo de medición es trimestral.</p> <p>El día de la medición es programada por el/la jefe(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.</p> <p>Se podría no disponer de insumos para la higiene de manos, el día de la medición.</p> <p>Para el registro de las observaciones, el día de la medición se puede usar el formato impreso o el formato digital.</p>	
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>Higiene de manos pre quirúrgico correctamente ejecutada (numerador)</p> <p>Oportunidades para la higiene de manos identificada (denominador): Oportunidades de higiene de manos identificada, antes de realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos.</p>	
Precisiones técnicas	<p>Unidad de observación: Higiene de manos pre quirúrgico correctamente ejecutada y oportunidades para la higiene de manos identificada antes de realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos.</p> <p>La medición es solo en IPRESS con internamiento.</p> <p>Personal de salud: Todo profesional y no profesional que labora en el hospital y que va realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos.</p> <p>La medición debe incluir a todos los profesionales mencionados en el punto 4 de la ficha de monitoreo de higiene de manos clínico (Anexo N° 2 de la Guía técnica para higiene de manos en las Instituciones</p>	



	Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud - EsSalud.	
<p>Fórmula o Método de calculo</p>	<p>N° de higiene de manos pre quirúrgica correctamente ejecutados X 100 Número Total de oportunidades para la higiene de manos identificada.</p> <p>Numerador. "Higiene de manos pre quirúrgico correctamente ejecutada" Denominador. Número Total de procedimientos quirúrgicos / invasivos realizados.</p> <p>Tamaño de la muestra: para el cálculo del tamaño de la muestra se toma como referencia el número de camas del servicio, el número mínimo de oportunidades para la higiene de manos a identificar, debe ser:</p> <p>En Sala de Operaciones, mínimo 5 oportunidades identificadas y observadas por cada sala. (Por ejemplo, si el hospital tuviera 4 salas de operaciones, debe identificar y observar 20 oportunidades para la higiene de manos pre quirúrgico. En UPSS donde se realicen procedimientos invasivos: mínimo 5 oportunidades identificadas y observadas por cada sala. (Por ejemplo, si el hospital tuviera 4 salas, debe identificar y observar 20 oportunidades para la higiene de manos pre quirúrgico.</p> <p><u>UPSS donde se mide el indicador:</u> UPSS Centro Quirúrgico. Además de estos tres servicios, la IPRESS puede incluir en la medición otros servicios donde se realicen procedimientos invasivos.</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: resulta de la sumatoria de los numeradores, entre la suma de los denominadores de los indicadores de las UPSS incluidas en la medición.</p> <p>En caso de que el servicio no reporte el indicador, se considerará "0" como numerador y su denominador será igual al denominador más grande de los otros servicios.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: es el promedio de los indicadores de toda sus IPRESS con internamiento. En caso de IPRESS que no reporten para fines de cálculo se asignará 0% de adherencia a higiene de manos pre quirúrgico.</p>	
<p>Unidad de medida</p>	Porcentaje	
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Trimestral, se mide y se reporta antes del término del trimestre. No es acumulativo. El desempeño anual se calcula dividiendo, la sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores trimestrales. Al momento de reportar se deben incluir: número de médicos observados, número de enfermeras observadas y otros grupos ocupacionales.</p>	
<p>Responsabilidades</p>	<p>Responsable de medición</p>	Jefe(a) de servicio de enfermería y jefe(a) de centro quirúrgico.
	<p>Responsable de reporte</p>	Área de calidad de cada IPRESS, dentro del trimestre.
	<p>Responsable de cumplimiento de reporte</p>	Jefe de oficina de calidad de la red o el que haga sus veces.



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	Responsable de análisis y retroalimentación.	Jefe de oficina de calidad de la red o el que haga sus veces.
	Actores interesados en el resultado	Gerencia Central de Operaciones, Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.
Fuente de datos	Reporte de Monitoreo de adherencia a la Higiene de Manos Clínico-Redes e IPRESS de EsSalud.	
Base de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.	
Instrumento de recolección de información	Anexo N° Monitoreo de adherencia a la Higiene de Manos Pre Quirúrgico-Essalud	



Unidad de medida	Nº de procedimientos de administración medicamentosa supervisados que cumplen con la aplicación de los 5 correctos de la medicación /
Periodicidad de las mediciones	Trimestral acumulativo
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Jefe de servicio de enfermería y jefe de servicio de obstetricia o la que haga sus veces.</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red prestacional, durante cada mes calendario a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red.</p> <p>Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores y del control de la calidad del indicador Porcentaje de Aplicación de los 5 Correctos de la Medicación en Pacientes Hospitalizados.</p> <p>Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), responsable de determinar las necesidades, programación, contratación, almacenamiento, distribución de medicamentos en la institución.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Instrumento de monitoreo de identificación correcta del paciente : Anexo N° 15, Directiva N° 009-GG-EsSalud-2013
Base de datos	Base de datos generada del Sistema de gestión de Indicadores de Calidad
Instrumento de recolección de la información	Instrumento de Monitoreo de Cumplimiento de los 5 correctos en la Administración de Medicamentos. Anexo N° 13, Directiva ° 007-GG-ESSALUD-2013 Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 4 - INDICADOR: PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA.		
Definición	Este indicador mide el cumplimiento de la aplicación de la valoración de riesgo de caída como medida de prevención.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	Nacional /por Red/por IPRESS y UPSS.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	62%	77.60%	70%
Meta	_____100%_____		
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Éste indicador refleja el grado de cumplimiento de las medidas de prevención implementadas a los pacientes hospitalizados con resultados de valoración de riesgo de caídas: Alto riesgo, mediano riesgo, bajo riesgo.		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Supuesto: Todos los pacientes hospitalizados deben ser evaluados, así como todos los pacientes que ingresan a sala de observación, o acuden para recibir un procedimiento/tratamiento invasivo, pacientes que son trasladados al quirófano intervención quirúrgica en camilla, pacientes que salen de quirófano y están en salas de recuperación, pacientes gestantes, en trabajo de parto, ARO y puérperas, pacientes pediátricos, pacientes con transferencia intra y extra hospitalario.</p>		
Variables de medición	<p>Paciente hospitalizado con valoración de riesgo de caída es aquél paciente a quién se le ha aplicado una escala de valoración de riesgo de caída: Escala de J.H Downton para adultos, y Escala de Macdems para paciente pediátricos, al momento de su hospitalización, y durante su permanencia. Cuenta con resultados de valoración de riesgo en la Historia Clínica: Se evidencia en las notas de enfermería y de obstetricia, el grado de riesgo evaluado y escala correspondiente. Cuenta con identificación de riesgo de caídas en la cabecera del paciente. Paciente hospitalizado que es reevaluado de acuerdo al grado de riesgo como indica la Directiva N°009-GG</p> <p>NUMERADOR: N° de pacientes hospitalizados que cuentan con valoración de riesgo de caídas según norma vigente en la HC x 100</p> <p>DENOMINADOR N° de pacientes hospitalizados el día de la medición</p>		
Precisiones técnicas	<p>Coherencia de la información: el número total de hospitalizados deberá guardar estricta relación con el número de camas del servicio evaluado, información que previamente remitirá la oficina de calidad de cada IPRESS Para el informe de este indicador, en caso de no realizar la supervisión o medición no se considerará como dato registrado, el número cero (0) en el numerador, ni en el denominador, ya que esta práctica segura es de estricto cumplimiento y el 0 no nos aporta valor.</p> <p>Servicios donde se realiza la medición: Cirugía general, Cirugía por especialidades, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Obstetricia y Medicina especialidades, Centro quirúrgico,</p>		



Nombre del Indicador	N° 3 - INDICADOR: PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE LOS 5 CORRECTOS DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Definición	Este indicador mide el cumplimiento de las medidas de seguridad relacionadas con la administración de medicamentos en los pacientes hospitalizados. Los errores de administración de medicamentos pueden ser de leves a graves, por lo que la supervisión directa al personal responsable de la administración de medicamentos, contribuye al cumplimiento de metas de esta práctica segura.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	Nacional /por Red/por IPRESS /UPSS		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	89%	95%	89%
Meta	100%		
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Éste indicador refleja el grado de cumplimiento de los “5 correctos” en la administración de medicamentos y mide el resultado de la Práctica Segura Administración Correcta de Medicamentos.		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Supuesto: Todos los profesionales que administran medicamentos en el área de hospitalización y UPSS Emergencia, sala de observación en los servicios de obstetricia en pacientes de ARO (Alto riesgo obstétrico) deben ser evaluados en el momento que estén realizando este procedimiento (Enfermeras y Obstétricas)</p> <p>Limitación: En las IPRESS donde sólo existen 1 coordinadora funcional y que a su vez realizan la labor asistencial de todo el servicio.</p>		
Variables de medición	<p>IPRESS: Institución prestadora de servicios de salud UPSS: Unidad Prestadora de Servicios de Salud Procedimientos de administración de medicamentos que cumplen con la aplicación de los “5 correctos”, es decir: verifica las 5 C: Que el paciente sea correcto, que se el medicamento correcto, que sea la dosis correcta, vía correcta y el horario correcto.</p> <p>NUMERADOR N° de procedimientos de administración medicamentosa supervisados que cumplen con la aplicación de los 5 correctos de la medicación x 100</p> <p>DENOMINADOR Total de procedimientos de administración medicamentosa supervisados en el periodo evaluado</p>		
Precisiones técnicas	<p>Coherencia de la información: el número total de procedimientos de administración medicamentosa supervisados deberá guardar coherencia con el número de camas del servicio evaluado, información que previamente remitirá la oficina de calidad de cada IPRESS.</p> <p>Los Servicios de hospitalización donde se realiza la supervisión/medición son: Cirugía general, Cirugía por especialidades, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Obstetricia, pacientes en trabajo de parto y pacientes de, ARO, puerperio y Medicina especialidades, UPSS de emergencia, Sala de Observación.</p>		



Para el informe de este indicador, en caso de no realizar la supervisión o medición no se considerará como dato registrado, el número cero (0) en el numerador ni en el denominador, ya que esta práctica segura es de estricto cumplimiento y el cero no nos aporta valor.

Fecha de la medición: un día dentro mes calendario, elegido al azar. El día de la medición es programada por el/la jefa(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.

Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de todas las redes.

Periodicidad del reporte: Trimestral desde las redes.

Unidad de calidad de cada IPRESS, dentro del mismo mes.

