



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE CALIDAD DE LA RED

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ITEMS	DESCRIPCION DEL CAMBIO	VERSION	FECHA DE VIGENCIA

INDICE

1. OBJETIVO	5
2. FINALIDAD	5
3. ALCANCE	5
4. BASE LEGAL	5
5. VIGENCIA	8
6. DEFINICIONES Y TERMINOS	8
7. CONSIDERACIONES	10
8. ASPECTOS GENERALES	11
8.1 ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS	11
8.2 DIAGRAMA DE BLOQUES	12
8.3 MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO	13
8.4 MATRIZ DE RESPONSABILIDAD	15
9. ASPECTOS ESPECIFICOS	16
9.1 INVENTARIO DE LOS PROCESOS	16
9.2 FICHA DE PROCESO NIVEL 1	18
9.3 FICHAS PROCEDIMIENTOS	20
9.4 MODELADO DE LOS PROCEDIMIENTOS	41
9.5 INDICADORES DE GESTIÓN	60
9.6 FICHA DE RIESGO	78
10. PROCESOS CRITICOS	114
11. OPORTUNIDADES DE MEJORA	116
12. ASPECTOS FINALES	116
12.1 CONCLUSIONES	116
12.2 RECOMENDACIONES	116

HOJA DE VALIDACIÓN

OFICINA DE CALIDAD DE LA RED			
-------------------------------------	--	--	--

VALIDADO	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Validado por:	Dra. Isabel Alamo	Jefe de Oficina	

UNIDAD DE AUDITORÍA PRESTACIONAL			
---	--	--	--

VALIDADO	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Validado por	Dra. Milagros Rivera	Jefe de Unidad	

UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS			
-------------------------------------	--	--	--

VALIDADO	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Validado por:	Claudia Marlene Assayag D Brot	Jefe de Unidad	

1. OBJETIVO

Objetivo General

Proporcionar los procesos y procedimientos de gestión de la calidad a ser ejecutados por los distintos niveles de atención de la Red Prestacional Rebagliati, con el propósito de garantizar que las actividades asistenciales y administrativas se brinden con efectividad, eficiencia y economía para permitir satisfacer las necesidades de atención en salud de nuestros asegurados, sus derechohabientes y demás clientes (usuarios) de ESSALUD.

Objetivos Específicos

- Estandarizar los procesos de gestión de la calidad a nivel de la Red, que garanticen la mejora de la calidad de los servicios que se brindan a los usuarios internos y externos de la Red Prestacional Rebagliati.
- Disminuir los costos de la no calidad, a través de la implementación de la gestión por procesos, que permita la eficacia y eficiencia en la atención de los usuarios de salud de la Red Prestacional Rebagliati.
- Promover en los usuarios internos de la Red, la cultura de gestión por procesos a través del cumplimiento de actividades enmarcadas dentro del sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, así como la mejora continua en el desempeño de los actores involucrados.
- Optimizar los flujos de trabajo que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos de nuestra Red.
- Establecer una metodología uniforme para el seguimiento, medición y análisis que contribuya a implementar acciones de mejora continua de la calidad de atención.

2. FINALIDAD

Fortalecer el sistema de gestión de la calidad y seguridad del paciente como parte inherente de las actividades asistenciales y administrativas en las IPRESS de la Red Prestacional Rebagliati que contribuya a la satisfacción de las necesidades de atención en salud de nuestros asegurados.

3. ALCANCE

El presente documento es de aplicación y cumplimiento de las Gerencias de línea, Oficinas de Calidad y las que hagan de sus veces, jefaturas asistenciales y administrativas de la Red Prestacional Rebagliati, involucradas en las actividades orientadas a la gestión de la calidad y seguridad del paciente y mejora continua de la atención de salud.

4. BASE LEGAL

- 4.1. Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v, 01: "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud-ESSALUD", aprobado con Resolución de Gerencia General n° 227-GG-ESSALUD-2019.
- 4.2. Ley No 26842, Ley General de Salud.
- 4.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
- 4.4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- 4.5. Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.

- 4.6. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.7. Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.8. Decreto Supremo N°020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal.
- 4.9. Decreto Supremo N°046-2014-PCM, que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
- 4.10. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- 4.11. Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el “Manual para la Mejora Continua de la Calidad”.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba documento técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- 4.13. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”
- 4.14. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”
- 4.15. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°139-MINSA/2018 DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- 4.16. Resolución Ministerial N° 456-2020-MINSA, que aprueba la NTS: “Norma Técnica de Salud para el uso de los Equipos de Protección Personal por los Trabajadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- 4.17. Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 144-MINSA/2018/DIGESA “Gestión y manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- 4.18. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad de Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud
- 4.19. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 307-PE-ESSALUD-2011 que aprueba la Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2011, “Organización del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud-ESSALUD”.
- 4.20. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016 que aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD”.
- 4.21. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 360-PE-ESSALUD-2016 que aprueba el documento técnico “Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD”.
- 4.22. Resolución de Gerencia General N° 107- GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 “Gestión de la Historia Clínica en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud”
- 4.23. Resolución N° 036-GCPS-ESSALUD-2010, que crea la Red Funcional de los Servicios de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre de EsSalud.
- 4.24. Resolución N° 983-GG-ESSALUD-2013 que aprueba las Directivas:
 - N° 007-GG-ESSALUD-2013 “Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos”.
 - N° 008-GG-ESSALUD-2013 “Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de Pacientes”.

- N° 009-GG-ESSALUD-2013 “Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta de Pacientes”.
 - N° 010-GG-ESSALUD-2013 “Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión”.
- 4.25.** Resolución N° 0054-GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba la “Lista de Verificación de Intervencionismo Seguro en Radiología Intervencionista”.
- 4.26** Resolución de Defensoría del Asegurado N°04-DA-PE-ESSALUD-2012 que aprueba la Directiva N°03-DA-PE-ESSALUD-2012 “Implementación de Rondas de Seguridad en los Centros Asistenciales el Seguro Social de Salud – ESSALUD”.
- 4.27.** Resolución de Gerencia Central de Prestaciones N° 106-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva N° 007-GCPS-ESSALUD-2017 “Dotación, utilización, reposición y control del Coche de Paro en ESSALUD”.
- 4.28.** Resolución de Gerencia Central de Prestaciones N° 17-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba el documento técnico “Guía Técnica de Higiene de manos en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud – EsSalud”.
- 4.29.** Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 301-PE-ESSALUD-2019, que modifica la denominación del “Formato de Supervisión de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica” del literal b) del numeral 6.2.7.5 del 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, por la denominación de “Formatos de Supervisión de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna” y reemplaza el Anexo N° 12: Formato de Supervisión de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica” del documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD” aprobado por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016, por los Anexos siguientes:
- Anexo 12A: Formato de Supervisión de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna para IPRESS sin internamiento.
 - Anexo 12B: Formato de Supervisión de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna para IPRESS con internamiento con población adscrita.
 - Anexo 12C: Formato de Supervisión de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna para IPRESS con internamiento sin población adscrita.
- 4.30.** Resolución de Gerencia General N° 1127-GG-ESSALUD-2019, “Normas de Bioseguridad del Seguro Social de Salud – ESSALUD”.
- 4.31.** Resolución de Gerencia General N° 1968-GG-ESSALUD-2019 que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 35- GCPS-ESSALUD-2019V.01 “Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- 4.32.** Resolución de Gerencia General N° 402-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva N°007–OGCyH-ESSALUD-2012 V.01. “Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en EsSalud”.
- 4.33.** Resolución de Gerencia General N° 889-GG-ESSALUD-2020, que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas y Buen Trato a la Persona con Discapacidad”.
- 4.34.** Resolución de Gerencia General N° 1967- GG-ESSALUD-2019, que aprueba el documento técnico “Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2019 – 2021”

- 4.35. Resolución de Gerencia General N° 225- GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 006-GCPS-ESSALUD-2020 V.01 “Procedimiento para la Auditoría de la Calidad de las Prestaciones de Salud en ESSALUD”.

5 VIGENCIA.

El presente manual tiene vigencia has la modificación en la estructura organizacional y/o funciones de la Oficina de Calidad de la Red.

6 DEFINICIONES Y TERMINOSTÉCNICOS

- 6.1. **Acreditación:** Es el proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) y servicio médico de apoyo.
- 6.2. **Auditoría de calidad de la prestación en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de procesos, estándares y requisitos de calidad de las prestaciones de salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad la mejora continua de las atenciones en las IPRESS. La Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos, debe cumplir con el principio de confidencialidad del acto médico y no es un peritaje legal.
- 6.3. **Auditoría Médica:** Tipo de auditoría sobre el acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la prestación médica, que consiste en la revisión detallada de registros y procesos médicos con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada; incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda. No es punitiva, ni es un peritaje legal y es confidencial.
- 6.4. **Auditoría en Salud:** Tipo de auditoría de la calidad de la prestación en salud, sobre todo el proceso de atención realizada o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, odontológica u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar auditoría. Se incluyen aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- 6.5. **Auditoría de Caso:** -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud, que no está incluida en el Plan de Auditoría. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de la parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, e incluye aspectos administrativos, relacionados directamente con la prestación brindada.
- 6.6. **Auditoría de registro.** - Es la verificación seriada o muestral de la calidad de registros de prestaciones asistenciales que debe contener la Historia Clínica, en relación a un determinado servicio asistencial.
- 6.7. **Autoevaluación para la Acreditación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud 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 mejoramiento.

- 6.8. Calidad de la Atención:** Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- 6.9. Evaluación:** Es un análisis técnico orientado a valorar críticamente los resultados obtenidos en determinado periodo, con el fin de utilizar la experiencia obtenida como fuente de aprendizaje para programaciones posteriores y retroalimentaciones que permitan la mejora institucional.
- 6.10. Evento Adverso:** Injuria, complicación, incidente o resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- 6.11. Evento Relacionado con la Seguridad del Paciente:** Circunstancia que directa o indirectamente ocurre al paciente o que le atañe, y que podría resultar o resultó en un daño imprevisto al paciente como resultado de una falla en el sistema, una falla en el equipo o un error humano. Incluye el evento adverso, evento centinela e incidente.
- 6.12. Gestión de la Calidad:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- 6.13. Gestión de Riesgos:** Es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación de riesgo utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evadir el riesgo, reducir los efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.
- 6.14. Guías de Práctica Clínica:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.
- 6.15. Indicador:** Es una medida asociada a una característica del resultado, del bien y servicio, del proceso y del uso de los recursos; que permite a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación con el estándar establecido, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos planificados.
- 6.16. Mejora Continua de la Calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual de toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
- 6.17. Monitoreo:** Es el proceso en el cual se evalúan de manera continua las actividades en desarrollo coordinando internamente con los responsables en el desarrollo oportuno de las mismas, de acuerdo a las metas programadas.
- 6.18. Plan de Auditoría:** Documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año son desarrolladas por los Comités de Auditoría, en coordinación con la Oficina de Calidad, o sus equivalentes, según corresponda.

- 6.19. **Plan de Calidad:** Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un producto o proceso.
- 6.20. **Práctica Segura:** Es aquella practica que reduce el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la práctica clínica a través de una variedad de diagnósticos o condiciones clínicas del paciente.
- 6.21. **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados (elementos de salida).
- 6.22. **Proyecto 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.
- 6.23. **Seguridad del Paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.
- 6.24. **Supervisión:** Es uno de los procesos del control gerencial destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones de las personas. Permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. En la supervisión se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje mutuo entre el supervisor(es) y supervisado(s)

7. CONSIDERACIONES

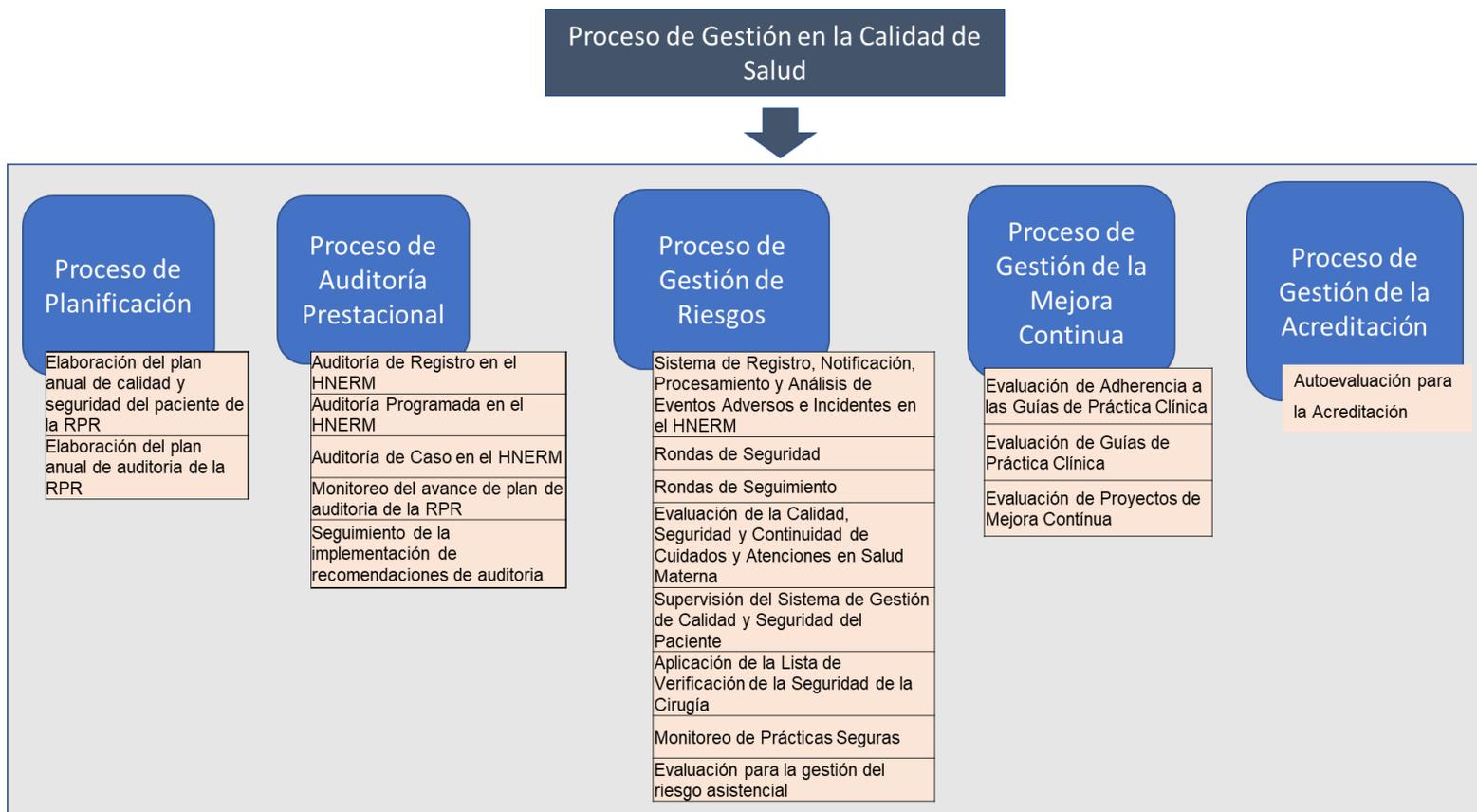
- 7.1. El presente Manual de Procesos y Procedimientos Oficina de Calidad de la Red está sujeto a modificaciones y/o actualizaciones, debido a que constantemente se realizan mejoras en los procesos para la Satisfacción del Usuario.
- 7.2. El presente Manual de Procesos y Procedimientos se basa en la Metodología de procesos de la Presidencia de Consejo de Ministros.

