



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

OFICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA (M02.03.09)

(HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS)

ENERO - 2020

**FORMATO DE VALIDACIÓN
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
VERSIÓN AS IS (SITUACIÓN ACTUAL)**

**PROCESO DE POST-ENTREGA DE LA ATENCIÓN DE SALUD
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA**

GRADO	CARGO	NOMBRE	FIRMA
VALIDADO POR	JEFE DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA	BEATRICE MACCIOTTA FELICES	 EsSalud GERENCIA DE RED PRESTACIONAL RESAGUATI Dra. BEATRICE M. MACCIOTTA FELICES C.M.P. 21188 Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	RESPONSABLE
01		Versión inicial del documento		

ÍNDICE

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO	5
2. FINALIDAD	5
3. ALCANCE	5
4. VIGENCIA	5
5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES DEL PROCESO	5
6. CONSIDERACIONES	6
7. BASE LEGAL	7
8. ASPECTOS GENERALES	9
8.1. ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE MACROPROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS	9
8.2. MATRIZ CLIENTE – PRODUCTO	12
8.3. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD	14
8.4. DIAGRAMA DE BLOQUES	15
9. ASPECTOS EXPECÍFICOS	16
9.1. INVENTARIO DE PROCESOS	16
9.2. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE NIVEL 01,02 HASTA EL NIVEL N	17
9.3. PROCESO: M02.03.09.01 PLANIFICACIÓN ANUAL	22
9.4. PROCESO: M02.03.09.02 MONITOREO DE CONSULTA AMBULATORIA	28
9.5. PROCESO: M02.03.09.03 MONITOREO DE INSUMOS Y MATERIALES	35
9.6. PROCESO: M02.03.09.04 EVALUACIÓN DE INDICADORES INSTITUCIONALES	42
9.7. PROCESO: M02.03.09.05 EVALUACIÓN DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	48
9.8. PROCESO: M02.03.09.06 EMISIÓN DE OPINIÓN TÉCNICA	54
9.9. PROCESO: M02.03.09.07.01 AUDITORÍAS PROGRAMADAS	60
9.10. PROCESO: M02.03.09.07.02 AUDITORÍAS NO PROGRAMADAS (VISITA INOPINADA)	67
9.11. PROCESO: M02.03.09.08 ATENCIÓN DE DENUNCIAS ANTE SUSALUD	74
10. PROCESOS CRÍTICOS	80
11. OPORTUNIDAD DE MEJORA	84
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Documentar los procesos y procedimientos relacionados al Proceso de Atención Ambulatoria, desarrollados en la Red Prestacional, a fin de que sean considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes durante la producción de los bienes y servicios a su cargo; propiciando la eficiencia en la gestión institucional y la satisfacción de los asegurados y sus derechohabientes.

2. FINALIDAD

Lograr que a través de una gestión por procesos se proporcionen servicios de calidad, que satisfagan las necesidades y expectativas de los asegurados, sus derechohabientes y demás clientes (usuarios) de ESSALUD, propiciando la eficiencia en la gestión institucional.

3. ALCANCE

El presente documento está dirigido a todo el personal de la Red Prestacional, involucrados en las actividades de la Oficina de Atención Ambulatoria.

4. VIGENCIA

El presente manual tiene vigencia hasta el cambio de estructura y/o funciones de la Oficina de Atención Ambulatoria, el cual modificaría los procesos definidos.

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES DEL PROCESO

A continuación, se definen aquellos términos técnicos empleados en la descripción de los procesos que requieren aclaración de su significado:

Abreviaturas:

- **HNERM:** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
- **IPRESS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **OFAA:** Oficina de Atención Ambulatoria
- **ESSI:** Essalud Servicios de Salud Inteligente (Portal Web)

Definiciones:

- ATENCIÓN AMBULATORIA:** Es la atención de salud en la cual un paciente que no está en condición de Urgencia y/o Emergencia acude a un establecimiento de salud con fines de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación, y que no termina en internamiento. Es el régimen de la atención de salud que por el lugar donde se desarrolla puede ser dentro del establecimientos (intramural), o fuera de este (extramural); siendo que la atención ambulatoria intramural se desarrolla preferentemente en la UPSS Consulta Externa y la atención ambulatoria extramural preferentemente en la actividad Salud Familiar y Comunitaria.
- ATENCIÓN MÉDICA:** Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa.
- CONSTANCIA DE ATENCIÓN:** Documento que el médico expide a solicitud del paciente, indicando la fecha y hora de atención prestada de inicio al fin de la atención.
- CONSULTORIOS MÉDICOS FUNCIONALES:** Son los ambientes físicos utilizados en varios turnos de atención.
- CONSULTORIOS MÉDICOS FÍSICOS:** Son los ambientes físicos utilizados destinados a brindar la atención médica.

- f. **CONSULTA EXTERNA:** Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista. Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.
- g. **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por ley. Pueda darse mediante un registro Electrónico.
- h. **PACIENTE AMBULATORIO:** paciente atendido y tratado de forma ambulatoria, normalmente a través de las consultas externas, incluyendo procedimientos ambulatorios, radiología intervencionista, radioterapia, oncología, diálisis renal, etc.
- i. **REFERENCIA:** Es la derivación o el traslado de un paciente de un establecimiento a otro de mayor grado de capacidad resolutive, siendo las áreas de destino de las referencias: o Consultorio externo. o Emergencia. o Ayuda al diagnóstico para la realización de exámenes o procedimientos

6. CONSIDERACIONES

- El presente Manual comprende las actividades que se encuentran enmarcadas en el proceso de Pre-Entrega de la Atención de Salud, tal como se resaltan a continuación:



- Del mismo modo, la descripción de los procesos y procedimientos establecidos para el presente Manual muestran la situación actual (As Is) de cómo se viene ejecutando la Oficina de Atención Ambulatoria; y se complementa con la identificación de posibles riesgos y la postulación de algunas oportunidades de mejora que podrían implementarse como parte de la mejora continua.
- El presente Manual de Procesos y Procedimientos se ha elaborado teniendo en cuenta la Metodología definida en la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019; la misma que se basa en la metodología aprobada por la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros.

7. BASE LEGAL

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 009-1997-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social (ESSALUD), y sus normas modificatorias.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA del 02 de abril del 2010.
- Decreto Supremo N° 002-99-TR que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social, y sus normas modificatorias.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y sus normas modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, aprobado por Resolución de Presidencia ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus respectivas modificatorias
- Resolución de Gerencia General N° 0973-GG-ESSALUD-2019, que aprueba el documento técnico de gestión Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD, del 24 de junio del 2016.
- Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 “Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD”, del 08 de febrero del 2019.

Vinculada al alcance del presente Manual:

- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 148-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 190-MINSA/OGEI.V.01 que establece el procedimiento para el registro del Certificado de Nacido Vivo en todos los establecimientos de salud del país.
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que estable la Cartera de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimiento de Salud del Tercer Nivel de Atención”.
- Resolución Ministerial N° 280-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 216-MINSA/OGTI-V.01: Directiva Administrativa que establece el Procedimiento para la Certificación de las Defunciones”
- Resolución Ministerial N° 214-2017/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para el correcto llenado del Certificado de Defunción.
- Resolución de Gerencia General N° 1739-GG-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N° 28-GG-ESSALUD-2011 “Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en las Redes Asistenciales y Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud-EsSalud”

- Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013 Directiva N° 018-GG- ESSALUD-2013, "Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (EsSalud)".
- Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014 Directiva N° 005-GG- ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)"
- Resolución de Gerencia General N° 867-GG-ESSALUD-2014, que aprueba "Concepto y servicios de Áreas Críticas"
- Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015 Directiva N° 14-GG- ESSALUD-2015, "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD"

8. ASPECTOS GENERALES

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

OBJETIVOS ESTRATEGICOS VS MACRO-PROCESOS

OBJETIVO ESTRATEGICO 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	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
		AEI. 1.2	Manejo eficiente de los gastos institucionales	S01 Gestión Logística M02 Prestaciones de Salud E04 Gestión de Calidad E02 Modernización M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas E06 Control Interno	Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito 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

Elaborado: Subgerencia de Procesos - GOP

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 20120-2024		ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES		MACRO-PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
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 E02 Modernización	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	E03 Gestión de Riesgos S02 Gestión Financiera	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	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

Elaborado: Subgerencia de Procesos - GOP

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 20120-2024		ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES		MACRO-PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
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	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	S05 Gestión Documental M01 Gestión de Aseguramiento en Salud	Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales
		AEI. 3.4	Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	E05 Gestión de Imagen Institucional E06 Control Interno E04 Gestión de Calidad S03 Gestión de Capital Humano E03 Gestión de Riesgos	Índice de percepción de buen trato en los servicios Índice de clima laboral

Elaborado: Subgerencia de Procesos - GOP

8.2. MATRIZ CLIENTE – PRODUCTO

PRODUCTO CLIENTE	<i>Plan Anual de Actividades de la Oficina</i>	<i>Reporte de Monitoreo</i>	<i>Informe de Evaluación de Indicadores de Gestión</i>	<i>Informe de Consulta Ambulatoria</i>	<i>Implementación de la Telemedicina</i>	<i>Informe de Implementación de Telemedicina</i>	<i>Informe de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias</i>	<i>Correo indicando alerta de Stock crítico a revisar</i>	<i>Auditoría</i>	<i>Informe de Auditoría / Acta</i>
CLIENTE INTERNO	Gerencia de la Red Prestacional	Gerencia de Red Prestacional / Gerencia de Servicios Prestacionales y Establecimiento de Salud	Gerencia de la Red Prestacional / Gerencia de Servicios	Gerencia de la Red Prestacional / Gerencia de Servicios	Establecimientos de Salud	Gerencia de la Red Prestacional / Gerencia de Servicios	Gerencia de la Red Prestacional / Gerencia de Servicios	Logística / Gerencia de la Red Prestacional / Gerencia de Servicios	Establecimiento de Salud	Gerencia de la Red Prestacional / Gerencia de Servicios
CLIENTE EXTERNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PRODUCTO CLIENTE	<i>Informe de Opinión Técnica</i>	<i>Correo Electrónico Informando</i>	<i>Informe de la Implementación de Servicios de Salud</i>
CLIENTE INTERNO	Área Solicitante	Oficina de Apoyo Técnico y Gestión Documentaria	Establecimientos de Salud / Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel
CLIENTE EXTERNO	-	SUSALUD Paciente Denunciante	-

8.3. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD

PROCESOS PRINCIPALES OFICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA	PROCESOS PRINCIPALES							
	Planificación Anual	Monitoreo de Consulta Ambulatoria	Evaluación de Indicadores Institucionales	Evaluación de Referencias y Contrarreferencias	Monitoreo de Insumos y Materiales	Auditoría Interna de Consulta Ambulatoria	Emisión de Opinión Técnica	Atención de Denuncias ante Susalud
Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel 1 y 2		I		I		I		
Gerencia de la Red Prestacional	I	I	I	I				
Jefatura Oficina de Atención Ambulatoria	R, A	A	A	A	A	A	A	R, A
Equipo Técnico de la Oficina de Atención Ambulatoria	R	R	R	R	R	R	R	
Unidad de Inteligencia Prestacional			C					
Oficina de Información de Operaciones					C			
Oficina de Programación y Racionalización					I			
Oficina de Logística					I			
Establecimientos de Salud de la Red					I	I: Establecimiento Auditado		
Oficina de Apoyo Técnico y Gestión Documentaria								I
SUSALUD								A, I