El registro de los resultados desde las redes debe aparecer en el **Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad**, al término de cada trimestre, inclusive, 5 días después de finalizado el trimestre, lo que no excluye que el registro de los resultados por cada IPRESS sea de manera mensual.

Nº de procedimientos de administración medicamentosa supervisados que cumplen con la aplicación de los 5 correctos de la medicación

-----X 100

Total de procedimientos de administración medicamentosa supervisados en el periodo evaluado

Cálculo del indicador para la IPRESS:

Resulta de la sumatoria de todos los procedimientos de administración medicamentosa supervisados en los servicios señalados, dividido entre el total de procedimientos de administración medicamentosa supervisados en el periodo evaluado.

Cálculo del indicador para la red:

Resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores del indicador, de las IPRESS de cada red.

Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores del indicador, de todas las redes, multiplicándose el resultado final por 100. Esta fórmula es calculada por el Sistema de Indicadores de la Calidad.

En caso de no haber reportado algún/nos trimestres, la fórmula no considerará los trimestres no reportados.

Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes.

Si hubiera IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, se aplicará una fórmula que no incluirá a la IPRESS en el trimestre no reportado, ya que por defecto el SIGC no discrimina a la IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, y realiza el cálculo porcentual con los datos de IPRESS que sí reportaron.

Así mismo en los resultados que arroja el SIGC incluye a las IPRESS de 1º nivel que, para efectos de evaluación de este indicador, dichos valores no serán no serán considerados.

Fórmula o método de cálculo





Salas de recuperación ayuda al diagnóstico, UPSS de emergencia, salas de observación.

Fecha de la medición: un día dentro mes calendario, elegido al azar. El día de la medición es programada por el/la jefa(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.

Periodicidad del reporte: Trimestral desde las redes

Los resultados de este indicador, deben aparecer registrados el Sistema de gestión de Indicadores de Calidad, al término del trimestre, en el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad. En caso de alguna contingencia, puede registrar inclusive, hasta 5 días después de finalizado el trimestre, lo que no excluye que el registro de los resultados por cada IPRESS sea de manera mensual.

Periodicidad del reporte: Mensual desde las IPRESS

N° de pacientes hospitalizados que cuentan con valoración de riesgo de caídas según norma vigente en la HC

X 100

Número total de pacientes hospitalizados el día de la medición.

Cálculo del indicador para la IPRESS:

Resulta de la sumatoria del N° de pacientes hospitalizados que cuentan con valoración de riesgo de caídas según norma vigente en la HC, en los servicios señalados dividido entre el número de pacientes hospitalizados el día de la medición en las que se evidencia:

Escala de valoración de riesgo en la Historia Clínica, del paciente con firma y sello del profesional responsable.

Registro en notas de enfermería: Resultados de la valoración.

Identificación de riesgos colocado en la cabecera del paciente

Fórmula o método de cálculo

Cálculo del indicador para la red:

Resulta de dividir, sumatoria de numeradores del indicador, de todas las IPRESS de cada red, entre el total de pacientes hospitalizados el día de la medición de toda la red.

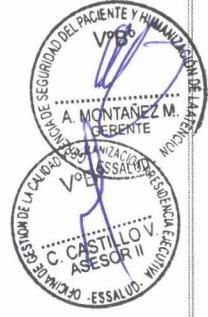
Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores del indicador, de todas las redes, entre la sumatoria de los denominadores del indicador, de todas las redes.

Si hubiera IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, se aplicará una fórmula que no incluirá a la IPRESS en el trimestre no reportado, ya que por defecto el SIGC no discrimina a la IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, y realiza el cálculo porcentual con los datos de IPRESS que sí reportaron.

Así mismo en los resultados que arroja el SIGC incluye a las IPRESS de I° nivel que, para efectos de evaluación de este indicador, dichos valores no serán no serán considerados

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Unidad de medida	Pacientes hospitalizados: N° de pacientes hospitalizados que cuentan con valoración de riesgo de caídas según norma vigente en la HC / Total de paciente hospitalizados el día de la medición.
Periodicidad de las mediciones	Trimestral, acumulativo
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Jefe de servicio de enfermería y jefe de servicio de obstetricia o el que haga sus veces.</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red prestacional, a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red.</p> <p>Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad:</p> <p>Porcentaje de Pacientes hospitalizados con valoración de riesgo de caída. a nivel nacional.</p> <p>Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), responsable de determinar las necesidades, programación, contratación, almacenamiento, distribución de equipos biomédicos e inmobiliaria.</p> <p>Ingeniería sanitaria: De acuerdo al reglamento de Organización y Funciones de la institución, Inteligencia Sanitaria deberá:</p> <p>Proveer información a las oficinas de atención ambulatoria, de atención de hospitalización, de atención de emergencia, y de cuidados críticos, atención quirúrgica de la Red prestacional para las acciones de seguimiento y control de la operatividad de los servicios.</p> <p>Coordinar con la Unidad sanitaria de la Red para el Análisis conjunto de los datos e indicadores prestacionales clínicos epidemiológicos.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Instrumento de monitoreo de: Anexo N° 28, Directiva N° 008-GG-EsSalud-2013
Base de datos	Base de datos generada del Sistema de gestión de Indicadores de Calidad
Instrumento de recolección de la información	Instrumento de monitoreo: Cumplimiento de Medidas de Prevención implementadas con riesgo de caídas” Anexo N° 28, Directiva N° 009-GG-EsSalud-2013. Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad



Nombre del Indicador	N° 5 - PORCENTAJE DE PACIENTES HOPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ADQUIRIDA EN LAS IPRESS		
Definición	Este indicador mide la eficacia de las intervenciones realizadas por los equipos de salud respecto a la prevención de úlceras/lesiones por presión en pacientes con riesgo para desarrollo de úlceras por presión al ingreso a hospitalización.		
Tipo de indicador	Indicador de Resultado		
Nivel de desagregación	Nacional /por Red/por IPRESS y por UPSS.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	1		%
Meta	Año 2019	2%	
	Año 2020	1%	
	Año 2021	<1%	
Valor umbral del indicador	<1%		
Justificación	Este es un indicador, relacionado al cuidado que refleja el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir si se ha conseguido el resultado que se pretendía con las medidas de prevención de úlcera por presión implementadas en cada IPRESS		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Pacientes que ingresan con úlceras o lesiones por presión desde el domicilio y es registrado en el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SIGC) como una lesión ocurrida en la IPRESS.</p> <p>Úlceras por presión o lesiones causadas por dispositivos, ocurridas en las UPSS de neonatología /Centro quirúrgico, emergencia o salas de observación, que no se esté ingresando al SIGC</p> <p>Sub registro de úlceras o lesiones que no se esté ingresando al Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p>		
Variables de medición	<p>PORCENTAJE DE PACIENTES HOPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ADQUIRIDA EN LAS IPRESS</p> <p>Se considera presencia de úlceras/lesiones por presión desde la categoría I-V</p> <p>CATEGORÍA I : Eritema no blanqueable CATEGORÍA II : Pérdida parcial de la dermis CATEGORÍA III: Pérdida total del grosor de la piel CATEGORÍA IV: Pérdida total de espesor de los tejidos CATEGORÍA V: Inestimable o sin clasificar (presencia de "escara", tejido necrótico)</p> <p>NUMERADOR Número de pacientes que presentan úlceras o lesiones por presión, hospitalizados para el día de la medición con las categorías señaladas en los servicios indicados (No incluye N° de pacientes que ingresan con Lesiones adquiridas en el domicilio.</p> <p>DENOMINADOR Número de pacientes que se encuentran hospitalizados para el día de la medición, en los servicios señalados.</p>		
Precisiones técnicas	Coherencia de la información: el número total de pacientes con úlceras por presión deberá contar con evidencias establecidas en la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013, Anexo N° 8, Registro de notificación diaria de úlceras por presión y el Anexo N° 9, Consolidado mensual del indicador		



de úlceras por presión, visados con firma y sello de los jefes de servicio, el cual será registrado en el Sistema de gestión de Indicadores de Calidad. Para el registro de este indicador, en el caso de no contar con pacientes que hayan desarrollado úlceras o lesiones por presión después de su ingreso hospitalario se considerará como dato de información la cifra cero (0) el cual deberá guardar estricta relación y coherencia con las evidencias antes mencionadas, con el número de pacientes hospitalizados el día de la medición y número de camas de cada servicio.

Las úlceras o lesiones extra hospitalarias, consideradas en el mismo instrumento de monitoreo, (Anexo N° 8 de la Directiva N°010-GG-ESSALUD-2013) serán contabilizadas como un solo dato, y serán clasificadas como lesiones adquiridas en el domicilio (LAD) y registradas en el campo de "Observaciones" del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad en números absolutos para efectos de evaluación en nuestra institución, clasificados por vía de ingreso a la IPRESS: Emergencia u hospitalización.

En caso de no haber realizado la supervisión o medición, es decir, no cuenta con las evidencias anteriormente descritas, abstenerse de registrar la cifra cero (0) en el reporte del SIGC.

Fecha de la medición: un día dentro mes calendario, elegido al azar. El día de la medición es programada por el/la jefa(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.

Servicios donde se realiza la medición: Cirugía general, Cirugía por especialidades, Pediatría, Neonatología, y Medicina especialidades, Salas de recuperación post quirúrgica, UPSS de emergencia, Salas de Observación.

Periodicidad del reporte: Trimestral desde las redes.
Los resultados de este indicador, deben aparecer registrados al término del trimestre, en el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.
En caso de alguna contingencia, puede registrar inclusive, 5 días después de finalizado el trimestre.

IPRESS El registro será realizado de manera mensual, estos datos alimentarán la base de datos de la red para cada trimestre.

N° total de pacientes que desarrollan Úlceras por Presión después de su ingreso hospitalario

Número total de hospitalizados el día de la medición.

-----X 100

Cálculo del indicador para la IPRESS: Resulta de la sumatoria de todos los pacientes que desarrollan úlceras por presión después de su ingreso a las IPRESS en los servicios señalados y se evaluará en valores absolutos.

Cálculo del indicador para la red: Resulta de la sumatoria de los numeradores del indicador de todas las IPRESS de cada red el cual se evaluará en valores absolutos.

