

“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”  
“Año de la consolidación del Mar de Grau”



## RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 14 JUN. 2016

### VISTO:

El expediente N° 16-012532-001/INSN-SB, sobre la aprobación del Mapa de Procesos del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja; y,

### CONSIDERANDO:

Que, la quincuagésima tercera Disposición Complementaria de la Ley N° 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, señala: “Establézcase en todas las entidades del Estado, de los tres niveles de gobierno, en el marco de lo dispuesto en la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del estado, la obligación de implementar su Sistema de Control Interno, en un plazo máximo de treinta y seis meses, contados a partir de la vigencia de la presente Ley”;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, de fecha 08 de enero del 2013, se aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, la cual tiene por objetivo el “Orientar, articular e impulsar en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública para resultados que impacte positivamente en el bienestar del ciudadano y el desarrollo del país”;

Que, en los incisos a) y o) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se establece que al Director Médico le corresponde planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos, así como disponer las medidas para el cumplimiento de las normas técnicas de salud aprobadas por el Ministerio de Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 805-2014/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 203-MINSA/OGPP-V.01 “Los Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en el Ministerio de Salud”, que tiene por objetivo el “Establecer lineamientos y criterios técnicos que orienten y faciliten la implementación de la gestión por procesos en el Ministerio de Salud, permitiendo mejorar el desempeño a través de resultados más previsibles, maximizando el uso de los recursos, alcanzar ciclos de tiempos más cortos y reducción de costos, en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública”;

Que, el numeral 1.1 del Documento Orientador: Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública en el Marco del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM – Política Nacional de Modernización de la Gestión



Pública, establece que "La Alta Dirección debe participar principalmente en fortalecer a la Oficina encargada del Desarrollo Organizacional y Modernización de la entidad; en facilitar los recursos necesarios para el trabajo a desarrollar; en aprobar el plan de trabajo institucional y el Mapa de Procesos; y en el seguimiento de su ejecución";

Que, la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD denominada "Implementación del Sistema de Control Interno en la entidades del Estado", aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, establece como parte de la actividad 5 el "Realizar el diagnóstico del Sistema de Control Interno"; respecto al análisis de la gestión por procesos la entidad debe considerar entre otros aspectos, la identificación de sus procesos, la estructura del mapa de procesos, la descripción de los procesos y la elaboración del manual de gestión de procesos y procedimientos, considerando lo establecido en la "Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública" emitido por la Presidencia del Consejo de Ministros-PCM y otras que a juicio de la entidad considere utilizar;

Que, mediante el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado por Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA del 07 de julio de 2014, se establece que es función de la Dirección General el "Proponer los documentos de gestión institucional del INSN-SB y aprobarlos en los casos que corresponda, según la normatividad vigente";

Que, mediante Informe N° 048-2016-UPP-INSN-SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, recomienda a la Dirección General la aprobación del Mapa de Procesos del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Administración; del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la Ley N° 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, con el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, con el Decreto Supremo 013-2006-SA, con la Resolución Ministerial N° 805-2014/MINSA, con la Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, con la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Aprobar el Mapa de Procesos del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, el cual en anexo adjunto forma parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2°.-** Encargar a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto como órgano competente, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del Plan aprobado por la presente resolución.

**ARTÍCULO 3°.-** Disponer la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la entidad conforme a las normas de transparencia y acceso a la información pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

EZTG/JCRG/kfbs

- Distribución
- ( ) DA
  - ( ) UPP
  - ( ) UAJ
  - ( ) Archivo
  - ( ) Comunicaciones

insn Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja



\_\_\_\_\_  
Dra. Zulema Tomás Gonzáles  
DIRECTORA GENERAL





PERÚ Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



# MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA

MP- 001-INSN-SB-IGSS/V.01

San Borja - Perú





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja

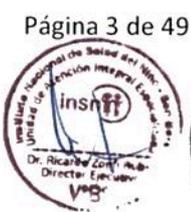


| ROL           | ÓRGANO                               | FECHA          | V°B°   |
|---------------|--------------------------------------|----------------|--|
| ELABORADO POR | Comité de Gestión por Procesos       | Junio del 2016 | <br><br><br><br> |
| REVISADO POR  | Unidad de Planeamiento y Presupuesto | Junio del 2016 |   |
| APROBADO POR  | Dirección General                    | Junio del 2016 |  |



CONTROL DE CAMBIOS

| Número de revisión | Descripción del cambio   | Versión | Fecha          | Responsable                          |
|--------------------|--|---------|----------------|--------------------------------------|
| 0                  | Primera versión del Mapa de Procesos que incluye el Mapa nivel 0 y 1, Ficha de Procesos nivel 0 y Matriz de responsable del Proceso. | 1       | Junio del 2016 | Unidad de Planeamiento y Presupuesto |
| 1                  |  |         |                |                                      |
| 2                  |  |         |                |                                      |





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



### INDICE

CAPÍTULO I. OBJETIVO ..... 5

CAPÍTULO II. ALCANCE ..... 5

CAPÍTULO III. BASE LEGAL ..... 5

CAPÍTULO IV. DEFINICIONES DE TÉRMINOS UTILIZADOS PROPIOS DE LA ENTIDAD ..... 6

CAPÍTULO V. CLIENTES Y SERVICIOS ..... 11

CAPITULO V. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS PROCESOS ..... 12

CAPITULO V. FICHAS TÉCNICAS DE PROCESOS ..... 16

CAPITULO V. ROLES Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES DEL PROCESO ..... 47





## CAPÍTULO I. OBJETIVO

Con R.D. N° N° 030/2016/INSN-SB/T , Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN – SB) aprobó el Plan de Trabajo para la Implementación de la Gestión por Procesos en el INSN SB, el mismo que contine las acciones para lograr identificar, implementar, monitorar, evaluar y mejorar los procesos institucionales con el fin de ofrecer un mejor servicio a nuestros pacientes.

Como parte de este proceso de implementación, se ha formulado el presente documento que tiene por objetivo “Identificar los procesos estratégicos, operativos y de soporte del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja necesarios para otorgar un servicio seguro y de calidad a los pacientes”.

## CAPÍTULO II. ALCANCE

El Mapa de Procesos es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

- Dirección General
- Órgano de Control Institucional
- Unidad de Asesoría Jurídica
- Unidad de Planeamiento y Presupuesto
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Unidad de Administración
- Unidad de Tecnologías de la Información
- Unidad de Atención Integral Especializada
- Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento
- Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia
- Unidad de Enfermería
- Unidad de Donación y Trasplante

## CAPÍTULO III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
4. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
5. Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
6. Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, que aprueba la Directiva N°013-2016-CG/GPROD “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”.
7. Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN - SB.





8. Resolución Ministerial N° 317-2009/MINSA, que aprueba “Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional”.
9. Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, “Listado de estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con Categoría III-2”.
10. Resolución Ministerial N° 805-2014/MINSA, “Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en el Ministerio de Salud”
11. Documento Orientador de la Secretaría de Gestión Pública, Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública en el marco del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM – Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 055-2016-SERVIR-PE Modificaciones a la Directiva N° 001-2015-SERVIR/GDSRH “Normas para la Aplicación del Dimensionamiento de las Entidades Públicas”.
13. Resolución Jefatural N° 144-2016/IGSS, que aprueba el documento técnico denominado “Mapa de Procesos de los Instituto Especializados y Hospitales, órganos desconcentrados del Instituto de Gestión de Servicios de Salud”.
14. Resolución Directoral N° 030/2016/INSN-SB/T, que aprueba el Plan de Implementación de la Gestión por Procesos en el instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

#### CAPÍTULO IV. DEFINICIONES DE TÉRMINOS UTILIZADOS PROPIOS DE LA ENTIDAD

##### 4.1 Definiciones

- a. **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- b. **IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
- c. **IGSS:** Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- d. **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud
- e. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que engloba los procedimientos que se brindan a los usuarios de los establecimientos de salud.
- f. **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación, que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios de salud en su área geográfica.
- g. **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la Unidad Productora de Servicios (UPS) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.
- h. **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos de entrada de un proceso son generalmente resultados de otros procesos (Nivel 0)





- i. **Actividad:** Es la conjunción de sub actividades o tareas. La interrelación e interacción de actividades da como resultado un subproceso. (Niveles 1, 2...n)
- j. **Tareas:** Pasos a seguir para la ejecución de las actividades o sub actividades.
- k. **Responsable del proceso:** Entiéndase como responsable del proceso de nivel 0, al Director / Jefe / Gerente del área u órgano encargado de la ejecución o desarrollo de un proceso y de garantizar que el producto sea ofrecido en las mejores condiciones al ciudadano o destinatario de dicho producto.
- l. **Servicio:** Es un conjunto de acciones, actividades, tareas y/o desempeño bajo control humano y que emplean diversos elementos cuya misión común es atender una necesidad existente que puede haberse solicitado o no por un cliente determinado bajo requerimientos per existentes y con expectativas de satisfacción variables.  
La característica principal en todo servicio es su naturaleza intangible (no material) a diferencia de un bien físico que es tangible (material). Los servicios son el único caso que tanto proceso y producto se dan de manera simultánea, pues se van construyendo a medida que va desarrollándose el proceso.
- m. **Cliente:** Es quien recibe el producto final de un proceso en cualquiera de sus formas, cuando se encuentra dentro de la organización, se conocen como clientes internos, cuando los clientes se encuentran fuera de la organización, se conocen como clientes externos quienes son los que reciben el producto final.
- n. **Procedimientos:** Son protocolos o herramientas que ayudan a simplificar y ordenar partes y/o elementos de un proceso. Generalmente se expresan en documentos que contienen el campo de aplicación de una actividad: qué, quién, cómo y dónde debe hacerse. Incluye qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse y cómo debe controlarse y registrarse.
- o. **Proveedores:** Son aquellos que proporcionan los insumos necesarios para el proceso, estos pueden ser internos y externos (entidades, personas, empresas, bienes, servicios recursos etc.)
- p. **Rol:** Un rol es un conjunto de actividades y responsabilidades asignada a una persona o un grupo. Una persona o grupo puede desempeñar simultáneamente más de un rol.

#### 4.2 Conceptos

##### ¿Qué es un proceso?

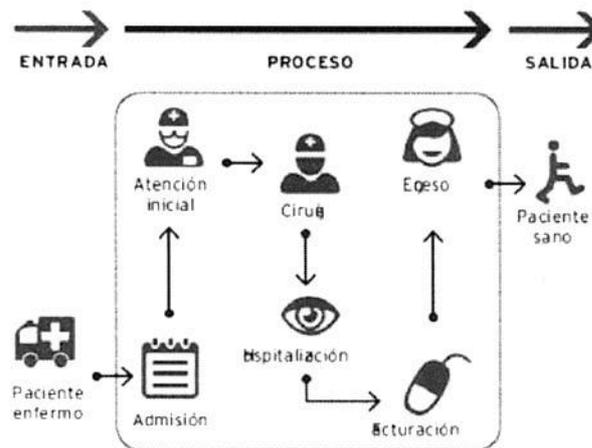
Un proceso es una secuencia de actividades que transforman una entrada o insumo (una solicitud de un bien o un servicio) en una salida (la entrega del bien o servicio), añadiéndole un valor en





cada etapa de la cadena (mejores condiciones de calidad/precio, rapidez, facilidad, comodidad, etc.).

