

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 460 -GG-ESSALUD-2022

Lima, 16 MAR 2022

VISTOS:

Memorando N° 0641-GCPP-ESSALUD-2022, e Informe N° 023-GOP-GCPP-ESSALUD-2022 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto; el Memorando N° 893-GCAJ-ESSALUD-2022 e Informe N° 161-GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2022 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y el artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, ESSALUD es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo cuya finalidad principal es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

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

Que, en el numeral 1.1 del artículo 1 de la Ley N° 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, se declaró al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano; en cuyo artículo 3 se contempla que es de aplicación en todas las dependencias de la Administración Pública a nivel nacional;

Que, en el artículo 4 de la precitada Ley se establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos;

Que, mediante Decreto Supremo N° 004-2013-PCM se aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, en cuyo artículo 1 se señala que es el principal instrumento orientador de la modernización de la gestión pública en el Perú, que establecerá la visión, los principios y lineamientos para una actuación coherente y eficaz del sector público, al servicio de los ciudadanos y el desarrollo del país; en cuyo numeral 4 del Anexo 2.3 de la referida Política plantea como objetivo específico, el implementar la gestión por procesos y promover la simplificación administrativa en todas las entidades públicas a fin de generar resultados positivos en la mejora de los procedimientos y servicios orientados a los ciudadanos y empresas;



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

460

-GG-ESSALUD-2022

Que, con Decreto Supremo N° 054-2018-PCM modificado por Decreto Supremo N° 131-2018-PCM, se aprueban los Lineamientos de Organización del Estado, en cuyo literal h) del numeral 6.1 del artículo 6 se establece como uno de los criterios de análisis para el diseño organizacional de las entidades, el nivel de riesgos en los procesos para la provisión del bien o servicio;

Que, con Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP se aprobó la Norma Técnica N° 001- 2018/SGP, “*implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública*”, la cual tiene como finalidad poner a disposición de las entidades de la administración pública disposiciones técnicas para la implementación de la gestión por procesos, como herramienta de gestión, que contribuye con el cumplimiento de los objetivos institucionales y en consecuencia, un impacto positivo en el bienestar de los ciudadanos;

Que, según lo señalado en el numeral 3.2 de la Directiva corporativa de Gestión Empresarial de FONAFE aprobada mediante Acuerdo de Directorio N° 003-2018/006-FONAFE, modificados con Acuerdo de Directorio N° 002-2018/011 FONAFE y Acuerdo de Directorio N° 003-2021/003 FONAFE, la gestión de procesos es una metodología que permite gestionar integralmente las actividades que conforman la cadena de valor de la Empresa, cuya ejecución exitosa permite asegurar la generación de productos y servicios que agreguen valor al ciudadano y/o al cliente final;

Que, con Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019 se aprueba la Directiva de Gerencia General N° 4-GCPP-ESSALUD-2019 V.01, “*Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud - ESSALUD*”, en cuyo numeral 5.2 se contempla que la Gerencia General aprueba los Macro - Procesos institucionales (Nivel 0, 01, 02 hasta Nivel a su Cargo);

Que, en el numeral 7.3.5.6 de la antes citada Directiva, se señala que el Manual de Procesos y Procedimientos (MPP), es el documento técnico que establece los procesos y sus procedimientos requeridos, describe la secuencia detallada de los flujos de trabajo de las actividades al interior de la institución, precisando cargos y responsabilidades que intervienen en la ejecución, control y evaluación de las mismas, en concordancia con los dispositivos legales vigentes sobre la materia que regulan el funcionamiento institucional. Los Manuales deben ser de fácil manejo e identificación, asimismo se define criterios de codificación de cada Manual, contendrá el modelamiento de los procesos identificados y plasmados en las Fichas Nivel 0,01,02 hasta el Nivel N;

Que, el numeral 8.1.1.3 de la referida Directiva indica que el Manual de Procesos y Procedimientos de la Sede Central de cada Gerencia Central deberá estar debidamente sustentado, a través de Informe Técnico, adjuntando el proyecto de Resolución de Gerencia General, elaborado por el equipo de procesos de cada Gerencia Central correspondiente, el cual será visado por la Gerencia de Organización y Procesos de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, el mismo que se remitirá a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica para continuar con el proceso de revisión y conformidad a fin de ser presentado a la Gerencia General de la Sede Central;



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

460

-GG-ESSALUD-2022

Que, con Resolución de Gerencia General N° 973-GG-ESSALUD-2019, se aprobó el documento técnico de gestión “*Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD*”, cuya finalidad es lograr que a través de una gestión por procesos se contribuya a brindar servicios de calidad a los asegurados y ciudadanos a fin de satisfacer las necesidades y expectativas, propiciando la eficiencia y eficacia en la gestión institucional;

Que, según lo señalado en el literal c) del artículo 36° del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto tiene la función de elaborar, proponer y evaluar las políticas, normas, metodologías y procedimientos relacionados con el planeamiento, el monitoreo y evaluación del desempeño institucional, el proceso presupuestario, la determinación de costos y tarifas, la planificación de inversiones y su evaluación, las actividades de programación multianual de inversiones que establezcan las normas vigentes, el diseño de la organización y procesos, el planeamiento y evaluación de la inversión, la obtención de información estadística, el análisis y estudios para el aprendizaje y generación de conocimientos que coadyuven al desarrollo y fortalecimiento institucional;

Que, el literal e) del artículo 45° del citado Reglamento de Organización y Funciones, establece como una de las funciones de la Gerencia de Organización y Procesos perteneciente a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, elaborar y presentar los Reglamentos de Organización y Funciones (ROF), el Mapa de Procesos, el Manual de Procesos y Procedimientos (MPRO), y el Manual de los Procedimientos Administrativos del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA);



Que, conforme a sus atribuciones, mediante Memorando de Vistos la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto propone la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Gerencia de Operaciones Especiales; para lo cual acompaña el Informe N° 023-GOP-GCPP-ESSALUD-2021 (debe decir 2022) en cuyo numeral 2.14 se señala que: “(...) la Gerencia de Organización y Procesos teniendo en cuenta que ha realizado trabajos en conjunto con los dueños del proceso, y que, a su vez, tiene la opinión favorable del referido Manual, ha elaborado el presente Informe Técnico, así como el proyecto de Resolución de Gerencia General con el fin de proceder con el trámite de aprobación correspondiente.” Asimismo, el referido Informe concluye señalando que: “Dada la normatividad vigente en relación a la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública, y a la necesidad de realizar una gestión por procesos más efectiva que contribuya a mejorar la calidad y satisfacción de los usuarios por los servicios brindados; es necesario aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Gerencia de Operaciones Especiales; toda vez que dicho Manual ha sido desarrollado mediante un trabajo en conjunto con el referido órgano y que, a su vez, se encuentra validado teniendo la opinión favorable y visto bueno de los titulares de dicha dependencia.”;



Que, con Memorando e Informe de Vistos la Gerencia Central de Asesoría Jurídica considera viable la tramitación de la propuesta de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto sobre la aprobación del documento técnico denominado Manual de Procesos y Procedimientos de la Gerencia de Operaciones Especiales, cuyo sustento se encuentra en el Informe N° 023-GOP-GCPP-ESSALUD-2021 (debe decir 2022), de la Gerencia

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 460 -GG-ESSALUD-2022

Central de Planeamiento y Presupuesto, dentro del marco de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública; la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP que aprobó la Norma Técnica N° 001- 2018/SGP, Norma Técnica para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública; la Directiva de Gerencia General N° 4-GCPP-ESSALUD-2019 V.01, "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019; el documento técnico de gestión "Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD", aprobado por Resolución de Gerencia General N° 973-GG-ESSALUD-2019 y la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); propuesta que corresponde ser formalizada por Resolución de Gerencia General; y demás normativa aplicable;

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Gerente General es el funcionario que ocupa el más alto cargo administrativo de ESSALUD; en cuyo al literal b) del citado artículo establece que le compete dirigir el funcionamiento de la institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

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

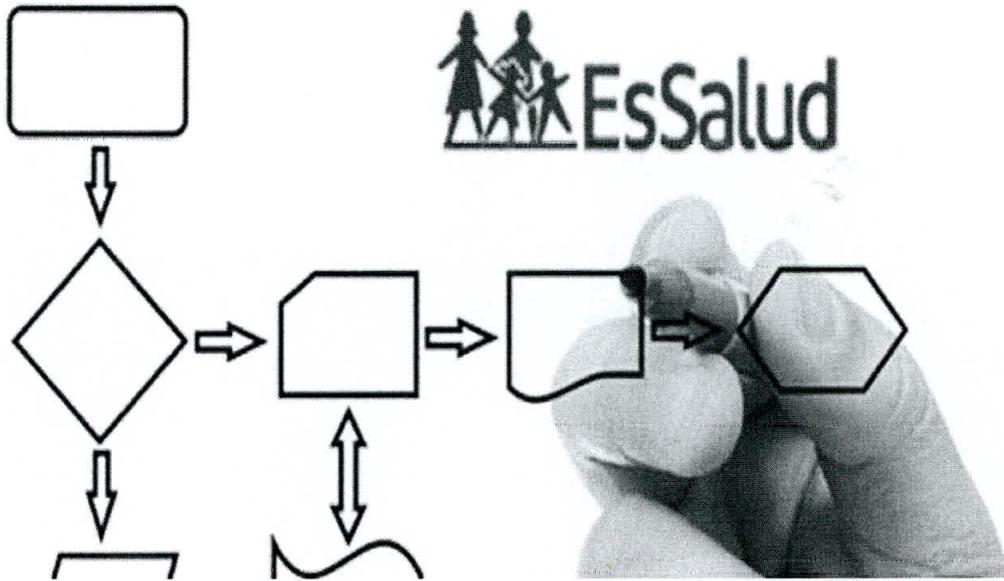
SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el documento técnico de gestión "Manual de Procesos y Procedimientos de la Gerencia de Operaciones Especiales", que forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que el Gerente de Operaciones Especiales, adopte las medidas necesarias que garanticen la implementación, difusión y continua actualización de su respectivo Manual de Procesos y Procedimientos respectivo, de conformidad con lo dispuesto en la Directiva de Gerencia General N° 4-GCPP-ESSALUD-2019 V.01, "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019.
3. **ENCARGAR** a la Secretaria General la publicación de la presente Resolución en el Intranet Institucional y el Portal de Transparencia del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.




.....
Dr. MARCO IVÁN CÁRDENAS ROSAS
Gerente General (e)
ESSALUD



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GERENCIA DE OPERACIONES ESPECIALES

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GERENCIA DE OPERACIONES ESPECIALES

VERSIÓN AS IS (situación actual)

GRADO	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Validado por	Gerente de Operaciones Especiales	Lic. Manuel Alejandro Farfán Barreto	 MANUEL ALEJANDRO FARFAN BARRETO GERENTE DE OPERACIONES ESPECIALES GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES ESSALUD

ÍNDICE

1.	OBJETIVO	4
2.	FINALIDAD	4
3.	ALCANCE	4
4.	BASE LEGAL	4
5.	VIGENCIA	5
6.	DEFINICIONES Y TÉRMINOS	5
7.	CONSIDERACIONES	6
8.	ASPECTOS GENERALES	7
8.2.	ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS	7
8.3.	DIAGRAMA DE BLOQUES	8
8.4.	MATRIZ CLIENTE – PRODUCTO	9
8.5.	MATRIZ DE RESPONSABILIDAD	11
9.	ASPECTOS ESPECÍFICOS	12
9.2.	INVENTARIO DE PROCESOS	12
9.3.	FICHA DEL PROCESO NIVEL 00, 01, 02 HASTA EL NIVEL N	15
9.4.	MODELO DE LOS PROCESOS	20
9.5.	PROCEDIMIENTOS	26
9.6.	INDICADORES DE GESTIÓN	37
9.7.	FICHAS DE RIESGOS	41
10.	PROCESO CRÍTICO	55
11.	ASPECTOS FINALES	57
11.2.	CONCLUSIONES	57
11.3.	RECOMENDACIONES	57



1. OBJETIVO

1.1. OBJETIVO GENERAL

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. OBJETIVO ESPECÍFICO

1.2.1 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.

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

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

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° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.