Cálculo del indicador a nivel de institucional: Pese a que este indicador está planteado de manera porcentual el cálculo institucional será realizando la sumatoria de todos los numeradores del indicador de todas las redes para

Fórmula o método de cálculo



	<p>efectos de evaluación mensual, trimestral y semestral que realizará esta oficina del cual se extraerá el número absoluto de pacientes que desarrollaron úlceras /lesiones por presión en las IPRESS.</p> <p>Sin embargo, para fines estadísticos al finalizar el año, se realizará el cálculo del promedio anual del indicador a nivel de institucional: resulta de realizar la, sumatoria de numeradores del indicador, de todas las redes entre los denominadores del indicador de todas las redes multiplicado por 100, del cual se obtendrá el promedio institucional anual.</p> <p>Si hubiera IPRESS que no hayan reportado este indicador algún trimestre, se aplicará una fórmula que no incluirá a la IPRESS en el trimestre no reportado ya que por defecto el SIGC no discrimina a la IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, y realiza el cálculo porcentual con los datos de IPRESS que sí reportaron.</p> <p>Así mismo en los resultados que arroja el SIGC incluye a las IPRESS de I° nivel que, para efectos de evaluación de este indicador, dichos valores serán considerados.</p>
<p>Unidad de medida.</p>	<p>Pacientes que desarrollan Úlceras por Presión después de su ingreso hospitalario / Total de paciente hospitalizados el día de la medición.</p>
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Trimestral acumulativo</p>
<p>Responsabilidades</p>	<p>Responsable de medición: Jefe de servicio de enfermería y jefe de servicio de o el que haga sus veces.</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red prestacional, dentro del mes calendario a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red.</p> <p>Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad: pacientes que desarrollan úlceras por presión después de su ingreso hospitalario a nivel nacional.</p> <p>Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), responsable de determinar las necesidades, programación, contratación, almacenamiento, distribución de dispositivos médicos para revertir de manera inmediata las úlceras por presión.</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Instrumento de monitoreo de úlceras por presión : Anexo N° 8, Registro de notificación diaria de úlceras por presión Directiva N° 010 -GG-ESSALUD-2013 Anexo N° 9, Consolidado mensual del indicador de úlceras por presión de la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013</p>
<p>Base de datos</p>	<p>Base de datos generada del Sistema de gestión de Indicadores de Calidad</p>



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021



Instrumento de recolección de la información

Instrumento de monitoreo instrumento de monitoreo de úlceras por presión:
Anexo N° 8, Registro de notificación diaria de úlceras por presión de la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013
Anexo N° 9, Consolidado mensual del indicador de úlceras por presión de la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013
Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad



Nombre del Indicador	N° 6 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO		
Definición	Este indicador mide el cumplimiento de las intervenciones realizadas por los equipos de salud respecto a la prevención de ocurrencia de úlceras por presión en pacientes con riesgo para este evento al ingreso a hospitalización.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	Nacional /por Red/por IPRESS y por UPSS.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	82%	83%	76.1%
Meta	≥ 90%		
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Éste indicador refleja el grado de cumplimiento de las medidas de prevención implementadas a los pacientes hospitalizados con resultados de valoración de riesgo de caídas: Alto riesgo, mediano riesgo, bajo riesgo.		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Supuesto: Se implementa medidas de prevención en todos los pacientes hospitalizados valorados y diagnosticados con riesgo de desarrollar úlceras por presión en las salas de observación de las UPSS emergencias, salas, salas de recuperación, Pediatría, neonatología, servicios críticos, servicios de medicina, Medicina Especialidades, Cirugía, Cirugía especialidades.</p> <p>Limitación: Alta rotación de personal. Embalse de pacientes en relación al N° de profesionales responsables del cuidado. Inexistencia o desabastecimiento de dispositivos médicos para la prevención de úlceras por presión.</p>		
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>NUMERADOR Número N° de Registros de Enfermería que evidencian medidas preventivas en pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP</p> <p>DENOMINADOR Total de Registros de Enfermería de pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP</p>		
Precisiones técnicas	<p>Coherencia de la información: el número total de hospitalizados deberá guardar estricta relación con el número de pacientes hospitalizados y número de camas del servicio evaluado, información que previamente remitirá la oficina de calidad de cada IPRESS.</p> <p>Servicios donde se realiza la medición: salas de observación de las UPSS emergencias, salas, de recuperación, pediatría, neonatología servicios críticos, servicios de medicina, Medicina Especialidades, Cirugía, Cirugía especialidades.</p> <p>Fecha de la medición: un día dentro mes calendario, elegido al azar. El día de la medición es programada por el/la jefa(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.</p>		





	<p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores del indicador entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p> <p>Periodicidad del reporte: Mensual, desde las redes. Unidad de calidad de cada IPRESS, dentro del mismo mes (inclusive hasta el 5° día mes calendario del mes subsiguiente al periodo de la medición), a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p>
<p>Fórmula o método de cálculo</p>	<p>N° de Registros de Enfermería que evidencian medidas preventivas en pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP</p> <p>-----X 100</p> <p>Total, de Registros de Enfermería de pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de Guía de prevención de Úlceras por Presión en pacientes diagnosticados con riesgo en las que se evidencia: Escala de valoración de riesgo en la Historia Clínica, del paciente con firma y sello del profesional responsable.</p> <p>Registro en notas de enfermería: Resultados de la valoración.</p> <p>Identificación de riesgos colocado en la cabecera del paciente</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Resulta de la sumatoria de todos numeradores del indicador dividido entre los denominadores del indicador.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: Resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores de los indicadores, de las IPRESS de cada red.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, sumatoria de numeradores entre sumatoria de denominadores del indicador, de todas las redes.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p> <p>Si hubiera IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, se aplicará una fórmula que no incluirá a la IPRESS en el trimestre no reportado, ya que por defecto el SIGC no discrimina a la IPRESS que no hayan reportado algún trimestre, y realiza el cálculo porcentual con los datos de IPRESS que sí reportaron.</p> <p>Así mismo en los resultados que arroja el SIGC incluye a las IPRESS de 1° nivel que, para efectos de evaluación de este indicador, dichos valores no serán no serán considerados.</p>
<p>Unidad de medida</p>	<p>N° de Registros de Enfermería que evidencian medidas preventivas en pacientes con diagnóstico de riesgo de UPP /Total de paciente hospitalizados el día de la medición.</p>

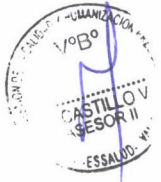
Periodicidad de las mediciones	Trimestral sumatorio
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Jefe de servicio de enfermería y jefe de servicio o el que haga sus veces.</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red prestacional, dentro del mes calendario a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red.</p> <p>Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad: Porcentaje de cumplimiento de Guía de prevención de Úlceras por Presión en pacientes diagnosticados con riesgo.</p> <p>Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), responsable de determinar las necesidades, programación, contratación, almacenamiento, distribución de equipos y/ o dispositivos médicos para prevenir las úlceras por presión.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Anexo N°22 Lista de chequeo de cumplimiento de la Guía de cuidados para la prevención de úlceras por presión.
Base de datos	Base de datos generada del Sistema de gestión de Indicadores de Calidad
Instrumento de recolección de la información	Instrumento de monitoreo Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Anexo N°22 Lista de chequeo de cumplimiento de la Guía de cuidados para la prevención de úlceras por presión.



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 7- PORCENTAJE DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS		
Definición	Este indicador mide la eficacia de las intervenciones realizadas por los equipos de salud respecto a la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.		
Tipo de indicador	Indicador de Resultado		
Nivel de desagregación	Nacional /por Red/por IPRESS y por UPSS.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	1	0.17	633
Meta	0.1%		
Valor umbral del indicador	< 0.1%		
Justificación	Este es un indicador, relacionado al cuidado que refleja el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir si se ha conseguido el resultado que se pretendía con las medidas de prevención de caídas implementadas a los pacientes diagnosticados con riesgos en cada IPRESS .		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Pacientes que ingresan con historia de caídas o susceptibles a tener nuevas caídas.</p> <p>Pacientes en riesgo que no cuentan con familiar acompañante.</p> <p>Servicios con infraestructura poco implementados para evitar las caídas.</p> <p>Sub registro de caídas que no se ingresan al Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p>		
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>PORCENTAJE DE CAIDAS EN PACIENTES HOPITALIZADOS Se considera una caída: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita hacia el suelo al individuo en contra de su voluntad (OMS)</p> <p>NUMERADOR Número total de caídas en pacientes hospitalizados durante el mes</p> <p>DENOMINADOR Número de pacientes día reportadas en el sistema de registro institucional, para el mes en el que se registra la información.</p>		
Precisiones técnicas	<p>Coherencia de la información: el número total de pacientes con caídas deberá contar con evidencias establecidas en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2013, Anexo N°15, Reporte Mensual de Caídas, instrumento de monitoreo que se utilizará en el momento de la medición el cual será visado con firma y sello de los jefes de servicio, y luego ser registrado en el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.</p> <p>Para el registro de este indicador, en caso de contar con pacientes hospitalizados que no hayan sufrido caída se considerará como dato de información la cifra cero (0) el cual deberá guardar estricta relación y coherencia con las evidencias antes mencionadas, con el número de pacientes hospitalizados el día de la medición y número de camas de cada servicio.</p>		





	<p>En caso de no haber realizado la supervisión o medición, es decir, no cuenta con las evidencias anteriormente descritas, abstenerse de registrar la cifra cero (0) en el reporte del SIGC.</p> <p>Fecha de la medición: un día dentro mes calendario, elegido al azar. El día de la medición es programada por el/la jefa(a) de servicio, tomando en cuenta su rol de turnos, carga laboral y en coordinación con la unidad de calidad de la IPRESS.</p> <p>Servicios donde se realiza la medición: Cirugía general, Cirugía por especialidades, Pediatría, Neonatología, y Ginecología y Obstetricia, Medicina especialidades, Salas de recuperación post quirúrgica, UPSS de emergencia, Salas de Observación.</p> <p>Periodicidad del reporte: Trimestral desde las redes. Los resultados de este indicador, deben aparecer registrados al término del trimestre, en el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad. En caso de alguna contingencia, puede registrar inclusive, 5 días después de finalizado el trimestre.</p> <p>IPRESS El registro será realizado de manera mensual, estos datos alimentarán la base de datos de la red para cada trimestre.</p>
<p>Fórmula o método de cálculo</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de caídas en pacientes hospitalizados en el mes X 1000}}{\text{Número total de pacientes día correspondiente al mes de medición}}$</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Resulta de la sumatoria de todos los pacientes que sufren caídas después de su ingreso a las IPRESS en los servicios señalados y se evaluará en valores absolutos.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: Resulta de la sumatoria de los numeradores del indicador de todas las IPRESS de cada red el cual se evaluará en valores absolutos.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: Pese a que este indicador está planteado de manera porcentual el cálculo institucional será realizando la sumatoria de todos los numeradores del indicador de todas las redes para efectos de evaluación mensual, trimestral y semestral que realizará esta oficina del cual se extraerá el número absoluto de pacientes que desarrollaron úlceras /lesiones por presión en las IPRESS.</p> <p>Así mismo en los resultados que arroja el SIGC incluye a las IPRESS sin internamiento que, para efectos de evaluación de este indicador, dichos valores serán considerados.</p>
<p>Unidad de medida</p>	<p>Total de caídas en pacientes hospitalizados / Total de paciente hospitalizados el día de la medición.</p>
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Trimestral acumulativo</p>

