

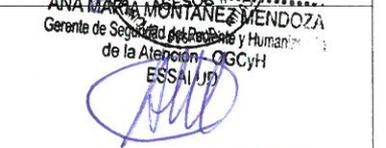


MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL MACROPROCESO E04 GESTIÓN DE LA CALIDAD

Versión As Is 0.0

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

FORMATO DE VALIDACIÓN
MANUAL DE PROCESOS DEL MACROPROCESO E04 GESTIÓN DE LA CALIDAD
de la OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN (OGCyH)

Estado del Manual	Cargo del funcionario	Nombre de Funcionario	Firma de Funcionario
Autorizado por	Jefe de Calidad y Humanización	Rosa Luisa Ebentreich Aguilar	 ROSA LUISA EBENTREICH AGUILAR Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
Validado por	Asesora de la OGCyH	Celia Maribel, Castillo Villacrez	 CELIA MARIBEL CASTILLO VILLACREZ Asesora Ejecutiva
Validado por	Gerente de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención	Ana María, Montañez Mendoza	 ANA MARÍA MONTAÑEZ MENDOZA Gerente de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - OGCyH
Validado por	Gerente de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad	Imelda Beatriz, Leyton Valencia	 LEYTON VALENCIA IMELDA BEATRIZ Gerente de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad - OGCyH

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	RESPONSABLE
01		Versión inicial del documento (1ra.versión)	v.0	Sub gerencia de Procesos de la Gerencia de Organización y Procesos de la Gerencia Central de Planificación y Presupuesto (27/07/2020)

INDICE

1.	OBJETIVO	5
1.1.	Objetivo General	5
1.2.	Objetivos Específicos	5
2.	FINALIDAD	5
3.	ALCANCE	5
4.	BASE LEGAL	5
5.	VIGENCIA	7
6.	DEFINICIONES Y TERMINOS	7
7.	CONSIDERACIONES	16
8.	ASPECTOS GENERALES	17
8.1.	ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS	17
8.2.	DIAGRAMA DE BLOQUES	18
8.3.	MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO	19
8.4.	MATRIZ DE RESPONSABILIDAD	25
9.	ASPECTOS ESPECIFICOS	26
9.1.	INVENTARIOS DE LOS PROCESOS	26
9.2.	FICHA DEL PROCESO DE NIVEL 0, 1 ,2	27
9.3.	MODELADO DE LOS PROCESOS	28
9.4.	PROCEDIMIENTOS	53
9.5.	INDICADORES DE PROCESOS	112
9.6.	FICHAS DE RIESGO	124
10.	PROCESOS CRÍTICOS Y MEJORA CONTINUA	164
11.	ASPECTOS FINALES	168
11.1.	CONCLUSIONES	168
11.2.	RECOMENDACIONES	168

1. OBJETIVO

1.1. Objetivo General

Documentar los procesos y procedimientos a cargo de la Oficina Central de Calidad y Humanización a fin de que sirva de base para establecer lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes que faciliten la implementación de la gestión por procesos en ESSALUD, permitiendo optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los flujos de trabajo, orientados a la prestación de servicios humanizados y de calidad.

1.2. Objetivos Específicos

1.2.1 Sentar las bases para cambiar el tradicional modelo de organización funcional y migrar hacia una organización por procesos transversales que implique generación de valor, de tal manera que asegure la calidad que los bienes y servicios que brinda.

1.2.2. Fortalecer las aptitudes, reducir procesos, simplificación administrativa de procedimientos, a través del uso de las Tecnologías de la Información (TICs) que permitan una mejora continua en los servicios.

1.2.3. Alinear los Macro-procesos con los Objetivos Estratégicos Institucionales

2. FINALIDAD

Documentar los procesos y procedimientos desarrollados por la Oficina Central de Calidad y Humanización como base para fortalecer capacidades del personal. de la Oficina. Orientar las actividades de dicha oficina a una gestión por procesos, propiciando la eficiencia en la gestión institucional.

3. ALCANCE

El presente documento está dirigido a todo el personal de la Oficina Central de Calidad y Humanización, involucradas en la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad de Prestaciones de Salud, Económicas y Sociales que forma parte de los procesos misionales de EsSalud.

Los procesos y procedimientos del presente manual son de aplicación y cumplimiento en todos los Órganos y unidades orgánicas de la Sede Central, Órganos Desconcentrados y Prestadores Nacionales que integran el Seguro Social de Salud - ESSALUD.

4. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- 4.2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 030-2002-PCM.
- 4.3. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- 4.4. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificaciones.
- 4.5. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y sus modificaciones.
- 4.6. Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- 4.7. Decreto Supremo N° 013-2006-5A que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 4.8. Decreto Supremo No 046-2014-PCM que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
- 4.9. Decreto Legislativo 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 4.10. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

- 4.11. Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS No 050- MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
- 4.13. Resolución Ministerial No 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
- 4.14. Resolución Ministerial N°227-2018-PCM proyecto de "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos en las entidades de la Administración Pública".
- 4.15. Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- 4.16. Documento orientador: metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM – Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública
- 4.17. Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, ROF aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva No 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.
- 4.18. Resolución de Gerencia General N° 501- GG-ESSALUD 2012, que aprueba la Directiva N° 007 - GG-ESSALUD- 2012 "Lineamientos para la implementación de Comisiones de Eventos Centinela en /os Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud" (ESSALUD).
- 4.19. Resolución de Defensoría del Asegurado N°04-DA-PE. ESSALUD 2012 que aprueba la Directiva N° 03 DA-PE-ESSALUD 2012 Directiva de implementación de Rondas de Seguridad en los Centros Asistenciales el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- 4.20. Resolución N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba: Directiva No 007-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos".
- 4.21. Directiva No 008-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de /os Pacientes"
- 4.22. Directiva No 009-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la identificación Correcta del Paciente"
- 4.23. Directiva No 010-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión".
- 4.24. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380- PE-ESSALUD 2016, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud ESSALUD".
- 4.25. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 360- PE-ESSALUD 2016, que aprueba la Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud-ESSALUD.
- 4.26. Resolución de Gerencia General N° 1806–GG-ESSALUD-2017, que aprobó la Directiva N° 002 -GG-ESSALUD-2017 V.01 "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD".
- 4.27. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 142-PE-ESSALUD-2017, que modifica la estructura orgánica y el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- 4.28. Resolución de Gerencia General N° 973-GG-ESSALUD-2019, Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud - EsSalud (15/07/2019)
- 4.29. Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N° 4-GCPP-ESSALUD-2019 V.01, "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud"
- 4.30. Carta Circular N° 03-DA-PE-Essalud-2011 que difunde la "Guía del Sistema de Registro, Notificación, Reporte, Procesamiento y Análisis de incidentes y eventos adversos en /os Servicios de Salud - ESSALUD.

5. VIGENCIA

El presente manual tiene vigencia hasta el cambio de estructura y/o funciones de la Oficina Central de Calidad y Humanización.

6. DEFINICIONES Y TERMINOS

Relacionados a Procesos y Procedimientos

- 6.1. **Procedimiento:**
Es la descripción documentada de cómo debe ejecutarse las actividades que conforman un proceso, como su último nivel de desagregación del Proceso nivel 0, tomando en cuenta los elementos que la componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente. Si bien podrían tener equivalencia, los procedimientos tal como se ha conceptualizado no necesariamente son los procedimientos administrativos (art. 29) señalados en la Ley del Procedimiento Administrativo General. El término procedimiento bajo el contexto de Gestión por Procesos, se refiere al “procedimiento del proceso”.
- 6.2. **Proceso:**
Conjunto de actividades mutuamente interrelacionadas y que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en productos o servicios, luego de la asignación de recursos.
- 6.3. **Proceso de Nivel 0:**
Grupo de procesos unidos por especialidad, es el nivel más agregado. Se le conoce también como Macro-proceso.
- 6.4. **Procesos de Nivel 01:**
Es el primer Nivel de desagregación de los procesos de Nivel 0, es un conjunto de actividades que se correlacionan entre ellas y agregan valor a los servicios que el MACROPROCESO E04 GESTIÓN DE LA CALIDAD ofrece, transformando elementos de entradas en un servicio que va al cliente final, es preciso indicar que los procesos se pueden clasificar en Procesos de Gestión, Procesos Operativos y Procesos de Ayuda y Control.
- 6.5. **Proceso de Nivel 02:**
Es el segundo Nivel de desagregación de los procesos de Nivel 0.
- 6.6. **Proceso de Nivel 03:**
Es el tercer Nivel de desagregación de un Proceso de Nivel 0.
- 6.7. **Proceso de Nivel N:**
Último Nivel de desagregación de un Proceso de Nivel 0.
Se describe a través del procedimiento que lo conforma. El término procedimiento bajo el contexto de Gestión por Procesos, se refiere al “procedimiento del proceso”.
- 6.8. **Dueño de Proceso:**
Persona que ocupa el cargo y tiene la responsabilidad del manejo del órgano, unidad orgánica o área, quién realiza la ejecución o desarrollo de un proceso y garantiza que el bien y servicio sea ofrecido en las mejores condiciones al ciudadano o destinatario del mismo. También se le conoce como dueño o propietario del proceso.
- 6.9. **Gestión por Procesos:**
Forma de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de manera transversal y secuencial a las diferentes unidades de organización, para contribuir con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, así como con el logro de los objetivos institucionales. En este marco, los procesos se gestionan como un sistema definido por las redes de procesos, sus productos y sus interacciones, creando así un mejor entendimiento de lo que aporta valor a la entidad.
- 6.10. **Cliente Interno:**
Es el destinatario de los bienes y servicios, que puede ser una persona, grupo, gerencia, subgerencia, entre otros, etc. al interior de EsSalud que recibe un bien y servicio.
- 6.11. **Cliente Externo:**

- Es el destinatario de los bienes y servicios, que puede ser una persona, grupo, entidad, empresa, entre otros, etc. al exterior de EsSalud que recibe un bien y servicio.
- 6.12. Diagrama de Flujo del Proceso:
Es una representación gráfica de las actividades de un proceso, útil para investigar las oportunidades de mejora, al obtener un conocimiento detallado del modo real de funcionamiento del proceso en ese momento.
- 6.13. BPM:
Son las siglas de “Business Process Management”, en español, Gestión de Procesos de Negocio, es una disciplina de gestión compuesta de metodologías y tecnologías, cuyo objetivo es mejorar el desempeño (eficiencia y eficacia) y la optimización de los procesos de negocio de una organización. A través de la gestión de los procesos se deben diseñar, modelar, organizar, documentar y optimizar de forma continua, los procesos.
- 6.14. BPMN:
Son las siglas de “Business Process Management Notation”, en español, Modelo y Notación de Procesos de Negocio, es una notación gráfica estandarizada que permite el modelado de procesos de negocio.
- 6.15. Modelado del Proceso:
Es el término que se usa bajo el estándar BPM para el diagrama de flujo del proceso. A toda la simbología que usa BPM se le denomina BPMN.
- 6.16. Matriz Cliente-Producto,
Es una herramienta que permite la identificación de los bienes y servicios que ofrece la entidad y permite la identificación de los clientes interno y externo que reciben esos bienes y servicios.
- 6.17. Matriz de Responsabilidades:
Es una herramienta que permite relacionar los procesos con las unidades orgánicas que intervienen como participantes y al propietario del proceso. En ella se puede apreciar quién es el dueño del proceso y los involucrados en el logro del objetivo del proceso. El propietario del proceso (un actor clave en el funcionamiento de un proceso) deberá ser identificado por el equipo de procesos respectivo.
- 6.18. Macroproceso o Macro Proceso:
Agrupan a los procesos que comparten un objetivo común, por lo que resulta fundamental definir correctamente los objetivos, asegurando su coherencia con la misión y los objetivos institucionales. Al identificar un Macro-proceso se deberá garantizar el cumplimiento de la función y misión institucional, en los Niveles estratégicos, misionales y de apoyo.
- 6.19. VERSIÓN AS IS:
Es la versión de lo realizado (de la documentación de los procesos elaborados) “tal como” se realiza actualmente en la Institución. La versión TO BE se modelará después que se haga la mejora de dicho proceso.

Relacionados al SGC

- 6.20. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo:
Es el proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) o servicio médico de apoyo.
- 6.21. Atención o Prestación de Salud:
Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población asegurada.

- 6.22. Autoevaluación para la Acreditación:
Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud (IPRESS) que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- 6.23. 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.
- 6.24. Calidad en los Servicios:
Se refiere a que la calidad de los servicios que otorga EsSalud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución y depende de todos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud, con un enfoque de diálogo intercultural y debe ser la misma en todas las agencias, oficinas e IPRESS a nivel nacional.
- 6.25. Eficacia.
Capacidad de obtener resultados satisfactorios, ajustados a los objetivos y las metas
- 6.26. Eficiencia.
Obtención de resultados lo más satisfactorios posibles al menor costo.
- 6.27. Evento Adverso.
Injuria, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- 6.28. Garantía de la Calidad:
Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura orientada siempre a la satisfacción del Asegurado y en el marco del Sistema.
- 6.29. 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 lleva a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- 6.30. Gestión de la Humanización:
Actividades coordinadas para organizar el sistema de salud orientando la actuación de las colaboraciones hacia el servicio del Asegurado, considerándolo como un todo, proporcionando los medios para poder ofrecer una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: psicológica, biológica, social y espiritual.
- 6.31. 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.
- 6.32. Humanización:
Es un enfoque integral que, coherente con los valores institucionales en un marco de derechos, está centrado en el Asegurado, para brindarle, de manera oportuna y segura, con calidad, calidez, empatía y adecuada comunicación, las prestaciones económicas, sociales y sanitarias, y lograr la satisfacción del Asegurado y de nuestros Colaboradores
- 6.33. Humanizar:
Es brindar un trato digno, coherente con los valores del ser humano y respetando sus derechos.
- 6.34. Humanización de la Atención:

- Es orientar la actuación de nuestros Colaboradores hacia el servicio del Asegurado, considerándolo como un todo y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: psicológica, biológica, social y espiritual.
- 6.35. IPRESS - Institución Prestadora de Servicios de salud:
Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- 6.36. 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 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.
- 6.37. Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización:
Es el órgano de asesoramiento de la Alta Dirección encargado de promover la implementación de prácticas de gestión de la calidad, en los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados, Órganos Prestadores Nacionales e IPRESS, ¡del Seguro Social de Salud, EsSalud, depende de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud.
- 6.38. Órganos Desconcentrados:
Se refiere a las redes Asistenciales/Desconcentradas, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) y la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos de EsSalud (CEABE).
- 6.39. Órganos Prestadores Nacionales:
Se refiere a los Hospitales Nacionales, Instituto Nacional Cardiovascular, Centro Nacional de Salud Renal, Centro Nacional de Telemedicina, Gerencia de Procura y Trasplante y la Gerencia de Oferta Flexible.
- 6.40. Plan de Calidad:
Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un producto o proceso.
- 6.41. Política de Calidad:
Intenciones globales y orientación de la organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- 6.42. Práctica Segura:
Es aquella Práctica que reduce el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la práctica clínica a través de una variedad de diagnósticos o condiciones clínicas del paciente.
- 6.43. Proyecto de Mejora Continua:
Es el planteamiento de un conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado y que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una Red o IPRESS.
- 6.44. Servicio:
Conjunto de intangibles tales como desempeños, esfuerzos o atenciones, pero que también incluye elementos tangibles.
- 6.45. Sistema de Gestión de la Calidad:
Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las instancias del Seguro Social de Salud, tanto intra institucionales como extra institucionales, con el propósito de que logren estándares de calidad y seguridad en las prestaciones que se brinda a los asegurados (DOCUMENTO 360-PE-ESSALUD-2016)
- 6.46. Usuario:
Es la persona quien utiliza los servicios, a diferencia de un cliente, un usuario no necesariamente es quien ha adquirido un producto o un servicio.

Relacionados a Gestión de la Calidad

- 6.47. Seguridad del paciente:
Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- 6.48. Acción insegura:
Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:
- La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
 - La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.
- 6.49. Accidente:
Es un suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdida de materiales o de cualquier tipo
- 6.50. Caída:
Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS).
- 6.51. Riesgo de caídas:
Aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico (Taxonomía NANDA-1 2009-2011).
- 6.52. Escala de valoración:
Son instrumentos validados, que se utilizan como complemento del juicio clínico.
- 6.53. Escala de valoración de riesgo de caídas J.H. Downton (1993) y Macdems:
Son instrumentos validados que estandarizan la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos y pediátricos respectivamente, cuya aplicación orienta la aplicación de medidas de prevención en los pacientes hospitalizados (internados y ambulatorios).
- 6.54. Factores de riesgo:
Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
- 6.55. Factores de riesgo extrínsecos o ambientales:
Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente; pueden facilitar las caídas o incrementar las consecuencias graves de éstas. (Haines, Cornwell, Fleming, Varghese & Gray, 2008).
- 6.56. Factores de riesgo intrínsecos o del paciente:
Son aquellos factores asociados a la situación personal de salud del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de caídas (Kim, Lee, & Eom, 2008).
- 6.57. Prevención de caídas:
Cuidados de enfermería u otro profesional de la salud responsable del cuidado del paciente que debe mantener la seguridad del paciente y su entorno mientras esté hospitalizado. Deben ser de conocimiento general y estar estandarizados.
- 6.58. Brazaletes de identificación:
Dispositivos que contienen los datos identificativos inequívocos del paciente y se coloca de preferencia en los miembros superiores del paciente, pudiendo colocarlos también en miembros inferiores si la situación así lo amerita.
- 6.59. Datos identificativos inequívocos del paciente:
Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros. Son: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica.
- 6.60. Identificación del paciente:
Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.
- 6.61. Verificación cruzada:

- Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo (verbal y a través del brazalete) (verbal y a través de su documento de identidad DNI).
- 6.62. Factores del paciente o intrínsecos:
Son aquellos factores asociados a la situación personal y clínica del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de úlceras por presión (Kim, Lee, & Eom, 2008),
- 6.63. Úlceras por presión (UPP):
Puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.
- 6.64. Riesgo de úlceras por presión:
Es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos. Sin embargo, existen una serie de situaciones o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar úlceras en la situación propicia.
- 6.65. Factores de riesgo:
Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
- 6.66. Factores extrínsecos o ambientales:
Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente que pueden facilitar la aparición de úlceras por presión o incrementar las consecuencias graves de éstas (Haines, Cornwell, Fleming, Varghese, & Gray, 2008).
- 6.67. Evento adverso en salud:
Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente.
- 6.68. Efecto adverso:
Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.
- 6.69. Incidente:
Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
- 6.70. Barrera:
Es el control o medida implementada para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema
- 6.71. Cuidado:
Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor.
- 6.72. Buenas prácticas de atención:
Son guías internacionales, nacionales o de la especialidad, que orientan al trabajador de la salud en la labor asistencial e inciden directamente en los aspectos del cuidado del paciente.
- 6.73. Administración de medicamentos:
Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado al paciente por el personal de salud. La administración se realiza a través de diferentes vías de acuerdo a indicación médica escrita. Requiere información previa al paciente y registro del procedimiento realizado.
- 6.74. Error de medicación (EM):
"Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente, u ocasione la utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación,

- seguimiento y utilización" (NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention 2001)
- 6.75. Reporte de enfermería:
Es el informe que realiza la enfermera (o) al finalizar el turno sobre el cuidado integral de enfermería al paciente y familia, para su continuidad, así como del personal, patrimonio y otra eventualidad.
- 6.76. Sistema de notificación de eventos adversos:
Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de analizar los factores que contribuyen a su presentación y aprender de los errores. Es una herramienta para mejorar la cultura de la seguridad.
- 6.77. Protocolo de Londres:
Constituye una metodología de la gestión de la calidad utilizada para la investigación de los eventos adversos. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. La metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual.
- 6.78. Análisis causa raíz:
Metodología que permite el análisis de los procesos de una atención en la cual se ha identificado un evento adverso, determinando las posibles fallas o errores de la atención con la finalidad de corregirlos evitando así su repetición. ~
- 6.79. Proceso de análisis:
La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. En la práctica diaria las fallas activas (acciones u omisiones) que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura.
- 6.80. Contexto clínico:
Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.
- 6.81. Factor contributivo:
Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Ejemplo: - Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones. - Ausencia de protocolos. - Falta de conocimiento o experiencia. - Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial. - Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.
- 6.82. Fallas activas:
Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.
- 6.83. Fallas latentes:
Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema.
- 6.84. Investigación y análisis de incidentes:
El proceso de investigación y análisis está estandarizado: 1) Investigación y decisión de investigar. 2) Selección del equipo investigador, 3) Obtención y organización de información, 4) Cronología del incidente, 5) Factores contributivos, 6) Recomendaciones y 7) Plan de Intervención para la Mejora.
- 6.85. Plan de intervención para la mejora:
Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador. Asignar un responsable de implementar las acciones.

- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

- 6.86. **Gestión de eventos adversos/evento centinela:**
Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o Evento Centinela con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros) para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los centros asistenciales de EsSalud.

Otras definiciones

6.87. **Política Nacional para la Calidad**

Es una política del Estado que comprende a todos los niveles de gobierno y actores públicos y privados. Se inscribe en el marco legal y de políticas públicas descrito, así como en el conjunto de normas y políticas sectoriales sobre la materia. Adicionalmente, respeta los tratados, acuerdos y convenios internacionales ratificados por el Perú, relacionados con el comercio internacional. Documento cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la competitividad de la producción y comercialización de bienes y/o servicios, coadyuvando a que las personas tengan una mejor calidad de vida y al desarrollo sostenible, a través de la orientación y articulación de acciones vinculadas al desarrollo, promoción y demostración de la calidad (DS.046-2014-PCM).

6.88. **Política Nacional de Calidad en Salud**

Documento cuyo objetivo es establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú.

6.89. **Plan Anual de Gestión de la Calidad y planes específicos.**

Son aquellos planes que se elaboran en el marco de las disposiciones normativas nacionales, debiendo cumplir con los lineamientos establecidos en los Sistemas de Administrativos. Los objetivos generales y específicos de los planes vinculados a Sistemas Administrativos del Estado deben guardar coherencia con la misión, misión y los objetivos estratégicos institucionales del Plan Estratégico institucional del Seguro Social de Salud-EsSalud vigente, así como con los objetivos-sectoriales, de corresponder. Estos planes específicos deben estar incluidos en el Plan Operativo institucional. Por ejemplo: Plan Operativo informático, Plan Anual de Contrataciones, Plan de Desarrollo de las Personas, Plan Anual de la Administración de Archivos, entre otros; su aprobación es mediante Acuerdo de Consejo Directivo, Resolución de Presidencia Ejecutiva o Gerencia General, según la normatividad vigente.

La formulación, aprobación y evaluación de estos planes, no requieren seguir los procedimientos establecidos.

6.90. **Plan de Gestión de la Calidad**

Documento el cual tiene por finalidad establecer los lineamientos técnicos administrativos para la implementación y desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad de la organización, incorporando estándares de calidad asistencial y administrativa, seguridad y trato humanizado en la atención de los Asegurados en todos los servicios que oferta ESSALUD, en concordancia, con el Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD, la Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD, el Plan Maestro, la Política Nacional de Calidad en Salud y la Política Nacional de Calidad (Resol 393-PE-ESSALUD-2016).

6.91. **Regulación**

Proceso mediante el cual una unidad administrativa es responsable de formular una disposición normativa por ser de su competencia, o por haber sido designada para ellos por el órgano al que le corresponde suscribir el documento de aprobación de esta, por pertenecerá a su ámbito o sistema.

6.92. Capacitación

Es el proceso educacional mediante el cual el personal adquiere y desarrolla conocimientos relativos al trabajo y genera un valor agregado en la gestión, por ello es necesario contar con un plan de capacitación, que responda a la necesidad de contar con personal calificado y comprometido, lo que a la vez redundará en beneficio de la organización, así como desarrollar y fortalecer las competencias de los profesionales que gestionan nuestra institución (Resol.643-PE-ESSALUD-2016).

6.93. Asistencia Técnica

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

6.94. Plan de supervisión, monitoreo y Evaluación (SME)

La 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. 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/los supervisor(es) y supervisado(s).

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

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

6.95. Instrumento de Calidad

Mecanismos utilizados para alcanzar el propósito del sistema de gestión de la calidad (encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, formatos para la autoevaluación, matriz para el análisis de resultados de autoevaluación, matriz para la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad, etc.) (Directiva Administrativa 158-MINSA/DGSP-V.01).

6.96. Cultura de calidad

La cultura de calidad es una condición clave en las entidades, no solo para lograr una implementación efectiva de la misión, visión, principios y valores de la entidad, sino principalmente, para satisfacer a la persona. Dicha cultura es conducida por la Alta Dirección y puesta en práctica por los servidores públicos, por lo que es necesario conocer el nivel de desarrollo existente al interior de la entidad.

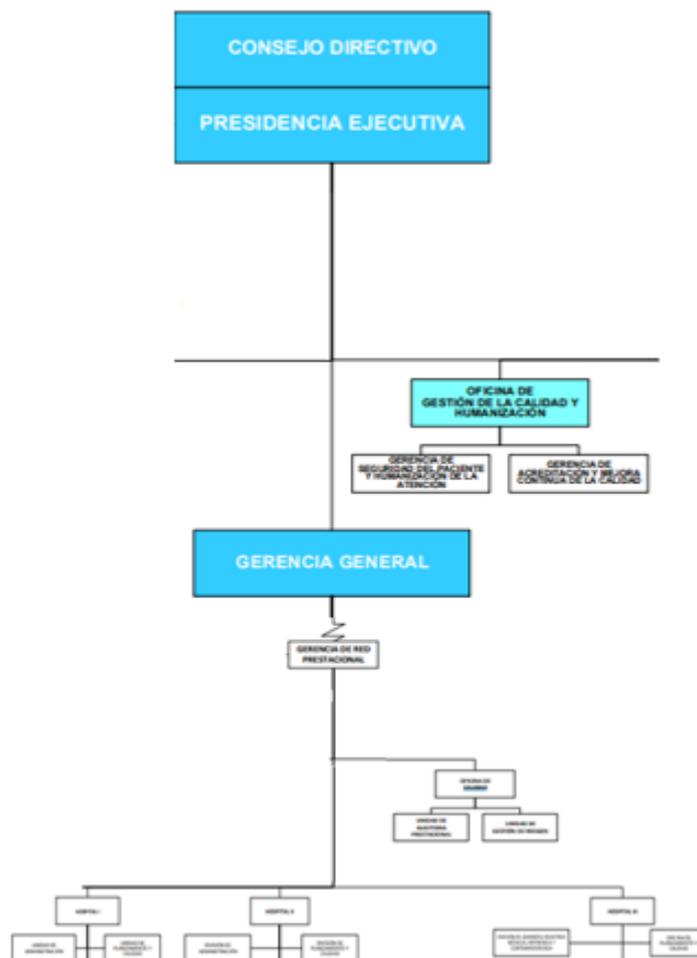
SIGLAS

- 6.97. OCC y OODD - Órganos Centrales y Desconcentrados de EsSalud
- 6.98. IPRESS - Institución Prestadora de Servicios de salud
- 6.99. SGC - Sistema de Gestión de la Calidad
- 6.100. GR – Gestión de Riesgos
- 6.101. RSP - Relacionados a la Seguridad del Paciente
- 6.102. Eventos RSP – Eventos Relacionados a la Seguridad del Paciente

7. CONSIDERACIONES

El presente Manual comprende las actividades que son de responsabilidad de la Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central, Oficina de Calidad de las Redes Prestacionales y Oficinas de Calidad o las que hagan sus veces en las IPRESS, cuya organización está dada de la siguiente manera:

- 7.1. El presente Manual de Procesos y Procedimientos de la Gerencia Central de Calidad y Humanización está sujeto a modificaciones y/o actualizaciones, debido a que constantemente se realizan mejoras en los procesos para la Satisfacción del Usuario.
- 7.2. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) supervisa a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), y evalúa los estándares de calidad de los servicios brindados por cada tipo de institución.
- 7.3. El presente Manual de Procesos y Procedimientos se ha diseñado en base a la Metodología de la Presidencia de Consejo de Ministros (PCM), Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2018-SGP, Norma Técnica para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública.