4.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

4.3. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 030-2002-PCM.

4.4. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.

4.5. Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.

4.6. 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

4.7. ROF – ESSALUD Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.

4.8. Resolución Ministerial N° 227-2018-PCM proyecto de “Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos en las entidades de la Administración Pública”.

4.9. Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública. Establece lineamientos para la clasificación y desclasificación de la información que se considere confidencial, secreta o reservada y su reglamento, del 02 de agosto del



2002, aprobado por decreto supremo N°043-2003-PCM y sus nomas modificatorias conforme a su Texto Único Ordenado, del 22 de abril del 2003.

5. VIGENCIA

El presente manual tiene vigencia hasta el cambio de estructura y/o funciones de la Gerencia Central de Operaciones, el cual modificaría los procesos definidos.

6. DEFINICIONES Y TÉRMINOS

Abreviaturas

- **CEPRIT:** Centro de Prevención de Riesgo del Trabajo
- **CRUEN:** Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Nacional de EsSalud
- **GCOP:** Gerencia Central de Operaciones
- **GOF:** Gerencia de Oferta Flexible
- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- **IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **PCM:** Presidencia del Consejo de Ministros
- **SCTR:** Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
- **SES:** Sistema Estadístico de EsSalud.
- **SGH:** Sistema de Gestión Hospitalaria.
- **SGSS:** Sistema de Gestión de Servicios de Salud, es el Sistema Institucional para el registro de actividades vinculadas a la atención del paciente en todos los órganos desconcentrados de EsSalud.
- **SISCAP:** Sistema de Información de Salud para Centros de Atención Primaria.
- **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud
- **GOPEE:** Gerencia de Operaciones Especiales
- **GOPTE:** Gerencia de Operaciones Territoriales
- **GFPS:** Gerencia de Financiamiento de las Prestaciones de Salud

Definiciones

- **ACTIVIDAD:** Tarea o conjunto de tareas necesarias para realizar un proceso.
- **ALINEAMIENTO:** Consistencia de planes, procesos, información, decisiones, acciones, resultados, análisis y aprendizaje; para apoyar las metas clave a nivel de toda la entidad. El alineamiento efectivo requiere entendimiento común de propósitos y metas, utilización de medidas e información complementaria que permita la planificación, la puesta en marcha, el análisis y la mejora.
- **BIEN O SERVICIO:** Es el resultado de un proceso
- **CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS:** Se conoce como caracterización de un proceso a la descripción de las características que tiene el mismo, la cual se grafica en una ficha técnica de proceso o una ficha de proceso o una ficha de procedimiento. La ficha del proceso es un documento que presenta los elementos que lo conforman, con el objeto de facilitar su comprensión y mostrarlo con claridad
- **CENTRO REGULADOR Y COORDINADOR NACIONAL DE EMERGENCIA Y URGENCIAS (CRUEN):** Es el responsable de la regulación médica y coordinación de los flujos de atención pre-hospitalaria en los Servicios de Emergencia, en situaciones de emergencia individual, masiva y/o desastres en el ámbito nacional con la finalidad de brindar atención médica oportuna las 24 horas del día, todos los días del año.



- **CLIENTE EXTERNO:** Es el destinatario de los bienes y servicios, que puede ser un ciudadano, persona, grupo, entidad, empresa, entre otros externos al proceso, que recibe un bien y servicio o ambos.
- **CLIENTE INTERNO:** Es el destinatario de los bienes y servicios, que puede ser una persona, grupo, entidad, empresa, entre otros al interior del proceso que recibe un bien y servicio.
- **CONTRA-REFERENCIA:** Es un procedimiento administrativo-asistencial, mediante el cual el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente.
- **DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO (DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO O DE ISHIKAWA):** Herramienta que se utiliza para reflexionar sobre las relaciones que existen entre un efecto dado y sus causas potenciales, en una representación gráfica.
- **DIAGRAMA DE FLUJO:** Es una representación con imágenes de las etapas 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.
- **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.
- **PRESTACION:** Es aquel servicio que el Estado, las instituciones públicas o las empresas privadas están obligadas a ofrecerle a sus empleados y que les garantizara algunas cuestiones de primera necesidad y mejoras en la calidad de vida.
- **REFERENCIAS:** Proceso administrativo-asistencial, mediante el cual, el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad.

7. CONSIDERACIONES

- 7.1. El presente Manual 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 basa en la Metodología de la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros.



8. ASPECTOS GENERALES

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

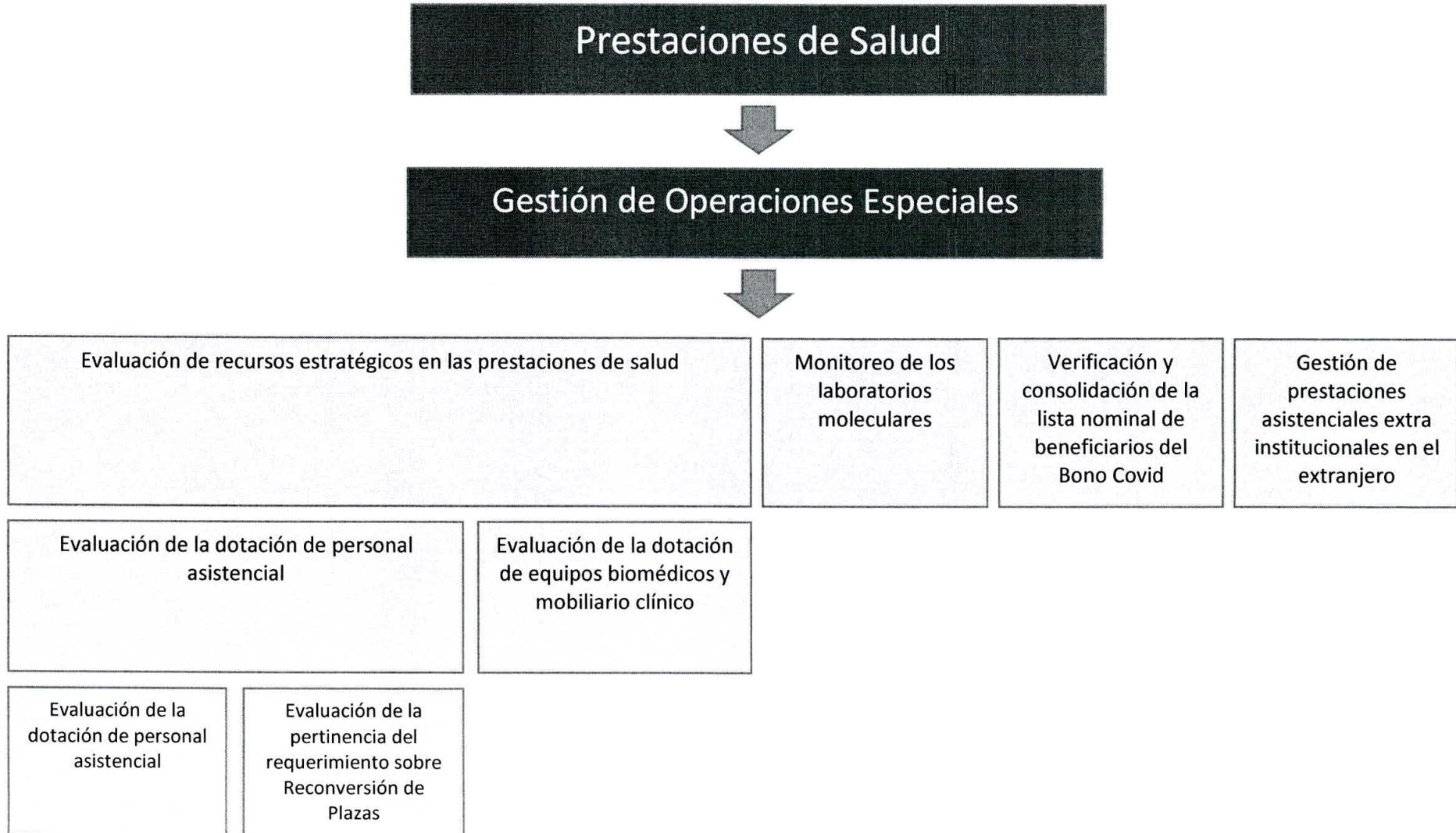
OBJETIVOS ESTRATEGICOS VS MACRO-PROCESOS

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI		OBJETIVO ESTRATEGICO POI		MACRO-PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OE1	Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	AE1.1	Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Gestión de Modernización E03 Gestión de la Calidad M01 Gestión de Aseguramiento de Salud M02 Prestaciones de Salud	Índice de satisfacción general Años de vida saludable perdidos por 1.000 habitantes Solicitudes dentro del plazo Pacientes correctamente identificados según directivas vigentes
		AE1.2	Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	M03 Prestaciones sociales M04 Prestaciones económicas	Adultos mayores beneficiados con Atención Integral Grado Resolutiva del Primer Nivel Tasa de Hospitalizaciones evitables
OE2	Desarrollar una gestión con excelencia operativa	AE2.1	Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Gestión de Modernización E03 Gestión de la Calidad M01 Gestión de Aseguramiento de Salud M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones sociales	Estancia Hospitalaria Diferimiento de Citas Tiempo de espera quirúrgico Sistemas Integrados de gestión institucional
		AE2.2	Implementar tecnologías y sistemas de información modernas adecuadas a las necesidades institucionales	S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión	Disponibilidad de equipos médicos y electromecánicos Bienes Estratégicos en cobertura crítica
OE3	Brindar servicios sostenibles financieramente	AE 3.1	Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	E01 Gestión de Planificación Estratégica S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión	Gastos Operativos / Ingresos Establecimiento de un nuevo sistema de Costos Déficit de presupuesto institucional
OE4	Promover una gestión con ética y transparencia	AE 4.1	Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	E01 Gestión de Planificación Estratégica E03 Gestión de Riesgos E05 Gestión de Imagen Institucional E06 Control interno	Índice de Integridad institucional Ausentismo Laboral
		AE 4.2	Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	S03 Gestión de Capital Humano S04 Gestión Jurídica S05 Gestión Documental E06 Control interno	Colaboradores con evaluación alta y/o muy alta de desempeño Índice de prevención de la corrupción Iniciativas de Proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores

Elaborado : Subgerencia de Procesos - GOP



8.3. DIAGRAMA DE BLOQUES



8.4. MATRIZ CLIENTE – PRODUCTO

8.4.1. Gerencia de Operaciones Especiales

GERENCIA DE OPERACIONES ESPECIALES				
PRODUCTO TIPO CLIENTE	Desarrollar estrategias planes y programas para el fortalecimiento de capacidades del personal asistencial.	Planificar, ejecutar y controlar la movilización de recursos asistenciales de los órganos desconcentrados.	Evaluación de la dotación de personal asistencial y de la atención especializada.	Gestionar viajes al exterior sobre casos especiales de salud de los asegurados.
CLIENTE INTERNO	Redes y Órganos Desconcentrados	Redes y Órganos Desconcentrados	Redes y Órganos Desconcentrados	Redes y Órganos Desconcentrados
CLIENTE EXTERNO	Asegurados SUSALUD MINSA	Asegurados SUSALUD MINSA	Asegurados SUSALUD MINSA	Asegurados SUSALUD MINSA Centros Asistenciales en el exterior

8.4.1.1. Sub Gerencia de Articulación de Operaciones Especiales – Gerencia de Operaciones Especiales

SUB-GERENCIA DE ARTICULACION DE OPERACIONES ESPECIALES			
PRODUCTO CLIENTE	Elaborar planes y programas para implementar la oferta de las IPRESS en zonas difíciles de acceso	Gestionar los recursos asistenciales para complementar la oferta flexible de las IPRESS	Dotación de personal asistencial y asignación de bienes y servicios no programados
CLIENTE INTERNO	IPRESS	IPRESS	Personal Asistencial
CLIENTE EXTERNO	-	-	-



