



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRÍA DE GESTIÓN EN SALUD**

**Tesis**

Gestión de procesos y autoevaluación de las instituciones prestadoras de servicios  
de salud de la Microred Yanaoca – Cusco 2024

**Para optar el Grado Académico de  
Maestro de Gestión en Salud**

**Presentado por:**

**Autora:** Peñalva Saji, Yeny


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0007-8630-1187>

**Asesor:** Dr. Loayza Alarico, Manuel Jesús

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5535-2634>

**Lima – Perú**

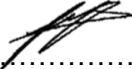
**2025**


 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, Yeny Peñalva Saji Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “Gestión de procesos y autoevaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Microred Yanaoca – Cusco 2024” Asesorado por el docente: Manuel Jesús Loayza Alarico Con DNI 10313361 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5535-2634> tiene un índice de similitud de (14) (Catorce)% con código oid:14912:449507544 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

  
 .....  
 Yeny Peñalva Saji  
 DNI: 25002163

  
 .....  
 Manuel Jesús Loayza Alarico  
 DNI: 10313361

Lima, 15 de abril de 2025

## **Dedicatoria**

Primero al padre celestial por ser el principio de vida, a mis padres Yolanda y Demetrio quienes me impulsan a lograr mis anhelos, a mis hermanos Renzo, Nayka y Arnaldo quienes me motivan siempre y Jesús mi compañero de vida que me inspira a seguir adelante, cumpliendo cada sueño y meta trazada.

## **Agradecimiento**

A mi asesor y maestros de la prestigiosa Universidad Privada Norbert Wiener, quienes me brindaron las herramientas necesarias en este proceso de formación académica.

A mis amigos y compañeros de la maestría quienes estuvieron a mi lado con su apoyo incondicional y acertados consejos.

## INDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de tablas.....	ix
Índice de gráficos.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPITULO I - EL PROBLEMA.....	1
1.1    Planteamiento del problema.....	1
1.2    Formulación del problema.....	6
1.2.1    Problema general.....	6
1.2.2    Problemas específicos.....	6
1.3    Objetivos de la Investigación.....	7
1.3.1    Objetivo general.....	7
1.3.2    Objetivos específicos.....	7
1.4    Justificación de la Investigación.....	7
1.5    Limitaciones de la Investigación.....	8
CAPÍTULO II - MARCO TEORICO.....	9
2.1    Antecedentes de la Investigación.....	9
2.1.1    Internacionales.....	9
2.1.2    Nacionales.....	13
2.2    Bases Teóricas.....	16
2.2.1    Fundamento teórico gestión de procesos.....	16
2.2.2    Norma Internacional ISO 9001:2008.....	17
2.2.3    “Norma Internacional ISO 9000:2015”.....	17
2.3.4    Modelo EFQM.....	18
2.2.5    Procesos.....	18
2.2.6    Macroprocesos.....	19
2.2.7    Fases para la Implementación de Gestión de Procesos (42).....	23
2.2.8    Acciones de mejora.....	24
2.2.8    Proyecto de mejora:.....	24
2.2.9    Plan de acción:.....	25
2.2.10    Fundamento Teórico de Autoevaluación.....	25
2.2.11    “Estándares y Criterios de Evaluación”.....	25
2.2.12    “Listado de Estándares de Acreditación”.....	26
2.3    Formulación de Hipótesis.....	28

2.3.1	Hipótesis General:.....	28
2.3.2	Hipótesis Específicas:.....	28
CAPÍTULO III - METODOLOGÍA .....		29
3.1	Método de Investigación:.....	29
3.2	Enfoque de Investigación: .....	29
3.3	Tipo de Investigación: .....	29
3.4	Diseño de Investigación:.....	30
3.5	Población, muestra y muestreo .....	30
3.5.1	Población: .....	30
3.5.2	Muestra: .....	31
3.5.3	Muestreo:.....	31
3.5.4	Criterios de Selección:.....	31
3.6	Variables y Operacionalización .....	32
3.7	Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos .....	36
3.7.1	Técnica.....	36
3.7.2	Descripción de Instrumentos .....	36
3.7.3	Validación.....	37
3.7.4	Confiabilidad.....	38
3.8	Procesamiento y Análisis de datos.....	38
3.9	Aspectos éticos .....	38
CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....		40
4.1	Resultados.....	40
4.1.1	Análisis Descriptivo de Resultados.....	40
4.1.1	Prueba de Hipótesis.....	47
4.1.2	Discusión de Resultados .....	53
CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		57
5.1	Conclusiones.....	57
5.2	Recomendaciones .....	58
REFERENCIAS .....		60
ANEXOS.....		98
	Anexo Nro 01: Matriz de Consistencia .....	98
	Anexo Nro. 02: Instrumentos para la Gestión de la Calidad (RM N° 095-2012/MINSA) .....	99
	Anexo Nro. 03: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo (NT N° 050-MINSA/DGSP-V02).....	103
	Anexo Nro. 04: Instrumentos .....	110
	Listado de Estándares Nivel I-4 (NT N° 050-MINSA/DGSP-V02) .....	110
	Anexo Nro. 05: Carta de Aprobación de la Microred Yanaoca para realizar el trabajo de Investigación .....	134