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

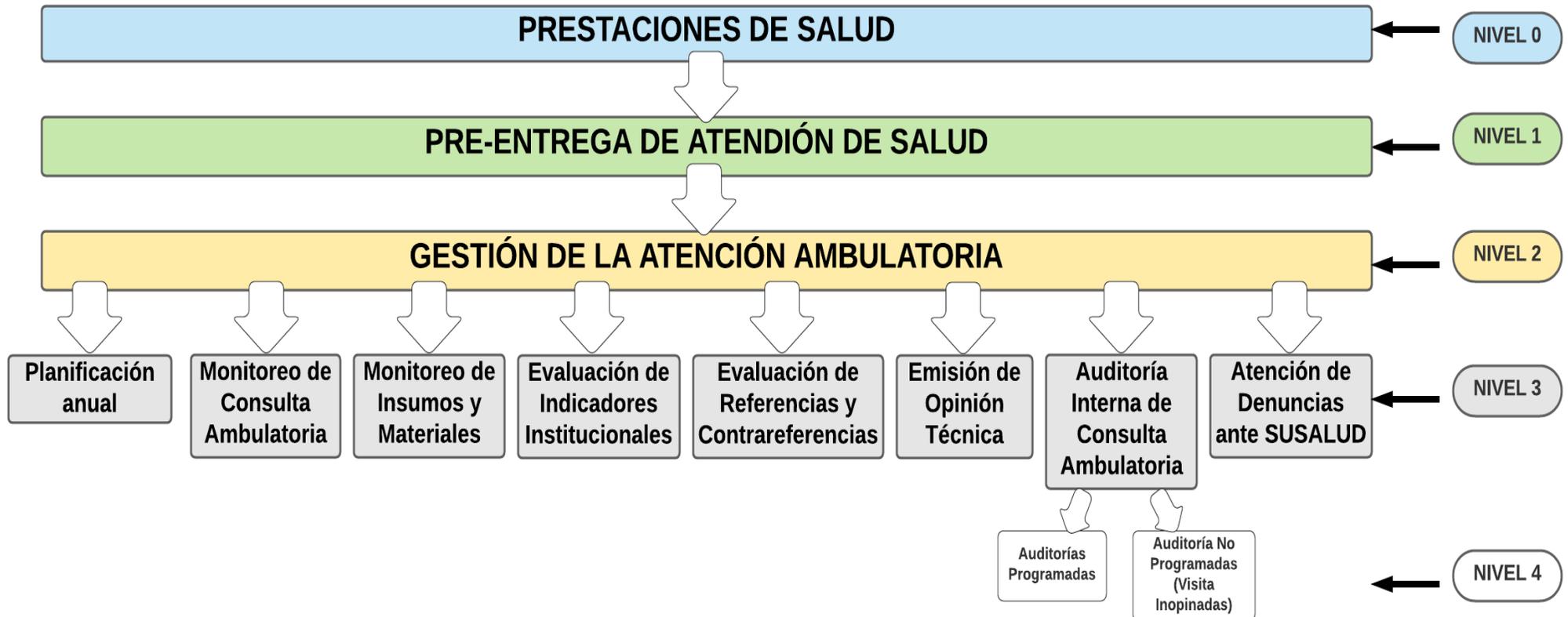
A: Accountable / Persona a cargo. Es la persona que es responsable de que la tarea esté hecha. No es lo mismo que la R, ya que no tiene porqué ser quien realiza la tarea, puede delegarlo en otros. Sin embargo, si es quien debe asegurarse de que la tarea sea hecha, y se haga bien.

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

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

Todas las columnas tienen que tener una y solo una A, al menos una R, y pueden tener ninguna o varias C o I. Un mismo recurso puede tener varios roles, por ejemplo, ser responsable y persona a cargo de la tarea (RA).

8.4. DIAGRAMA DE BLOQUES



9. ASPECTOS EXPECÍFICOS

9.1. INVENTARIO DE PROCESOS

Nivel	Código	Denominación del Proceso
Nivel 0	M02	Prestaciones de Salud
Nivel 1	M02.03	Pre-entrega de la Atención de Salud

CÓDIGO NIVEL 2	PROCESO NIVEL 2	CÓDIGO NIVEL 3	PROCESO NIVEL 3	CÓDIGO NIVEL 4	PROCESO NIVEL 4
M02.03.09	Gestión de la Atención Ambulatoria	M02.03.09.01	Planificación Anual		
		M02.03.09.02	Monitoreo de Consulta Ambulatoria		
		M02.03.09.03	Monitoreo de Insumos y Materiales		
		M02.03.09.04	Evaluación de Indicadores Institucionales		
		M02.03.09.05	Evaluación de Referencias y Contrarreferencias		
		M02.03.09.06	Emisión de Opinión Técnica		
		M02.03.09.07	Auditoría Interna de Consulta Ambulatoria	M02.03.09.07.01	Auditorías Programadas
				M02.03.09.07.02	Auditorías No Programadas (Visita Inopinada)
M02.03.09.08	Atención de Denuncias ante SUSALUD				

9.2. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE NIVEL 01,02 HASTA EL NIVEL N
9.2.1. FICHA NIVEL 01: M02.03 PRE-ENTREGA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Pre-Entrega de la Atención de Salud			
Objetivo	Gestionar los servicios de pre-entrega de la atención de salud del asegurado con el fin de facilitar la continuidad en su atención y/o en los trámites requeridos			
Descripción	El Proceso de Pre-entrega de la atención de salud comprende los procesos/procedimientos de administración de formularios, baja de pagarés, gestión de historias clínicas, revisión de la programación asistencial, referencia y contrarreferencia, registros médicos, médicos de control, comisión médica calificadora de incapacidades - COMECI, Gestión de la Atención Ambulatoria, Atención de Hospitalización, Atención Quirúrgica, Atención de Emergencia y Cuidados Intensivos; y Gestión de Servicios de Enfermería.			
Alcance	Oficina de Atención Ambulatoria			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Oficina de Atención Ambulatoria, Área Usuaría, Gerencia de Red Prestacional, Establecimientos de Salud, Unidad de Inteligencia Prestacional, Sistema de Referencias y Contrarreferencias (cada establecimiento de salud registra su data en el sistema), Área solicitante, Oficina de Admisión y Referencias, Oficina de Calidad, Oficina de Apoyo Técnico y Gestión Documentaria, SUSALUD	Plan Anual del año anterior, Solicitud de Monitoreo, Documentación con Solicitud de Conformación de Comité para Auditoría, Solicitud de Auditoría o información de incidente que la requiera	Gestión de la Atención Ambulatoria	Plan Anual aprobado y firmado, Informe de Monitoreo, Solicitud de rotación de material/insumo con sobre stock, Solicitud de Transferencia, Requerimiento de Adquisición, Informe de Evaluación de Indicadores Institucionales, Informe de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias, Informe de Opinión Técnica, Informe de Auditoría, Solicitud de respuesta, Informe a Gerencia de Red Prestacional, Informe de Auditoría	Gerente de la Red Prestacional, Establecimiento de Salud, SALOG, Oficina de Planeamiento, Oficina de Logística, Gerencia de Servicios Prestacionales Nivel 1 y 2, Área solicitante, Áreas usuarias
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual • Porcentaje de Atención de Solicitudes de Monitoreo • Porcentaje de Atención de Alertas recibidas • Porcentaje de Elaboración de Informes • Porcentaje de Elaboración de Informes sobre la Evaluación de Indicadores Institucionales • Porcentaje de Atención de Solicitudes de Opinión Técnica • Porcentaje de Cumplimiento de Cronograma de Auditorías Programadas 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Atención de Solicitudes Recibidas • Porcentaje de denuncias atendidas ante SUSALUD
Registros	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Anual - Informe de Monitoreo - Reporte Mensual a Gerencia de la Red Prestacional - Correos de coordinación - Informes Mensuales de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias - Informes Mensuales de Evaluación de Indicadores Institucionales - Informes de Opinión Técnica - Informes de Auditoría - Informe a Gerencia - Correo electrónico - Cuadro de Registro
Elaborado por:	Subgerencia de Procesos - Gerencia de Organización de Procesos - GCPP
Revisado por:	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria
Aprobado por:	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria

9.2.2. FICHA NIVEL 02: M02.03.09 GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
Nombre	Gestión de la Atención Ambulatoria			
Objetivo	Evaluar los procesos de atención ambulatoria en el ámbito de la Red Prestacional para lograr la reducción de los diferimientos, deserciones y otros indicadores relacionados, así como, proponer y articular la implementación de las acciones correctivas que se requieran en coordinación con los gestores de las IPRESS de los diferentes niveles de atención de la Red			
Descripción	Para el proceso de Gestión de la Atención Ambulatoria se verifica la Normativa definida en el ítem 5 del presente Manual, las Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención			
Alcance	Desde el ingreso de solicitudes hasta la atención de las mismas y la emisión de los informes correspondientes			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 3	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Oficina de Atención Ambulatoria	Plan Anual del año anterior	Planificación Anual	Plan Anual aprobado y firmado	Gerente de la Red Prestacional
Área Usuaria, Gerencia de Red Prestacional	Solicitud de Monitoreo	Monitoreo de Consulta Ambulatoria	Informe de Monitoreo	Gerente de la Red Prestacional
Establecimientos de Salud	Alerta de Stock de Material/Insumo, Información de Stock en Web de Oficina de Información - GCOP	Monitoreo de Insumos y Materiales	Solicitud de rotación de material/insumo con sobre stock, Solicitud de Transferencia, Requerimiento de Adquisición	Establecimiento de Salud, SALOG, Oficina de Planeamiento, Logística
Unidad de Inteligencia Prestacional	Tablero de Monitoreo de Indicadores	Evaluación de Indicadores Institucionales	Informe de Evaluación de Indicadores Institucionales	Gerencia de Red Prestacional, Gerencia de Servicios Prestacionales Nivel 1 y 2
Sistema de Referencias y Contrarreferencias (Cada establecimiento de salud registra su data en el sistema)	Información registrada de Referencias y Contrarreferencias	Evaluación de Referencias y Contrarreferencias	Informe de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias	Gerencia de Red Prestacional
Área solicitante	Solicitud de Opinión Técnica	Emisión de Opinión Técnica	Informe de Opinión Técnica	Área solicitante

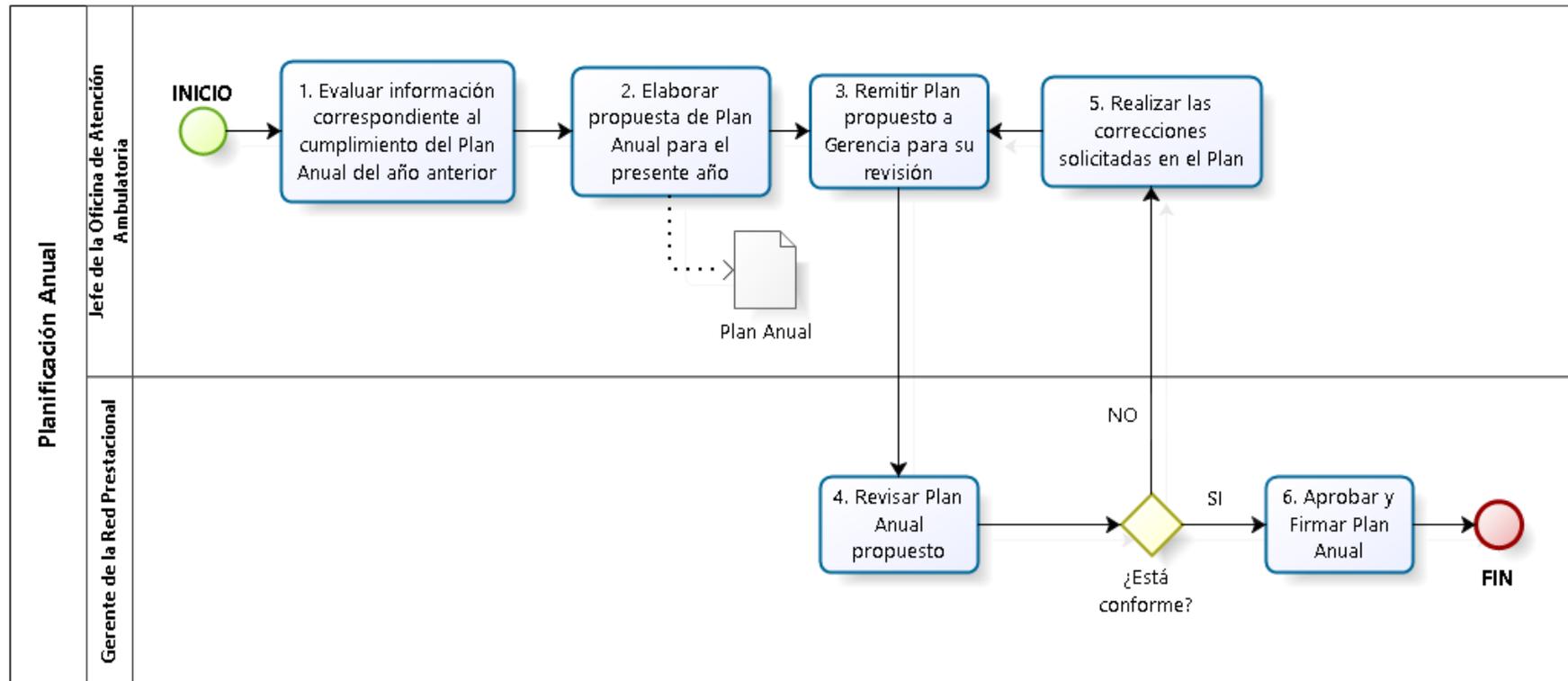
Oficina de Admisión y Referencias, Oficina de Calidad, Área solicitante	Documentación con Solicitud de Conformación de Comité para Auditoría	Auditoría Interna de Consulta Ambulatoria	Informe de Auditoría	- Gerencia de Red Prestacional - Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel 1 y 2 - Área solicitante
Oficina de Apoyo Técnico y Gestión Documentaria, SUSALUD	Reclamo, Denuncia, Expediente de Proceso Administrativo Sancionador	Atención de Denuncias ante SUSALUD	Solicitud de respuesta, Informe a Gerencia de Red Prestacional	- Áreas usuarias - Gerencia de la Red Prestacional
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual • Porcentaje de Atención de Solicitudes de Monitoreo • Porcentaje de Atención de Alertas recibidas • Porcentaje de Elaboración de Informes • Porcentaje de Elaboración de Informes sobre la Evaluación de Indicadores Institucionales • Porcentaje de Atención de Solicitudes de Opinión Técnica • Porcentaje de Cumplimiento de Cronograma de Auditorías Programadas • Porcentaje de Atención de Solicitudes Recibidas • Porcentaje de denuncias atendidas ante SUSALUD 			
Registros	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Anual - Informe de Monitoreo - Reporte Mensual a Gerencia de la Red Prestacional - Correos de coordinación - Informes Mensuales de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias - Informes Mensuales de Evaluación de Indicadores Institucionales - Informes de Opinión Técnica - Informes de Auditoría - Informe a Gerencia - Correo electrónico - Cuadro de Registro 			
Elaborado por:	Subgerencia de Procesos - Gerencia de Organización de Procesos - GCPP			
Revisado por:	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria			
Aprobado por:	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria			