8. ASPECTOS GENERALES

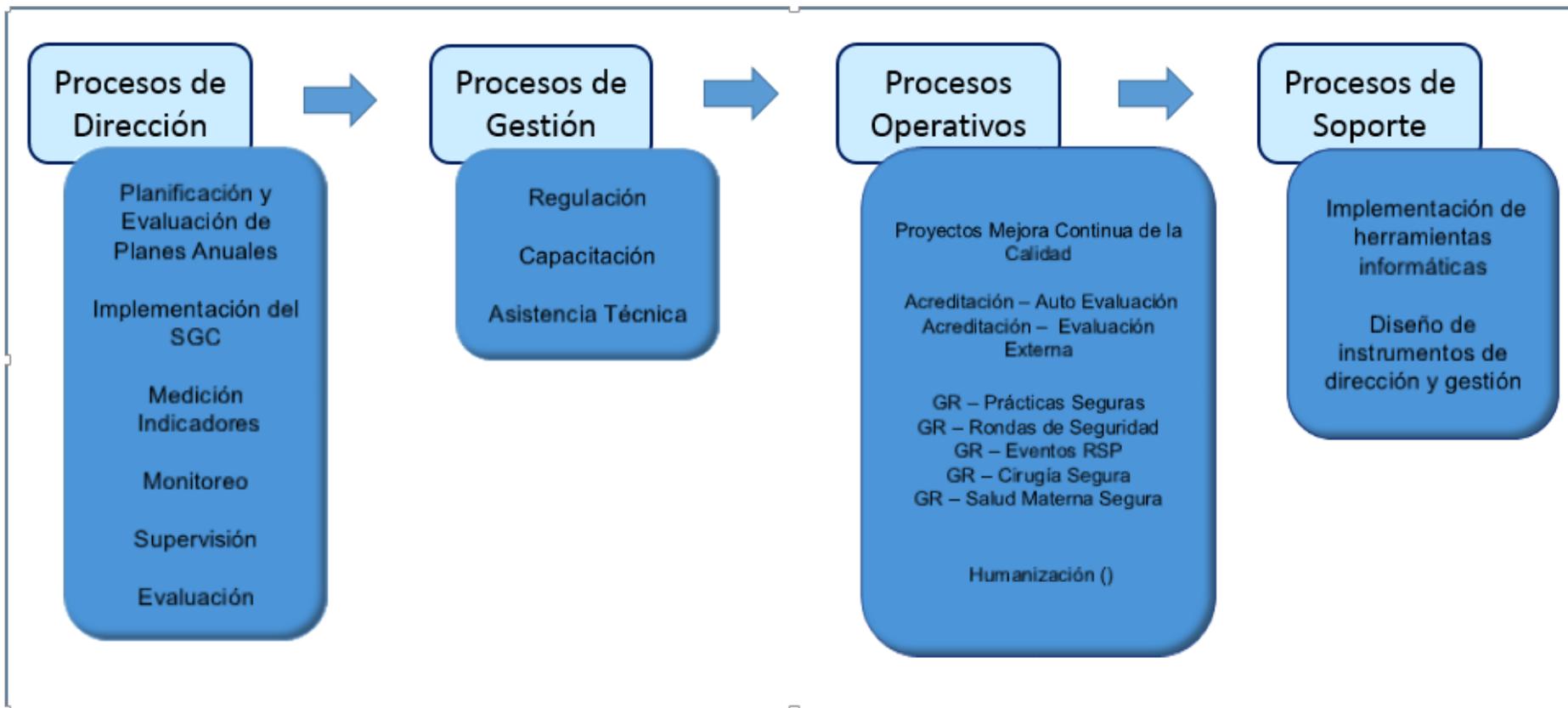
8.1. ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS VS MACRO-PROCESOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO PEI 20120-2024	ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES	MACRO-PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OEI.01 Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	AEI. 1.1 Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales	E01 Gestión de Planificación Estratégica M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S02 Gestión Financiera E03 Gestión de Riesgos S01 Gestión Logística	Ratio de deuda respecto al Presupuesto Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito
	AEI. 1.2 Manejo eficiente de los gastos institucionales	M02 Prestaciones de Salud E04 Gestión de Calidad E02 Modernización M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas E06 Control Interno	Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total
OEI.02 Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	AEI. 2.1 Mejorar el modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas	Satisfacción del usuario Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido Porcentaje de cumplimiento de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido
	AEI. 2.2 Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados	M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S04 Gestión Jurídica E04 Gestión de Calidad	Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente
	AEI. 2.3 Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	E02 Modernización E03 Gestión de Riesgos	Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V Porcentaje de referencia no pertinentes Porcentaje de Contrarreferencias
	AEI. 2.4 Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S08 Gestión de Proyectos de Inversión S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación	Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en Radiología y Ecografía Porcentaje de equipamiento operativo de Resonador, Tomógrafo, Equipo de Rayos X, Ecógrafo, Endoscopio
	AEI. 2.5 Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	S03 Gestión de Capital Humano E01 Gestión de Planificación Estratégica	Porcentaje de personal evaluado Ratio médico x10000 asegurados Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)
	AEI. 2.6 Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	S06 Gestión de Seguridad Integral, Emergencias y desastres E06 Control Interno	Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad
OEI.03 Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI. 3.1 Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Modernización	Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones Porcentaje de sistemas clave interoperables
	AEI. 3.2 Implementación de Sistemas Interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución	S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión S05 Gestión Documental	Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables Porcentaje de aplicativos implementados en nube
	AEI. 3.3 Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	M01 Gestión de Aseguramiento en Salud E05 Gestión de Imagen Institucional E06 Control Interno	Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales Índice de percepción de buen trato en los servicios
	AEI. 3.4 Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	E04 Gestión de Calidad S03 Gestión de Capital Humano E03 Gestión de Riesgos	Índice de clima laboral

Elaborado : Subgerencia de Procesos - GOP

8.2. DIAGRAMA DE BLOQUES



8.3. MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO

8.3.1 OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

Matriz Cliente Producto de OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN								
Producto	Prácticas de gestión de la calidad, en los órganos centrales y desconcentrados de ESSALUD implementadas.	Políticas, lineamientos, normas y estándares mínimos de gestión de riesgos para la seguridad del paciente y la garantía de la calidad en el ámbito institucional propuestas y evaluadas.	Asistencia técnica y soporte a los órganos de la institución para promover una cultura de la calidad y trato humanizado en la institución realizadas.	Acciones de prevención y mitigación de los eventos adversos en los procesos de atención de los asegurados evaluadas.	Planes, programas y estrategias para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente formuladas, propuestas y evaluadas.	Instrumentos de gestión de calidad y mejora continua en los servicios de los órganos elaboradas.	Indicadores de control de la calidad en los órganos de ESSALUD a nivel nacional, monitoreados y evaluados.	Acciones de investigación, medición de la calidad y seguridad en la atención del paciente promovidas y evaluadas.
Cliente								
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	-Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Redes y organos Desconcentrados	-Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Redes y organos Desconcentrados	-Redes y organos Desconcentrados -EESS	-Redes y organos Desconcentrados -EESS	-Redes y organos Desconcentrados -EESS	-Redes y organos Desconcentrados -EESS	-Redes y organos Desconcentrados	-Redes y organos Desconcentrados -EESS
Cliente Externo (fuera de EsSalud)								

8.3.2 GERENCIA DE ACREDITACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Matriz Cliente Producto de la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad			
Producto	Acciones del Sistema de Garantía y Mejora de la Calidad diseñadas, planificadas y con seguimiento de la implementación.	Política, objetivos y estándares de la garantía de la calidad diseñadas y difundidas, que defina y explicita los derechos de los asegurados y el compromiso institucional de satisfacción de las necesidades y expectativas de los asegurados y usuario en general.	Oportunidades de mejora asociadas con los procesos internos identificados, sistematizados y evaluados. Planes de acción enfocados a asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad con los asegurados impulsados.
Cliente			
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	<ul style="list-style-type: none"> -Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Gerencia Central de Gestión de las Personas -Redes y organos Desconcentrados 	<ul style="list-style-type: none"> -Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Gerencia Central de Gestión de las Personas -Redes y organos Desconcentrados 	-Redes y organos Desconcentrados
Cliente Externo (fuera de EsSalud)			

Matriz Cliente Producto de la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad			
Producto	Normas, estrategias, metodologías e instrumentos para la garantía y mejora continua de la calidad elaboradas y evaluadas, a ser aplicadas en la prestación de salud.	Asistencias técnicas realizadas para facilitar la implementación de las actividades del proceso de acreditación de los establecimientos de salud de propiedad de ESSALUD brindadas.	Acciones de Investigación y medición de la calidad en los procesos de atención del paciente planificados y ejecutados. Estándares mínimos en los aspectos más relevantes de la atención, propuestos.
Cliente			
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	<ul style="list-style-type: none"> -Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Gerencia Central de Gestión de las Personas -Redes y organos Desconcentrados 	-Redes y organos Desconcentrados	-Redes y organos Desconcentrados
Cliente Externo (fuera de EsSalud)		MINSA	

8.3.3 GERENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Matriz Cliente Producto de la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención				
Producto	Cultura de calidad, trato humanizado y de seguridad, que permita minimizar los riesgos y posibles daños relacionados con la atención de salud de los asegurados construidos (implementados).	Riesgos e incidente relacionados con pacientes, identificados y analizados, con el fin de prevenir y actuar sobre los múltiples factores desencadenantes de eventos adversos durante el proceso de atención de la salud.	Políticas, normas, estándares mínimos y procedimientos de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente elaborados.	Programa de Humanización de la Atención formulado y propuesto, evaluando su impacto sobre la satisfacción de los asegurados.
Cliente				
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	-Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Gerencia Central de Gestión de las Personas -Redes y organos Desconcentrados	-Redes y organos Desconcentrados	-Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Gerencia Central de Gestión de las Personas -Redes y organos Desconcentrados	-Redes y organos Desconcentrados -EESS
Cliente Externo (fuera de EsSalud)				

Matriz Cliente Producto de la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención					
Producto	Formación de competencias enfocadas en los valores elaborada, para fortalecer la gestión de la humanización de la atención, propuestas.	Acciones que garanticen la mejora continua de los procesos orientados hacia la seguridad del paciente planificados, ejecutados y evaluados.	Profesionales de la salud que realizaron Investigación y capacitación técnica , en coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas.	Indicadores del programa de humanización monitoreados y evaluados.	Acciones para implementar el control interno y administrar los riesgos que correspondan en el ámbito o de sus funciones desarrolladas.
Cliente					
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	-Redes y organos Desconcentrados -EES	-Redes y organos Desconcentrados -EES	-Redes y organos Desconcentrados	-Alta Dirección -Gerencia de Planeamiento Corporativo -GCPP -Gerencia Central de Atención al Asegurado. -Gerencia de Central de Operaciones. -Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Economicas -Gerencia Central de la persona Adulto Mayor y Persona con Discapacidad -Gerencia Central de Gestión de las Personas -Redes y organos Desconcentrados	-Redes y organos Desconcentrados
Cliente Externo (fuera de EsSalud)					

8.3.4 Oficina de Calidad de la Red Asistencial

Matriz Cliente Producto de Oficina de Calidad de la RED Asistencial de Esalud				
	Estrategias, metodologías e instrumentos del SGC en los servicios de salud de la red implementadas.	Indicadores de control de la calidad monitoreados, evaluados e informados.	Cumplimiento de las auditorías médicas evaluadas y dirigidas.	<u>Formulación de guías de práctica clínica y procedimientos asistenciales y otros instrumentos</u> de gestión de calidad coordinadas.
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional
Cliente Externo (fuera de EsSalud)				

Matriz Cliente Producto de Oficina de Calidad de la RED Asistencial de Esalud				
	Efectos adversos de los medicamentos, medicamentos complementarios, productos hemoderivados y biológicos y otros, detectadas, evaluadas y prevenidas.	<u>Planes estratégicos y operativos</u> institucionales y política de humanización con enfoque de calidad incorporados.	Autoevaluación, proceso de acreditación y auditoría clínica apoyadas según normativa.	Normas de código de ética de transparencia, acceso y protección de la información, de bioseguridad y salud ambiental del SGC, sistema de seguridad y salud en el trabajo y sistema de control interno implementadas.
Cliente Interno (dentro de EsSalud)	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional	Oficina Central de Calidad y Humanización de la Sede Central Jefatura de la RED Prestacional
Cliente Externo (fuera de EsSalud)				

8.4. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES																			
PROCESOS OFICINA DE GESTIÓN de la CALIDAD y HUMANIZACIÓN y Oficinas de Calidad de Redes e IPRESS	PROCESOS PRINCIPALES MACROPROCESO E04 GESTIÓN DE LA CALIDAD																		
	E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes Anuales	E04.01.02 Proceso Implementación del SGC	E04.01.03 Proceso Medición Indicadores	E04.01.04 Proceso Monitoreo	E04.01.05 Proceso Supervisión	E04.01.06 Proceso Evaluación	E04.02.01 Proceso Regulación	E04.02.02 Proceso Capacitación	E04.02.03 Proceso Asistencia Técnica	E04.03.01 Proceso Proyectos Mejora Continua	E04.03.02 Proceso Acreditación	E04.03.03 Proceso GR - Practicas Seguras	E04.03.03 Proceso GR - Rondas de Seguridad	E04.03.03 Proceso GR - Eventos RSP	E04.03.03 Proceso GR - Cirugía Segura	E04.03.03 Proceso GR - Salud Materna Segura	E04.03.04 Proceso Humanización	E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas	E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión
Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención	A,R	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	I	I	I	I	I	I	A,R	A,R
Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad	A,R	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	I	I	I	I	I	I	A,R	A,R
Gerencia de Red		C	C	C	C	C	A	A	A	C	C	C	C	C	C	C	C		
Oficina de Calidad de RED		C	C	C	C	C	R	R	R	C	C	C	C	C	C	C	C		
Gerencia IPRESS		A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A	A	A		
Oficina de Calidad de IPRESS		R	R	R	R	R				R	R	R	R	R	R	R	R		
NOTA: I: <i>Responsable / Responsable.</i> Es el que encarga de hacer la tarea o actividad. A: <i>Accountable / Porrazna a carga.</i> Es la porrazna que es responsable de que la tarea esté hecha. No es la misma que la R, ya que no tiene por qué ser quien realiza la tarea, puede delegarla en otras. Sin embargo, si es quien debe asegurarse de que la tarea se haga, y se haga bien. C: <i>Consulted / Consultar.</i> Las recursos con este rolizan las porrazna con las que hay consultar datos o decisiones con respecto a la actividad a proceso que se define. I: <i>Informed / Informar.</i> A estas porrazna se les informa de las decisiones que se toman, resultados que se producen, estado del servicio, grado de ejecución... Tada las filas tienen que tener una y solo una A, el menor una R , y pueden tener ninguna o varias C e I . Un mismo recurso puede tener varias roles, por ejemplo, ser responsable y porrazna a carga de la tarea (RA).																			

9. ASPECTOS ESPECIFICOS

9.1. INVENTARIOS DE LOS PROCESOS

Procesos Nivel 0	Proceso Nivel 1	Proceso Nivel 2
E04 Gestión de la Calidad	E04.01 Procesos de Dirección	E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes Anuales
		E04.01.02 Proceso Implementación del SGC
		E04.01.03 Proceso Medición Indicadores
		E04.01.04 Proceso Monitoreo
		E04.01.05 Proceso Supervisión
		E04.01.06 Proceso Evaluación
	E04.02 Procesos de Gestión	E04.02.01 Proceso Regulación
		E04.02.02 Proceso Capacitación
		E04.02.03 Proceso Asistencia Técnica
	E04.03 Procesos Operativos	E04.03.01 Proceso Proyectos Mejora Continua de la Calidad
		E04.03.02 Proceso Acreditación - Autoevaluación IPRESS
		E04.03.02 Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS
		E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Prácticas Seguras
		E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Rondas de Seguridad
		E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Eventos RSP
		E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Cirugía Segura
		E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Salud Materna Segura
		E04.03.04 Proceso Humanización ()
	E04.04 Procesos de Soporte	E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas
		E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión

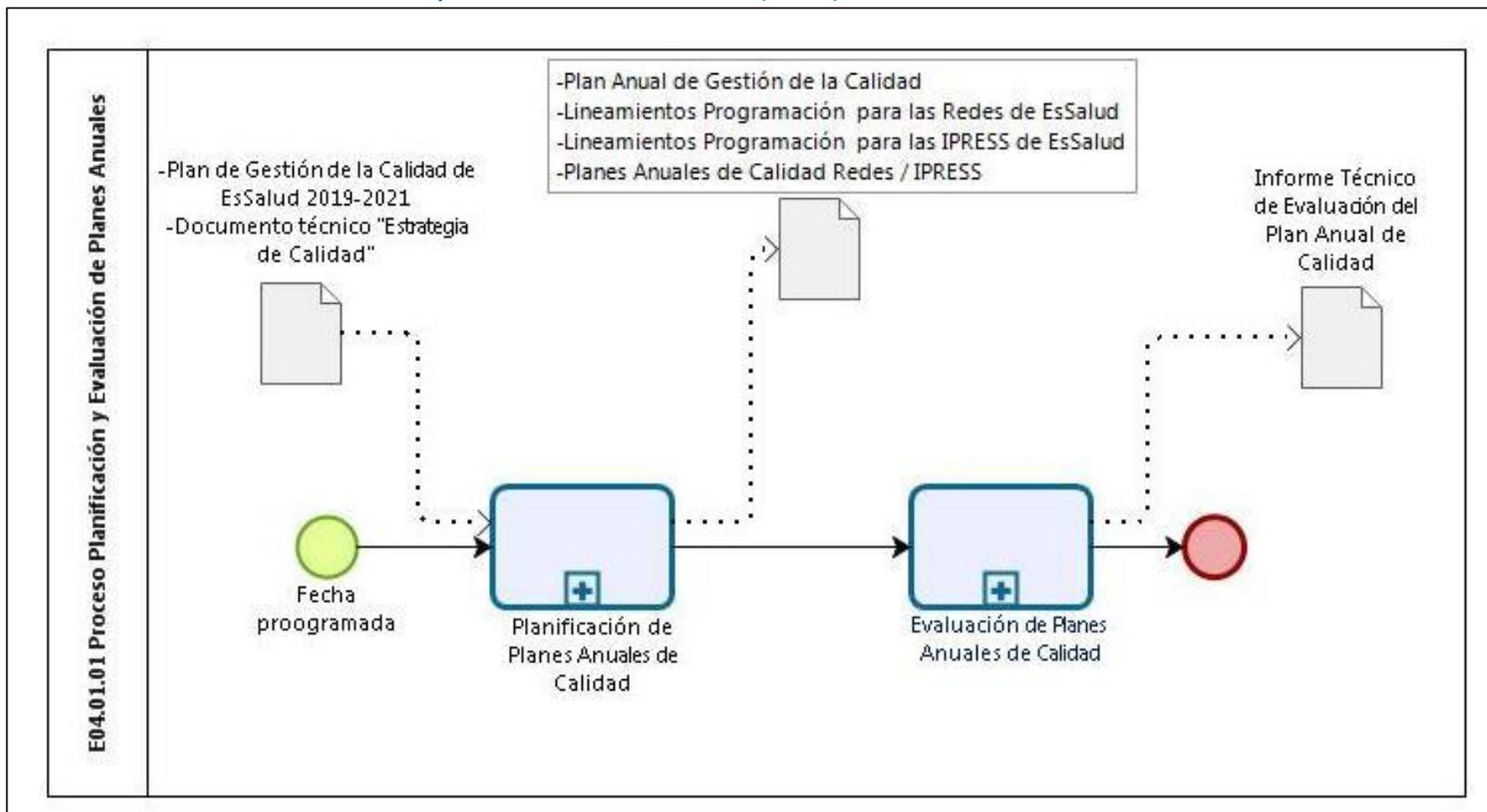
9.2. FICHA DEL PROCESO DE NIVEL 0, 1, 2

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 0, 1, 2 (23.07.2020)					
1) Nombre	E04 GESTIÓN DE LA CALIDAD			4) Responsable	Oficina Central de Calidad y Humanización
2) Objetivo	Impulsar en EsSalud el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para brindar las prestaciones de salud, económicas y sociales integrales como oportunas, humanizadas y de calidad, a través de la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos.			5) Requisitos	Normativa del Sector Salud Normativas Internas de EESALUD
3) Alcance	En todas los Órganos y Unidades orgánicas, agencias, oficinas e IPRESS que brindan prestaciones de Salud, Económicas y Sociales en EsSalud			6) Clasificación	Macroproceso Estratégico
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO					
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 1,2	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios	
MINSA EESS de EsSalud	<ul style="list-style-type: none"> -Acuerdos de Gestión -Estándares de Calidad -Encuesta de satisfacción de pacientes -Reportes de Eventos Adversos de pacientes -Reportes de incidentes con pacientes -PEI de Essaud -Normativas del MINSA -Quejas y Reclamos -Reporte de Eventos Adversos -Riesgos de accidentes de la practica clínica 	E04.01 Procesos de Dirección E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes Anuales E04.01.02 Proceso Implementación del SGC E04.01.03 Proceso Medición Indicadores E04.01.04 Proceso Monitoreo E04.01.05 Proceso Supervisión E04.01.06 Proceso Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado - Prácticas de gestión de la calidad implementadas. - acciones de prevención y mitigación de los eventos adversos evaluadas. - proyectos de mejora continua implementados - Eventos RSP mitigados - IPRESS acreditados con Resol Ministerial - Programa de Humanización implementados - Informes de Supervisión - Directiva aprobadas 	<ul style="list-style-type: none"> Clientes Internos - Gerencia General y/o Consejo Directivo - Órganos de Sede Central - Órganos Desconcentrados - Comité de Calidad Clientes Externos MINSA SUSALUD 	
		E04.02 Procesos de Gestión E04.02.01 Proceso Regulación E04.02.02 Proceso Capacitación E04.02.03 Proceso Asistencia Técnica			
		E04.03 Procesos Operativos E04.03.01 Proceso Mejora Continua de la Calidad E04.03.02 Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS E04.03.02 Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Practicas Seguras E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Rondas de Seguridad E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Eventos RSP E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Cirugía Segura E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Salud Materna Segura E04.03.04 Proceso Humanización			
		E04.04 Procesos de Soporte E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión			
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO					
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos		
Por definir	.Personal de la OGcyH .Personal del área de Calidad de las IPRESS/REDES		Directivas y Procedimientos de la OGcyH		
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO					
15) Registros	16) Indicadores				
Aplicativos desarrollados en la OGcyH para el registro de la información para la elaboración de Informes.	ver fichas de Indicadores				

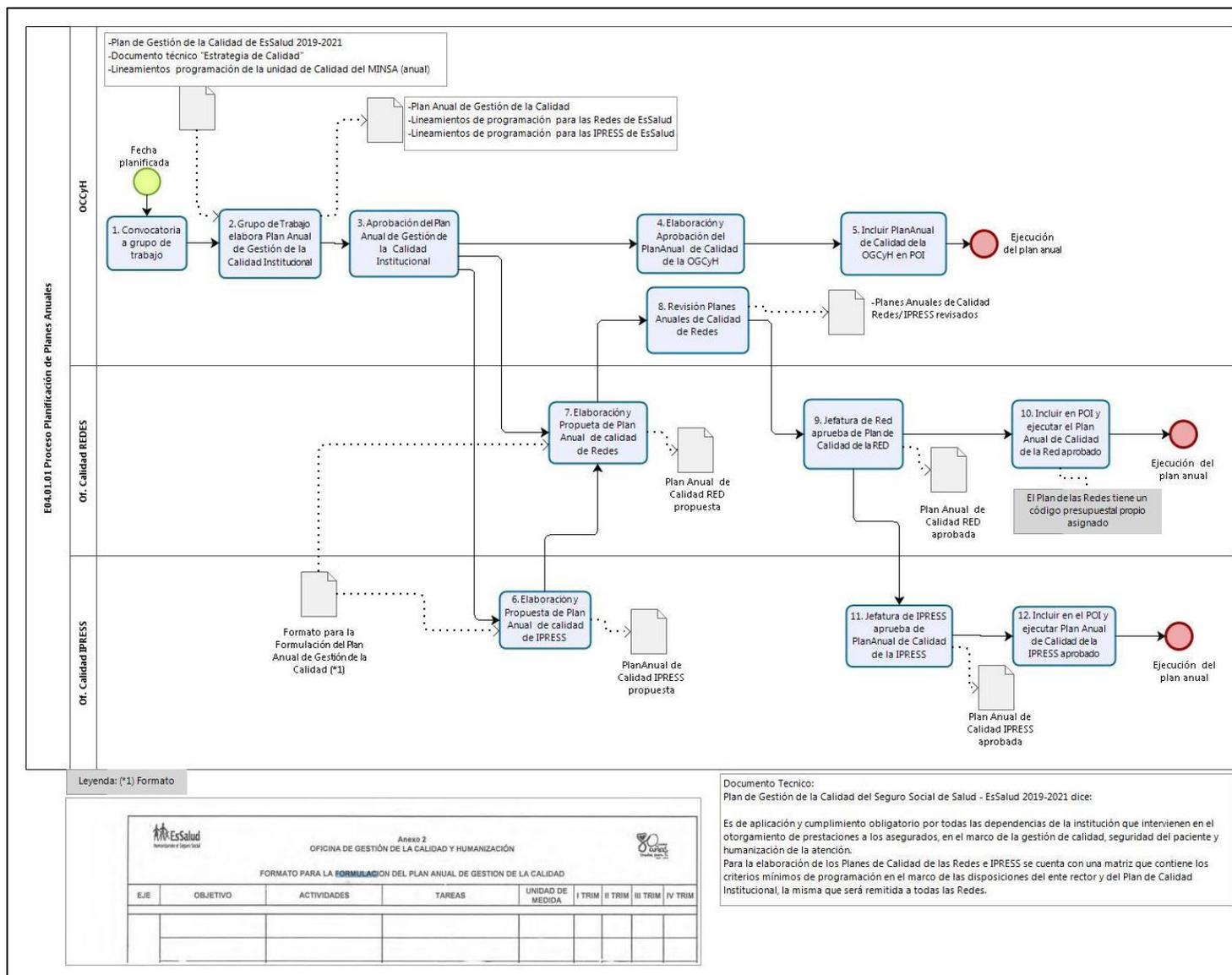
9.3. MODELADO DE LOS PROCESOS

MODELADO DE LOS PROCESOS

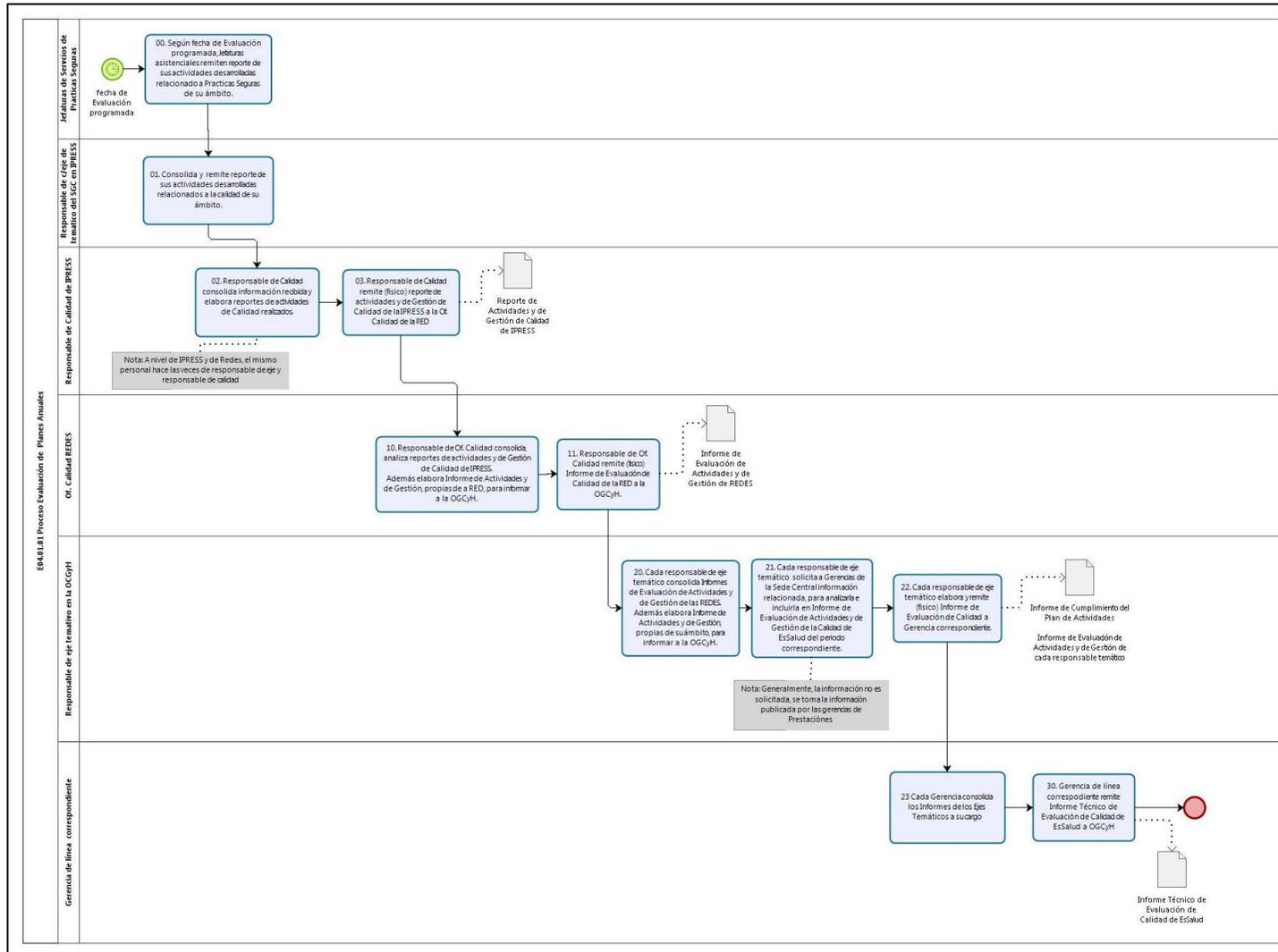
E04.01.01 Modelado Proceso Planificación y Evaluación de Planes Anuales (Macro)



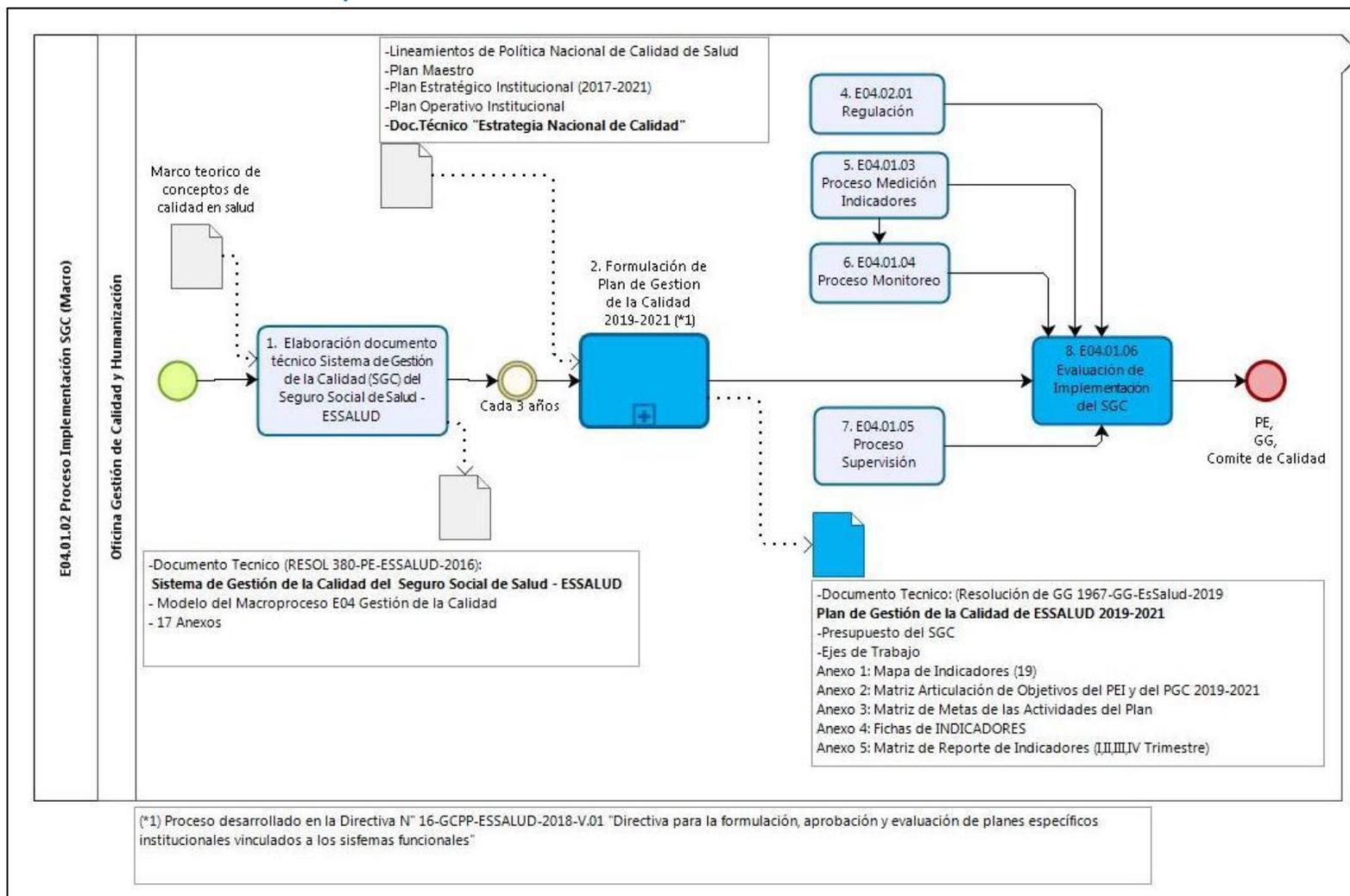
E04.01.01 Modelado Proceso Planificación de Planes Anuales