Anexo Nro 06. Mapa de la Red de servicios Canas Canchis Espinar y de la Microred Yanaoca .....	135
Anexo Nro. 07: IPRESS de la Jurisdicción de la Microred Yanaoca .....	137
Anexo Nro. 08: Personal de Salud de las IPRESS de la Jurisdicción de la Microred Yanaoca .....	138
Anexo Nro. 09: Cronograma de Actividades Gestión de Procesos.....	139
Anexo Nro. 10: Identificación y Aprobación de Roles y Funciones del Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca 2024.....	142
Anexo Nro. 11: Identificación de Procesos de la Microred Yanaoca 2024 .....	145
Anexo Nro. 12: Identificación de Productos y Personas de los Procesos de la Microred Yanaoca 2024.....	148
Anexo Nro. 13: Determinación de Objetivos de los Procesos de la Microred Yanaoca 2024 .....	151
Anexo Nro. 14: Difusión de las Actividades realizadas por el Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de abril del 2024 .....	154
Anexo Nro. 15: Designación de Dueños y representantes de dueños de Procesos Microred Yanaoca.....	157
Anexo Nro. 16: Elaboración de la Matriz para registrar datos de la Identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	160
Anexo Nro. 17: Identificación y registro de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	162
Anexo Nro. 18: Identificación de las Personas y Recursos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	193
Anexo Nro. 19: Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos..... en la Microred Yanaoca periodo 2024 .....	197
Anexo Nro. 20: Elaboración de Indicadores de Desempeño de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	207
Anexo Nro. 21: Control de la Primera Fase de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	232
Anexo Nro. 22: Elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024 .....	235
Anexo Nro. 23: Revisión y Aprobación de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024 .....	237
Anexo Nro. 24: Difusión de las Actividades realizadas por el Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de mayo del 2024.....	284
Anexo Nro. 25: Medición y Aplicación de los Indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	287
Anexo Nro. 26: Comparación de los Resultados con la meta y objetivos de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024 .....	290
Anexo Nro. 27: Identificación de Brechas y problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024 .....	296
Anexo Nro. 28: Control de la Segunda Fase de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	300

Anexo Nro. 29: Elaboración de Flujogramas de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	303
Anexo Nro. 30: Identificación y Selección de problemas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	327
Anexo Nro. 31: Análisis de Causa y Efecto de los Problemas Priorizados en los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	332
Anexo Nro. 32: Selección e Implementación de Acciones de Mejora de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	341
Anexo Nro. 33: Control de la Tercera Fase de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	351
Anexo Nro. 34: Difusión de las Actividades realizadas por el Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de junio y julio del 2024 .....	354
Anexo Nro. 35: Aprobación y Difusión de documentos por el Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de junio y julio del 2024 .....	357
Anexo Nro. 36: Nivel de Desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos en las IPRESS Microred Yanaoca periodo 2024.....	360
Anexo Nro. 37: Difusión de los Resultados de Autoevaluación Microred Yanaoca periodo 2024.....	364
Anexo Nro. 38: Informe del Asesor del Turnitin .....	377

## Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de Variables .....	33
Tabla 2. Nivel de desempeño de la implementación de las fases en Gestión de Procesos .....	40
Tabla 3. Nivel de desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos en las IPRESS de la Microred Yanaoca .....	41
Tabla 4. Nivel de Desempeño de la implementación de Gestión de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.....	42
Tabla 5. Resultados de la Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024 .....	43
Tabla 6. Escala de resultados de la Autoevaluación .....	44
Tabla 7. Resultados Autoevaluación por IPRESS y Procesos .....	45
Tabla 8. Comparación de Autoevaluación 2021-2024.....	46
Tabla 9. Análisis Correlacional entre Gestión de Procesos y Autoevaluación .....	47
Tabla 10. Análisis Correlacional entre Procesos Gerenciales y Autoevaluación .....	48
Tabla 11. Análisis Correlacional entre Procesos Misionales y Autoevaluación .....	50
Tabla 12. Análisis Correlacional entre Procesos de Apoyo y Autoevaluación .....	51