Responsabilidades

Responsable de medición: Jefe de servicio de enfermería y jefe de servicio de o el que haga sus veces.
Responsable de registro: Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS
Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red prestacional, dentro del mes calendario a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad.
Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red.
Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad: N° total de caídas en pacientes hospitalizados.
Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.
Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), responsable de determinar las necesidades, programación, contratación, almacenamiento, distribución de dispositivos médicos para revertir de manera inmediata las úlceras por presión.
Ingeniería sanitaria: De acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la institución, Inteligencia Sanitaria deberá:
 Proveer información a las oficinas de atención ambulatoria, de atención de hospitalización, de atención de emergencia, y de cuidados críticos, atención quirúrgica de la Red prestacional para las acciones de seguimiento y control de la operatividad de los servicios.
 Coordinar con la Unidad sanitaria de la Red para el Análisis conjunto de los datos e indicadores prestacionales clínicos epidemiológicos.

<p>Fuente de datos</p>	<p>Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad Instrumento de monitoreo de caídas : Anexo N° 15 Reporte mensual de caídas de pacientes Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2013</p>
<p>Base de datos</p>	<p>Base de datos generada del Sistema de gestión de Indicadores de Calidad</p>
<p>Instrumento de recolección de la información</p>	<p>Instrumento de monitoreo instrumento de monitoreo de úlceras por presión: Anexo N°15, Reporte mensual de caídas de pacientes Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2013 Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad</p>



Nombre del Indicador	N° 8: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD.		
Definición	Indicador que mide la ronda de seguridad ejecutada en relación a la ronda de seguridad programada acorde al cronograma anual de la IPRESS.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	IPRESS		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	*75%	**49%
Meta	Año 2019	80%	
	Año 2020	100%	
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Este indicador nos permitirá conocer el cumplimiento de las rondas de seguridad ejecutadas en las IPRESS según norma; donde se identificarán oportunidades de mejora para la reducción de eventos adversos a partir de la gestión de las prácticas inseguras detectadas en las IPRESS de ESSALUD.		
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No remisión de cronograma. -No ejecución mensual de rondas de seguridad según lo programado. <p>Supuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las IPRESS cumplen con programar rondas de seguridad mínimo una por mes durante todo el año y las ejecutan según lo programado. 		
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>NUMERADOR Ronda de Seguridad Ejecutada: Cumplimiento de visita planificada, acorde al cronograma anual de la IPRESS.</p> <p>DENOMINADOR Ronda de Seguridad Programada: Visita planificada a los servicios que realiza el personal directivo de la IPRESS, para identificar acciones inseguras, sensibilizar y educar al personal asistencial y promover las buenas prácticas de atención, incrementando así la seguridad del paciente en los servicios asistenciales.</p>		
Precisiones técnicas	<p>Validación del reporte El porcentaje de ejecución de la ronda de seguridad, para ser válido deberá estar acorde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con el cronograma remitido previamente. 2. La ronda deberá ser ejecutada una por mes como mínimo, respetando lo dispuesto en la normativa vigente. 3. En los casos de no registro de información en el plazo correspondiente, el valor será considerando como "0", para el promedio final. 4. De no cumplir con 1 y/o 2 será considerado como cero. <p>El plazo para el registro en el sistema de gestión de indicadores será máximo hasta el quinto día calendario del siguiente mes de ejecutada la ronda de seguridad.</p>		



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

<p>Fórmula o método de cálculo</p>	<p>Para IPRESS con hospitalización: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de rondas de seguridad ejecutadas en la IPRESS según lo programado}}{\text{N}^\circ \text{ rondas de seguridad programadas en la IPRESS en el periodo evaluado}} \times 100$ <p>Cálculo de la Fórmula: A nivel de IPRESS Numerador: Para el cálculo, deberá registrar el número total de rondas de seguridad ejecutadas por la IPRESS, en el mes. Denominador: Para el cálculo, deberá considerar el total de rondas de seguridad que debieron ser programadas (como mínimo 1 por mes), acorde a la normativa</p> </p>
<p>Unidad de medida</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Mensual, cancelatorio</p>
<p>Responsabilidades</p>	<p>Responsable de medición: Jefe de la Oficina/Dirección/Unidad de Calidad de la IPRESS Responsable de registro: Jefe de Oficina de Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces para el eje temático. Responsable del cumplimiento de reporte: Jefe de Oficina Calidad de la Red Asistencial/Prestacional/Instituto Responsable del análisis: Equipo de rondas de seguridad validado con resolución directoral/Jefe de Calidad de la Red Asistencial/ Prestacional/ Instituto. Actores interesados: Jefes de Departamento, Jefes de Servicios Asistenciales y Director de la IPRESS Jefe de Oficina de Calidad o quien haga sus veces de IPRESS, Red Asistencial/Prestacional/Instituto. Gerente y/o Director de la Red Asistencial/Prestacional/Instituto.</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Cronograma anual de ronda de seguridad, validado por el responsable de la IPRESS. Formatos de ronda de seguridad validados (actas)</p>
<p>Base de datos</p>	<p>Base de datos en Excel de rondas de seguridad de la OGCyH-Sede Central y de la Redes Asistencial/Prestacional/Instituto.</p>
<p>Instrumento de recolección de la información</p>	<p>Formatos de rondas de seguridad digital (Excel) y Actas de rondas de seguridad en PDF acorde a la normativa vigente.</p>

*Total de redes consideradas en el 2017: 17

**Total de redes consideradas en el 2018: 31



Nombre del Indicador	N° 9 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MEJORAS POST RONDA DE SEGURIDAD		
Definición	Indicador que mide la relación entre la ejecución de acciones de mejora respecto a las fallas latentes o activas identificadas durante las Rondas de Seguridad en las IPRESS y el total de observaciones registradas en las rondas de seguridad programadas		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	IPRESS		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	*56%	**25%
Meta	Año 2019	80%	
	Año 2020	90%	
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Este indicador nos permite establecer una cultura de Buenas Prácticas de Atención en Salud, a través de la implementación de acciones de mejora respecto a las fallas latentes o activas identificadas durante las Rondas de Seguridad en la IPRESS		
Limitaciones y Supuestos empleados	Limitaciones: No ejecución mensual de rondas de seguridad según lo programado. No ejecución de levantamiento de observaciones en los tiempos programados de acuerdo a las prácticas inseguras halladas Supuestos: Visita de verificación de levantamiento de observaciones a los servicios para constatar, que realiza el personal de calidad de la IPRESS.		
VARIABLES DE MEDICIÓN	NUMERADOR Acciones de mejora post ronda gestionadas: Acciones que deben implementarse para disminuir los riesgos de la atención DENOMINADOR Actividades programadas: Actividades que se programan frente a las prácticas inseguras identificadas durante la ronda realizada en la IPRESS.		
Precisiones técnicas	Validación del reporte El porcentaje de cumplimiento de mejoras post rondas para ser válido deberá estar acorde: 1. Con las prácticas inseguras halladas durante la ejecución de la ronda de seguridad. 2. Realizar el levantamiento de observaciones de acuerdo a la fecha programada 3. En los casos de no registro de información en el plazo correspondiente, el valor será considerando como "0", para el promedio final. 4. De no cumplir con 1 y/o 2 será considerado como cero. El plazo para el registro en el sistema de gestión de indicadores será máximo hasta el quinto día calendario del siguiente mes a la fecha de la ejecución de levantamiento de observaciones.		
Fórmula o método de cálculo	Para IPRESS con hospitalización: $\frac{\text{N° de acciones de mejora post Ronda gestionadas en la IPRESS en el periodo programado}}{\text{N° TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN ACTAS DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS EN LA IPRESS}} \times 100$ Cálculo del indicador para la IPRESS:		

VºBº
I. LEYTON
Gerente

VºBº
C. CASTILLO
ASESOR II

VºBº
E. TREICH
JEFE

VºBº
A. MONTAÑEZ M.
GERENTE

VºBº
G. NUÑEZ O
ASESOR II

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	Numerador: Para el cálculo, deberá registrar el número total de acciones de mejora gestionadas en el periodo programado. Denominador: Para el cálculo, deberá considerar el total de actividades programadas en las actas de las rondas de seguridad realizadas
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad de las mediciones	Mensual-Trimestral.
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Jefe de la Oficina/Dirección/Unidad de Calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de registro: Jefe de Oficina de Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces para el eje temático.</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Jefe de Oficina Calidad de la Red Asistencial/Prestacional/Instituto</p> <p>Responsable del análisis: Equipo de rondas de seguridad validado con resolución directoral/Jefe de Calidad de la Red Asistencial/ Prestacional/ Instituto.</p> <p>Actores interesados: Jefes de Departamento, Jefes de Servicios Asistenciales y Director de la IPRESS Jefe de Oficina de Calidad o quien haga sus veces de IPRESS, Red Asistencial/Prestacional/Instituto. Gerente y/o Director de la Red Asistencial/Prestacional/Instituto.</p>
Fuente de datos	Cronograma de Rondas de Seguridad Actas de Rondas de Seguridad de la IPRESS. Formato de Verificación de Cumplimiento de Acciones de Mejora.
Base de datos	Base de datos en Excel de mejoras realizadas frente a las prácticas inseguras halladas en las rondas de seguridad de la OGCyH-Sede Central y de la Redes Asistencial/Prestacional/Instituto.
Instrumento de recolección de la información	Formatos de verificación de cumplimiento de las actividades de mejora (Actas) digital en Excel y en PDF acorde a normativa vigente.