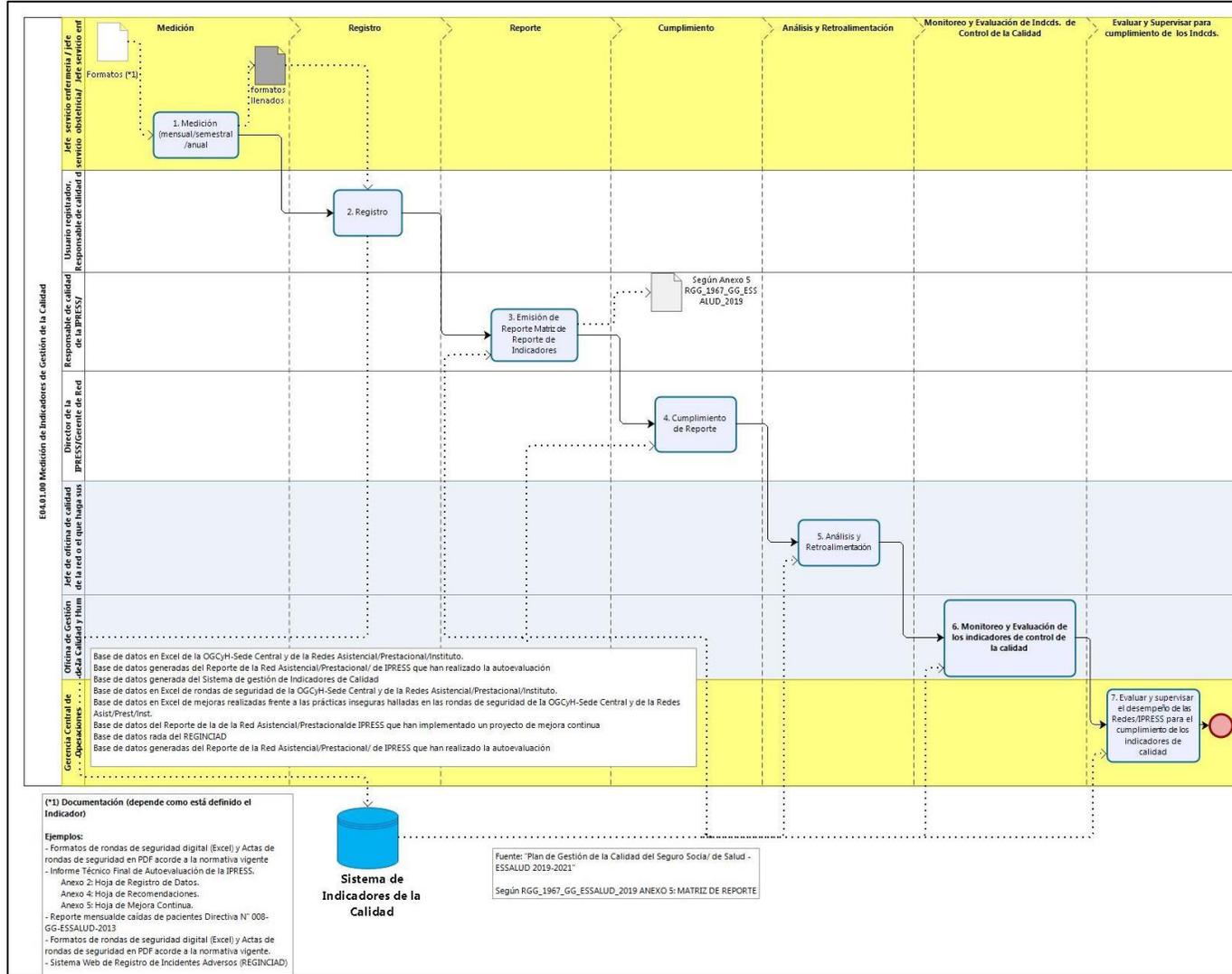
E04.01.01 Modelado Proceso Evaluación de Planes Anuales



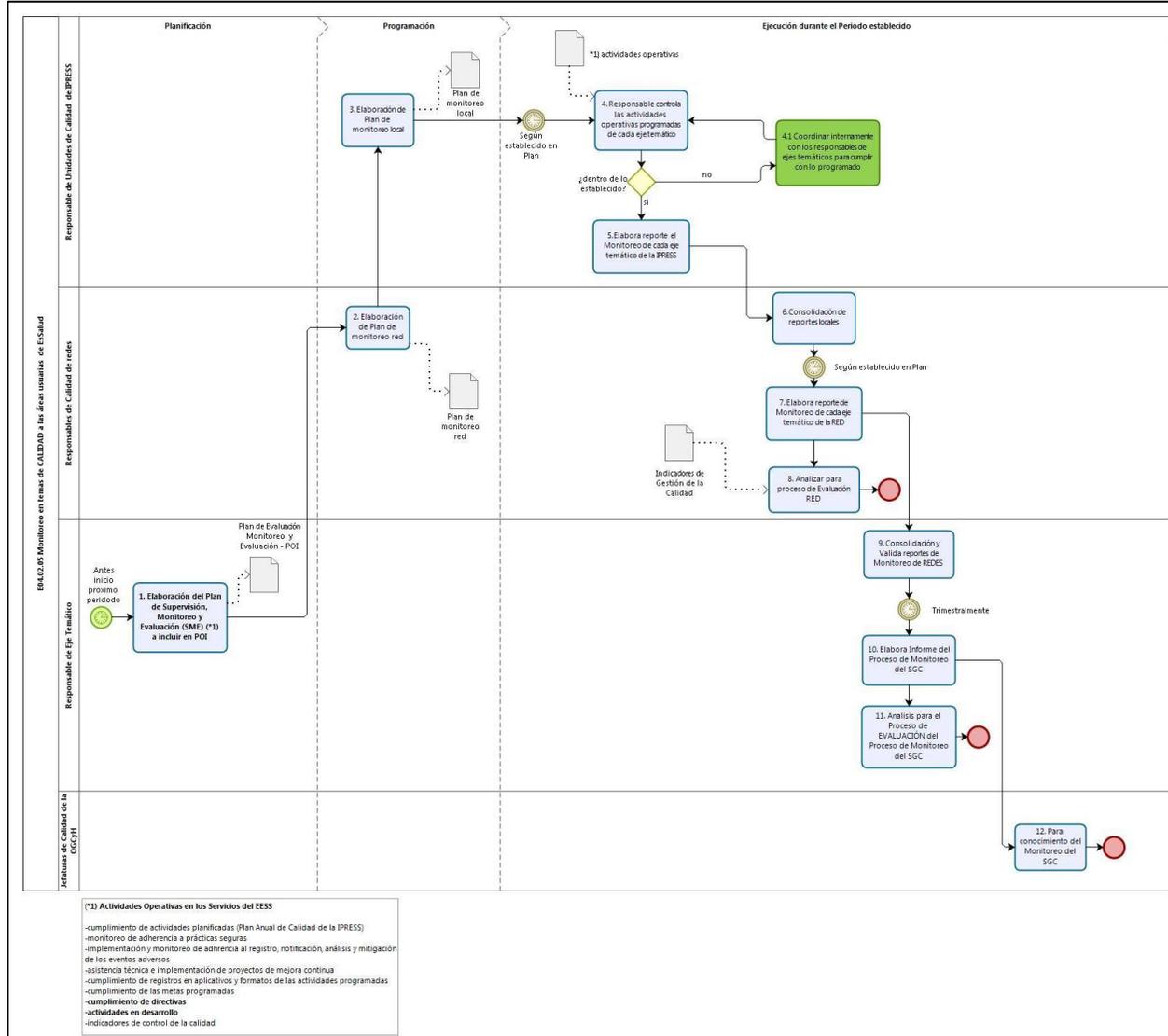
E04.01.02 Modelado Proceso Implementación del SGC Macro



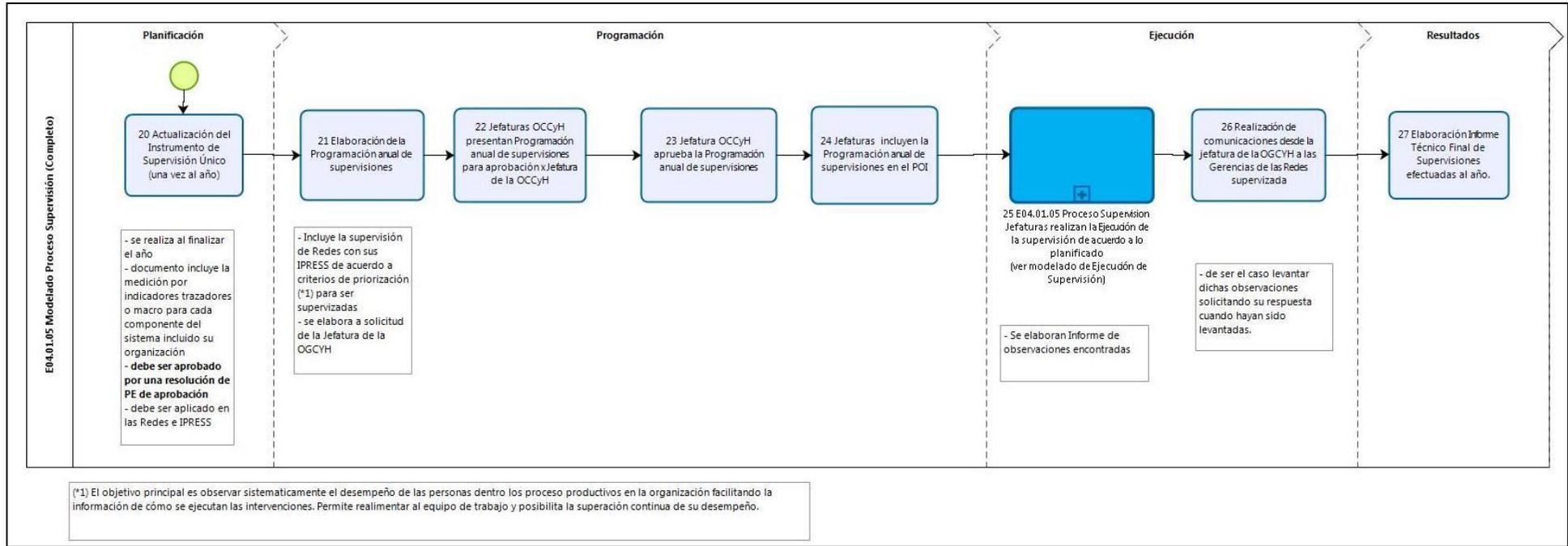
E04.01.03 Modelado Proceso Medición Indicadores



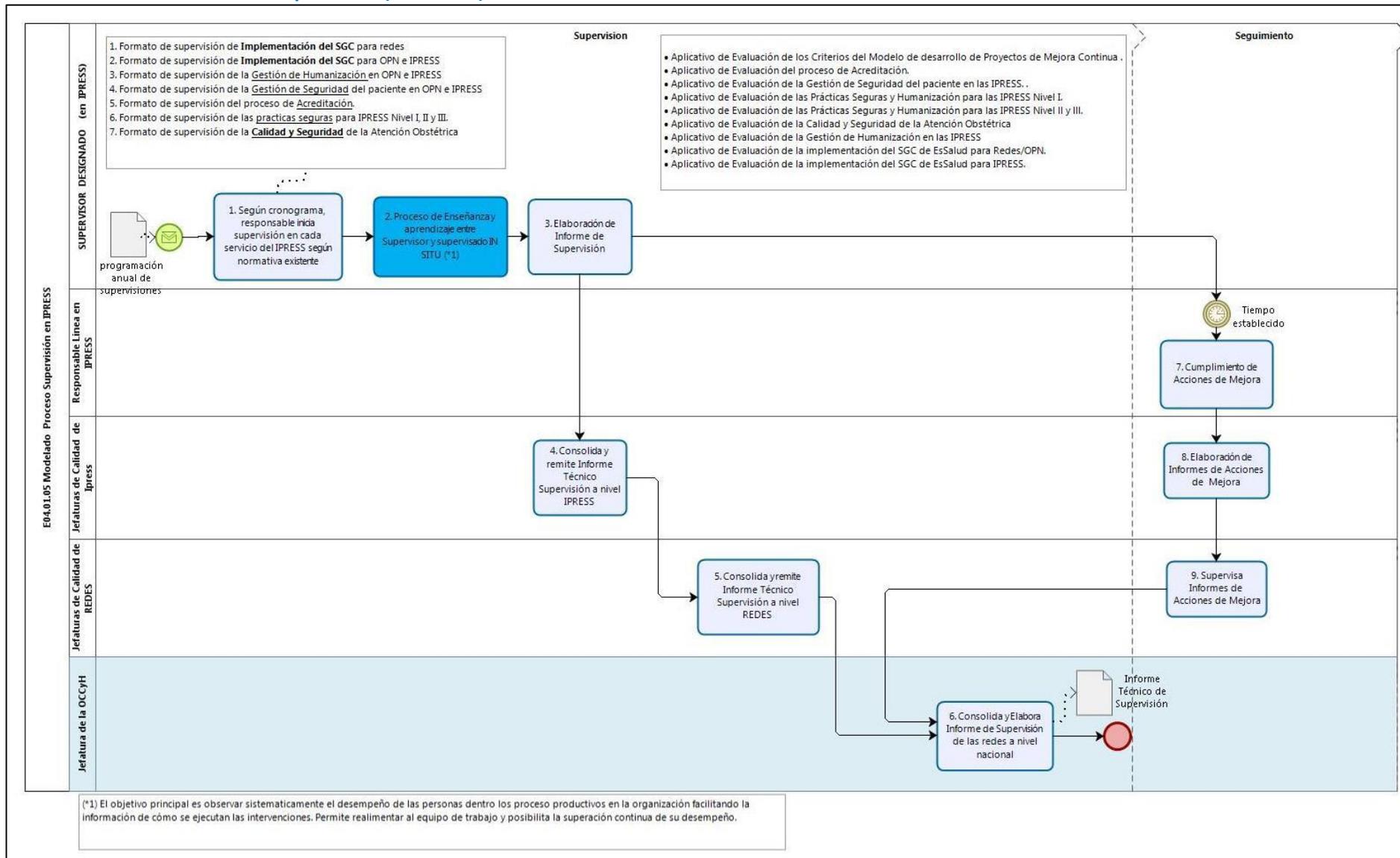
E04.01.04 Modelado Proceso Monitoreo



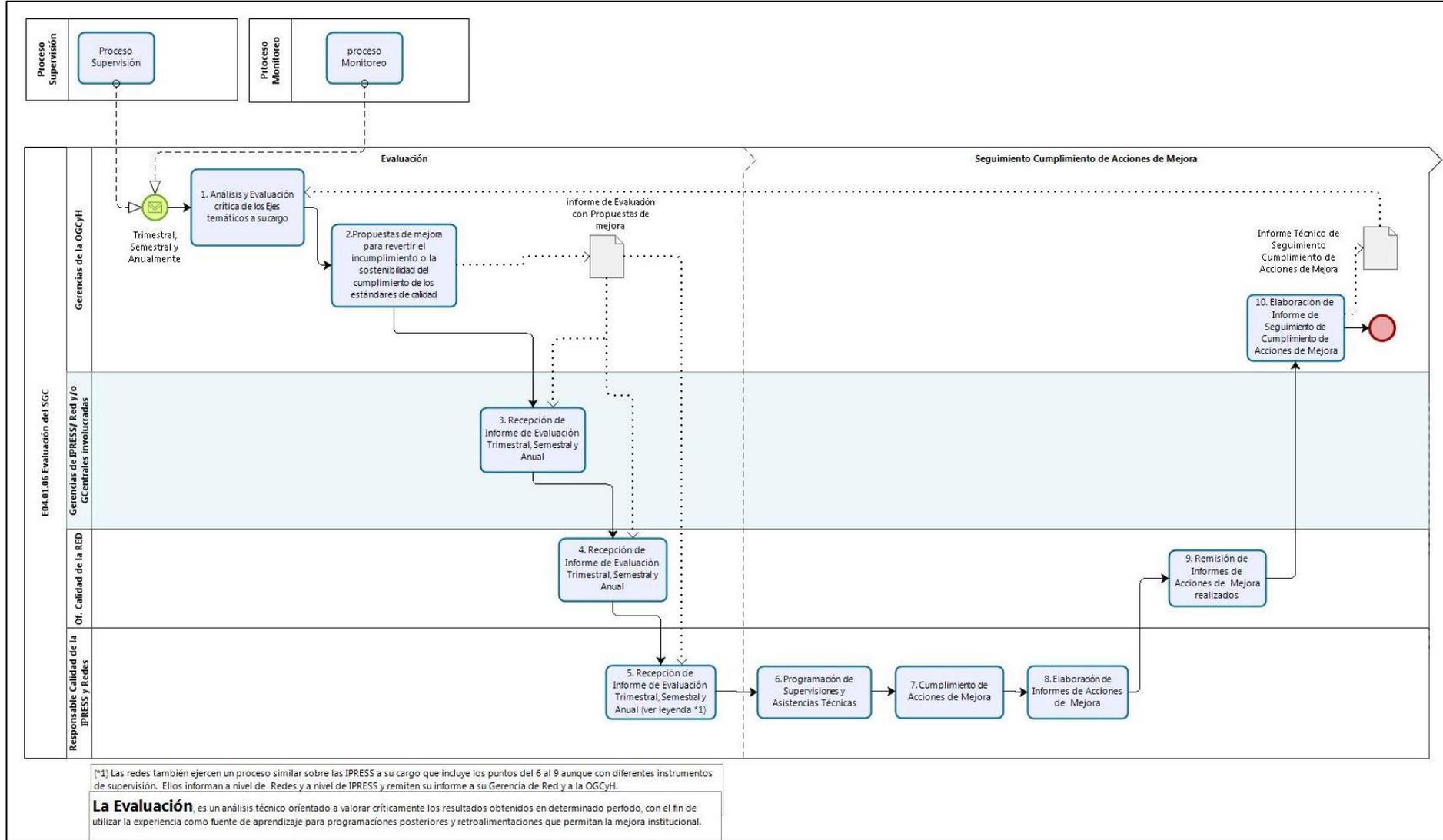
E04.01.05 Modelado Proceso Supervisión (completo)



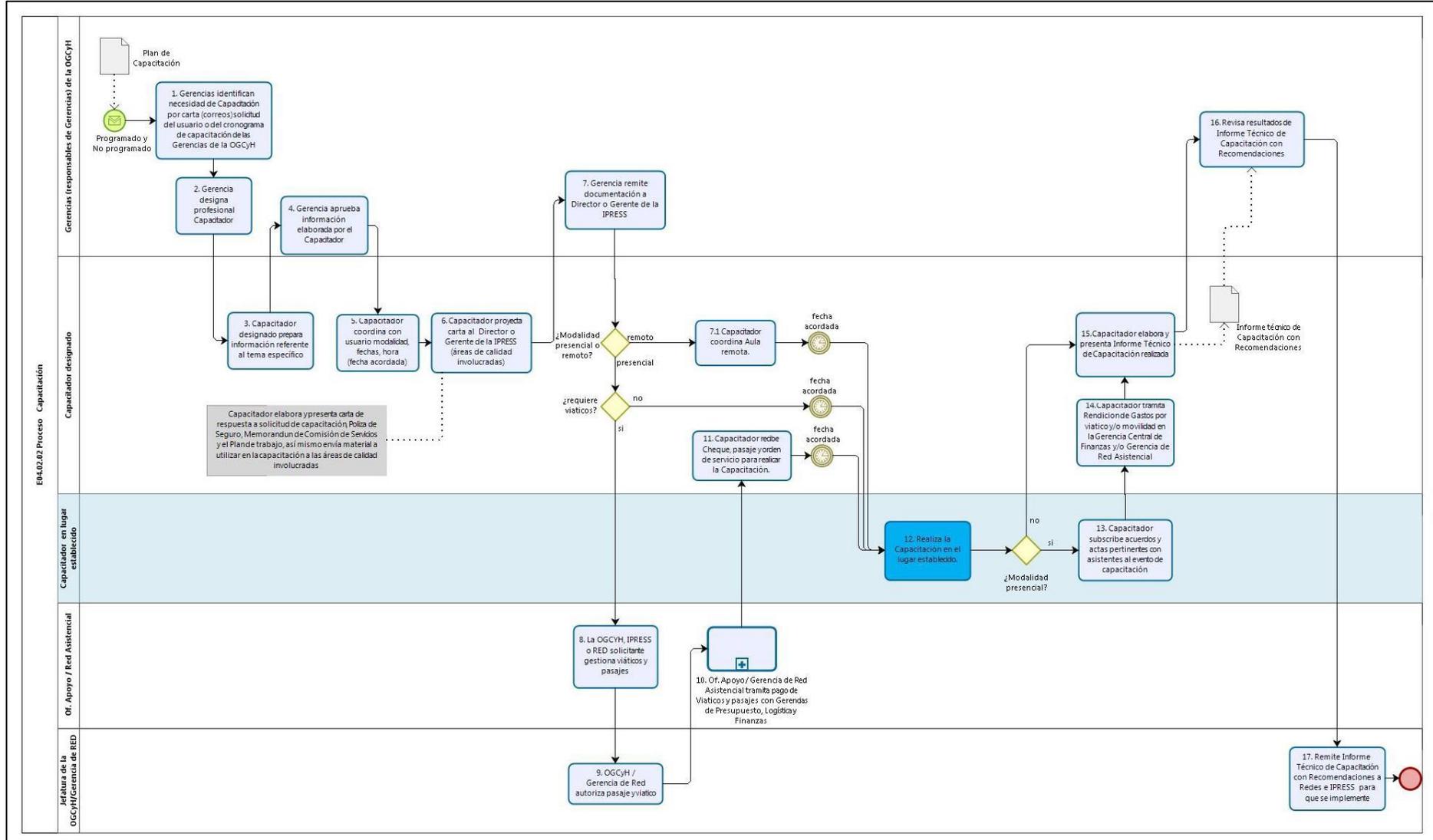
E04.01.05 Modelado Proceso Supervisión (en IPRESS)



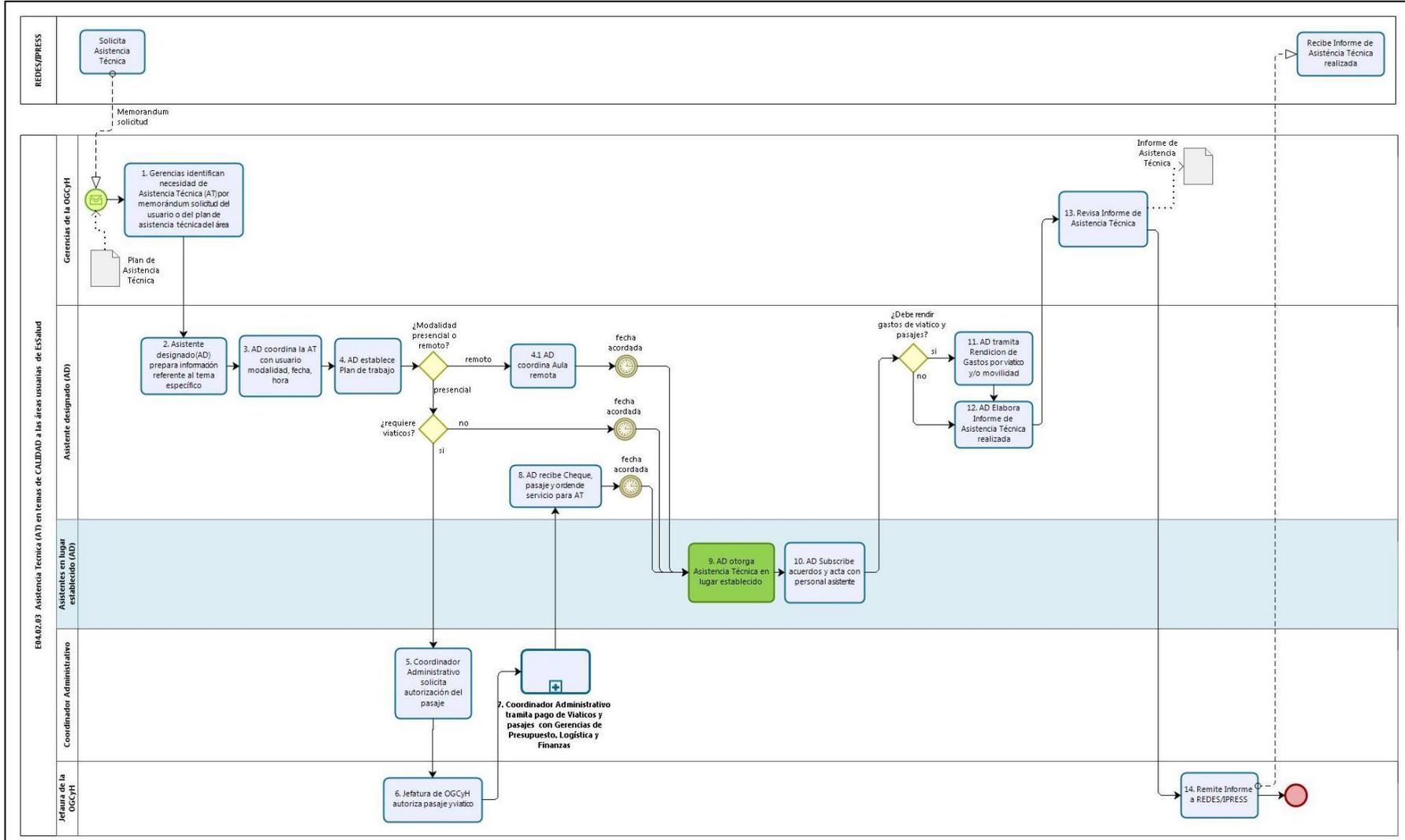
E04.01.06 Modelado Proceso Evaluación



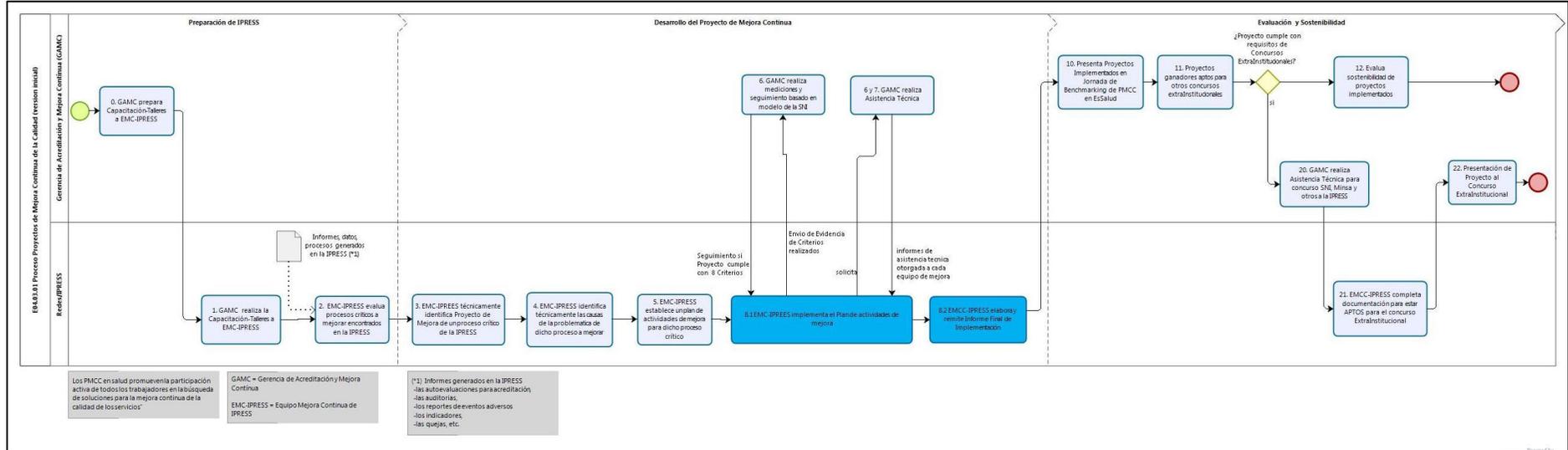
E04.02.02 Modelado Proceso Capacitación



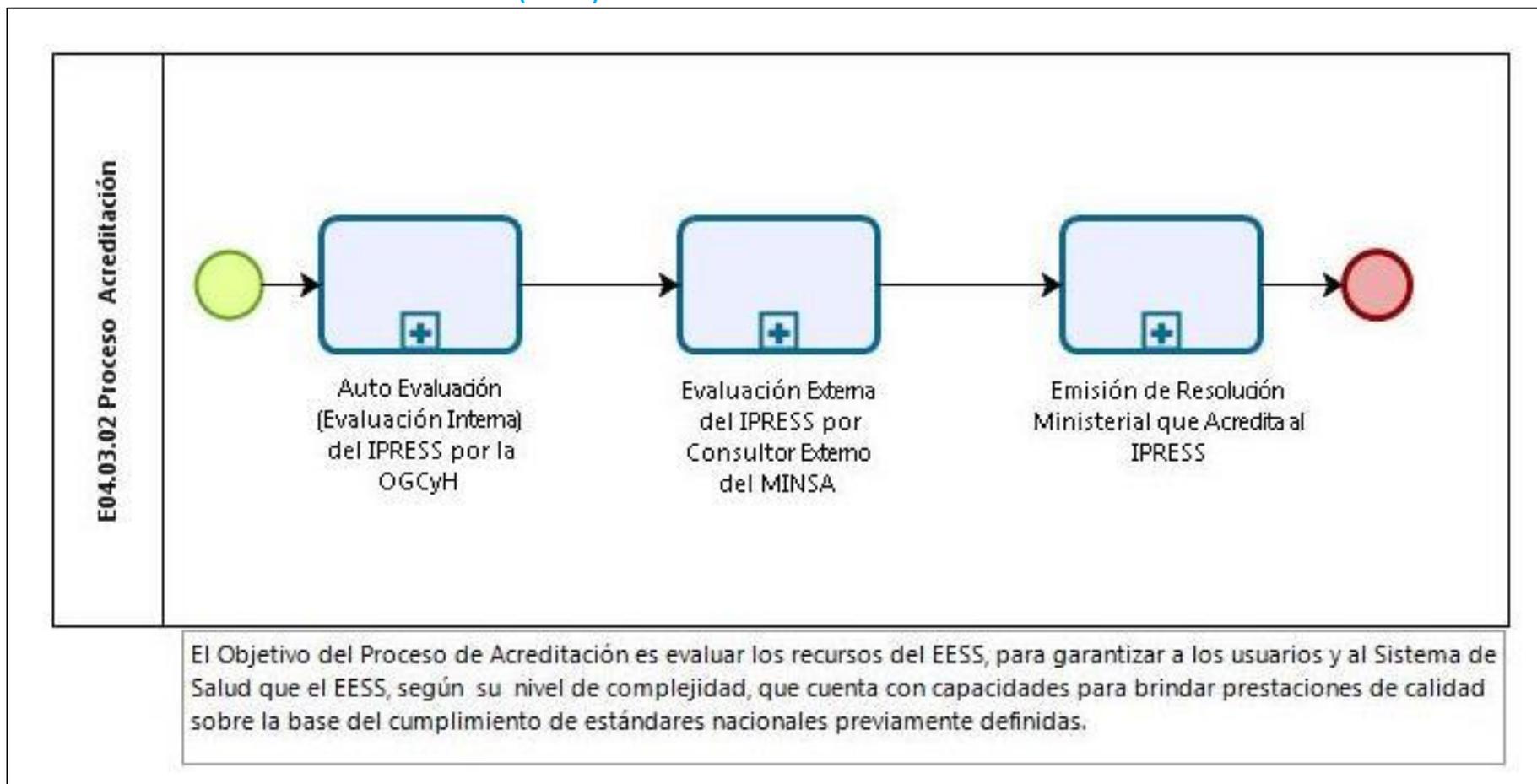
E04.02.03 Modelado Proceso Asistencia Técnica