8.4.2. Oficina de Apoyo y Seguimiento

OFICINA DE APOYO Y SEGUIMIENTO					
PRODUCTO CLIENTE	Gestionar y controlar los recursos asignados a la Gerencia Central de Operaciones	Apoyar y realizar el seguimiento de la implementación del Sistema de Control Interno y los mecanismos para la autoevaluación de la gestión de la GOP	Realiza el control de personal, vacaciones, descanso medico, desplazamiento	Contratación de personal	Seguimiento a las solicitudes que ingresan al personal
CLIENTE INTERNO	Gerencia de Financiamiento de las prestaciones de Salud Gerencia de Operaciones Territoriales. Gerencia de Operaciones especiales	Gerencia de Financiamiento de las prestaciones de Salud Gerencia de Operaciones Territoriales. Gerencia de Operaciones especiales	Gerencia de Financiamiento de las prestaciones de Salud Gerencia de Operaciones Territoriales. Gerencia de Operaciones especiales	Gerencia de Financiamiento de las prestaciones de Salud Gerencia de Operaciones Territoriales. Gerencia de Operaciones especiales	Gerencia de Financiamiento de las prestaciones de Salud Gerencia de Operaciones Territoriales. Gerencia de Operaciones especiales
CLIENTE EXTERNO	-	-	-	-	-

8.4.3. Oficina de Información de Operaciones

OFICINA DE INFORMACIÓN DE OPERACIONES	
PRODUCTO CLIENTE	Monitorear, evaluar y proporcionar información sobre el desempeño de los órganos desconcentrados
CLIENTE INTERNO	Gerencia de Financiamiento de las prestaciones de Salud Gerencia de Operaciones Territoriales. Gerencia de Operaciones Especiales
CLIENTE EXTERNO	-



8.5. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD

	PROCESOS PRINCIPALES			
	DESARROLLAR ESTRATEGIAS, PLANES Y PROGRAMAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL ASISTENCIAL	PLANIFICAR, EJECUTAR Y CONTROLAR LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES DE LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS	EVALUACIÓN DE LA DOTACIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL Y DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	GESTIONAR VIAJES AL EXTERIOR SOBRE CASOS ESPECIALES DE SALUD DE LOS ASEGURADOS
GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES				
GERENCIA DE OPERACIONES ESPECIALES	AI	AI	AI	AR
SUBGERENCIA DE ARTICULACIÓN DE OPERACIONES ESPECIALES	R	R	R	-

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

A: *Accountable* / Persona a cargo. Es la persona que es responsable de que la tarea esté hecha. No es lo mismo que la R, ya que no tiene 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.



9. ASPECTOS ESPECÍFICOS

9.2. INVENTARIO DE PROCESOS

Código Nivel 0	Denominación del Proceso Nivel 0	Código Nivel 1	Denominación del Proceso Nivel 1	Código	Denominación del Proceso	Código	Denominación del Procedimiento	Código	Denominación del Procedimiento
				Nivel 2	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 4
M02	Prestaciones de Salud	M02.02	Gestión de Operaciones Especiales	M02.02.01	Evaluación de recursos estratégicos en las prestaciones de salud	M02.04.01.01	Evaluación de la dotación de personal asistencial	M02.04.01.01.01	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)
								M02.04.01.01.02	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)



						M02.04.01.02	Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico	
				M02.04.01.03	Monitoreo de los laboratorios moleculares			



				M02.04.01.04	Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid	
				M02.02.02	Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero	



Handwritten mark

9.3. FICHA DEL PROCESO NIVEL 01, 02 HASTA EL NIVEL N

9.3.1. Ficha Nivel 1: M02 Prestaciones de Salud

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Gestión de Operaciones Especiales			
Objetivo	Desarrollar actividades estratégicas para el fortalecimiento de capacidades prioritarias y movilización de recursos asistenciales de los órganos desconcentrados, así como la evaluación de la dotación de personal asistencial y de la atención altamente especializada en el extranjero.			
Descripción	Comprende los procesos de Evaluación de recursos estratégicos en las prestaciones de salud, Monitoreo de los laboratorios moleculares, Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid, Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero			
Alcance	Órganos y Unidades Orgánicas de Essalud, Redes Prestacionales de Essalud			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS	Requerimiento (Memo, Nota, proveído, Informe)	Evaluación de recursos estratégicos en las prestaciones de salud	Informe de evaluación de requerimiento de personal y plazas Informe brindando opinión sobre requerimiento de compra de equipos	Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Redes Asistenciales y Prestacionales



Laboratorios moleculares	Correo con el informe situacional de los laboratorios	Monitoreo de los laboratorios moleculares	Informe de monitoreo de los laboratorios	GOPEEE INS
Redes Prestacionales, Asistenciales y Centros Especializados	Lista nominal de los beneficiarios / Programación de horas ejecutadas / Información del EsSi / Formato A y B de la Directiva / Normas institucionales / Normas sectoriales relacionadas al bono covid / Derivación de GCOP.	Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid	Informe sustentatorio de la lista de beneficiarios del bono COVID / Correo electrónico con la lista de no beneficiarios.	GCGP Redes Prestacionales, Asistenciales y Centros Especializados
Centros Asistenciales de Referencia: Almenara Rebagliati, INCOR	Expediente solicitando la prestación en el extranjero	Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero	Pago para el tratamiento en el extranjero Bolsa de viaje al extranjero	Gerencia Central de Logística Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Centros Asistenciales de Referencia: Almenara Rebagliati, INCOR Paciente



Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de expedientes procesados sobre dotación de personal asistencial • Porcentaje de expedientes procesados sobre Reconversión de Plazas • Porcentaje de expedientes sobre requerimiento de equipos biomédicos no aprobados • Laboratorios en funcionamiento que realizan pruebas moleculares • Porcentaje de Informes atendidos • Porcentaje de solicitudes devueltas a los Centros Asistenciales de Referencia
Registros	Registro en el SIAD / Reporte de beneficiarios aprobados y rechazados por mes / Reporte de pruebas moleculares, Registro de laboratorios que realizan pruebas moleculares / ESSI, informes, memorandos, notas.
Elaborado por:	Gerencia de Operaciones Especiales
Revisado por:	Sub Gerencia de Proceso - Gerencia de Organización y Procesos - Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
Aprobado por:	Gerencia Central de Operaciones



9.3.2. Ficha Nivel 2: Evaluación de Recursos Estratégicos en las Prestaciones de Salud

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
Nombre	Evaluación de recursos estratégicos en las prestaciones de salud			
Objetivo	Evaluar la dotación de personal, brindar atención técnica en la evaluación sobre la reconversión de plazas del personal, evaluar e identificar las deficiencias de capacidad operativa de los órganos desconcentrados.			
Descripción	Atención técnica en la evaluación de la dotación del personal asistencial y asignación de bienes no programados, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión, dentro del marco de la normativa aprobada. Brindar atención técnica en la evaluación sobre la reconversión de plazas del personal, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión, dentro del marco de la normativa aprobada.			
Alcance	Órganos y Unidades Orgánicas de Essalud, Redes Prestacionales de Essalud			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 3	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS	Requerimiento (Memo, Nota, proveído, Informe)	Evaluación de la dotación de personal asistencial	Informe de evaluación de requerimiento de personal y plazas / Memorando	Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS
Redes Asistenciales y Prestacionales	Solicitud de bienes no programados	Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico	Memorando rechazando compra de equipos Informe brindando opinión sobre requerimiento de compra de equipos	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Redes Asistenciales y Prestacionales
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de expedientes procesados sobre dotación de personal asistencial • Porcentaje de expedientes procesados sobre Reconversión de Plazas • Porcentaje de solicitudes de equipos biomédicos no aprobados 			
Registros	ESSI, informes, memorandos, notas, registro en el SIAD.			
Elaborado por:	Gerencia de Operaciones Especiales			
Revisado por:	Sub Gerencia de Proceso - Gerencia de Organización y Procesos - Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto			
Aprobado por:	Gerencia Central de Operaciones			



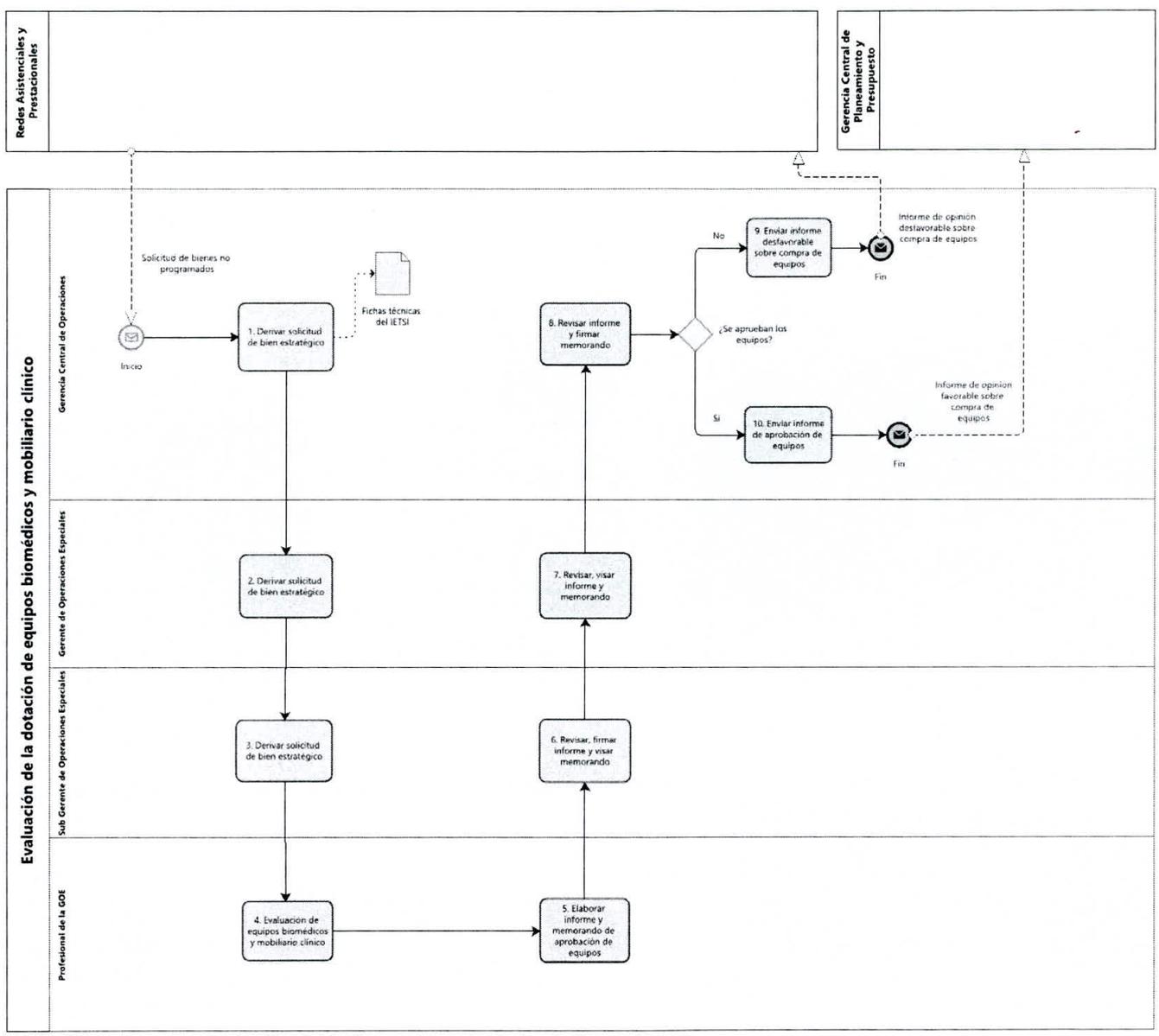
9.3.3. Ficha Nivel 3: Evaluación de la Dotación de Personal Asistencial

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 3				
Nombre	Evaluación de la dotación de personal asistencial			
Objetivo	Evaluar la dotación de personal, brindar atención técnica en la evaluación sobre la reconversión de plazas del persona.			
Descripción	Atención técnica en la evaluación de la dotación del personal asistencial y asignación de bienes no programados, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión, dentro del marco de la normativa aprobada. Brindar atención técnica en la evaluación sobre la reconversión de plazas del personal, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión, dentro del marco de la normativa aprobada.			
Alcance	Órganos y Unidades Orgánicas de Essalud, Redes Prestacionales de Essalud			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 4	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS	Requerimiento (Memo, Nota, proveído, Informe)	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)	Informe de evaluación de requerimiento de personal / Memorando	Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS
Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS	Requerimiento (Memo, Nota, proveído, Informe)	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)	Informe de evaluación reconversión de plazas	Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de expedientes procesados sobre dotación de personal asistencial • Porcentaje de expedientes procesados sobre Reconversión de Plazas 			
Registros	ESSI, informes, memorandos, notas.			
Elaborado por:	Gerencia de Operaciones Especiales			
Revisado por:	Sub Gerencia de Proceso - Gerencia de Organización y Procesos - Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto			
Aprobado por:	Gerencia Central de Operaciones			