*Total de redes consideradas en el 2017: 17
**Total de redes consideradas en el 2018: 31



Nombre del Indicador	N° 10 - ADHERENCIA AL REGINCIAD		
Definición	Porcentaje de adherencia de las IPRESS al REGINCIAD, a través del registro en el REGINCIAD		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	REDES		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	13%	1.28%
Meta	Año 2019	8.0%	
	Año 2020	16.0%	
Valor Umbral del indicador por mes	100%		
Justificación	Este indicador elimina el sesgo de concentración de registros en unas cuantas IPRESS de la red asistencial		
Limitaciones y Supuestos empleados	Recuperación de contraseñas de usuarios dependientes de GCTIC, haciendo el proceso lento.		
Variables de medición	NUMERADOR N° de IPRESS que registran en el mes: N° total de IPRESS de la red que realizaron registros en el REGINCIAD durante el mes DENOMINADOR Total de IPRESS de la Red: Número total de IPRESS propias de ESSALUD de la Red.		
Precisiones técnicas	Coherencia de la información: Las IPRESS que registran en el mes deben mantener un promedio de registros mensuales proporcionales a su nivel de producción. Fecha de la medición: el día 1 del mes subsiguiente. Fecha de reporte: Hasta el día 10 del mes subsiguiente.		
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N° de IPRESS que registran en el mes}}{\text{Total de IPRESS de la Red}} \times 100\%$ Cálculo del indicador para la red: resulta de dividir, el conteo de las IPRESS que registran eventos adversos durante el mes entre el total de IPRESS propias de ESSALUD de la red. Cálculo del indicador a nivel de institucional: Resulta de dividir la sumatoria de todos los numeradores de las redes entre la sumatoria de los denominadores de todas las redes de ESSALUD.		
Unidad de medida	Porcentaje		
Periodicidad de reporte de las mediciones	Mensual, cancelatorio		
Responsabilidades	Responsable de medición: Usuario responsable de calidad Red Responsable de registro: Usuario registrador (fichas de notificación), Responsable de calidad de la IPRESS Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la		

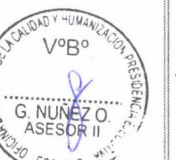


Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	<p>calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación semestral. Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicación; responsable de la gestión de los usuarios y mantenimiento del REGINCIAD. Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p>
Fuente de datos	Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD)
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD
Instrumento de recolección de la información	REGINCIAD



Nombre del Indicador	N° 11 - RAZÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN IPRESS CON HOSPITALIZACIÓN		
Definición	Razón de las notificaciones de eventos adversos por egresos de hospitalización		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	IPRESS/Redes.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	No se tienen datos	1.12*100 egresos
Meta	Año 2019	1.85*100 egresos	
	Año 2020	3.75*100 egresos	
	Año 2021	7.5 *100 egresos	
Valor umbral del indicador	15*100 egresos		
Justificación	Este indicador nos permite medir la transparencia de las IPRESS en el registro de incidentes y eventos adversos. Presenta como ventaja al indicador "número de eventos adversos", que permite valorar los eventos adversos que se producen en relación al volumen de producción de la IPRESS.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Duplicaciones de registro considerados como registros válidos. Concepción equivocada del reconocimiento de un evento adverso como un riesgo para la estabilidad laboral del profesional. No se considera el número de personas hospitalizadas a la fecha de envío de la información, por lo que existiría una pequeña población no considerada en el momento de la medición.		
Variables de medición	<p>Evento adverso: Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente, está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. Incluye a los eventos centinela.</p> <p>Incidente: Evento adverso que no ha causado daño pero que es susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso y está directamente relacionado a la atención clínica.</p> <p>NUMERADOR Registro de evento adverso válido: Considérese a todo aquel incidente y evento adverso registrado durante el mes corriente en REGINCIAD que no se encuentre duplicado</p> <p>DENOMINADOR N° de egresos: Total de egresos hospitalarios en el mes, según el SES</p>		
Precisiones técnicas	<p>Depuración de registros errados: Los registros de eventos adversos que se encuentren errados o duplicados no entraran en el cálculo de la fórmula, por lo que deberá llevarse un registro de las fichas erradas.</p> <p>Coherencia de la información: el número de registros de eventos adversos deberá ir en ascenso como evidencia de un esfuerzo de las IPRESS por identificar sus oportunidades de mejora a fin de gestionarlas.</p> <p>Fecha de la medición: 1 de cada mes subsiguiente, por ejemplo, del periodo del 1 al 31 de Mayo, se medirá el 1 de Junio.</p> <p>Fecha de reporte: hasta el 10 de cada mes subsiguiente, por ejemplo, del periodo del 1 al 31 de Mayo, se reportaría el 10 de Junio.</p>		
Fórmula o método de cálculo	<p>Para IPRESS con hospitalización: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de registros válidos de eventos adversos}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios}}$</p>		



	<p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Para IPRESS con hospitalización: Resulta del conteo de los eventos adversos registrados durante el mes, entre la sumatoria del número de egresos hospitalarios, del mismo mes. El sistema de Indicadores de la calidad se encarga de multiplicar este número por 100 a efectos de hacerlo más legible. Cálculo del indicador para la red: resulta de dividir, la sumatoria de los numeradores entre la sumatoria de los denominadores de todas las IPRESS con hospitalización de la red. A este resultado se le multiplicará por 100, esta fórmula es calculada automáticamente por el Sistema de Indicadores de la Calidad. <u>Total de eventos adversos registrados</u> N° de egresos hospitalarios Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes, multiplicándose el resultado final por 100. Esta fórmula es calculada por el Sistema de Indicadores de la Calidad.</p>
Unidad de medida	Eventos adversos/egresos hospitalarios
Periodicidad de las mediciones	Mensual, cancelatorio
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Usuario responsable de calidad CAS Responsable de registro: Usuario registrador (fichas de notificación), Responsable de calidad de la IPRESS Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación semestral. Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicación; responsable de la gestión de los usuarios y mantenimiento del REGINCIAD. Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p>
Fuente de datos	Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD) Sistema Estadístico de Salud (SES)
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD
Instrumento de recolección de la información	REGINCIAD



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 12 - RAZÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN IPRESS SIN HOSPITALIZACIÓN		
Definición	Razón de las notificaciones de eventos adversos por cada 1000 consultas		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	IPRESS/Redes		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	No se tienen datos	0.036*1000 consultas
Meta	Año 2019	0.4* 1 000 consultas	
	Año 2020	0.8* 1 000 consultas	
	Año 2021	1.6* 1 000 consultas	
Valor umbral del indicador	15* 1000 consultas		
Justificación	Este indicador nos permite medir la transparencia de las IPRESS en el registro de incidentes y eventos adversos. Presenta como ventaja al indicador "número de eventos adversos", que permite valorar los eventos adversos que se producen en relación al volumen de producción de la IPRESS.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Duplicaciones de registro considerados como registros válidos. Concepción equivocada del reconocimiento de un evento adverso como un riesgo para la estabilidad laboral del profesional.		
Variables de medición	<p>Evento adverso: Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente, está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. Incluye a los eventos centinela.</p> <p>Incidente: Evento adverso que no ha causado daño pero que es susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso y está directamente relacionado a la atención clínica.</p> <p>NUMERADOR Registro de evento adverso válido: Considérese a todo aquel incidente y evento adverso registrado durante el mes corriente en REGINCIAD que no se encuentre duplicado</p> <p>DENOMINADOR N° de consultas: Total de consultas de la IPRESS en el mes, según el SES</p>		
Precisiones técnicas	<p>Depuración de registros errados: Los registros de eventos adversos que se encuentren errados o duplicados no entraran en el cálculo de la fórmula, por lo que deberá llevarse un registro de las fichas erradas.</p> <p>Coherencia de la información: el número de registros de eventos adversos deberá ir en ascenso como evidencia de un esfuerzo de las IPRESS por identificar sus oportunidades de mejora a fin de gestionarlas.</p> <p>Fecha de la medición: 1 de cada mes subsiguiente, por ejemplo, del periodo del 1 al 31 de Mayo, se medirá el 1 de Junio.</p> <p>Fecha de reporte: hasta el 10 de cada mes subsiguiente, por ejemplo, del periodo del 1 al 31 de Mayo, se reportaría el 10 de Junio.</p>		
Fórmula o método de cálculo	<p>Para IPRESS sin hospitalización: <u>N° de registros válidos de eventos adversos</u> <u>N° de Consultas realizadas</u></p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Para IPRESS sin hospitalización: Resulta del conteo de los eventos adversos registrados durante el mes,</p>		



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	<p>entre el número de consultas realizadas en consultorio externo y procedimientos ambulatorios. El sistema de indicadores de la calidad se encarga de multiplicar este número por 100 a fin de hacerlo más legible.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: resulta de dividir, la sumatoria de los numeradores entre la sumatoria de los denominadores de todas las IPRESS sin hospitalización de la red. A este resultado se le multiplicará por 100, esta fórmula es calculada automáticamente por el Sistema de Indicadores de la Calidad.</p> <p><u>Total de eventos adversos registrados</u> N° consultas</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes, multiplicándose el resultado final por 100. Esta fórmula es calculada por el Sistema de Indicadores de la Calidad.</p>
Unidad de medida	Eventos adversos/consultas
Periodicidad de las mediciones	Mensual, cancelatorio
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Usuario responsable de calidad CAS</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador (fichas de notificación), Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red</p> <p>Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red</p> <p>Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación semestral. Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicación; responsable de la gestión de los usuarios y mantenimiento del REGINCIAD. Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p>
Fuente de datos	Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD) Sistema Estadístico de Salud (SES)
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD
Instrumento de recolección de la información	REGINCIAD