9.2.3. FICHA NIVEL 03: M02.03.09.07 AUDITORÍA INTERNA DE CONSULTA AMBULATORIA

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 3				
Nombre	Auditoría Interna de Consulta Ambulatoria			
Objetivo	Asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud			
Descripción	Es un proceso de verificación que permite la gestión de un sistema de control interno que busca asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria			
Alcance	Desde la recepción de la solicitud hasta la remisión del Informe de Auditoría			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 4	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Oficina de Admisión y Referencias, Oficina de Calidad	Documentación con Solicitud de Conformación de Comité para Auditoría	Auditorías Programadas	Informe de Auditoría	Gerencia de Red Prestacional, Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel 1 y 2
Área solicitante	Solicitud de Auditoría o información de incidente que la requiera	Auditorías No Programadas (Visitas Inopinadas)	Informe de Auditoría	Área solicitante
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Cumplimiento de Cronograma de Auditorías Programadas • Porcentaje de Atención de Solicitudes Recibidas 			
Registros	- Informes de Auditoría			
Elaborado por:	Subgerencia de Procesos - Gerencia de Organización de Procesos - GCPP			
Revisado por:	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria			
Aprobado por:	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria			

9.3. PROCESO: M02.03.09.01 PLANIFICACIÓN ANUAL

9.3.1. Modelado de Procesos



9.3.2. Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Planificación Anual				
Objetivo	Planificar las actividades a realizar por la oficina en el siguiente periodo anual, indicando los objetivos y metas a cumplir				
Alcance	Desde la evaluación de cumplimiento del Plan Anual del año anterior, hasta la aprobación del Plan Anual del presente año				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Atención Ambulatoria	Plan Anual del año anterior	1. Evaluar información correspondiente al cumplimiento del Plan Anual del año anterior	Jefe de la OFAA	Plan Anual aprobado y firmado	Gerente de la Red Prestacional
		2. Elaborar propuesta de Plan Anual para el presente año	Jefe de la OFAA		
		3. Remitir Plan propuesto a Gerencia para su revisión	Jefe de la OFAA		
		4. Revisar Plan Anual propuesto	Gerente de la Red Prestacional		
		Si no está conforme 5. Realizar las correcciones solicitadas en el Plan	Jefe de la OFAA		
		Si está conforme 6. Aprobar y Firmar Plan Anual	Gerente de la Red Prestacional		
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de Plan Anual				
Registros	Plan Anual				

9.3.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Planificación Anual
Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual
Descripción del Indicador	Indicador que mide el porcentaje de cumplimiento de las actividades descritas en el Plan Anual
Objetivo del Indicador	Verificar que todas las actividades descritas se cumplan en el tiempo establecido
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de actividades descritas en el Plan Anual cumplidas} / \text{Total de actividades descritas en el Plan Anual}) \times 100$
Fuentes de Información	Plan Anual
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefatura de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	80%

9.3.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO				
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS				
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud	
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria	
		Procedimiento	Planificación Anual	
		Actividad	2. Elaborar propuesta de Plan Anual para el presente año	
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Planificar las actividades a realizar por la oficina en el siguiente periodo anual, indicando los objetivos y metas a cumplir	
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María	
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico	
	3.2	CODIFICACIÓN		
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de Elaboración de Informes en Plazo establecido	
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho plan
			Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado
Causa N° 3			No se cuenta con información del año anterior	
Causa N° 4			Sistema Web no disponible	

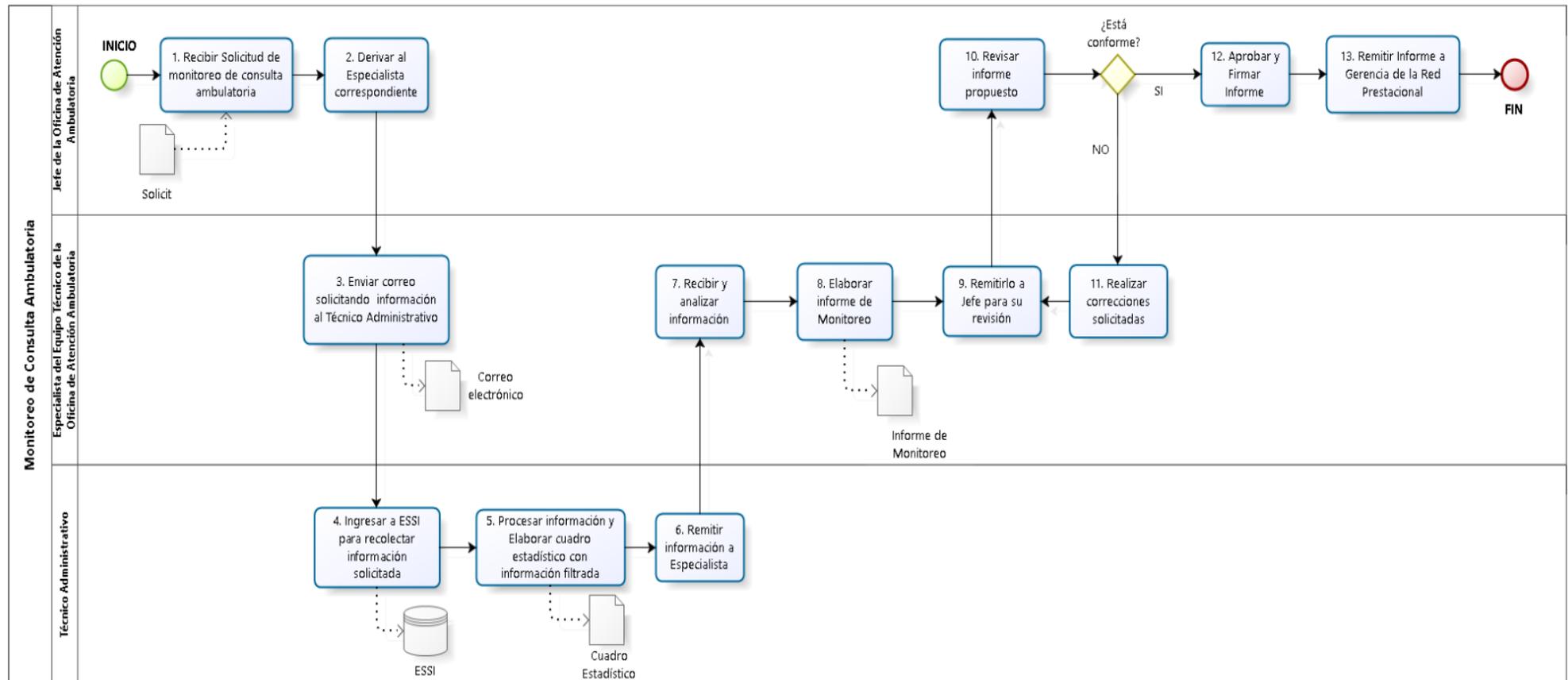
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10			Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30			Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.5		Moderado	0.20	0.2
	Alta	0.70			Alto	0.40	
	Muy alta	0.90			Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50	Moderado		0.20	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto		0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
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)	Jefe de la OFAA	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el correcto registro de cumplimiento de metas de parte de áreas encargadas / establecimientos de salud en los plazos acordados - Considerar amonestaciones por incumplimiento de registros - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas / fallos del sistema web 	

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

9.4. PROCESO: M02.03.09.02 MONITOREO DE CONSULTA AMBULATORIA

9.4.1. Modelado de Procesos



9.4.2. Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo de Consulta Ambulatoria				
Objetivo	Evaluar las Consultas Ambulatorias ejecutadas en la Red Prestacional a fin de asegurar la calidad de las mismas				
Alcance	Desde la solicitud de información hasta el envío de observaciones al área monitoreada y el seguimiento de las acciones propuestas				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Área Usuaria, Gerencia de Red Prestacional	Solicitud de Monitoreo	1. Recibir Solicitud de monitoreo de consulta ambulatoria	Jefe de la OFAA	Cuadro Estadístico, Informe de Monitoreo	Gerencia de la Red Prestacional
		2. Derivar al Especialista	Jefe de la OFAA		
		3. Enviar correo solicitando información al Técnico Administrativo	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		4. Ingresar a ESSI para recolectar información solicitada	Técnico Administrativo		
		5. Procesar información y Elaborar cuadro estadístico con información filtrada	Técnico Administrativo		
		6. Remitir información a Especialista	Técnico Administrativo		
		7. Recibir y analizar información	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		8. Elaborar informe de Monitoreo	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		

		9. Remitirlo a Jefe para su revisión	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		10. Revisar informe propuesto	Jefe de la OFAA		
		Si no está conforme 11. Realizar correcciones solicitadas	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si está conforme 12. Aprobar y Firmar Informe	Jefe de la OFAA		
		13. Remitir Informe a Gerencia de la Red Prestacional	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Atención de Solicitudes de Monitoreo				
Registros	Informe de Monitoreo, Reporte Mensual a Gerencia de la Red Prestacional				

9.4.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Monitoreo de Consulta Ambulatoria
Nombre Indicador	Porcentaje de Atención de Solicitudes de Monitoreo
Descripción del Indicador	Busca identificar del total de solicitudes de monitoreo de consulta ambulatoria recibidas, qué porcentaje fueron realizadas
Objetivo del Indicador	Verificar se cumpla con el monitoreo de consultas ambulatorias a fin de lograr garantizar la calidad de las mismas
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de Informes de Monitoreo remitidos} / \text{Cantidad de Solicitudes de Monitoreo recibidas}) * 100$
Fuentes de Información	Reporte Mensual a Gerencia de la Red Prestacional
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.4.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO				
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS				
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud	
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria	
		Procedimiento	Monitoreo de Consulta Ambulatoria	
		Actividad	8. Elaborar informe de Monitoreo	
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Evaluar las Consultas Ambulatorias ejecutadas en la Red Prestacional a fin de asegurar la calidad de estas	
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María	
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico	
	3.2	CODIFICACIÓN		
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de Elaboración de Informes en Plazo establecido	
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho informe
			Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado
Causa N° 3			Sistema Web no disponible	

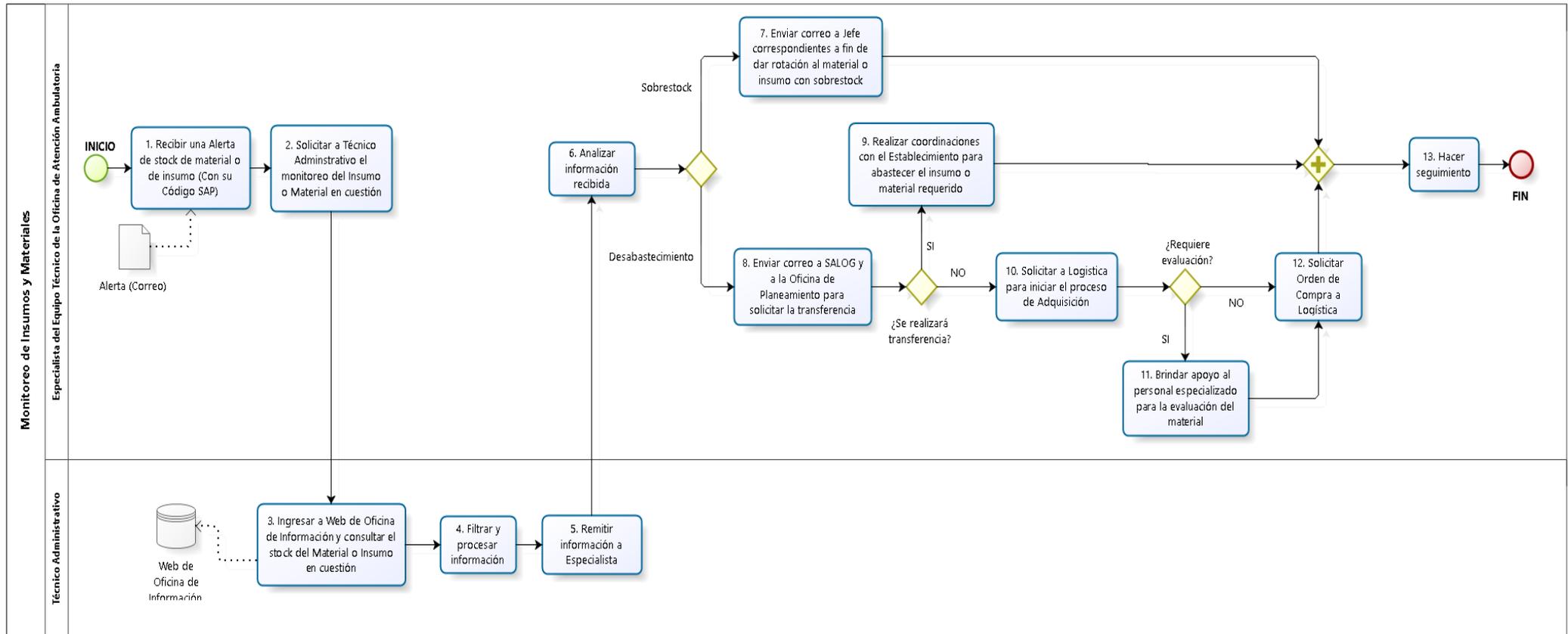
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10			Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30			Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.5		Moderado	0.20	0.2
	Alta	0.70			Alto	0.40	
	Muy alta	0.90			Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50	Moderado		0.20	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100		Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
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)	Jefe de la OFAA	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el correcto registro de cumplimiento de metas de parte de áreas encargadas / establecimientos de salud en los plazos acordados - Considerar amonestaciones por incumplimiento de registros - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas / fallos del sistema web 	