8. ASPECTOS GENERALES

8.1 ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS

Objetivo Estratégico PEI		Acciones Estratégicas Institucionales		MACRO PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OE1	Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	AE 1.1	Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	E01 Gestión Planificación Estratégica E02 Gestión de Modernización E04 Gestión de Calidad M01 Gestión de Aseguramiento de Salud M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas	- Conclusión de solicitudes dentro del plazo. - Usuarios que comunican un problema en el servicio. - Eventos centinela gestionados a tiempo. - Pacientes correctamente identificados según directiva vigente. - Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente. - Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral
		AE 1.2	Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud		- Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel). - Tasa de hospitalizaciones evitables
OE2	Desarrollar una gestión con excelencia operativa	AE 2.1	Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	E01 Gestión Planificación Estratégica E02 Gestión de Modernización E04 Gestión de Calidad M01 Gestión de Aseguramiento de Salud M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales	- Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos. - Cobertura de puestos laborales activos a Nivel Nacional. - Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes)
		AE 2.2	Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales	S07 Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión	- Sistemas integrados de gestión institucional.
OE3	Brindar servicios sostenibles financieramente	AE 3.1	Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	E01 Gestión Planificación Estratégica S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S07 Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión	- Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado. - Déficit del presupuesto institucional.
OE4	Promover una gestión con ética y transparencia	AE 4.1	Contar con con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	E01 Gestión Planificación Estratégica E03 Gestión de Riesgos E05 Gestión de Imagen Institucional E06 Control Interno S03 Gestión de Capital Humano	- Ausentismo laboral. - Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño. - Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos.
		AE 4.2	Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	S04 Gestión Jurídica S05 Gestión Documental	- Índice de prevención de la corrupción. - Índice de respuesta frente a la corrupción

8.2 DIAGRAMA DE BLOQUES DE LA OFICINA DE CALIDAD DE LA RED



8.3 MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO – OFICINA DE CALIDAD

UNIDAD DE AUDITORIA PRESTACIONAL

<p>PRODUCTO</p> <p>TIPO CLIENTE</p>	<p><i>Elaborar y proponer los Planes de Auditoría Médica de la Red Prestacional, en concordancia con las normas vigentes y en coordinación con los órganos centrales correspondientes.</i></p>	<p><i>Efectuar el seguimiento e informar del cumplimiento de las auditorías médicas del Comité de Auditoría Médica de las IPRESS que forman parte de la Red Prestacional.</i></p>	<p><i>Ejecutar y controlar las Auditorías de Caso, utilizando las Guías de Práctica Clínica, Protocolos, Manuales de Procesos y Procedimientos y demás documentos relacionados.</i></p>	<p><i>Brindar apoyo a los Comités de Auditoría Médica de las IPRESS que forman parte de la Red Prestacional.</i></p>	<p><i>Mantener actualizados los registros y cuadros estadísticos que maneja la Unidad.</i></p>	<p><i>Implementar y cumplir las normas del Código de Ética institucional, de transparencia, acceso y protección de la información, de bioseguridad y salud ambiental, del sistema de gestión de calidad, sistema de seguridad y salud en el trabajo y sistema de control interno, en el ámbito de su competencia.</i></p>
<p>CLIENTE INTERNO</p>	<p>Alta Dirección GO IPRESS III, II y I nivel</p>	<p>Alta Dirección GO</p>	<p>Alta Dirección GO</p>	<p>Alta Dirección GCPS</p>	<p>Alta Dirección</p>	<p>Alta Dirección GCPS</p>
<p>CLIENTE EXTERNO</p>	<p>MINSA (DIRESA)</p>	<p>MINSA (DIRESA)</p>				

MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO

UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS

<p>PRODUCTO</p> <p>TIPO CLIENTE</p>	<p><i>Implementar las políticas de gestión de riesgos que comprendan la identificación, el análisis, la evaluación y el tratamiento de los mismos y que permita una adecuada gestión de riesgos en la Red; efectuando el monitoreo y control de los mismos.</i></p>	<p><i>Elaborar y proponer el Plan de Riesgo de la Red, en coordinación con las Oficina de Gestión de la Información de la Red Prestacional, ejecutar las actividades programadas y evaluar e informar los resultados en forma conjunta.</i></p>	<p><i>Estimar los recursos que permitan cubrir los riesgos que enfrenta la Red Prestacional.</i></p>	<p><i>Implementar y cumplir las normas del Código de Ética institucional, de transparencia, acceso y protección de la información, de bioseguridad y salud ambiental, del sistema de gestión de calidad, sistema de seguridad y salud en el trabajo y sistema de control interno, en el ámbito de su competencia.</i></p>
<p>CLIENTE INTERNO</p>	<p>IPRESS de la Red Prestacional Rebagliati IPRESS extra institucionales) OGCYH-PE</p>	<p>IPRESS de la Red Prestacional Rebagliati IPRESS extra institucionales) OGCYH-PE</p>	<p>IPRESS de la Red Prestacional Rebagliati IPRESS extra institucionales) OGCYH-PE</p>	<p>IPRESS de la Red Prestacional Rebagliati IPRESS extra institucionales) OGCYH-PE</p>
<p>CLIENTE EXTERNO</p>	<p>SUSALUD (OPD del MINSAs) Contraloría General de la República</p>	<p>SUSALUD (OPD del MINSAs) Contraloría General de la República</p>	<p>SUSALUD (OPD del MINSAs) Contraloría General de la República</p>	<p>SUSALUD (OPD del MINSAs) Contraloría General de la República</p>

8.4. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD

OFICINA DE CALIDAD DE LA RED

OFICINA DE CALIDAD DE LA RED PRINCIPALES	PROCESOS PRINCIPALES				
	Proceso de Planificación	Proceso de Auditoría Prestacional	Proceso de Gestión de Riesgos	Procesos de Gestión de la Mejora Continua	Proceso de Gestión de Acreditación
Oficina de Calidad de la Red	I	I	I	I	I
Unidad de Auditoría Prestacional	AR	AR	C	C	C
Unidad de Gestión de Riesgos	C	C	AR	AR	AR

R: *Responsible* / Responsable. Es el que se encarga de hacer la tarea o actividad.

A: *Accountable* / Persona a cargo. Es la persona que es responsable de que la tarea esté hecha. No es lo mismo que la R, ya que no tiene por qué ser quien realiza la tarea, puede delegarlo en otros. Sin embargo, si es quien debe asegurarse de que la tarea sea hecha, y se haga bien.

C: *Consulted* / Consultar. Los recursos con este rol son las personas con las que hay consultar datos o decisiones con respecto a la actividad o proceso que se define.

I: *Informed* / Informar. A estas personas se las informa de las decisiones que se toman, resultados que se producen, estados del servicio, grados de ejecución...

Todas las filas tienen que tener **una y solo una A**, **al menos una R**, y pueden tener **ninguna o varias C o I**.

Un mismo recurso puede tener varios roles, por ejemplo, ser responsable y persona a cargo de la tarea (RA).

9. ASPECTOS ESPECIFICOS

9.1. INVENTARIOS DE LOS PROCESOS

PROCESO DE AUDITORÍA PRESTACIONAL Y GESTIÓN DE RIESGOS

PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Auditoría Prestacional

INVENTARIO DE PROCESOS							
Nro / Código	Procesos Nivel 0	Nro / Código	Procesos Nivel 1	Nro / Código	Procesos Nivel 2	Nro / Código	Procesos Nivel 3
					Proceso de Planificación		Elaboración del plan anual de auditoria de la RPR
					Proceso de Auditoría Prestacional		Auditoría de Registro
							Auditoría Programada
							Auditoría de Caso
							Monitoreo del avance de los planes de auditoria
							Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoria

PROCESO DE AUDITORÍA PRESTACIONAL Y GESTIÓN DE RIESGOS

PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Gestión de Riesgos

INVENTARIO DE PROCESOS							
Nro / Código	Procesos Nivel 0	Nro / Código		Nro / Código	Procesos Nivel 1	Nro / Código	Procesos Nivel 2
M02	Prestaciones de Salud		Proceso de Gestión en la Calidad de Salud - Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos		Proceso de Gestión de Riesgos		Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM
							Rondas de Seguridad
							Rondas de Seguimiento
							Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna
							Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente
							Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
							Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre y hemocomponentes, entre otros)
						Evaluación para la gestión del riesgo asistencial	
					Proceso de Gestión de la Mejora Continua		Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica
							Evaluación de Guías de Práctica Clínica
							Evaluación de Proyectos de Mejora Continua
					Proceso de Gestión de la Acreditación		Autoevaluación para la Acreditación

9.2 FICHA DE PROCESO DE NIVEL 1

PROCESO DE AUDITORIA PRESTACIONAL Y GESTIÓN DE RIESGOS

PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Auditoría Prestacional

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD			
Objetivo	Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Red Prestacional Rebagliati			
Descripción	Asesorar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Red Prestacional			
Alcance	Inicio: Elaborar Plan Anual Fin: Informe del Monitoreo y seguimiento a la implementación			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
OGCyH	Plan de Calidad y Seguridad del Paciente ESSALUD	Elaboración del plan anual de calidad y seguridad del paciente de la RPR	Plan anual	Gerente de Red Prestacional
GPCS	Procedimiento de Auditoría Prestacional en IPRESS de ESSALUD	Elaboración del plan anual de auditoría de la RPR	Plan anual	Gerente de Red Prestacional
OFC	Plan anual de auditoría	Auditoría de Registro	Informe trimestral	Gerente de Red Prestacional
OFC	Plan anual de auditoría	Auditoría Programada	Informe	Gerente de Red Prestacional
GRPR	Solicitud de auditoría de caso	Auditoría de Caso	Informe	Gerente de Red Prestacional
OFC	Plan anual de auditoría	Monitoreo del avance de los planes de auditoría	Informe trimestral	Gerente de Red Prestacional
OFC	Plan anual de auditoría	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría	Informe semestral	Gerente de Red Prestacional
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de metas ejecutadas en Gestión de la Calidad			
Registros				

FICHA DE PROCESO DE NIVEL 1

PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Gestión de Riesgos

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD			
Objetivo	Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Red Prestacional Rebagliati			
Descripción	Asesorar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Red Prestacional			
Alcance	Inicio: Elaborar Plan Anual Fin: Informe del Monitoreo y seguimiento a la implementación			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
HNERM	Notificación de Eventos adversos	Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes	Informe	Gerente de Red Prestacional
HNERM	Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente	Rondas de Seguridad	Informe	Gerente de Red Prestacional
HNERM	Formato "Lista de verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica"	Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica	Informe	Gerente de Red Prestacional
HNERM	Resolución de Conformación del Equipo de Evaluadores de las Guías de Práctica Clínica	Evaluación de Guías de Práctica Clínica	Informe de Evaluación de Guías de Práctica Clínica	Gerente de Red Prestacional
HNERM	Sustento técnico de Implementación del PMCC	Proyectos de Mejora Continua	Informe de Implementación del PMCC	Gerente de Red Prestacional
HNERM	Resol. Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos	Autoevaluación para la Acreditación	Informe Técnico	Gerente de Red Prestacional
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de metas ejecutadas en Gestión de la Calidad			
Registros				

9.3 FICHAS DE PROCEDIMIENTO

Auditoría Prestacional

Elaboración del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati				
Objetivo	Establecer los lineamientos generales de las actividades de auditoria prestacional en las IPRESS de la Red Prestacional Rebagliati (RPR)				
Alcance	Gerente de Red, Directores de las IPRESS de la RPR, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicio, Comités de Auditoría y Oficina de Calidad.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Procedimiento de Auditoria Prestacional en IPRESS de ESSALUD	1. Evaluar la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la RPR del año precedente y determinar las metas y actividades para el plan del presente año.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		2. Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la RPR, acorde a la normativa vigente y a la evaluación del plan del año previo.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		3. Revisar, refrendar y emitir el plan de auditoria a la Gerencia de Red Prestacional.	Oficina de Calidad		Gerente de Red Prestacional Rebagliati
		4. Revisar, aprobar y emitir el acto resolutive de aprobación del Plan Anual de Auditoría de la RPR	Gerente de Red Prestacional Rebagliati	Plan Anual de Auditoría de la RPR	
		5. Difundir el Plan Anual de Auditoría de la Red Prestacional Rebagliati a las IPRESS de la RPR, Gerencias de línea y Departamentos.	Gerente de Red Prestacional Rebagliati		
Indicadore	Plan anual de auditoria elaborado y aprobado				
Registros	Notas, Memorandos Circulares, correos electrónicos				

Auditoría Prestacional Auditoría de Registro en el HNERM

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Auditoría de Registro				
Objetivo	Verificar el cumplimiento de la normativa relacionada al registro correcto del acto médico.				
Alcance	Gerente de Red, Directores de las IPRESS de la RPR, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicio, Comités de Auditoría y Oficina de Calidad.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Plan Anual de Auditoría	1. Programar el número de auditorías de registro en función a las horas programadas por auditor y por tipo de atención a auditar.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		2. Verificar el acceso del auditor al aplicativo mediante usuario y contraseña personal.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		3. Seleccionar las historias clínicas según el tipo de atención a auditar.	Profesional auditor		
		4. Realizar la auditoría de registro en formato digital según el tipo de atención a auditar.	Profesional auditor		
		5. Monitorizar el ingreso de datos de acuerdo a la programación de auditoría de registro.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		6. Elaborar el informe trimestral de la ejecución de la auditoría de registro	Unidad de Auditoría Prestacional	Informe	Jefes de Departamentos / Servicios
		7. Consolidar la información para el cumplimiento del Plan anual de Auditoría de la Red Prestacional Rebagliati	Unidad de Auditoría Prestacional		Gerente de Red Prestacional Rebagliati
Indicadores	Porcentaje de ejecución de auditoría de registro en el HNERM				
Registros	Notas, Memorándos Circulares, correos electrónicos				

Auditoría Prestacional Auditoría Programada en el HNERM

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Auditoría Programada				
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de estándares en el proceso de atención de salud de paciente en relación a evento priorizado.				
Alcance	Gerente de Red, Directores de las IPRESS de la RPR, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicio, Comités de Auditoría y Oficina de Calidad.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Plan Anual de Auditoría	1. Seleccionar la atención prestacional a evaluar, en función del evento programado en el plan de auditoría, y comunicar a la Unidad de Auditoría Prestacional. Si la Historia Clínica del paciente se encuentra en el servicio por condición de alta, se continúa con el Paso 5.	Comité de Auditoría		
		2. Solicitar la copia de la Historia Clínica del paciente a la Oficina de Admisión y Registros Médicos.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		3. Gestionar la solicitud y remisión de la copia foliada de la Historia Clínica a la Oficina de Calidad.	Oficina de Admisión y Registros Médicos		
		4. Entregar la copia foliada de la Historia Clínica al Comité de Auditoría.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		5. Realizar la auditoría de la atención prestacional acorde a la metodología establecida en la normativa vigente. En el caso de requerir información para el análisis de la atención, coordina con la Unidad de Auditoría Prestacional.	Comité de Auditoría		
		6. Elaborar el informe de auditoría y remitir a la Jefatura de la Oficina de Calidad	Comité de Auditoría		
		7. Evaluar los requisitos de la calidad del informe de auditoría. De existir observaciones, se devuelve al Comité para su corrección.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		8. Elevar el Informe de Auditoría a la Gerencia de Red Prestacional	Oficina de Calidad	Informe de Auditoría	Gerente de Red Prestacional Rebagliati
		9. Difundir las recomendaciones del Informe de Auditoría, para la implementación por las jefaturas asistenciales correspondientes y de acuerdo a los plazos establecidos.	Gerencia de Red Prestacional Rebagliati		Directores de IPRESS, Jefes de Departamento, jefes de Servicio
Indicadores	Porcentaje de ejecución de auditoría programada				
Registros	Notas, Memorandos Circulares				

Auditoría Prestacional Auditoría de Caso

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Auditoría de Caso				
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de estándares ante la presencia de un incidente clínico que ha generado un evento adverso en la atención de un paciente.				
Alcance	Gerente de Red, Directores de las IPRESS de la RPR, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicio, Comités de Auditoría y Oficina de Calidad.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Solicitud de auditoría de caso	1. Solicitar la Historia Clínica original foliada para la evaluación de la pertinencia del requerimiento de Auditoría.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		2. Gestionar la solicitud y remisión de la Historia Clínica original a la Oficina de Calidad.	Oficina de Admisión y Registros Médicos		
		3. Entregar la copia foliada de la Historia Clínica al Comité de Auditoría.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		4. Evaluación de la pertinencia del requerimiento de auditoría. Si es meritorio continúa con el Paso 6.	Comité de Auditoría Médica		
		5. Si la solicitud no es meritoria de auditoría, se emite respuesta con el sustento respectivo.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		6. Solicitar la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica del paciente a la Oficina de Admisión y Registros Médicos.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		7. Gestionar la solicitud y remisión de la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica a la Oficina de Calidad.	Oficina de Admisión y Registros Médicos		
		8. Entregar la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica al Comité de Auditoría.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		9. Realizar la auditoría de la atención prestacional acorde a la metodología establecida en la normativa vigente. En el caso de requerir información para el análisis de la atención, coordina con la Unidad de Auditoría Prestacional.	Comité de Auditoría		
		10. Elaborar el informe de auditoría y remitir a la Jefatura de la Oficina de Calidad	Comité de Auditoría		
		11. Evaluar los requisitos de la calidad del informe de auditoría. De existir observaciones, se devuelve al Comité para su corrección.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		12. Elevar el Informe de Auditoría a la Gerencia de Red Prestacional	Oficina de Calidad	Informe de Auditoría	Gerente de Red Prestacional Rebagliati
		13. Difundir las recomendaciones del Informe de Auditoría, para la implementación por las jefaturas asistenciales correspondientes y de acuerdo a los plazos establecidos.	Gerencia de Red Prestacional Rebagliati		Directores de IPRESS, Jefes de Departamento, jefes de Servicio
Indicadores	Porcentaje de ejecución de auditoría programada				
Registros	Notas, Memorandos Circulares				

Auditoria Prestacional

Monitoreo del avance del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo del avance de los Planes anuales de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati				
Objetivo	Realizar el seguimiento del progreso de la ejecución de los planes de auditoría locales en relación a los objetivos y metas propuestas.				
Alcance	Gerente de Red, Directores de las IPRESS de la RPR, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicios, Comités de Auditoría y Oficina de Calidad.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Plan Anual de Auditoria	1. Coordinar la entrega del avance trimestral/anual del plan de auditoria con los comités de auditoria de las IPRESS.	Oficina de Calidad de la IPRESS		
		trimestral/anual del Plan de Auditoría (auditorias de registro y auditorias programadas, incluyendo las recomendaciones) de acuerdo a su plan local.	Comités de Auditoria		
		3. Remitir el avance trimestral/anual del Plan de Auditoria (incluyendo el seguimiento de la implementación de recomendaciones) a la Oficina de Calidad de la RPR vía correo electrónico.	Oficina de Calidad de la IPRESS	Informe	Oficina de Calidad de la RPR
		4. Consolidar los reportes del avance trimestral/anual de los planes de Auditoria de las IPRESS e la RPR.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		5. Evaluar el cumplimiento del avance trimestral/anual de los planes de Auditoria de las IPRESS de la RPR.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		6. Elaborar el informe de avance del cumplimiento del avance trimestral/anual de los planes de Auditoria de las IPRESS de la RPR.	Unidad de Auditoría Prestacional	Informe	Oficina de Calidad de la RPR
		7. Evaluar y remitir el informe de avance del cumplimiento del avance trimestral/anual de los planes de Auditoria de las IPRESS de la RPR.	Oficina de Calidad de la RPR		Gerente de Red Prestacional Rebagliati
		8. Evaluar y remitir el informe de avance del cumplimiento del avance trimestral/anual de los planes de Auditoria de las IPRESS de la RPR.	Gerencia de Red Prestacional Rebagliati		Gerencia Central de Operaciones
Indicadores	Porcentaje de avance de los planes anuales de auditoría				
Registros	Notas, Memorándos Circulares, correos electrónicos				