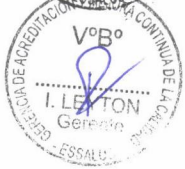
Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 13 - PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTINELA GESTIONADOS		
Definición	Este indicador mide el porcentaje de los eventos adversos no centinela gestionados		
Tipo de indicador	Indicador de eficacia		
Nivel de desagregación	IPRESS/Redes.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	8%	N.D.
Meta	Año 2019	30.0%	
	Año 2020	50.0%	
Valor umbral del indicador	80%		
Justificación	Identifica el nivel proactividad de los actores en la gestión reactiva del riesgo. Es más eficiente que el indicador número de eventos adversos no centinela gestionados porque permite valorar los eventos adversos gestionados en relación a los registrados.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Subregistro de eventos no centinela en REGINCIAD Eventos no centinelas registrados a la fecha de reporte que, en atención al plazo establecido, se encuentren en el proceso de gestión del evento, no habiéndose concluido éste.		
Variables de medición	<p>NUMERADOR N° Eventos Adversos no centinela gestionado: Número de eventos adversos moderados y leves que son notificados como "convoca a comité", analizados y gestionados en la IPRESS según normativa institucional, los cuales deben contar con un plan de intervención y verificación terminado y registrado en el sistema de registro, notificación y procesamiento de incidentes y eventos adversos.</p> <p>DENOMINADOR N° Eventos Adversos no Centinela registrados: Número de eventos adversos leves y moderados que son reportados a través de la ficha de reporte del sistema de registro, notificación y procesamiento de incidentes y eventos adversos.</p>		
Precisiones técnicas.	<p>Coherencia de la información: el número de registros de eventos adversos no centinela gestionados, deberá contar con evidencia de la gestión realizada. El número de eventos adversos no centinela gestionados debe guardar relación con el número de eventos adversos reportados por el servicio.</p> <p>Fecha de la medición: primer día del mes siguiente, por ejemplo, del periodo del 1 al 31 de mayo se mediría el 1 de Junio.</p> <p>Fecha de reporte: hasta el día 10 del mes siguiente, por ejemplo, del periodo del 1 al 31 de mayo se mediría el 10 de Junio.</p> <p>Semaforización del indicador: Bueno 50-100% (Verde) Regular 30-49% (Amarillo) Malo <30% (Rojo)</p>		
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N° de Evento adverso no centinela gestionado}}{\text{N° de Eventos adversos no centinela convocados a comité}} \%$ <p>Numerador: Número de eventos adversos no centinela gestionados, que en</p>		



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	<p>el consolidado del REGINCIAD aparece como "terminado"</p> <p>Denominador: Número de registros válidos de eventos adversos, convocados a comité; hasta antes del primer día del mes siguiente.</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: resulta de dividir el número de eventos adversos no centinela gestionados hasta la fecha entre el número de eventos adversos no centinela registrados y convocados a comité hasta la fecha de reporte.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: resulta de dividir, la sumatoria de los numeradores entre la sumatoria de los denominadores de todas las IPRESS de la red.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p>
Unidad de medida	Evento adverso no centinela
Periodicidad de las mediciones	mensual, acumulativo
Fuente de datos	<p>Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD)</p> <p>Subsistema de vigilancia de morbimortalidad materna</p> <p>Subsistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias</p>
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD
Instrumento de recolección de la información	REGINCIAD

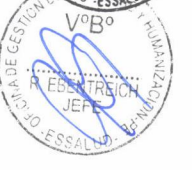


Nombre del Indicador	N° 14 - PORCENTAJE DE EVENTOS CENTINELA GESTIONADOS		
Definición	Indicador que mide el porcentaje de los eventos centinela gestionados respecto de los registrados		
Tipo de indicador	Indicador de eficacia		
Nivel de desagregación	PRESS/Redes.		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	13%	79.3%
Meta	Año 2019	80.0%	
	Año 2020	90.0%	
Valor umbral del indicador	95%		
Justificación	Identifica el nivel de eficacia de la gestión reactiva del riesgo. Es más efectiva que el indicador "Evento centinela gestionado" porque considera el número de eventos centinela gestionados en relación con los registrados.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Subregistro de eventos centinela en REGINCIAD, que inducirían a un sesgo de la información. Eventos centinela registrados a la fecha de reporte que, en atención al plazo establecido, se encuentren en el proceso de gestión del evento, no habiéndose concluido éste.		
Variables de medición	<p>NUMERADOR N° EVENTOS CENTINELA GESTIONADO: Número de eventos centinela, que son notificados, analizados y gestionados en la IPRESS según normativa institucional, los cuales deben contar con un plan de verificación terminado y registrado en el sistema de registro, notificación y procesamiento de incidentes y eventos adversos. Su estado de registro en el aplicativo web REGINCIAD aparece como terminado.</p> <p>DENOMINADOR N° EVENTOS CENTINELA REGISTRADO: Número de eventos centinela acontecidos en la IPRESS durante el trimestre evaluado que son reportados a través de la ficha de reporte y notificación de incidentes y eventos adversos en la atención de salud y en el sistema de registro, notificación y procesamiento de incidentes y eventos adversos. Es acumulativo en el ejercicio anual.</p>		
Precisiones técnicas.	<p>Coherencia de la información: el número de registros de eventos centinela, deberá ser contrastado con el Subsistema de vigilancia de morbilidad materna y perinatal, a fin de evitar el subregistro de los eventos centinelas. Las IPRESS deberán generar evidencia de la gestión de los eventos centinela.</p> <p>Fecha de la medición: 1 de cada mes subsiguiente al trimestre, por ejemplo, del I trimestre, se medirá el 1 de Abril.</p> <p>Fecha de reporte: hasta el 10 de cada mes subsiguiente al trimestre, por ejemplo, del I trimestre, se reportaría hasta el 10 de Abril.</p> <p>Semaforización del indicador: Bueno 70-100% (Verde) Regular 50-69% (Amarillo) Malo <50% (Rojo)</p>		



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Fórmula o método de cálculo	<p>N° de Evento centinela gestionado %</p> <p>N° de Evento Centinela Registrado</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: resulta de dividir el número de eventos centinela gestionados hasta la fecha entre el número de evento centinela registrados hasta la fecha.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: resulta de dividir, la sumatoria de los numeradores entre la sumatoria de los denominadores de todas las IPRESS de la red.</p> <p>Cálculo del indicador a nivel de institucional: resulta de dividir, la sumatoria de numeradores entre la sumatoria de los denominadores de los indicadores, de todas las redes.</p>
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad de las mediciones	Trimestral, acumulativo
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Usuario responsable de calidad CAS</p> <p>Responsable de registro: Usuario registrador (fichas de notificación), Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red</p> <p>Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red</p> <p>Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación semestral. Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicación; responsable de la gestión de los usuarios y mantenimiento del REGINCIAD.</p> <p>Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p>
Fuente de datos	<p>Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD)</p> <p>Subsistema de vigilancia de morbimortalidad materna</p> <p>Subsistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias</p>
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD
Instrumento de recolección de la información	REGINCIAD



Nombre del Indicador	N° 15: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA.		
Definición	Este indicador mide el grado de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en las IPRESS.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	IPRESS		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	No se tienen datos	No se tienen datos	No se tienen datos
Meta	Año 2019	100%	
	Año 2020	100%	
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Este indicador nos permitirá conocer el cumplimiento de las prácticas de seguridad quirúrgica, fomentando la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínico quirúrgicas para mejorar la seguridad de sus actividades y reducir el número de complicaciones ya que su uso permanente se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes, así como a un mejor cumplimiento de las normas de atención básica.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Limitaciones: -No aplicación de la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía Supuestos: -Las IPRESS cumplen con el uso correcto y oportuno de la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía		
Variables de medición	NUMERADOR Cirugías que cuentan con Lista de Verificación: Cirugías con cumplimiento de aplicación de lista de verificación (datos completos) DENOMINADOR Cirugías de la IPRESS: Total de cirugías realizadas en el periodo evaluado.		
Precisiones técnicas	Validación del reporte El porcentaje de cumplimiento de aplicación de lista de verificación de la seguridad de la cirugía, para ser válido deberá estar acorde: 1. Con las listas de verificación para la Seguridad de la Cirugía 2. Informe de cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 3. En los casos de no registro de información en el plazo correspondiente, el valor será considerando como "0", para el promedio final. 4. De no cumplir con 1 y/o 2 será considerado como cero. El plazo para el registro en el sistema de gestión de indicadores será máximo hasta el quinto día calendario del siguiente mes.		



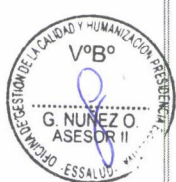
Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

<p>Fórmula o método de cálculo</p>	<p>N° de Cirugías que cuentan con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía x 100 N° de Cirugías de la IPRESS para el período evaluado.</p> <p>Cálculo de la Fórmula: A nivel de IPRESS Numerador: Para el cálculo, deberá registrar el número total de cirugías que cuenten con lista de verificación de la cirugía (datos completos) en la IPRESS, en el mes. Denominador: Para el cálculo, deberá considerar el total de cirugías realizadas en el periodo evaluado</p>
<p>Unidad de medida</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Mensual, cancelatorio</p>
<p>Responsabilidades</p>	<p>Responsable de medición: Jefe de la Oficina/Dirección/Unidad de Calidad de la IPRESS Responsable de registro: Jefe de Oficina de Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces para el eje temático. Responsable del cumplimiento de reporte: Jefe de Oficina Calidad de la Red Asistencial/Prestacional/Instituto Responsable del análisis: Equipo de rondas de seguridad validado con resolución directoral/Jefe de Calidad de la Red Asistencial/ Prestacional/ Instituto. Actores interesados: Jefes de Departamento, Jefes de Servicios Asistenciales y Director de la IPRESS Jefe de Oficina de Calidad o quien haga sus veces de IPRESS, Red Asistencial/Prestacional/Instituto. Gerente y/o Director de la Red Asistencial/Prestacional/Instituto.</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía Informe de cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía</p>
<p>Base de datos</p>	<p>Base de datos en Excel de la OGCyH-Sede Central y de la Redes Asistencial/Prestacional/Instituto.</p>
<p>Instrumento de recolección de la información</p>	<p>Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía</p>