## Índice de gráficos

Figura 1. Mapa de procesos.....	19
Figura 2. Mapa de Macroprocesos MINSA.....	23
Figura 3. Resumen de estándares y criterios de evaluación y acreditación de establecimientos de salud .....	27
Figura 1. Resultados del desempeño de cumplimiento según Estándares de los Macroprocesos 2024.....	46

## Resumen

**Objetivo:** Demostrar la relación entre gestión de procesos y autoevaluación de las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco – 2024. **Material y Método:** Es un estudio hipotético, deductivo, de enfoque Cuantitativo, tipo Aplicada, correlacional, descriptivo, no experimental y Transversal. La población de estudio son once instituciones prestadoras de servicios de salud, se utilizó las herramientas de “Gestión de Calidad” (Matriz de priorización, Diagramas de flujo, Diagrama de Gantt y Mapa de Procesos para determinar la variable Gestión de procesos y para la Autoevaluación se aplicó los procedimientos detallados en la “Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA” **Resultados:** Se logró implementar las tres fases de gestión de Procesos en un 100% y su nivel de desempeño en la Microred Yanaoca fue Aceptable con 72,36%, los procesos gerenciales lograron un desempeño aceptable (68,56%), los misionales un Buen Desempeño (75,68%) y los de Apoyo un desempeño Aceptable (72,84%), la única IPRESS que logró un desempeño eficiente en la implementación de gestión de procesos es Yanaoca (88,20%). El nivel de desempeño de la Autoevaluación en la Microred Yanaoca es Aceptable (63%), ninguna IPRESS logró un desempeño eficiente. Se obtuvo una correlación alta y positiva entre Gestión de Procesos y Autoevaluación con un valor Rho de 0.813; la correlación entre Procesos (Gerenciales, Misionales, de Apoyo) y Autoevaluación es alta y positiva con un valor Rho de 0,722; 0,826 y 0,830 respectivamente. **Conclusiones:** Se demostró una relación significativa alta y positiva entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca, cumpliendo con los objetivos del estudio.

**Palabras Clave:** Gestión de Procesos, Procesos gerenciales, Procesos misionales, Procesos de Apoyo y Autoevaluación.

## Abstract

**Objective:** Demonstrate the relationship between process management and self-assessment in the IPRESS of the Yanaoca – Cusco – 2024 microgrid. **Material and Method:** It is a hypothetical, deductive study, with a Quantitative approach, Applied, correlational, descriptive, non-experimental and Cross-sectional. The study population is eleven institutions providing health services, the “Quality Management” tools (Prioritization Matrix, Flow Charts, Gantt Chart and Process Map) were used to determine the Process Management variable and for Self-Assessment. The procedures detailed in “Ministerial Resolution No. 095-2012/MINSA” were applied. **Results:** The three phases of Process management were implemented 100% and their level of performance in the Yanaoca Microgrid was Acceptable with 72,36%, the managerial processes achieved an acceptable performance (68,56%), the missional ones a Good Performance (75,68 %) and those of Support for Acceptable performance (72,84%), the only IPRESS that achieved efficient performance in the implementation of process management is Yanaoca (88,20%). The performance level of the Self-assessment in the Yanaoca Microgrid is Acceptable (63%), no IPRESS achieved efficient performance. A high and positive correlation was obtained between Process Management and Self-assessment with a Rho value of 0,813; The correlation between Processes (Managerial, Missional, Supportive) and Self-Evaluation is high and positive with a Rho value of 0,722; 0,826 and 0,830 respectively. **Conclusions:** A high and positive significant relationship was demonstrated between Process Management and Self-evaluation in the IPRESS of the Yanaoca Microgrid, meeting the objectives of the study.

**Keywords:** Process management, managerial processes, missional processes, Support and Self-evaluation processes.

## **Introducción**

Actualmente se reconoce la importancia de la gestión de procesos en los sistemas sanitarios en todos los niveles de atención y que estos mejoran la calidad, eficiencia y efectividad de estos servicios. La autoevaluación fomenta la mejora continua de procesos de atención sanitaria, muchos establecimientos que desean certificarse, deben prepararse para la acreditación y el primer paso es la autoevaluación.

El objetivo del estudio es demostrar la relación entre la gestión de procesos y la autoevaluación de las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco – 2024; resultados que iniciaran un ciclo de mejora continua para lograr la primera fase de la acreditación.

Este trabajo se divide en cinco capítulos para favorecer su presentación y comprensión, el capítulo I describe el planteamiento y formulación del problema; los objetivos, justificación y limitaciones del estudio.