Auditoría Prestacional

Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría				
Objetivo	Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de los informes de auditoría en los plazos establecidos.				
Alcance	Gerente de Red, Directores de las IPRESS de la RPR, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicios, Comités de Auditoría y Oficina de Calidad.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Informe de Auditoría	1. Consolidar las recomendaciones de los informes de auditoría e ingresa en matriz de seguimiento, especificando responsable y plazo.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		2. Evaluar los documentos remitidos por las jefaturas de departamento y/o IPRESS de la RPR, que evidencian la implementación de recomendaciones, e ingresa las acciones realizadas a matriz de seguimiento de corresponder.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		3. Revisar periódicamente los plazos de implementación de las recomendaciones y en el caso de identificar demora en la implementación, notifica al Departamento y/o IPRESS según sea el caso.	Unidad de Auditoría Prestacional		
		4. Elaborar el informe semestral/anual del seguimiento de la implementación de recomendaciones.	Unidad de Auditoría Prestacional	Informe	Oficina de Calidad de la RPR
		5. Evaluar y remitir el informe de seguimiento de la implementación de recomendaciones	Oficina de Calidad de la RPR		Gerente de Red Prestacional Rebagliati
		6. Evaluar y solicitar la implementación de las recomendaciones a las jefaturas de Departamento y/o IPRESS que no han cumplido con la implementación respectiva.	Gerencia de Red Prestacional Rebagliati		Directores de IPRESS, Jefes de Departamento, jefes de Servicio
Indicadores	Porcentaje de implementación de recomendaciones de los informes de auditoría.				
Registros	Notas, Memorandos Circulares, correos electrónicos				

Gestión de Riesgos

Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM				
Objetivo	Contribuir a la mejora de la seguridad clínica, en el ámbito del trabajo, mediante la identificación, cuantificación y análisis de los incidentes y los eventos adversos, que permitan a los profesionales aprender de las experiencias para prevenir la aparición de los mismos, reducir y mitigar sus efectos, identificar áreas vulnerables y promover las buenas prácticas.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestaciona l Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Recepción de los formatos de reporte y notificación de eventos adversos e incidentes	Oficina de la Calidad		
		2. Selección de los incidentes y eventos adversos, decisión de análisis y gestión de los riesgos.	Unidad de Gestión de Riesgo / Personal responsable de Seguridad del Paciente.		
		3. Ingreso de los incidentes y eventos adversos al REGINCIAD	Unidad de Gestión de Riesgo.		
		4. Incidente: Gestiona el riesgo mediante correo institucional y/o carta a las áreas involucradas. Realiza seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Unidad de Gestión de Riesgo / Personal responsable de Seguridad del Paciente.		
		5. Análisis de Eventos Adversos Centinela: convoca Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, para la evaluación según lo establecido en la Directiva 07-GG-EsSalud- 2012. " Lineamientos para la implementación de las comisiones de Eventos Adversos Centinela en los Centros Asistenciales del Seguro Social EsSalud / Ingreso del análisis del Evento al Sistema REGINCIAD.	Unidad de Gestión de Riesgos		

		6. Análisis de Eventos Adversos Leves y Moderados: Realiza el análisis según lo establecido en la Guía del Sistema de Registro, Notificación, Reporte, Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos en los Servicios de Salud-EsSalud. Ingreso del Análisis de los Eventos al Sistema REGINCIAD.	Unidad de Gestión de Riesgos / Jefaturas de Servicio y Departamentos involucrados.		
		7. Realiza informe del análisis de los eventos adversos y los remite a las Gerencias de Línea con copia al Departamento, Servicios y Áreas involucradas para la implementación de recomendaciones.	Unidad de Gestión de Riesgo / Personal responsable de Seguridad del Paciente.		
		8. Seguimiento a la implementación de las recomendaciones emitidas en el informe del análisis de los eventos adversos.	Unidad de Gestión de Riesgo / Personal responsable de Seguridad del Paciente.		
		9. Informe trimestral dirigido a la Gerencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.	Unidad de Gestión de Riesgo / Personal responsable de Seguridad del Paciente.		
Indicadores	Reporte de incidencias y eventos adversos registrados en el REGINCIAD de manera trimestral.				
Registros					

Rondas de Seguridad en el HNERM

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Rondas de Seguridad en el HNERM				
Objetivo	La finalidad es establecer una cultura de buenas prácticas de atención en el Hospital Nacional Edgardo Martín para reducir los riesgos en la presentación de eventos adversos asociados a la atención de los pacientes.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Al realizar la elaboración del Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Prestacional Rebagliati, incluir las actividades de Rondas de Seguridad del Paciente.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		2. Al inicio del año elabora y difunde el cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		3. El día programado para la ronda de seguridad, convoca nuevamente vía telefónica a las Jefaturas de Servicios u Oficinas que conforman el Equipo de Rondas de Seguridad,	Unidad de Gestión de Riesgos		
		4. Mediante sorteo, selecciona el servicio que será evaluado	Equipo de Ronda de Seguridad.		
		5. En el servicio elegido se presentan con las Jefaturas Médicas y de Enfermería/Obstetricia, manifiesta la importancia del desarrollo de la Ronda.	Equipo de Ronda de Seguridad del Paciente/Personal de la Oficina de Calidad.		

		6. Identificar las prácticas inseguras durante la ronda de seguridad "Formato de Rondas de Seguridad"	Equipo de Ronda de Seguridad		
		7. Informan brevemente de los hallazgos y suscriben el Acta con las Jefaturas del Servicio supervisado.	Equipo de Ronda de Seguridad.		
		8. Paciente dirigido a la jefatura del Departamento con copia al Servicio visitado y las Areas involucradas.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		9. Ingreso de los resultados de la Ronda al aplicativo de rondas de seguridad y lo remite via correo institucional a la Oficina de Gestión de la Calidad.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		10. Seguimiento a la implementación de recomendaciones.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		11. Elaborar informe trimestral para la Gerencia del HNERM y la Oficina de Gestión de la Calidad.	Unidad de Gestión de Riesgos		
Indicadores	Número de rondas de seguridad ejecutadas en un periodo determinado/Total de rondas de seguridad programadas en el mismo periodo x 100.				
Registros					

Rondas de Seguimiento

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Rondas de Seguimiento				
Objetivo	La finalidad es establecer una cultura de buenas prácticas de atención en el Hospital Nacional Edgardo Martín para reducir los riesgos en la presentación de eventos adversos asociados a la atención de los pacientes.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Al realizar la elaboración del Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Prestacional Rebagliati, incluir las actividades de Rondas de Seguridad del Paciente.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		2. Al inicio del año elabora y difunde el cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		3. El día programado para la ronda de seguridad, convoca nuevamente vía telefónica a las Jefaturas de Servicios u Oficinas que conforman el Equipo de Rondas de Seguridad,	Unidad de Gestión de Riesgos		
		4. Mediante sorteo, selecciona el servicio que será evaluado	Equipo de Ronda de Seguridad.		
		5. En el servicio elegido se presentan con las Jefaturas Médicas y de Enfermería/Obstetricia, manifiesta la importancia del desarrollo de la Ronda.	Equipo de Ronda de Seguridad del Paciente/Personal de la Oficina de Calidad.		

		6. Identificar las prácticas inseguras durante la ronda de seguridad "Formato de Rondas de Seguridad"	Equipo de Ronda de Seguridad		
		7. Informan brevemente de los hallazgos y suscriben el Acta con las Jefaturas del Servicio supervisado.	Equipo de Ronda de Seguridad.		
		8. Paciente dirigido a la jefatura del Departamento con copia al Servicio visitado y las Areas involucradas.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		9. Ingreso de los resultados de la Ronda al aplicativo de rondas de seguridad y lo remite vía correo institucional a la Oficina de Gestión de la Calidad.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		10. Seguimiento a la implementación de recomendaciones.	Unidad de Gestión de Riesgos		
		11. Elaborar informe trimestral para la Gerencia del HNERM y la Oficina de Gestión de la Calidad.	Unidad de Gestión de Riesgos		
Indicadores	Número de rondas de seguridad ejecutadas en un periodo determinado/Total de rondas de seguridad programadas en el mismo periodo x 100.				
Registros					

Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna				
Objetivo	Identificar los riesgos dentro de los procesos durante la provisión de servicios durante las prestaciones de salud materna				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacioanl Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefaturas de Red Prestacional	Documento o correo con Precisiones para la Evaluación de la temática	1. Difundir de precisiones para evaluación de calidad, seguridad y continuidad de cuidados y atenciones en salud materna para el periodo	Unidad de Gestión de Riesgos	Memo	Jefaturas de Red Prestacional
		2. Realizar visita de evaluación, sea basal o de seguimiento en IPRESS acorde a programación.	Unidad de Gestión de Riesgos		Jefaturas de Red Prestacional
		3. Verificar avance del levantamiento de riesgos identificados en REGINCIAD/aplicativo informático vigente	Unidad de Gestión de Riesgos	Informe	Jefaturas de Red Prestacional
Indicadores	Resultado del cumplimiento de estándares de la Evaluación de la calidad, seguridad y continuidad de cuidados y atenciones en salud materna				
Registros					

Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente				
Objetivo	Contribuir a la implementación de buenas prácticas de atención que favorezcan la creación de una cultura de seguridad y de gestión de riesgos en las IPRESS de EsSalud				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Aplicar instructivos específicos en normativas específicas de Directivas de Seguridad del Paciente vigentes	Unidad de Gestión de Riesgos	Memo	Jefaturas de Red Prestacional
		2. Equipo de Investigación y Análisis estudia el caso y registra resultados en formatos establecidos y presenta informe para la Mejora			Jefaturas de Red Prestacional
		3. Responsable realiza Supervisión basado en observación a los pacientes del servicio			Jefaturas de Red Prestacional
Indicadores					
Registros					

Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía				
Objetivo	Contribuir a la disminución de los Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente, durante las prestaciones de salud.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Aplicar instructivos específicos en normativas específicas de Directivas de Seguridad del Paciente vigentes	Unidad de Gestión de Riesgos	Memo	Jefaturas de Red Prestacional
		2. Equipo de Investigación y Análisis estudia el caso y registra resultados en formatos establecidos y presenta informe para la Mejora	Unidad de Gestión de Riesgos		Jefaturas de Red Prestacional
		3. Responsable realiza Supervisión basado en observación a los pacientes del servicio	Unidad de Gestión de Riesgos		Jefaturas de Red Prestacional
Indicadores					
Registros					

Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre y hemocomponentes, entre otros)

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre y hemocomponentes, entre otros)				
Objetivo	Disminuir los riesgos durante la atención de salud de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, a través del cumplimiento de prácticas seguras.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Desarrolla estrategias efectivas para la implementación de la Lista de Verificación	Unidad de Gestión de Riesgos	Informe	Jefaturas de Red Prestacional
		2. Entrenamiento a equipos quirúrgicos que harán uso de la Lista de Verificación	Unidad de Gestión de Riesgos		Jefaturas de Red Prestacional
		3. Consolida y elabora Informe Mensual de Aplicación de Lista de Verificación e Informe de Implementación de directiva	Unidad de Gestión de Riesgos	Informe	Jefaturas de Red Prestacional
Indicadores					
Registros					

Evaluación para la gestión del riesgo asistencial

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación para la gestión del riesgo asistencial				
Objetivo	Realizar una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red PrestacionaI Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		3. Coordinar desarrollo del proceso con IPRESS			
		2. Remitir los documentos solicitados a la red. Se solicita reportes a Equipo Evaluador y se recibe los reportes solicitados.			
		3. Emitir y publicar los resultados			
Indicadores					
Registros					

Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica				
Objetivo	Evaluar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) aprobadas para el Hospital, lo cual permitirá fortalecer el trabajo asistencial de los médicos y de todo el personal asistencial del HNERM basada en evidencia científica actualizada.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Evaluación de la Adherencia a las GPC a través del formato "Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica"	Jefes de Departamentos/ Servicios		
		2. Remite mensualmente los formatos "Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica"	Jefes de Departamentos/ Servicios		
		3. Recepciona y evalúa formatos "Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica" Conforme: Paso 6 No Conforme: Paso 4	Oficina de Calidad		
		4. Informe de Retroalimentación con las observaciones del caso.	Oficina de Calidad		
		5. Levantamiento de observaciones y remisión a la OGCyCl.	Jefes de Departamentos/ Servicios		
		6. Elaboración de Informe Trimestral con las recomendaciones del caso dirigido a la Gerencia del HNERM.	Oficina de Calidad		
		7. Difusión del Informe a las Gerencias de Línea para implementación de recomendaciones.	Gerente de Red Prestacional Rebagliati		
Indicadores	Número de formatos "Lista de Adherencias de GPC"				
Registros					

Evaluación de Guías de Prácticas Clínicas

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de Guías de Práctica Clínica				
Objetivo	Mejorar la calidad de los procesos de atención de salud a través del uso de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente basadas en evidencias científicas, acerca de un problema clínico específico que permita al personal de salud tomar decisiones ára una apropiada y oportuna atención en los servicios del Hospital NacionaI Edgardo Rebagliati Martins.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red PrestacioanI Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Conformación del Equipo de Evaluadores de Guías de Práctica Clínica del HNERM.	Oficina de Calidad		
		2. Emisión del Acto Resolutivo de Conformación del Equipo de Evaluadores de Guías de Práctica Clínica del HNERM.	Gerente de Red Prestacional Rebagliati.		
		3. Elaboración del Plan de Evaluación de Guías de Práctica Clínica (GPC).	Equipo de Evaluadores de GPC.		
		4. Ejecución del Plan de Evaluación de Guías de Práctica Clínica	Equipo de Evaluadores de GPC.		
		5. Recpciona GPC de los Departamentos/Servicios y coordina la entrega al Equipo de Evaluadores de Guías de Practica Clínica del HNERM	Oficina de Calidad		
		6. Evaluación y aplicación del Instrumento AGREE II en las GPC presentadas por los Departamentos y Servicios del HNERM. a) Favorable: Pasa al paso 10 b) No favorable: continua paso 7.	Equipo de Evaluadores de GPC.		
		7. Informe de retroalimentación con las observaciones del caso dirigida al Departamento/Servicio del HNERM.	Equipo de Evaluadores de GPC/OGCyCl.		
		8. Levantamiento de Observaciones realizadas por el Equipo de Evaluadores de GPC.	Jefes de Departamento /Servicios.		
		9. Reevaluación de las Guías de Práctica Clínica. Ver paso 6.	Equipo de Evaluadores de GPC		
		10. Informe favorable de evaluación de la Guía de Práctica Clínica.	Equipo de Evaluadores de GPC.		
		11. Elevar expediente con informe de evaluación de la Guía de Práctica Clínica al Gerente del HNERM e Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETS).	Oficina de Calidad		
Indicadores	Número de GPC evaluadas por el Equipo de Evaluadores de GPC.				
Registros					

Evaluación de Proyectos de Mejora Continua

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de Proyectos de Mejora Continua				
Objetivo	Establecer los pasos para facilitar el desarrollo de capacidades para la implementación del sistema de gestión de la calidad y establecer la elaboración de proyectos de mejora de la calidad y la aplicación de las técnicas y herramientas para la mejora de procesos.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Elabora sustento técnico para la formulación de un proyecto de Mejora Continua de la Calidad (PMCC).	Jefes de Departamento /Servicios		
		2. Recepciona y evalúa la solicitud de elaboración de un proyecto de Mejora Continua de la Calidad. No corresponde a un PMCC: Pasar al paso 3 Si corresponde a un PMCC: Pasar al paso 4.	Oficina de la Calidad		
		3. Elabora informe y retroalimenta al Departamento / Servicio solicitante.	Oficina de la Calidad		
		4. Coordina la conformación del Equipo de Mejora Continua y emite las pautas para la elaboración del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad.	Oficina de la Calidad		
		5. Formula el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad (PMCC)	Equipo de Mejora Continua de Calidad		
		6. Revisa la Metodología del PMCC: Conforme NO: Paso 7 Conforme SI: Paso 9	Oficina de la Calidad		
		7. Remite informe de retroalimentación al Equipo de Mejora Continua.	Oficina de la Calidad		
		8. Levantamiento de Observaciones realizadas por la OGCyCl.	Equipo de Mejora Continua de Calidad		
		9. Eleva PMCC a la Gerencia para su revisión y aprobación.	Oficina de la Calidad		
		10. Aprueba y autoriza la ejecución del PMCC	Gerencia de Red Prestacional Rebagliati.		
		11. Implementación del Proyecto de Mejora Continua de Calidad.	Jefes de Departamento /Servicios		
Indicadores	Número de PMCC evaluados y aprobados				
Registros					