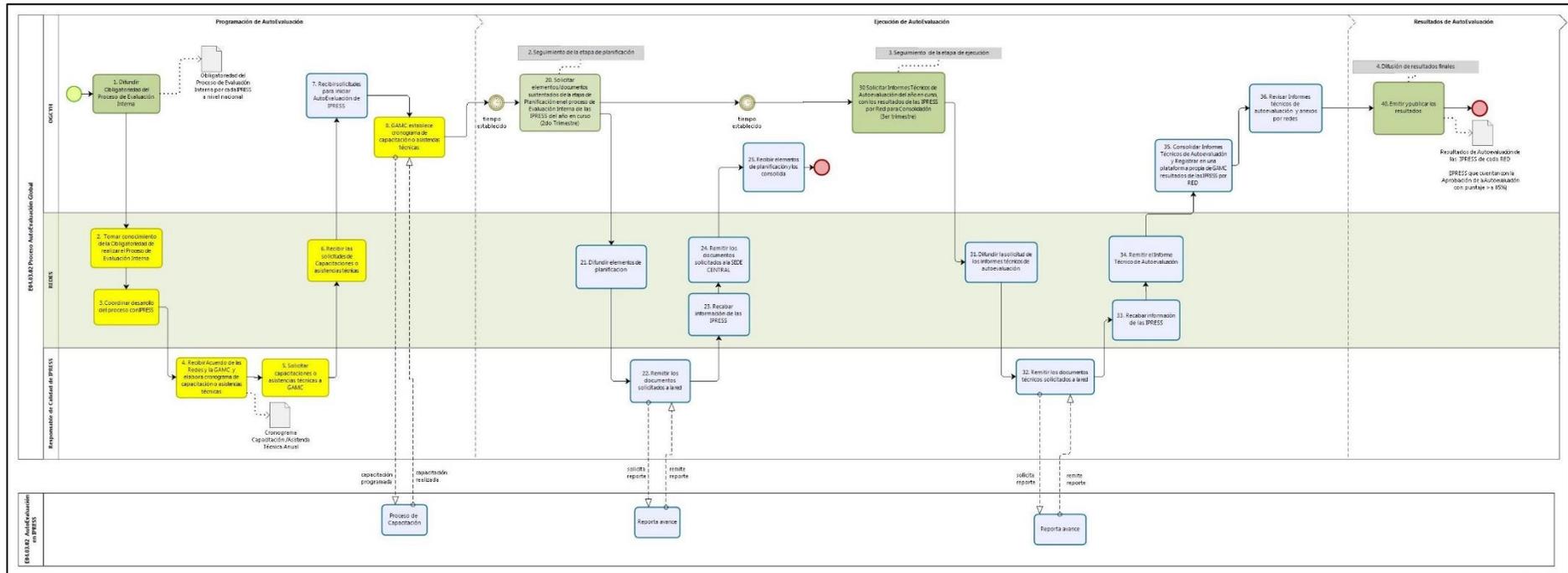
E04.03.01 Modelado Proceso Proyectos de Mejora Continua de la Calidad



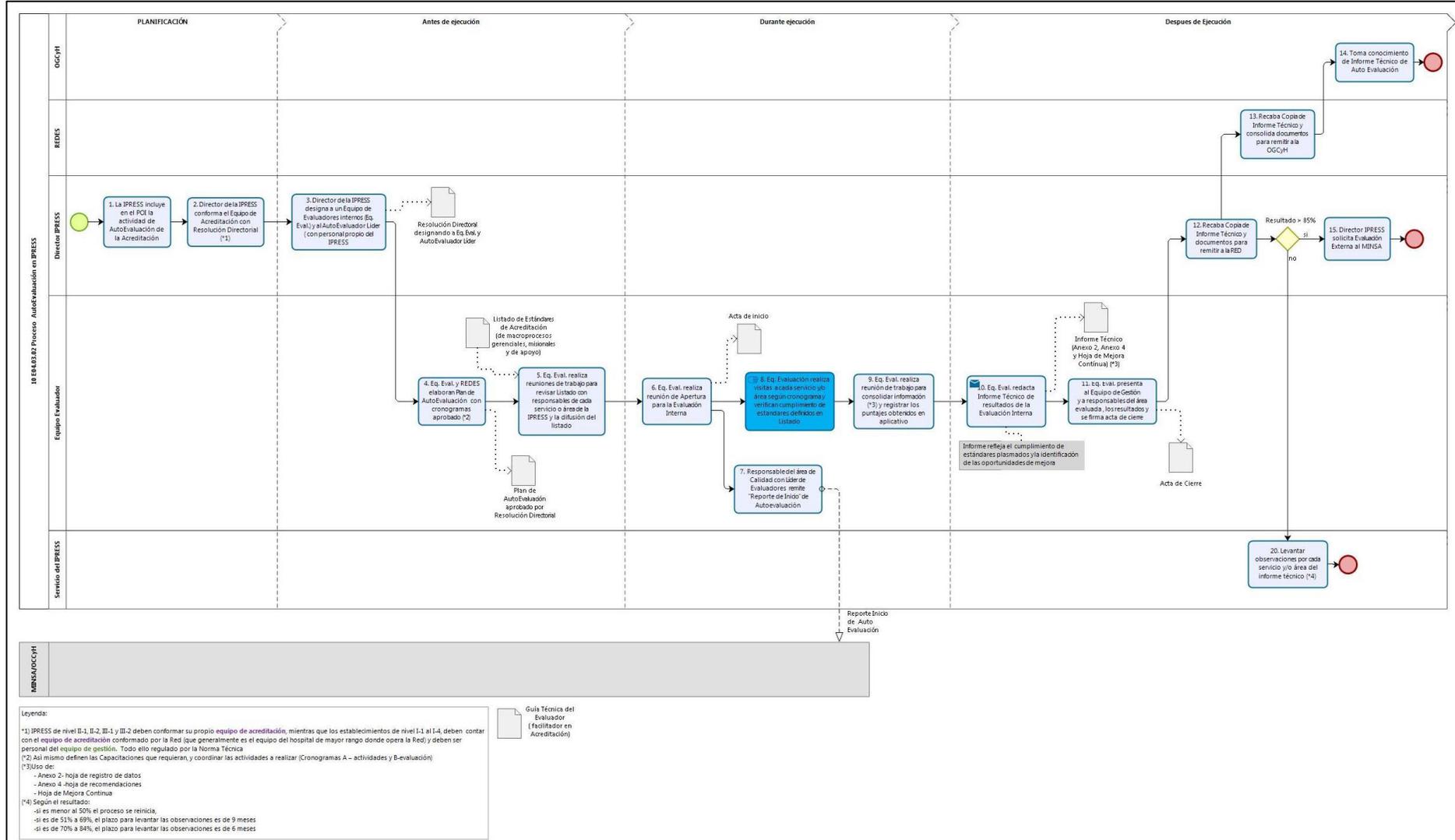
E04.03.02 Modelado Proceso Acreditación IPRESS (Macro)



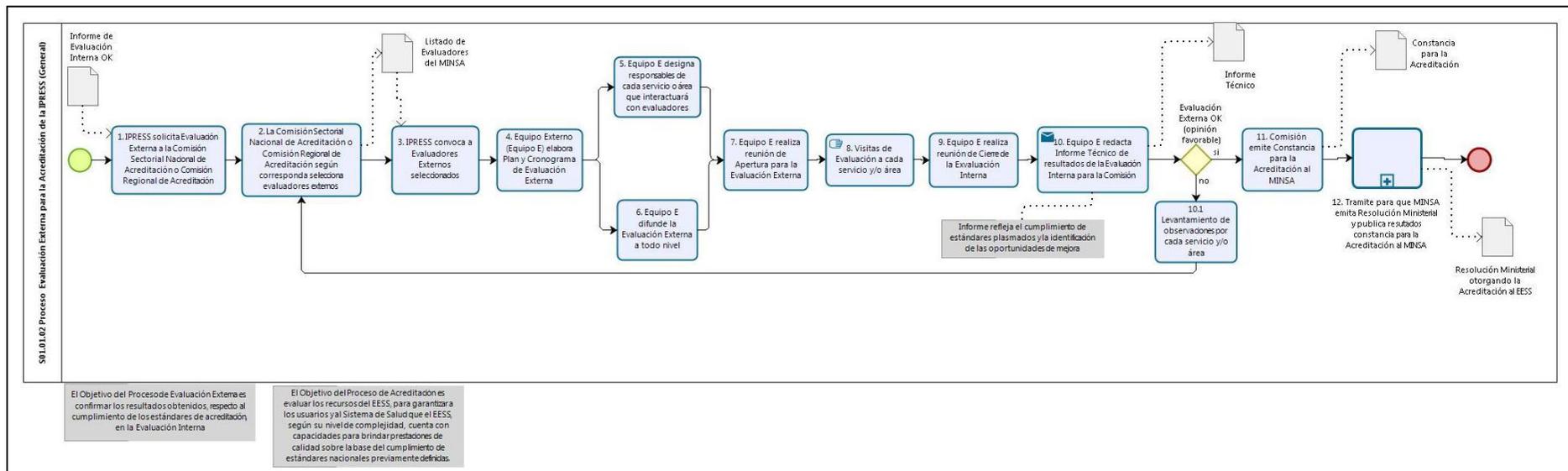
E04.03.02 Modelado Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS (Global)



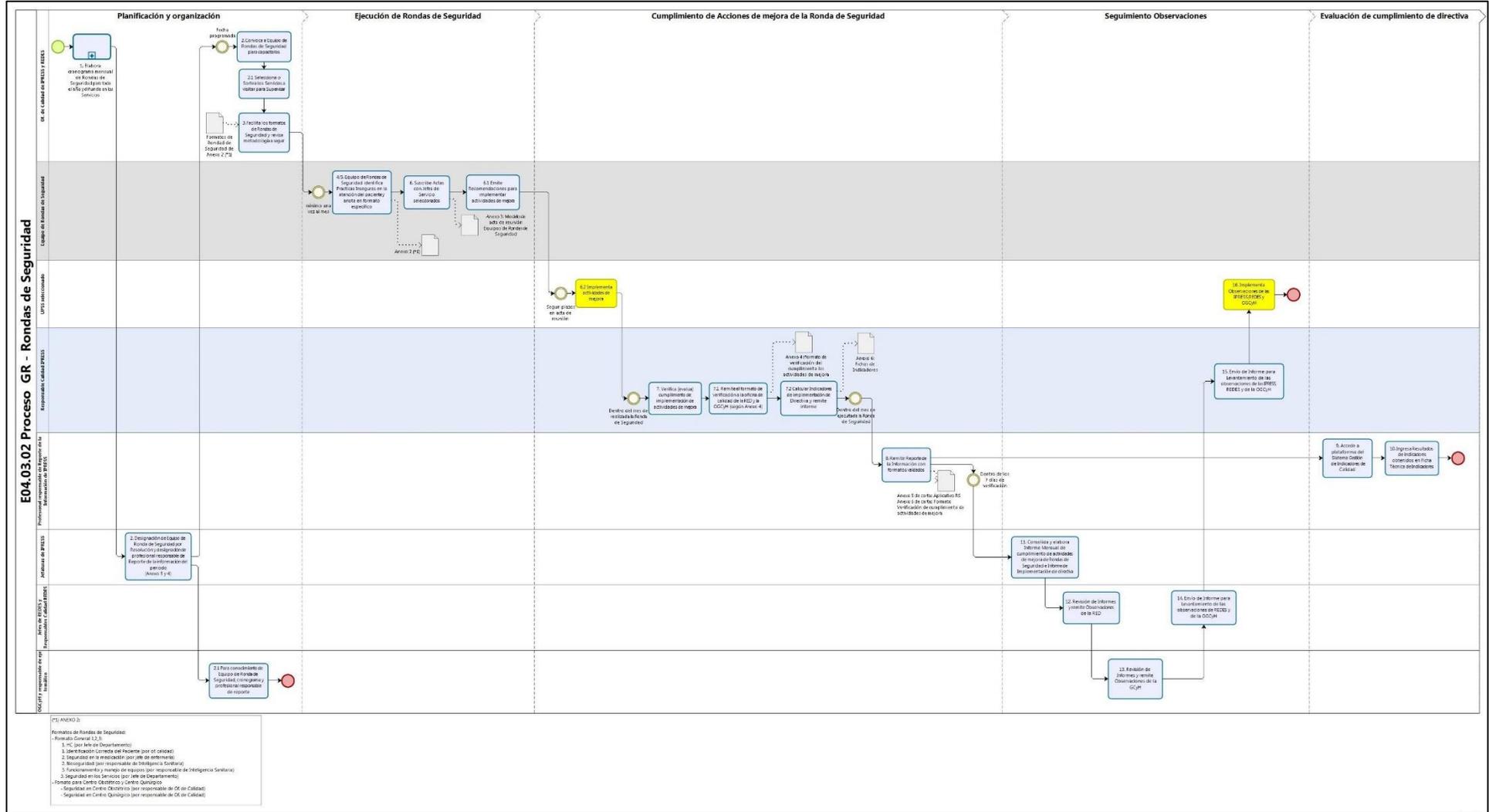
E04.03.02 Modelado Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS



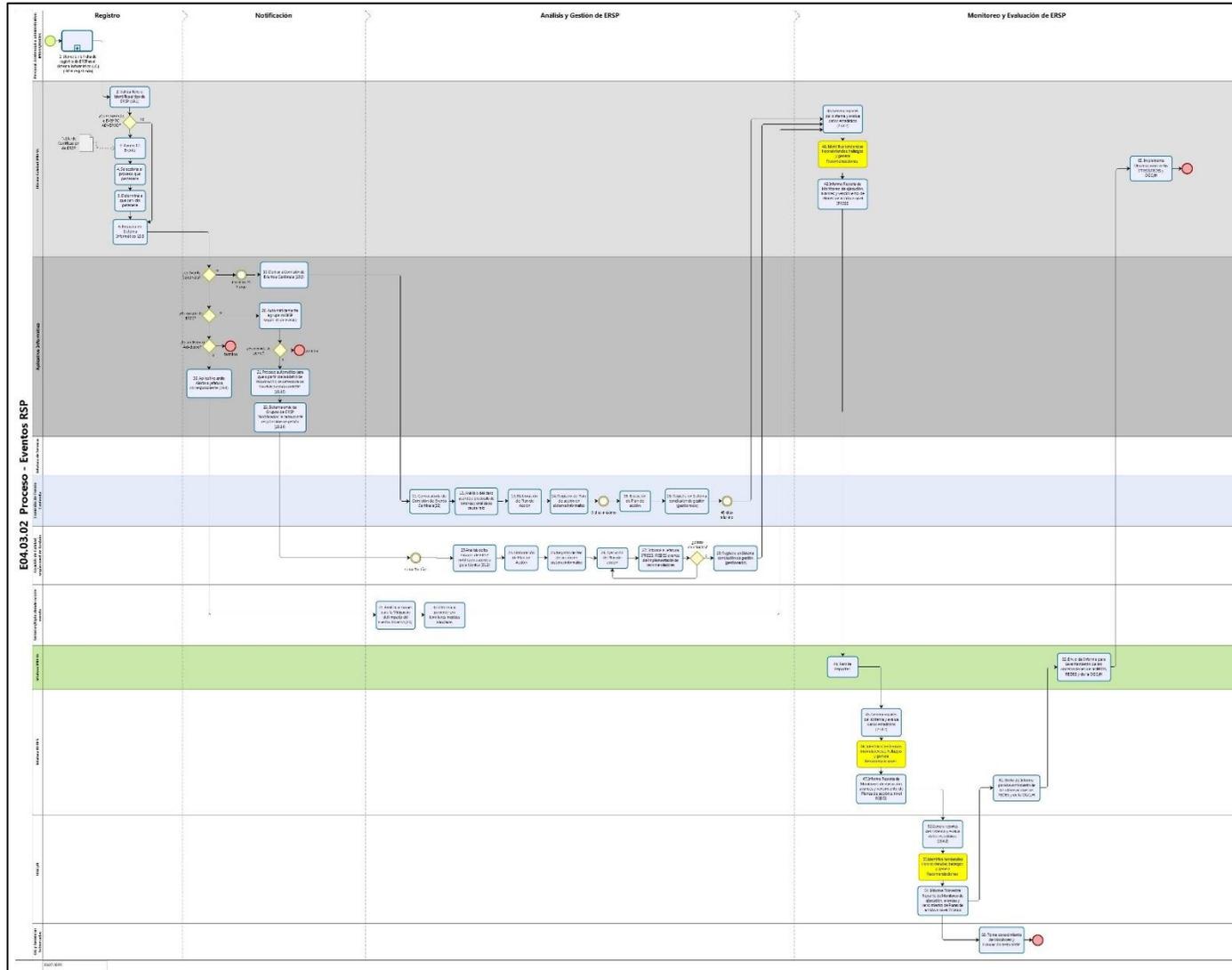
E04.03.02 Modelado Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS



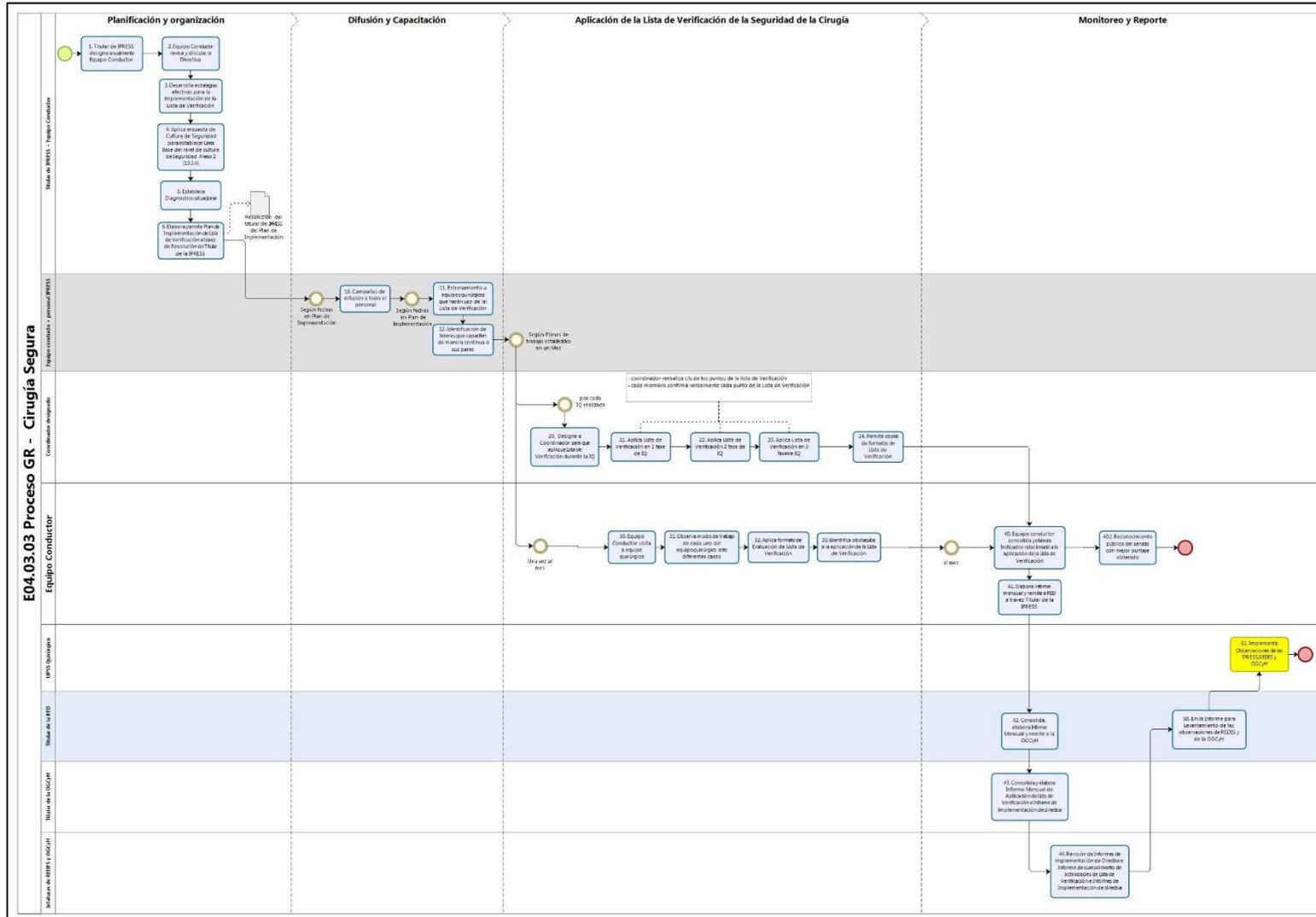
E04.03.03 Modelado Procesos Gestión de Riesgos - Rondas de Seguridad



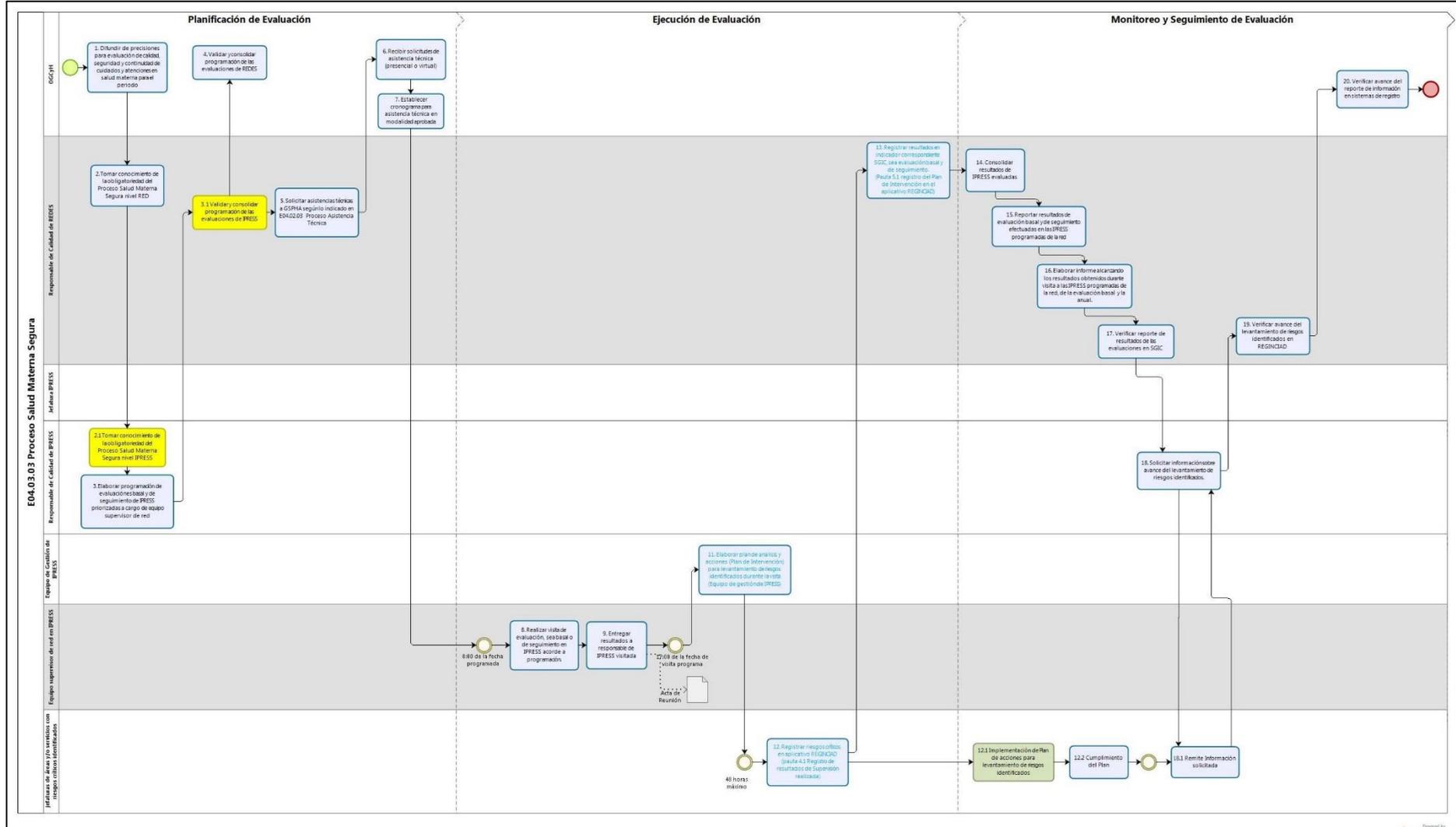
E04.03.03 Modelado Procesos Gestión de Riesgos - Eventos RSP



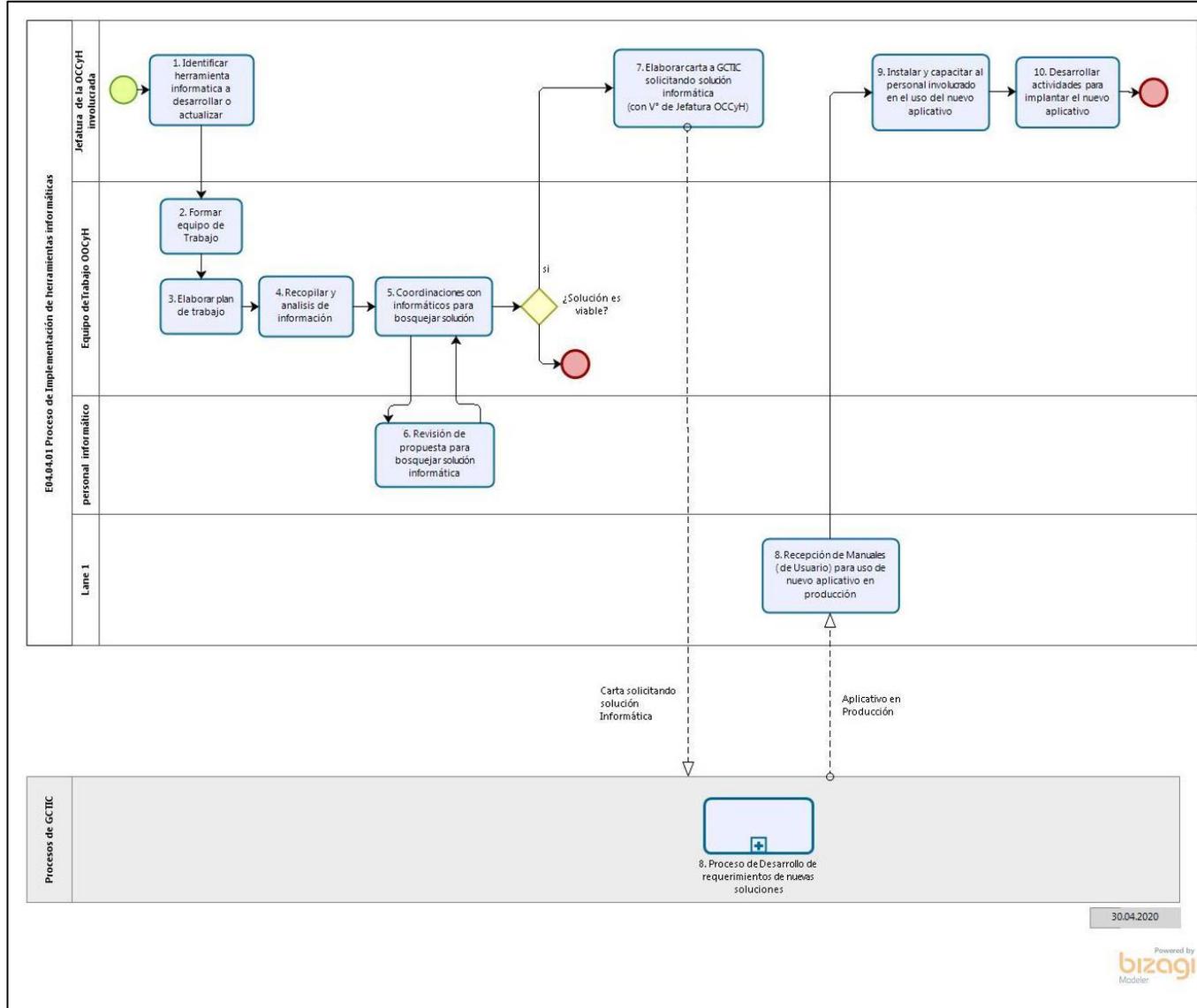
E04.03.03 Modelado Procesos Gestión de Riesgos – Cirugía Segura