El Capítulo II desarrolla el Marco Teórico, con los antecedentes, bases teóricas y formulación de hipótesis; en el capítulo III se desarrolla la Metodología de Investigación, se describe el método, enfoque, tipo y diseño de investigación; se describe la población y muestra; se desarrolla la operacionalización de las variables, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos.

En el capítulo IV se desarrolla la Presentación y Discusión de Resultados, con el análisis descriptivo y la prueba de hipótesis; el capítulo V desarrolla las Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se termina el estudio detallando las Referencias y Anexos.

## **CAPITULO I - EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Para lograr una cobertura sanitaria universal y acceder a servicios de salud esenciales, se debe complementar la gestión por procesos con la calidad y los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)” enfatizan a la calidad como elemento primordial. En países con escasos ingresos el 60% de las muertes se asocian a una deficiente atención, se estima que los sistemas sanitarios acreditados como establecimientos de alta calidad pueden evitar millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, miles de muertes por tuberculosis, 1 millón de muertes perinatales y reducir a la mitad la mortalidad materna. A nivel mundial aún persisten deficiencias en la estructura del sistema sanitario, donde uno de cada ocho centros sanitarios no se abastece de agua, uno de cada cinco no dispone de saneamiento y uno de cada seis no tienen lavaderos de manos en los puntos de atención.

(1)

Los sistemas sanitarios en atención primaria (APS) reconocen la importancia de los procesos de gestión en todos los niveles y que estos mejoran el acceso a los servicios sanitarios y lograr servicios con calidad, eficiencia, efectividad y esta es equitativa; mediante mecanismos que incrementen la participación individual y colectiva, esta atención se centra en las necesidades de la población y están alineadas a las normativas

para una atención con enfoque de calidad y seguridad, poniendo en práctica intervenciones intersectoriales, la atención primaria (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos). La gestión estratégica no solamente se relaciona con la planificación, también están vinculados a políticas de salud, programas para el control de enfermedades y normativas; para el logro de los desafíos sanitarios es indispensable la gestión estratégica (liderazgo), donde las autoridades sanitarias requieren fortalecer la capacidad de liderazgo, la planificación estratégica, los lineamientos en regulación y negociación. (2,3)

Históricamente el enfoque por procesos es un método relevante que las Instituciones prestadoras de salud emplean para las actividades asistenciales y administrativas y de esta manera mejorar los servicios sanitarios. Algunos autores reconocen el vínculo entre los conceptos de gestión por procesos en el ámbito sanitario y calidad, por la sinergia y la estandarización sistémica de todos los procesos institucionales. La gestión por procesos es una herramienta que se complementa con otros instrumentos, estrategia que impulsa un cambio transformador del sistema y es un método efectivo para implementar innovadoras prácticas organizacionales en los procesos seleccionados, modificando y rediseñando su diagrama de flujo. (4,5)

La gestión por procesos como estrategia organizacional facilita en los servicios sanitarios, que el componente estructural responda a la gestión estratégica para ejecutar dinámicamente los procesos y lograr un cambio, innovar los servicios sanitarios y contribuir a la excelencia en los procesos; esta gestión por procesos emplea herramientas para perfeccionar y rediseñar el flujo de trabajo, sincroniza y esquematiza los esfuerzos y flujos de gestión; es decir, integra sistemáticamente los procesos (o subprocesos)

separados para la mejora continua de las fases o pasos diseñados. En este contexto se reconoce a la relevancia de las “Normas ISO (ISOTools)” del servicio brindado por la articulación sinérgica de todos los procesos (estratégicos, operativos y de apoyo), optimizando el uso de recursos haciendo posible una gestión gestáltica y holística de los flujos de acción o actividades diseñadas para la oferta de un servicio de calidad y se diferencia de la gestión de procesos ya que este último optimiza cada uno de los procesos previamente establecidos para hacerlos más eficientes y eficaces, focalizando el logro de objetivos y resultados.(4,6)

Según la “sociedad internacional para la calidad en atención sanitaria”, la acreditación es un proceso de revisión y autoevaluación, donde organizaciones de atención sanitaria y social aplican herramientas para evaluar el nivel de desempeño según estándares establecidos para implementar acciones de mejora continua. El origen de la acreditación en el sector sanitario es presentado por la “Joint Commission on Health Care Organizations”, enfoque que se replicó y adaptó a nivel mundial principalmente en la Mancomunidad de Naciones y en los Países Bajos. (7).