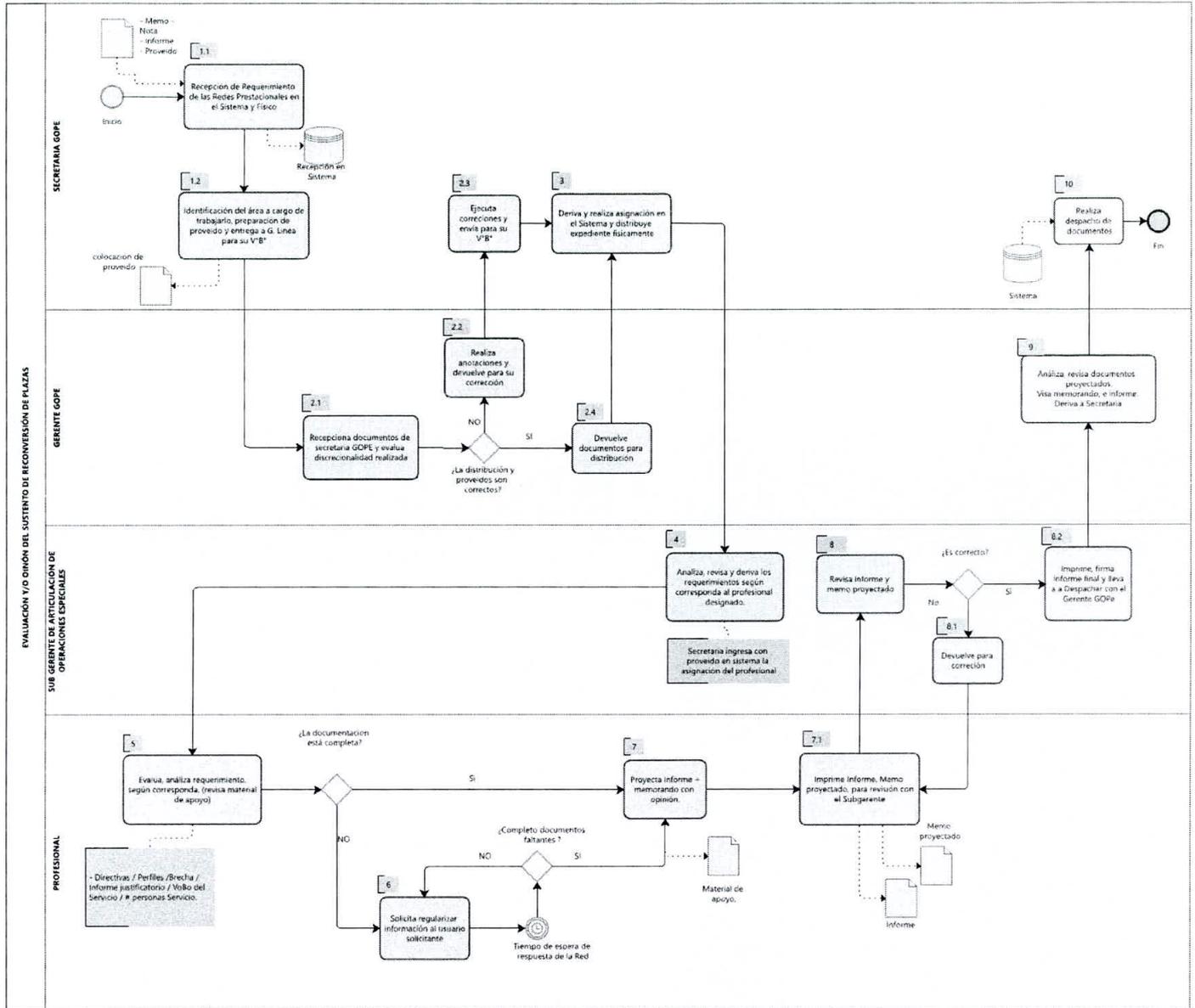


8.2. MODELO DE LOS PROCESOS

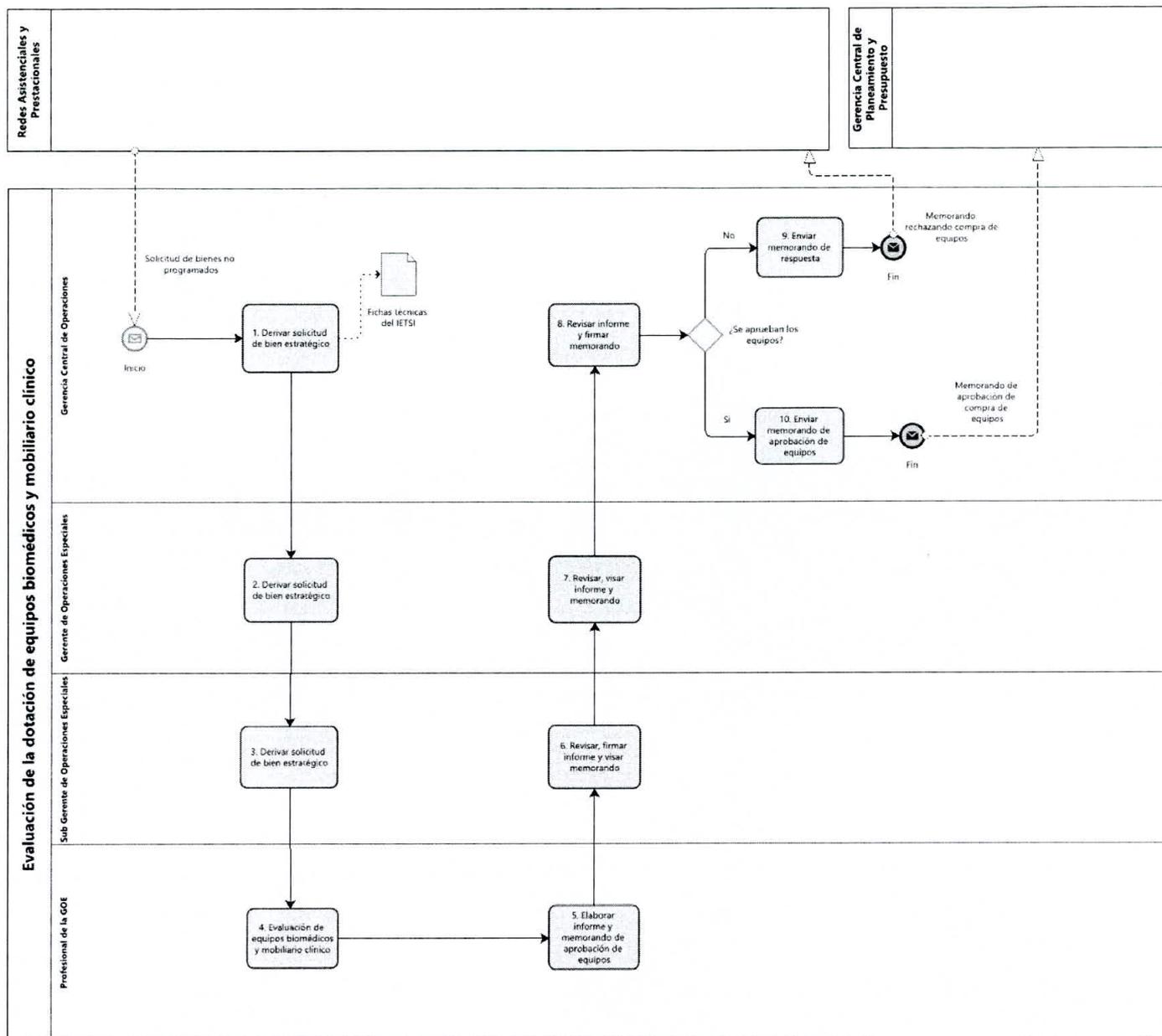
Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)



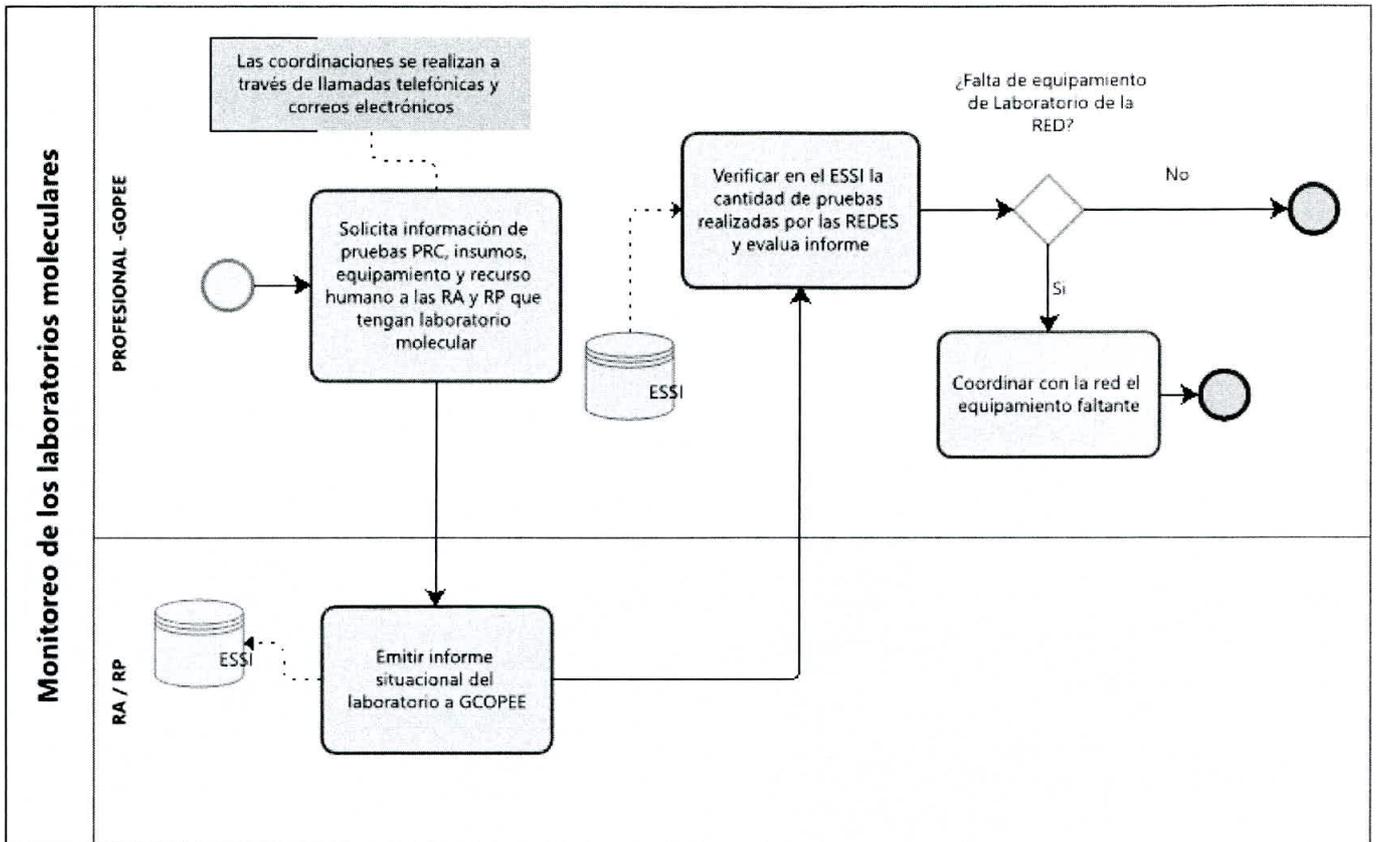
Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)



Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico



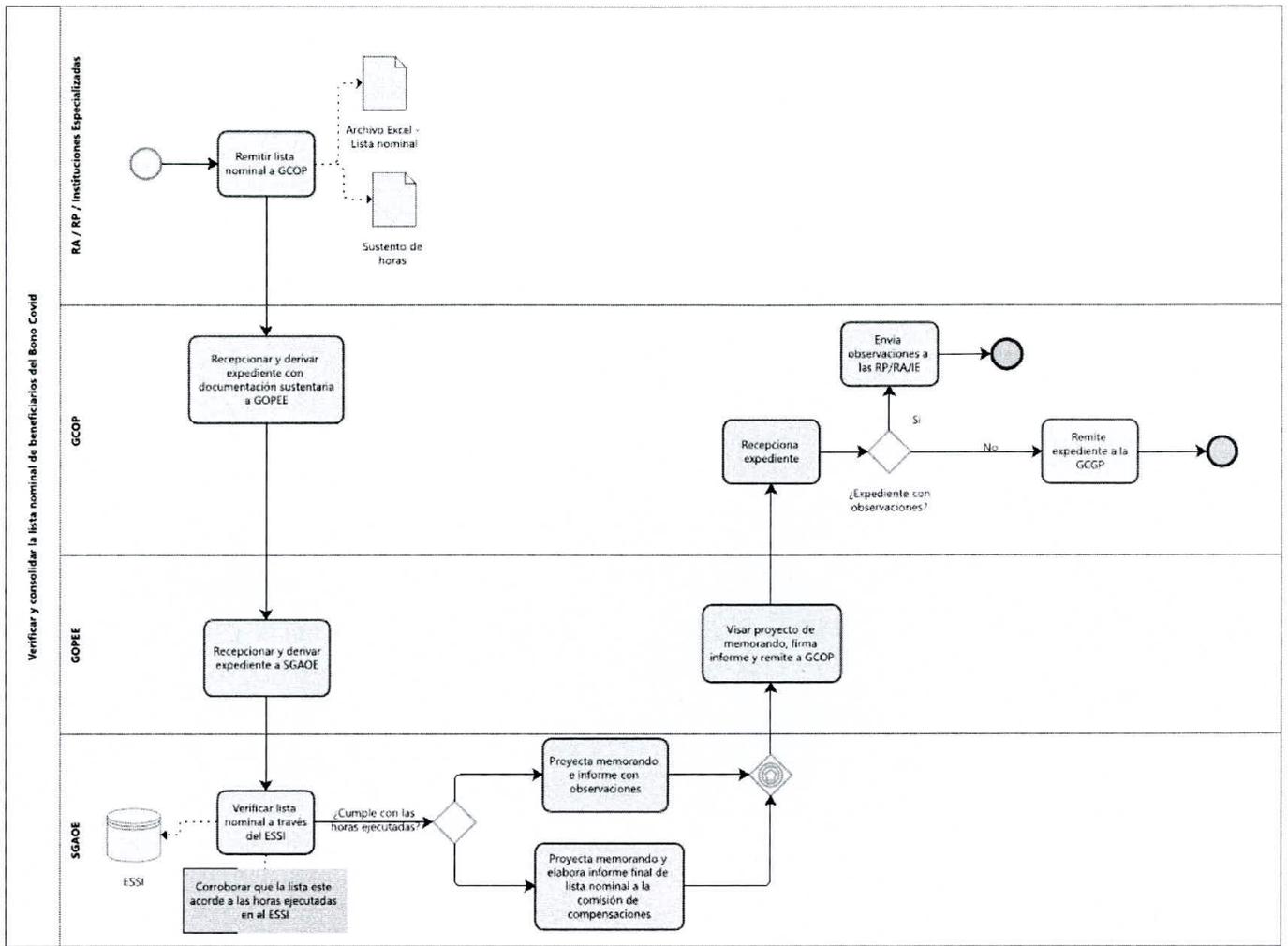
Monitoreo de los laboratorios moleculares



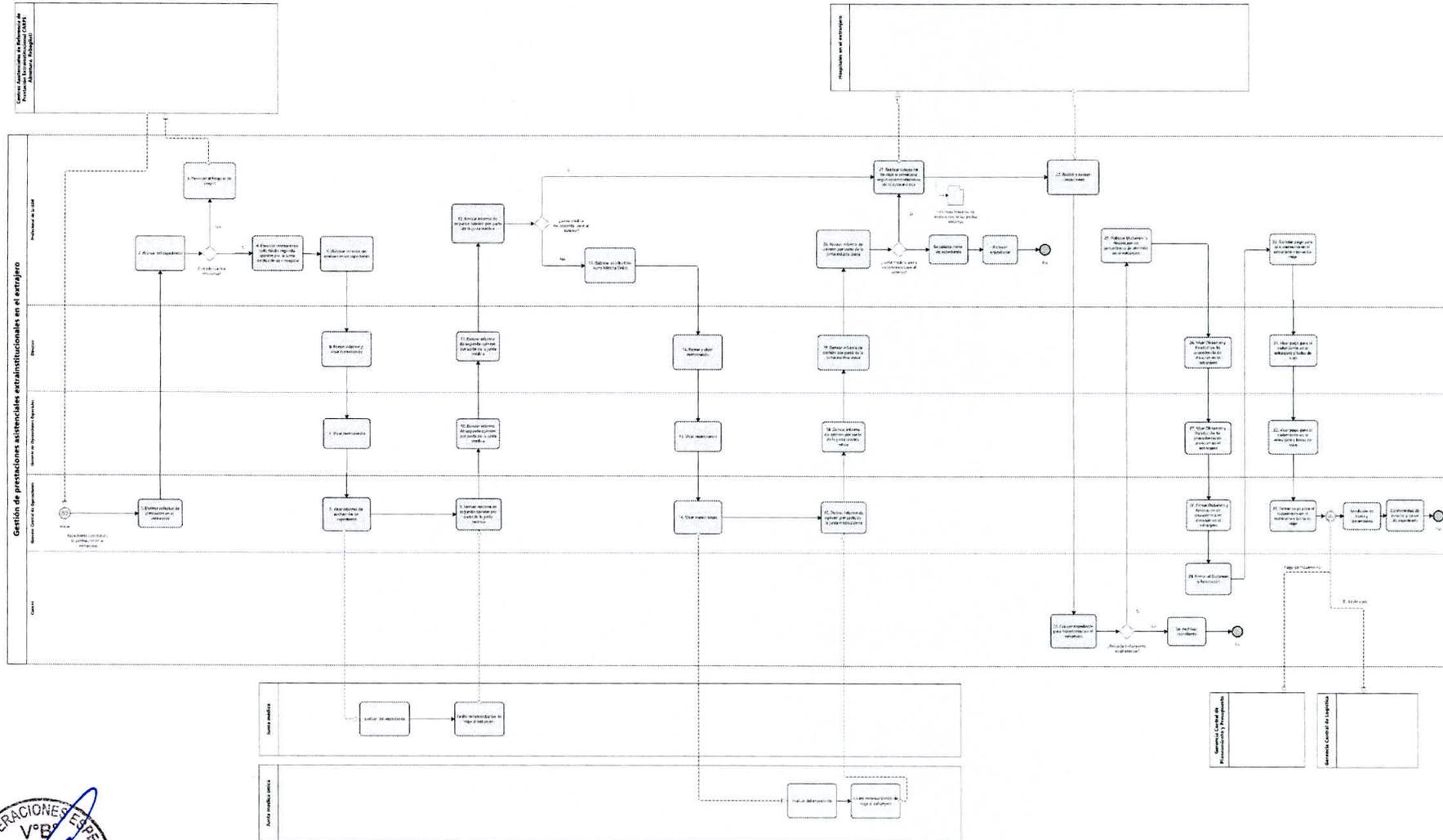
Powered by bizagi Modeler



Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid



Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero



8.3. PROCEDIMIENTOS

Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial
(Opinión Favorable o Desfavorable)

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)				
Objetivo	Brindar atención técnica en la evaluación de la dotación del personal asistencial y asignación de bienes no programados, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión, dentro del marco de la normativa aprobada.				
Alcance	Desde la recepción del requerimiento de evaluación para la contratación de personal hasta la numeración del informe, ingreso en sistema y coordinación para el despacho de documentos para la GCOP.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS	Requerimiento (Memo, Nota, proveído, Informe)	1. Recibir requerimiento de evaluación para la contratación de personal.	Secretaria GOPEE	Informe de evaluación de requerimiento de personal / Memorando	Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS
		2. Recepciona documentos de secretaria GOPEE y evalúa discrecionalidad realizada.	Gerencia GOPEE		
		3. Selecciona la documentación y deriva a las áreas según corresponda.	Secretaria GOPEE		
		4. Analiza, revisa y deriva los requerimientos según corresponda al profesional designado.	Sub Gerencia de Articulación de Operaciones Especiales		
		5. Realiza evaluación, análisis del requerimiento según corresponda.	Profesional		
		6. Mediante correo electrónico / llamada telefónica, solicita información relevante.	Profesional		
		7. Luego de analizar, evaluar, se proyecta Memorando + proyecta Informe, basado en la información	Profesional		



		8. Profesional se reúne con Sub Gerente, proceden a revisar documentos proyectados	Sub Gerencia de Articulación de Operaciones Especiales		
		9. Analiza y revisa documentos proyectados, visa memorando. Entrega a Secretaria para despacho de documentación.	Gerencia GOPEE		
		10. Numera informe, ingresa en sistema y coordina despacho de documentos para la GCOP.	Secretaria GOPEE		
Indicadores	Porcentaje de expedientes procesados sobre dotación de personal asistencial				
Registros	ESSI, informes, memorandos, notas.				

Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)				
Objetivo	Brindar atención técnica en la evaluación sobre la reconversión de plazas del personal, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión, dentro del marco de la normativa aprobada.				
Alcance	Desde el recibimiento del requerimiento sobre reconversión de plaza hasta numerar informe, ingresar en sistema y coordina despacho de documentos para la GCOP.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS	Requerimiento (Memo, Nota, proveído, Informe)	1. Recibe requerimiento de sobre reconversión de plazas.	Secretaria GOPEE	Informe de evaluación reconversión de plazas / Memorando	Redes Prestacionales / Órganos centrales / IPRESS
		2. Recepciona documentos de secretaria GOPEE y evalúa discrecionalidad realizada.	Gerencia GOPEE		



	3. Selecciona la documentación y deriva a las áreas según corresponda.	Secretaria GOPEE	
	4. Analiza, revisa y deriva los requerimientos según corresponda al profesional designado.	Sub Gerencia de Articulación de Operaciones Especiales	
	5. Realiza evaluación, análisis del requerimiento según corresponda.	Profesional	
	6. Solicita información al órgano correspondiente.	Profesional	
	7. Proyectar Memorando + proyecta Informe, basado en la información de apoyo	Profesional	
	8. Revisar documento proyectado.	Sub Gerencia de Articulación de Operaciones Especiales	
	9. Análisis y revisión de documentos proyectados.	Gerencia GOPEE	
	10. Numerar informe, ingresa en sistema y coordina despacho de documentos para la GCOP.	Secretaria GOPEE	
Indicadores	Porcentaje de expedientes procesados sobre reconversión de plazas		
Registros	ESSI, informes, memorandos, notas.		



Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico				
Objetivo	Realizar la evaluación de la dotación de los equipos biomédicos y mobiliario clínico solicitado por las Redes Asistenciales y Prestacionales				
Alcance	Desde la derivación de la solicitud de bien estratégico hasta el envío de memorando de aprobación o rechazo de equipos				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Redes Asistenciales y Prestacionales	Solicitud de bienes no programados	1. Derivar solicitud de bien estratégico	Gerencia Central de Operaciones	Memorando rechazando compra de equipos Memorando de aprobación de compra de equipos	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Redes Asistenciales y Prestacionales
		2. Derivar solicitud de bien estratégico	Gerente de Operaciones Especiales		
		3. Derivar solicitud de bien estratégico	Sub Gerente de Operaciones Especiales		
		4. Evaluación de equipos biomédicos y mobiliario clínico	Profesional de la GOE		
		5. Verificar si el requerimiento es regular o no programado	Profesional de la GOE		
		6. Si es requerimiento regular se traslada a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto para su evaluación.	Profesional de la GOE		
		7. Si el requerimiento es no programado, se elabora informe y memorando de aprobación de	Profesional de la GOE		



		8. Revisar, firmar informe y visar memorando	Sub Gerente de Operaciones Especiales		
		9. Revisar, visar informe y memorando	Gerente de Operaciones Especiales		
		10. Revisar informe y memorando	Gerencia Central de Operaciones		
		11. Enviar memorando de respuesta	Gerencia Central de Operaciones		
		12. Enviar memorando de aprobación de equipos	Gerencia Central de Operaciones		
Indicadores	Porcentaje de expedientes sobre requerimiento de equipos biomédicos no aprobados				
Registros	Registro en el SIAD				



Monitoreo de los laboratorios moleculares

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo de los laboratorios moleculares				
Objetivo	Asistir a las Redes Prestaciones o Asistenciales que cuenten con laboratorios moleculares, con el fin de optimizar su atención				
Alcance	Desde la recepción del estado situacional de los laboratorios moleculares hasta la elaboración del informe de monitoreo correspondiente				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Laboratorios moleculares	Correo con el informe situacional de los laboratorios	01. Solicita información de pruebas PRC, insumos, equipamiento y recurso humano a las RA y RP que tengan laboratorio molecular	Profesional - GOPEEE	Informe de monitoreo de los laboratorios	GOPEEE INS
		02. Emitir informe situacional del laboratorio a GCOPEE	RA / RP		
		03. Verificar en el ESSI la cantidad de pruebas realizadas por las REDES y evalúa informe	Profesional - GOPEEE		
		04. Coordinar con la red el equipamiento faltante	Profesional - GOPEEE		
Indicadores	Laboratorios en funcionamiento que realizan pruebas moleculares				
Registros	Reporte de pruebas moleculares, Registro de laboratorios que realizan pruebas moleculares				



Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid				
Objetivo	Verificar y consolidar la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid con el fin de optimizar la entrega de los bonos				
Alcance	Desde la recepción de la lista nominal hasta el envío del informe sustentario a la GCGP				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Redes Prestacionales, Asistenciales y Centros Especializados	Lista nominal de los beneficiarios / Programación de horas ejecutadas / Información del EsSi / Formato A y B de la Directiva / Normas institucionales / Normas sectoriales relacionadas al bono covid / Derivación de GCOP.	01. Remitir lista nominal a GCOP	RA / RP / Instituciones Especializadas	Informe sustentatorio de la lista de beneficiarios del bono COVID / Correo electrónico con la lista de no beneficiarios.	GCGP Redes Prestacionales, Asistenciales y Centros Especializados
		02. Recepcionar y derivar expediente con documentación sustentaria a GOPEEE	GCOP		
		03. Recepcionar y derivar expediente a SGAOE	GOPEEE		
		04. Verificar lista nominal a través del ESSI	SGAOE		
		05. Proyecta memorando e informe con observaciones	SGAOE		
		06. Proyecta memorando y elabora informe final de lista nominal a la comisión de compensaciones	SGAOE		
		07. Visar proyecto de memorando, firma informe y remite a GCOP	GOPEEE		
		08. Recepcionar expediente	GCOP		
		09. Enviar observaciones a las RP/RA/IE. Fin	GCOP		



		10. Enviar observaciones a las RP/RA/IE. Fin	GCOP		
Indicadores	Porcentaje de Informes atendidos				
Registros	Reporte de beneficiarios aprobados y rechazados/mes				

Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Gestión de Prestaciones Asistenciales Extraintitucionales en el Extranjero.				
Objetivo	Realizar la gestión administrativa para que se realice el tratamiento del paciente en el extranjero; así como, el pago de su bolsa de viaje y tratamiento.				
Alcance	Desde la revisión de la solicitud de la prestación asistencial en el extranjero hasta el archivo y cierre del expediente				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Centros Asistenciales de Referencia: Almenara, Rebagliati, INCOR (CARPES)	Expediente solicitando la prestación asistencial en el extranjero	1. Derivar solicitud de prestación en el extranjero a la Gerencia de Operaciones Especiales para su revisión.	Gerente Central de Operaciones	Pago para el tratamiento en el extranjero Bolsa de viaje al extranjero	Gerencia Central de Logística
		2. Revisar que el expediente cumpla con todos los requisitos expuestos en la normativa vigente aplicable.	Profesional de la GOPEEE		Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
		3. Devolver al hospital de origen, en caso que el expediente cuente con observaciones.	Profesional de la GOPEEE		Centros Asistenciales de Referencia: Almenara Rebagliati, INCOR
		4. Elaborar informe de evaluación de expediente.	Profesional de la GOPEEE		Paciente
		5. Firmar informe y visar memorando	Director		



		6. Visar memorando	Gerente de Operaciones Especiales		
		7. Elaborar proyecto de memorando solicitando segunda opinión por la junta médica.	Profesional de la GOPEEE		
		8. Derivar informe de segunda opinión por parte de la junta médica especializada a la Gerencia de Operaciones Especiales para su revisión	Gerente Central de Operaciones		
		9. Revisar informe de segunda opinión por parte de la junta médica	Profesional de la GOPEEE		
		10. Elaborar proyecto de memorando solicitando una junta médica única de otro hospital, en el caso en donde ambas CARPES, tengan una opinión distinta.	Profesional de la GOPEEE		
		11. Visar memorando	Director		
		12. Visar memorando	Gerente de Operaciones Especiales		
		13. (si) cotizar- (no) CMEPAE para cierre y archivo.	Profesional de la GOPEEE		
		14. Solicitar cotización de viaje al extranjero según recomendaciones de las juntas médicas especializadas o JMU	Profesional de la GOPEEE		



		15. Recibir y revisar cotizaciones	Profesional de la GOPEEE		
		16. Evaluar expediente para tratamiento en el extranjero (Si/No)	Comité Médico Evaluador		
		17. Elaborar Dictamen y Resolución de procedencia de atención en el extranjero	Director		
		18. Firma Dictamen de procedencia de atención en el extranjero	Comité Médico Evaluador		
		19. Visar Resolución de procedencia de atención en el extranjero	Director		
		20. Visar Resolución de procedencia de atención en el extranjero	Gerente de Operaciones Especiales		
		21. Firmar Resolución de procedencia de atención en el extranjero	Gerente Central de Operaciones		
		22. Tramitar pago para el tratamiento en el extranjero y bolsa de viaje	Profesional de la GOPEEE		
		23. Visar pago para el tratamiento en el extranjero y bolsa de viaje	Director		
		24. Visar pago para el tratamiento en el extranjero y bolsa de viaje	Gerente de Operaciones Especiales		
		25. Firmar pago para el tratamiento en el extranjero y bolsa de viaje	Gerente Central de Operaciones		



		26. Rendición de cuentas por bolsa de viaje y tratamiento.	Profesional de la GOE		
		27. Evaluar el expediente administrativo cuando tenga rendición de cuentas de tratamiento y bolsa de viaje e informe médico de conformidad de servicio para Cierre y Archivo	Comité Médico Evaluador		
		28. Elaborar Dictamen y Resolución de Archivo y cierre de expediente administrativo	Director		
		29. Firma Dictamen de Archivo y cierre de expediente administrativo	Comité Médico Evaluador		
		30. Visar Resolución de Archivo y cierre de expediente administrativo	Director		
		31. Visar Resolución de Archivo y cierre de expediente administrativo	Gerente de Operaciones Especiales		
		32. Firmar Resolución de Archivo y cierre de expediente administrativo	Gerente Central de Operaciones		
		33. Procede al Archivo y cierre de expediente administrativo	Profesional de la GOPEE		
Indicadores	Porcentaje de solicitudes devueltas a los Centros Asistenciales de Referencia				
Registros	Registro en el SIAD				



8.4. INDICADORES DE GESTIÓN

Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)
Nombre Indicador	Porcentaje de expedientes procesados sobre dotación de personal asistencial
Descripción del Indicador	Este indicador mide el porcentaje de expedientes procesados respecto al número de expedientes recibidos en GOPEE sobre dotación de personal asistencial
Objetivo del Indicador	Medir la eficiencia en el procesamiento de expedientes sobre dotación de personal asistencial que se reciben en GOPEE y asignan al equipo de trabajo
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de expedientes sobre dotación de personal asistencial procesados con opinión favorable o desfavorable}}{\text{N}^\circ \text{ total de expedientes sobre dotación de personal asistencial recibidos en GOPEE y asignados al equipo de trabajo}} \times 100\%$
Fuentes de Información	Registro de expedientes que llegan a GOPEE y se asignan en el Sistema al equipo de trabajo
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Sub Gerente de Operaciones Especiales
Meta	100%



Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre reconversión de plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)
Nombre Indicador	Porcentaje de expedientes procesados sobre Reconversión de Plazas
Descripción del Indicador	Porcentaje de expedientes procesados respecto al número de expedientes recibidos en GOPEE sobre Reconversión de Plazas
Objetivo del Indicador	Medir la eficiencia en el procesamiento de expedientes sobre Reconversión de Plazas que se reciben en GOPEE y asignan al equipo de trabajo
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de expedientes sobre Reconversión de Plazas procesados con opinión favorable o desfavorable}}{\text{N}^\circ \text{ total de expedientes sobre Reconversión de Plazas recibidos en GOPEE y asignados al equipo de trabajo}} \times 100\%$
Fuentes de Información	Registro de expedientes que llegan a GOPEE y se asignan en el Sistema al equipo de trabajo
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Sub Gerente de Operaciones Especiales
Meta	100%

Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico
Nombre Indicador	Porcentaje de expedientes sobre requerimiento de equipos biomédicos no aprobados
Descripción del Indicador	Porcentaje de expedientes procesados respecto al número de expedientes recibidos en GOPEE sobre Requerimiento de dotación de equipamiento no programado
Objetivo del Indicador	Medir la eficiencia en el procesamiento de expedientes sobre requerimiento de dotación de equipamiento no programado que se reciben en GOPEE y asignan al equipo de trabajo
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de expedientes procesados sobre dotación de equipo biomédico no programado}}{\text{Total de expedientes recibidos sobre dotación de equipos biomédicos no programados}} \times 100\%$
Fuentes de Información	Archivo excel
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Sub Gerente de Operaciones Especiales
Meta	Menos del 2%



Monitoreo de los laboratorios moleculares

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Monitoreo de los laboratorios moleculares
Nombre Indicador	Laboratorios en funcionamiento que realizan pruebas moleculares
Descripción del Indicador	Este indicador mide el número de laboratorios destinadas a realizar pruebas moleculares a nivel nacional durante el mes.
Objetivo del Indicador	Medir la cantidad de laboratorios que realizan pruebas moleculares en funcionamiento
Forma de Cálculo	$\frac{\text{Nro de laboratorios que realizan pruebas moleculares}}{\text{Nro Total de laboratorios que realizan pruebas moleculares}} \times 100\%$
Fuentes de Información	EsSI
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Sub Gerente de Operaciones Especiales
Meta	100%

Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid
Nombre Indicador	Porcentaje de Informes atendidos
Descripción del Indicador	Número de informes atendidos oportunamente
Objetivo del Indicador	Medir la eficacia en la elaboración de informes
Forma de Cálculo	$\frac{\text{Nro de informes elaborados}}{\text{Nro de informes requeridos}} \times 100\%$
Fuentes de Información	GOPEEE
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Sub Gerencia de Articulación de Operaciones Especiales - SGAOE
Meta	100%



Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Gestión de prestaciones asistenciales extrainstitucionales en el extranjero.
Nombre Indicador	Porcentaje de solicitudes devueltas a los Centros Asistenciales de Referencia
Descripción del Indicador	Este indicador mide el porcentaje de solicitudes enviadas por los Centros Asistenciales de Referencia, las cuales son devueltas por diferentes motivos.
Objetivo del Indicador	Contar con un proceso más fluido y con menos reprocesos
Forma de Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de expedientes solicitando viaje al extranjero devueltos}}{\text{N}^\circ \text{ total de expedientes solicitando viaje al exterior}} \times 100\%$
Fuentes de Información	Archivo excel
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Sub Gerente de Operaciones Especiales
Meta	Menor al 2%