E04.03.03 Modelado Procesos Gestión de Riesgos – Salud Materna Segura

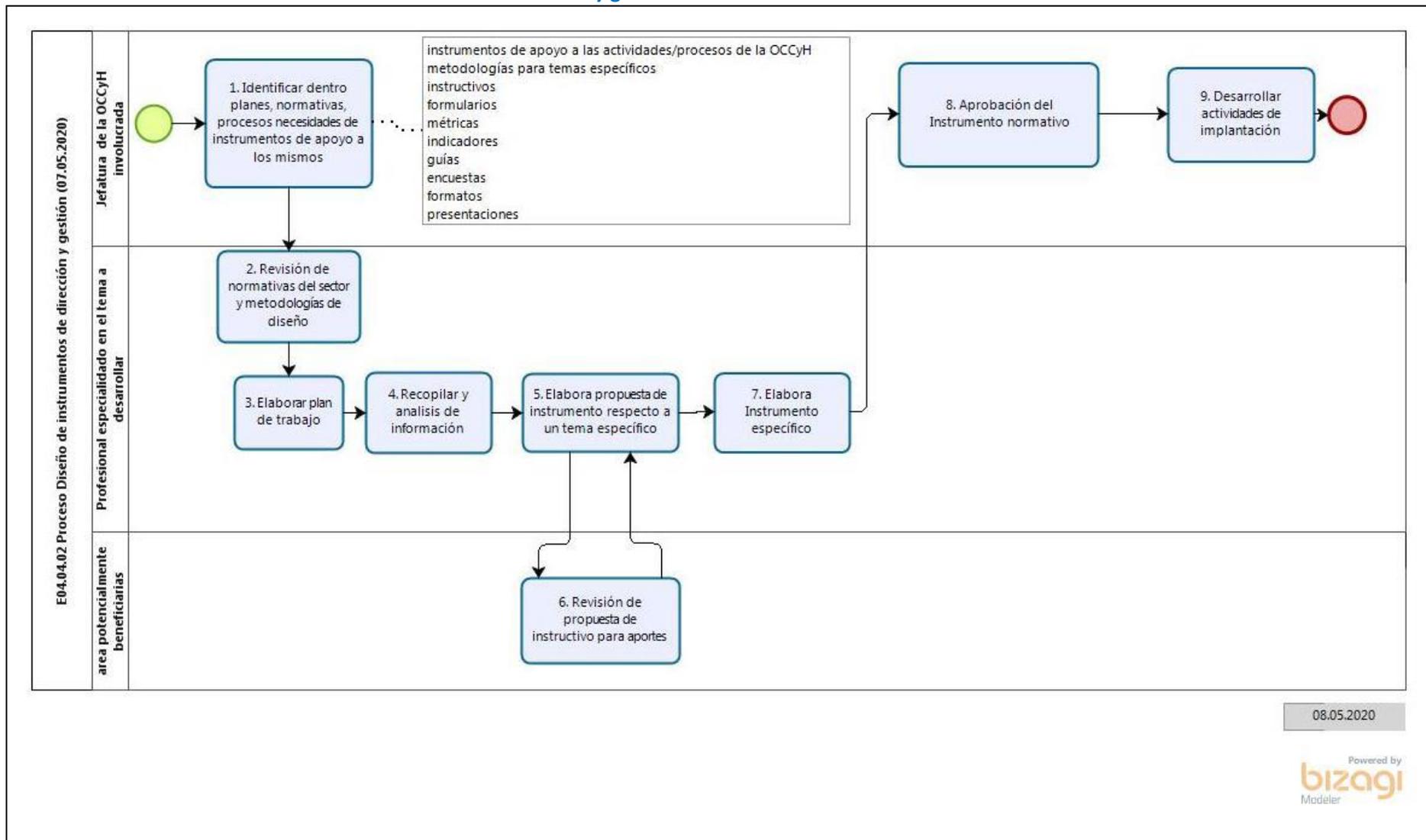


E04.04.01 Modelado Proceso Implementación de herramientas informáticas



30.04.2020

E04.04.02 Modelado Proceso Diseño instrumentos de dirección y gestión



9.4. PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS DE LOS PROCESOS

E04.01.01 Modelado Proceso Planificación de Planes Anuales

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.01 Proceso Planificación de Planes Anuales de Calidad				
Objetivo	Similar al Plan Operativo Institucional, es un instrumento de gestión de corto plazo que permite definir las actividades, metas y necesidades que se programan en un periodo anual para el logro de los objetivos institucionales previstos (fuente: Directiva N.16-GG-ESSALUD-2015, "Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo"				
Alcance	Desde que se convoca a grupo de trabajo hasta que cada IPRESS/RED reciba su Plan Anual de Calidad aprobado				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefaturas OGcyH	Fecha planificada	1. Convocatoria a grupo de trabajo	Jefatura OGcyH		
	-Plan de Gestión de la Calidad de EsSalud 2019-2021 -Doc. Técnico "Estrategia de calidad" - Lineamientos programación de la unidad de Calidad del MINSA (anual)	2. Grupo de Trabajo elabora Plan Anual de Gestión de la Calidad Institucional	Jefatura OGcyH		
		3. Aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad Institucional	Jefatura OGcyH	-Plan Anual de Gestión de la Calidad -Lineamientos Programación para las Redes/IPRESS de EsSalud	
		4. Elaboración y Aprobación del Plan Anual de Calidad de la OGcyH	Jefatura OGcyH	Plan de Calidad IPRESS propuesta	
		5. Incluir Plan Anual de Calidad de la OGcyH en POI	Jefatura OGcyH	POI	
		6. Elaboración y Propuesta de Plan Anual de calidad de IPRESS	Of. Calidad IPRESS	Plan Anual de Calidad IPRESS propuesta	

		7. Elaboración y Propuesta de Plan Anual de calidad de Redes	Of. Calidad REDES	Plan Anual de Calidad RED propuesta	
		8. Revisión Planes Anuales de Calidad de Redes	Jefatura OGCyH	Plan Anual de Calidad Redes/ IPRESS revisados	Jefatura OGCyH
		9. Jefatura de Red aprueba de Plan de Calidad de la RED	Of. Calidad REDES	Plan Anual de Calidad RED aprobada	Jefatura RED
		10. Incluir en POI y ejecutar el Plan Anual de Calidad de la Red aprobado	Of. Calidad REDES	POI	Jefatura RED
		11. Jefatura de IPRESS aprueba de Plan Anual de Calidad de la IPRESS	Of. Calidad IPRESS	Plan Anual de Calidad IPRESS aprobada	Jefatura IPRESS
		12. Incluir en el POI y ejecutar Plan Anual de Calidad de la IPRESS aprobado	Of. Calidad IPRESS	POI	Jefatura IPRESS
Indicadores	Grado de cumplimiento de elaboración del Plan anual en EsSalud				
Registros	Cartas, Memorándums, correos electrónicos				
Leyenda: (*1)	(*1) Actividades Operativas en los Servicios de la IPRESS				
	-cumplimiento de actividades planificadas				
	-adherencia de prácticas clínicas				
	-actividades en desarrollo				
	-cumplimiento de registros en aplicativos y formatos de las actividades programadas				
	-cumplimiento de registro, notificación, análisis y mitigación de los eventos adversos				
	-cumplimiento de las metas programadas				
	-cumplimiento de directivas				
	-indicadores de control de la calidad				

E04.01.01 Modelado Proceso Evaluación de Planes Anuales

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.01 Proceso Evaluación (de Actividades y de Gestión en el ámbito del SGC)				
Objetivo	Es realizar un análisis técnico orientado a valorar críticamente los resultados obtenidos en determinado periodo, con el fin de utilizar la experiencia como fuente de aprendizaje para programación (fuente: RPE_380_PE_ESSALUD_2016 Sistema de Gestión de la Calidad)				
Alcance	Todas los áreas de calidad de IPRESS, REDES y OGCyH				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Reportes de actividades en IPRESS para evaluación					
Documento de programación de Evaluación	- Según fecha de Evaluación programada (mensual, semestral, anual)	00. Según fecha de Evaluación programada, Jefaturas asistenciales remiten reporte de sus actividades desarrolladas relacionado a Practicas Seguras de su ámbito.	Jefaturas de Servicios de Practicas Seguras	Reporte de Actividades y de Gestión de Calidad de IPRESS	
		01 Según fecha de Evaluación programada, responsables de c/eje temático (*1) remite reporte de sus actividades desarrolladas relacionados a la calidad de su ámbito.	Responsable de c/eje de temático del SGC en IPRESS		
		02 Responsable de Calidad consolida información recibida y elabora reportes de actividades de Calidad realizados. Nota: A nivel de IPRESS y de Redes, el mismo personal hace las veces de responsable de eje y responsable de calidad	Responsable de Calidad de IPRESS		

		03 Responsable de Calidad remite (físico) reporte de actividades y de Gestión de Calidad de la IPRESS a la Of. Calidad de la RED	Responsable de Calidad de IPRESS		
Evaluación en REDES					
Sede Central	- Solicita informes de Evaluación de Actividades y de Gestión de REDES de determinado periodo	10 Responsable de Of. Calidad consolida, analiza reportes de actividades y de Gestión de Calidad de IPRESS. Además elabora Informe de Consolidación de Actividades y de Gestión, propias de la RED, para informar a la OGCyH.	Responsable de Of. Calidad de RED	Informe de Evaluación de Actividades y de Gestión de REDES	
		11 Responsable de Of. Calidad remite (físico) Informe de Evaluación de Calidad de la RED a la OGCyH.	Responsable de Of. Calidad de RED		
Evaluación en las Gerencias de Línea de la OGCyH					
La OGCyH y Gerencia Central de Operaciones	Mensuales, trimestrales, semestrales o anuales. Según sea el caso.	20 Cada responsable de eje temático consolida Informes de Evaluación de Actividades y de Gestión de las REDES. Además elabora Informe de Actividades y de Gestión, propias de su ámbito, para informar a la OGCyH.	Responsable de eje temático en la OGCyH	Informe de Cumplimiento del Plan de Actividades	
		21 Cada responsable de eje temático solicita a Gerencias de la Sede Central información relacionada, para analizarla e incluirla en Informe de Evaluación de Actividades y de Gestión de la Calidad de EsSalud del periodo correspondiente. Nota: Generalmente, la información no es solicitada, se toma la información publicada por las gerencias de Prestaciones	Responsable de eje temático en la OGCyH		

		22 Cada responsable de eje temático elabora y remite (físico) Informe de Evaluación de Calidad a Gerencia correspondiente.	Responsable de eje temático en la OGCyH		
Evaluación del SGC					
Responsable de eje temático en la OGCyH	Informe de Evaluación de Actividades y de Gestión de cada eje temático	30 Gerencia de Línea correspondiente remite Informe Técnico de Evaluación de Calidad de EsSalud a OGCyH	Gerente de Línea correspondiente	Informe Técnico de Evaluación de calidad de eje temático	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización y Comité Nacional de Gestión de la Calidad
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas/ Porcentaje de actividades reprogramadas				
Registros	Formatos de evaluación del SGC, de Acreditación, de Asistencia Técnica en PMCC, de desarrollo de criterios PMCC, Reporte de resultados de Autoevaluación, Hoja de mejora continua post autoevaluación, Reporte de eventos adversos en el REGINCIAD o aplicativo informático vigente, boletín de indicadores				
Leyenda:	(*1) Eje de temático siguientes: Eje 1: implementación del Sistema de Gestión de la Calidad Eje 2: Mejora Continua y Satisfacción de Usuarios Eje 3: Acreditación de las IPRESS de EsSalud Eje 4: Gestión de Riesgos y Practicas Seguras Eje 5: Humanización de la Atención				

E04.01.02 Modelado Proceso Implementación del SGC Macro

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.02 Proceso Implementación del SGC				
Objetivo	Implementar un Sistema de Gestión de Calidad mediante la Construcción de una cultura organizacional que traduzca en su trabajo criterios de eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, responsabilidad sobre los compromisos asumidos, y trato humanizado en el desarrollo de las prestaciones de salud, económica y social.				
Alcance	En los Servicios de IPRESS, Redes y OGCyH, y en los ámbitos de Prestaciones de Económicas y Sociales				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Implementación del SGC					
MINSA GG EsSalud GCPP	-Lineamientos del Ente Rector -Políticas de Calidad en Salud del MINSA vigentes -Lineamientos de programación que la Unidad de Calidad del MINSA emite para cada año -Estrategias de Calidad EsSalud -Sistema de Gestión de la Calidad EsSalud	1. Elaboración documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2. Formulación Plan de Gestión de la Calidad 2019-2021 (*1) Después de ejecutar 4, 5, 6,7 ejecutar 8. 4. E04.02.01 Regulación 5. E04.01.03 Proceso Medición Indicadores 6. E04.01.04 Proceso Monitoreo 7. E04.01.05 Proceso Supervisión 8. E04.01.06 Evaluación de Implementación del SGC	Jefatura OGCyH	Documento Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Seguro Social de Salud - ESSALUD Informe de Evaluación de la Implementación del SGC en EsSalud	Gerencia General Jefatura OGCyH Comité de Calidad
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de Implementación del SGC				
Registros	Cartas, Memorándums y Correos electrónicos				

(*1) Proceso desarrollado en la Directiva N° 16-GCPP-ESSALUD-2018-V.01 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación de planes específicos institucionales vinculados a los sistemas funcionales"

E04.01.03 Modelado Proceso Medición Indicadores

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.03 Proceso Medición Indicadores				
Objetivo	Es el proceso que permite registrar y hacer seguimiento de las mediciones requeridas.				
Alcance	En todos los procesos operativos				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	(*1) Documentación (depende como está definido el Indicador)	1. Medición (mensual/semestral/anual)	Jefe servicio enfermería / jefe servicio obstetricia/ Jefe servicio enfermería / Jefe Oficina/Dirección/Unidad de Calidad de la IPRESS (a) de Centro Quirúrgico.	BD Sistema de Indicadores de la Calidad actualizado	- Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización - Gerencia de Operaciones
2. Registro		Usuario registrador, Responsable de calidad de la IPRESS			
3. Emisión de Reporte Matriz de Reporte de Indicadores		Responsable de calidad de la IPRESS/Red, dentro del mismo mes a través del Sistema de Gestión de indicadores de Calidad			
4. Cumplimiento de Reporte		Director de la IPRESS/Gerente de Red			
5. Análisis y Retroalimentación		Jefe de oficina de calidad de la red o el que haga sus veces			
6. Monitoreo y Evaluación de los indicadores de control de la calidad		Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización			

		7. Evaluar y supervisar el desempeño de las Redes/IPRESS para el cumplimiento de los indicadores de calidad.	Gerencia Central de Operaciones		
Indicadores					
Registros	Sistema Web de Registro de Incidentes Adversos (REGINCIAD o aplicativo informático vigente)				
Leyenda:	(*1) Documentación (depende como está definido el Indicador)				
	Ejemplos:				
	<ul style="list-style-type: none"> - Formatos de rondas de seguridad digital (Excel) y Actas de rondas de seguridad en PDF acorde a la normativa vigente - Informe Técnico Final de Autoevaluación de la IPRESS. <ul style="list-style-type: none"> Anexo 2: Hoja de Registro de Datos. Anexo 4: Hoja de Recomendaciones. Anexo 5: Hoja de Mejora Continua. - Reporte mensual de caídas de pacientes Directiva N° 008- GG-ESSALUD-2013 - Sistema Web de Registro de Incidentes Adversos (REGINCIAD o aplicativo informático vigente) 				

E04.01.04 Procedimiento Proceso Monitoreo

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.04 Proceso Monitoreo				
Objetivo	Es el proceso en el cual se evalúa de manera continua las actividades en desarrollo, coordinando internamente con los responsables de las mismas de acuerdo con las metas programadas (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)				
Alcance	Desde que se elabora el POI hasta que se elabora el Monitoreo del SGC, trimestral, semestral y/o Anual.				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Planificación			
Jefaturas OGcyH	Plan de Actividades de Jefatura para inicio de año	1. Elaboración del Plan de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (SME) (*1) a incluir en POI y remitir a RED	Jefatura OGcyH	Plan de Monitoreo - POI	
		Programación			
		2. Elaboración de Plan de monitoreo red	Of. Calidad de redes	Plan de monitoreo red	
		3. Elaboración de Plan de monitoreo local	Responsable de Calidad de IPRESS	Plan de monitoreo local	
		Ejecución			
	*1) actividades operativas	4. Responsable controla las actividades operativas programadas de cada eje temático	Responsable de Calidad de IPRESS		
		¿Actividades dentro de lo establecido? Si está dentro de lo establecido continua al paso 5. Si NO está dentro de lo establecido continua al paso 4.1	Responsable de Calidad de IPRESS		
		4.1 Coordinar internamente con los responsables de ejes temáticos para cumplir con lo programado. Continuar al paso 4.	Responsable de Calidad de IPRESS		

		5. Elabora reporte el Monitoreo de cada eje temático de la IPRESS	Responsable de Calidad de IPRESS		
		6. Consolidación de reportes locales	Of. Calidad REDES		
	Indicadores de Gestión de la Calidad	7. Elabora reporte de Monitoreo de cada eje temático de la RED	Of. Calidad REDES		
		8. Analizar para proceso de Evaluación de la RED	Responsable de Eje Temático		
		Resultados			
		9. Consolidación y Valida reportes de Monitoreo de REDES			
		10. Elabora Informe del Proceso de Monitoreo del SGC			
		11. Análisis para el Proceso de EVALUACIÓN del Proceso de Monitoreo del SGC			
		12. Para conocimiento del Monitoreo del SGC		Informe técnico	Jefaturas de REDES e IPRESS
Indicadores	Cobertura del monitoreo				
Registros	Cartas, memorándums y correos electrónicos				
Leyenda:(*1)	Actividades Operativas en los Servicios de la IPPRES -cumplimiento de actividades planificadas -adherencia de prácticas clínicas -actividades en desarrollo -cumplimiento de registros en aplicativos y formatos de las actividades programadas -cumplimiento de registro, notificación, análisis y mitigación de los eventos adversos -cumplimiento de las metas programadas -cumplimiento de directivas -indicadores de control de la calidad				

E04.01.05 Modelado Proceso Supervisión

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.05 Proceso Supervisión				
Objetivo	Observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones. Permite alimentar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)				
Alcance	Desde que se actualiza el instrumento de Supervisión Único hasta los entregar el Informe Técnico final de la Supervisión a las gerencias de la OGCyH involucradas				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Actualización			
Jefatura OGCyH	Programación anual de supervisiones	20 Actualización del Instrumento de Supervisión Único - se realiza al finalizar el año - documento incluye la medición por indicadores trazadores o macro para cada componente del sistema incluido su organización - debe ser aprobado por una resolución de PE de aprobación - debe ser aplicado en las Redes e IPRESS	Gerencias de línea Jefatura de la OGCyH PE	Informe Técnico Final de Supervisiones efectuadas	GG Jefatura OGCyH
		Programación y Aprobación 21 Elaboración de la Programación anual de supervisiones - Incluye la supervisión de Redes con sus IPRESS de acuerdo a criterios de priorización (*1) para ser supervisadas - se elabora a solicitud de la Jefatura de la OGCyH	Gerencias de línea		

		22 Jefaturas OGCyH presentan Programación anual de supervisiones para aprobación x Jefatura de la OGCyH	Gerencias de línea		
		23 Jefatura OGCyH aprueba la Programación anual de supervisiones	Jefatura de la OGCyH		
		24 Jefaturas incluyen la Programación anual de supervisiones en el POI	REDES		
		Ejecución			
		25 Realizar E04.01.05 según Modelado Proceso de Supervisión en IPRESS (pasos 1 al 9) Jefaturas realizan la Ejecución de la supervisión de acuerdo a lo planificado - Se elaboran Informe de observaciones encontradas	REDES		
		Paso 1. Según cronograma, responsable inicia supervisión en cada servicio del IPRESS según normativa existente (*2)	SUPERVISOR DESIGNADO (en IPRESS)		
		Paso 2. Proceso de Enseñanza y aprendizaje entre Supervisor y supervisado IN SITU	SUPERVISOR DESIGNADO (en IPRESS)		
		Paso 3. Elaboración de Informe de Supervisión	SUPERVISOR DESIGNADO (en IPRESS)		
		Ir al paso 4, y en el tiempo establecido ir al paso 7.			
		Paso 4. Consolida y remite Informe Técnico Supervisión a nivel IPRESS	Jefaturas de Calidad de IPRESS		
		Paso 5. Consolida y remite Informe Técnico Supervisión a nivel REDES	Jefaturas de Calidad de Redes		

		Paso 6. Consolida y Elabora Informe de Supervisión de las redes a nivel nacional Termina actividad / proceso.	Jefatura de la OGCyH		
		Paso 7. Cumplimiento de Acciones de Mejora	Responsable Línea en IPRESS		
		Paso 8. Elaboración de Informes de Acciones de Mejora	Jefaturas de Calidad de IPRESS		
		Paso 9. Supervisa Informes de Acciones de Mejora. Ir al paso 6.	Jefaturas de Calidad de Redes		
		26 Realización de comunicaciones desde la jefatura de la OGCYH a las Gerencias de las Redes supervisada - de ser el caso levantar dichas observaciones solicitando su respuesta cuando hayan sido levantadas.	Jefatura de la OGCyH y jefaturas de redes		
		27 Elaboración Informe Técnico Final de Supervisiones efectuadas al año.	Gerencias de línea y Jefatura de la OGCyH		

Indicadores	Cumplimiento de supervisiones realizadas
--------------------	---

Registros	Cartas, memorándums y correos electrónicos
------------------	--

Leyenda:

(*1) Criterios de priorización para ser supervisadas:

- Redes con IPRESS que no hayan realizado ningún reporte de indicadores durante el año
- Redes con IPRESS que hayan reportado menos del 50% de indicadores durante el año
- Redes con IPRESS cuyo desempeño del reporte anual de indicadores se encuentra dentro de la categoría de “Bajo Cumplimiento”
- Redes con IPRESS cuyo desempeño del reporte anual de indicadores contiene cumplimientos permanentes del 100%
- Redes e IPRESS donde se hayan presentado Eventos Centinela

(*2) formatos utilizados de entrada de Paso 1:

1. Formato de supervisión de Implementación del SGC para redes
2. Formato de supervisión de Implementación del SGC para OPN e IPRESS
3. Formato de supervisión de la Gestión de Humanización en OPN e IPRESS
4. Formato de supervisión de la Gestión de Seguridad del paciente en OPN e IPRESS
5. Formato de supervisión del proceso de Acreditación.
6. Formato de supervisión de las practicas seguras para IPRESS Nivel I, II y III.
7. Formato de supervisión de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica

E04.01.06 Modelado Proceso Evaluación

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.01.06 Proceso Evaluación				
Objetivo	Es un análisis técnico orientado a valorar críticamente los resultados obtenidos en determinado periodo, con el fin de utilizar la experiencia como fuente de aprendizaje para programaciones posteriores y retroalimentaciones que permitan la mejora institucional (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)				
Alcance	Desde que terminan los proceso de Monitoreo y Supervisión hasta la elaboración del Informe a remitir a áreas las involucradas				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefatura OGcyH	Informes del Proceso Monitoreo y del Proceso Supervisión Informe Técnico de Seguimiento Cumplimiento de Acciones de Mejora del periodo anterior.	1. Análisis y Evaluación crítica de los Ejes temáticos a su cargo. Identificando por cada periodo las causas que no permitieron alcanzar las <u>metas programadas para los indicadores de gestión de calidad</u> . Este análisis contempla tanto la supervisión como el monitoreo.	Gerencias de línea Jefatura de la OGcyH		GG Jefatura OGcyH Comité de Calidad
		2. Propuestas de Mejora para revertir el incumplimiento o la sostenibilidad del cumplimiento de los estándares de calidad. Utilizando la experiencia como fuente de aprendizaje para programaciones posteriores y retroalimentaciones que permitan la mejora institucional.	Gerencias de línea Jefatura de la OGcyH	Informe de Evaluación con Propuestas de mejora	
	Informe de Evaluación con Propuestas de mejora	3. Informe de Evaluación Trimestral, Semestral y Anual	Gerencias de IPRESS/Red y/o Gerencias Centrales involucradas		

Informe de Evaluación con Propuestas de mejora	4. Recepción de Informe de Evaluación Trimestral, Semestral y Anual de la RED	Of. Calidad de la RED		
	5. Recepción de Informe de Evaluación Trimestral, Semestral y Anual (ver leyenda *1)	Responsable de Calidad de la IPRESS y Redes		
	6. Programación de Supervisiones y Asistencias Técnicas	Responsable de Calidad de la IPRESS y Redes		
	7. Cumplimiento de Acciones de Mejora	Responsable de Calidad de la IPRESS y Redes		
	8. Elaboración de Informes de Acciones de Mejora	Responsable de Calidad de la IPRESS y Redes		
	9. Remisión de Informes de Acciones de Mejora realizados	Responsable de Calidad de la Red		
	10. Elaboración de Informe de Seguimiento de Cumplimiento de Acciones de Mejora realizados	Gerencias de línea Jefatura de la OGCyH	Informe Técnico de Seguimiento Cumplimiento de Acciones de Mejora	
Indicadores	Efectividad de Evaluación			
Registros	Cartas, memorándums y correos electrónicos			
Leyenda	(*1) Las redes también ejercen un proceso similar sobre las IPRESS a su cargo que incluye los puntos del 6 al 9 aunque con diferentes instrumentos de supervisión. Ellos informan a nivel de Redes y a nivel de IPRESS y remiten su informe a su Gerencia de Red y a la OGCyH.			