Figura N°1 Ejemplo de Proceso



El enfoque basado en procesos introduce la gestión horizontal, cruzando las barreras entre diferentes unidades funcionales que dirigen sus enfoques hacia las metas principales de la organización.

Para identificar los procesos se estudia las actividades más relevantes que se desarrollan en la institución, considerando su coherencia y consistencia con la misión, la visión de futuro y la estrategia de la organización.

Mapa de Procesos

Las actividades se modelan en el mapa de procesos, que es un gráfica de los procesos y de sus interrelaciones entre estos y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas (output) de la organización.

El mapa de procesos a su vez clasifica los procesos en los siguientes tipos:

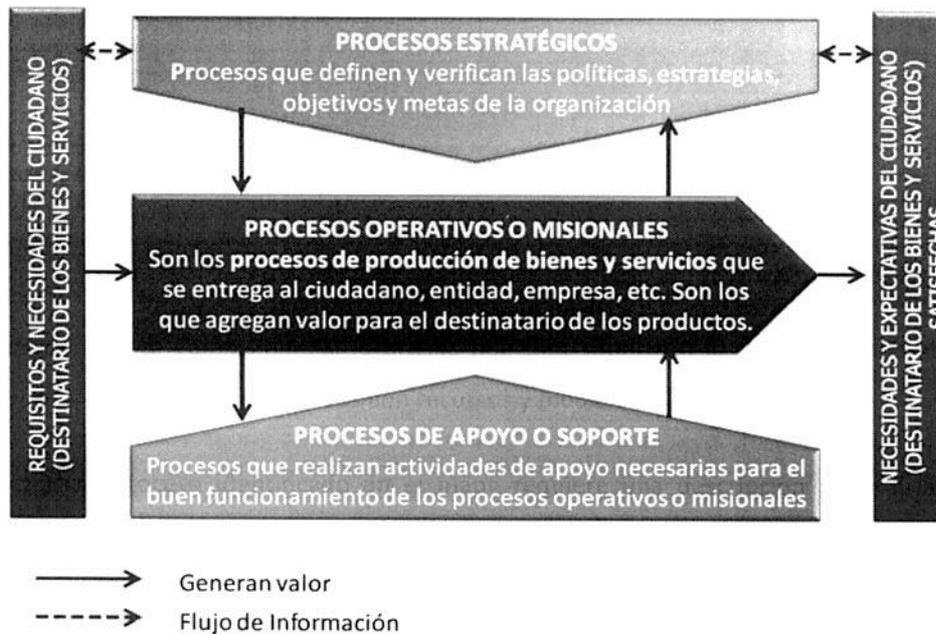
- **Procesos estratégicos:** son aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la Dirección y, principalmente, a largo plazo. Se refieren fundamentalmente a procesos de planificación y otros que se consideren ligados a factores clave o estratégicos.
- **Procesos operativos:** como aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto o la prestación del servicio. Son los procesos de "línea".



- **Procesos de apoyo:** como aquellos procesos que dan soporte a los procesos operativos. Se suelen referir a procesos relacionados con recursos y mediciones.

A su vez cada proceso identificado en el mapa requiere una descripción general la que se realizará en la ficha del proceso.

Figura N°2 – Mapa de procesos



Elaborado por la SGP - PCM

### Niveles de los procesos

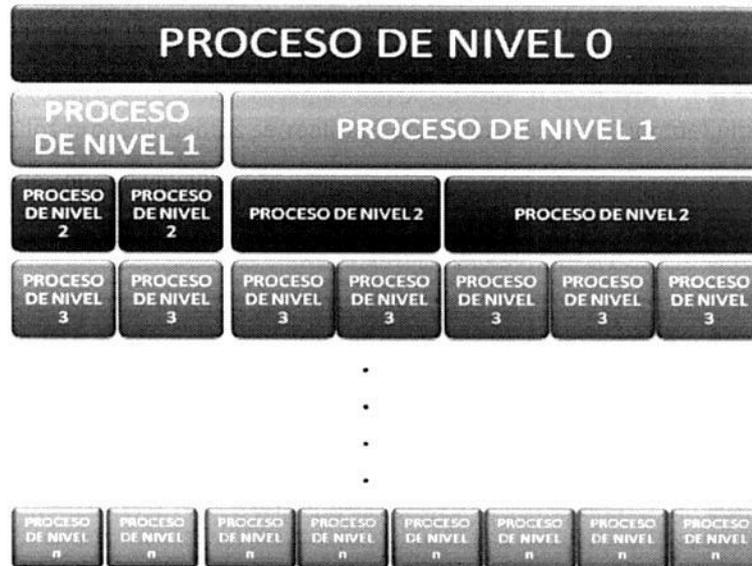
Los procesos se definen en niveles 0, 1, 2 ó 3 (según complejidad), a fin de facilitar la interpretación de la secuencia e interacción entre los mismos.

- Procesos de Nivel 0: grupo de procesos unidos por especialidad en el nivel más agregado, se le conoce como macroproceso.
- Proceso de Nivel 1: Primer nivel de desagregación de un proceso nivel 0.
- Proceso de Nivel 2: Segundo nivel de desagregación de un proceso nivel 1.
- Proceso de Nivel 3: Tercer nivel de desagregación de un proceso nivel 2.
- Actividad: Conjunto de tareas afines y coordinadas requeridas para lograr un resultado, los cuales normalmente se desarrollan dentro de un proceso 2 ó 3.



- Tarea: pasos a seguir para la ejecución de una actividad.

Figura N°3 –Niveles de procesos



Elaborado por la SGP - PCM

En el caso de procedimientos se define como una secuencia de pasos que se desarrolla en los procesos de último nivel enmarcado dentro de un proceso de nivel 0. La identificación y definición de los procedimientos se realizará posterior a la definición del último nivel de los procesos con los que se vincula.





PERÚ Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



**CAPÍTULO V. CLIENTES Y SERVICIOS**

La Matriz Cliente – Productos (Bien o Servicio) permite identificar a todos los destinatarios de los productos u servicios que brinda el INSN SB.

**Tabla N°1 – Matriz Cliente - Producto**

| Producto (bien o servicio)                    | Atención Médica Quirúrgica Especializada                 |  | Atención de Urgencia y Emergencia |                             | Atención de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento  |  |  | Formación y Entrenamiento de Profesionales de la Salud |                            |                           | Proyectos de Investigación en Salud                        |   | TeleSalud    |                |              |
|---|--|--|-----------------------------------|-----------------------------|---|--|--|--|----------------------------|---------------------------|--|---|--------------|----------------|--------------|
|   | Tratamiento Médico Quirúrgico Especializado              | Tratamiento de Trasplante de Órganos y Tejidos Hematopoyéticos | Atención de Urgencia (*)          | Atención de Emergencias (*) | Diagnóstico por Imágenes en Radiología Convencional, Ecografía, Tomografía, Angiografía, Resonancia | Laboratorio Especializado en Patología, Anatomía Patológica y Genética | Dispensación de Productos Farmacéuticos y Apófitos | Pregrado   | Capacitación Especializada | Programa de Entrenamiento | Diseño y Desarrollo de Proyectos de Investigación en Salud | Publicación de Estudios de Investigación en Salud | Telemedicina | Tele Educación | Tele Gestión |
| Paciente (Destinatario de bienes y servicios) | Paciente y su tutor                                      | X  | X                                 | X                           | X   | X  | X  | X  | X                          | X                         | X  | X   | X            | X              | X            |
|   | IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) | X  | X                                 |                             |   | X  | X  | X  | X                          | X                         | X  | X   | X            | X              | X            |
| Profesional de la Salud                       | Profesional Médico                                       | X  | X                                 | X                           | X   | X  | X  | X  | X                          | X                         | X  | X   | X            | X              | X            |
|   | Enfermera  |  |                                   |                             |   |  |  |  |                            |                           |  |   |              |                |              |
| Otros profesionales de la salud               |  |  |                                   |                             |   |  |  |  |                            |                           |  |   |              |                |              |

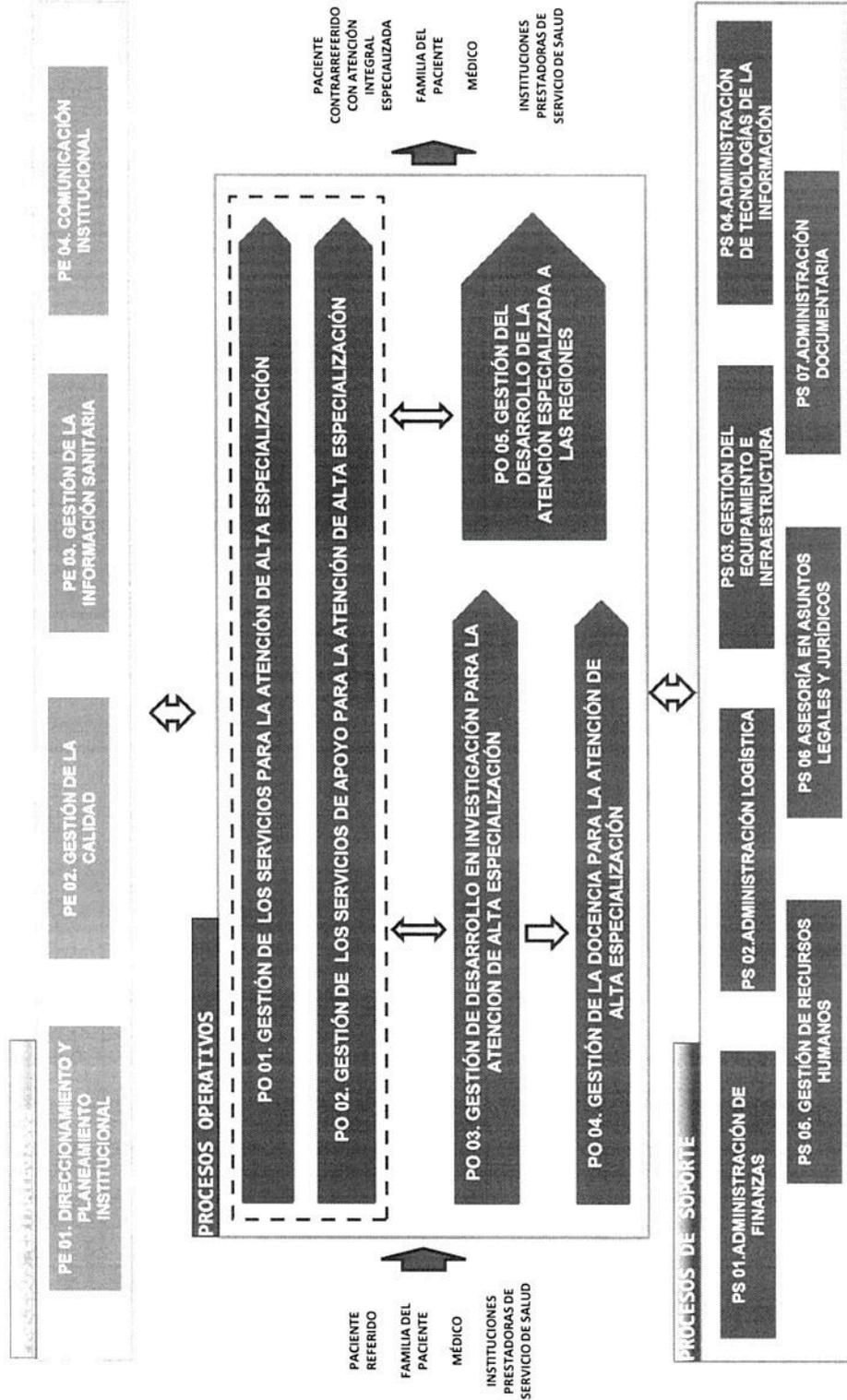
(\*) Cuando la atención de urgencia o emergencia se da por la vía telefónica o a través de videoconferencia, el nivel de complejidad requerida, una atención hospitalaria a los pacientes cuya patología sea conforme a la Criterios de Selección y está autorizada por el Jefe de Departamento.