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 16: NÚMERO DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA IMPLEMENTADOS		
Definición	Proyectos de mejora continua implementados en la IPRESS conformantes de la Red Asistencial/Prestacional.		
Tipo de indicador	Indicador de Resultado		
Nivel de desagregación	REDES, CENTROS ESPECIALIZADOS		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	19	25	11
Meta	Año 2019: 16 Año 2020: 30		
Valor umbral del indicador	100		
Justificación	Este indicador nos permite medir el número proyectos de mejora implementados orientados a los resultados de líneas de acción en la Red y Centros Especializados		
Limitaciones y Supuestos empleados	Falta de una normativa institucional para lograr la sostenibilidad de la mejora implementada. Falta de presupuesto para implementar las mejoras planteadas.		
Variables de medición	<p>Proyectos de Mejora: Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.</p> <p>Implementado: Se considera implementado, cuando el Informe Final del Proyecto de Mejora Continua, emitido por la Oficina/Dirección/Unidad de Gestión de la Calidad de la Red/Centro Especializado evidencia mejoras graduales e incrementales en el Departamento/Servicio/Oficina de aplicación.</p> <p>NUMERADOR N° de Proyectos de Mejora Continua implementados que abordan los resultados de líneas de acción priorizados a nivel institucional: Total de Proyectos de Mejora Continua que realizan las Redes Asistencial/Prestacionales a través de sus IPRESS y que están orientados a los procesos críticos identificados de los resultados de las líneas de acción que se prioriza a través de sus ejes de trabajo la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización.</p>		
Precisiones técnicas	<p>Entrega Planes de Mejora: A través de las fichas de Calidad de las Redes Asistenciales y Prestacionales las IPRESS deberán entregar sus Planes de Mejora y las resoluciones de reconocimiento a los equipos de mejora a la GAYMCC, los cuales deberán tener el visado de los jefes de la oficina de calidad y/o planeamiento de las Redes. La entrega del mismo tendrá un plazo máximo finalizado el 1er trimestre del año en curso.</p> <p>Contenido del Plan de Mejora: El Plan de Mejora debe contener herramientas de calidad y el ciclo de mejora, identificando y sustentando el problema general, los problemas específicos, el objetivo general, los objetivos específicos, el Diagrama de Gantt de las actividades y los indicadores a medir para evidenciar la mejora.</p> <p>Posterior a la aprobación del Plan de Mejora, se procede a la fase de implementación del Proyecto de Mejora, teniendo datos basales del proceso a mejorar.</p> <p>Al finalizar el 1er Ciclo de Mejora se realiza el corte respectivo y se procede a medir los indicadores establecidos, evidenciando con datos la mejora del proceso.</p>		



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	<p>Con toda esta información se procede a elaborar el Proyecto de Mejora, cumpliendo con los 8 Criterios establecidos para la Gestión de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad</p> <p>El proyecto de mejora tiene como fecha de entrega el 4to trimestre del año en curso.</p> <p>Fecha de reporte: hasta el 05 de enero del siguiente año.</p>
Fórmula o método de cálculo	<p>Para todas las IPRESS con/sin hospitalización: N° de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad implementados por Red Prestacional/Asistencial/Centro Especializado</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Resulta del número de proyectos de mejora continua implementados que realiza una IPRESS durante el año en curso.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: Resulta del conteo de los proyectos de mejora continua implementados de todas la IPRESS que son de jurisdicción de la Red Prestacional/ Asistencial durante el año en curso</p> <p>N° de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad implementados por Red Prestacional/Asistencial/Centro Especializado</p>
Unidad de medida	Proyectos de mejora continua implementados en las IPRESS pertenecientes a la Red Asistencial/Prestacional que abordan los resultados de líneas de acción priorizados a nivel institucional.
Periodicidad de las mediciones	Anual, cancelatorio.
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Usuario responsable de calidad CAS</p> <p>Responsable de registro: Responsable de calidad de la IPRESS</p> <p>Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red</p> <p>Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red</p> <p>Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red</p> <p>Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación anual. Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p>
Fuente de datos	Reporte de la Red Asistencial/Prestacional/ de IPRESS que han implementado un proyecto de mejora continua.
Base de datos	Base de datos del Reporte de la de la Red Asistencial/Prestacional/ de IPRESS que han implementado un proyecto de mejora continua.
Instrumento de recolección de la información	<p>Resolución de conformación del Equipo del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad.</p> <p>Resolución de implementación del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad</p> <p>Informe Final del Proyecto de Mejora Continua.</p>

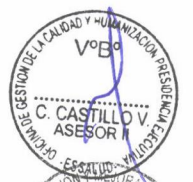


Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 17: PORCENTAJE DE IPRESS QUE REALIZAN AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN		
Definición	Relación entre el número de IPRESS de la Red Asistencial/Prestacional/Centro Especializado que realizan Autoevaluación para la Acreditación de acuerdo a la norma sectorial vigente, con el total de IPRESS.		
Tipo de indicador	Indicador de Proceso		
Nivel de desagregación	IPRESS/REDES		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	19%	39%	27%
Meta	Año 2019	50%	
	Año 2020	60%	
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Este indicador nos permite medir el porcentaje de IPRESS de la Red /Centro Especializado que emiten el Informe Técnico Final correspondiente a la Autoevaluación para la Acreditación de acuerdo a la norma sectorial vigente, como parte del proceso de Acreditación de la referida IPRESS.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Información registrada de manera manual. Falta de validación de la data registrada, así como la ausencia de la fuente auditable (Informe de Técnico de Autoevaluación oficial). IPRESS sin categoría vigente.		
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.</p> <p>Autoevaluación: Fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual las IPRESS que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora.</p> <p>NUMERADOR N° de IPRESS con Informe Técnico Final de Autoevaluación: Total de IPRESS que realizan la Fase de Autoevaluación durante el año.</p> <p>DENOMINADOR N° total de IPRESS de la Red: Total de IPRESS que conforman la Red Asistencial/Prestacional.</p>		
Precisiones técnicas	<p>Entrega de Planes de Autoevaluación y Lista de equipos de acreditación y evaluadores internos: A través de las Redes Asistenciales y Prestacionales las IPRESS deberán entregar sus Planes de Autoevaluación y Listado de equipos de acreditación y evaluadores internos a la GAYMCC, los cuales deberán tener el visado de los jefes de la oficina de calidad y/o planeamiento de las Redes. La entrega del mismo tendrá un plazo máximo de todos los 1° de Junio del año en curso.</p> <p>Coherencia y actualización en la Información: El registro de los resultados de la Autoevaluación realizada en las IPRESS deberá ser</p>		



	<p>coherente con lo que se reporta en la hoja de resultados extraída del aplicativo de acreditación, hoja anexa del Informe Técnico de Autoevaluación. Asimismo, los registros del resultado de autoevaluación deberán ser los que se hayan organizado e implementado dentro del año en curso.</p> <p>Depuración de registro que no incluya Informe Técnico de la Autoevaluación: Los registros de las autoevaluaciones realizadas solo serán consideradas si estas cuentan con sustento del Informe Técnico de la Autoevaluación enviado de forma digital o física a la GAYMCC; si él envió del documento es por medio digital, solo se considerará aquel que este sellado y validado por los responsables del proceso, no se incluirán en la consolidación de la información, aquellas versiones no oficiales del documento.</p> <p>Fecha de la medición: 2 mediciones tendrán que ser consideradas: la entrega del Plan de Autoevaluación y Listado de evaluadores internos como fecha máxima el 1° de Junio del año en curso, y la entrega del informe técnico de autoevaluación como fecha máxima 1° de diciembre del año en curso.</p> <p>Fecha de reporte: hasta el 15 de diciembre del año en curso.</p>
<p>Fórmula o método de cálculo</p>	<p>Para todas las IPRESS con/sin hospitalización: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de IPRESS de la Red /Centro Especializado con Informe Técnico de Autoevaluación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de IPRESS de la Red Asistencial/Prestacional/Centro especializado}}$</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Resulta del número de IPRESS que realiza la autoevaluación, entre el número de IPRESS. A este resultado se le multiplicará por 100, esta fórmula es calculada automáticamente por el Sistema de Indicadores de la Calidad.</p> <p>Cálculo del indicador para la red: resulta de dividir, la sumatoria de los numeradores entre la sumatoria de los denominadores de todas las IPRESS de la red. A este resultado se le multiplicará por 100, esta fórmula es calculada automáticamente por el Sistema de Indicadores de la Calidad.</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de IPRESS de la Red /Centro Especializado con Informe Técnico de Autoevaluación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de IPRESS de la Red /Centro Especializado.}}$</p>
<p>Unidad de medida</p>	<p>IPRESS con autoevaluación realizada/Total de IPRESS</p>
<p>Periodicidad de las mediciones</p>	<p>Anual, cancelatorio.</p>
<p>Responsabilidades</p>	<p>Responsable de medición: Usuario responsable de calidad CAS Responsable de registro: Responsable de calidad de la IPRESS Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación anual. Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y</p>



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

5






	supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.
Fuente de datos	Reporte de la de la Red Asistencial/Prestacional/ de IPRESS que han realizado la autoevaluación.
Base de datos	Base de datos generadas del Reporte de la de la Red Asistencial/Prestacional/ de IPRESS que han realizado la autoevaluación.
Instrumento de recolección de la información	Informe Técnico Final de Autoevaluación de la IPRESS



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

Nombre del Indicador	N° 18: PORCENTAJE DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS MACROPROCESOS QUE DESARROLLAN ACCIONES DE MEJORA CONTINUA ENMARCADAS EN LA NORMA TÉCNICA DE ACREDITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.		
Definición	Porcentaje de criterios de evaluación que han desarrollado acciones de mejora continua.		
Tipo de indicador	Indicador de Resultado		
Nivel de desagregación	IPRESS/REDES		
Valor del indicador	Información Histórica		
	Medición a partir 2020	-----	-----
Meta	Año 2021	>= 60%	
Valor umbral del indicador	100%		
Justificación	Indicador que mide el porcentaje de los criterios de evaluación establecidos en la N.T.S: N°050/MINSA/DGSP-V.02 que han desarrollado acciones de mejora y lo definieron en la hoja de mejora continua la misma que fue puesta en conocimiento a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización a través del Informe Técnico de Autoevaluación, sobre el total de criterios de evaluación que no cumplieron el resultado establecido según documento normativo vigente.		
Limitaciones y Supuestos empleados	Información registrada de manera manual. Falta de validación de la data registrada, así como la ausencia de la fuente auditable (Informe de Técnico de Autoevaluación oficial) IPRESS sin categoría vigente.		
Variables de medición	<p>Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.</p> <p>Autoevaluación: Fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual las IPRESS que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora.</p> <p>Hoja de Mejora Continua: Documento que sustenta el seguimiento de las acciones de mejora en aquellos criterios de evaluación que no consignan el puntaje máximo, esta hoja deberá contener las siguientes variables: Código de Criterio, Problema Específico, Soluciones Propuestas, Responsables, Fecha de Cumplimiento y Fuente de Verificación.</p> <p>NUMERADOR N° de criterios de evaluación establecidos en la N.T.S. N° 050, que cuentan con acciones de mejora para su cumplimiento: Total de criterios evaluados que no cumplieron con el puntaje máximo establecido y que cuentan con acciones de mejora para su cumplimiento, los cuales</p>		