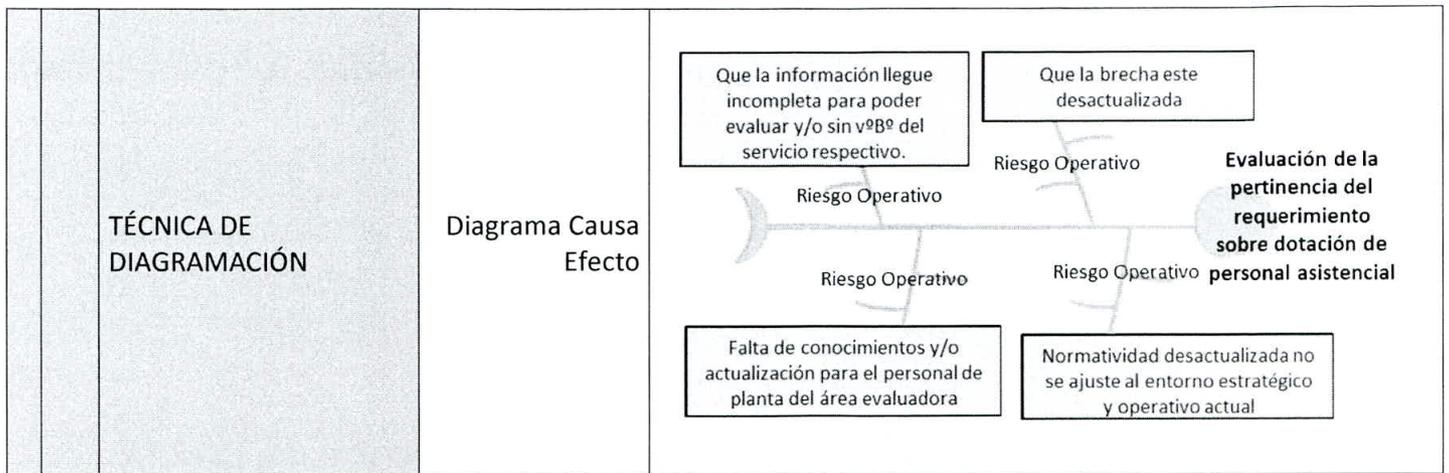


8.5. FICHAS DE RIESGOS

Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)

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)	Gestión de Operaciones Especiales
		Proceso (Nivel 2)	Evaluación de Recursos estratégicos en las prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 3)	Evaluación de la dotación de personal asistencial
		Proceso (Nivel 4)	Evaluación para la contratación de personal
		Procedimiento	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre dotación de personal asistencial (Opinión Favorable o Desfavorable)
		Actividad	5.Realiza evaluación, análisis del requerimiento según corresponda.
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Brindar atención técnica en la evaluación de la dotación de personal asistencial y asignación de bienes no programados, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión dentro del marco de la normativa aprobada.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Lentitud en el procesamiento de expedientes	
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Que la información llegue incompleta para poder evaluar y/o sin Vº Bº del servicio respectivo.
		Causa N° 2	Que la brecha este desactualizada
		Causa N° 3	Falta de conocimientos y/o actualización para el personal de planta del área evaluadora
		Causa N° 4	Normatividad desactualizada no se ajuste al entorno estratégico y operativo actual





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	0.3	Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
		Baja	0.30		Alto	0.40

4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada
--	--------------	----------------------	---------------------------

RESPUESTA A LOS RIESGOS

5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo X Aceptar Riesgo	Evitar 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)	Acumulación de expedientes sin resolver o culminar en el área de evaluación		



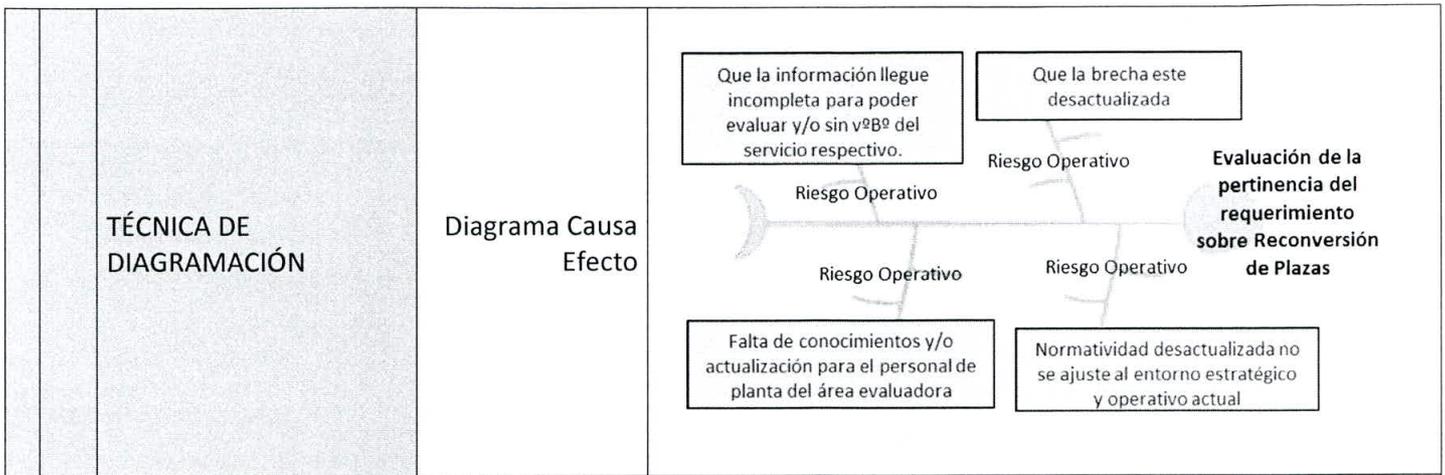
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar Directiva D. 006-2010 respecto de los parámetros de evaluación • Capacitar y actualizar los conocimientos del equipo de trabajo evaluador, respecto a nuevas técnicas o procedimientos de evaluación, así como estandarizar criterios del equipo de trabajo • Socializar y capacitar al personal de las redes para conseguir que los expedientes que lleguen a la GOPEE estén perfectamente sustentados y cumplan con los requisitos según normativa. 					
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
PROBABILIDAD DE	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



Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)

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)	Gestión de Operaciones Especiales
		Proceso (Nivel 2)	Evaluación de Recursos estratégicos en las prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 3)	Evaluación de la dotación de personal asistencial
		Proceso (Nivel 4)	Evaluación para la contratación de personal
		Procedimiento	Evaluación de la pertinencia del requerimiento sobre Reconversión de Plazas (Opinión Favorable o Desfavorable)
		Actividad	Atención de requerimientos de las redes asistenciales, evaluar y emitir opinión
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Brindar atención técnica en la evaluación de la dotación de personal asistencial y asignación de bienes no programados, solicitados por los órganos desconcentrados, así como la formulación de informes de gestión dentro del marco de la normativa aprobada.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Lentitud en el procesamiento de expedientes	
3	3.4 CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Que la información llegue incompleta para poder evaluar y/o sin vºBº del servicio respectivo.
		Causa N° 2	Que la brecha este desactualizada
		Causa N° 3	Falta de conocimientos y/o actualización para el personal de planta del área evaluadora
		Causa N° 4	Normatividad desactualizada no se ajuste al entorno estratégico y operativo actual





4 VALORACIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
Baja	0.30	0.3	Bajo	0.10	
Moderada	0.50		Moderado	0.20	
Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
Baja		0.30	Alto		0.40

4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada
--	--------------	----------------------	---------------------------

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)	Acumulación de expedientes sin resolver o culminar en el área de evaluación			



5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar Directiva D. 006-2010 respecto de los parámetros de evaluación • Capacitar y actualizar los conocimientos del equipo de trabajo evaluador, respecto a nuevas técnicas o procedimientos de evaluación, así como estandarizar criterios del equipo de trabajo • Socializar y capacitar al personal de las redes para conseguir que los expedientes que lleguen a la GOPEE estén perfectamente sustentados y cumplan con los requisitos según normativa. 					
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
PROBABILIDAD DE	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

Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico

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)	Gestión de Operaciones Especiales				
		Subproceso (Nivel 2)	Evaluación de Recursos Estratégicos en las Prestaciones de Salud				
		Procedimiento	Evaluación de la dotación de equipos biomédicos y mobiliario clínico				
		Actividad	4. Evaluación de equipos biomédicos y mobiliario clínico				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Realizar la evaluación de la dotación de los equipos biomédicos y mobiliario clínico solicitado por las Redes Asistenciales y Prestacionales				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3	3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
	3.2	CODIFICACIÓN					
	3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la evaluación de equipos biomédicos				
	3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Falta de fichas técnicas			



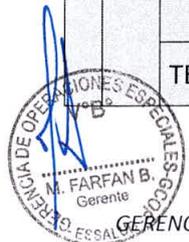
			Causa N° 2	Desconocimiento sobre los equipos por parte del personal evaluador			
			Causa N° 3	Falta de fichas IETSI			
			Causa N° 4	Falta de registro del equipo en el sistema			
		TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10	0.10	Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40		
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
	Muy baja		0.10	Moderado		0.20	
4.3	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto		0.020	Prioridad del Riesgo	Baja Prioridad		
5	RESPUESTA A LOS RIESGOS						
	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica					

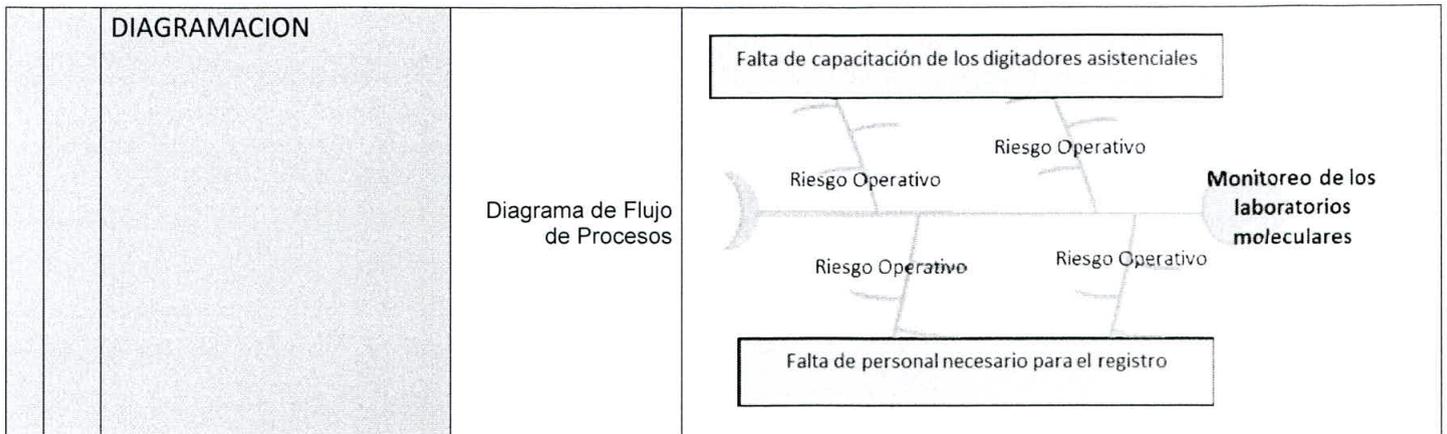


5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Alerta por parte del profesional responsable de la elaboración del documento solicitado.					
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	1. Fomentar que el Equipo de profesionales sean capacitados constantemente en la atención de pacientes de Prioridad I. 2. Asegurar un Número de profesionales de salud suficientes para la atención integrada y multidisciplinaria de pacientes de Prioridad I.					
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
PROBABILIDAD DE	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.380	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

Monitoreo de los laboratorios moleculares

FICHA DE RIESGO			
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGO			
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión de Operaciones Especiales
		Procedimiento	Monitoreo de los laboratorios moleculares
		Actividad	Solicita información de pruebas PRC, insumos, equipamiento y recurso humano a las RA y RP que tengan laboratorio molecular
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Asistir a las Redes Prestaciones o Asistenciales que cuenten con laboratorios moleculares, con el fin de optimizar su atención
		Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo de Imagen Institucional, Operativo, de Salud	
3.2	CODIFICACION		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Registro de las pruebas moleculares no se realiza adecuadamente	
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Falta de capacitación de los digitadores asistenciales
		Causa N° 2	Falta de personal necesario para el registro
	TECNICA DE	Diagrama Causa Efecto	Diagrama de Ishikawa