E04.02.01 Procedimiento Proceso Regulación

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.02.01 Proceso Regulación				
Objetivo	Emitir documentos normativos o lineamientos para establecer reglas específicas de carácter operativo administrativo, así como acciones internas que deben realizarse en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes o lineamientos de política o mejora de proceso en el ámbito de la Calidad				
Alcance	Desde que se identifica necesidad de emitir una norma específica hasta que se se apruebe dicha norma				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefatura de la OGCyH involucrada	Informes de Mejora de diferentes Unidades Orgánicas	1. Identifica normas a formular o actualizar	Jefatura OGCyH involucrada		
		2. Formar equipo de Trabajo	Equipo de trabajo		
		3. Elabora plan de trabajo	Equipo de trabajo		
		4. Recopila información	Equipo de trabajo		
		5. Elabora Proyecto de norma	Equipo de trabajo		
		6. Revisión y Aportes realizadas	Otras áreas de la OGCyH, otros órganos y/o unidades involucradas		

		7. Incluye aportes al proyecto de norma	Equipo de trabajo		
		8. Elabora expediente con Informe Técnico y proyecto de resolución	Equipo de trabajo		
		9. Remite Expediente de Proyecto de norma a GCPP	Jefatura OGCyH	Proyecto de Norma	
Proceso Formulación, aprobación de directivas (*2) (GG aprueba directiva)	Normativa Aprobada por GG	10. Remite Normativa Aprobada al área competente para su Implementación	Jefatura OGCyH	Normativa Aprobada por GG	Jefaturas de REDES e IPRESS
		11. Desarrollar actividades de Capacitación y/o Asistencia Técnica para implantación	Jefatura OGCyH involucrada	Plan de trabajo	Jefaturas de REDES e IPRESS
		12. Desarrollar actividades para verificar que se aplica la norma	Jefatura OGCyH involucrada	Plan de trabajo	Jefaturas de REDES e IPRESS
Indicadores	Oportunidad de realización de la Regulación				
Registros	cartas y/o memorándums internos				

E04.02.02 Procedimiento Proceso Capacitación

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.02.02 Proceso de Capacitación				
Objetivo	Preparar al colaborador de EsSalud mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para el mejor desempeño de su labor en el tema de Calidad, generalmente se realiza al inicio de la Implementación de un tema de Calidad en uno o varios servicios asistenciales de la IPRESS, la IPRESS y/o REDES de EsSalud				
Alcance	Desde que recibe la solicitud (carta o correo) hasta que se elabora y presenta el Informe Técnico de la Capacitación realizada ante la instancia correspondiente				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefaturas de Calidad de REDES e IPRESS	Comunicación telefónica, Carta (correos) memorándums de capacitación y/o Cronograma de capacitación de Jefatura OGcyH	1. Gerencias identifican necesidad de Capacitación por carta (correos) solicitud del usuario o del cronograma de capacitación de las Gerencias de la OGcyH	Gerencias (responsables de Gerencias)		
		2. Gerencia designa profesional Capacitador	Gerencias (responsables de Gerencias)		
		3. Capacitador designado prepara información referente al tema específico	Capacitador designado		
		4. Gerencia aprueba información elaborada por el Capacitador	Gerencias (responsables de Gerencias)		
		5. Capacitador coordina con usuario modalidad, fechas, hora (fecha acordada)	Capacitador designado		

		6. Capacitador proyecta carta al Director o Gerente de la IPRESS (áreas de calidad involucradas) Capacitador elabora y presenta carta de respuesta a solicitud de capacitación, Póliza de Seguro, Memorándum de Comisión de Servicios y el Plan de trabajo, así mismo envía material a utilizar en la capacitación a las áreas de calidad involucradas	Capacitador designado / Jefatura OGCyH		
		7. Gerencia remite documentación a Director o Gerente de la IPRESS	Gerencias (responsables de Gerencias)		
		¿Modalidad es presencial? Si: Continuar No: ir al paso 7.1. ¿Requiere viáticos? Si: al paso 6 No: En fecha acordada ir al paso 12.	Capacitador designado		
		7.1 Capacitador Coordina Aula remota. En fecha acordada ir al paso 12.	Capacitador designado		
		8. La OGCYH, IPRESS o RED solicitante gestiona viáticos y pasajes	Of. Apoyo / Red Asistencial		
		9. OGCyH / Gerencia de Red autoriza pasaje y viatico	Jefatura de la OGCyH/Gerencia de RED		
		10. Of. Apoyo / Gerencia de Red Asistencial tramita pago de Viáticos y pasajes con Gerencias de Presupuesto, Logística y Finanzas	Of. Apoyo / Red Asistencial		
		11. Capacitador recibe Cheque, pasaje y orden de servicio para realizar la Capacitación. En fecha acordada ir al paso 12.	Capacitador designado		

		12. Realiza la Capacitación en el lugar establecido.	Capacitador designado/Personal asistente a la Capacitación		
		¿Modalidad es presencial? Si: Continuar... No: ir al paso 15.	Capacitador designado		
		13. Capacitador suscribe acuerdos y actas pertinentes con asistentes al evento de capacitación	Capacitador designado		
		14. Capacitador tramita Rendición de Gastos por viatico y/o movilidad en la Gerencia Central de Finanzas y/o Gerencia de Red Asistencial	Capacitador designado		
		15. Capacitador elabora y presenta Informe Técnico de Capacitación realizada	Capacitador designado	Informe técnico de capacitación realizada	
		16. Revisa resultados de Informe Técnico de Capacitación	Gerencias (responsables de Gerencias) de la OGcyH	Informe técnico de capacitación realizada	Jefatura de la OGcyH/Gerencia de RED
		17. Remite Informe Técnico de Capacitación con Recomendaciones a Redes e IPRESS para que se implemente	Jefatura de la OGcyH/Gerencia de RED	Informe técnico de capacitación realizada	Jefaturas de REDES e IPRESS
Indicadores	Oportunidad de realización de la Capacitación				
Registros	Cartas y/o Memorándums y/o Correos institucionales				

E04.02.03 Procedimiento Proceso Asistencia Técnica

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.02.03 Proceso de Asistencia Técnica				
Objetivo	La Asistencia Técnica es un proceso interactivo mediante el cual hay una propuesta conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adoptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud (fuente: documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social) de Salud - ESSALUD				
Alcance	Desde que se recepciona la solicitud (carta o correo) hasta que se elabora el Informe Técnico de la Asistencia realizada				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefaturas de REDES e IPRESS	Memorándum solicitud o correo Institucional o Plan de Asistencia Técnica de Gerencias de la OGCyH	1. Gerencias identifican necesidad de Asistencia Técnica (AT) por memorándum solicitud del usuario o del plan de asistencia técnica del área	Gerencias de la OGCyH		
		2. Asistente designado(AD) preparar información referente al tema específico	Asistente designado(AD)		
		3. AD coordina AT con usuario modalidad, fecha, hora (fecha acordada)	Asistente designado(AD)		
		4. AD establecer Plan de trabajo	Asistente designado(AD)		
		¿Modalidad es presencial? Si: Continuar No: al paso 4.1 ¿requiere viáticos? Si: al paso 5 No: En fecha acordada ir al paso 9	Asistente designado(AD)		
		4.1 AD coordina Aula remota. En fecha acordada ir al paso 9.	Asistente designado(AD)		
		5. Coordinador Administrativo solicita autorización del pasaje	Coordinador Administrativo		

		6. Jefatura de OGCyH autoriza pasaje y viatico	Jefatura de OGCyH		
		7. Coordinador Administrativo tramita pago de Viáticos y pasajes con Gerencias de Presupuesto, Logística y Finanzas	Coordinador Administrativo		
		8. AD recibe Cheque, pasaje y orden de servicio para AT. En fecha acordada ir al paso 9	Asistente designado(AD)		
		9. AD otorga Asistencia Técnica en lugar establecido	Asistentes en lugar establecido (AD)		
		10. AD Suscribe acuerdos y actas pertinentes con asistente ¿Debe rendir gastos de viatico y pasajes? Si: Continuar al paso 11. No: Continuar al paso 12.	Asistentes en lugar establecido (AD)		
		11. AD tramita Rendición de Gastos por viatico y/o movilidad	Asistente designado(AD)		
		12. AD elabora Informe de Asistencia Técnica realizada	Asistente designado(AD)		
		13. Revisa resultados de Informe de Asistencia Técnica	Gerencias de la OGCyH	Informe de Asistencia Técnica	
		14. Remite Informe a REDES/IPRESS	Jefatura de OGCyH	Informe de Asistencia Técnica	Jefaturas de REDES e IPRESS
Indicadores	Oportunidad de realización de la Asistencia Técnica				
Registros	Cartas y/o memorándums y/o Correos electrónicos				

Leyenda:
 AT: Asistencia Técnica
 AD: Asistente designado

E04.03.01 Procedimiento Proceso Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.03.01 Proceso Proyectos Mejora Continua de la Calidad				
Objetivo	Proyecto de Mejora Continua como planteamiento de un conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado y que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una Red o IPRESS. (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)				
Alcance	Desde que se identifica una necesidad de Mejora hasta que se implemente una solución basada en la metodología que usa la OGCyH (ver leyenda *1)				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
REDES e IPRESS	Actividad implementación en el POI de la IPRESS (coordinar fechas)	0. GAMC prepara Capacitación-Talleres a EMC-IPRESS	GAMC		
		1. GAMC realiza la Capacitación-Talleres a EMC-IPRESS	GAMC		
		2. EMC-IPRESS evalúa procesos críticos a mejorar encontrados en la IPRESS	EMC-IPRESS		
		3. EMC-IPRESS técnicamente identifica Proyecto de Mejora de un proceso crítico de la IPRESS	EMC-IPRESS		
		4. EMC-IPRESS identifica técnicamente las causas de la problemática de dicho proceso a mejorar	EMC-IPRESS		
		5. EMC-IPRESS establece un plan de actividades de mejora para dicho proceso crítico Paralelamente al paso 8.1 se ejecutan los pasos 6 y 6-7. Continuar al paso 8.1.	EMC-IPRESS		
		6. GAMC realiza mediciones y seguimiento basado en modelo de la SIN	GAMC		

		6 y 7. GAMC realiza Asistencia Técnica	GAMC		
		8.1 EMC-IPREES implementa el Plan de actividades de mejora	EMC-IPRESS		
		8.2 EMCC-IPRESS elabora y remite Informe Final de Implementación	EMC-IPRESS	Informe Final de Implementación del Proyecto	Jefatura de la OGCyH, RED e IPRESS
		10. Presenta Proyectos Implementados en Jornada de Benchmarking de PMCC en EsSalud	GAMC	Jornada de Benchmarking de PMCC en EsSalud	
		11. Proyectos ganadores aptos para otros concursos extra institucionales	GAMC		
		¿Proyecto cumple con requisitos de Concursos Extra Institucionales? Si cumple, ir a paso 20. Si NO cumple, ir a paso 12.	GAMC		
		12. Evalúa sostenibilidad de proyectos implementados Termina proceso.	GAMC	sostenibilidad de proyectos	Jefatura de la OGCyH
		20. GAMC realiza Asistencia Técnica para concurso SNI, Minsa y otros a la IPRESS.	GAMC		
		21. EMCC-IPRESS completa documentación para estar APTOS para el concurso Extra Institucional	EMC-IPRESS	documentación para estar APTOS	GAMC
		22. Presentación de Proyecto al Concurso Extra Institucional	GAMC	Concurso Extra Institucional	
Indicadores	Índice de avance del proyecto de mejora				
Registros	Cartas, memorándums, correos institucionales				

Leyenda: (*1) Basado en la RM 095-2012 Gula Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad

E04.03.02 Procedimiento Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS (GLOBAL)

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.03.02 Proceso Acreditación - Autoevaluación IPRESS (GLOBAL)				
Objetivo	Fase inicial obligatoria para la Acreditación de una IPRESS , en la que, la IPRESS cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación (*1) y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016).				
Alcance	Desde que la IPRESS decide contar el documento Acreditación y hace todos los preparativos para que MINSA evalúe la IPRESS y sea aprobada para recibir dicha Acreditación.				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Programación de Auto Evaluación			
Jefatura OGCyH	Documento: Obligatoriedad del Proceso de Evaluación Interna por cada IPRESS a nivel nacional	1. Difundir Obligatoriedad del Proceso de Evaluación Interna	OGCyH	Obligatoriedad del Proceso de Evaluación Interna por cada IPRESS a nivel nacional	
		2. Tomar conocimiento de la Obligatoriedad de realizar el Proceso de Evaluación Interna	REDES		
		3. Coordinar desarrollo del proceso con IPRESS	REDES		
		4. Recibir Acuerdo de las Redes y la GAMC y elabora cronograma de capacitación o asistencias técnicas	Responsable de Calidad de IPRESS	Cronograma Capacitación /Asistencia Técnica Anual	
		5. Solicitar capacitaciones o asistencias técnicas a GAMC	Responsable de Calidad de IPRESS		
		6. Recibir las solicitudes de Capacitaciones o asistencias técnicas	REDES		
		7. Recibir solicitudes para iniciar Auto Evaluación de IPRESS	OGCyH		

		8. GAMC establece cronograma de capacitación o asistencias técnicas Se remite cronograma de Capacitación programada y se realiza la Capacitación en el plazo programado. En el plazo establecido continuar al paso 20.	OGCyH		
		Ejecución de Auto Evaluación	OGCyH		
		20. Solicitar elementos/documentos sustentados de la etapa de Planificación en el proceso de Evaluación Interna de las IPRESS del año en curso (2do Trimestre) Paralelamente, ir al paso 21 e ir al paso 30 (en el plazo establecido)	OGCyH		
		21. Difundir elementos de planificación	REDES		
		22. Remitir los documentos solicitados a la red. Se solicita reportes a Equipo Evaluador y se recibe los reportes solicitados.	Responsable de Calidad de IPRESS		
		23. Recabar información de las IPRESS	REDES		
		24. Remitir los documentos solicitados a la SEDE CENTRAL	REDES		
		25. Recibir elementos de planificación y los consolida	OGCyH		
		30. Solicitar Informes Técnicos de Autoevaluación del año en curso, con los resultados de las IPRESS por Red para Consolidación (3er trimestre)	OGCyH		
		31. Difundir la solicitud de los informes técnicos de autoevaluación	REDES		

		32. Remitir los documentos técnicos solicitados a la red Se solicita reportes a Equipo Evaluador y se recibe los reportes solicitados.	Responsable de Calidad de IPRESS		
		33. Recabar información de las IPRESS	REDES		
		34. Remitir el Informe Técnico de Autoevaluación	REDES		
		35. Consolidar Informes Técnicos de Autoevaluación y Registrar en una plataforma propia de GAMC resultados de las IPRESS por RED	OGCyH		
		36. Revisar Informes técnicos de autoevaluación y anexos por redes	OGCyH		
		Resultados de Auto Evaluación			
		40. Emitir y publicar los resultados	OGCyH	Resultados de Autoevaluación de las IPRESS de cada RED (IPRESS que cuentan con la Aprobación de Autoevaluación con puntaje >a 85%)	OGCyH
Indicadores	Índice de avance de la auto Evaluación				
Registros	Cartas, memorándums y/o correos institucionales.				

Leyenda:

*1) IPRESS de nivel II-1, II-2, III-1 y III-2 deben conformar su propio **equipo de acreditación**, mientras que los establecimientos de nivel I-1 al I-4, deben contar con el **equipo de acreditación** conformado por la Red (que generalmente es el equipo del hospital de mayor rango donde opera la Red) y deben ser personal del **equipo de gestión**. Todo ello regulado por la Norma Técnica

(*2) Así mismo definen las Capacitaciones que requieran, y coordinar las actividades a realizar (Cronogramas A – actividades y B-evaluación)

(*3) Uso de:

- Anexo 2- hoja de registro de datos
- Anexo 4 -hoja de recomendaciones
- Hoja de Mejora Continua

(*4) Según el resultado:

- si es menor al 50% el proceso se reinicia,
- si es de 51% a 69%, el plazo para levantar las observaciones es de 9 meses
- si es de 70% a 84%, el plazo para levantar las observaciones es de 6 meses

E04.03.02 Procedimiento Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.03.02 Proceso Acreditación - Autoevaluación IPRESS				
Objetivo	Fase inicial obligatoria para la Acreditación de una IPRESS , en la que, la IPRESS cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación (*1) y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016).				
Alcance	Desde que la IPRESS decide contar el documento Acreditación y hace todos los preparativos para que MINSA evalúe la IPRESS y sea aprobada para recibir dicha Acreditación.				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Programación de Auto Evaluación			
Jefatura OGcyH	Plan de trabajo de la OGcyH	1. La IPRESS incluye en el POI la actividad de Auto Evaluación de la Acreditación	Director IPRESS		
		2. Director de la IPRESS conforma el Equipo de Acreditación con Resolución Directoral(*1)	Director IPRESS		
		Antes de ejecución			
		3. Director de la IPRESS designa a un Equipo de Evaluadores internos (Eq. Eval.) y al Auto Evaluador Líder (con personal propio del IPRESS	Director IPRESS	Resolución designando a EQ E y Auto Evaluador Líder	
		4. Eq. Eval. y REDES elaboran Plan de Auto Evaluación con cronogramas aprobado (*2)	Equipo Evaluador	Plan de Auto Evaluación aprobado por Resolución Directoral	
	Listado de Estándares de Acreditación (de macroprocesos gerenciales, misionales y de apoyo) - Ver Leyenda (*1)	5. Eq. Eval. realiza reuniones de trabajo para revisar Listado con responsables de cada servicio o área de la IPRESS y la difusión del listado	Equipo Evaluador		

		Durante ejecución			
		6. Eq. Eval. realiza reunión de Apertura para la Evaluación Interna Paralelamente se ejecutan pasos 7 y 8.	Equipo Evaluador	Acta de inicio	
		7. Responsable del área de Calidad con Líder de Evaluadores remite "Reporte de Inicio" de Autoevaluación. Termina.	Equipo Evaluador		
		8. Eq. Evaluación realiza visitas a cada servicio y/o área según cronograma y verifican cumplimiento de estándares definidos en Listado	Equipo Evaluador		
		9. EQ E realiza reunión de trabajo para consolidar información (*3) y registrar los puntajes obtenidos en aplicativo	Equipo Evaluador		
		Después de ejecución			
		10. Eq. Eval. redacta Informe Técnico de resultados de la Evaluación Interna	Equipo Evaluador	Informe Técnico (Anexo 2, Anexo 4 y Hoja de Mejora Continua) (*3)	IPRESS
		11. Eq. Eval. presenta al Equipo de Gestión y a responsables del área evaluada, los resultados y se firma acta de cierre	Equipo Evaluador	Acta de Cierre	
		12. Recaba Copia de Informe Técnico y documentos para remitir a la RED. De manera paralela ir al Paso 13 y sigue la siguiente pregunta: ¿El Resultado de la Auto Evaluación es > 85%? Si es mayor de 85%, continuar al paso 15. Si NO es mayor de 85%, continuar al paso 20.	Director IPRESS		
		13. Recaba Copia de Informe Técnico y consolida documentos para remitir a la OGCyH	REDES		

		14. Toma conocimiento de Informe Técnico de Auto Evaluación Termina.	OGCyH		
		15. Director IPRESS solicita Evaluación Externa al MINSA Termina Proceso.	Director IPRESS		
		20. Levantar observaciones por cada servicio y/o área del informe técnico (*4)	Servicio del IPRESS		
Indicadores	Índice de avance de la auto Evaluación IPRESS				
Registros	Cartas, Memorándums y/o correos electrónicos				

Leyenda:

(*1) La IPRESS de nivel II-1, II-2, III-1 y III-2 deben conformar su propio equipo de acreditación, mientras que los establecimientos de nivel I-1 al I-4, deben contar con el equipo de acreditación conformado por la Red (que generalmente es el equipo del hospital de mayor rango donde opera la Red) y deben ser personal del equipo de gestión. Todo ello regulado por la Norma Técnica

(*2) Así mismo definen las Capacitaciones que requieran, y coordinar las actividades a realizar (Cronogramas A – actividades y B-evaluación)

(*3) Uso de:

- Anexo 2- hoja de registro de datos
- Anexo 4 -hoja de recomendaciones
- Hoja de Mejora Continua

(*4) Según el resultado:

- si es menor al 50% el proceso se reinicia,
- si es de 51% a 69%, el plazo para levantar las observaciones es de 9 meses
- si es de 70% a 84%, el plazo para levantar las observaciones es de 6 meses

E04.03.02 Procedimiento Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.03.02 Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS				
Objetivo	Fase determinante para la Acreditación de una IPRESS , en la que, la IPRESS será evaluada por un Pool de Evaluadores designados por MINSA para determinar su nivel de cumplimiento respecto a estándares establecidos (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016). El Objetivo del Proceso de Evaluación Externa es confirmar los resultados obtenidos, respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación, en la Evaluación Interna.				
Alcance	Desde que la IPRESS aprobó su Auto Evaluación hasta que MINSA termine de evaluar y apruebe a la IPRESS para recibir dicha Acreditación.				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Programación de Evaluación Externa			
IPRESS	Informe de Evaluación Interna OK	1. IPRESS solicita Evaluación Externa a la Comisión Sectorial Nacional de Acreditación o Comisión Regional de Acreditación	IPRESS		
		2. La Comisión Sectorial Nacional de Acreditación o Comisión Regional de Acreditación según corresponda selecciona evaluadores externos	MINSA	Listado de Evaluadores del MINSA	
	Listado de Evaluadores del MINSA	3. IPRESS convoca a Evaluadores Externos seleccionados	IPRESS		
		4. Equipo Externo (Equipo E) elabora Plan y Cronograma de Evaluación Externa	Equipo Externo		
		5. Equipo E designa responsables de cada servicio o área que interactuará con evaluadores	Equipo Externo		
		6. Equipo E difunde la Evaluación Externa a todo nivel	Equipo Externo		
		7. Equipo E realiza reunión de Apertura para la Evaluación Externa	Equipo Externo		
		8. Visitas de Evaluación a cada servicio y/o área	Equipo Externo y Servicios de la IPRESS		

		9. Equipo E realiza reunión de Cierre de la Evaluación Interna	Equipo Externo		
		10. Equipo E redacta Informe Técnico de resultados de la Evaluación Interna para la Comisión. Informe refleja el cumplimiento de estándares plasmados y la identificación de las oportunidades de mejora.	Equipo Externo		
		¿Evaluación Externa OK es favorable)? Si es favorable, continuar al paso 11. Si NO es favorable, continuar al paso 10.1.			
		10.1 Levantamiento de observaciones por cada servicio y/o área. Termina proceso.	Servicios de la IPRESS	Informe Técnico	
		11. Comisión emite Constancia para la Acreditación al MINSa	Equipo Externo	Constancia para la Acreditación	
		12. Trámite para que MINSa emita Resolución Ministerial y publica resultados con constancia para la Acreditación al MINSa	IPRESS, MINSa	Resolución Ministerial otorgando la Acreditación a la IPRESS	EsSalud
Indicadores	Índice de seguimiento de la Evaluación Externa de la IPRESS por MINSa				
Registros	Cartas, Memorándums y/o correos electrónicos				

E04.03.03 Procedimiento Proceso Gestión de Riesgos – Practicas Seguras

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Practicas Seguras				
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	IPRESS de EsSalud donde se aplican Directivas de Seguridad del Paciente				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Momento: Aplicación de Practicas Seguras durante la Atención en Servicio			
Personal en las áreas de Hospitalización / Centro Obstétrico/ Emergencia	Inicio de Turno Asistencial	01. Aplicar instructivos específicos en normativas específicas de Directivas de Seguridad del Paciente vigentes (ver leyenda *1)	Personal de turno en Servicio Asistencial		
		¿Ocurrió un Evento relacionado con la Seguridad del Paciente (ERSP)? <u>SI</u> ocurrió Evento, continuar al paso 02. <u>Si NO</u> ocurrió Evento, termina el proceso.			
		Momento: Durante Registro y Notificación Evento Adverso			
		02. Informa Situación a Coordinador del servicio Asistencial Previo al informe, el personal debe tomar acciones inmediatas para mitigar el impacto del evento adverso o acciones correctivas de existir riesgo.	Personal asistencial que detecta Evento Adverso		
		Ir al paso 03 e ir al paso 20 (paralelamente)			

		03. Registra Evento en formato de establecido (ver leyenda *2) Seguir las indicaciones del Manual del Aplicativo de GCTIC (Perfil Registrador) El formato se encuentra en el REGENCIAD, pero también puede ser físico.	Personal asistencial que detecta Evento Adverso		
		04. Verifica Eventos en aplicativo ERSP (ver leyenda *2) Seguir las indicaciones del Manual del Aplicativo de GCTIC (Perfil Responsable de Calidad), la validación de la información, la identificación y la codificación.	Personal de la Oficina de Gestión de la Calidad		
		05. Coordinador de Servicio convoca a Comité de Investigación en menos de 24 horas (esto es solo en caso sea un EVENTO CENTINELA) Los encargados del análisis y elaboración de Informe, dependiendo el Evento, sería: Comités de Calidad o Comisión de Evento Centinela.	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		Momento: Investigación y Análisis			
		06. Equipo de Investigación y Análisis recibe Notificación e informe	Equipo de Investigación y Análisis		
		07. Equipo de Investigación y Análisis estudia el caso y registra resultados en formatos establecidos y presenta informe para la Mejora	Equipo de Investigación y Análisis		
		Momento: Plan de Intervención			

		08. Elabora Plan de Intervención para la mejora	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		09. Presentación al personal del servicio del Plan de Intervención	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		10. Implementación y Monitoreo del Plan	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		11. Jefe del servicio evalúa e informa avances del plan	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		12. Evalúa e Informa Plan de Intervención a jefatura de IPRESS/RED Ir al paso al paso 30.	Calidad de IPRESS/RED		
		20. Coordinador consolida la notificación y envío mensual a la of. de calidad	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		21. Consolida, evalúa e informa mensualmente la incidencia de caídas de pacientes a la Oficina de Gestión de Calidad o Unidad de Planeamiento y Calidad de cada IPRESS.	Coordinación del Servicio Asistencial/Jefe Servicio		
		Momento: Envío de Información			
		22. Of. Calidad remite Informe de Notificación y envío mensual a RED	Calidad de IPRESS/RED		
		30. Jefatura Red remite a la Sede Central	Jefatura de RED		
		Momento: Supervisión y Evaluación (trimestral)			

		40. Responsable realiza Supervisión basado en observación a los pacientes del servicio	Coordinación del Servicio Asistencial / Jefe Servicio	Lista de Cheque de Cumplimiento pautas de Seguridad	
		41. Responsable de Implementación de la Directiva emite Indicadores	Coordinación del Servicio Asistencial / Jefe Servicio		
Indicadores	Efectividad de mejora de la seguridad				
Registros	Cartas, memorándums, correos electrónicos, y REGINCIAD o Aplicativo informático vigente				
Leyenda:	*1	Directiva Nº 007 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos.			
		Directiva Nº 008 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de Pacientes			
		Directiva Nº 009 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente			
		Directiva Nº 010 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión.			
		Resolución de GCPS Nº 74-GCPS-ESSALUD-2013: Guía Técnica para la Higiene de Manos en las IPRESS de EsSalud			
	*2	manual/guía perfil_responsable_calidad Reginciad/aplicativo informático vigente			
		manual/guía perfil_registrador Reginciad/aplicativo informático vigente			
		manual/guía perfil_consulta_local Reginciad/aplicativo informático vigente			
		manual/guía perfil_consulta_red Reginciad/aplicativo informático vigente			

E04.03.03 Procedimiento Proceso Gestión de Riesgos – Rondas de Seguridad

FICHA TÉCNICA					
Nombre	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Rondas de Seguridad				
Objetivo	Establecer una cultura de seguridad y buenas prácticas de atención en las IPRESS de EsSalud para disminuir los riesgos de presentación de Eventos Relacionados a la Seguridad del Paciente (ERSP)				
Alcance	OGCyH - Red - IPRESS priorizadas (sujetas a programación)				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Planificación y organización			
		1. Elabora cronograma mensual de Rondas de Seguridad para todo el año y difunde en los Servicios	Of. de Calidad de IPRESS y REDES		
		2. Designación de Equipo de Ronda de Seguridad por Resolución y designación de profesional responsable de Reporte de la información del periodo (Anexo 3 y 4) Paralelamente ejecutar paso 2.1 Para conocimiento y continuar con paso 2. Convoca a Equipo	Jefaturas de IPRESS		
		2.1 Para conocimiento de Equipo de Ronda de Seguridad, cronograma y profesional responsable de reporte	OGCyH y responsable de eje temático		
		2. Convoca a Equipo de Rondas de Seguridad para capacitarlos	Of. de Calidad de IPRESS y REDES		
		2.1 Selecciona o Sortea los Servicios a visitar para Supervisar	Of. de Calidad de IPRESS y REDES		

	Formatos de Rondas de Seguridad de Anexo 2 (*1)	3. Facilita los formatos de Rondas de Seguridad y revisa metodología a seguir	Of. de Calidad de IPRESS y REDES		
		Ejecución de Rondas de Seguridad			
		4/5. Equipo de Rondas de Seguridad identifica Practicas Inseguras en la atención del paciente y anota en formato específico	Equipo de Rondas de Seguridad	Anexo 2 (*1)	
		6. Suscribe Actas con Jefes de Servicio seleccionados	Equipo de Rondas de Seguridad	Anexo 3: Modelo de acta de reunión Equipos de Rondas de Seguridad	
		6.1 Emite Recomendaciones para implementar actividades de mejora	Equipo de Rondas de Seguridad		
		Cumplimiento de Acciones de mejora de la Ronda de Seguridad			
		6.2 Implementa actividades de mejora	UPSS seleccionado		
		7. Verifica (evalúa) cumplimiento de implementación de actividades de mejora	Responsable Calidad IPRESS		
		7.1 Remite el formato de verificación a la oficina de calidad de la RED y la OGCyH (según Anexo 4)	Responsable Calidad IPRESS	Anexo 4 : formato de verificación del cumplimiento las actividades de mejora	
		7.2 Calcular Indicadores de implementación de Directiva y remite informe	Responsable Calidad IPRESS	Anexo 6: Fichas de Indicadores	

		8. Remitir Reporte de la Información con formatos validados	Profesional responsable de Reporte de la Información de IPRESS	Anexo 5 de carta: Aplicativo RS Anexo 6 de carta: Formato Verificación de cumplimiento de actividades de mejora	
		Evaluación de cumplimiento de directiva			
		9. Accede a plataforma del Sistema Gestión de Indicadores de Calidad	Profesional responsable de Reporte de la Información de IPRESS		
		10. Ingresar Resultados de indicadores obtenidos en Ficha Técnica de Indicadores	Profesional responsable de Reporte de la Información de IPRESS		
		Seguimiento Observaciones			
		11. Consolida y elabora Informe Mensual de cumplimiento de actividades de mejora de Rondas de Seguridad e Informe de Implementación de directiva	Jefaturas de IPRESS		
		12. Revisión de Informes y remite Observaciones de la RED	Jefes de REDES y Responsables Calidad REDES		
		13. Revisión de Informes y remite Observaciones de la OGCyH	OGCyH y responsable de eje temático		

		14. Envío de Informe para Levantamiento de las observaciones de REDES y de la OGCyH	Jefes de REDES y Responsables Calidad REDES		
		15. Envío de Informe para Levantamiento de las observaciones de las IPRESS, REDES y de la OGCyH	Responsable Calidad IPRESS		
		16. Implementa Observaciones de las IPRESS, REDES y OGCyH	UPSS seleccionado		
Indicadores					
Registros	Cartas, memorándums, correos electrónicos				

(*1) ANEXO 2:

Formatos de Rondas de Seguridad:

- Formato General 1,2,3:

1. HC (por Jefe de Departamento)
 1. Identificación Correcta del Paciente (por of. calidad)
 2. Seguridad en la medicación (por jefe de enfermería)
 2. Bioseguridad (por responsable de Inteligencia Sanitaria)
 3. Funcionamiento y manejo de equipos (por responsable de Inteligencia Sanitaria)
 3. Seguridad en los Servicios (por Jefe de Departamento)

- Formato para Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico

- Seguridad en Centro Obstétrico (por responsable de Of. de Calidad)
- Seguridad en Centro Quirúrgico (por responsable de Of. de Calidad)

E04.03.03 Procedimiento Proceso Gestión de Riesgos – Eventos RSP

FICHA TÉCNICA					
Nombre	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Eventos RSP				
Objetivo	Contribuir a la disminución de los Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente, durante las prestaciones de salud.				
Alcance	OGCyH - Red - IPRESS priorizadas (sujetas a programación)				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Registro			
Personal Asistencial o administrativo IPRESS/REDES	Evento Relacionado a la Seguridad del paciente	1. Llenado de ficha de registro de ERSP en el sistema informático (18.) (ERSP registrado)		Personal Asistencial o administrativo IPRESS/REDES	
		2. Valida ficha e identifica el tipo de ERSP (19.1) ¿Si Corresponde a EVENTO ADVERSO? Ir al paso 3. ¿Si NO Corresponde a EVENTO ADVERSO? Ir al paso 6.		Oficina Calidad IPRESS	
	Tabla de Codificación de ERSP	3. Asigna ID Evento		Oficina Calidad IPRESS	
		4. Selecciona al proceso que pertenece		Oficina Calidad IPRESS	
		5. Determina a qué servicio pertenece		Oficina Calidad IPRESS	
		6. Registra en Sistema Informático 19.8 Si ¿es un Evento Centinela? ir al paso 10. Si ¿Es grupo de ERPS? Ir al paso 20 Si ¿Es un Evento Adverso? Ejecutar pasos del paso 21 al paso 28.		Oficina Calidad IPRESS	

		Notificación			
		10. Derivar a Comisión de Eventos Centinela (19.3) Ejecutar pasos 11 al 16 Ir al Paso 40.	Aplicativo Informático		
		Análisis y Gestión de ERSP			
		11. Convocatoria de Comisión de Evento Centinela(22)	Comisión de Evento Centinela		
		12. Análisis del caso acorde a protocolo de Londres y análisis de causa raíz	Comisión de Evento Centinela		
		13. Elaboración de Plan de Acción	Comisión de Evento Centinela		
		14. Registro de Plan de acción en sistema informático	Comisión de Evento Centinela		
		15. Ejecución de Plan de acción	Comisión de Evento Centinela		
		16. Registra en Sistema conclusión de gestión (gestionado)	Comisión de Evento Centinela		
		20. Automáticamente agrupa los ERSP según ID de evento Si ¿es Periodo de Cierre? Continuar al paso 21. Si ¿NO es Periodo de Cierre? Termina el proceso. Si ¿es un Evento Adverso? Continuar a paso 30.	Aplicativo Informático		