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

9.5. PROCESO: M02.03.09.03 MONITOREO DE INSUMOS Y MATERIALES

9.5.1. Modelado de Procesos



9.5.2. Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo de Insumos y Materiales				
Objetivo	Asegurar el abastecimiento oportuno de insumos y materiales a los Establecimientos de Salud				
Alcance	Desde la recepción de la Alerta de Stock de Material / Insumo hasta la solicitud de Orden de Compra a Logística y seguimiento de ésta				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Establecimientos de Salud	Alerta de Stock de Material/Insumo, Información de Stock en Web de Oficina de Información - GCOP	1. Recibir una Alerta de stock de material o de insumo (Con su Código SAP)	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA	Solicitud de rotación de material/insumo con sobre stock, Solicitud de Transferencia, Requerimiento de Adquisición	Establecimiento de Salud, SALOG, Oficina de Planeamiento, Logística
		2. Solicitar a Técnico Administrativo el monitoreo del Insumo o Material en cuestión	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		3. Ingresar a Web de Oficina de Información y consultar el stock del Material o Insumo en cuestión	Técnico Administrativo		
		4. Filtrar y procesar información	Técnico Administrativo		
		5. Remitir información a Especialista	Técnico Administrativo		
		6. Analizar información recibida	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si se trata de Sobre stock 7. Enviar correo a jefe correspondiente a fin de dar rotación al material o insumo con sobre stock	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		

		Si se trata de Desabastecimiento 8. Enviar correo a SALOG y a la Oficina de Planeamiento para solicitar la transferencia	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si se realiza la transferencia 9. Realizar coordinaciones con el Establecimiento para abastecer el insumo o material requerido	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si no se realiza la transferencia 10. Solicitar a logística para iniciar el proceso de Adquisición	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si requiere evaluación 11. Brindar apoyo al personal especializado para la evaluación del material	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si no requiere evaluación 12. Solicitar Orden de Compra a Logística	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		13. Hacer seguimiento	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Atención de Alertas recibidas				
Registros	Correos de coordinación				

9.5.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Monitoreo de Insumos y Materiales
Nombre Indicador	Porcentaje de Atención de Alertas recibidas
Descripción del Indicador	Busca identificar del total de Alertas recibidas, qué porcentaje fueron atendidas dentro del plazo
Objetivo del Indicador	Verificar la correcta atención de las alertas de stock, para así asegurar el abastecimiento de materiales e insumos a todos los Establecimientos de Salud
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de Alertas Atendidas} / \text{Cantidad de Alertas Recibidas en el Periodo}) * 100$
Fuentes de Información	Correos electrónicos de coordinación
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.5.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO			
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS			
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria
		Procedimiento	Monitoreo de Insumos y Materiales
		Actividad	2. Solicitar a Técnico Administrativo el monitoreo del Insumo o Material en cuestión
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Asegurar el abastecimiento oportuno de insumos y materiales a los Establecimientos de Salud
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico
	3.2	CODIFICACIÓN	
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Consultorios con insumos / materiales insuficientes
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1
	Causa N° 2		Inventarios desactualizados (se espera a desabastecimiento para reportar falta de stock)
	Causa N° 3		Sistema Web no disponible

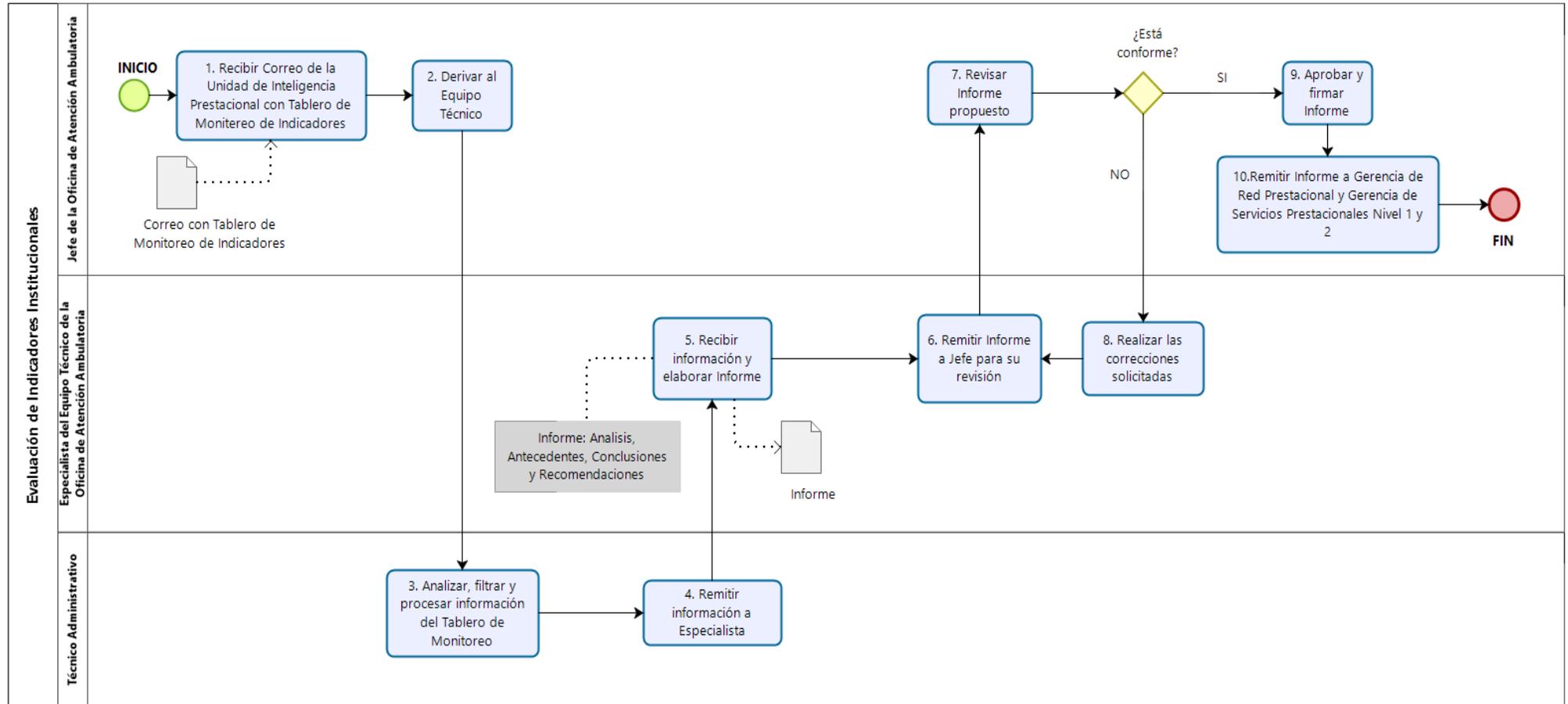
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo		Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo		Análisis Cuantitativo
	Muy baja		0.10		Muy bajo		0.05
	Baja		0.30		Bajo		0.10
	Moderada		0.50		Moderado		0.20
	Alta		0.70		Alto		0.40
	Muy alta		0.90		Muy alto		0.80
	Alta		0.70	Moderado		0.20	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto		0.140	Prioridad del Riesgo		Prioridad Moderada	
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)	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el correcto registro de información de inventarios, insumos/materiales cercanos a acabarse de parte de áreas encargadas / establecimientos de salud - Verificar cumplimiento de inventarios planificados - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web

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

9.6. PROCESO: M02.03.09.04 EVALUACIÓN DE INDICADORES INSTITUCIONALES

9.6.1. Modelado de Procesos



9.6.2. Ficha de Procedimientos

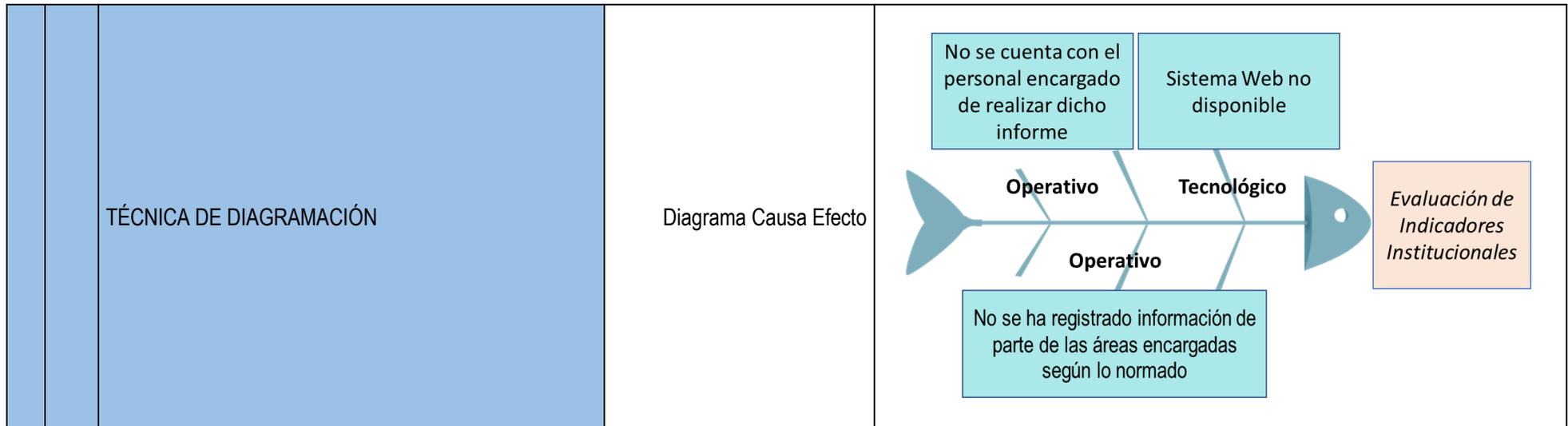
FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de Indicadores Institucionales				
Objetivo	Medir el desempeño de los Indicadores Institucionales de parte de los Establecimientos de Salud				
Alcance	Desde la recepción del Tablero de Monitoreo de Indicadores, hasta la remisión del Informe de Evaluación a la Gerencia de Red Prestacional y la Gerencia de Servicios Prestacionales Nivel 1 y 2				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Unidad de Inteligencia Prestacional	Tablero de Monitoreo de Indicadores	1. Recibir Correo de la Unidad de Inteligencia Prestacional con Tablero de Monitoreo de Indicadores	Jefe de la OFAA	Informe de Evaluación de Indicadores Institucionales	Gerencia de Red Prestacional, Gerencia de Servicios Prestacionales Nivel 1 y 2
		2. Derivar al Equipo Técnico	Jefe de la OFAA		
		3. Analizar, filtrar y procesar información del Tablero de Monitoreo	Técnico Administrativo		
		4. Remitir información a Especialista	Técnico Administrativo		
		5. Recibir información y elaborar Informe	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		6. Remitir Informe a Jefe para su revisión	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		7. Revisar Informe propuesto	Jefe de la OFAA		
		Si no está conforme 8. Realizar las correcciones solicitadas	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si está conforme 9. Aprobar y firmar Informe	Jefe de la OFAA		
		10. Remitir Informe a Gerencia de Red Prestacional y Gerencia de Servicios Prestacionales Nivel 1 y 2	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Elaboración de Informes sobre la evaluación de indicadores institucionales				
Registros	Informes Mensuales de Evaluación de Indicadores Institucionales				