**CAPITULO V. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS PROCESOS**

Los procesos del INSN SB se representan en el siguiente Mapa de Procesos:

**Figura N°4 – Mapa de Procesos Nivel 0**



Dr. Ricardo Zola
   
 Director Ejecutivo
   
 VºBº

Dra. Katia Granados
   
 GUBIOVCH



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



Figura N° 5 – Mapa de Procesos Estratégicos Nivel 1

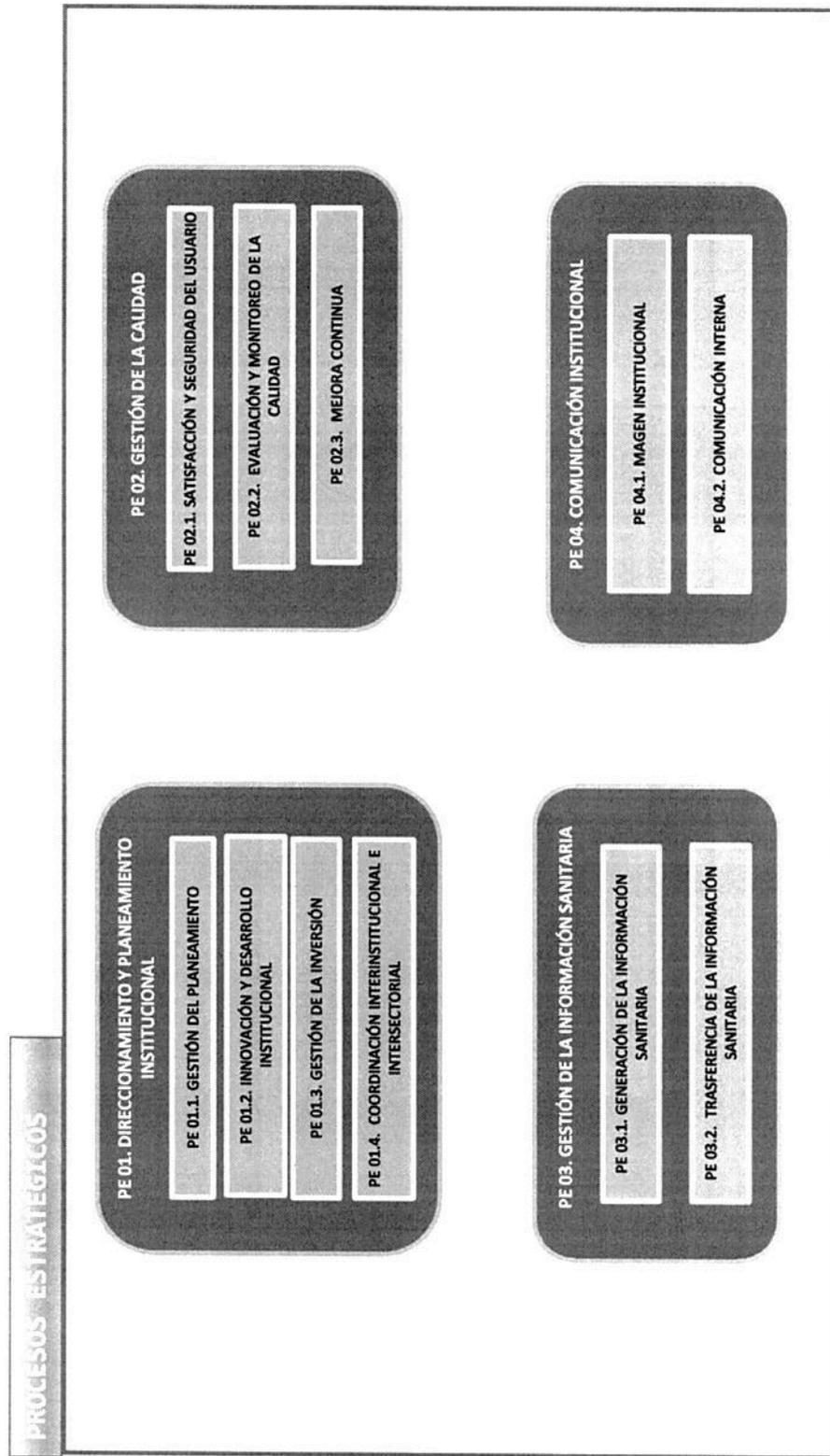
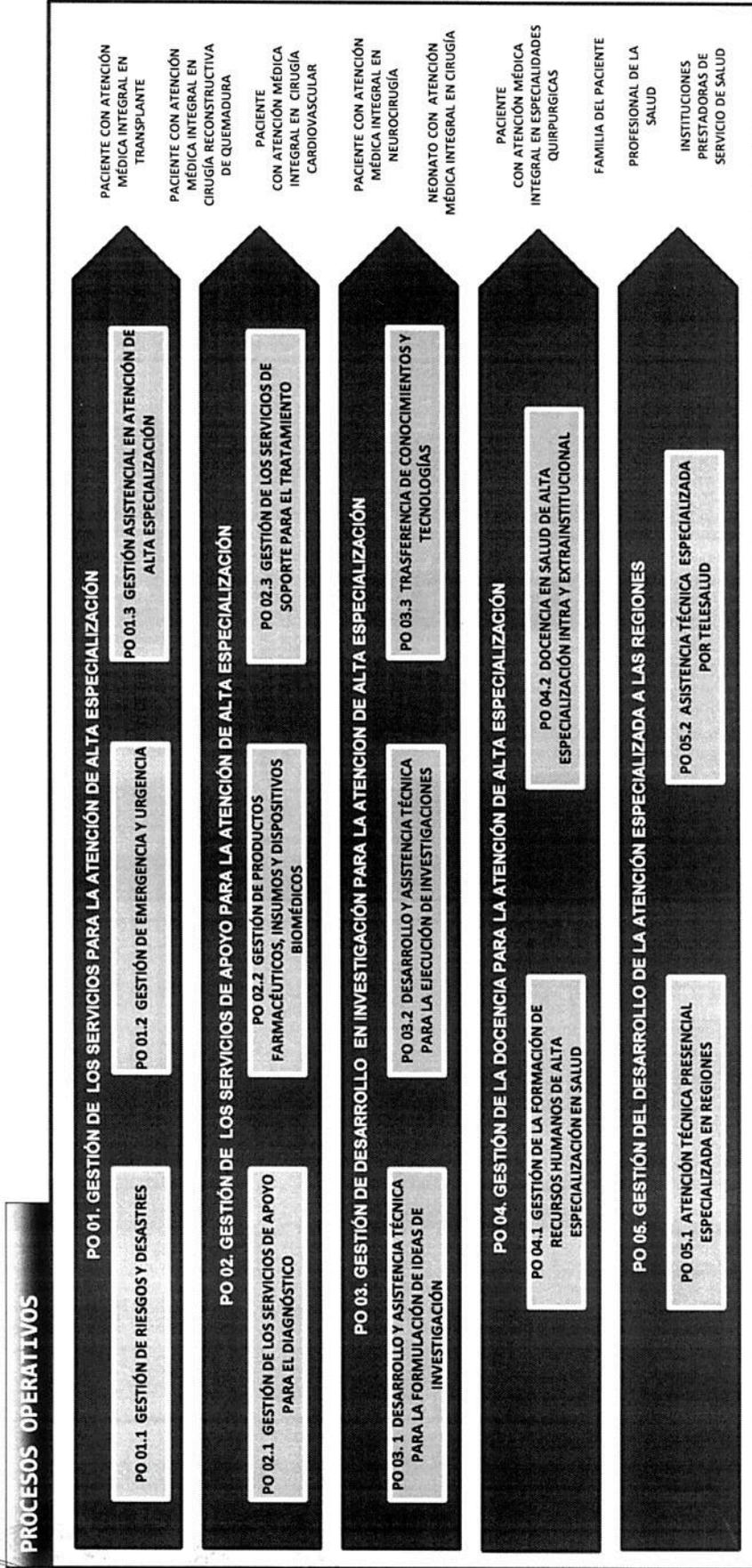


Figura N° 6 – Mapa de Procesos Operativos Nivel 1





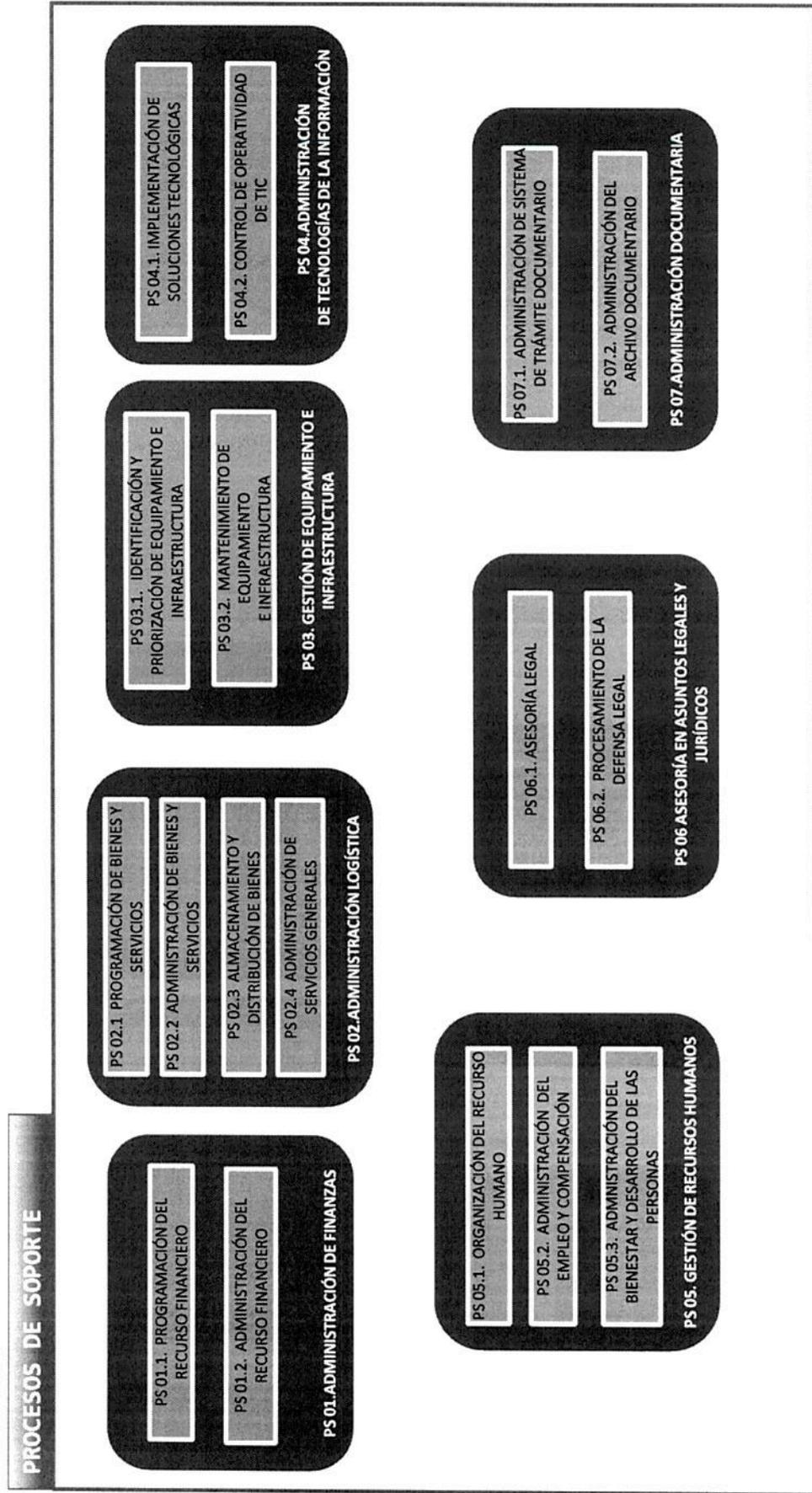
PERÚ  
Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Figura N° 7 – Mapa de Procesos Soporte Nivel 1