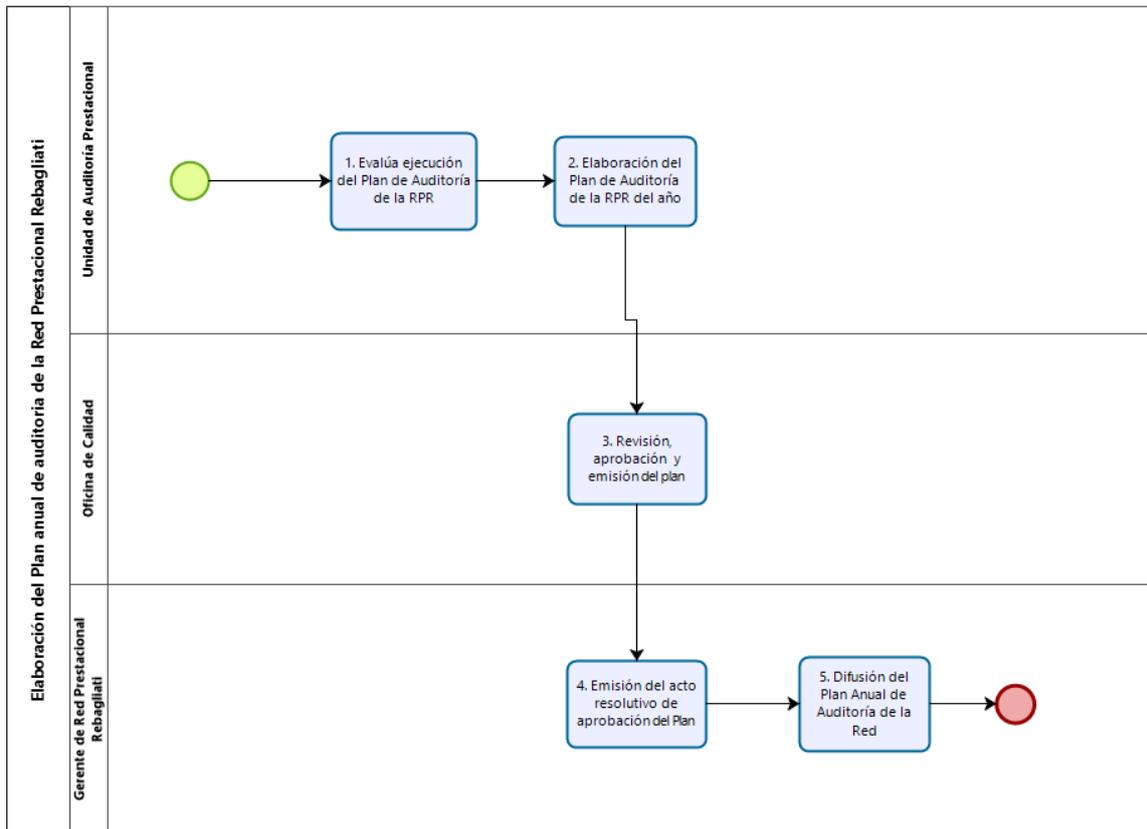
Autoevaluación para la Acreditación

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Autoevaluación para la Acreditación				
Objetivo	Estandarizar la correcta aplicación del listado de estándares en los servicios evaluados.				
Alcance	Gerente, Gerentes de Línea, Oficina de Calidad, Jefaturas de Departamento, Jefatura de Servicios y Directores de los Centros Asistenciales de la Red Prestacional Rebagliati.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		1. Conformación del Equipo de Acreditación y de Evaluadores Internos del HNERM	Oficina de la Calidad		
		2. Emisión del Acto Resolutivo de Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluadores Interno del HNERM	Gerencia de Red Prestacional Rebagliati		
		3. Elaboración del Plan de Autoevaluación del HNERM y lo presenta a la Oficina de Calidad.	Equipo de Acreditación		
		4. Comunicación a las Gerencias de línea sobre el inicio del procesos de Autoevaluación en el HNERM	Oficina de la Calidad		
		5. Reunión de apertura para el inicio del Proceso de Autoevaluación	Oficina de la Calidad		
		6. Capacitar al Equipo de Evaluadores Internos del HNERM	PGCyCI		
		7. Realizar visita a los Departamentos / Servicios / Oficinas / Unidades para aplicar las técnicas de evaluación y los instrumentos consignados en la norma vigente.	Equipo de Evaluadores Internos		
		8. Recolectar y revisar la evidencia objetiva pertinente según lo establecido en la	Equipo de Evaluadores Internos		
		9. Análisis de la evidencia del macroproceso evaluado.	Equipo de Evaluadores Internos		
		10. Consolidación y registro de datos en aplicativo informático de MINSA.	Oficina de la Calidad		
		11. Procesamiento de resultados, verificar puntaje obtenido.	Oficina de la Calidad		
		12. Realizar una reunión de cierre para analizar los resultados obtenidos.	Oficina de la Calidad		
		13. Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación.	Oficina de la Calidad		
Indicadores	Puntaje obtenido en la Autoevaluación realizada				
Registros	Informe Técnico Final de Autoevaluación de acuerdo a lo planificado.				

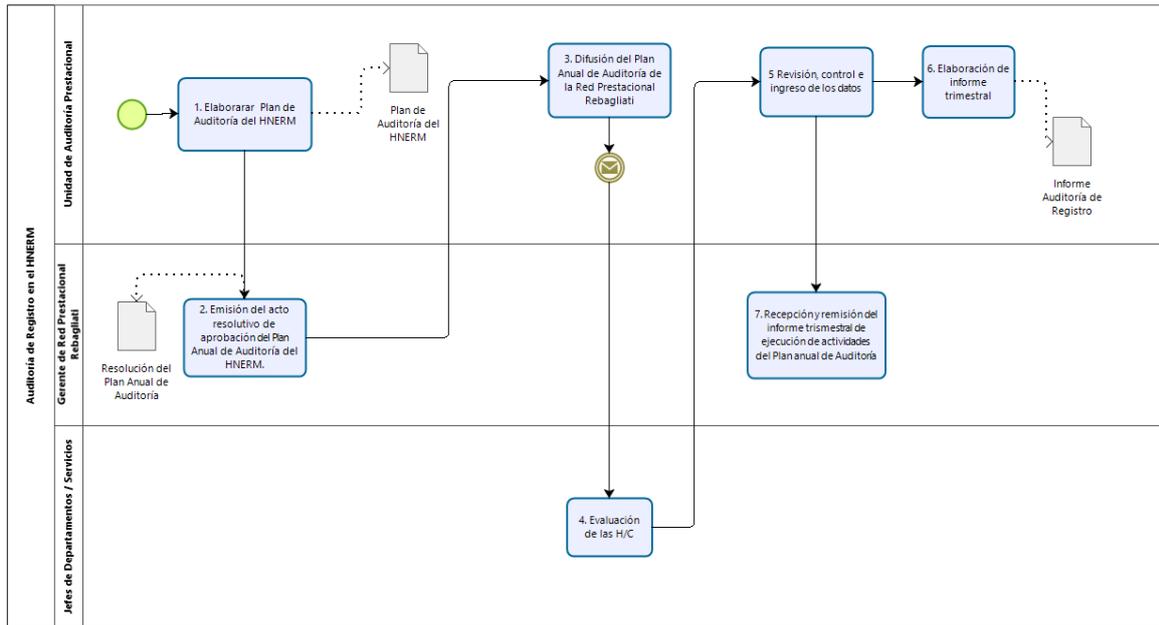
9.4 MODELADO DE PROCEDIMIENTOS

Auditoría Prestacional

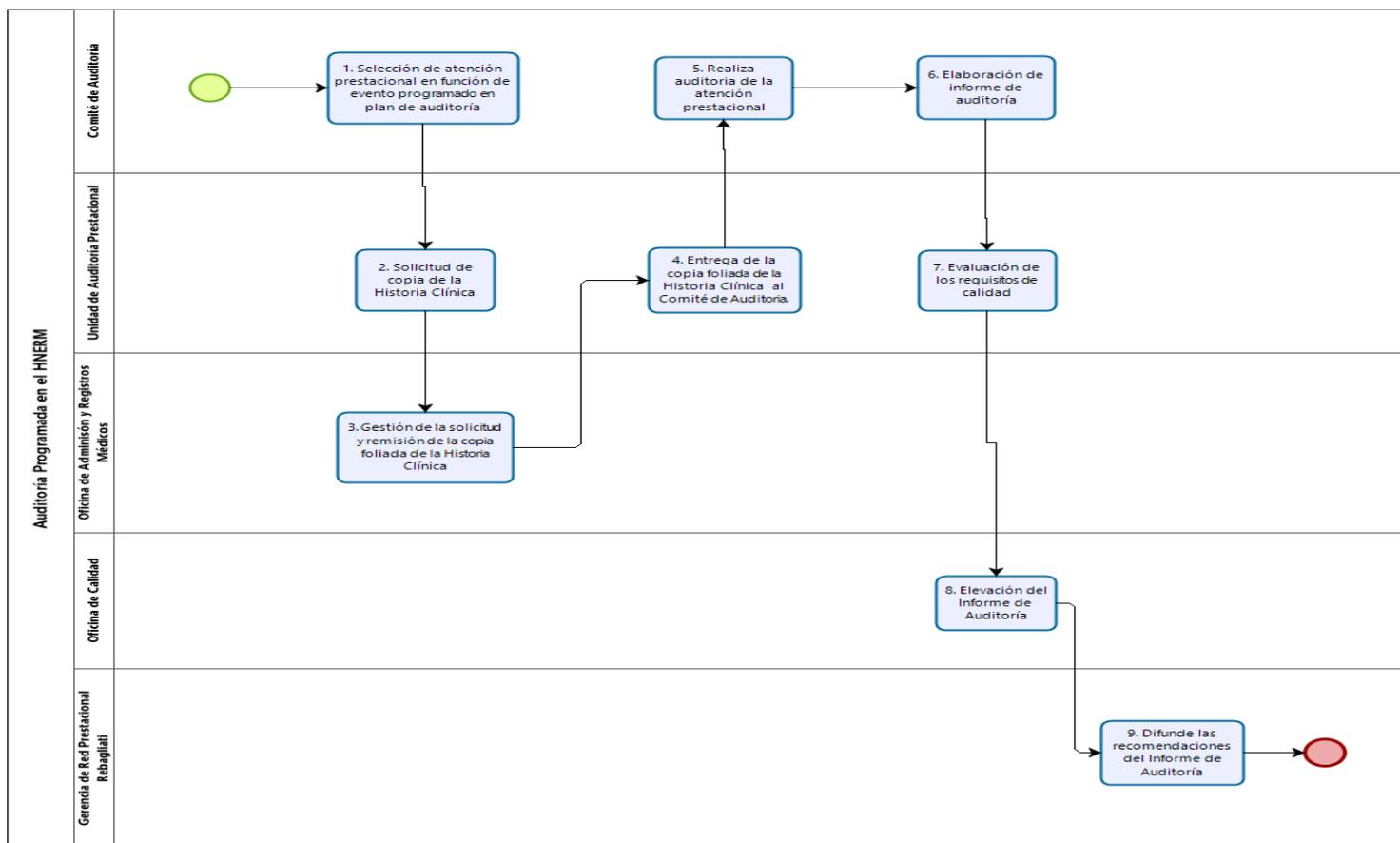
Elaboración del plan anual de auditoría de la RPR