9.6.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de Indicadores Institucionales
Nombre Indicador	Porcentaje de Elaboración de Informes sobre la Evaluación de indicadores Institucionales
Descripción del Indicador	Busca evidenciar que se elaboren todos los meses del año un Informe de Evaluación de Indicadores Institucionales dirigido a la Gerencia de Red Prestacional
Objetivo del Indicador	Verificar que se elabore y presente un informe mensual de evaluación de Indicadores Institucionales
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de Informes Elaborados} / \text{Total de Informes solicitados al año}) * 100$
Fuentes de Información	Informes de Evaluación de Indicadores Institucionales
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.6.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO			
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS			
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria
		Procedimiento	Evaluación de Indicadores Institucionales
		Actividad	5. Recibir información y elaborar Informe
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Medir el desempeño de los Indicadores Institucionales de parte de los Establecimientos de Salud
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico
	3.2	CODIFICACIÓN	
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de Elaboración de Informes en Plazo establecido
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1
	Causa N° 2		No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado
	Causa N° 3		Sistema Web no disponible



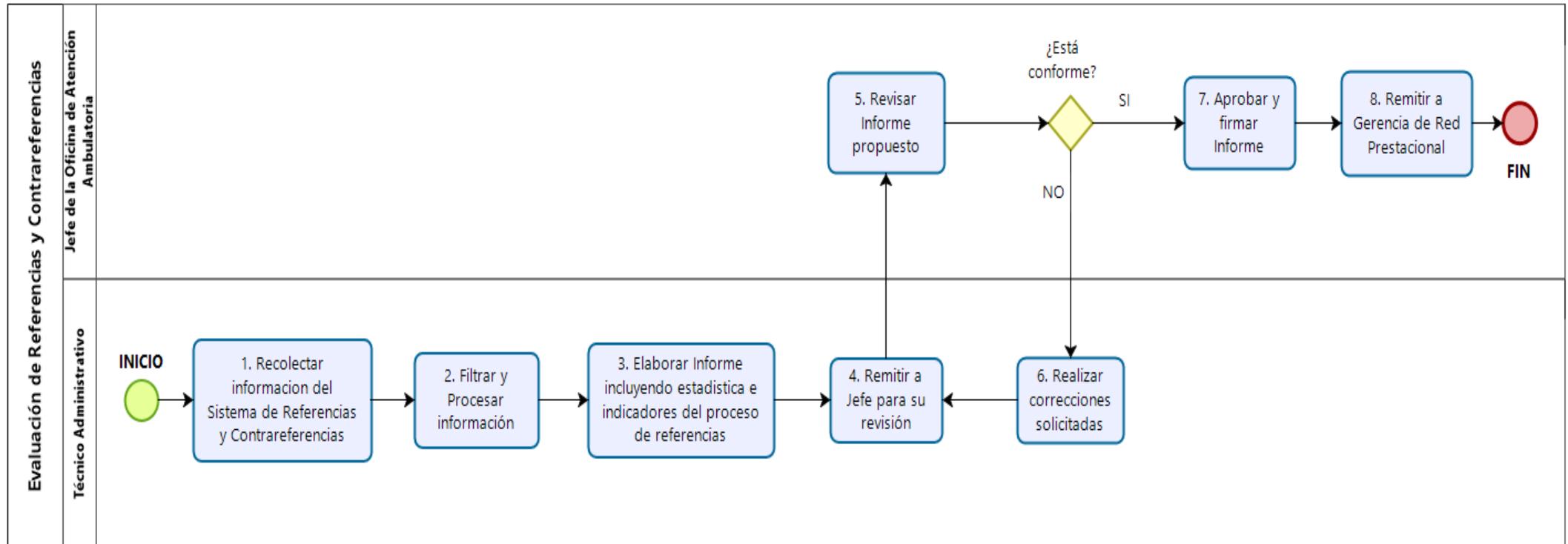
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO	
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.5	Moderado	0.20	0.2
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50	Moderado		0.20
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto		0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada	
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)	Jefe de la OFAA	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Fomentar el correcto registro de información de inventarios, insumos/materiales cercanos a acabarse de parte de áreas encargadas / establecimientos de salud - Verificar cumplimiento de inventarios planificados - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web	

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

9.7. PROCESO: M02.03.09.05 EVALUACIÓN DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

9.7.1. Modelado de Procesos



9.7.2. Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de Referencias y Contrarreferencias				
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de indicadores de referencias y contra referencias a fin de no perder la continuidad de la atención de los pacientes en todos los establecimientos de salud				
Alcance	Desde la recolección de información en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias, hasta la remisión del Informe de Evaluación a la Gerencia de Red Prestacional				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Sistema de Referencias y Contrarreferencias (Cada establecimiento de salud registra su data en el sistema)	Información registrada de Referencias y Contrarreferencias	1. Recolectar información del Sistema de Referencias y Contrarreferencias	Técnico Administrativo	Informe de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias	Gerencia de Red Prestacional
		2. Filtrar y Procesar información	Técnico Administrativo		
		3. Elaborar Informe incluyendo estadística e indicadores del proceso de referencias	Técnico Administrativo		
		4. Remitir a Jefe para su revisión	Técnico Administrativo		
		5. Revisar Informe propuesto	Jefe de la OFAA		
		Si no está conforme 6. Realizar correcciones solicitadas	Técnico Administrativo		
		Si está conforme 7. Aprobar y firmar Informe	Jefe de la OFAA		
		8. Remitir a Gerencia de Red Prestacional	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Elaboración de Informes				
Registros	Informes Mensuales de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias				

9.7.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de Referencias y Contrarreferencias
Nombre Indicador	Porcentaje de Elaboración de Informes
Descripción del Indicador	Busca evidenciar que se elaboren todos los meses del año un Informe de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias dirigido a la Gerencia de Red Prestacional
Objetivo del Indicador	Verificar que se elabore y presente un informe mensual de evaluación de referencias y contra referencias
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de Informes Elaborados al año} / \text{Total de informes solicitados al año}) * 100$
Fuentes de Información	Informes de Evaluación de Referencias y Contrarreferencias
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.7.4. Ficha de Riesgo

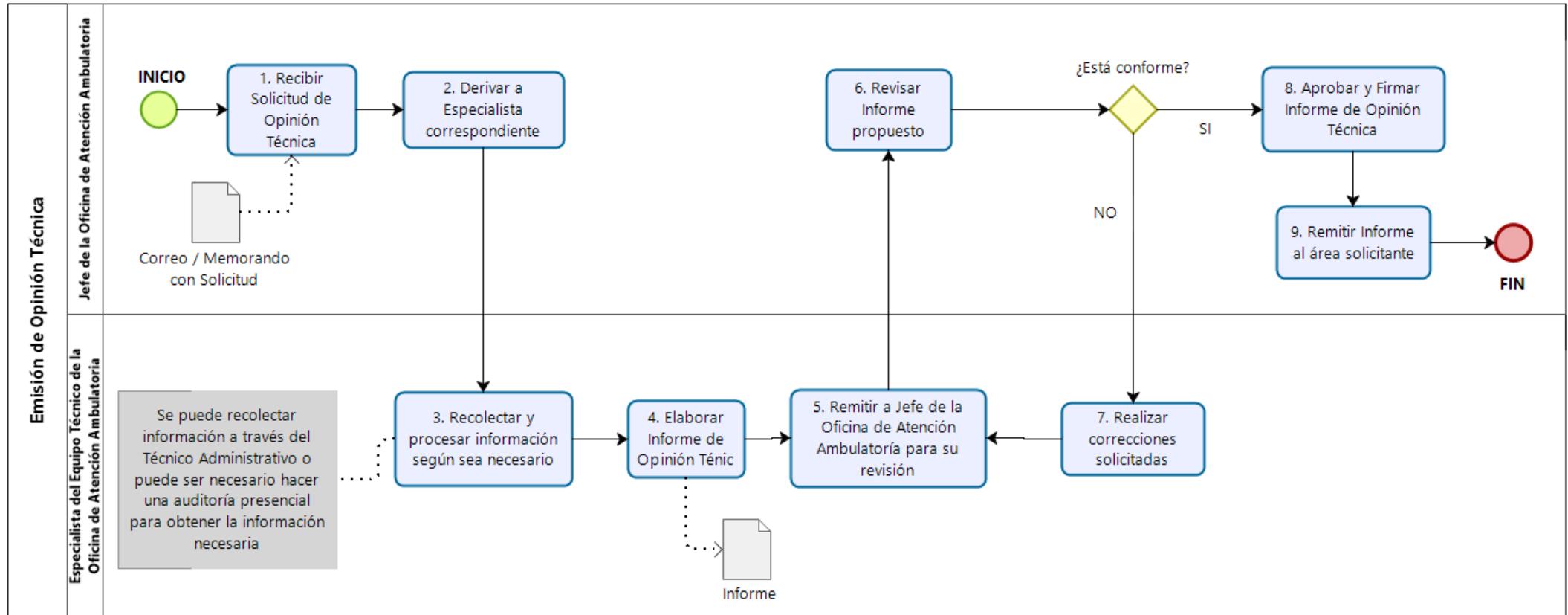
FICHA DE RIESGO				
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS				
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud	
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria	
		Procedimiento	Evaluación de Referencias y Contrarreferencias	
		Actividad	3. Elaborar Informe incluyendo estadística e indicadores del proceso de referencias	
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Evaluar el cumplimiento de indicadores de referencias y contra referencias a fin de no perder la continuidad de la atención de los pacientes en todos los establecimientos de salud	
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María	
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico	
	3.2	CODIFICACIÓN		
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de Elaboración de Informes en Plazo establecido	
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho informe
			Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado
Causa N° 3			Sistema Web no disponible	

		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10			Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30			Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.5		Moderado	0.20	0.2
	Alta	0.70			Alto	0.40	
	Muy alta	0.90			Muy alto	0.80	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100		Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
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)	Jefe de la OFAA	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Fomentar el correcto registro de información de inventarios, insumos/materiales cercanos a acabarse de parte de áreas encargadas / establecimientos de salud - Verificar cumplimiento de inventarios planificados - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web	

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

9.8. PROCESO: M02.03.09.06 EMISIÓN DE OPINIÓN TÉCNICA
 9.8.1. Modelado de Procesos



9.8.2. Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Emisión de Opinión Técnica				
Objetivo	Brindar asesoramiento especializado en los aspectos de consulta ambulatoria				
Alcance	Desde la recepción de la solicitud hasta la remisión del informe de opinión técnica al área solicitante				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Área solicitante	Solicitud de Opinión Técnica	1. Recibir Solicitud de Opinión Técnica	Jefe de la OFAA	Informe de Opinión Técnica	Área solicitante
		2. Derivar a Especialista correspondiente	Jefe de la OFAA		
		3. Recolectar y procesar información según sea necesario	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		4. Elaborar Informe de Opinión Técnica	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		5. Remitir a Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria para su revisión	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		6. Revisar Informe propuesto	Jefe de la OFAA		
		Si no está conforme 7. Realizar correcciones solicitadas	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA		
		Si está conforme 8. Aprobar y Firmar Informe de Opinión Técnica	Jefe de la OFAA		
		9. Remitir Informe al área solicitante	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Atención de Solicitudes de Opinión Técnica				
Registros	Informes de Opinión Técnica				

9.8.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Emisión de Opinión Técnica
Nombre Indicador	Porcentaje de Atención de Solicitudes de Opinión Técnica
Descripción del Indicador	Busca identificar del total de Solicitudes recibidas, qué porcentaje fueron atendidas
Objetivo del Indicador	Verificar la correcta atención de las solicitudes de opinión técnica de las distintas áreas de la entidad
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de Informes de Opinión Técnica elaborados} / \text{Cantidad de Solicitudes de Opinión Técnica Recibidas}) * 100$
Fuentes de Información	Informes de Opinión Técnica
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.8.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO								
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS								
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud					
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud					
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria					
		Procedimiento	Emisión de Opinión Técnica					
		Actividad	4. Elaborar Informe de Opinión Técnica					
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Evaluar las Consultas Ambulatorias ejecutadas en la Red Prestacional a fin de asegurar la calidad de estas					
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María					
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS								
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico					
	3.2	CODIFICACIÓN						
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de Elaboración de Informes					
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	<table border="1"> <tr> <td>Causa N° 1</td> <td>No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho informe</td> </tr> <tr> <td>Causa N° 2</td> <td>No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado</td> </tr> <tr> <td>Causa N° 3</td> <td>Sistema Web no disponible</td> </tr> </table>	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho informe	Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado	Causa N° 3
Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho informe							
Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado							
Causa N° 3	Sistema Web no disponible							