	<p>se encuentran consignados dentro de la hoja de mejora continua como anexo del Informe Técnico de Autoevaluación.</p> <p>DENOMINADOR N° total de criterios de evaluación establecidos en la normativa sectorial vigente de acreditación que no cumplen con los resultados establecidos: Total de criterios de evaluación de los diferentes macroprocesos que no obtuvieron el puntaje máximo en la autoevaluación realizada por el establecimiento.</p>
<p>Precisiones técnicas</p>   	<p>Coherencia y actualización en la Información: El registro de los resultados de la Autoevaluación realizada en las IPRESS deberá ser coherente con lo que se reporta en la hoja de resultados extraída del aplicativo de acreditación, hoja anexa del Informe Técnico de Autoevaluación. Asimismo, los registros del resultado de autoevaluación deberán ser los que se hayan organizado e implementado dentro del año en curso.</p> <p>Depuración de registro que no incluya Informe Técnico de la Autoevaluación: Los registros de las autoevaluaciones realizadas solo serán consideradas si estas cuentan con sustento del Informe Técnico de la Autoevaluación enviado de forma digital o física a la GAYMCC; si el envío del documento es por medio digital, solo se considerará aquel que este sellado y validado por los responsables del proceso, no se incluirán en la consolidación de la información, aquellas versiones no oficiales del documento.</p> <p>Fecha de la medición: 2 mediciones tendrán que ser consideradas: 1era Medición: deberán realizarla las Redes Prestacionales y Asistenciales de manera semestral a sus IPRESS, estas mediciones deberán estar orientadas a garantizar la planificación, organización y cumplimiento de la Fase de Autoevaluación, para que respectivamente puedan hacer el seguimiento de cumplimiento de la hoja de mejora consignada como anexo dentro del Informe Técnico de Autoevaluación. Esta medición se realizará el primer semestre del año en curso. 2da Medición: Deberá ser realizado por las Redes Asistenciales y Prestacionales consolidando los datos necesarios obtenidos de la hoja de mejora continua, anexo que se encuentra dentro del informe técnico de autoevaluación. Esta medición al cierre del 2do semestre del año.</p>
<p>Fórmula o método de cálculo</p>  	<p>Para todas las IPRESS: N° de criterios de evaluación establecidos en la N.T.S. N° 050, que cuentan con acciones de mejora para su cumplimiento x 100</p> <hr/> <p>N° total de criterios de evaluación establecidos en la normativa sectorial vigente de acreditación que no cumplen con los resultados establecidos.</p> <p>Cálculo del indicador para la IPRESS: Resulta del número de criterios de evaluación que cuentan con acciones de mejora para su cumplimiento o se le multiplicará por 100, esta fórmula es calculada automáticamente por el Sistema de Indicadores de la Calidad.</p> <p>Cálculo del indicador para la Red: Resulta de dividir, la sumatoria de los numeradores entre la sumatoria de los denominadores de todas las IPRESS de la red. A este resultado se le multiplicará por 100. A las que no consignaron la información se les considerará dentro de la sumatoria.</p> <p>N° de criterios de evaluación establecidos en la N.T.S. N° 050, que</p>

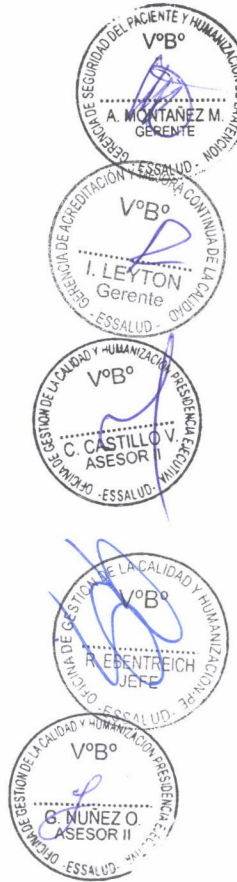
Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	cuentan con acciones de mejora para su cumplimiento x 100 N° total de criterios de evaluación establecidos en la normativa sectorial vigente de acreditación que no cumplen con los resultados establecidos.
Unidad de medida	Criterios de evaluación con acciones de mejora/criterios de evaluación que no obtuvieron un resultado óptimo.
Periodicidad de las mediciones	Anual, cancelatorio.
Responsabilidades	<p>Responsable de medición: Usuario responsable de calidad CAS Responsable de registro: Responsable de calidad de la IPRESS Responsable de reporte: Responsable de calidad de la IPRESS/ Responsable de calidad Red Responsable del cumplimiento de reporte: Director de la IPRESS/Gerente de Red Responsable del análisis: Responsable de calidad de la Red Actores interesados: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, responsable del monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad, así como de emitir los informes de retroalimentación anual. Gerencia Central de Operaciones, responsable de evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p>
Fuente de datos	Reporte de la Red Asistencial/Prestacional/ de IPRESS que han realizado la autoevaluación.
Base de datos	Base de datos generadas del Reporte de la Red Asistencial/Prestacional/ de IPRESS que han realizado la autoevaluación.
Instrumento de recolección de la información	Informe Técnico Final de Autoevaluación de la IPRESS. Anexo 2: Hoja de Registro de Datos. Anexo 4: Hoja de Recomendaciones. Anexo 5: Hoja de Mejora Continua.



ANEXO 5: MATRIZ DE REPORTE DE INDICADORES

RED / ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL: _____
 IPRESS: _____



N°	INDICADOR	FÓRMULA	UMBRAL	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
1	PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	NÚMERO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE EL DÍA DE LA MEDICIÓN x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		NÚMERO TOTAL DE HOSPITALIZADOS EL DÍA DE LA MEDICIÓN		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
2	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS CLÍNICO (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE HIGIENE DE MANOS CLÍNICO CORRECTAMENTE EJECUTADOS x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		NÚMERO TOTAL DE OPORTUNIDADES PARA LA HIGIENE DE MANOS IDENTIFICADA		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
	PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRÚRGICO (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE HIGIENE DE MANOS PREQUIRÚRGICA CORRECTAMENTE EJECUTADOS x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		NÚMERO TOTAL DE OPORTUNIDADES PARA LA HIGIENE DE MANOS IDENTIFICADA		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR

Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

3	PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE LOS 5 CORRECTOS DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOSA SUPERVISADOS QUE CUMPLEN CON LA APLICACIÓN DE LOS 5 CORRECTOS DE LA MEDICACIÓN x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOSA SUPERVISADOS EN EL PERIODO EVALUADO		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
4	PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE CUENTAN CON VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN NORMA VIGENTE EN LA HC x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		NÚMERO TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EL DÍA DE LA MEDICIÓN		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
5	PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ADQUIRIDA EN LAS IPRESS (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° TOTAL DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ÚLCERAS POR PRESIÓN DESPUÉS DE SU INGRESO HOSPITALARIO x 100	<1%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		NÚMERO TOTAL DE HOSPITALIZADOS EL DÍA DE LA MEDICIÓN		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
6	INDICADOR: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE PREVENCIÓN	N° DE REGISTROS DE ENFERMERÍA QUE EVIDENCIAN MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTES CON	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE UPP x 100							
		TOTAL DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE UPP		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
7	PORCENTAJE DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° TOTAL DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS x 100		NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		NÚMERO DE PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS PARA EL DÍA DE LA MEDICIÓN, EN LOS SERVICIOS SEÑALADOS	<0.1%	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
8	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE RONDAS DE SEGURIDAD EJECUTADAS EN LA IPRESS SEGÚN LO PROGRAMADO x 100		NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° RONDAS DE SEGURIDAD PROGRAMADAS EN LA IPRESS EN EL PERIODO EVALUADO	100%	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
9	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE MEJORAS POST RONDA DE SEGURIDAD(EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE ACCIONES DE MEJORA POST RONDA GESTIONADAS EN LA IPRESS EN EL PERIODO PROGRAMADO x 100		NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN ACTAS DE RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADAS EN LA IPRESS	100%	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
10	ADHERENCIA AL REGINCIAD	N° TOTAL DE IPRESS DE LA RED QUE REALIZARON REGISTROS EN EL	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

	(EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	REGINCIAD DURANTE EL MES x 100							
		NÚMERO TOTAL DE IPRESS PROPIAS DE ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
11	RAZÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN IPRESS CON HOSPITALIZACIÓN (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE REGISTROS VÁLIDOS DE EVENTOS ADVERSOS x 100	15*100 egresos	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° DE EGRESOS HOSPITALARIOS		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
12	RAZÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN IPRESS SIN HOSPITALIZACIÓN(EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE REGISTROS VÁLIDOS DE EVENTOS ADVERSOS x 100	15*1000 consultas	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		Nº DE CONSULTAS		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
13	PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTINELA GESTIONADOS (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTINELA GESTIONADOS x 100	80%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTINELA REGISTRADOS		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
14	PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS CENTINELA GESTIONADOS (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE EVENTOS CENTINELA GESTIONADOS	95%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° DE EVENTOS CENTINELA REGISTRADOS		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

15	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (EJE 4): Fortalecer la Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	N° DE CIRUGÍAS QUE CUENTAN CON LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° DE CIRUGÍAS DE LA IPRESS PARA EL PERIODO EVALUADO		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
16	NÚMERO DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA IMPLEMENTADOS (EJE 2): Gestionar la Mejora Continua de la Calidad	N° DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA IMPLEMENTADOS QUE ABORDAN LOS RESULTADOS DE LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADOS A NIVEL INSTITUCIONAL	100	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
17	PORCENTAJE DE IPRESS QUE REALIZAN AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN (EJE 3): Gestionar las acciones que conlleven a garantizar la calidad en los servicios prestacionales en las IPRESS de EsSalud	N° DE IPRESS DE LA RED CON INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR
		N° TOTAL DE IPRESS DE LA RED		DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR	DENOMINADOR
18	PORCENTAJE DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS MACROPROCESOS QUE DESARROLLAN	N° DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LA N.T.S. N°050, QUE CUENTAN CON ACCIONES DE MEJORA PARA SU CUMPLIMIENTO x 100	100%	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR	NUMERADOR



Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2021

<p>ACCIONES DE MEJORA CONTINUA ENMARCADA EN LA NORMA TÉCNICA DE ACREDITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (EJE 3): Gestionar las acciones que conlleven a garantizar la calidad en los servicios prestacionales en las IPRESS de EsSalud</p>	<p>N° TOTAL DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA SECTORIAL VIGENTE DE ACREDITACIÓN QUE NO CUMPLEN CON LOS RESULTADOS ESTABLECIDOS</p>	<p>DENOMINADOR</p>	<p>DENOMINADOR</p>	<p>DENOMINADOR</p>	<p>DENOMINADOR</p>
---	--	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