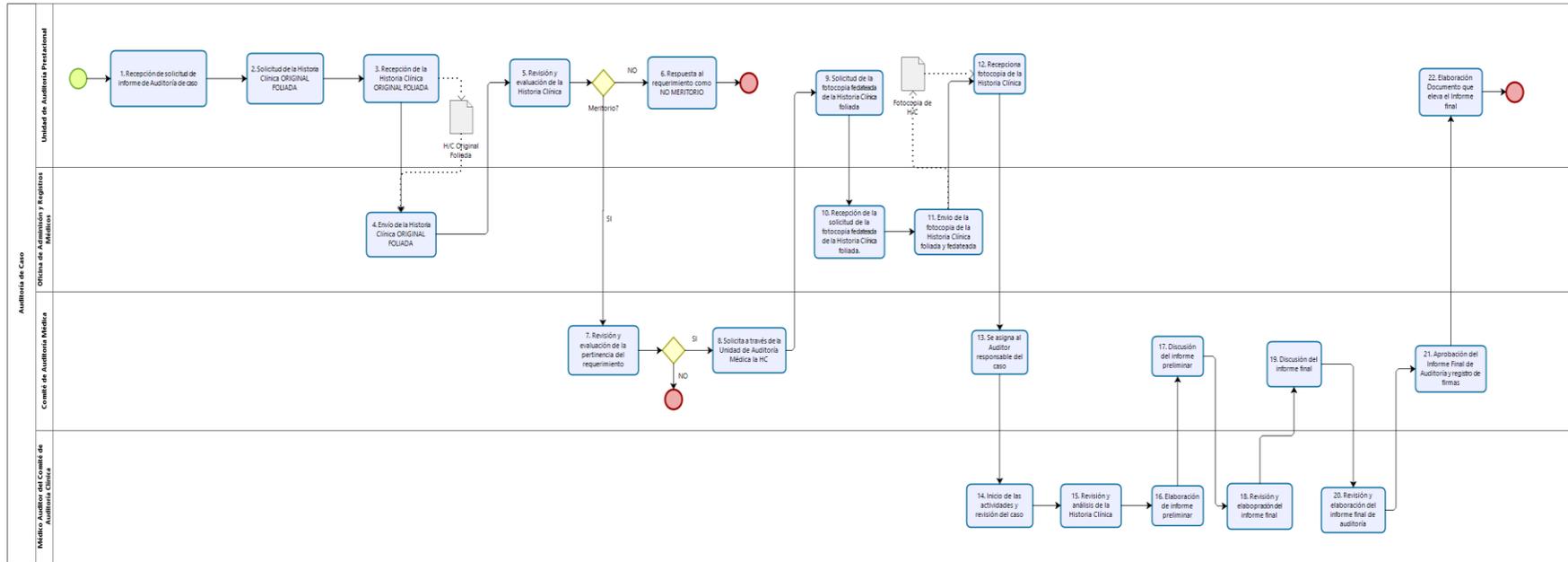
Auditoría de Registro en el HNERM



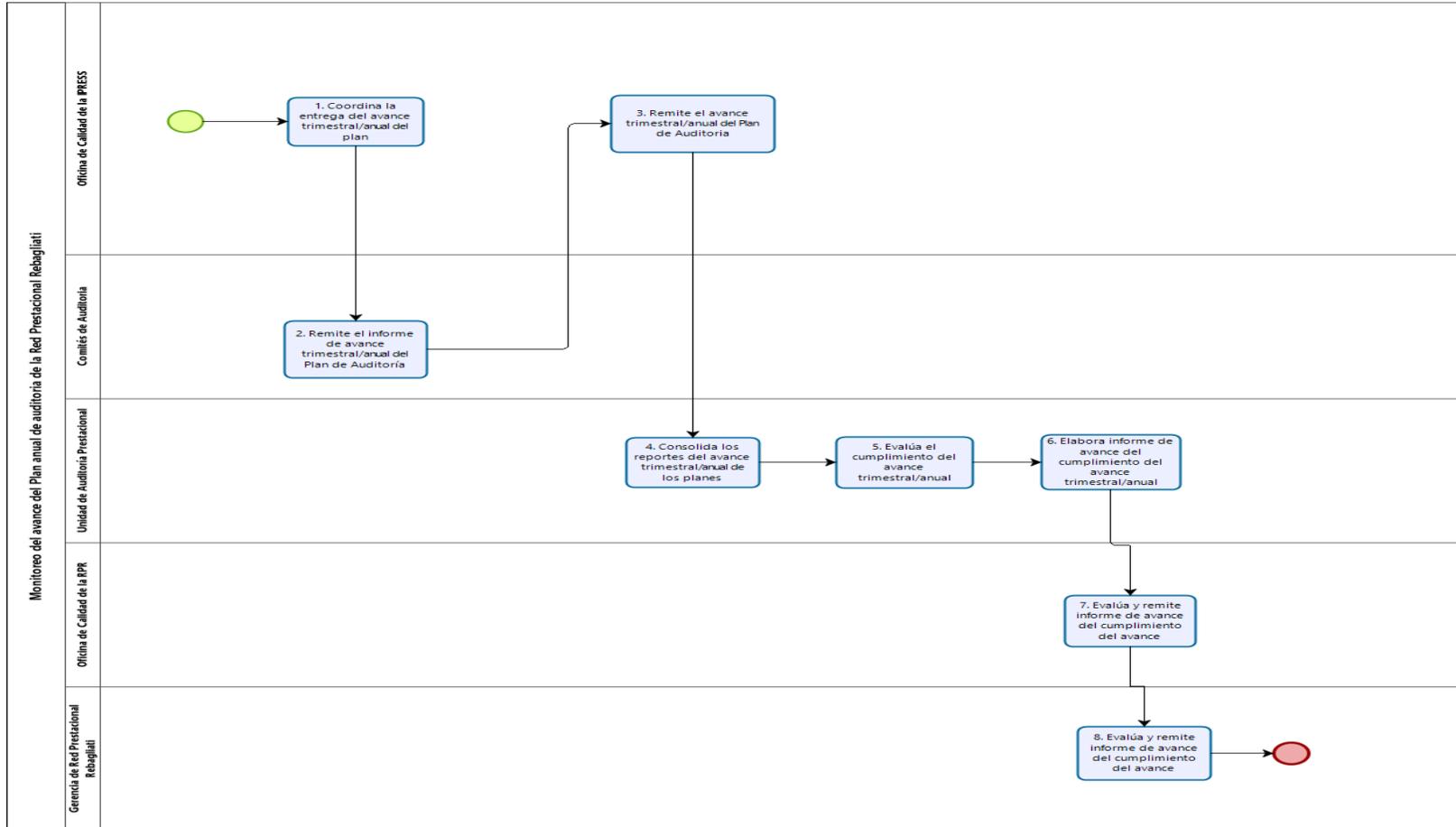
Auditoría Programada en el HNERM



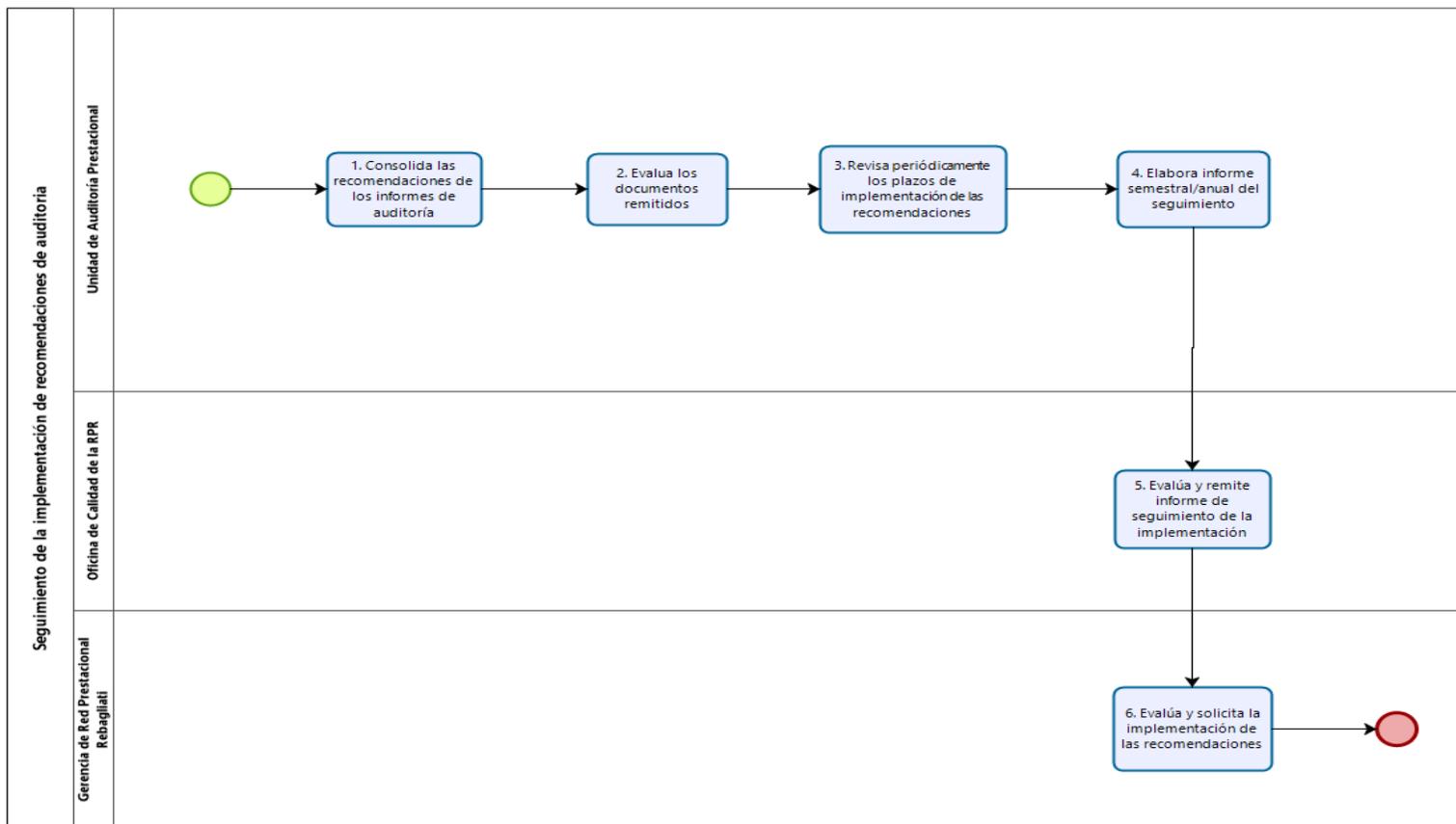
Auditoría de Caso



Monitoreo del avance del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati

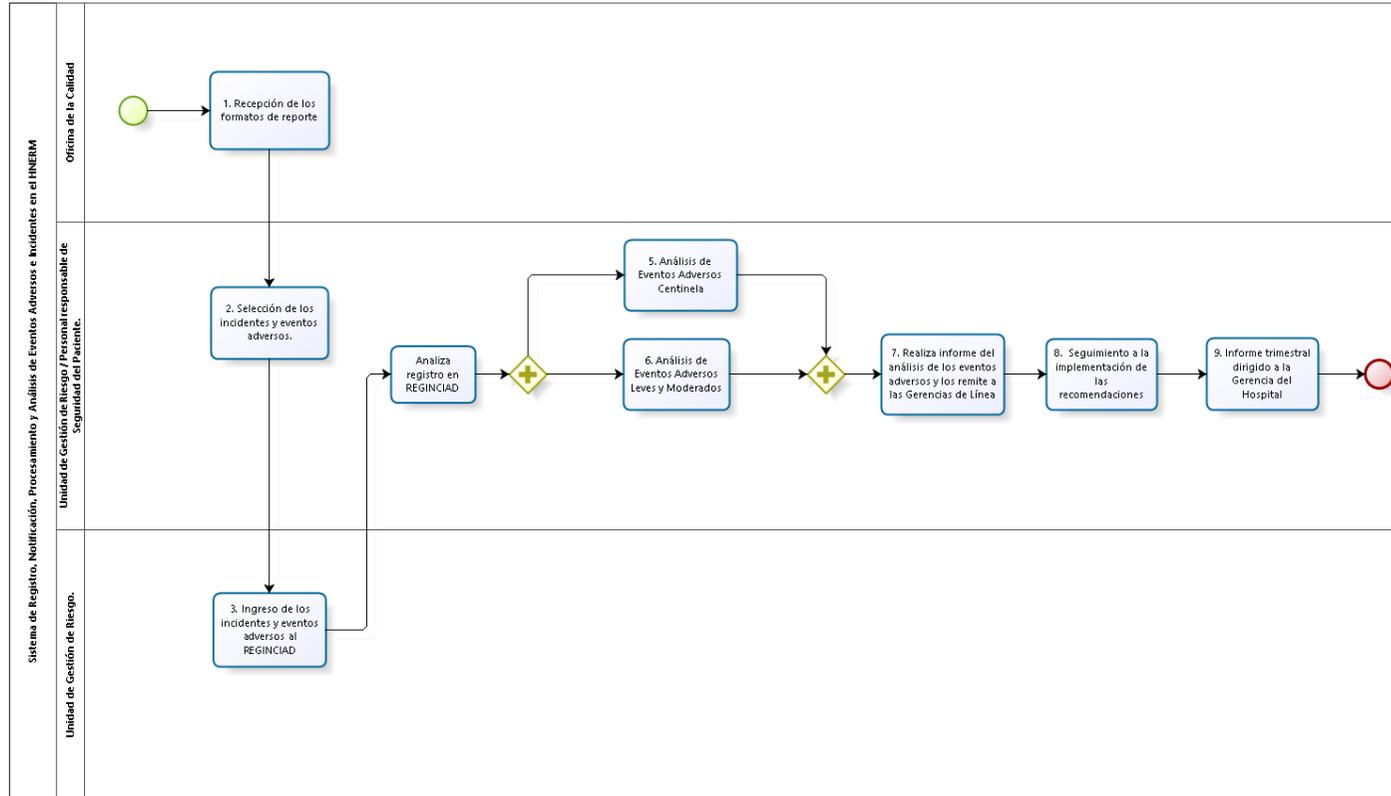


Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoria

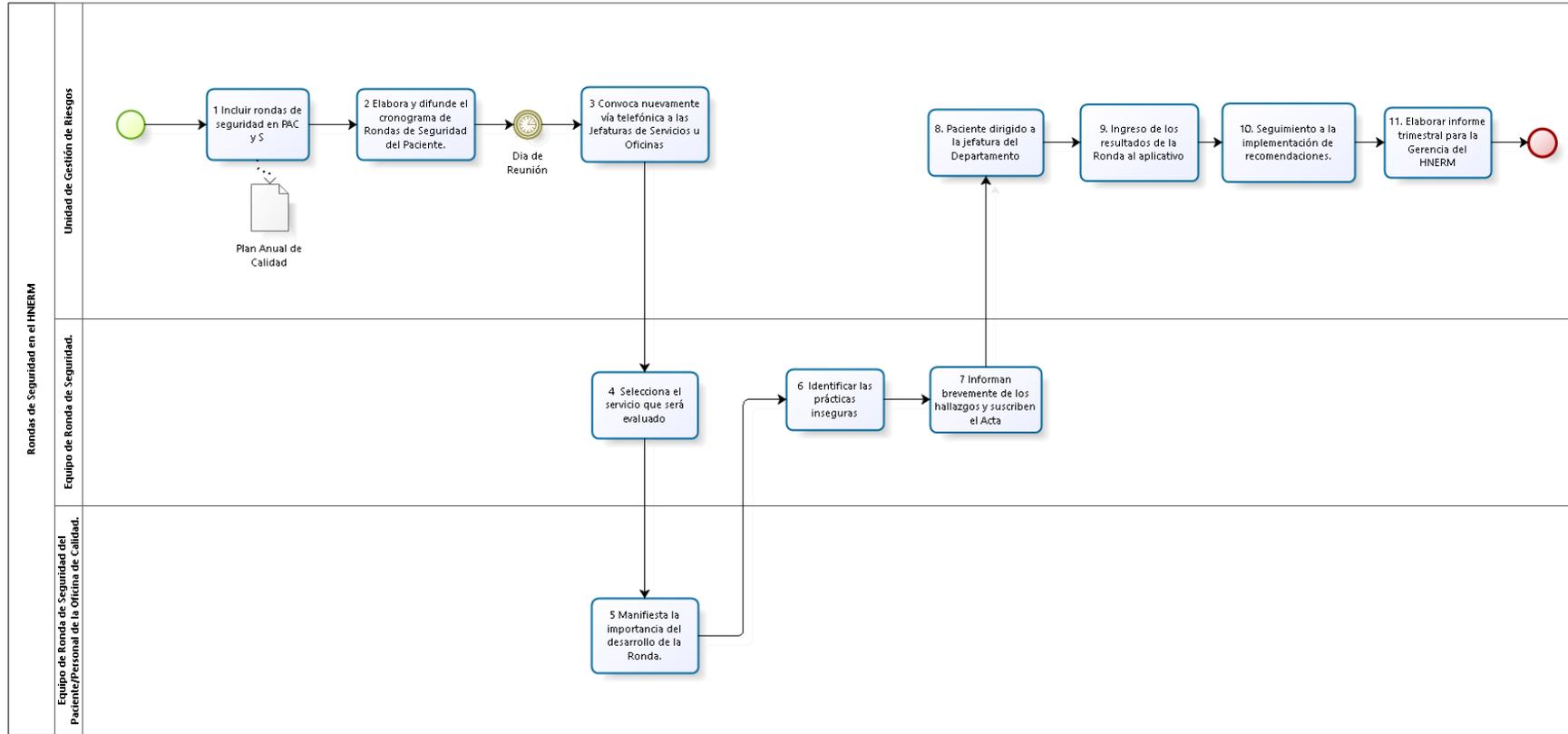


Gestión de Riesgos

Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM

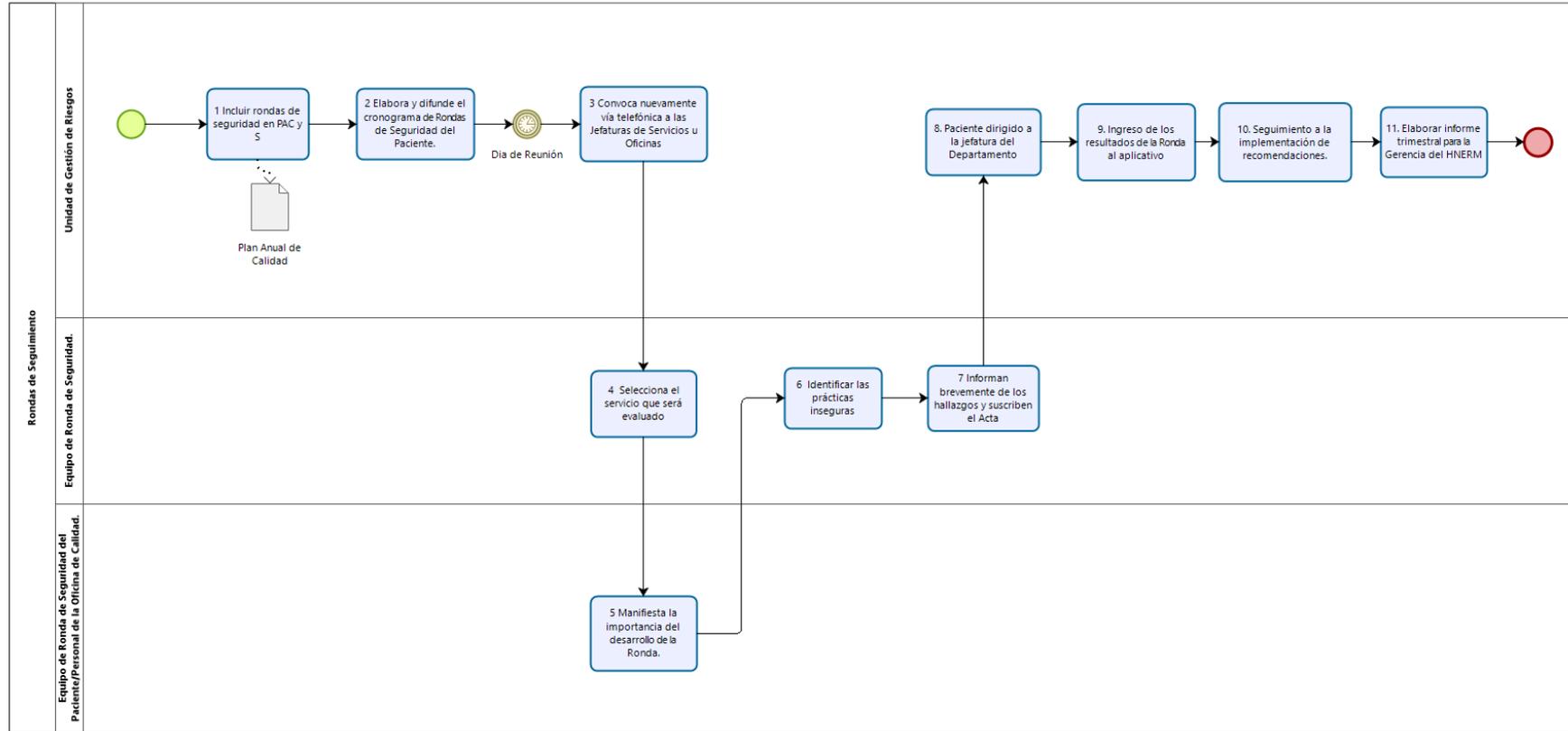


Rondas de Seguridad en el HNERM

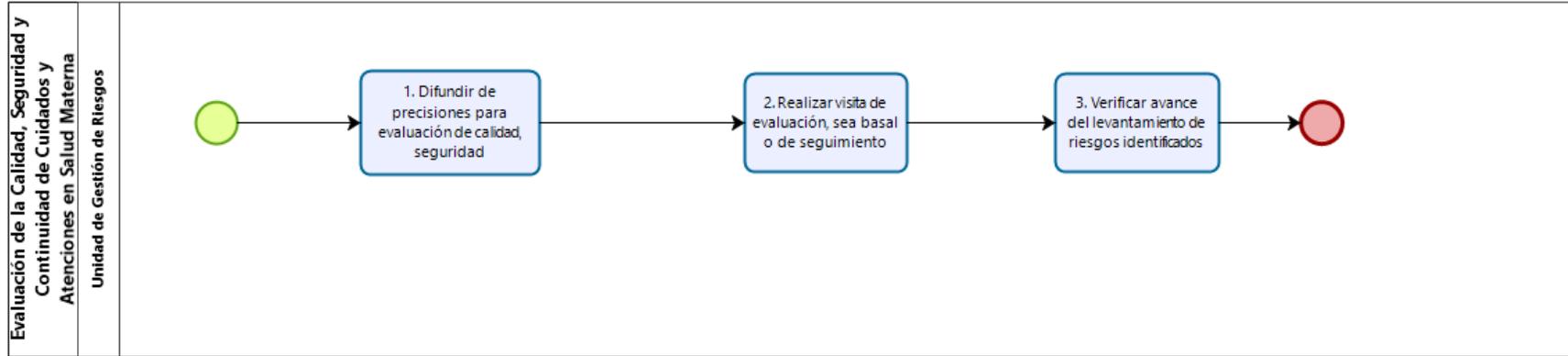


Rondas de Seguimiento

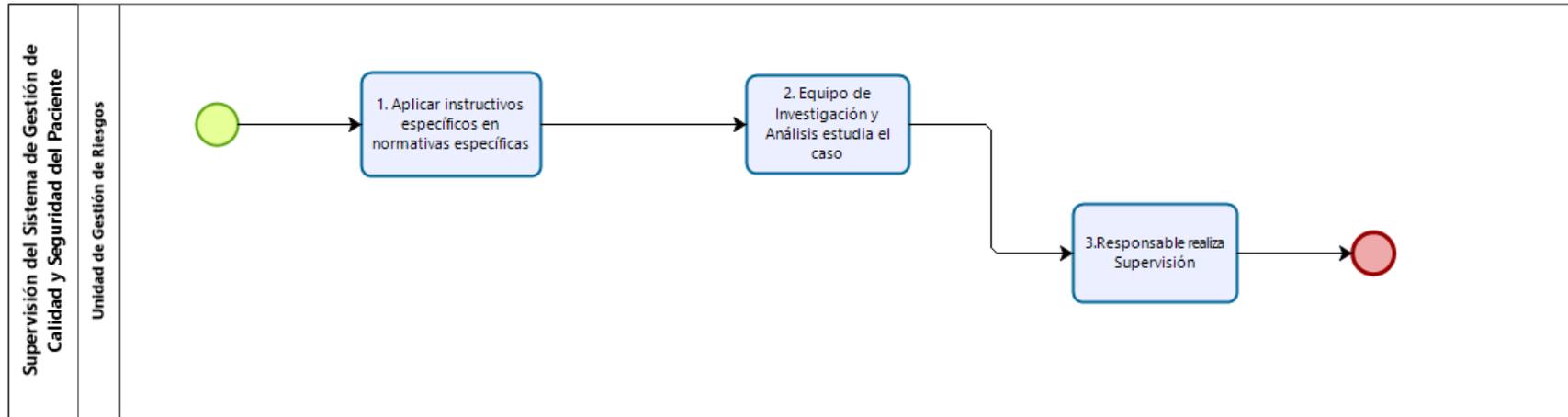
Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Calidad de la Red