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



CAPITULO V. FICHAS TÉCNICAS DE PROCESOS

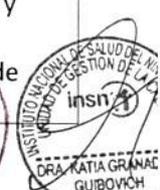
| FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0 |   |                         |   |
|-----------------------------------|---|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>                  | PE.01 Direccionamiento y Planeamiento Institucional   | <b>4) Responsable</b>   | Dirección General / Unidad de Planeamiento y Presupuesto  |
| <b>2) Objetivo</b>                | Desarrollar los lineamientos institucionales con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión institucional  | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.</li> <li>Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.</li> <li>Ley N° 28522, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) y su reglamento, aprobado mediante D.S. N° 054-2005-PCM.</li> <li>Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA, aprueba "Plan Nacional Concertado en Salud".</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>                 | Este proceso comprende a todas las Unidades Orgánicas<br><br>El proceso inicia desde la formulación de lineamientos y objetivos, su implementación hasta su evaluación. | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Estratégico   |

DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores   | 8) Entradas  | 9) Procesos Nivel 1  | 10) Salidas  | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios                            |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>MINSA</li> <li>IGSS</li> <li>Dirección General</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Estratégico Sectorial</li> <li>Política Nacional de Salud</li> <li>Objetivos Estratégicos del IGSS</li> <li>Necesidades de proyectos de inversión</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PE.0.1.1 Gestión del Planeamiento</li> <li>PE.0.1.2 Innovación y Desarrollo Institucional</li> <li>PE.0.1.3 Gestión de la Inversión</li> <li>PE 0.1.4 Coordinación interinstitucional e Intersectorial</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Institucionales</li> <li>Informe de gestión institucional.</li> <li>Plan de acción comunicación al interno y externo</li> <li>Proyectos de inversión estratégicos en infraestructura y equipamiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades orgánicas</li> <li>IGSS</li> </ul> |

IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| 12) Controles o inspecciones  | 13) Recursos  | 14) Documentos y formatos   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación trimestral</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Mobiliario de Oficina</li> <li>Útiles de oficina</li> <li>Especialistas</li> <li>Ambientes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Procedimientos</li> <li>Directivas Institucionales</li> <li>Formatos de formulación y evaluación de planes</li> <li>Matriz de programación de metas</li> </ul> |





|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de seguimiento de metas</li> <li>• Matriz de evaluación de metas</li> <li>• Plan de Trabajo</li> </ul> |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>  |  |  |
| <b>15) Registros</b>   | <b>16) Indicadores</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Trabajo</li> <li>• Registro de programación, seguimiento y evaluación de metas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de cumplimiento de metas físicas.</li> <li>• % de proyectos SNIP aprobados.</li> <li>• Plan formulado y evaluado en el plazo establecido</li> </ul> |  |





FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

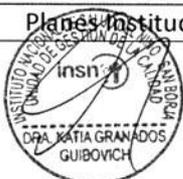
|                    |  |                         |  |
|--------------------|--|-------------------------|--|
| <b>1) Nombre</b>   | PE.02 Gestión de la Calidad  | <b>4) Responsable</b>   | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad   |
| <b>2) Objetivo</b> | Garantizar la seguridad y satisfacción de los pacientes a través de la mejora continua institucional.  | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, “Ley General de Salud”.</li> <li>• Ley N° 27815, “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.</li> <li>• R.M. N° 519-2006/MINSA. “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li> <li>• R.M. N° 727-2009/MINSA. “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li> <li>• R.M. N° 527-2011/MINSA. “Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | Comprende a todas las Unidades Orgánicas.<br>El Proceso inicia con la identificación de necesidades de mejora, su implementación hasta la lograr su satisfacción | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Estratégico  |

DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores  | 8) Entradas   | 9) Procesos Nivel 1   | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios   |
|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MINSa</li> <li>• IGSS</li> <li>• SuSalud</li> <li>• Indecopi</li> <li>• Secretaría de Gestión Pública</li> <li>• Responsable o Tutor del Paciente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos, estándares y protocolos de calidad de Organos Reguladores</li> <li>• Informe de Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad de Organos Reguladores</li> <li>• Quejas y Reclamos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PE.02.1 Satisfacción y Seguridad del pacientes</li> <li>• PE.02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad</li> <li>• PE.02.3 Mejora Continua</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente satisfecho</li> <li>• Informe de evaluación de calidad institucional</li> <li>• Proyectos de mejora continua implementados</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes</li> <li>• MINSa</li> <li>• IGSS</li> <li>• SuSalud</li> <li>• Indecopi</li> <li>• Secretaría de Gestión Pública</li> <li>• Responsable o Tutor del Paciente</li> <li>• Unidades Orgánicas.</li> </ul> |

IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

|   |                     |                                  |
|---|---------------------|----------------------------------|
| <b>12) Controles o inspecciones</b>                               | <b>13) Recursos</b> | <b>14) Documentos y formatos</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de</li> </ul> | Equipo de cómputo   | Planes Institucionales           |





|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>categorización y acreditación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditoría Médicas</li> <li>• Encuesta de Nivel de satisfacción de calidad</li> <li>• Evaluación de SUSALUD</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliario de Oficina</li> <li>• Útiles de oficina</li> <li>• Especialista en Gestión de Salud</li> <li>• Médico Auditor</li> <li>• Orientador</li> </ul> | <p>Encuestas, Instructivos<br/>Guías de Práctica Clínica.<br/>Guías de Procedimientos<br/>Manuales,<br/>Directivas, Reglamentos.<br/>Libro de reclamaciones</p> |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>  |  |   |
| <b>15) Registros</b>   | <b>16) Indicadores</b>   |   |
| <p>Formato de Quejas y Reclamos<br/>Sugerencias<br/>Ficha de Auditoria Médica<br/>Formato de encuesta de satisfacción del usuario</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de satisfacción del usuario</li> <li>• % de proyectos de mejora continua implementados</li> </ul>   |   |





FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

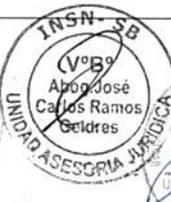
|                    |  |                         |   |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PE.03 Gestión de la Información Sanitaria  | <b>4) Responsable</b>   | Dirección Adjunta   |
| <b>2) Objetivo</b> | Generar información estadística y epidemiológica de la prestación de los servicios de salud  | <b>5) Requisitos</b>    | Ley N° 26842, Ley General de Salud R.M. N° 027-2011/MINSA, que aprueba el Documento Tecnico "Lineamientos para la Organización de los Institutos Especializados |
| <b>3) Alcance</b>  | El proceso inicia con la extracción, procesamiento, análisis y difusión de la información sanitaria.<br><br>Comprende a la Unidad de Tecnología de la Información y las Unidades Prestadoras de Servicio de Salud. | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Estratégico   |

DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores   | 8) Entradas  | 9) Procesos Nivel 1  | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios   |
|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MINSA</li> <li>• IGSS</li> <li>• SuSalud</li> <li>• Unidades Asistenciales</li> <li>• INEI</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de información</li> <li>• Registros de información</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PE.03.1 Generación de la Información Sanitaria</li> <li>• PE.03.2 Tránsito de la Información Sanitaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe epidemiológico situacional</li> <li>• Informe de producción</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección General</li> <li>• Unidades Asistenciales</li> <li>• MINSA</li> <li>• IGSS</li> <li>• SuSalud</li> </ul> |

IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| 12) Controles o inspecciones           | 13) Recursos   | 14) Documentos y formatos  |
|--|--|--|
| Verificación de fuentes de información | Equipo de cómputo<br>Mobiliario de Oficina<br>Útiles de oficina<br>Sistemas de Información<br>Especialistas en Estadística y Epidemiología | Protocolos para el registro de información<br>Manual de Indicadores Hospitalarios<br>Información Histórica Sanitaria<br>Formulario de registro estandarización<br>Ficha de vigilancia epidemiológica<br>Ficha de recomendaciones de prevención de IIAS<br>Ficha de pacientes con dispositivos invasivos<br>Formato de incidencias de registro de información |





EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO

| 15) Registros   | 16) Indicadores   |
|---|---|
| Censo diario<br>Registro de producción del Sistema de Gestión Hospitalaria<br>Registro de vigilancia epidemiológica | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de cumplimiento de generación de información</li> <li>• Nivel de calidad de registro de información por UPSS</li> </ul> |





| FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <b>1) Nombre</b>   | PE.04 Comunicación Institucional   | <b>4) Responsable</b>   | Jefe de Equipo de Comunicaciones   |  |
| <b>2) Objetivo</b>   | Fortalecer la imagen y comunicación interna y externa que permita mejorar las relaciones con los ciudadanos, colaboradores y entidades públicas y privadas dentro del marco de la democracia y transparencia.  | <b>5) Requisitos</b>  | Ley N° 26842, Ley General de Salud   |  |
| <b>3) Alcance</b>  | El proceso inicia con la identificación de la necesidad de comunicación y de imagen, la implementación de la estrategia y la evaluación del impacto logrado.<br><br>El proceso comprende a todas las Unidades Orgánicas e Instituciones con la cual se relaciona el INSN SB. | <b>6) Clasificación</b>   | Proceso Estratégico  |  |
| DESCRIPCION DEL PROCESO  |  |   |  |  |
| <b>7) Proveedores</b>  | <b>8) Entradas</b>   | <b>9) Procesos Nivel 1</b>  | <b>10) Salidas</b>   | <b>11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MINSA</li> <li>• IGSS</li> <li>• SuSalud</li> <li>• Unidades Orgánicas</li> <li>• Medios de Comunicación</li> <li>• Sociedad Civil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias de comunicación e imagen del órgano rector</li> <li>• Solicitud de difusión de información institucional</li> <li>• Notas de prensa, publicaciones, programas (radio, televisión y redes sociales)</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PE.02.1 Imagen Institucional</li> <li>• PE.02.2 Comunicación Interna</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de las acciones de comunicación e imagen institucional</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutor de paciente y paciente</li> <li>• Sociedad Civil</li> <li>• MINSA</li> <li>• IGSS</li> <li>• SuSalud</li> <li>• Unidades Orgánicas</li> <li>• Medios de Comunicación</li> </ul> |
| IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO   |  |   |  |  |
| <b>12) Controles o inspecciones</b>  | <b>13) Recursos</b>  | <b>14) Documentos y formatos</b>  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de información a difundir</li> <li>• Verificación de la difusión en los medios</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Mobiliario de Oficina</li> <li>• Útiles de oficina</li> <li>• Equipo de Telecomunicaciones</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de acción comunicaciones interno y externo del IGSS</li> <li>• Protocolos de información y comunicación a la persona, familia y comunidad</li> <li>• Boletines</li> <li>• Formatos estándar para la comunicación interna y externa</li> </ul> |  |  |





EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO

| 15) Registros   | 16) Indicadores   |
|---|---|
| Solicitud de difusión de información<br>Encuestas<br>Formato de evaluación de estrategias | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto de estrategias de comunicación</li> <li>• Porcentaje de la difusión en los medios</li> <li>• Nivel de percepción de la imagen institucional</li> </ul> |





## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |  |                         |   |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PM.01 Gestión de los servicios para la atención de alta especialización  | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada  |
| <b>2) Objetivo</b> | Brindar al paciente una atención de salud integral especializada   | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley General de Salud</li> <li>• Reglamento de Establecimientos de Salud</li> <li>• Reglamento del Instituto de Gestión de Servicios de Salud</li> <li>• Política Nacional de Salud.</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | Comprende a la Unidad de Atención Integral Especializada, Unidad de Enfermería y Dirección General.<br><br>El proceso inicia desde la solicitud de referencia del paciente hasta su contrarreferencia. | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Misional  |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores   | 8) Entradas   | 9) Procesos Nivel 1   | 10) Salidas  | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios  |
|--|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> <li>• Padres de familia</li> <li>• Paciente</li> <li>• Hospitales Nacionales y Privados</li> <li>• Diagnóstico (Imágenes y Laboratorio, Banco de Sangre)</li> <li>• Diagnostico al tratamiento (Farmacia Nutrición)</li> <li>• SIS</li> <li>• FISSAL</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de Salud</li> <li>• Hoja de Referencia</li> <li>• Resultados de exámenes de soporte al diagnóstico</li> <li>• Productos Farmacéuticos</li> <li>• Dietas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PM.01.1 Gestión de Riesgos y Desastres</li> <li>• PM.01.2 Gestión de Urgencias y Emergencias</li> <li>• PM.01.3 Gestión asistencial en atención de alta especialización</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente intervenido quirúrgicamente</li> <li>• Paciente atendido por prioridad de atención por emergencia y urgencia medica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con problema quirúrgico atendido.</li> <li>• Hoja de Contrarreferencia.</li> <li>• Informe de alta.</li> </ul> |

## IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| 12) Controles o inspecciones  | 13) Recursos   | 14) Documentos y formatos  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de cumplimiento de criterios de categorización</li> <li>• Auditoría Médica</li> <li>• Supervisión de categorización de SUSALUD</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso Humano Asistencial Especializado</li> <li>• Ambientes según lo establecido en la norma de categorización</li> <li>• Mobiliario y equipos biomédicos</li> <li>• Mobiliario y equipos de oficina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartera de Servicios</li> <li>• Plan Operativo Anual</li> <li>• Plan de Gestión Sanitaria</li> <li>• Modelo de atención de salud</li> <li>• Normas Técnicas en Salud</li> </ul> |





|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos de historia clínica</li> <li>• Medicamentos e insumos médicos</li> <li>• Material de antisepsia y protección</li> <li>• Ropa de pacientes y cama</li> <li>• Sistema de Gestión Hospitalaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guías de Práctica Clínica</li> <li>• Guía de Procedimientos</li> <li>• Formatos de Historia Clínica</li> <li>• Hojas de Referencias y Contrareferencias</li> <li>• Formato Único de Atención</li> </ul> |
|--|--|--|

**EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO**

| 15) Registros   | 16) Indicadores  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información del Sistema de Gestión Hospitalaria</li> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Certificado de Defunción</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de Paciente que recibe atención especializada</li> <li>• % de Demanda no atendida</li> <li>• Tasa de Mortalidad</li> <li>• % de suspensión de atención especializada</li> <li>• Tiempo de espera para acceder a la atención especializada</li> <li>• Reintervenciones por complicaciones</li> </ul> |





**FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0**

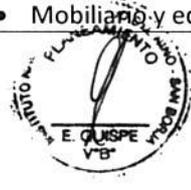
|                    |   |                         |  |
|--------------------|---|-------------------------|--|
| <b>1) Nombre</b>   | PM.02 Gestión de los servicios de apoyo para la atención de alta especialización.   | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento  |
| <b>2) Objetivo</b> | Brindar el soporte al diagnóstico y tratamiento especializado del paciente.   | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley General de la Salud</li> <li>• Ley de los Productos Farmacéuticos</li> <li>• Reglamento de Establecimientos de Salud y Apoyo</li> <li>• Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | <p>Comprende a la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento y a la Unidad de Enfermería.</p> <p>El proceso inicia con la solicitud de soporte al diagnóstico y tratamiento y concluye con la entrega del servicio requerido.</p> | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Misional   |

**DESCRIPCION DEL PROCESO**

| <b>7) Proveedores</b>  | <b>8) Entradas</b>  | <b>9) Procesos Nivel 1</b>   | <b>10) Salidas</b>   | <b>11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios</b>   |
|--|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MINSA (Dirección de abastecimiento de recursos estratégicos, DIGEMID, etc)</li> <li>• IGSS</li> <li>• Establecimientos de Salud</li> <li>• Médico Tratante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de examen</li> <li>• Receta</li> <li>• Solicitud de dietas y fórmulas</li> <li>• Solicitud de Tejidos</li> <li>• Solicitud de trasfusión de hemocomponentes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PM.02.1 Gestión de los Servicios de Apoyo para el Diagnóstico</li> <li>• PM.02.2 Gestión de Productos Farmacéuticos, Insumos y Dispositivos Médicos</li> <li>• PM.02.3 Gestión de los Servicios de Apoyo para el Tratamiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona atendida con prueba exámenes de laboratorio, imágenes</li> <li>• Informe de resultados de examen</li> <li>• Productos farmacéuticos</li> <li>• Tejido</li> <li>• Dietas y fórmulas</li> <li>• Hemocomponente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente</li> <li>• Establecimientos de Salud</li> <li>• Profesional de la Salud</li> </ul> |

**IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO**

| <b>12) Controles o inspecciones</b>   | <b>13) Recursos</b>   | <b>14) Documentos y formatos</b>  |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de calidad de insumos</li> <li>• Control de calibración de equipos</li> <li>• Auditorias de adherencia de guías de procedimientos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso Humano Especializado</li> <li>• Infraestructura en ambientes según lo establecido en la norma de categorización</li> <li>• Mobiliario y equipos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de procedimientos médicos.</li> <li>• Normas Técnicas.</li> <li>• Protocolos de atención especializada de la cartera de servicios.</li> </ul> |





|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>biomédicos</li> <li>Mobiliario y equipos de oficina</li> <li>Formatos de historia clínica</li> <li>Medicamentos e insumos médicos</li> <li>Material de antisepsia y protección</li> <li>Ropa de pacientes y cama</li> <li>Sistema de Gestión Hospitalaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes institucionales.</li> <li>Estándares de calidad de los servicios de atención en salud.</li> <li>Ordenes de exámenes médicos</li> <li>Receta medica</li> <li>Petitorio de Productos Farmacéuticos</li> </ul> |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>  |   |   |
| <b>15) Registros</b>   | <b>16) Indicadores</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Información del Sistema de Gestión Hospitalaria</li> <li>Registro de atenciones realizadas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de exámenes con informe de resultados en el plazo establecido</li> <li>Porcentaje de recetas atendidas en el plazo establecido</li> <li>Porcentaje de atención de servicios de soporte al tratamiento</li> <li>Nivel de satisfacción de servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento</li> <li>Reincidencia de queja</li> </ul> |   |





FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

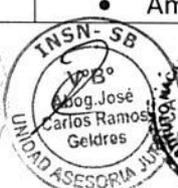
|                    |   |                         |  |
|--------------------|---|-------------------------|--|
| <b>1) Nombre</b>   | PM.03 Gestión de desarrollo en investigación para la atención de alta especialización   | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia  |
| <b>2) Objetivo</b> | Desarrollar investigación e innovación en salud, y transferir los conocimientos y tecnologías.  | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley General de la Salud</li> <li>Reglamento de Ética para la investigación</li> <li>Reglamento General de Ensayos Clínicos</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | Comprende a la Sub-Unidad de Investigación e Innovación Tecnológica, y todas las unidades orgánicas.<br><br>Inicia con la elaboración de la pregunta de investigación, desarrollo y transferencia del conocimiento y tecnologías. | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Misional   |

DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores  | 8) Entradas  | 9) Procesos Nivel 1   | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios  |
|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>Instituciones promotoras de la investigación en salud</li> <li>Coordinación Técnica de Estadística del INSNSB</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ideas de investigación</li> <li>Lineas de investigación</li> <li>Información estadística</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PM.03.1 Desarrollo y asistencia técnica para la formulación de ideas de investigación</li> <li>PM.03.2. Desarrollo y asistencia técnica para la ejecución de investigaciones</li> <li>PM.03.3. Transferencia de conocimientos y tecnologías</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de Estudios de investigación (conocimientos científicos y tecnologías sanitarias)</li> <li>Publicaciones y presentaciones científicas.</li> <li>Informe de aplicación de conocimientos y tecnologías generados</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesionales de la salud.</li> <li>Población menor de 18 años.</li> <li>Establecimientos de Salud</li> <li>Comunidad científica y académica.</li> <li>Instituciones promotoras de la investigación en salud</li> </ul> |

IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| 12) Controles o inspecciones  | 13) Recursos   | 14) Documentos y formatos   |
|---|--|---|
| Herramientas para el monitoreo de la gestión y desarrollo de la investigación institucional | <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Equipo biomédico</li> <li>Mobiliario de Oficina</li> <li>Útiles de oficina</li> <li>Especialistas en Investigación</li> <li>Profesional de la Salud</li> <li>Ambientes para</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Institucionales</li> <li>Plan de investigación en salud.</li> <li>Lineamientos de la institución que financia la investigación.</li> <li>Políticas de innovación sectoriales</li> <li>Reglamento General de Investigación del INSNSB.</li> <li>Reglamento del Comité</li> </ul> |





|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorios para estudios</li> <li>• Suscripciones a base de datos y publicaciones científicas</li> </ul> | <p>Institucional de Ética en Investigación del INSNSB (CIEI-INSNSB).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de procedimientos del CIEI-INSNSB.</li> <li>• Manual de procesos de la Sub-Unidad de Investigación e Innovación Tecnológica.</li> <li>• Guía para el desarrollo de protocolos de investigación INSNSB.</li> <li>• Ficha de ideas de investigación.</li> <li>• Ficha para evaluación de proyectos.</li> </ul> |
|--|--|---|

**EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO**

| <b>15) Registros</b>  | <b>16) Indicadores</b>  |
|---|---|
| Registros de monitoreo de la gestión y desarrollo de la investigación institucional | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de ideas de investigación que se convierten en proyectos.</li> <li>• Porcentaje de investigaciones publicadas.</li> <li>• Porcentaje de estudios de investigación en aplicación a través de asistencia técnica en Establecimientos de Salud.</li> </ul> |





FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |   |                         |   |
|--------------------|---|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PM.04 Gestión de la Docencia para la Atención de Alta Especialización   | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia   |
| <b>2) Objetivo</b> | Identificar las necesidades de recursos humanos especializados y de capacitación, fortaleciendo las competencias, reduciendo las brechas existentes en los distintos niveles de atención en el ámbito nacional.   | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley General de la Salud</li> <li>• Reglamento de Residentado Médico</li> <li>• Ley N° 23733 Ley Universitaria. Estándares mínimos institucionales para la acreditación programada según especialización</li> <li>• Plan Nacional Concertado Para la Década de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud – MINSA</li> <li>• D.S. 008-88 SA Norma Básica del Sistema Residentado Médico</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | <p>Comprende a la Sub Unidad de Normalización Técnica para el Desarrollo de la Docencia y las Unidades Asistenciales</p> <p>El proceso inicia desde la planeación de la docencia del recurso humano hasta su ejecución y evaluación de la competencia adquirida y del impacto en la prestación de servicio de salud</p> | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Misional  |

DESCRIPCION DEL PROCESO

| <b>7) Proveedores</b>  | <b>8) Entradas</b>   | <b>9) Procesos Nivel 1</b>  | <b>10) Salidas</b>  | <b>11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios</b>   |
|--|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universidades publicas y privadas</li> <li>• Profesionales de la Salud</li> <li>• Establecimientos de Salud</li> <li>• MINSA</li> <li>• IGSS</li> <li>• Recursos Humanos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios nacionales, internacionales e interinstitucionales con entidades académicas</li> <li>• Solicitud de Rotación</li> <li>• Diagnóstico de brechas de Recursos Humanos de salud especializados y subspecializados.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PM.04.1 Gestión de la Formación de Recursos Humanos de Alta Especialización</li> <li>• PM.04.2 Gestión de la Docencia de Alta Especialización</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano de salud especializado y subspecializado</li> <li>• Recurso Humano con rotación de residentado</li> <li>• Alumno de pregrado con rotación</li> <li>• Profesional de la salud capacitados (intra institucional y externo)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de la salud</li> <li>• Universidades</li> <li>• Establecimientos de Salud</li> <li>• Población menor de 18 años.</li> </ul> |





|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Desarrollo de Personal</li> </ul>  |   |  |
|---|---|---|--|
| IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO  |   |   |  |
| 12) Controles o inspecciones  | 13) Recursos  | 14) Documentos y formatos   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo de Actividades de Capacitación</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Mobiliario de Oficina</li> <li>Útiles de oficina</li> <li>Profesionales Especializados</li> <li>Aulas para docencia</li> <li>Materiales de oficina</li> <li>Red de Telesalud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Anual de Docencia</li> <li>Guías de prácticas clínicas y guías de procedimiento médicos.</li> <li>Normas técnicas y planes en recursos humanos en salud.</li> <li>Campo Clínico del INSN SB</li> <li>Constancia de Rotación</li> </ul>  |  |
| EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO  |   |   |  |
| 15) Registros   |   | 16) Indicadores   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de ingreso de residentes</li> <li>Registro de asistencia de residentes</li> <li>Registro de evaluación de Docencia</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de vacantes de residentado ocupadas</li> <li>Porcentaje de solicitud de residentado aceptadas</li> <li>Porcentaje de residentados aprobados</li> <li>Porcentaje de rotación de alumnos de pregado aceptadas</li> <li>Porcentaje de profesional de la salud capacitado por la Institución.</li> <li>Nivel de satisfacción (Profesionales de Salud, Universidades y Establecimientos de Salud)</li> </ul> |  |





## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

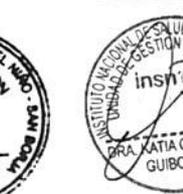
|                    |  |                         |   |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PM.05 Gestión del desarrollo de la atención especializada a las regiones   | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia.  |
| <b>2) Objetivo</b> | Brindar el acceso y fortalecer la atención especializada en el campo de sus competencias a los establecimientos de salud de las regiones del país.   | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley General de la Salud</li> <li>• Plan nacional de telesalud.</li> <li>• Norma Técnica de Salud en Telesalud.</li> <li>• Reglamento de Establecimientos de Salud y Apoyo</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | El proceso comprende a todas las Unidades orgánicas.<br><br>El proceso inicia con la solicitud o identificación de las necesidad de salud, hasta el otorgamiento de la asistencia técnica, trasferencias tecnológicas y telesalud. | <b>6) Clasificación</b> | Proceso Misional.   |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| <b>7) Proveedores</b>   | <b>8) Entradas</b>   | <b>9) Procesos Nivel 1</b>   | <b>10) Salidas</b>   | <b>11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios</b>  |
|---|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• IGSS.</li> <li>• Personal Profesional de salud y Administrativo.</li> <li>• Establecimientos de Salud a nivel nacional.</li> <li>• Gobiernos Regionales y Locales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requerimiento de telesalud (- Teleconsulta -Teleasistencia técnica - Tele capacitación - Telegestión)</li> <li>• Requerimiento o necesidad de campaña a regiones</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PM.05.1 Asistencia Técnica Presencial Especializada en Regiones</li> <li>• PM.05.2 Asistencia Técnica Especializada por tele salud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia técnica especializada en regiones</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes</li> <li>• Personal Profesional de salud y Administrativo</li> </ul> |

## IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| <b>12) Controles o inspecciones</b>   | <b>13) Recursos</b>  | <b>14) Documentos y formatos</b>   |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de funcionamiento de equipos</li> <li>• Monitoreo para la ejecución de</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambientes</li> <li>• Equipos de Telesalud</li> <li>• Profesionales Asistenciales y</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Trabajo</li> <li>Manuales de Procedimientos</li> <li>Consentimiento Informado de</li> </ul> |





|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>asistencia por telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de implementación de campañas</li> </ul> | <p>Administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliario</li> <li>• Equipo de Computo</li> <li>• Internet</li> <li>• Materiales de oficina</li> </ul> | <p>Teleconsulta</p> <p>Ficha resumen del caso</p> <p>Formato de Informe de teleconsulta</p> <p>Ficha de monitoreo del paciente</p> <p>Programa de Campañas</p> <p>Informe de evaluación de campañas</p> |
|---|---|---|

**EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO**

| <b>15) Registros</b>   | <b>16) Indicadores</b>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo del paciente</li> <li>• Informe de teleconsulta</li> <li>• Registro de pacientes atendidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de satisfacción del servicio prestado (profesionales y pacientes)</li> <li>• Porcentaje de asistencia técnica a regiones con convenios</li> </ul> |



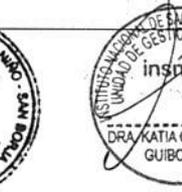
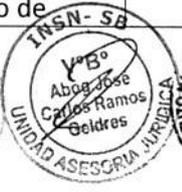


## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |   |                         |   |
|--------------------|---|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PS.01 Administración de Finanzas  | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de la Unidad de Administración   |
| <b>2) Objetivo</b> | Proporcionar y administrar los recursos presupuestales y financieros necesarios para el adecuado funcionamiento del Instituto, asegurando una gestión eficiente oportuna y transparente.  | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.</li> <li>Ley N° 28112, Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público.</li> <li>Decreto Supremo N° 304-2012-EF aprueba el TUO de la Ley 28411 - Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.</li> <li>Ley de Presupuesto del Sector Público, del ejercicio fiscal del año en curso.</li> <li>R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamiento de Política Tarifaria en el Sector Salud".</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | <p>El proceso comprende al Equipo de Economía y Equipo de Seguros de la Unidad de Administración y a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto.</p> <p>El proceso inicia con la programación del recurso financiero y finaliza con los controles e informes de ejecución de gastos.</p> | <b>6) Clasificación</b> | Proceso de soporte  |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores   | 8) Entradas  | 9) Procesos Nivel 1  | 10) Salidas  | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios  |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>MEF</li> <li>IGSS</li> <li>SIS</li> <li>Essalud</li> <li>Equipo de Logística</li> <li>Equipo de Recursos Humanos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Presupuesto Institucional de Apertura - IGSS.</li> <li>Presupuesto Institucional Modificado - IGSS.</li> <li>Cuadro de Necesidades de Bienes y Servicios</li> <li>Consumo de</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PS.01.1 Programación del Recurso Financiero</li> <li>PM.01.2 Administración del Recurso Financiero</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Presupuesto Institucional de Apertura.</li> <li>Presupuesto Institucional Modificado.</li> <li>Estados Financieros</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de Logística</li> <li>Equipo de Recursos Humanos</li> <li>Dirección General del INSN SB</li> <li>IGSS</li> </ul> |





|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | Prestaciones de salud realizadas   |  |  |
| <b>IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO</b> |  |  |  |
| <b>12) Controles o inspecciones</b>   | <b>13) Recursos</b>  | <b>14) Documentos y formatos</b>   |  |
| Auditoria financiera de prestaciones de salud                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de cómputo</li> <li>• Mobiliario de oficina</li> <li>• Útiles de oficina</li> <li>• Sistema de información – SIGA, SIAF</li> <li>• Ambientes</li> <li>• Personal Técnico y Especialista</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas del sistema administrativo.</li> <li>• Normas de gasto de fondos del SIS.</li> <li>• Planes Institucionales</li> <li>• Boleta de venta</li> <li>• Formato Único de Atención del SIS</li> </ul> |  |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>                                     |  |  |  |
| <b>15) Registros</b>  | <b>16) Indicadores</b>   |  |  |
| Registro de consumo de pacientes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de ejecución presupuestal</li> <li>• Ingresos vs egresos</li> <li>• Porcentaje de Recaudación de Ingresos</li> <li>• Porcentaje de disminución de deudas</li> </ul>                            |  |  |





## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |  |                         |   |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PS.02 Administración Logística   | <b>4) Responsable</b>   | Jefe de Equipo de Logística   |
| <b>2) Objetivo</b> | Lograr la oportuna y adecuada contratación, control y mantenimiento de Bienes y Servicios necesarios para el adecuado funcionamiento de la institución.  | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento</li> <li>Manual de Administración de almacenes para el sector público nacional R.J N° 335-90-INAP/DNA</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | El proceso comprende al Equipo de Logística, Equipo de Servicios Generales, Servicio de Farmacia, Servicio de Nutrición.<br><br>Comprende acciones desde la programación, adquisición, recepción, almacenamiento hasta el control de bienes y servicios adquiridos | <b>6) Clasificación</b> | Proceso de soporte  |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores  | 8) Entradas   | 9) Procesos Nivel 1  | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios              |
|---|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>Proveedores de Bienes y Servicios</li> <li>Unidad de Planeamiento y Presupuesto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de pedidos</li> <li>Presupuesto Institucional</li> <li>Inventario patrimonial.</li> <li>Existencias de almacén.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PS.02.1 Programación de bienes y servicios</li> <li>PS.02.2 Administración de bienes y servicios</li> <li>PS.02.3 Almacenamiento y Distribución de bienes</li> <li>PS.02.4 Administración de Servicios Generales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan anual de contrataciones.</li> <li>Bien o servicio</li> <li>Inventario de existencia de bienes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> </ul> |

## IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| 12) Controles o inspecciones                             | 13) Recursos  | 14) Documentos y formatos  |
|--|---|--|
| Control de recepción de bienes<br>Control de inventarios | Equipo de cómputo<br>Mobiliario de oficina<br>Materiales de oficina | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Institucionales</li> <li>Plan Anual de Contrataciones</li> <li>Plan Anual de Altas y Bajas de</li> </ul> |





|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Sistema de Información – SIGA, SIAF<br>Ambientes<br>Técnicos y Especialistas | bienes patrimoniales - IGSS.<br>• Orden de Compra y Servicios<br>• Contratos<br>• PECOSA<br>• Kardex   |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>                             |  |  |
| <b>15) Registros</b>  |  | <b>16) Indicadores</b>   |
| Registro de Pedidos<br>Registro de Orden de Compra y Servicio<br>Kardex |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de requerimientos atendidos oportunamente</li> <li>• Porcentaje de incidencias en la entrega</li> <li>• Porcentaje de bienes en condición de baja</li> </ul> |



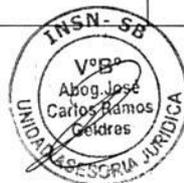


## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |   |                         |   |
|--------------------|---|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PS.06 Gestión del Equipamiento e Infraestructura  | <b>4) Responsable</b>   | Jefe de Equipo de Servicios Generales   |
| <b>2) Objetivo</b> | Mantener en óptimas condiciones la infraestructura y equipamiento hospitalario, en cumplimiento de estándares, planes y lineamientos establecidos por el IGSS   | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• RM N 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.</li> <li>• R.M. N° 335-2005 Estandares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo</li> <li>• R.M. No 016-98-SADM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales,</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | <p>El proceso comprende al Equipo de Servicios Generales y la Empresa Tercerizada</p> <p>El proceso inicia con el requerimiento de programación del mantenimiento y finaliza con la atención del mismo y su evaluación.</p> | <b>6) Clasificación</b> | Proceso de soporte  |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores  | 8) Entradas  | 9) Procesos Nivel 1   | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios  |
|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MINSA</li> <li>• IGSS</li> <li>• Defensa Civil</li> <li>• Unidades orgánicas</li> <li>• Gestora Peruana de Hospitales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de remodelación, acondicionamiento, construcción de ambientes</li> <li>• Necesidad de mantenimiento de equipos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PS.06.1 Identificación y Priorización de Equipamiento e Infraestructura</li> <li>• PS.06.2 Mantenimiento de la Infraestructura Física y equipamiento hospitalario</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de mantenimiento de equipo atendido</li> <li>• Servicio de remodelación o acondicionamiento de infraestructura atendido</li> <li>• Necesidad de reposición de equipamiento.</li> <li>• Necesidad de mejora de la infraestructura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades orgánicas</li> <li>• Unidad de Planeamiento y Presupuesto</li> </ul> |





| IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO |   |   |
|--|---|---|
| 12) Controles o inspecciones   | 13) Recursos  | 14) Documentos y formatos   |
| Control de operatividad de equipamiento                                  | Equipo de Cómputo<br>Mobiliario de Oficina<br>Equipamiento para mantenimiento<br>Materiales y herramientas<br>Técnico y Especialistas<br>Ambientes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes Institucionales</li> <li>• Plan de Mantenimiento de infraestructura y equipamiento hospitalario del IGSS</li> <li>• Solicitud de mantenimiento</li> <li>• Inventario de equipamiento</li> </ul> |
| EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO                                     |   |   |
| 15) Registros  | 16) Indicadores   |   |
| Reporte de mantenimientos atendidos                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de equipamiento y ambientes operativos</li> <li>• Tiempo de respuesta de atención</li> <li>• Nivel de satisfacción del servicio prestado</li> </ul> |   |



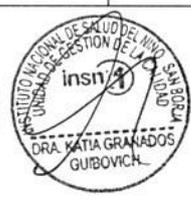


FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |  |                         |   |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PS.04 Administración de Tecnologías de la Información  | <b>4) Responsable</b>   | Director Ejecutivo de la Unidad de Tecnología de la Información   |
| <b>2) Objetivo</b> | Proporcionar recursos de tecnologías de la información y comunicaciones de la institución, asegurando su suficiencia, relevancia, calidad, oportunidad, disponibilidad y seguridad a nivel de software y hardware.   | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley General de la Salud</li> <li>Norma Técnica Peruana ISO/IEC 27001-2008 de Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información</li> <li>Norma Técnica 022 MINSA Historia Clínica en los Establecimientos de Salud</li> <li>Norma Técnica Peruana 12297 Ciclo de Vida del Software</li> <li>Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su reglamento D. S. N° 072-2003-PCM.</li> <li>Plan de Desarrollo de la Sociedad de la Información en el Perú – La agenda digital peruana, R.D. N° 031-2006-PCM.</li> <li>Guía para elaborar la formulación y evaluación del Plan Operativo Informático de las entidades de administración pública.</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | El proceso comprende a la Unidad de Tecnología de la Información<br><br>El proceso inicia con la identificación de la necesidad de soporte o tecnología de información, su atención hasta el control de operatividad de las Tecnologías de la Información. | <b>6) Clasificación</b> | Proceso de soporte  |

DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores  | 8) Entradas   | 9) Procesos Nivel 1   | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios   |
|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>MINSA</li> <li>PCM</li> <li>IGSS</li> <li>COSAPI</li> <li>OPTICAL</li> <li>TEMPUS</li> <li>GEPEHO</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de necesidad de tecnología de información y de comunicación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PS.04.1 Implementación de Soluciones Tecnológicas</li> <li>PS.04.2 Control de Operatividad de TIC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nueva Funcionalidad de Sistemas de Información</li> <li>Sistemas de Información Integrados de</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>Instituciones del Estado</li> <li>Organismos Supervisores y Reguladores</li> </ul> |





|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades Orgánicas</li> </ul> |  |  | <p>forma interna y externa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de servicios de TI (sistemas, bases de datos, equipos informáticos y de comunicaciones servicios de correo, red y otros)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciudadanos</li> </ul> |
|--|--|--|--|--|

**IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO**

| 12) Controles o inspecciones                         | 13) Recursos  | 14) Documentos y formatos  |
|--|---|--|
| <p>Control de operatividad de Servidores y Redes</p> | <p>Datacenter<br/>Servidores<br/>Redes<br/>Central de Comunicaciones<br/>Servicio de acceso a Internet<br/>Servicio de telefonía fija y móvil<br/>Equipos de cómputo<br/>Mobiliario de oficina<br/>Útiles de oficina<br/>Sistemas de Información<br/>Técnicos y Especialistas</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan estratégico de tecnologías de información (PETI) - IGSS.</li> <li>• Planes Institucionales</li> <li>• Plan Operativo Informático</li> <li>• Plan de Contingencia</li> <li>• ITIL V 3</li> <li>• MAPRO de GEPEHO</li> <li>• Solicitud de Acceso a los Servicios de Tecnología de la Información</li> <li>• Solicitud de Traslado de Equipos Informáticos</li> <li>• Formato de Requerimientos de Desarrollo de Sistemas</li> <li>• Contratos y garantías</li> </ul> |

**EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO**

| 15) Registros  | 16) Indicadores  |
|--|--|
| <p>Programación y Ejecución de Copias de Respaldo<br/>Control de Medios de Backup<br/>Control de Ingreso a Datacenter<br/>Pase a producción<br/>Control de Restauración de Backups<br/>Control de Pruebas de Backups</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de Ejecución del POI</li> <li>• Nivel de satisfacción del servicio prestado</li> <li>• Porcentaje de Incidencias Reportadas vs Atendidas</li> <li>• Porcentaje de Requerimientos solicitados vs Atendidos</li> <li>• Porcentaje de Disponibilidad de Servicios por año</li> <li>• Porcentaje de usuarios afectados por incidentes</li> </ul> |





## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |  |                         |  |
|--------------------|--|-------------------------|--|
| <b>1) Nombre</b>   | PS.05 Gestión de Recursos Humanos  | <b>4) Responsable</b>   | Jefe de Equipo de Recursos Humanos   |
| <b>2) Objetivo</b> | Disponer del adecuado capital humano institucional, en términos de los perfiles y las competencias necesarias para el cabal cumplimiento de la finalidad del instituto, promoviendo el desarrollo de buenas prácticas y asegurando una gestión eficiente, oportuna y transparente. | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N°26842, Ley General de Salud</li> <li>Ley N° 23536, Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud.</li> <li>Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público</li> <li>D.S. N° 040-2014-PCM, Aprueba el reglamento de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.</li> <li>D.L. N° 1153, Que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | El proceso comprende al Equipo de Recursos Humanos.<br><br>El proceso inicia con la identificación de la necesidad de recurso humano, su incorporación, administración y bienestar del empleo hasta el cese.   | <b>6) Clasificación</b> | Proceso de soporte   |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores   | 8) Entradas  | 9) Procesos Nivel 1  | 10) Salidas   | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios              |
|--|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>MINSA</li> <li>IGSS</li> <li>SERVIR</li> <li>Ministerio de Trabajo</li> <li>Unidades Orgánicas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de Personal</li> <li>Diagnóstico de necesidades de recursos humanos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PS.05.1 Organización del Recurso Humano</li> <li>PS.05.2 Administración del Empleo y Compensación</li> <li>PS.05.3 Administración del Bienestar y Desarrollo de las Personas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Personal con competencias según el perfil del puesto</li> <li>Personal cesado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> </ul> |

## IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO

| 12) Controles o inspecciones                             | 13) Recursos   | 14) Documentos y formatos  |
|--|--|--|
| Control de Asistencia y Permanencia<br>Control de legajo | Equipo de cómputo<br>Mobiliario de oficina<br>Útiles de oficina<br>Sistema de Información (SIAF, SIGA, Control de Asistencia)<br>Ambientes | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Institucionales</li> <li>Normas del sistema administrativo</li> <li>Plan de gestión de recursos humanos - IGSS.</li> <li>Manual de perfiles de puestos.</li> </ul> |





|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
|   | Técnicos y Especialistas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de Capacitación</li> <li>• Evaluación de Desempeño</li> <li>• Planilla</li> </ul>                                      |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>   |                          |   |
| <b>15) Registros</b>  |                          | <b>16) Indicadores</b>  |
| Registro de Asistencia<br>Registro de Capacitación<br>Registro de Evaluación de Desempeño |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de recursos humanos con competencias requeridas</li> <li>• Clima laboral</li> <li>• Siniestralidad laboral</li> </ul> |





## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|   |   |  |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|
| <b>1) Nombre</b>  | PS.06 Asesoría en Asuntos Legales y Jurídicos   | <b>4) Responsable</b>  | Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica   |   |  |
| <b>2) Objetivo</b>  | Brindar asesoría legal en relación a procesos judiciales y administrativos al instituto , así como salvaguardar el derecho a la defensa legal.  | <b>5) Requisitos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Marco legal nacional.</li> <li>Directivas del MINSA</li> <li>Directivas del IGSS</li> <li>Disposiciones del Ministerio Público</li> </ul> |   |  |
| <b>3) Alcance</b>   | El proceso comprende a la Unidad de Asesoría Jurídica.<br><br>El proceso inicia desde la recepción de la solicitud de asistencia técnica o defesa legal, su tratamiento hasta la opinión técnica legal o procesamiento de la defensa legal correspondiente. | <b>6) Clasificación</b>  | Proceso de soporte   |   |  |
| <b>DESCRIPCION DEL PROCESO</b>  |   |  |  |   |  |
| <b>7) Proveedores</b>   | <b>8) Entradas</b>  | <b>9) Procesos Nivel 1</b>   | <b>10) Salidas</b>   | <b>11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>MINSA</li> <li>IGSS</li> <li>Ministerio Público</li> <li>Unidades Orgánicas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de asistencia técnica</li> <li>Solicitud de defensa legal</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>PS.06.1 Asesoría Legal</li> <li>PS.06.2 Procesamiento de la Defensa Legal</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de opinión técnico legal.</li> <li>Proyectos de resoluciones directorales y otros.</li> <li>Acciones de defensa legal</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>MINSA</li> <li>IGSS</li> <li>Ministerio Público</li> </ul> |  |
| <b>IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO</b>   |   |  |  |   |  |
| <b>12) Controles o inspecciones</b>   |   | <b>13) Recursos</b>  |  | <b>14) Documentos y formatos</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de normas legales</li> </ul>  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de cómputo</li> <li>Mobiliario de oficina</li> <li>Útiles de oficina</li> <li>Asistente y Especialistas</li> <li>Ambiente</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Institucionales</li> <li>Directivas institucionales.</li> </ul>                 |  |
| <b>EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO</b>   |   |  |  |   |  |
| <b>15) Registros</b>  |   |  | <b>16) Indicadores</b>   |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de Informes técnicos legales</li> </ul>                                       |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de asistencia técnica atendida en el plazo establecido</li> <li>Porcentaje de asistencia técnica atendida</li> </ul>           |   |  |



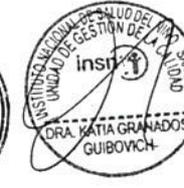


## FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0

|                    |  |                         |   |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| <b>1) Nombre</b>   | PS.07 Administración Documentaria  | <b>4) Responsable</b>   | Equipo de Administración de Trámite Documentario  |
| <b>2) Objetivo</b> | Asegurar el trámite y archivo de documentos generados o recibidos en la institución, garantizando su integridad, confidencialidad y disponibilidad.  | <b>5) Requisitos</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley de transparencia y acceso a la información.</li> <li>D.L. N° 19414, que declara de utilidad pública la defensa, conservación e incremento del Patrimonio Documental de la Nación, y su reglamento, aprobado por D. S. N° 022-75-ED.</li> <li>Ley N° 25323, Ley del Sistema Nacional de Archivos, y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 008-92-JUS, y sus modificatorias.</li> <li>R.J. N° 073-85/AGN-J, que aprueba las “ Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos para el Sector Público Nacional”</li> <li>R.M. N° 159-2004/MINSA, Directiva N° 001-MINSA-V.02 “Normas y Procedimientos para el Uso, Elaboración, Presentación y remisión de Comunicaciones Escritas”.</li> </ul> |
| <b>3) Alcance</b>  | <p>El proceso comprende al Equipo de Administración de Trámite Documentario y al área de Archivo de Historias Clínicas, así como la secretaría de cada Unidad Orgánica.</p> <p>El proceso inicia desde la recepción de la documentación, su custodia, control y disposición final.</p> | <b>6) Clasificación</b> | Proceso de soporte  |

## DESCRIPCION DEL PROCESO

| 7) Proveedores  | 8) Entradas   | 9) Procesos Nivel 1   | 10) Salidas  | 11) Ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios   |
|---|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciudadano</li> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>Área de Admisión y Alta</li> <li>MINSA</li> <li>IGSS</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente o requerimiento de información</li> <li>Historia Clínica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>PS.07.1 Administración de Sistemas de Trámite Documentario</li> <li>PS.07.2 Administración del Archivo Documentario</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente o requerimiento de información</li> <li>Historia Clínica</li> <li>Informe situacional de documentación.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciudadano</li> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>Área de Admisión y Alta</li> <li>MINSA</li> <li>IGSS</li> </ul> |





| IDENTIFICACION DE RECURSOS CRITICOS PARA EJECUCION Y CONTROL DEL PROCESO        |   |   |
|---|---|---|
| 12) Controles o inspecciones  | 13) Recursos  | 14) Documentos y formatos   |
| Control de recepción de documentos<br>Control de custodia de documentos         | Equipo de Cómputo<br>Módulo de recepción<br>Materiales de oficina<br>Equipos de comunicación<br>Sistema de Trámite Documentario<br>Anaqueles<br>Ambientes<br>Técnicos y especialistas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas del archivo general de la nación.</li> <li>• Directivas en materia de administración documentaria.</li> <li>• Hoja de Trámite Documentario</li> </ul> |
| EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO  |   |   |
| 15) Registros   | 16) Indicadores   |   |
| Registro de recepción y salida de documentos<br>Entrega de cargo de información | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo espera de respuesta a solicitud de documentación</li> <li>• Porcentaje de incidencias de custodia de documentos</li> </ul>            |   |





## CAPITULO V. ROLES Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES DEL PROCESO

Teniendo como referencia a la acción de “Asignación formal de los responsable de cada proceso”, definidas en el Plan de Trabajo para la Implementación de la Gestión por Procesos del INSN- SB correspondientes al objetivo específico N° 2 , se describe a continuación los roles de cada participante de la implementación:

### 1.1. Dirección General

- Garantizar la implementación de la gestión por procesos en el INSN – SB, asegurando los recursos necesarios.

### 1.2. Unidad de Planeamiento y Presupuesto

- Conducir la implementación de la Gestión por Procesos en el INSN- SB.
- Proporcionar y promover el uso de métodos y técnicas para la implementación.
- Brindar Asistencia Técnica para aplicar la metodología de formulación, análisis y mejora de los procesos.
- Formular y asegurar el cumplimiento del Plan de Trabajo para la implementación de la Gestión por Procesos.
- Gestionar la aprobación de la documentación relacionada para la implementación.

### 1.3. Comité de Gestión por Procesos

Es designado por la Dirección General mediante Resolución Directoral, y sus roles son:

- Llevar a cabo la implementación de la Gestión por Procesos
- Capacitar a los Responsables de Procesos y a los Equipos Internos de Trabajo.
- Evaluar las acciones de mejora de los procesos.

### 1.4. Responsable de Procesos

Es designado por la Dirección General mediante la Matriz de Responsable de Procesos, y sus roles son:

- Garantizar que el bien y servicio que genera el proceso sea ofrecido en las mejores condiciones al ciudadano o destinatario del mismo.
- Validar el Mapa de Procesos, la documentación de los procesos (fichas de procesos y fichas de indicadores) y los Manuales de Gestión de Procesos y Procedimientos.
- Evaluar el desarrollo del proceso así como las propuestas de mejora solicitando la implementación de las mismas al Comité de Gestión por Procesos.





### 1.5. Equipos Internos de Trabajo

Esta conformado por los coordinadores de procesos, que son los representantes de los Órganos y Unidades Orgánicas de la Entidad, designados por los responsables de dichos órganos y unidades con Memorandum, y sus roles son:

- Ser el enlace entre la Unidad de Planeamiento y Presupuesto con el Órgano o Unidad Orgánica al cual representa.
- Participar activamente en las reuniones programadas por el Comité de Gestión por Procesos.
- Sensibilizar a los integrantes del Órgano o Unidad Orgánica al cual representa.
- Elaborar la documentación del proceso de acuerdo a lo determinado por el Responsable del proceso.
- Gestionar los registros que evidencien los avances de la implementación, como por ejemplo las Actas de reuniones, versiones de documentos de procesos, entre otros.
- Medir el desempeño del proceso, detectar probables irregularidades y promover las propuestas de mejora en los procesos.
- Mantener informado a sus respectivas jefaturas sobre los avances de la implementación de la gestión por procesos.

### 1.6. Personal del INSN - SB

- Participar activamente en las reuniones de sensibilización.
- Implementar los procedimientos y registros definidos en el Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos.
- Proponer acciones de mejora de los procesos.





PERÚ Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Tabla N° 2 – Matriz de Responsable del Proceso

| RESPONSABLE DEL PROCESO  | SECRETARÍA DE LA DIRECCIÓN GENERAL | DIRECTOR ADJUNTO | DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO | JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | DIRECTOR DE LA UNIDAD DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN | JEFE DE EQUIPO DE COMUNICACIONES | DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA | DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE SOPORTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO | DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN, TECNOLOGÍA Y DOCENCIA | JEFE DE EQUIPO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS | JEFE DE EQUIPO DE LOGÍSTICA | JEFE DE EQUIPO DE SERVICIOS GENERALES | JEFE DE EQUIPO DE RECURSOS HUMANOS | JEFE DE LA UNIDAD DE ASESORIA JURÍDICA |
|--|------------------------------------|------------------|---|--|---|----------------------------------|--|---|---|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| DIRECCIÓN Y PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL   |                                    |                  | x   |  |   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE LA CALIDAD  |                                    |                  |   | x  |   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA  |                                    | x                |   |  |   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL   |                                    |                  |   |  |   | x                                |  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE ALTA ESPECIALIZACIÓN                |                                    |                  |   |  |   |                                  | x  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA ATENCIÓN DE ALTA ESPECIALIZACIÓN          |                                    |                  |   |  |   |                                  |  | x   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DEL DESARROLLO EN INVESTIGACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE ALTA ESPECIALIZACIÓN |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   | x   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE LA DOCENCIA PARA LA ATENCIÓN DE ALTA ESPECIALIZACIÓN                  |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   | x   |   |                             |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LAS REGIONES                |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   | x   |   |                             |                                       |                                    |  |
| ADMINISTRACIÓN DE FINANZAS   |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   |   | x   |                             |                                       |                                    |  |
| ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA   |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   |   |   | x                           |                                       |                                    |  |
| GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA  |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   |   |   |                             | x                                     |                                    |  |
| ADMINISTRACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN                                  |                                    |                  |   |  | x   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |
| ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS   |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       | x                                  |  |
| ASESORÍA EN ASUNTOS LEGALES Y JURÍDICOS  |                                    |                  |   |  |   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       |                                    | x                                      |
| ADMINISTRACIÓN DOCUMENTARIA  | x                                  |                  |   |  |   |                                  |  |   |   |   |                             |                                       |                                    |  |