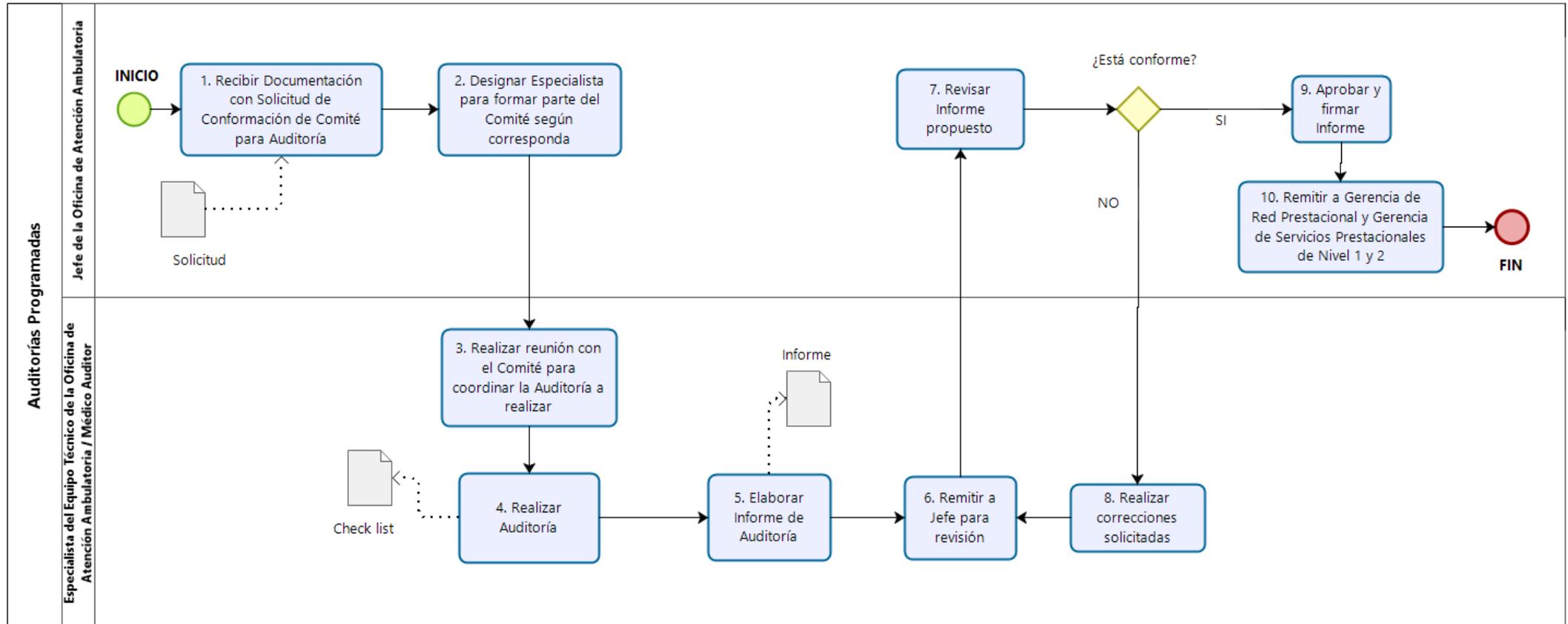
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO							
	4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
		Muy baja	0.10			Muy bajo	0.05	
		Baja	0.30			Bajo	0.10	
		Moderada	0.50	0.5		Moderado	0.20	0.2
		Alta	0.70			Alto	0.40	
		Muy alta	0.90			Muy alto	0.80	
		Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada			
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)	Jefe de la OFAA	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Fomentar el correcto registro de información de parte de áreas encargadas / establecimientos de salud en los plazos acordados - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web	

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

9.9. PROCESO: M02.03.09.07.01 AUDITORÍAS PROGRAMADAS

9.9.1. Modelado de Procesos



9.9.2. Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Auditorías Programadas				
Objetivo	Asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud				
Alcance	Desde la recepción de la solicitud de conformación de Comité, hasta la remisión del Informe de Auditoría a la Gerencia de Red Prestacional y la Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel 1 y 2				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Admisión y Referencias, Oficina de Calidad	Documentación con Solicitud de Conformación de Comité para Auditoría	1. Recibir Documentación con Solicitud de Conformación de Comité para Auditoría según su Cronograma	Jefe de la OFAA	Informe de Auditoría	Gerencia de Red Prestacional, Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel 1 y 2
		2. Designar Especialista para formar parte del Comité según corresponda	Jefe de la OFAA		
		3. Realizar reunión con el Comité para coordinar la Auditoría a realizar	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		4. Realizar Auditoría	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		5. Elaborar Informe de Auditoría	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		

		6. Remitir a Jefe para revisión	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		7. Revisar Informe propuesto	Jefe de la OFAA		
		Si no está conforme 8. Realizar correcciones solicitadas	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		Si está conforme 9. Aprobar y firmar Informe	Jefe de la OFAA		
		10. Remitir a Gerencia de Red Prestacional y Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel 1 y 2	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Cumplimiento de Cronograma de Auditorías Programadas				
Registros	Informes de Auditoría				

9.9.3. Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Auditorías Programadas
Nombre Indicador	Cumplimiento de Cronograma de Auditorías Programadas
Descripción del Indicador	Busca identificar del total de auditorías programadas al mes, cuántas fueron realizadas
Objetivo del Indicador	Verificar el cumplimiento de las auditorías programadas a fin de asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de auditorías realizadas} / \text{Cantidad de auditorías programadas en el mes}) * 100$
Fuentes de Información	Informes de Auditoría
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.9.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO				
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS				
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud	
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria	
		Subproceso (Nivel 3)	Auditoría Interna de Consulta Ambulatoria	
		Procedimiento	Auditorías Programadas	
		Actividad	4. Realizar Auditoría 5. Elaborar Informe de Auditoría	
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud	
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María	
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico	
	3.2	CODIFICACIÓN		
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de Elaboración de Informes de Auditoría en Plazo establecido	
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho auditorías (Médico Auditor)
			Causa N° 2	No se ha elaborado programación de auditorías o no se está cumpliendo el programa
Causa N° 3			Sistema Web no disponible	

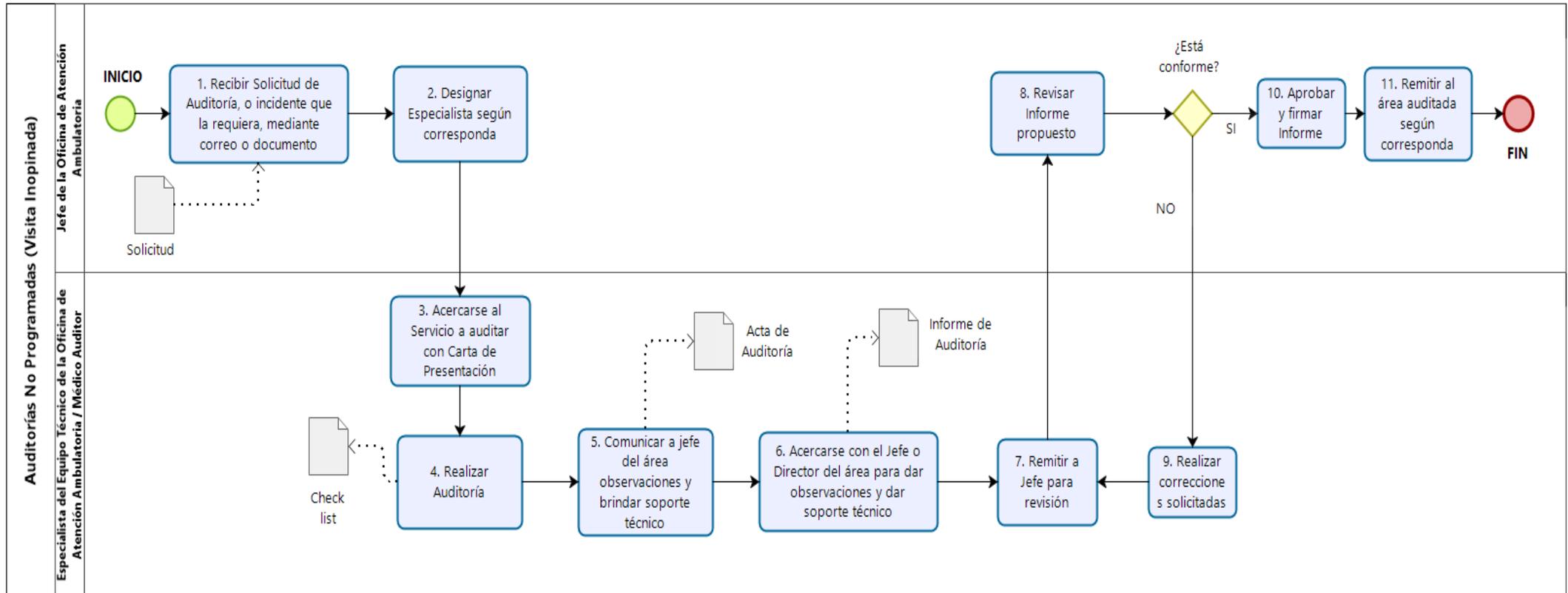
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10			Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30			Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.5		Moderado	0.20	
	Alta	0.70			Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90			Muy alto	0.80	
	Moderada	0.50		Alto	0.40		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.200		Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA		Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		

5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica	
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Jefe de la OFAA y Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar una correcta programación de auditorías para el año - Contar con más de un especialista en auditorías en el equipo técnico de la OFAA - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web 	

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

9.10. PROCESO: M02.03.09.07.02 AUDITORÍAS NO PROGRAMADAS (VISITA INOPINADA)

9.10.1. Modelado de Procesos



9.10.2.Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Auditorías No Programadas (Visita Inopinada)				
Objetivo	Asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud				
Alcance	Desde la recepción del documento/correo de requerimiento de auditoría hasta la remisión del informe de auditoría al área auditada				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Área solicitante	Solicitud de Auditoría o información de incidente que la requiera (Documento o correo electrónico)	1. Recibir Solicitud de Auditoría, o información de incidente que la requiera, mediante correo o documento	Jefe de la OFAA	Informe de Auditoría	Área Solicitante
		2. Designar Especialista según corresponda	Jefe de la OFAA		
		3. Acercarse al Servicio a auditar con Carta de Presentación	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		4. Realizar Auditoría	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		5. Acercarse con el jefe o director del área para dar observaciones y dar soporte técnico y firmar Acta de Auditoría	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		6. Elaborar Informe de Auditoría	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		7. Remitir a Jefe para revisión	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		

		8. Revisar Informe propuesto	Jefe de la OFAA		
		Si no está conforme 9. Realizar correcciones solicitadas	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor		
		Si está conforme 10. Aprobar y firmar Informe	Jefe de la OFAA		
		11. Remitir al área auditada según corresponda	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de Atención de Solicitudes Recibidas				
Registros	Informes de Auditoría				

9.10.3.Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Auditorías No Programadas (Visita Inopinada)
Nombre Indicador	Porcentaje de Atención de Solicitudes Recibidas
Descripción del Indicador	Busca identificar del total de solicitudes recibidas, qué porcentaje fueron atendidas
Objetivo del Indicador	Verificar el cumplimiento de las auditorías solicitadas o requeridas a fin de asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de Solicitudes Atendidas} / \text{Cantidad de Solicitudes Recibidas en el Periodo}) * 100$
Fuentes de Información	Correos electrónicos de coordinación
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Atención Ambulatoria
Meta	100%

9.10.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO				
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS				
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud	
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria	
		Subproceso (Nivel 3)	Auditoría Interna de Consulta Ambulatoria	
		Procedimiento	Auditorías No Programadas (Visitas Inopinadas)	
		Actividad	4. Realizar Auditoría 6. Elaborar Informe de Auditoría	
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Asegurar la calidad de los servicios de consulta ambulatoria en los establecimientos de salud	
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María	
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico	
	3.2	CODIFICACIÓN		
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de la atención de solicitudes de auditoría o casos que lo ameriten	
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho auditorías (Médico Auditor)
			Causa N° 2	Demora en la atención de solicitudes de auditoría o casos que la hayan requerido (Reclamo, denuncia, incidente)
Causa N° 3			Sistema Web no disponible	