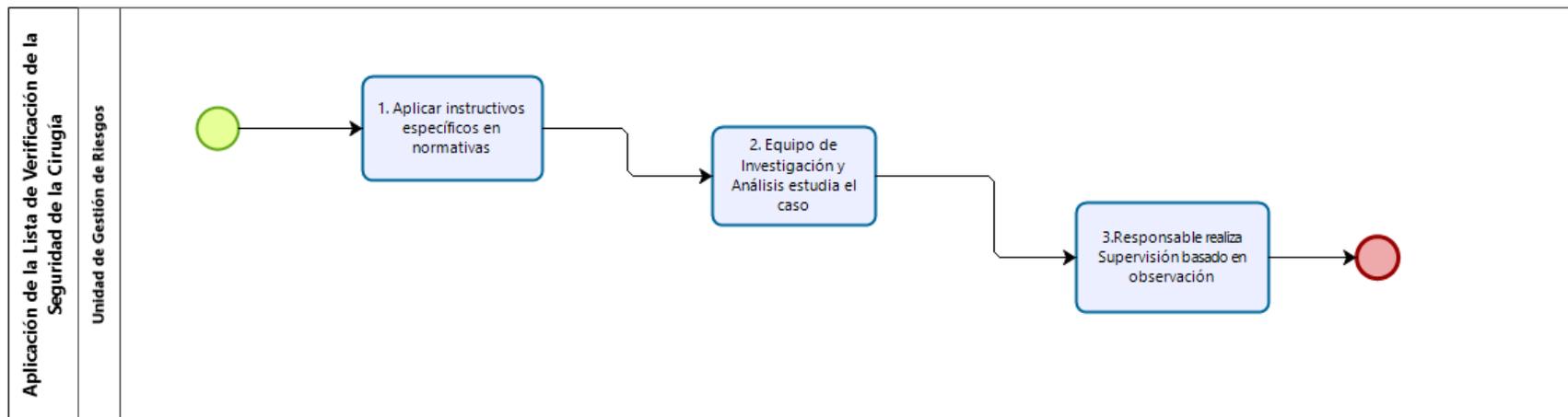
Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna



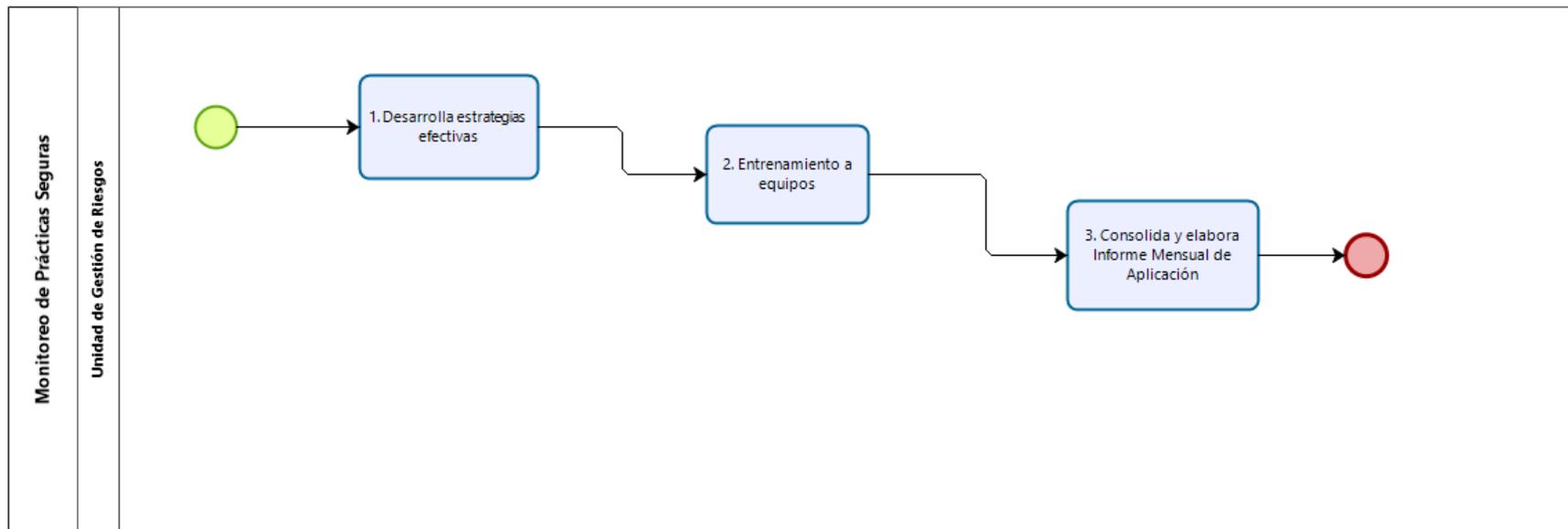
Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente



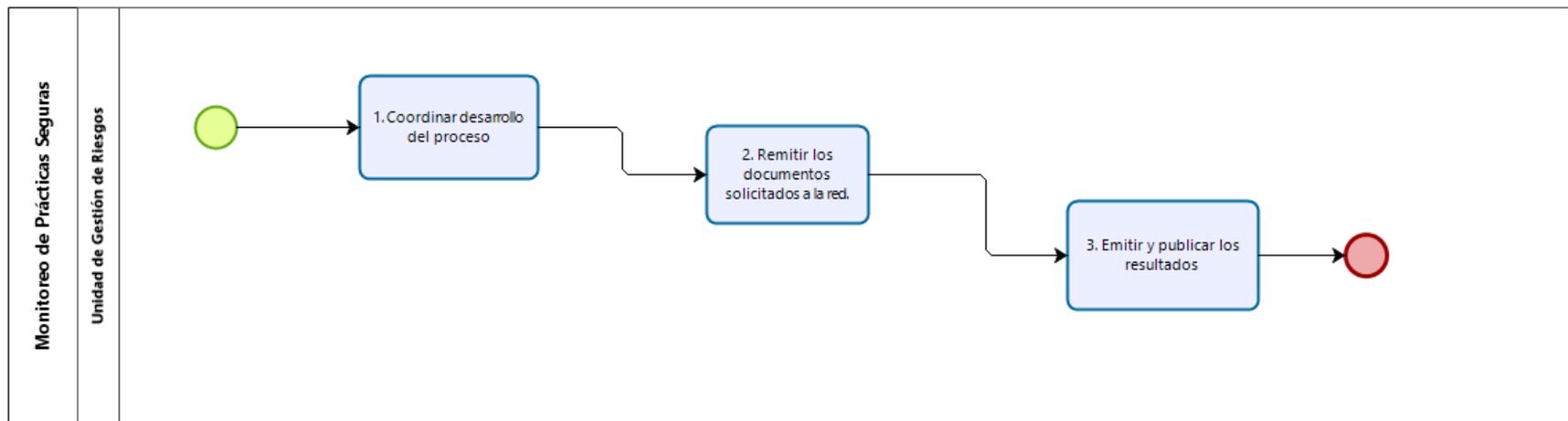
Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía



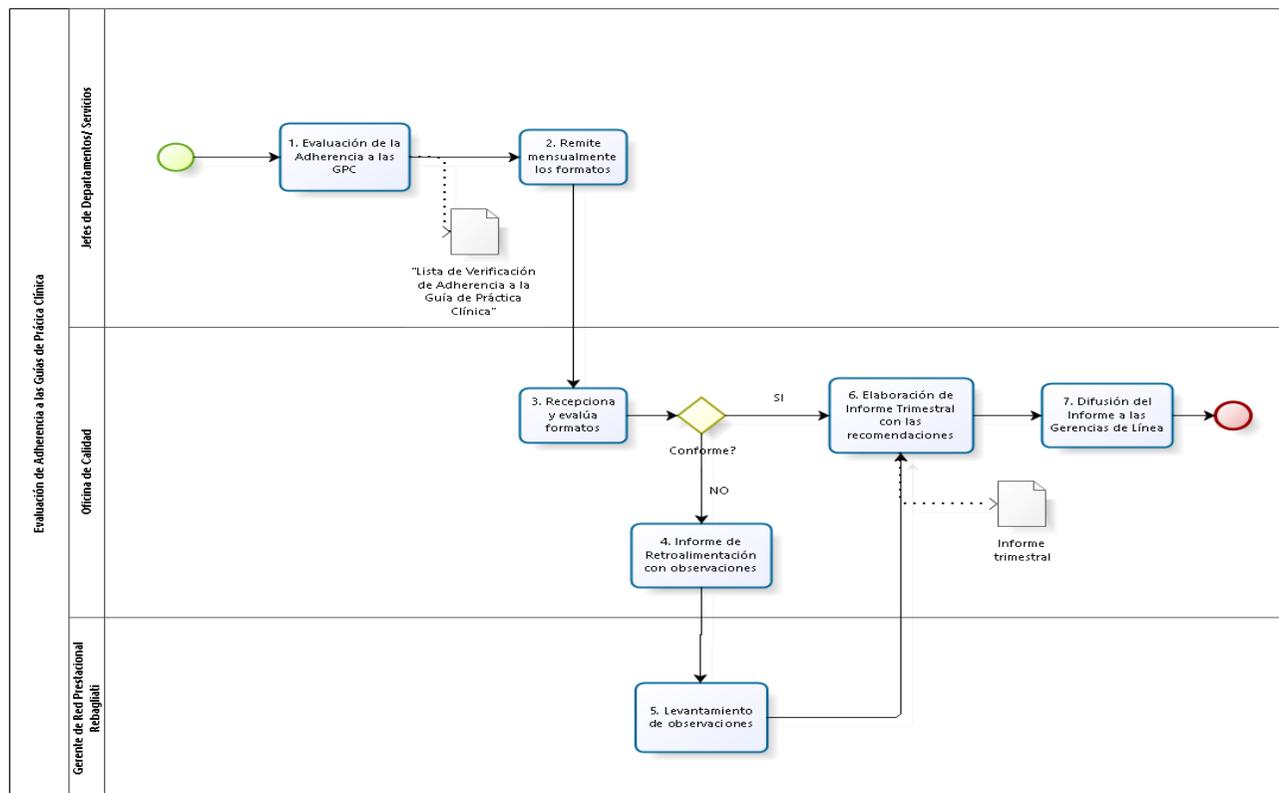
Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre)



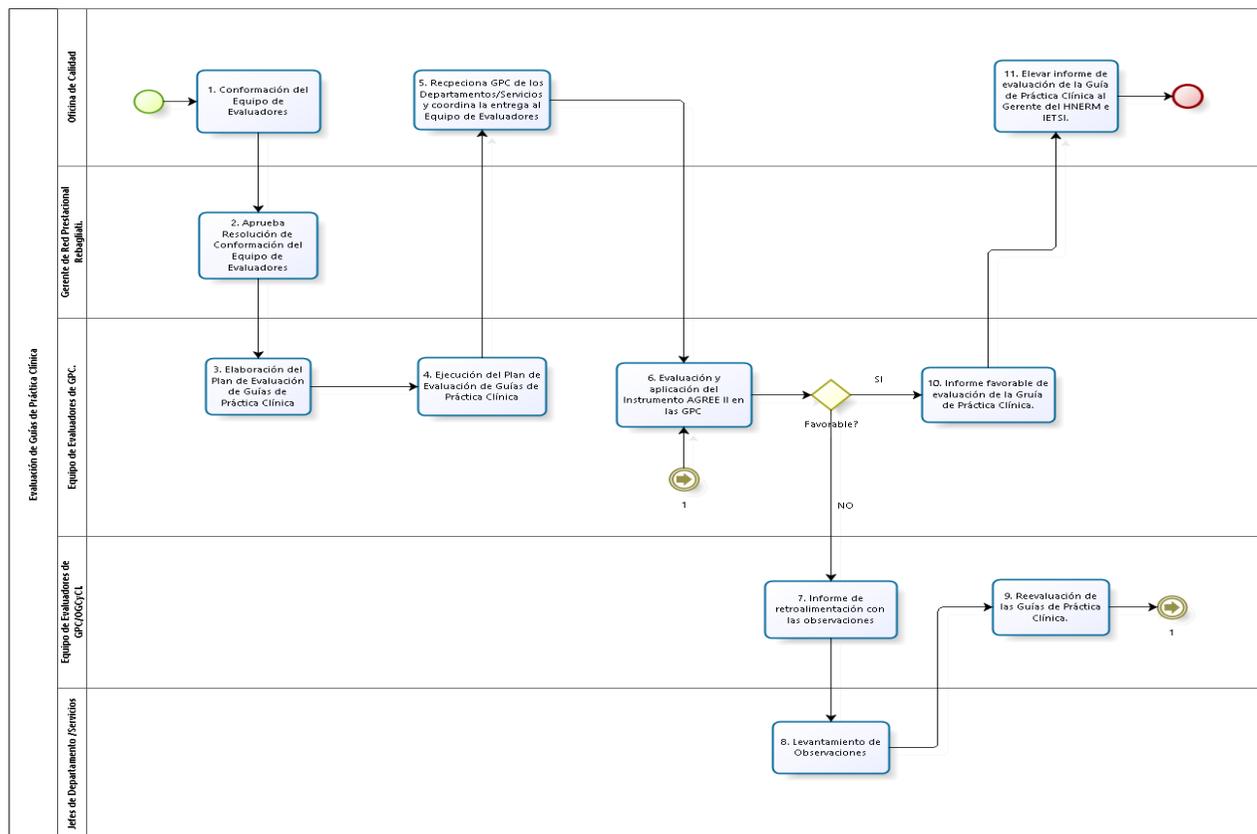
Evaluación para la gestión del riesgo asistencial