		21. Proceso automático para que a partir de la Matriz de Priorización, se determina los Nivel de Gestión de ERSP (19.10)	Aplicativo Informático		
		22. Sistema envía los Grupos de ERSP "Notificados" a cada comité responsable de gestión (19.14)	Aplicativo Informático		
		Análisis y Gestión de ERSP			
		23. Análisis de los Grupos de ERSP notificados acorde a guía técnica (21.1)	Comités de Calidad según nivel de Gestión		
		24. Elaboración de Plan de Acción	Comités de Calidad según nivel de Gestión		
		25. Registro de Plan de acción en sistema informático	Comités de Calidad según nivel de Gestión		
		26. Ejecución de Plan de acción	Comités de Calidad según nivel de Gestión		
		27. Informa a Jefatura IPRESS /REDES avance de implementación de recomendaciones. ¿Plazo Concluido? Ir al paso 28. ¿Plazo SIN Concluido? Ir al paso 26.	Comités de Calidad según nivel de Gestión		
		28. Registra en Sistema conclusión de gestión (gestionado) Ir al Paso 40	Comités de Calidad según nivel de Gestión		
		30. Aplicativo emite Alerta a jefatura correspondiente (19.4)			

		Análisis y Gestión de ERSP			
		31. Realiza acciones para la Mitigación del impacto del Evento RSP (20.)			
		32. Informa al paciente y/o familiares medidas adoptadas. Ir al Paso 40.			
		Monitoreo y Evaluación de ERSP			
		40. Genera reportes del sistema y evalúa datos estadísticos (23.4.2)	Oficina Calidad IPRESS		
		41. Identifica tendencias inconsistencias, hallazgos y genera Recomendaciones	Oficina Calidad IPRESS		
		42. Informa Reporte de Monitoreo de ejecución, avances y vencimiento de Planes de acción a nivel IPRESS	Oficina Calidad IPRESS		
		44. Remite Reportes	Jefatura IPRESS		
		45. Genera reportes del sistema y evalúa datos estadísticos (23.4.2)	Jefatura REDES		
		46. Identifica tendencias inconsistencias, hallazgos y genera Recomendaciones	Jefatura REDES		
		47. Informa Reporte de Monitoreo de ejecución, avances y vencimiento de Planes de acción a nivel REDES	Jefatura REDES		
		52. Genera reportes del sistema y evalúa datos estadísticos (23.4.2)	OGCyH		

		53. Identifica tendencias inconsistencias, hallazgos y genera Recomendaciones	OGCyH		
		54. Informe Trimestral Reporte de Monitoreo de ejecución, avances y vencimiento de Planes de acción a nivel EsSalud Ejecuta paso 60 y continuar al paso 61	OGCyH		
		60. Toma conocimiento de Monitoreo y Evaluación de los ERSP	GG y Gerencias Interesadas		
		61. Envío de Informe para Levantamiento de las observaciones de REDES y de la OGCyH	Jefatura REDES		
		62. Envío de Informe para Levantamiento de las observaciones de las IPRESS, REDES y de la OGCyH	Jefatura IPRESS		
		63. Implementa Observaciones de las IPRESS, REDES y OGCyH	Oficina Calidad IPRESS		
Indicadores					
Registros	Cartas, memorándums, correos electrónicos,				

E04.03.03 Procedimiento Proceso Gestión de Riesgos – Cirugía Segura

FICHA TÉCNICA					
Nombre	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Cirugía Segura				
Objetivo	Disminuir los riesgos durante la atención de salud de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, a través del cumplimiento de prácticas seguras.				
Alcance	OGCyH - Red - IPRESS priorizadas (sujetas a programación)				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Planificación y organización			
Titular OGCyH	Documento o correo	1. Titular de IPRESS designa anualmente Equipo Conductor	Titular de IPRESS + Equipo Conductor		
		2. Equipo Conductor revisa y discute la Directiva	Titular de IPRESS + Equipo Conductor		
		3. Desarrolla estrategias efectivas para la implementación de la Lista de Verificación	Titular de IPRESS + Equipo Conductor		
		4. Aplica encuesta de Cultura de Seguridad para establecer Línea Base del nivel de cultura de Seguridad Anexo 2 (13.3.4)	Titular de IPRESS + Equipo Conductor		
		5. Establece Diagnostico situacional	Titular de IPRESS + Equipo Conductor		
		6. Elabora y emite Plan de Implementación de Lista de Verificación a través de Resolución de Titular de la IPRESS	Titular de IPRESS + Equipo Conductor	Resolución del titular del IPRESS del Plan de Implementación	
		Difusión y Capacitación			
		10. Campañas de difusión a todo el personal	Equipo conductor + personal IPRESS		

		11. Entrenamiento a equipos quirúrgicos que harán uso de la Lista de Verificación	Equipo conductor + personal IPRESS		
		12. Identificación de líderes que capaciten de manera continua a sus pares	Equipo conductor + personal IPRESS		
		Según planes de trabajo establecidas en un Mes: Ejecutar pasos del 20 al 24 y/o Ejecutar pasó del 30 al 33 Continuar con paso 40.			
		Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
		Por cada IQ realizada			
		20. Designa a Coordinador para que aplique Lista de Verificación durante la IQ	Coordinador designado		
		21. Aplica Lista de Verificación en 1 fase de IQ	Coordinador designado		
		22. Aplica Lista de Verificación 2 fase de IQ	Coordinador designado		
		23. Aplica Lista de Verificación en 3 fase de IQ	Coordinador designado		
		24. Remite copia de formatos de Lista de Verificación	Coordinador designado		
		Una vez al mes:			
		30. Equipo Conductor visita a equipo quirúrgico	Equipo Conductor		
		31. Observa modo de trabajo de cada uno del equipo quirúrgico ante diferentes casos	Equipo Conductor		
		32. Aplica formato de Evaluación de Lista de Verificación	Equipo Conductor		
		33. Identifica obstáculos a la aplicación de la Lista de Verificación	Equipo Conductor		
		Monitoreo y Reporte			

		40. Equipo conductor consolida y elabora Indicador relacionado a la aplicación de la Lista de Verificación. Paralelamente ejecutar paso 40.1 e ir al paso 41	Equipo Conductor		
		40.1 Reconocimiento público del servicio con mejor puntaje obtenido	Equipo Conductor		
		41. Elabora informe mensual y remite a RED a través Titular de la IPRESS	Equipo Conductor		
		42. Consolida, elabora Informe Mensual y remite a la OGCyH	Titular de la RED		
		43. Consolida y elabora Informe Mensual de Aplicación de Lista de Verificación e Informe de Implementación de directiva	Titular de la OGCyH		
		44. Revisión de Informes de implementación de Directiva e Informe de cumplimiento de actividades de Lista de Verificación e Informes de Implementación de directiva	Jefaturas de REDES y OGCyH		
		50. Envía Informe para Levantamiento de las observaciones de REDES y de la OGCyH	Titular de la RED		
		51. Implementa Observaciones de las IPRESS, REDES y OGCyH	UPSS Quirúrgico		
Indicadores					
Registros	Cartas, memorándums, correos electrónicos,				

E04.03.03 Procedimiento Proceso Gestión de Riesgos – Salud Materna Segura

FICHA TÉCNICA					
Nombre	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Salud Materna Segura				
Objetivo	Identificar los riesgos dentro de los procesos durante la provisión de servicios durante las prestaciones de salud materna (fuente: Resolución 380-PE-FsSalud-2016 y modificatoria Resolución 501-PE-EsSalud-2019).				
Alcance	OGCyH - Red - IPRESS priorizadas (sujetas a programación)				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
		Planificación			
Jefatura OGCyH	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	OGCyH	Obligatoriedad del Proceso de Seguridad en Salud Materna por cada IPRESS a nivel nacional	
		2. Tomar conocimiento de la obligatoriedad del Proceso de Seguridad en Salud Materna	RED		
		Programación			
Jefe de calidad RED	Documento o correo	2.1 Tomar conocimiento de la obligatoriedad del Proceso Salud Materna Segura nivel IPRESS	Responsable de Calidad de IPRESS		
Jefe de calidad RED	Documento o correo	3. Elaborar programación de evaluación es basal y de seguimiento de IPRESS priorizadas a cargo de equipo supervisor de red	Responsable de Calidad de IPRESS	a) Plan de programación de evaluaciones para el periodo. b) Equipo supervisor de red responsable para el periodo	

		3. 1 Validar y consolidar programación de las evaluaciones de IPRESS Ejecutar el paso 4 e ir al paso 5.	RED		
		4. Validar y consolidar programación de las evaluaciones de redes	OGCyH		
Jefe de calidad RED	Documento o correo	5. Solicitar asistencias técnicas a GSPHA según lo indicado en E04.02.03 Procedimiento Proceso Asistencia Técnica	RED		
		6. Recibir solicitudes de asistencia técnica (presencial o virtual)	OGCyH		
	Documento	7. Establecer cronograma para asistencia técnica en modalidad aprobada	OGCyH		
		Ejecución			
		8. Realizar visita de evaluación, sea basal o de seguimiento en IPRESS acorde a programación.	Equipo supervisor de red		
		9. Entregar resultados a responsable de IPRESS visitada	Equipo supervisor de red	Acta de reunión	
		11. Elaborar plan de análisis y acciones para levantamiento de riesgos identificados durante la visita (Equipo de gestión)	Equipo de Gestión de IPRESS	Plan de Intervención	

		12. Registrar riesgos críticos en aplicativo REGINCIAD/aplicativo informático vigente Paralelamente ejecutar punto 12.1 y 12.2 y continuar al punto 13.	jefaturas de áreas y/o servicios con riesgos críticos identificados	Número de ficha de registro en REGINCIAD/aplicativo informático vigente	
		12.1 Implementación de Plan de acciones para levantamiento de riesgos identificados	jefaturas de áreas y/o servicios con riesgos críticos identificados		
		12.2 Cumplimiento del Plan	jefaturas de áreas y/o servicios con riesgos críticos identificados		
		13. Registrar resultados en indicador correspondiente SGIC, sea evaluación basal y de seguimiento.	Responsable de calidad RED	Registro de información en SGIC	
		Resultados			
		14. Consolidar resultados de IPRESS evaluadas	Responsable de calidad RED		
		15. Reportar resultados de evaluación basal y de seguimiento efectuadas en las IPRESS programadas de la red	Responsable de calidad RED		

		16. Elaborar informe alcanzando los resultados obtenidos durante visita a las IPRESS programadas de la red, de la evaluación basal y la anual.	Responsable de calidad RED	Informe de evaluación basal y anual de las IPRESS programadas	Gerente o Director de Red, y OGCyH
		Monitoreo			
		17. Verificar reporte de resultados de las evaluaciones en SGIC	Responsable de calidad RED		
Jefe de calidad RED	Documento	18. Solicitar información sobre avance del levantamiento de riesgos identificados. Esperar ejecución del punto 18.1 y continuar en el punto 19.	Responsable de Calidad de IPRESS	Memorando a jefaturas de áreas y/o servicios con riesgos críticos identificados	Jefaturas de Departamento / Servicio de IPRESS
		18.1 Remite Información solicitada	jefaturas de áreas y/o servicios con riesgos críticos identificados		
		19. Verificar avance del levantamiento de riesgos identificados en REGINCIAD/aplicativo informático vigente	Responsable de calidad RED		
		20. Verificar avance del reporte de información en sistemas de registro	OGCyH		
Indicadores	Resultado del cumplimiento de estándares de la Evaluación de la calidad, seguridad y continuidad de cuidados y atenciones en salud materna				

Registros	<p>A nivel de Red:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aplicativo Excel del instrumento con los resultados, tanto de la evaluación basal como de seguimiento del periodo actual.b) Escaneado de las hojas impresas del instrumento con resultados y firmas de los participantes en la evaluación (hojas de cálculo 1, 3 y 5 del Excel, formato pdf).c) Registro de información en el indicador correspondiente del Sistema Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)d) Informe de evaluación basal y evaluación anual en las IPRESS programadas <p>A nivel de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aplicativo o formatos usados para evidenciar que se ha ejecutado el proceso:b) Escaneado de las hojas impresas del instrumento con resultados y firmas de los participantes en la evaluación (hojas de cálculo 1, 3 y 5 del Excel, formato pdf).c) Registro resultado y de incidentes observados en el Aplicativo REGINCIAD/aplicativo informático vigente, de la evaluación basal y de seguimiento.
------------------	--

E04.04.01 Procedimiento Proceso Implementación de herramientas informáticas

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas				
Objetivo	Desarrollar soluciones informáticas que apoyen a los procesos relacionados a la Calidad del servicio que brinda EsSalud dentro de la Mejor Continua				
Alcance	Aplicarlo a cualquier procesos relacionados a la Calidad del servicio que brinda EsSalud				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefaturas de REDES e IPRESS	Carta o correo Institucional Plan de Actividades de Jefatura	1. Identificar herramienta informática a desarrollar o actualizar	Jefatura de la OGCyH involucrada		
		2. Formar equipo de Trabajo	Equipo de Trabajo OGCyH		
		3. Elaborar plan de trabajo	Equipo de Trabajo OGCyH		
		4. Recopilar y análisis de información	Equipo de Trabajo OGCyH		
		5. Coordinaciones con informáticos para bosquejar solución	Equipo de Trabajo OGCyH		
		6. Revisión de propuesta para bosquejar solución informática	personal informático		
		¿Solución es viable? Si es viable, continua al paso 7. Si no es viable, termina el proceso.	Equipo de Trabajo OGCyH		

		7. Elaborar carta a GCTIC solicitando solución informática (con V°B° de Jefatura OGCyH)	Jefatura de la OGCyH involucrada		
		<Proceso de Desarrollo de requerimientos de nuevas soluciones> en GCTIC	GCTIC		
		8. Recepcionar documentación y manuales(de Usuario) para uso de nuevo aplicativo en producción	Despacho OGCyH	Instrumento Normativo	
		9. Instalar y capacitar al personal involucrado en el uso del nuevo aplicativo	Jefatura de la OGCyH involucrada	Instalación nuevo aplicativo	
		10. Desarrollar actividades para implantar el nuevo aplicativo	Jefatura de la OGCyH involucrada	capacitaciones	REDES e IPRESS
Indicadores	Oportunidad uso de herramienta informática				
Registros	Cartas, Memorándums y/o correos electrónicos				

E04.04.02 Procedimiento Proceso Diseño instrumentos de dirección y gestión

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO (del Proceso)					
Nombre	E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión				
Objetivo	Elaborar documentos oficiales que tienen por objetivo establecer normas, criterios, reglas o parámetros e indicadores sobre un tema o proceso prestacional o administrativo del ámbito de ESSALUD, facilitando actuaciones estandarizadas y el cumplimiento de las funciones o procesos. Los documentos normativos son: documentos técnicos (Estrategias, Sistemas de Gestión, guías o manuales, etc.) documentados				
Alcance	Aplicarlo a cualquier procesos relacionados a la Calidad del servicio que brinda EsSalud				
Proveedor	Entradas	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefaturas de REDES e IPRESS	Carta o correo Institucional Plan de Actividades de Jefatura	1. Identificar dentro planes, normativas, procesos necesidades de instrumentos de apoyo a los mismos (ver leyenda (*1))	Jefatura de la OGCyH involucrada		
		2. Revisión de normativas del sector y metodologías de diseño	Profesional especializado en el tema a desarrollar		
		3. Elaborar plan de trabajo	Profesional especializado en el tema a desarrollar		
		4. Recopilar y análisis de información	Profesional especializado en el tema a desarrollar		
		5. Elabora propuesta de instrumento respecto a un tema específico	Profesional especializado en el tema a desarrollar		
		6. Revisión de propuesta de instructivo para aportes	Profesional especializado en el tema a desarrollar		

		7. Elabora Instrumento específico	Profesional especializado en el tema a desarrollar	Informe técnico	
		8. Aprobación del Instrumento normativo	Jefatura de la OGCyH involucrada	Instrumento Normativo	
		9. Desarrollar actividades de implantación	Jefatura de la OGCyH involucrada		REDES e IPRESS
Indicadores	Oportunidad uso del instrumento a diseñar				
Registros	Cartas, memorándums y/o correos electrónicos				

Legenda:
(*1) Tipos:

instrumentos de apoyo a las actividades/procesos de la OGCyH
 metodologías para temas específicos
 instructivos
 formularios
 métricas
 indicadores
 guías
 encuestas
 formatos
 presentaciones

9.5. INDICADORES DE PROCESOS

E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes (planificación)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes – Planificación
Nombre Indicador	Grado de cumplimiento de elaboración del Plan Anual en EsSalud
Descripción del Indicador	Relacionar el número de IPRESS y REDES que cuentan con Pan Anual de Calidad contra el total de IPRESS y REDES de EsSalud
Objetivo del Indicador	Conocer el número de IPRESS y REDES que cuentan con Plan Anual de Calidad
Forma de Cálculo	$(\text{Número de IPRESS y REDES que cuentan con Pan Anual de Calidad} / \text{Total de IPRESS y REDES de EsSalud}) * 100\%$
Fuentes de Información	Cartas con planes anuales de calidad recibidas en la OGCyH del periodo
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Medición	Responsable del tema de planes anuales en la OGCyH
Meta	<por definir>

E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes (evaluación)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes - Evaluación
Nombre Indicador	Cumplimiento de entrega de reportes de actividades desarrolladas en el periodo
Descripción del Indicador	Relacionar el fecha de entrega realizados con fecha de entrega de reportes programado
Objetivo del Indicador	Medir si se cumple con la entrega de reportes de actividades conforme lo programado
Forma de Cálculo	$\text{Fecha de entrega de reportes real} - \text{fecha de entrega de reporte programado}$
Fuentes de Información	Reportes de actividades desarrollados recibidos en el despacho de la OGCyH
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Responsable del tema de planes anuales en la OGCyH
Meta	<por definir>

E04.01.02 Proceso Implementación del SGC

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.02 Proceso Implementación del SGC
Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento de Implementación del SGC
Descripción del Indicador	Relacionar las IPRESS que han implementado las actividades de Calidad en su ámbito con el total IPRESS que deben implementar las actividades de calidad en su ámbito
Objetivo del Indicador	Medir si se cumple con la implementación del SGC
Forma de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de IPRESS que envían sus informes técnicos de implementación} / \text{total de IPRESS de EsSalud}) * 100\%$
Fuentes de Información	informes técnico de implementación recibidos en despacho de la OGCyH
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Profesional asignado a la implementación del SGC
Meta	<por definir>

E04.01.03 Proceso Medición Indicadores

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.03 Proceso Medición Indicadores
Nombre Indicador	Cobertura de medición realizada
Descripción del Indicador	Relacionar cuantos Servicios fueron “medidos” vs el total de servicios de la IPRESS
Objetivo del Indicador	Medir si se midieron todos los servicios de la IPREES
Forma de Cálculo	$(\text{Nro. de correos recibidos} / \text{total de servicios de la IPRESS}) * 100\%$
Fuentes de Información	Correos electrónicos que remiten los servicios asistenciales de la IPRESS a la RED, en el momento que son medidos por los encargados de calidad de la IPRESS.
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Of. de Calidad de la RED
Meta	<por definir>

E04.01.04 Proceso Monitoreo

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.04 Proceso Monitoreo
Nombre Indicador	Cobertura del monitoreo
Descripción del Indicador	Relacionar cuantos Servicios fueron monitoreados vs el total de servicios de la IPRESS
Objetivo del Indicador	Medir si se monitorean todos los servicios de la IPREES
Forma de Cálculo	$(\text{Nro. de correos recibidos} / \text{total de servicios de la IPRESS}) * 100\%$
Fuentes de Información	correo electrónicos que remiten los servicios de la IPRESS a la RED, cuando son monitoreados
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Of. de calidad de la RED
Meta	<por definir>

E04.01.05 Proceso Supervisión

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.05 Proceso Supervisión
Nombre Indicador	Cumplimiento de Supervisiones realizadas
Descripción del Indicador	Relacionar la fecha en que programó al equipo de trabajo con la fecha en que se realizó la supervisión
Objetivo del Indicador	Medir si se cumple con la entrega de Informes técnicos de supervisión programados
Forma de Cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ informes técnicos realizados} / \text{N}^\circ \text{ informes programados}) * 100\%$
Fuentes de Información	informes técnico de supervisión archivados en el despacho de la OGCyH
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Profesional asignado a la Supervisión en la OGCyH
Meta	<por definir>

E04.01.06 Proceso Evaluación

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.01.06 Proceso Evaluación
Nombre Indicador	Cumplimiento de entrega de reportes de actividades desarrolladas en el periodo
Descripción del Indicador	Relacionar el fecha de entrega realizados con fecha de entrega de reportes programado
Objetivo del Indicador	Medir si se cumple con la entrega de reportes de actividades conforme lo programado
Forma de Cálculo	Fecha de entrega de reportes real - fecha de entrega de reporte programado
Fuentes de Información	Reportes de actividades desarrollados
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Responsable de la Evaluación en la OGCyH
Meta	<por definir>

E04.02.01 Proceso Regulación

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.02.01 Proceso Regulación
Nombre Indicador	Oportunidad de realización de la Regulación
Descripción del Indicador	Relacionar la fecha en que programó al equipo de trabajo con la fecha en que se envía el proyecto de directiva la GCPP para su aprobación
Objetivo del Indicador	Medir el tiempo de realización de la normativa
Forma de Cálculo	Fecha designó al equipo de trabajo - fecha enviado a la GCPP para su Aprobación
Fuentes de Información	carta solicitud , informe técnico final
Periodicidad de Medición	mensual
Responsable de Medición	Profesional (del equipo de trabajo) asignado a la regulación
Meta	<por definir>

E04.02.02 Proceso Capacitación

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.02.02 Proceso de Capacitación
Nombre Indicador	Oportunidad de realización de la Capacitación
Descripción del Indicador	Relacionar la fecha programada para la Capacitación vs la fecha real en que se realizó la Capacitación
Objetivo del Indicador	Medir si se realiza la capacitación en la fecha programada
Forma de Cálculo	Fecha programada -fecha realizada
Fuentes de Información	carta solicitud , informe técnico de capacitación realizada
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Administrativo designado
Meta	0 días

E04.02.03 Proceso de Asistencia Técnica

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.02.03 Proceso de Asistencia Técnica
Nombre Indicador	Oportunidad de realización de la Asistencia Técnica
Descripción del Indicador	Relacionar la fecha programada para la Asistencia Técnica vs la fecha real en que se realizó la Asistencia Técnica
Objetivo del Indicador	Medir si se realiza la Asistencia Técnica en la fecha programada
Forma de Cálculo	Fecha programada -fecha realizada
Fuentes de Información	carta solicitud , informe técnico de asistencia técnica realizada
Periodicidad de Medición	mensual
Responsable de Medición	Administrativo designado
Meta	0 días

E04.03.01 Proceso Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.01 Proceso Proyectos de Mejora Continua de la Calidad
Nombre Indicador	Índice de avance del proyecto de mejora
Descripción del Indicador	Relacionar el número de documentos necesarios para considerar completo un Proyecto de mejora continua con el total de documentos que se debe completar
Objetivo del Indicador	(número de documentos que completan un Proyecto de mejora continua / total de documentos que se debe completar) * 100%
Forma de Cálculo	(número de documentos que completan un Proyecto de mejora continua / total de documentos que se debe completar) * 100%
Fuentes de Información	documentos que llegan a la OGCyH referente a un proyecto de mejora
Periodicidad de Medición	mensual
Responsable de Medición	responsable del tema de Mejora Continua de la Calidad en la OGCyH
Meta	100% en un año

E04.03.02 Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.02 Proceso Acreditación - Auto Evaluación IPRESS
Nombre Indicador	Índice de avance de la auto Evaluación dela IPRESS
Descripción del Indicador	Relacionar el número de documentos necesarios para considerar completo la Auto Evaluación con el total de documentos que se debe completa
Objetivo del Indicador	Conocer el grado de avance de proceso de Auto Evaluación
Forma de Cálculo	(número de documentos que completan un Proceso de Auto Evaluación / total de documentos que se debe completar) * 100%
Fuentes de Información	documentos que llegan a la OGCyH referente a un proceso Auto Evaluación
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	responsable del tema de Acreditación en la OGCyH
Meta	100% en un año

E04.03.02 Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.02 Proceso Acreditación - Evaluación Externa IPRESS
Nombre Indicador	Índice de avance de la Evaluación Externa para Acreditación de IPRESS
Descripción del Indicador	Relacionar el número de documentos necesarios para considerar completo la Evaluación Externa con el total de documentos que se debe completar
Objetivo del Indicador	Conocer el grado de avance de proceso de Evaluación Externa
Forma de Cálculo	(número de documentos que completan un Proceso Evaluación externa / total de documentos que se debe completar) * 100%
Fuentes de Información	Informes área de Calidad de la IPRESS
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	responsable del tema de Acreditación en la OGCyH
Meta	100% en un año

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Practicas Seguras ()**

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Practicas Seguras
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 IPRESS/RED
Objetivo del Indicador	Medir si se aplican las propuesta de mejora planteadas con las propuesta de mejora implementadas
Forma de Cálculo	(Nro. de propuesta de mejora implementados en periodo presente / Nro. de propuesta de mejora planteadas en el periodo presente)*100%
Fuentes de Información	Informes técnicos de implementación de propuestas de mejora recibidos en el despacho de la OGCyH
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Medición	Responsable de Seguridad del Paciente en la OGCyH
Meta	<por definir>

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Rondas de Seguridad ()**

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Rondas de Seguridad
Nombre Indicador	PORCENTAJE DE RONDAS de SEGURIDAD QUE CUMPLEN CON LA APLICACIÓN del instructivo de la directiva de Rondas de Seguridad.
Descripción del Indicador	Numerador: Número de Rondas realizadas en el servicio para el periodo evaluado, donde se aplicó el instructivo de la directiva de Rondas de Seguridad. Denominador: Numero de Rondas de Seguridad realizadas en el servicios en el periodo de tiempo evaluado.
Objetivo del Indicador	Mejorar la calidad de las Servicios Asistenciales donde aplican las Rondas de Seguridad que atienden a los usuarios de EsSalud.
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad realizadas por Servicio para el periodo evaluado}}{100} \times \frac{100}{\text{N}^\circ \text{ Rondas de Seguridad planificados por Servicio para el período evaluado}}$
Fuentes de Información	Sistema transaccional vigente
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Equipo de Rondas de Seguridad Oficina de Calidad de la Red OGCyH
Meta	(Mayor >90%)

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Eventos RSP

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Eventos RSP
Nombre Indicador	ADHERENCIA AL REGISTRO DE EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
Descripción del Indicador	Porcentaje de adherencia de las IPRESS al REGISTRO de Eventos Relacionados a la Seguridad del Paciente, a través del registro en el sistema informático vigente. Resulta de dividir, el conteo de las IPRESS que registran eventos adversos durante el mes, entre el total de IPRESS de ESSALUD pertenecientes a la red.
Objetivo del Indicador	Este indicador elimina el sesgo de concentración de registros en unas cuantas IPRESS de la red asistencial y valora la generación de una cultura de seguridad del paciente en la institución.
Forma de Cálculo	<p>N° de IPRESS que registran en el mes: N° total de IPRESS de la red que realizaron registros en el sistema informático vigente durante el mes</p> <p>-----</p> <p>Total de IPRESS de la Red: Número total de IPRESS que brindan atenciones a los usuarios de ESSALUD pertenecientes a la red.</p>
Fuentes de Información	Base de datos generada del sistema informático vigente
Periodicidad de Medición	Mensual, cancelatorio
Responsable de Medición	Gerente de Red Prestacional, Gerente de Red Asistencial, Gerente de Centro Especializado/Director de Instituto Especializado/Director de IPRESS. Jefatura de la Oficina de Gestión Calidad y Humanización.
Meta	(por definir)

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Cirugía Segura

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos - Cirugía Segura
Nombre Indicador	PORCENTAJE DE CIRUGÍAS QUE CUMPLEN CON LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA
Descripción del Indicador	Numerador: Número de cirugías realizadas en el servicio para el periodo evaluado, donde se aplicó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Denominador: Numero de Cirugías realizadas en el servicios en el periodo de tiempo evaluado.
Objetivo del Indicador	Mejorar la calidad de las prestaciones quirúrgicas en UPSS Centro Quirúrgico de las IPRESS que atienden a los usuarios de EsSalud.
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cirugías que cuentan con Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por Servicio para el periodo evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Cirugías realizadas por Servicio para el período evaluado}} \times 100$
Fuentes de Información	Sistema transaccional vigente
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Equipo Conductor Oficina de Calidad de la Red OGCyH
Meta	(Mayor >90%)

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Salud Materna Segura ()**

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Salud Materna Segura
Nombre Indicador	PORCENTAJE Servicios de Salud Materna que cumplen con la aplicación de la Guía de Salud materna.
Descripción del Indicador	Numerador: Número de Evaluaciones realizadas en el servicio para el periodo evaluado, donde se aplicó la Guía de Salud Materna. Denominador: Numero de Evaluaciones programadas en el servicio en el periodo de tiempo evaluado.
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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Evaluaciones de Salud Materna realizadas para el periodo evaluado}}{100} \times \text{Evaluaciones de Salud Materna planificados para el período evaluado}$
Fuentes de Información	Sistema transaccional vigente
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Equipo supervisor de red Oficina de Calidad de la Red OGCyH
Meta	(Mayor >90%)

E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas
Nombre Indicador	Oportunidad uso de herramienta informática
Descripción del Indicador	Relacionar la fecha en que programó al equipo de trabajo con la fecha en que se envía el requerimiento a GCTIC
Objetivo del Indicador	Medir el tiempo de realización de la normativa
Forma de Cálculo	Fecha designó al equipo de trabajo - fecha enviado requerimiento a GCTIC
Fuentes de Información	carta solicitud de requerimiento a GCTIC
Periodicidad de Medición	mensual
Responsable de Medición	Profesional (del equipo de trabajo) asignado a la Implementación de herramientas informáticas
Meta	<por definir>