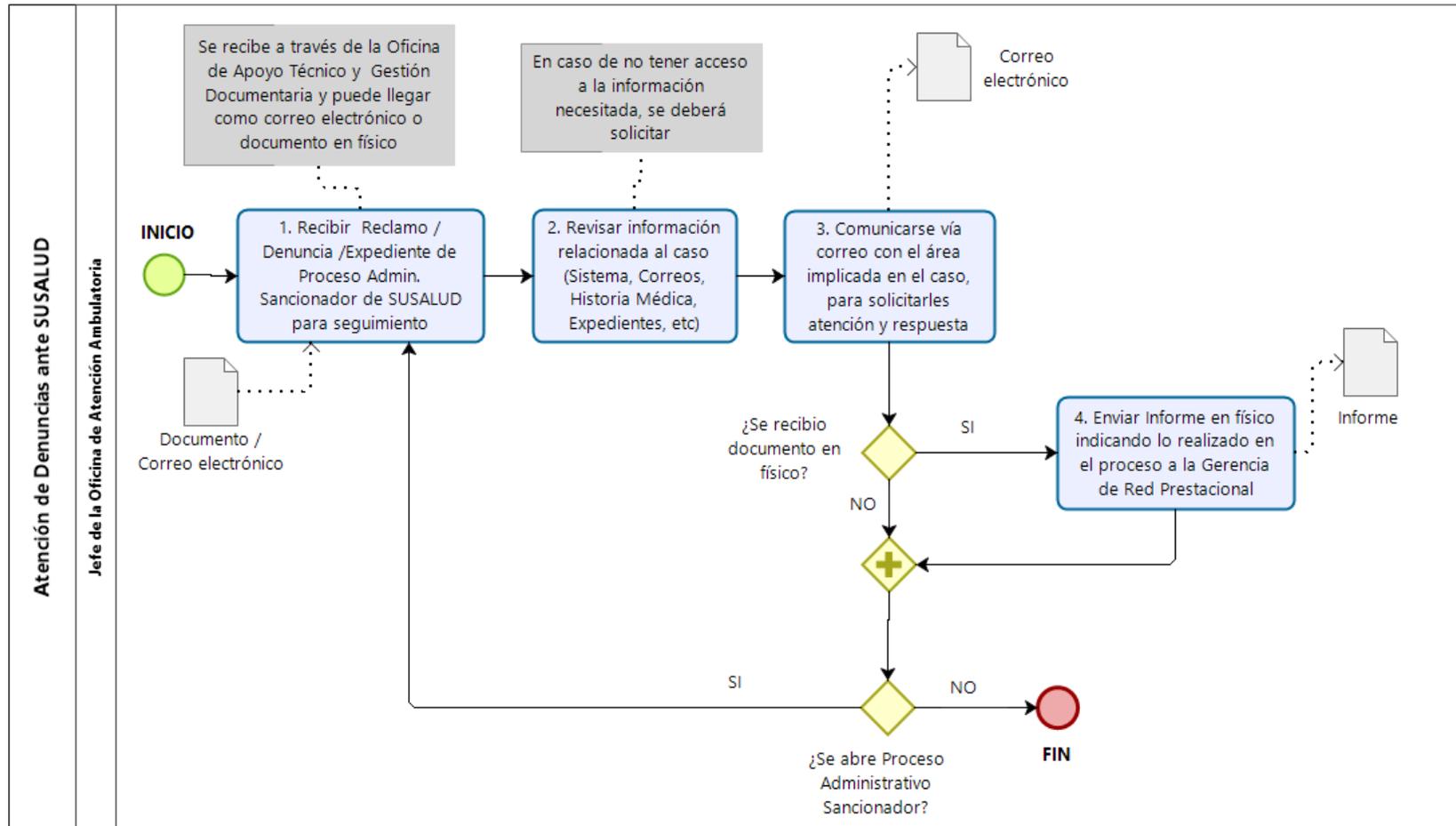
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
		PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	4.1	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
		Baja	0.30		Bajo	0.10	
		Moderada	0.50	0.5	Moderado	0.20	
		Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
		Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
		Moderada		0.50	Alto		0.40
	4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.200	Prioridad del Riesgo	Alta 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)	Especialista del Equipo Técnico de la OFAA / Médico Auditor	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Asignar un plazo de atención de solicitudes de auditoría o casos que la requieran - Contar con más de un especialista en auditorías en el equipo técnico de la OFAA - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web 	

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

9.11. PROCESO: M02.03.09.08 ATENCIÓN DE DENUNCIAS ANTE SUSALUD

9.11.1. Modelado de Procesos



9.11.2.Ficha de Procedimientos

FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO					
Nombre	Atención de Denuncias ante SUSALUD				
Objetivo	Hacer seguimiento a los casos de reclamos y denuncias ante SUSALUD enviados por la Gerencia de Red Prestacional				
Alcance	Desde la recepción del documento hasta el envío del informe/correo				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Apoyo Técnico y Gestión Documentaria, SUSALUD	Reclamo, Denuncia, Expediente de Proceso Administrativo Sancionador	1. Recibir Reclamo / Denuncia / Expediente de Proceso Admin. Sancionador de SUSALUD para seguimiento	Jefe de la OFAA	Solicitud de respuesta, Informe a Gerencia de Red Prestacional	Áreas usuarias, Gerencia de la Red Prestacional
		2. Revisar información relacionada al caso (Sistema, Correos, Historia Médica, Expedientes, etc.)	Jefe de la OFAA		
		3. Comunicarse vía correo con el área implicada en el caso, para solicitarles atención y respuesta	Jefe de la OFAA		
		Si se recibió documento en físico 4. Enviar Informe en físico indicando lo realizado en el proceso a la Gerencia de Red Prestacional	Jefe de la OFAA		
Indicadores	Porcentaje de denuncias atendidas ante SUSALUD				
Registros	Informe a Gerencia / Correo electrónico, Cuadro de Registro				

9.11.3.Ficha de Indicador

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Atención de Denuncias ante SUSALUD
Nombre Indicador	Porcentaje de denuncias atendidas ante SUSALUD
Descripción del Indicador	Indicador que mide el porcentaje de denuncias atendidas ante SUSALUD, el cual son enviados por la Gerencia de Red Prestacional
Objetivo del Indicador	Contabilizar la cantidad de denuncias atendidas ante SUSALUD
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de denuncias atendidas} / \text{Total de denuncias enviadas por la Gerencia de Red Prestacional}) \times 100$
Fuentes de Información	Informe a Gerencia, Cuadro de Registro
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la OFAA
Meta	100%

9.11.4. Ficha de Riesgo

FICHA DE RIESGO								
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS								
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud					
		Proceso (Nivel 1)	Pre-entrega de la Atención de Salud					
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión de la Atención Ambulatoria					
		Procedimiento	Atención de Denuncias ante SUSALUD					
		Actividad	3. Comunicarse vía correo con el área implicada en el caso, para solicitarles atención y respuesta					
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Hacer seguimiento a los casos de reclamos y denuncias ante SUSALUD enviados por la Gerencia de Red Prestacional					
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María					
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS								
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico					
	3.2	CODIFICACIÓN						
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incumplimiento de atención de denuncias					
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	<table border="1"> <tr> <td>Causa N° 1</td> <td>No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho servicio</td> </tr> <tr> <td>Causa N° 2</td> <td>No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado</td> </tr> <tr> <td>Causa N° 3</td> <td>Sistema Web no disponible</td> </tr> </table>	Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho servicio	Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado	Causa N° 3
Causa N° 1	No se cuenta con el personal encargado de realizar dicho servicio							
Causa N° 2	No se ha registrado información de parte de las áreas encargadas según lo normado							
Causa N° 3	Sistema Web no disponible							

		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO	
	4.1	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo
		Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05
		Baja	0.30		Bajo	0.10
		Moderada	0.50	0.5	Moderado	0.20
		Alta	0.70		Alto	0.40
		Muy alta	0.90		Muy alto	0.80
		Moderada		0.50	Moderado	0.20
	4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
		Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada	
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	

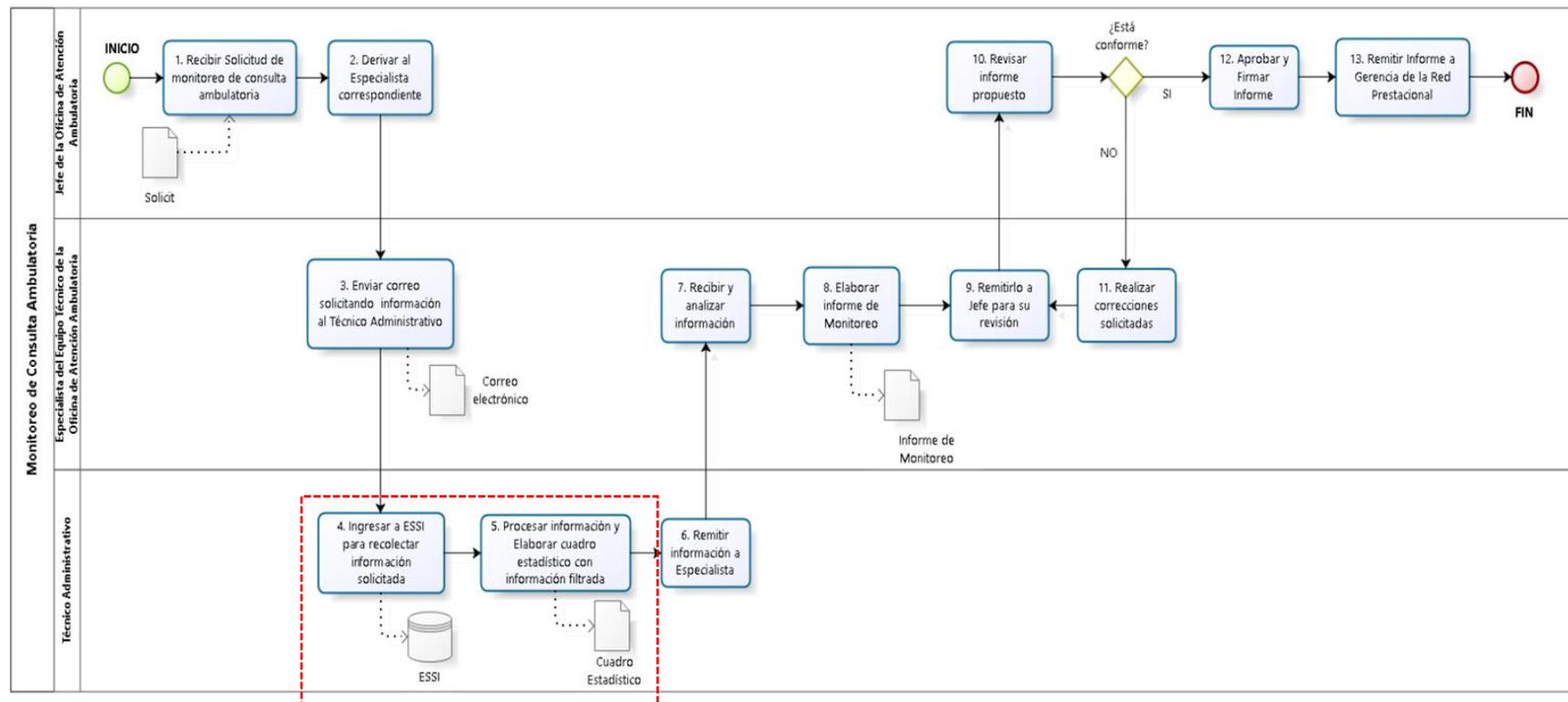
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica	
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Jefe de la OFAA	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento a registro de denuncias recibidas - Identificar causas/causantes del problema denunciado - Implementar mejoras tecnológicas que disminuyan la posibilidad de caídas/fallos del sistema web 	

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

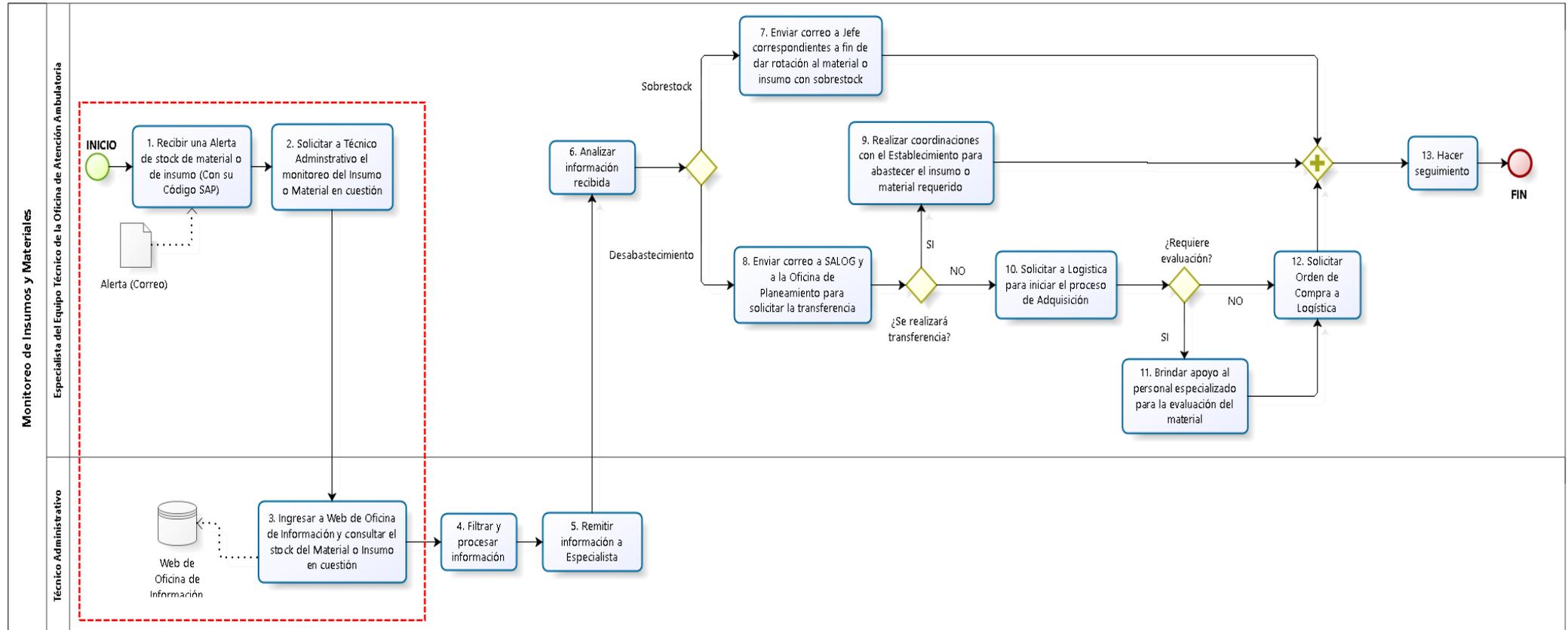
10. PROCESOS CRÍTICOS

Dentro de todos los procesos realizados por la Oficina de Atención Ambulatoria se ha identificado el siguiente proceso crítico los siguientes: **Monitoreo de Consulta Ambulatoria, Monitoreo de Insumos y Materiales; y Auditorías Internas de Consulta Ambulatoria.**