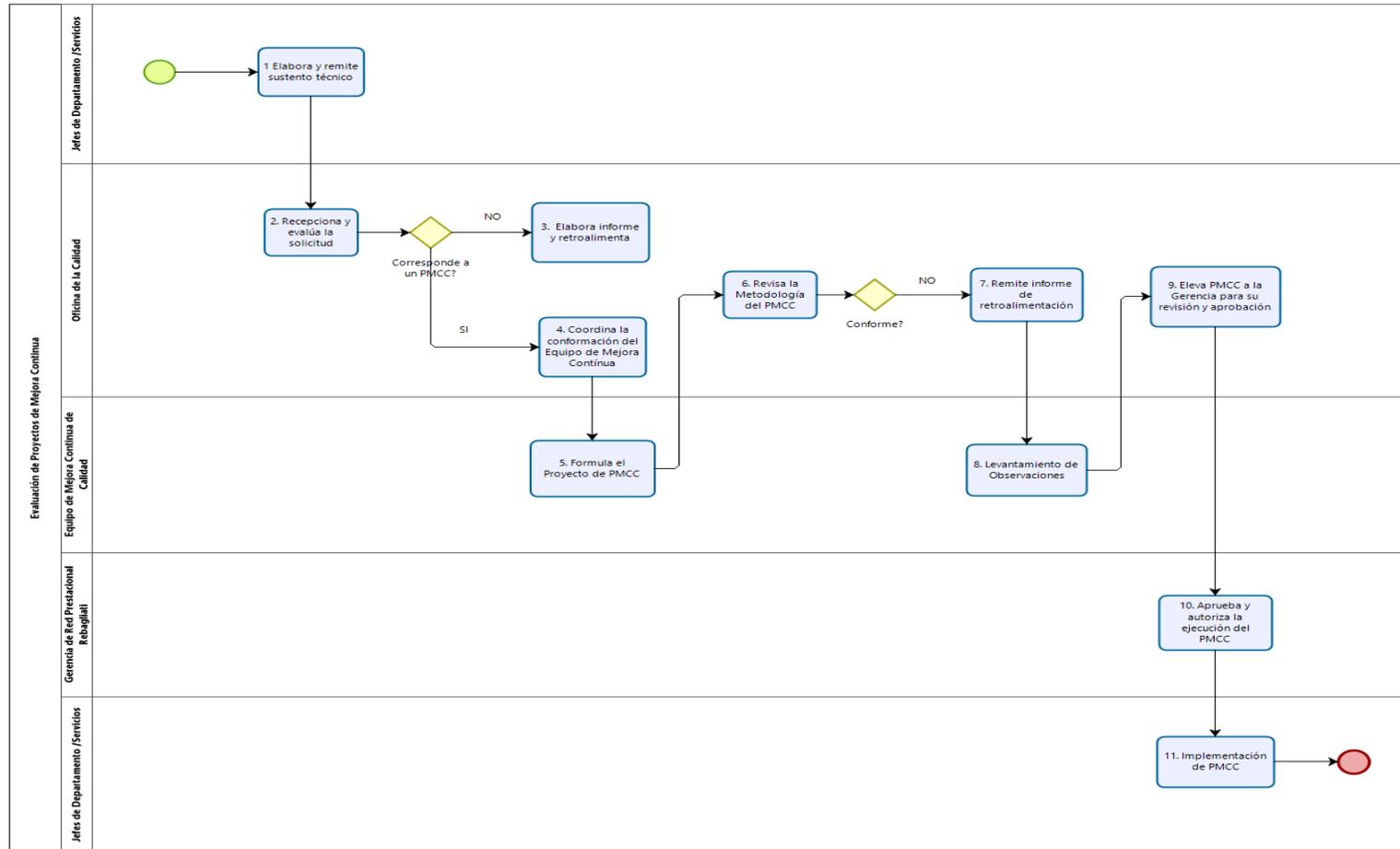
Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica



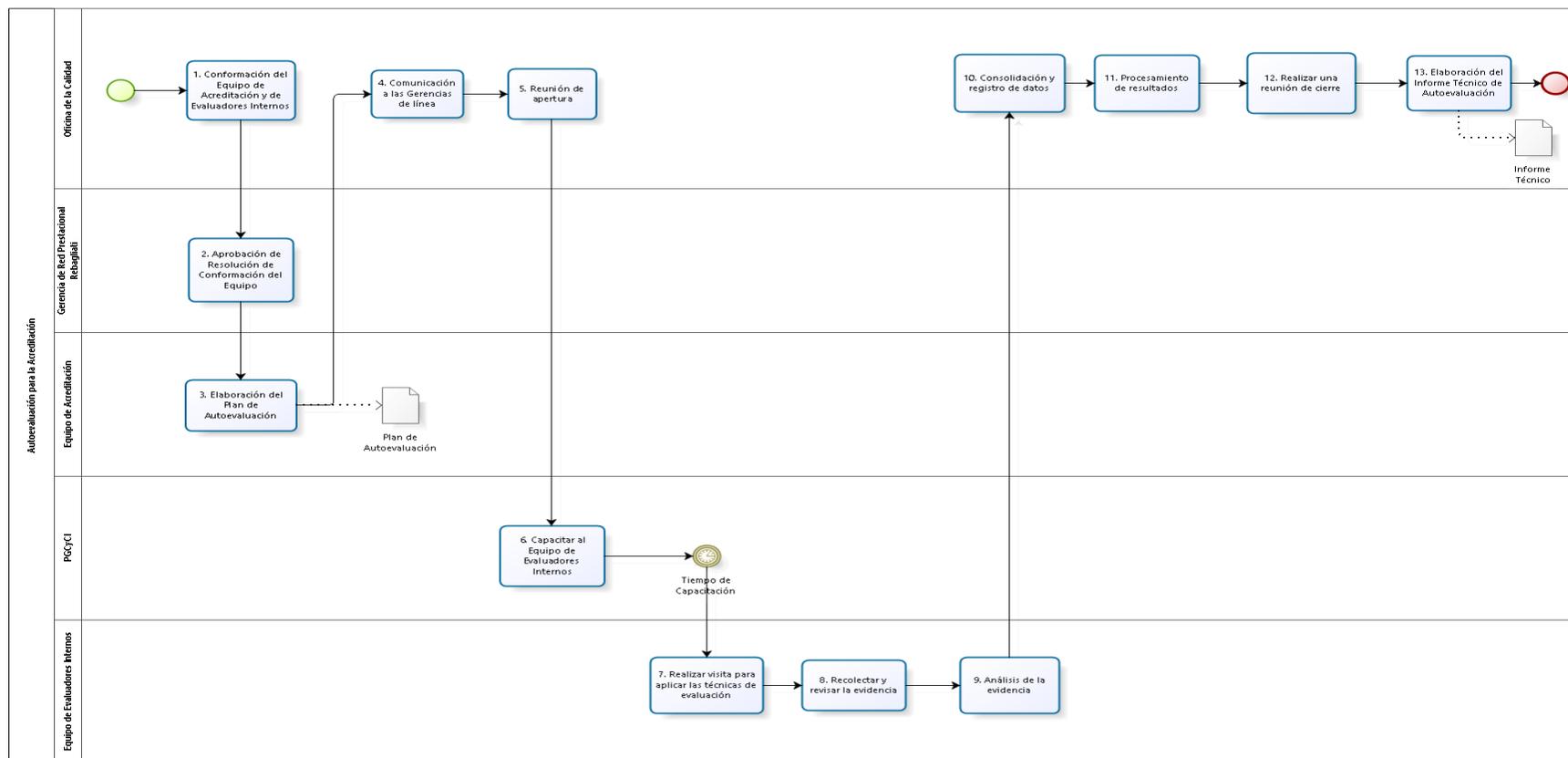
Evaluación de Guías de Práctica Clínica



Evaluación de Proyectos de Mejora Continua



Autoevaluación para la Acreditación



9.5 INDICADORES DE GESTIÓN

Auditoría Prestacional

Elaboración del plan anual de auditoria de la RPR

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Elaboración del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati
Nombre Indicador	Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati elaborado y aprobado
Descripción del Indicador	Mide el Porcentaje de Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati aprobado
Objetivo del Indicador	Contar con el Porcentaje Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati elaborado y aprobado
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ Planes elaborados y aprobados} / N^{\circ} \text{ Total de Planes elaborados}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Auditoría Prestacional
Meta	100%

Auditoría Prestacional

Auditoría de Registro en el HNERM

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Auditoría de Registro
Nombre Indicador	Porcentaje de ejecución de auditoría de registro en la RPR.
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de ejecución de auditoría de registro en la RPR.
Objetivo del Indicador	Contar el porcentaje de ejecución de auditoría de registro en la RPR.
Forma de Cálculo	$(\% \text{ ejecución de auditoría de registro} / \text{N}^\circ \text{ d auditoría de registro programada}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Estadísticos
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Unidad de Auditoría Prestacional
Meta	80%

Auditoría Prestacional

Auditoría Programada en el HNERM

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Auditoría Programada
Nombre Indicador	Porcentaje de ejecución de auditoria programada
Descripción del Indicador	Mide el Porcentaje de ejecución de auditoria programada
Objetivo del Indicador	Contar el porcentaje de ejecución de auditoria programada
Forma de Cálculo	$(\text{º ejecución de auditoría programada} / \text{Nº d auditoría programada}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Estadísticos
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Unidad de Auditoría Prestacional
Meta	80%

Auditoría Prestacional

Auditoría de Caso en el HNERM

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Auditoría de Caso
Nombre Indicador	Porcentaje de ejecución de auditoria de caso
Descripción del Indicador	Mide el Porcentaje de ejecución de auditoria de caso
Objetivo del Indicador	Contar el porcentaje de ejecución de auditoria de caso
Forma de Cálculo	$(\text{° ejecución de auditoría de caso} / \text{N° d auditoría de caso solicitadas}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Estadísticos
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Unidad de Auditoría Prestacional
Meta	100%

Auditoría Prestacional

Monitoreo del avance de plan de auditoria de la RPR

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Monitoreo del avance de los Planes anuales de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati
Nombre Indicador	Porcentaje de avance de los planes anuales de auditoría
Descripción del Indicador	Mide el Porcentaje de avance de los planes anuales de auditoría
Objetivo del Indicador	Contar con el Porcentaje de avance de los planes anuales de auditoría
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ Avance del Planes de Auditoria} / N^{\circ} \text{ Total de Programación de los Planes de Auditoria}) \times 10$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Unidad de Auditoría Prestacional
Meta	80%

Auditoría Prestacional

Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría
Nombre Indicador	Porcentaje de implementación de recomendaciones de los informes de auditoría.
Descripción del Indicador	Mide el Porcentaje de implementación de recomendaciones de los informes de auditoría.
Objetivo del Indicador	Contar con el Porcentaje de implementación de recomendaciones de los informes de auditoría.
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ Recomendaciones Implementadas} / N^{\circ} \text{ Recomendaciones totales}) \times$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Semestral/Anual
Responsable de Medición	Unidad de Auditoría Prestacional
Meta	80%

Gestión de Riesgos

Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM
Nombre Indicador	Reporte de incidencias y eventos adversos registrados en el REGINCIAD de manera trimestral.
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de incidencias y eventos adversos registrados en el REGINCIAD
Objetivo del Indicador	Contar con el Porcentaje de incidencias y eventos adversos registrados en el REGINCIAD
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{Eventos registrados} / N^{\circ} \text{Total de Eventos}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Rondas de Seguridad

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Rondas de Seguridad en el HNERM
Nombre Indicador	Reporte de incidencias y eventos adversos registrados
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de incidencias y eventos adversos registrados
Objetivo del Indicador	Contar con el Porcentaje de incidencias y eventos adversos registrados
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{Eventos registrados} / N^{\circ} \text{Total de Eventos}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Rondas de Seguimiento

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Rondas de Seguimiento
Nombre Indicador	Reporte de incidencias y eventos adversos registrados
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de incidencias y eventos adversos registrados
Objetivo del Indicador	Contar con el Porcentaje de incidencias y eventos adversos registrados
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ Eventos registrados} / N^{\circ} \text{ Total de Eventos}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna
Nombre Indicador	Porcentaje de Servicios de Salud Materna que cumplen con la aplicación de la Guía de Salud materna.
Descripción del Indicador	Identificar los riesgos dentro de los procesos durante la provisión de servicios durante las prestaciones de salud materna
Objetivo del Indicador	Mejorar la calidad de las Servicios Asistenciales donde aplica la Evaluación de Salud Materna que atienden a los usuarios de EsSalud.
Forma de Cálculo	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Evaluaciones de Salud Materna realizadas para el periodo evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ Evaluaciones de Salud Materna planificados para el periodo evaluado}} \right) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente
Nombre Indicador	Porcentaje de Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente
Descripción del Indicador	Identificar los riesgos dentro de los procesos de Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente
Objetivo del Indicador	Contribuir a la implementación de buenas prácticas de atención que favorezcan la creación de una cultura de seguridad y de gestión de riesgos en las IPRESS de EsSalud
Forma de Cálculo	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Evaluaciones de supervisión para el periodo evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ Evaluaciones de supervisión para el periodo evaluado}} \right) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Nombre Indicador	Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Descripción del Indicador	Contribuir a la disminución de los Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente, durante las prestaciones de salud.
Objetivo del Indicador	Contar con el porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Forma de Cálculo	$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Aplicación de la Lista de Verificación}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de Aplicación de la Lista de Verificación para el período evaluado}} \right) \times 100$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre y hemocomponentes, entre otros)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Nombre Indicador	Aplicación de Propuestas de mejora en el ámbito de las de Prácticas Seguras
Descripción del Indicador	Medir si se aplican las propuesta de mejora planteadas en la RED
Objetivo del Indicador	Medir si se aplican las propuesta de mejora planteadas con las propuesta de mejora implementadas
Forma de Cálculo	$(\text{Nro. de propuesta de mejora implementados en periodo presente} / \text{Nro. de propuesta de mejora planteadas en el periodo presente}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Evaluación para la gestión del riesgo asistencial

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación para la gestión del riesgo asistencial
Nombre Indicador	Cumplimiento de la Evaluación para la gestión del riesgo asistencial
Descripción del Indicador	Realizar una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento
Objetivo del Indicador	Medir el cumplimiento de la Evaluación para la gestión del riesgo asistencial
Forma de Cálculo	$(\text{Nro. evaluaciones} / \text{Nro. Evaluaciones programadas}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica
Nombre Indicador	Número de formatos "Lista de Adherencias de GPC"
Descripción del Indicador	Mide Número de formatos "Lista de Adherencias de GPC"
Objetivo del Indicador	Contar con el Número de formatos "Lista de Adherencias de GPC"
Forma de Cálculo	Σ Número de formatos "Lista de Adherencias de GPC"
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Evaluación de Guías de Práctica Clínica

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Nombre Indicador	Número de GPC evaluadas por el Equipo de Evaluadores de GPC.
Descripción del Indicador	Mide Número de GPC evaluadas por el Equipo de Evaluadores de GPC.
Objetivo del Indicador	Contar con el Número de GPC evaluadas por el Equipo de Evaluadores de GPC.
Forma de Cálculo	Σ Número de GPC evaluadas por el Equipo de Evaluadores de GPC.
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Evaluación de Proyectos de Mejora Continua

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de Proyectos de Mejora Continua
Nombre Indicador	Número de PMCC evaluados y aprobados
Descripción del Indicador	Mide Número de PMCC evaluados y aprobados
Objetivo del Indicador	Contar con el Número de PMCC evaluados y aprobados
Forma de Cálculo	Σ Número de PMCC evaluados y aprobados
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

Autoevaluación para la Acreditación

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Autoevaluación para la Acreditación
Nombre Indicador	Puntaje obtenido en la Autoevaluación realizada
Descripción del Indicador	Mide el Puntaje obtenido en la Autoevaluación realizada
Objetivo del Indicador	Contar con el Puntaje obtenido en la Autoevaluación realizada
Forma de Cálculo	Puntaje de la Autoevaluación
Fuentes de Información	Informes Técnicos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Unidad de Gestión de Riesgos
Meta	100%

9.6 FICHA DE RIESGO

Auditoría Prestacional

Elaboración del plan anual de auditoria de la RPR

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Elaboración del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebaglati			
		Actividad	Elaboración del Plan de Auditoría de la RPR del año, acorde a la normativa vigente y a la evaluación del plan del año previo.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Contribuir a la calidad de atención a los pacientes asegurados de la Red.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo			
	3.2	CODIFICACION				
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el Plan			
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente		
			Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos		
			Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente		
			Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información		
		TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Auditoría Prestacional

Auditoría de Registro en el HNERM

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Auditoría de Registro en el HNERM			
		Actividad	Realizar la auditoría de registro en formato digital según el tipo de atención a auditar.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Verificar el cumplimiento de la normativa relacionada al registro correcto del acto médico.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la elaboración del Informe de Auditoría				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
Muy baja		0.10	Alto		0.40	
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Auditoría Prestacional

Auditoría Programada en el HNERM

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Auditoría Programada en el HNERM			
		Actividad	Realiza auditoría de la atención prestacional acorde a la metodología establecida en la normativa vigente.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Evaluar el cumplimiento de estándares en el proceso de atención de salud de paciente en relación a evento priorizado.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la elaboración del Informe de Auditoría				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
		TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Auditoría Prestacional

Auditoría de Caso en el HNERM

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGO						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Auditoría de Caso			
		Actividad	Evaluación de la pertinencia del requerimiento de auditoría			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Evaluar el cumplimiento de estándares ante la presencia de un incidente clínico que ha generado un evento adverso en la atención de un paciente.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
	3.1 TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
	3.2 CODIFICACION					
	3.3 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la elaboración del Informe de Auditoría				
	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
		TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Auditoría Prestacional

Monitoreo del avance de plan de auditoria de la RPR

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Monitoreo del avance del Plan anual de auditoria de la Red Prestacional Rebagliati			
		Actividad	Consolida los reportes del avance trimestral/anual de los planes de Auditoria de las IPRESS e la RPR.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripcion	Realizar el seguimiento del progreso de la ejecución del plan de auditoria en relación a los objetivos y metas propuestas.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Mal registro de información				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de revisión de la información			
		Causa N° 3	Falla de la BD del Sistema			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Auditoría Prestacional

Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría			
		Actividad	Revisa periódicamente los plazos de implementación de las recomendaciones			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de auditoría en los plazos establecidos.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo			
	3.2	CODIFICACION				
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el análisis de Datos			
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente		
			Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos		
			Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente		
			Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información		
		TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Gestión de Riesgos

Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Eventos Adversos e Incidentes en el HNERM			
		Actividad	Análisis de Eventos Adversos Centinela			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Contribuir a la mejora de la seguridad clínica, en el ámbito del trabajo, mediante la identificación, cuantificación y análisis de los incidentes y los eventos adversos, que permitan a los profesionales aprender de las experiencias para prevenir la aparición de los mismos, reducir y mitigar sus efectos, identificar áreas vulnerables y promover las buenas prácticas.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el registro				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Rondas de Seguridad