4	VALORACION DEL RIEGO						
	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		Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40		
	Muy alta	0.90	0.90	Muy alto	0.80		0.80
	Muy alta		0.90	Muy alto			0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto		0.720	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)	Nro. de registros en el EsSI observados					
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	* Coordinar la capacitación del personal que realiza el registro de las pruebas moleculares.					
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



Verificación y consolidación de la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGO						
1	NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud		
			Proceso (Nivel 1)	Gestión de Operaciones Especiales		
			Procedimiento	Verificar y consolidar la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid		
			Actividad	Recepcionar y derivar expediente a SGAOE		
2	OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Verificar y consolidar la lista nominal de beneficiarios del Bono Covid		
			Ubicación (Departamento, Ciudad Distrito)	Lima, Lima, Jesús María		
3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO		Riesgo de Imagen Institucional, Operativo, de Salud			
3.2	CODIFICACION					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Lista nominal de beneficiarios no son recibidos oportunamente			
3.4	CAUSA(S) GENERADORA(S)		Causa N° 1	Redes no realizan consolidado de manera oportuna		
			Causa N° 2	Falta de tiempo para que la Redes realicen el consolidado		
			Causa N° 3	Desconocimiento de los plazos que establece la Directiva		
3.4	TECNICA DE DIAGRAMACION		Diagrama Causa Efecto	Diagrama de Ishikawa		
			Diagrama de Flujo de Procesos			
4 VALORACION DEL RIEGO						
4.1	ANÁLISIS CUALITATIVO		ANÁLISIS CUANTITATIVO		IMPACTO	
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo
	Muy baja	0.10			Muy bajo	0.05



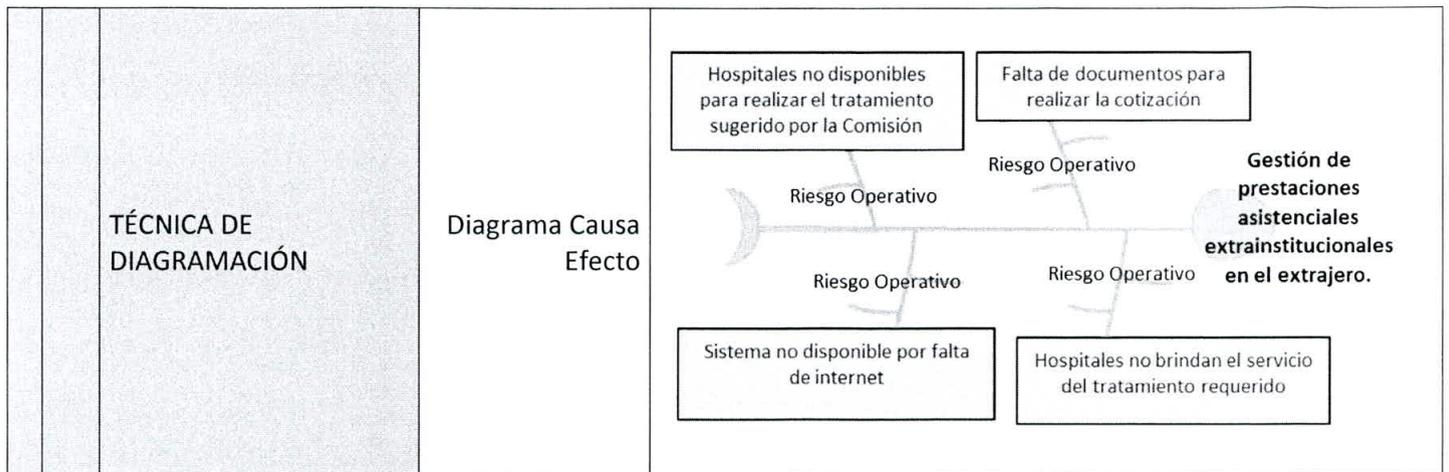
	Baja	0.30			Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70			Alto	0.40	
	Muy alta	0.90			Muy alto	0.80	0.80
	Moderada		0.50		Muy alto		0.80
4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto		0.400		Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad	
5 RESPUESTA A LOS RIESGOS							
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)		Número de listado de beneficiarios recibidos oportunamente				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO		*Realizar el Monitoreo personalizado para el envío de las listas nominales. *Realizar el seguimiento para reiterar la solicitud de envío de la información.				
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



Gestión de prestaciones asistenciales extra institucionales en el extranjero

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)	Gestión de Operaciones Especiales
		Subproceso (Nivel 2)	
		Procedimiento	Gestión de prestaciones asistenciales extrainstitucionales en el extranjero.
	Actividad	3. Devolver al hospital de origen	
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Realizar la gestión para el tratamiento del paciente en el extranjero y su respectivo pago de bolsa de viaje
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la recepción de la cotización	
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Hospitales no disponibles para realizar el tratamiento sugerido por la Comisión
		Causa N° 2	Falta de documentos para realizar la cotización
		Causa N° 3	Sistema no disponible por falta de internet
		Causa N° 4	Hospitales no brindan el servicio del tratamiento requerido




4 VALORACIÓN DEL RIESGO

4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO	
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo
	Muy baja	0.10	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
	Muy baja		0.10	Moderado	0.20

4.3 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.020	Prioridad del Riesgo	Baja 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)	Alerta por parte del profesional responsable de la elaboración del documento solicitado.			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Coordinaciones con los hospitales para buscar nuevas cotizaciones				

FICHA DE RIESGO

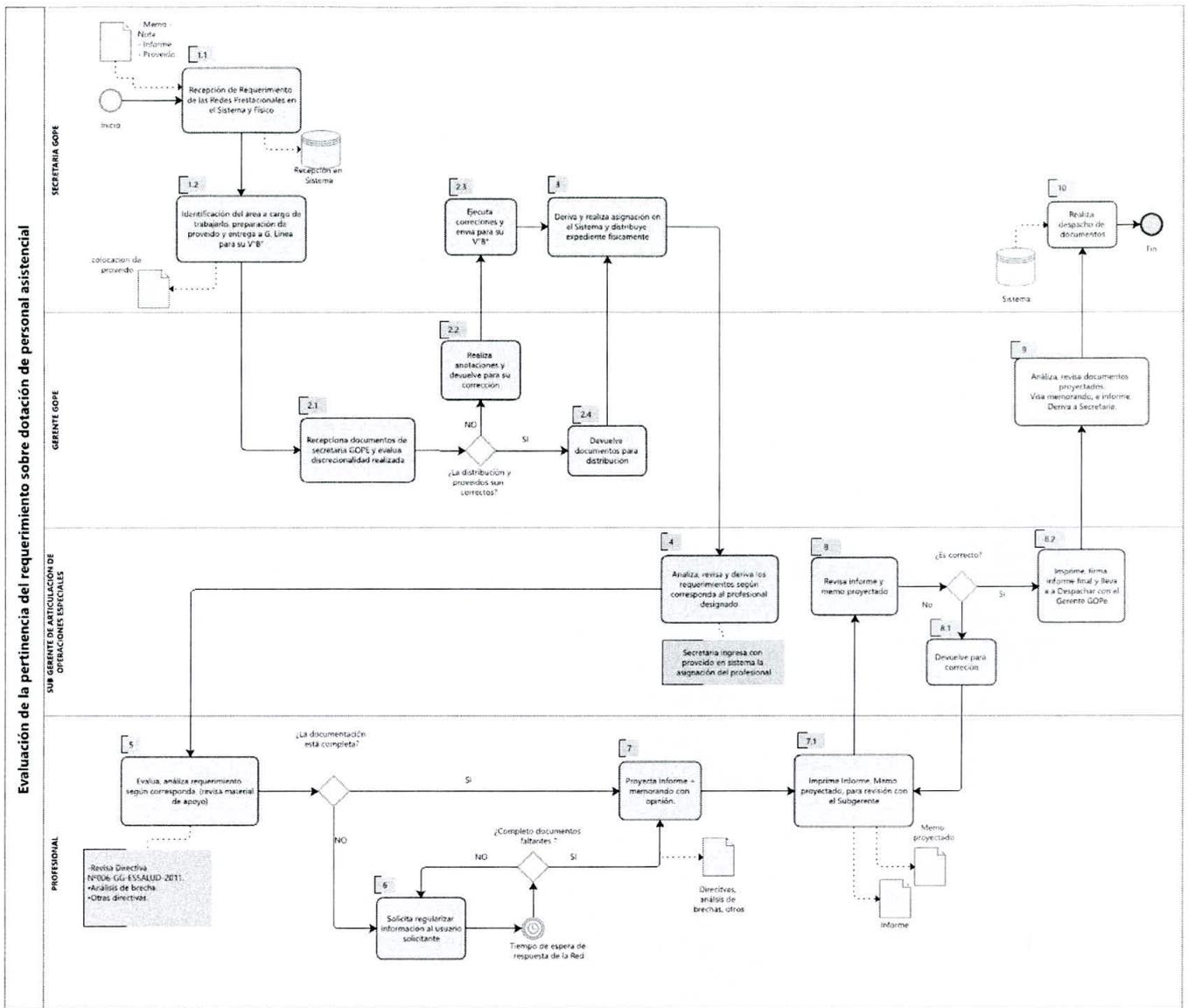

Matriz de probabilidad e impacto							
PROBABILIDAD DE	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10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

9. PROCESO CRÍTICO

Uno de los puntos críticos es la falta de información, documentos sustentatorios para emitir opinión y/o informe sobre los diferentes procesos que brindamos, como, por ejemplo: "Evaluación de la dotación de personal asistencial"

En este proceso, la falta del formato 1 y 2, de la Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2010 va generar el retraso en la evaluación sobre la pertinencia de la dotación de recursos humanos a las Redes, así como también el aumento de documentación pendientes a ser evaluados.





10. OPORTUNIDADES DE MEJORA

En base al desarrollo de las Fichas de Riesgo (elaboradas por cada uno de los procedimientos identificados), a continuación, se listan las principales oportunidades de mejora de los procesos a cargo de la Gerencia de Operaciones Especiales.

- a. Capacitación hacia los órganos desconcentrados, sobre los requisitos para emitir opinión sobre la evaluación de la dotación de personal asistencial, a fin de evitar demoras en la elaboración de informe final del requerimiento.
- b. Actualizar Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2010 respecto al procedimiento para la evaluación de brechas de personal asistencial a nivel de las Redes Prestacionales Asistenciales y Centros Nacionales.
- c. Capacitar y actualizar los conocimientos del equipo de trabajo evaluador, respecto a nuevas técnicas o procedimientos de evaluación, así como estandarizar criterios del equipo de trabajo.



- d. Socializar y capacitar al personal de las redes para conseguir que los expedientes que lleguen a la GOPEE estén perfectamente sustentados y cumplan con los requisitos según normativa.

11. ASPECTOS FINALES

CONCLUSIONES

- a. El presente documento ha sido elaborado tomando en cuenta la normativa en materia de procesos establecida por la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros y la normativa institucional aprobada mediante 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. En base a dicho alcance metodológico, se ha contado con el apoyo continuo de la Gerencia de Operaciones Especiales a través de reuniones y entrevistas presenciales.
- b. Se ha realizado un trabajo en conjunto con representantes de la Gerencia de Operaciones Especiales, siendo que el personal que coadyuvo en la formulación y revisión de la información incluida en el presente Manual de Procesos y Procedimientos se encuentran listados en el numeral 9.2.

RECOMENDACIONES

- a. Tomar como referencia el presente Manual a fin de impulsar acciones de mejora continua.
- b. Requiere de mayor recursos humanos y herramientas tecnológicas de control de gestión que le permitan gestionar el fortalecimiento de capacidades prioritarias y movilización de recursos asistenciales de los órganos desconcentrados.
- c. Realizar una evaluación periódica (anual) de los procesos y procedimientos de la Gerencia de Operaciones Especiales a fin de incorporar las mejoras de los procesos de aspectos operativos, tecnológicos y afines.