E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión
Nombre Indicador	Oportunidad uso del instrumento a diseñar
Descripción del Indicador	Relacionar la fecha en que programó al equipo de trabajo con la fecha en que terminó de diseñar el instrumento requerido.
Objetivo del Indicador	Medir el tiempo de realización de instrumento
Forma de Cálculo	Fecha designó al equipo de trabajo - fecha terminación de instrumento desarrollado
Fuentes de Información	Documentación de aprobación de jefatura de instrumento
Periodicidad de Medición	mensual
Responsable de Medición	Profesional (del equipo de trabajo) asignado al Diseño de instrumento
Meta	(por definir)

9.6. FICHAS DE RIESGO

E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes Anuales

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)		E04 Macroproceso Gestión de la Calidad		
			Proceso (Nivel 1)		E04.01 Procesos de Dirección		
			Subproceso (Nivel 2)		No aplica		
			Procedimiento		E04.01.01 Proceso Planificación y Evaluación de Planes Anuales		
			Actividad		No aplica		
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción		Similar al Plan Operativo institucional, es un instrumento de gestión de corto plazo que permite definir las actividades, metas y necesidades que se programan en un periodo anual para el logro de los objetivos institucionales previstos (fuente: Directiva N.16-GG-ESSALUD-2015, "Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo")		
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)		Lima, Lima, Jesús María		
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Pocas iniciativas de calidad en plan operativo				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01		Poca importancia al tema de calidad de directivos	
				Causa N° 02		Bajo presupuesto	
				Causa N° 03		Pocas iniciativas de calidad en plan operativo	
				Causa N° 04		Directivos no sensibilizados en tema de Calidad	
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa			
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3			Bajo	0.10
		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20

		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto	0.20
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Revisión de POI aprobado con pocas actividades del tema de calidad en IPRESS				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Sensibilizar a la Dirección del IPRESS, REDES				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.01.02 Proceso Implementación SGC

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.01 Procesos de Dirección			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.01.02 Proceso Implementación SGC			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Implementar un Sistema de Gestión de Calidad mediante la Construcción de una cultura organizacional que traduzca en su trabajo criterios de eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, responsabilidad sobre los compromisos asumidos, y trato humanizado en el desarrollo de las prestaciones de salud, económica y social.			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Poco interés en aplicar normas de calidad en IPRESS, REDES				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Baja cultura organizacional en tema de calidad		
				Causa N° 02	Insuficientes profesionales a nivel de Redes e IPRESS		
				Causa N° 03	bajo trato humanizado		
Causa N° 04				Poco interés en aplicar normas de calidad en IPRESS, REDES			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
				4.2			

		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto	0.80
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Índices de cumplimiento de implementación de la norma baja en los IPRESS				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Hacer uso de temas de marketing en la OGCyH				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.01.03 Proceso Medición Indicadores

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)		E04 Macroproceso Gestión de la Calidad		
			Proceso (Nivel 1)		E04.01 Procesos de Dirección		
			Subproceso (Nivel 2)		No aplica		
			Procedimiento		E04.01.03 Proceso Medición Indicadores		
			Actividad		No aplica		
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción		Es el proceso que permite registrar y hacer seguimiento de las mediciones requeridas.		
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)		Lima, Lima, Jesús María		
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Cumplimiento de registro del indicador				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01		Es un proceso cuyos responsables operativos iniciales son las jefaturas	
				Causa N° 02		Los actores del proceso no conocen la importancia del registro de los indicadores	
				Causa N° 03		Registros en aplicativos de manera manual	
				Causa N° 04		Mediciones no coinciden con documentación que sustenta el registro en el aplicativo	
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa			
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3			Bajo	0.10
		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20
		Alta	0.7			Alto	0.40

		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50	Muy Alto		0.80
	4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta		
5	5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
	Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo			
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Situaciones observadas en los documentos no reflejan lo que muestra el indicador				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Buscar una forma de cruzar lo registrado en el aplicativo con los documentos fuentes (diseñar check list)				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada	Alta	

E04.01.04 Proceso Monitoreo

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.01 Procesos de Dirección			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.01.04 Proceso Monitoreo			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Es el proceso en el cual se evalúa de manera continua las actividades en desarrollo, coordinando internamente con los responsables de las mismas de acuerdo con las metas programadas (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Poco interés en registrar las actividades de monitoreo				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Poco interés en actividades de monitoreo		
				Causa N° 02	Registro están manos de jefaturas de servicio, que están más enfocadas en temas asistenciales		
				Causa N° 03	No se cuenta con instrumentos para cruzar el monitoreo		
				Causa N°04	Poca interés en registrar las actividades de monitoreo		
TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
		Alta	0.7		Alto	0.40	

		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50	Muy Alto		0.80
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Monitoreo no se refleja en Informes a la OGCyH				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Construir herramientas para controlar el monitoreo que se realiza				

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 RIESGO		0.05	0.10	0.20	0.40	0.80	
		Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto	
3. PRIORIDAD DEL RIESGO		Baja		Moderada		Alta	

E04.01.05 Proceso Supervisión

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.01 Procesos de Dirección			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.01.05 Proceso Supervisión			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones. Permite alimentar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Poco interés en realizar acciones de mejora de calidad, como resultado de la Supervisión				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Directores no facilitan acciones de mejora de calidad		
				Causa N° 02	Actores implicados son parte del problema		
				Causa N° 03	Los actores implicados no recibieron la asistencia técnica en su momento		
Causa N° 04				Poco interés en realizar acciones de mejora, como resultado de la Supervisión			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3			Bajo	0.10

		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20		
		Alta	0.7			Alto	0.40		
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80		0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto			0.80
	4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta				
5	5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS							
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo				
	Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo					
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA					
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA						
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Reportes de acciones de mejora superficiales						
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Reforzar Asistencia Técnica							

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.01.06 Proceso Evaluación

FICHA DE RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad		
			Proceso (Nivel 1)	E04.01 Procesos de Dirección		
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica		
			Procedimiento	E04.01.06 Proceso Evaluación		
			Actividad	No aplica		
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Es un análisis técnico orientado a valorar críticamente los resultados obtenidos en determinado periodo, con el fin de utilizar la experiencia como fuente de aprendizaje para programaciones posteriores y retroalimentaciones que permitan la mejora institucional (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016)		
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María		
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo			
	3.2	CODIFICACIÓN				
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Poco interés en realizar acciones de mejora de calidad, como resultado de la Evaluación			
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Directores no facilitan acciones de mejora de calidad	
				Causa N° 02	Actores implicados son parte del problema	
Causa N° 03				Los actores implicados no recibieron la asistencia técnica en su momento		
Causa N° 04				Poco interés en realizar acciones de mejora, como resultado de la Evaluación		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa			
VALORACIÓN DE RIESGO						
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	4.2	Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3		Bajo	0.10

		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20		
		Alta	0.7			Alto	0.40		
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80		0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto			0.80
	4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta				
5	5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS							
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo				
	Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo					
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA					
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA						
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Reportes de acciones de mejora superficiales						
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Programar Asistencia Técnica							

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.02.01 Proceso Regulación

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.02 Procesos de Gestión			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.02.01 Proceso Regulación			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Establecer normas, reglas o criterios en materias específicas de tipo operacional o administrativo, que deben realizarse en cumplimiento de disposiciones legales vigentes o por necesidad institucional, siendo de cumplimiento obligatorio por los órganos de ESSALUD (fuente directiva directivas)			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Poca aplicabilidad de la norma				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	No se consulta con los actores que participan en la norma		
				Causa N° 02	No siempre se cuenta con profesionales en otras áreas que validen la propuesta de normativa		
				Causa N° 03	No se aplica por no contarse con los recursos económicos que se necesita (personal, materiales, etc.)		
				Causa N° 04	No se aplica la norma por que no se ajusta a la realidad del IPRESS		
		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3			Bajo	0.10

		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20		
		Alta	0.7			Alto	0.40		
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80		0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto			0.80
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO								
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta					
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 / Dirección	NO APLICA					
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA						
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Indicadores reflejan poca aplicabilidad de la norma en los IPRESS						
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Convocar a un equipo de trabajo para actualizar normativa							

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.02.02 Proceso Capacitación

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.02 Procesos de Gestión			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.02.02 Proceso Capacitación			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Es un proceso educativo de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistémica, mediante el cual los participantes adquieren y desarrollan conocimientos y habilidades específicas relativas al trabajo, y modifican sus actitudes frente a los quehaceres de la organización, el puesto o el ambiente laboral (fuente: RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° 951-GG-ESSALUD-2007)			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	No se ven resultados de la capacitación				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	No se cuenta con material de enseñanza estándar		
				Causa N° 02	Los oyentes no son los trabajadores que trabajan relacionados a la normado		
				Causa N° 03	Los oyentes son trasladados a otra área laboral		
				Causa N° 04	No se ven resultados de la capacitación		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3			Bajo	0.10
		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20

		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto	0.80
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	No se inician las actividades conforme lo indicado en acta de Capacitación				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Coordinar con Dirección para que se facilite labor del personal capacitado				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada	Alta	

E04.02.03 Proceso Asistencia Técnica

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.02 Procesos de Gestión			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.02.03 Proceso Asistencia Técnica			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Es un proceso interactivo mediante el cual hay una propuesta conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adoptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	No se ven resultados de la Asistencia Técnica				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	El asistente designado no cuenta con material de enseñanza vigente en el tema		
				Causa N° 02	Los participantes no son están directamente relacionados a la Asistencia Técnica		
				Causa N° 03	Personal no participo en cursos de Capacitación		
				Causa N° 04	No se ven resultados de la Asistencia Técnica		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
						4.2	

		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto	0.80
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	No se empieza con lo estipulado en Acta de la Asistencia Técnica				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Coordinar con Dirección para que facilite labor de la aplicación de la Asistencia Técnica				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.03.01 Proceso Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

FICHA DE RIESGOS								
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)		E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)		E04.03 Procesos Operativos			
			Subproceso (Nivel 2)		No aplica			
			Procedimiento		E04.03.01 Proceso Proyectos Mejora Continua de la Calidad			
			Actividad		No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción		Es el planteamiento de un conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado y que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una Red o IPRESS (fuente: documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad")			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)		Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS								
3	3.1	TIPO DE RIESGO		Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN						
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Cumplimiento del Plan de trabajo del Proyecto establecido				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01		El líder del proyecto y los equipos designados rotan en el tiempo		
				Causa N° 02		No cuenta con los recursos (materiales, humanos, financieros) que el proyecto requiere		
				Causa N° 03		Equipo designado no participo en cursos de Capacitación		
				Causa N° 04		No se logra cumplir con el Plan de Trabajo de Proyecto establecido		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO								
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3			Bajo	0.10	

		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20	
		Alta	0.7			Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto		0.20
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta				
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 / Dirección	NO APLICA				
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA					
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Hitos de Plan de Trabajo sin cumplir					
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Programar Asistencia Técnica al equipo de trabajo del Proyecto						

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.03.02 Proceso Acreditación – Auto Evaluación IPRESS

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.03 Procesos Operativos			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.03.02 Proceso Acreditación–Auto Evaluación IPRESS			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Fase inicial obligatoria para la Acreditación de una IPRESS , en la que, la IPRESS cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación (*1) y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento (fuente: Resolución 380-PE-EsSalud-2016).			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento del plan de trabajo para implementar la Auto Evaluación				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Poca interés al tema por las jefaturas de servicios asistenciales		
				Causa N° 02	Desanimo si se deben desarrollar Acciones de Mejora para volver a iniciar la Auto Evaluación		
				Causa N° 03	No se aplica por no contarse con los recursos económicos que se necesita (personal, materiales, etc.)		
				Causa N°04	No se cumple con el plan de trabajo para ejecutar la Auto Evaluación de la IPRESS		
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa			
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo

		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50	Muy Alto		0.80
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Hitos de Plan de Trabajo sin cumplir				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Sensibilizar al Director del IPRESS acerca de la importancia de la Acreditación					

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada	Alta	

E04.03.02 Proceso Acreditación – Evaluación Externa IPRESS

FICHA DE RIESGOS								
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)		E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)		E04.03 Procesos Operativos			
			Subproceso (Nivel 2)		No aplica			
			Procedimiento		E04.03.02 Proceso Acreditación-Evaluación Externa IPRESS			
			Actividad		No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción		El Objetivo del Proceso de Evaluación Externa es confirmar los resultados obtenidos, respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación, en la Evaluación Interna.			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)		Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS								
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo					
	3.2	CODIFICACIÓN						
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	No se apruebe Evaluación Externa					
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01		Poca interés al tema por las jefaturas de servicios asistenciales		
				Causa N° 02		Desanimo si se deben desarrollar Acciones de Mejora para volver a iniciar la Evaluación Externa		
				Causa N° 03		No se aplica por no contarse con los recursos económicos que se necesita (personal, materiales, etc.)		
				Causa N°04		No se apoya al equipo evaluador con el plan de trabajo para ejecutar la Evaluación Externa de la IPRESS		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO								
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3			Bajo	0.10	

		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20		
		Alta	0.7			Alto	0.40		
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80		0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto			0.80
	4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta				
5	5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS							
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo				
	Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo					
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA					
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA						
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Hitos de Plan de Trabajo sin cumplir						
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Sensibilizar al Director del IPRESS acerca de la importancia de la Acreditación							

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Practicas Seguras

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.03 Procesos Operativos			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Practicas Seguras			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	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.			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	No aplicación de las Prácticas Seguras				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Falta de capacitación del personal		
				Causa N° 02	Falta de adherencia a las prácticas seguras		
				Causa N° 03	Falta de insumos necesarios para la aplicación de las prácticas seguras		
				Causa N° 04	Desconocimiento de las Directivas de Prácticas Seguras		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
		Alta	0.7		Alto	0.40	0.40

		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
		Moderada		0.50	Alto		0.40
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.2	Prioridad del Riesgo	Alta			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Indicadores no muestran evolución favorable de las medidas o reglas a seguir				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Gestión con la Red/IPRESS/UPSS; Sensibilización, Capacitación; Supervisión.				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada	Alta	

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Rondas de Seguridad

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.03 Procesos Operativos			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Rondas de Seguridad			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Establecer una cultura de seguridad y buenas prácticas de atención en las IPRESS de EsSalud para disminuir los riesgos de presentación de ERSP			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Falta o incorrecta ejecución de las Rondas de Seguridad y de la gestión de las recomendaciones de las misma				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Falta de capacitación del equipo de rondas de seguridad		
				Causa N° 02	No conformación del equipo de rondas de seguridad		
				Causa N° 03	Desconocimiento de la Directiva de rondas de seguridad		
Causa N° 04				Falta de liderazgo de los directores de IPRESS			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3	0.3	Bajo	0.10	
		Moderada	0.5		Moderado	0.20	0.20
		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
						4.2	

		Baja	0.3		Moderado	0.20
		PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	4.3	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.06	Prioridad del Riesgo	Moderado	
		RESPUESTA A LOS RIESGOS				
	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA		
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Indicadores no muestran evolución favorable de las medidas o reglas a seguir			
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Gestión con la Red/IPRESS/UPSS; Sensibilización, Capacitación; Supervisión.			

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Eventos RSP

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	E04.03 Procesos Operativos				
		Subproceso (Nivel 2)	No aplica				
		Procedimiento	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Eventos RSP				
		Actividad	No aplica				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	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				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Falta de registro, notificación y/o gestión de los Eventos RSP				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01	Falta de capacitación en el uso del Aplicativo Informático vigente			
			Causa N° 02	Falta de cultura de registro			
			Causa N° 03	Falta de conformación de los comités o comisiones			
			Causa N° 04	Desconocimiento de la Directiva de ERSP			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	0.2
		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
		Moderada		0.5	Moderado		0.2
			4.2				

		PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	4.3	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.10	Prioridad del Riesgo	Moderado	
		RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5	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 / Dirección	NO APLICA		
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Indicadores no muestran evolución favorable de las medidas o reglas a seguir			
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Gestión con la Red/IPRESS/UPSS; Sensibilización, Capacitación; Supervisión.			

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Cirugía Segura

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	E04.03 Procesos Operativos				
		Subproceso (Nivel 2)	No aplica				
		Procedimiento	E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Cirugía Segura				
		Actividad	No aplica				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Disminuir los riesgos durante la atención de salud de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, a través del cumplimiento de prácticas seguras.				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Falta o incorrecta aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01	Falta de capacitación del equipo quirúrgico			
			Causa N° 02	No conformación del Equipo Conductor			
			Causa N° 03	Desconocimiento de la Directiva de LVSC			
			Causa N°04	Falta de insumos necesarios para la aplicación de LVSC			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
		Alta	0.7		Alto	0.40	0.4
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
		Moderada		0.5	Alto		0.4

		PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	4.3	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.20	Prioridad del Riesgo	Alto	
		RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5	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 / Dirección	NO APLICA		
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Indicadores no muestran evolución favorable de las medidas o reglas a seguir			
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Gestión con la Red/IPRESS/UPSS; Sensibilización, Capacitación; Supervisión.			

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Salud Materna Segura

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)		E04 Macroproceso Gestión de la Calidad		
			Proceso (Nivel 1)		E04.03 Procesos Operativos		
			Subproceso (Nivel 2)		No aplica		
			Procedimiento		E04.03.03 Proceso Gestión de Riesgos – Salud Materna Segura		
			Actividad		No aplica		
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción		Identificar los riesgos dentro de los procesos durante la provisión de servicios durante las prestaciones de salud materna (fuente: Resolución 380-PE-FsSalud-2016 y modificatoria Resolución 501-PE-EsSalud-2019).		
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)		Lima, Lima, Jesús María		
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Superficialidad en la aplicación de la guía				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01		Falta de capacitación del equipo supervisor de red	
				Causa N° 02		Falta de coordinación del Equipo supervisor de red para realizar la visita a la IPRESS	
				Causa N° 03		Desconocimiento de Instructivo Cuidados y Atenciones en Salud Materna	
				Causa N° 04		Informes sobre avance del levantamiento de riesgos identificados muy superficiales	
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05
		Baja	0.3			Bajo	0.10
		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20

		Alta	0.7		Alto	0.40	0.4
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
		Moderada		0.5	Alto		0.4
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.20	Prioridad del Riesgo	Alto			
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 / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)					
	5.5	RESPUESTA AL 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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
		Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto	
3. PRIORIDAD DEL RIESGO		Baja		Moderada		Alta	

E04.03.04 Proceso Humanización

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.03 Procesos Operativos			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.03.04 Proceso Humanización			
			Actividad				
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción				
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO					
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01			
				Causa N° 02			
Causa N° 03							
Causa N° 04							
		Diagrama Causa Efecto		Diagrama de Ishikawa			
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
		Alta	0.7		Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
	Moderada		0.50	Muy Alto		0.80	
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Moderada prioridad			

		RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5	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 / Dirección	NO APLICA		
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)				
5.5	RESPUESTA AL 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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas

FICHA DE RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad			
			Proceso (Nivel 1)	E04.04 Procesos de Soporte			
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica			
			Procedimiento	E04.04.01 Proceso Implementación de herramientas informáticas			
			Actividad	No aplica			
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Elaborar herramientas informáticas que apoyen los procesos y actividades, en el ámbito de Sistema de Gestión de la Calidad en EsSalud			
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en cumplir con el desarrollo del aplicativo informático				
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	GCTIC no prioriza temas administrativos para desarrollo de aplicativos		
				Causa N° 02	No está bien especificado los requerimientos del área de calidad según GCTIC		
				Causa N° 03	No participación de involucrados claves en especificaciones para desarrollo de herramienta informática		
				Causa N° 04	Demora en cumplir con el desarrollo del aplicativo informático		
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa				
VALORACIÓN DE RIESGO							
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1	0.5	Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3		Bajo	0.10	
		Moderada	0.5		Moderado	0.20	
		Alta	0.7		Alto	0.40	
4.2							

		Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50	Muy Alto		0.80
	4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta		
5	5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
	Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo			
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA			
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Fecha de instalación de solución informática fuera de lo programado				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Presionar a Jefaturas de GCTIC				

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 RIESGO			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO			Baja		Moderada		Alta

E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión

FICHA DE RIESGOS								
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	E04 Macroproceso Gestión de la Calidad				
			Proceso (Nivel 1)	E04.04 Procesos de Soporte				
			Subproceso (Nivel 2)	No aplica				
			Procedimiento	E04.04.02 Proceso Diseño de instrumentos de dirección y gestión				
			Actividad	No aplica				
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Elaborar documentos oficiales que tienen por objetivo establecer normas, criterios, reglas o parámetros e indicadores sobre un tema o proceso prestacional o administrativo del ámbito de ESSALUD, facilitando actuaciones estandarizadas y el cumplimiento de las funciones o procesos. Los documentos normativos son: documentos técnicos (Estrategias, Sistemas de Gestión, guías o manuales, etc.) documentados.				
			Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS								
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo					
	3.2	CODIFICACIÓN						
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Herramienta de dirección o de gestión elaborada muy genérica					
	3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01	Personal poco especializado			
				Causa N° 02	Herramienta de dirección o de gestión elaborada no precisa temas de costos de implementación			
				Causa N° 03	Conflictos legales			
				Causa N° 04	Herramienta de dirección o de gestión elaborada muy genérica			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto Diagrama de Ishikawa					
VALORACIÓN DE RIESGO								
4	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			4.2	IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
		Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
		Baja	0.3			Bajo	0.10	

		Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20	
		Alta	0.7			Alto	0.40	
		Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	0.80
		Moderada		0.50		Muy Alto		0.80
	4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.40	Prioridad del Riesgo	Alta			
5	5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS						
		ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo			
	Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo				
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	NO APLICA				
	5.3	CAUSA(S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA					
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Los participantes desconocen el uso de la herramienta desarrollada					
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Asegurarse que herramienta se difunda hasta el nivel más operativo						

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 RIESGO			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 Y MEJORA CONTINUA

Según la Resolución de Presidencia 360-PE-ESSALUD-2016, *“la calidad en las prestaciones que otorga EsSalud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución y depende de todos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud, con un enfoque de diálogo intercultural y debe ser la misma en todas las agencias, oficinas e IPRESS a nivel nacional”*, lo cual nos indica que la calidad de servicio es tarea de toda la institución como la mejora continua en: Tecnologías de Información para la automatización del proceso, Acreditación y Atención al Asegurado, Procesos de Prestaciones de Salud, Proceso Humanización que se realizan en las Redes, IPRESS, etc., son procesos que contribuyen a la satisfacción del usuario y deben tener el respaldo de la Institución para el cumplimiento de sus objetivos.

Es por ello que, para implementar los procesos de calidad en EsSalud, se debe tener en cuenta una frase del conocido físico alemán Albert Einstein, *“No se puede cambiar sin cambiar nuestra forma de pensar”*, lo cual implica incluir, dentro de la implementación de actividades de calidad sobre todo de la salud, actividades de Sensibilización al personal que dirigen las IPRESS de EsSalud, dado que son ellos quienes, finalmente, decidirán la aplicación de los procesos de calidad en su ámbito.

De acuerdo a la OMS *“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.”*

En tal sentido:

- a. La Cultura de la Calidad debería ser un tema, en la agenda de la Alta Dirección cada vez que existan reuniones con los Gerentes de Redes e IPRESS, para que sensibilizarlos y que ellos impulsen la “Cultura de la Calidad” en sus ámbitos.
- b. La Acreditación de las IPRESS debería apoyarse en un Estudio Económico Financiero (antes de incluirlo en el POI) en relación a la Auto Evaluación de la IPRESS, para que la OGCyH promueva el financiamiento para que dicha IPRESS cuente con los recursos necesarios.
- c. El Proceso Proyectos de Mejora Continua está diseñado bajo la Guía Técnica del MINSA del año 2012 en la que se destaca su metodología, sin embargo debería complementarse otras técnicas de mejora continua, que existen en la actualidad, que se aplican con frecuencia en el sector salud; una de ellas es *“Lean for Healthcare, implica la eliminación de las ineficiencias para lograr que todo el trabajo realizado proporcione valor agregado y cumpla con las necesidades del paciente”*, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad, eliminar los despilfarros y reducir los tiempos de espera, además persigue la reducción de costos y el incremento de la productividad de las atenciones mejorando o rediseñando todos los procesos o actividades clave.

Cuando se habla de despilfarros nos referimos a:

- Los tiempos de espera para la asignación de consulta médicas, habitación de hospitalización, para ser atendido o para obtener suministros.
- Exceso de desplazamientos entre una IPRESS y un Hospital Nacional o Instituto

- Disponibilidad de medicamentos (una gestión Lean de stocks e inventarios de medicamentos actualmente las farmacias de las IPRESS y de los grandes Hospitales no mantienen el concepto de Stock mínimos o Stock de Seguridad farmacia interna).
- Historias clínicas automatizadas que permite Historias Clínica Electrónica.

Debería promoverse el concepto de “equipos de mejora” definido como “un **conjunto de personas** con habilidades complementarias que se reúnen de vez en cuando con un propósito de mejora en común para hacer aportaciones cooperativas.”, pero en el caso de las IPRESS de EsSalud, estos equipos deben reunirse una vez al mes, para que formulen ideas de mejora, “tipo incubadora de ideas”, sin que exista de por medio un Proyecto de Mejora Continua, se procura dar el primer paso que siempre es el más complicado, pero que debe ser reconocida por el titular de la IPRESS.

- d. El Modelado del Proceso Gestión de Riesgos – Practicas Seguras que se muestran en la figura 1 (resaltado en el ovalo), involucra varias tareas o actividades y la intervención de otros actores de la entidad (Otras Unidades Orgánicas) quienes en conjunto deberían evaluar y establecer estrategias para optimizar el proceso.
- e. El desarrollo de nuevos productos y servicios que impulse la OGCyH debería recoger necesidades y expectativas del paciente que ha recibido las indicaciones necesarias para su cuidado y tratamiento que apunta a su satisfacción en el servicio, esto implica la mejora continua del proceso y actualización de directivas y procedimientos que el dueño del proceso debe realizar.

Por ejemplo, el desarrollo de un aplicativo móvil que no solo registre la atención requerida por el paciente, sino que permita conocer la programación de la atención asistencial (médicos) así como realizar otros servicios (como la consulta de resultados de laboratorio) que brinde una gestión de servicio con calidad acorde con sus necesidades y expectativas, sobre la cual interviene diferentes áreas de acuerdo a sus competencias y roles.

Otro desarrollo que debería implementarse para la satisfacción y tranquilidad de los familiares, sobre todo, es buscar maneras virtuales de “comunicar a los familiares más cercanos de manera continua acerca de la situación del paciente desde el punto de vista médico”, en ese sentido la Base de Datos que maneja la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Sociales debe incorporar en su estructura, la información del número de celular del familiar del paciente más cercano y el correo personal de dicha persona, ello permitirá desarrollar actividades de comunicación con los familiares.

Todo hecho en relación a un Evento RSP debería ser “evidenciado” por cualquier personal de EsSalud, llamando a un número de teléfono de una Central de Llamadas automáticas (tipo 117) y dejar “grabado el hecho” para una posterior investigación o creando un aplicativo móvil (APP en celulares) específico para esa situación.

Lo antes expuesto, conlleva a replantear los procesos y funciones actuales de la Oficina de la Calidad y Humanización lo que permitiría a establecer el liderazgo a nivel de la entidad referente a la calidad de atención de los Macroprocesos de Prestaciones de Salud, Económicas y Sociales para:

- a. Formular estrategias que contribuyan al mejoramiento de la Calidad de Atención.
- b. Desarrollar Proyectos de Mejoramiento de Procesos en coordinación con la Gerencia de Organización y Procesos, así como investigaciones relacionadas a la calidad de atención

- sobre el cual les hayan asignado. Realizar una evaluación permanente de los procesos de atención al usuario
- c. Elaborar y desarrollar Información, Orientación y Guía sobre los servicios que brinda las IPRESS y grandes Hospitales.
 - d. Estandarizar los protocolos de comunicación y trato al paciente en coordinación con las unidades orgánicas competentes.
 - e. Entre otros, etc.

11. ASPECTOS FINALES

11.1. CONCLUSIONES

- a. El presente Manual de Procesos y Procedimientos del Macro Proceso E04 Gestión de la Calidad del Mapa de Procesos de EsSalud, nos conlleva a plantear un conjunto de procesos orientados a planear, hacer, verificar y actuar para mejorar la calidad los bienes y servicios que brinda ESSALUD a través de estándares de calidad, en el marco de objetivos y la política de calidad de la institución.

La identificación de los procesos del Macro Proceso E04 Gestión de la Calidad ha sido elaborado con los funcionarios de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización (OGCyH), en el desarrollo de cada proceso.

- b. Para un mejor entendimiento de un proceso en general, se ha evitado considerar “las actividades de trámite documentario”, en el modelado, que son propios del trámite administrativo entre las unidades orgánicas; pero no cabe duda que forman parte del proceso, pero son actividades que no agregan valor.
- c. Acorde con el Artículo 33° del ROF la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad; se encarga de:
 - o a) Diseñar y difundir la política, objetivos y estándares de la garantía de la calidad que defina y explicita los derechos de los asegurados y el compromiso institucional de satisfacción de las necesidades y expectativas de los asegurados y usuarios en general.
 - o b) Identificar, sistematizar y evaluar las oportunidades de mejora asociadas con los procesos internos e impulsar los planes de acción enfocados a asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad con los asegurados.

Considerando que los procesos son transversales de la entidad, se sugiere que la gerencia en mención coordine de manera permanente con la Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP y con las Gerencias Competentes viabilizar las oportunidades de mejoras.

- d. Replantear los procesos y funciones actuales de la Oficina de la Calidad y Humanización lo que permitiría establecer el liderazgo a nivel de la entidad referente a la calidad de atención de los Macroprocesos de Prestaciones de Salud, Económicas y Sociales.

11.2. RECOMENDACIONES

- a. Replantear los procesos y funciones actuales de la Oficina de la Calidad y Humanización.
- b. Asignar mayores recursos humanos y financieros para el desarrollo de las nuevas funciones asignadas.
- c. Gestionar los posibles riesgos de sus procesos actuales.
- d. Es recomendable el uso de correos institucionales no a la persona responsable de un eje temático sino, el uso genérico de correos institucionales al eje temático correspondiente.
- e. El Manual ha sido documentado con la participación del personal designado de la OGCYH, es necesario la participación de todos los actores involucrados, en especial con los representantes de Calidad de las Redes e IPRESS.