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Auditoría Prestacional			
		Procedimiento	Gestión de Riesgos			
		Actividad	Identificar las prácticas inseguras durante la ronda de seguridad "Formato de Rondas de Seguridad"			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripcion	La finalidad es establecer una cultura de buenas prácticas de atención en el Hospital Nacional Edgardo Martín para reducir los riesgos en la presentación de eventos adversos asociados a la atención de los pacientes.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con las Rondas de Seguridad				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Rondas de Seguimiento

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGO						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Rondas de Seguridad en el HNERM			
		Actividad	Identificar las prácticas inseguras durante la ronda de seguridad "Formato de Rondas de Seguridad"			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	La finalidad es establecer una cultura de buenas prácticas de atención en el Hospital Nacional Edgardo Martín para reducir los riesgos en la presentación de eventos adversos asociados a la atención de los pacientes.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con las Rondas de Seguridad				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
		TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna

FICHA DE RIESGO					
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS					
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud		
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos		
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos		
		Procedimiento	Evaluación de la Calidad, Seguridad y Continuidad de Cuidados y Atenciones en Salud Materna		
		Actividad	Realizar visita de evaluación, sea basal o de seguimiento en IPRESS acorde a programación.		
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Identificar los riesgos dentro de los procesos durante la provisión de servicios durante las prestaciones de salud materna		
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María		
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo			
3.2	CODIFICACION				
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el registro			
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente		
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos		
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente		
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información		
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4 VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO	
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05
	Baja	0.30		Bajo	0.10
	Moderada	0.50		Moderado	0.20
	Alta	0.70		Alto	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80
	Muy baja		0.10	Alto	0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad	
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica		
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes			

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Supervisión del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Actividad	Realizar visita de evaluación, sea basal o de seguimiento en IPRESS acorde a programación.			
		Descripción	Responsable realiza Supervisión basado en observación a los pacientes del servicio			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el registro				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto	<p>The diagram is a fishbone (Ishikawa) diagram. The main horizontal line points to the right towards a circle containing the text 'Incumplir con el registro'. Four boxes representing causes are connected to this main line by diagonal lines. From top to bottom, the causes are: 'Información incompleta o inconsistente', 'Falta de Recursos Humanos', 'No se recibe la información oportunamente', and 'Pérdida de información por no contar con respaldo de información'. Each of these four boxes is also labeled 'Riesgo Operativo'.</p>			
4 VALORACION DEL RIESGO						
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
4.1	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

FICHA DE RIESGO					
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS					
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud		
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos		
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos		
		Procedimiento	Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Actividad	Realizar visita de evaluación, sea basal o de seguimiento en IPRESS acorde a programación.		
		Descripción	Contribuir a la disminución de los Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente, durante las prestaciones de salud.		
	Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
		3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo			
3.2	CODIFICACION				
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el registro			
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente		
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos		
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente		
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información		
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACION DEL RIESGO				
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO	
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05
	Baja	0.30		Bajo	0.10
	Moderada	0.50		Moderado	0.20
	Alta	0.70		Alto	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80
Muy baja			0.10	Alto	0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad	
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica		
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes			

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre y hemocomponentes, entre otros)

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Monitoreo de Prácticas Seguras (Higiene de Manos, identificación correcta de pacientes, administración correcta de medicamentos, prevención de caídas, prevención de úlceras por presión, administración de sangre)			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Actividad	Desarrolla estrategias efectivas para la implementación de la Lista de Verificación			
		Descripcion	Disminuir los riesgos durante la atención de salud de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, a través del cumplimiento de prácticas seguras.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
		3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
3.1	TIPO DE RIESGO		Riesgo Operativo			
	3.2 CODIFICACION					
	3.3 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Incumplir con el registro			
	3.4 CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1		Información incompleta o inconsistente		
		Causa N° 2		Falta de Recursos Humanos		
		Causa N° 3		No se recibe la información oportunamente		
Causa N° 4		Pérdida de información por no contar con respaldo de información				
3.4 TECNICA DE DIAGRAMACION		Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Evaluación para la gestión del riesgo asistencial

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGO						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Evaluación para la gestión del riesgo asistencial			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Actividad	Emitir y publicar los resultados			
		Descripcion	Realizar una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con el registro				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica			
		Actividad	Recepciona y evalúa formatos "Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica"			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripcion	Evaluar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) aprobadas para el Hospital, lo cual permitirá fortalecer el trabajo asistencial de los médicos y de todo el personal asistencial del HNERM basada en evidencia			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la Evaluación				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Evaluación de Guías de Práctica Clínica

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Evaluación de Guías de Práctica Clínica			
		Actividad	Ejecución del Plan de Evaluación de Guías de Práctica Clínica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Mejorar la calidad de los procesos de atención de salud a través del uso de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente basadas en evidencias científicas, acerca de un problema clínico específico que permita al personal de salud tomar decisiones de una apropiada y oportuna atención en los servicios del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la Evaluación				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto	<p>The diagram is a fishbone (Ishikawa) diagram. The central horizontal line points to a circle on the right labeled 'Incumplir con la Evaluación'. Four boxes are connected to this line by arrows pointing towards the head: 'Información incompleta o inconsistente' (top left), 'Falta de Recursos Humanos' (top right), 'No se recibe la información oportunamente' (bottom left), and 'Pérdida de información por no contar con respaldo de información' (bottom right). Each of these boxes is connected to the main line by a vertical line, and each of these vertical lines is connected to the main line by a diagonal line, forming a fishbone shape. The word 'Riesgo Operativo' is written next to each of these four boxes.</p>			
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Evaluación de Proyectos de Mejora Continua

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud			
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos			
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos			
		Procedimiento	Evaluación de Proyectos de Mejora Continua			
		Actividad	Elabora informe y retroalimenta al Departamento / Servicio solicitante.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripcion	Establecer los pasos para facilitar el desarrollo de capacidades para la implementación del sistema de gestión de la calidad y establecer la elaboración de proyectos de mejora de la calidad y la aplicación de las técnicas y herramientas para la mejora de procesos.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la Evaluación				
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente			
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos			
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente			
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información			
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACION DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Muy baja		0.10	Alto		0.40
4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes				

Matriz de Probabilidad e Impacto

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

Autoevaluación para la Acreditación

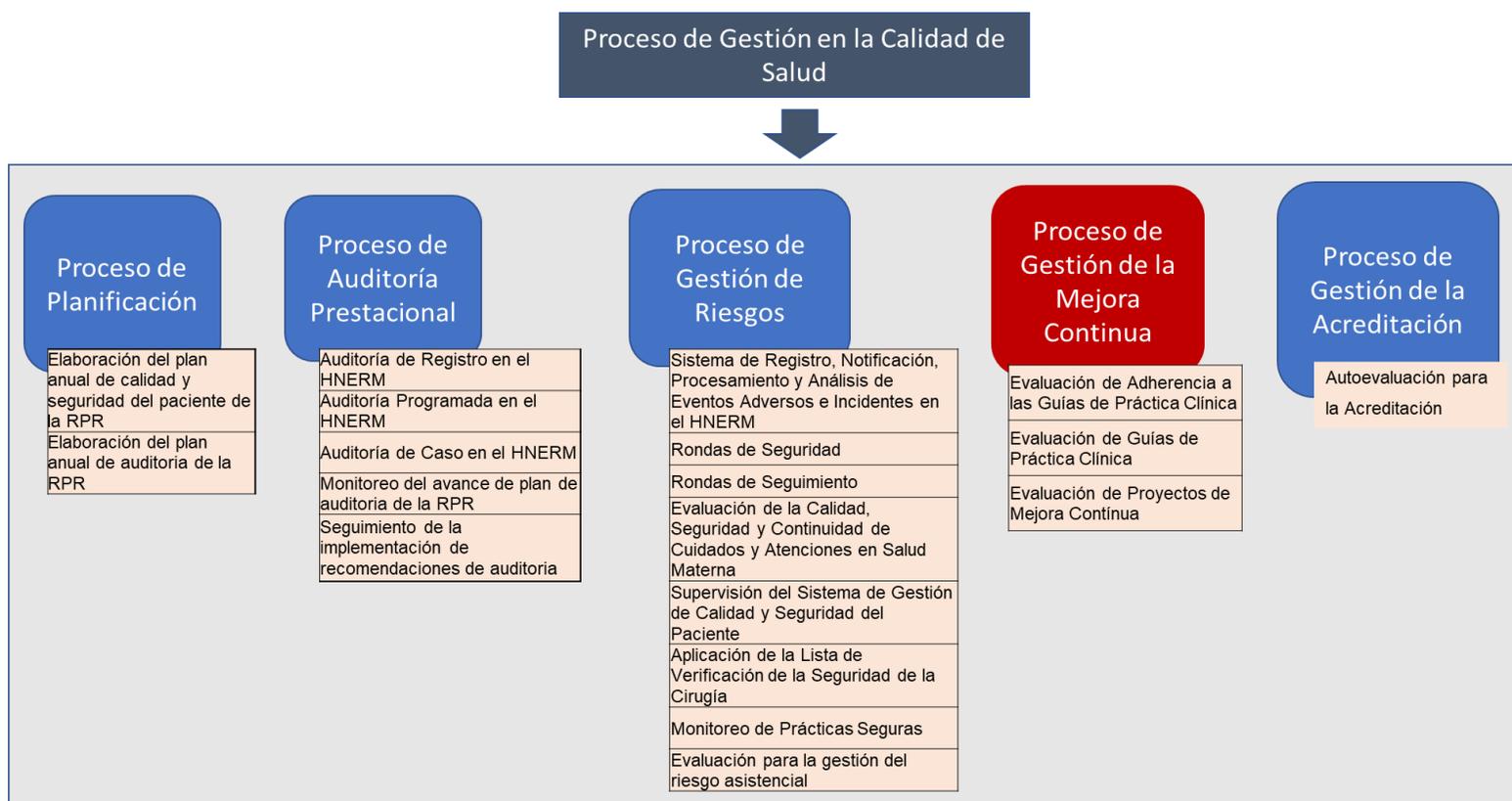
FICHA DE RIESGO					
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIEGOS					
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud		
		Proceso (Nivel 1)	Proceso de Auditoría Prestacional y Gestión de Riesgos		
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de Riesgos		
		Procedimiento	Autoevaluación para la Acreditación		
		Actividad	Elaboración del Plan de Autoevaluación del HNERM y lo presenta a la Oficina de Calidad.		
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Estandarizar la correcta aplicación del listado de estándares en los servicios evaluados. técnicas y herramientas para la mejora de procesos.		
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María		
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo			
3.2	CODIFICACION				
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplir con la elaboración del Plan de Autoevaluación			
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Información incompleta o inconsistente		
		Causa N° 2	Falta de Recursos Humanos		
		Causa N° 3	No se recibe la información oportunamente		
		Causa N° 4	Pérdida de información por no contar con respaldo de información		
	TECNICA DE DIAGRAMACION	Diagrama Causa Efecto			
4 VALORACION DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO	
	Analisis Cualitativo	Analisis Cuantitativo		Analisis	Analisis Cuantitativo
	Muy baja	0.10	0.1	Muy bajo	0.05
	Baja	0.30		Bajo	0.10
	Moderada	0.50		Moderado	0.20
	Alta	0.70		Alto	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80
	Muy baja		0.10	Alto	0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.040	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad	
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo despues de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Direccion	No aplica		
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incumplir los tiempos programados			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento oportuno a las acciones correspondientes			

Matriz de Valoración del Riesgo

Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA OBRA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

10. PROCESOS CRÍTICOS

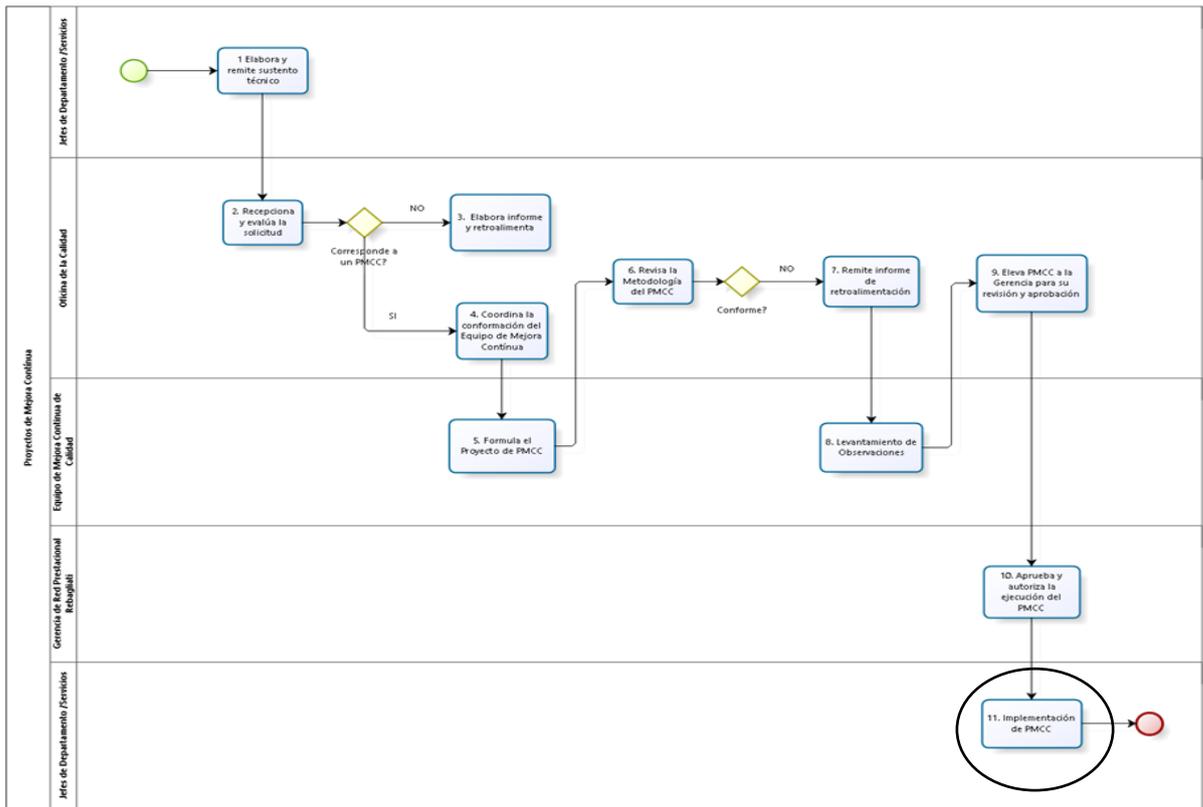
En base a la elaboración de las fichas de procesos y de los diagramas de flujo, se identifica que los procesos críticos de la Oficina de Gestión de Calidad de la Red son los correspondientes al análisis y procesamiento de la información proporcionada por la Red, con el propósito de garantizar que las actividades asistenciales y administrativas se brinden con efectividad, eficiencia y economía para permitir satisfacer las necesidades de atención en salud de nuestros asegurados, sus derechohabientes; por tanto los proyectos de Mejora Continua es el proceso crítico para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Calidad de la Red.



Procedimiento: Proyecto de Mejora Continua

Establecer los pasos para facilitar el desarrollo de capacidades para la implementación del sistema de gestión de la calidad y establecer la elaboración de proyectos de mejora de la calidad y la aplicación de las técnicas y herramientas para la mejora de procesos.

La actividad “Implementación de los Proyectos de Mejora” implica el esfuerzo de implementar los proyectos de mejoras de procesos, contando con los recursos necesarios, tiempos previstos, presupuesto, aprobación del proyecto, entre otros.



11. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Propuesta

- La Oficina de Gestión de Calidad debería contar con un aplicativo de gestión de proyectos que le permita medir el avance de la implementación, y gestionar los proyectos de mejora a implementarse.
- En el procedimiento “Proyecto de Mejora Continua” se requiere un aplicativo TI para la gestión de proyectos, el cual permitirá evitar retrasos midiendo los tiempos, evaluar los recursos necesarios, monitorear el avance de los proyectos propuestos; a fin de llevar a cabo la implementación de los proyectos propuestos.

12. ASPECTOS FINALES

12.1 CONCLUSIONES

- Los procesos de la Oficina de Gestión de la Oficina de Gestión de Calidad de la Red están enmarcados el análisis y procesamiento de la información proporcionada por la Red, a fin de garantizar que los procesos asistenciales y administrativos se brinden con efectividad, eficiencia y economía para permitir satisfacer las necesidades de atención en salud de nuestros asegurados, sus derechohabientes.
- Para el desarrollo de las fichas de procesos se han tomado en cuenta las actividades esenciales que desarrolla en la Oficina de Gestión de Calidad de la Red.
- En los procesos de la Oficina de Gestión de Calidad de la Red se observa la consolidación y análisis de información que podrían ser almacenados y automatizados mediante herramientas de Tecnologías de Información a fin de garantizar la seguridad y oportunidad de la información.

12.2 RECOMENDACIONES

- Es recomendable el uso de un aplicativo TI para el análisis de la información en la Oficina de Gestión de Calidad de la Red a fin de contar con una herramienta para facilitar la conservación de información, explotación y su respectivo análisis.