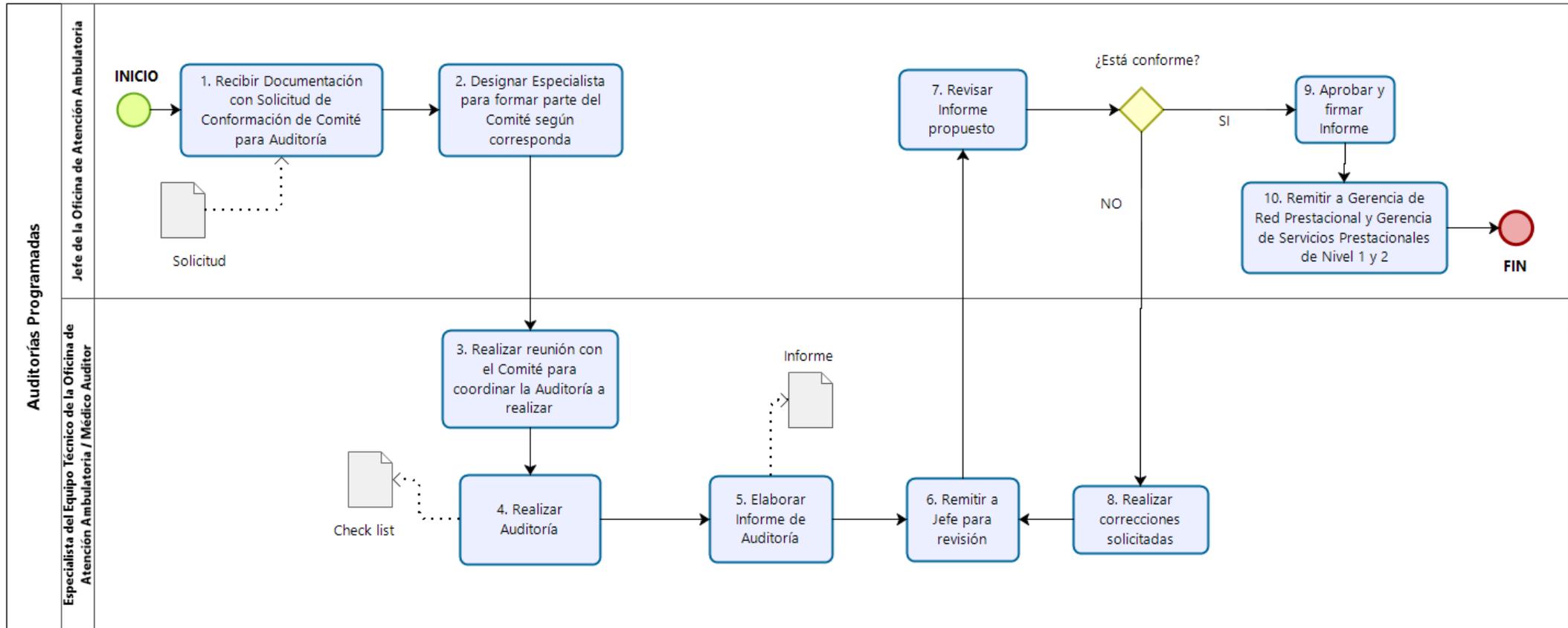
- Monitoreo de Consulta Ambulatoria:** En este proceso se analiza la data estadística recolectada sobre las consultas ambulatorias realizadas en un periodo de tiempo. Es aquí donde podemos detectar actividades que no se realizan de manera inadecuada; además se detecta que no se cumple con los parámetros establecidos de los mismos. Esta información será dirigida a la Gerencia de la Red Prestacional a fin de mantener informada a la gerencia sobre la situación actual de las consultas ambulatorias.

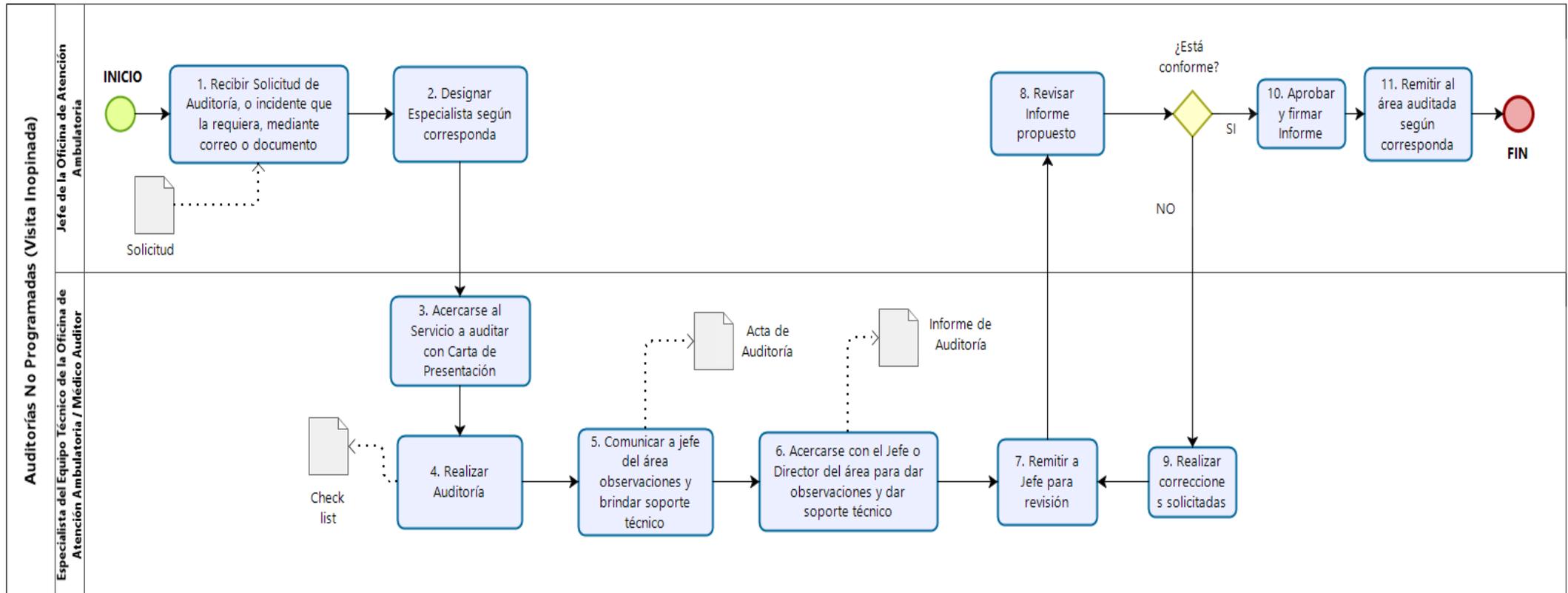


- Monitoreo de Insumos y Materiales:** Este proceso se considera de alta criticidad porque a veces los inventarios no están actualizados; y eso da lugar a no generar un correcto reporte veraz. Así mismo, existen ocasiones que se espera el desabastecimiento para reportar la falta de stock.



- Auditoría Internas de Consulta Ambulatoria:** Cabe resaltar que, en este proceso, no se cuenta actualmente con ningún médico auditor o especialista designado para el desarrollo de las auditorías; así mismo, tampoco se tenía conocimiento de algún programa de auditorías, ni se había registro de uno. Por lo tanto, se detectó que no se han realizado auditorías en el presente año ni se encontraban muy al tanto de este proceso. Se considera muy importante se remedie este aspecto lo antes posible, pues este proceso es indispensable para poder evaluar la calidad de los servicios de atención ambulatorio ofrecidos en la red.





- Finalmente es necesario indicar que, al realizar el levantamiento de información para el desarrollo del presente manual, la OFAA indicó que no contaban con algunas funciones adecuadamente asignadas, puesto que había procesos que también realizaban otras áreas, algunos otros procesos que realizaban que no deberían estar realizando, y algunas irregularidades frente a servicios tercerizados de auditoría.

11. OPORTUNIDAD DE MEJORA

En el punto anterior se ha descrito el proceso crítico, el cual se observó algunas oportunidades de mejora en cuanto a organización, sistemas informáticos, documentación, entre otros. Para minimizar el impacto negativo que estas podrían ocasionar, se ha planteado las siguientes mejoras:

- a) Respecto al proceso de Monitoreo de Insumos y Materiales, se debe atender las alertas de falta de stock lo antes posible para que nada impida a los establecimientos de salud brindar un servicio de calidad y evitar la no disponibilidad de dichos servicios, ya que es indispensable que los establecimientos de salud cuenten con todos los insumos y materiales necesarios para el correcto desempeño de sus funciones. Para ello, se cree conveniente que se tenga acceso al SAP ERP; y que el personal se capacite en la utilización de esta herramienta tecnológica a fin de que se registre de manera eficaz los insumos y materiales; y se pueda obtener una mejor visualización de la cantidad de estas para alertar la reposición y no contar con desabastecimientos.
Por último, verificar constantemente que el inventario este actualizado y que todo sea registrado en el software para un mejor control y monitoreo de insumos y materiales.
- b) Como se sabe, las auditorías son unas de las principales herramientas de control de calidad de los servicios ofrecidos, es por ellos que se debe contar con un cronograma de auditorías periódicas a los distintos establecimientos de salud, para así detectar malas prácticas, o identificar oportunidades de mejora en los servicios ofrecidos. De igual manera es indispensable realizar visitas inopinadas a algún establecimiento de salud en respuesta a algún incidente o alerta recibida con respecto a algún establecimiento en específico. Por otro lado, para que todo lo mencionado se cumpla, se necesitará personal (médico auditor) o especialistas para el desarrollo de estas.
- c) Respecto al proceso de Monitoreo de Consulta Ambulatoria, se requiere que el personal designado este capacitado para recopilar la información que otorga el sistema y analice correctamente dichos datos estadísticos; y con ello se elabore un informe de monitoreo adecuado.
- d) Se considera necesario realizar una nueva evaluación y actualización del ROF de la Oficina de Atención Ambulatoria

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12.1. CONCLUSIONES

- El presente documento ha sido elaborado sobre la base de la normativa en materia de procesos establecida por la Secretaría de Gestión Pública de la PCM y la normativa institucional aprobada mediante la Directiva de GG N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 “Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social –ESSALUD”, aprobada mediante Resolución de GG N° 227-GG-ESSALUD-2019.
- Para la formulación del presente documento de gestión, se contó con el valioso apoyo del personal de la Oficina de Atención Ambulatoria, mediante reuniones presenciales y virtuales de trabajo.
- Los procesos y procedimientos documentados reflejan la situación actual (AS IS) de la Oficina de Atención Ambulatoria, a fin de detectar oportunidades de mejora y la implementación de medidas que permitan la mejora continua de este proceso para así poder asegurar la calidad de las prestaciones de Consulta Ambulatoria ofrecidas a los pacientes.

12.2. RECOMENDACIONES

- Tomar como referencia el presente Manual a fin de impulsar acciones de mejora continua.
- Realizar un análisis mayor y gestionar acciones tomando en cuenta lo descrito en los apartados anteriores.
- Realizar una evaluación periódica (anual) de los procesos y procedimientos de la Oficina de Atención Ambulatoria, a fin de incorporar las mejoras de los procesos de aspectos operativos, tecnológicos y afines.