En países europeos el inicio del proceso de acreditación se realizó lentamente, actualmente varios países miembros de la unión europea aplican estos programas de evaluación a la organización sanitaria, y determinan el cumplimiento de requisitos (estándares), programas diseñados para mejorar la atención con enfoque de calidad y seguridad. La acreditación permite el compromiso de una organización para asegurar la atención en un entorno seguro y reducir riesgos (pacientes y personal) por lo que la acreditación es una evaluación y se considera herramienta de gestión; donde sus

actividades garantizan y mejoran la calidad del sector sanitario y se realizan en dos ámbitos como una evaluación externa y una interna. (8-9)

En algunos países no consideran la necesidad de realizar el proceso de acreditación con la sensación de que la calidad es opcional, por lo que son los comités internos los que realizan propuestas de mejora en la atención, pero con resultados irregulares y barreras altas; algunos esfuerzos no satisficieron las diferentes necesidades de la población, donde se excluyeron factores influyentes (culturales, socioeconómicos, etc) de gran impacto en la prestación de servicios. En México, el “Consejo de Salubridad General (CSG)” es el encargado de la certificación de “establecimientos de atención médica (EAM)” y este es equivalente a la acreditación otorgada por la “Joint Commission International”. La certificación es realizada por profesionales del sistema nacional de salud, que evalúan estándares específicos según la “ISO”. (10,11)

En Latinoamérica son más los establecimientos de salud que vienen optando por acreditaciones internacionales en salud, donde setenta establecimientos cuentan con esta acreditación, el país con mayor cantidad de acreditaciones es Brasil con 57, seguidos de Colombia con cinco, y el Perú con cuatro. En el Perú los prestadores de servicios públicos y privados están comprendidas dentro del Ministerio de Salud, por lo que la acreditación les permite sustentar su capacidad prestacional de calidad, cumpliendo estándares nacionales definidos. (12-14)

La autoevaluación en salud fomenta la mejora continua en los procesos de atención sanitaria, muchos establecimientos sanitarios que desean certificarse, deben prepararse para la acreditación e inician con la conformación de un equipo multidisciplinario (comité

de calidad) para implementar el proceso de autoevaluación, y continuar en el logro de otros objetivos. La autoevaluación es un “auto diagnóstico” de la cultura organizacional, servicios brindados con calidad y seguridad y que permite formular planes de mejora según necesidades de la organización. (15)

En nuestro país las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS)” son “instituciones sanitarias” y “servicios médicos de apoyo” públicas, privadas o mixtas; que brindan servicios sanitarios en promoción, prevención, diagnóstico, terapia, rehabilitación, servicios complementarios auxiliares o complementarios; y la acreditación es un proceso importante para garantizar y mejorar los servicios con calidad, alineadas al “Sistema de Gestión de la Calidad”, en tal sentido el MINSA establece el proceso de acreditación de servicios sanitarios, proceso validado por todos los subsectores del sistema sanitario y oficializado con la “Resolución Ministerial 456-2007 MINSA”. La acreditación se realiza en dos fases, primero la autoevaluación y luego la evaluación externa, y se desarrolla en base a estándares definidos por la “Autoridad Sanitaria” según el marco de gestión por procesos, donde los servicios sanitarios deben lograr un nivel óptimo para acreditarse y se logre el resultado esperado por los actores involucrados (14,16,17)

Actualmente la evaluación y calidad se asocian al cumplimiento de determinados estándares y se relacionan al concepto de mejora, excelencia y perfección, y va aumentando la percepción de una deficiente calidad cuando un programa o institución no es evaluado y acreditado. La evaluación aparte de ser una medida de control desarrolla cambios de valores y actitudes; involucra a todos los actores en la mejora de los procesos; mediante la cooperación y colaboración; y define los procesos y estrategias de mejora

para su implementación. La calidad de los servicios sanitarios se orienta a satisfacer necesidades sanitarias a nivel individual, familiar y comunitaria y para lograr estos atributos es necesario la disponibilidad de servicios, adecuada gestión y organización entre otros, y es necesario el cambio y fortalecimiento de los sistemas de salud. (18-19)

Por lo antes mencionado, considero pertinente realizar este estudio en el ámbito de la microred Yanaoca para conocer la relación entre gestión de procesos y Autoevaluación; resultados que iniciaran la segunda fase de la acreditación de las IPRESS de la Microred Yanaoca.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre la gestión de procesos y la autoevaluación de las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco – 2024?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- a. ¿Cuál es la relación de la dimensión estratégica o gerencial de la gestión de procesos y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - 2024?
- b. ¿Cuál es la relación de la dimensión operativa o misional de la gestión de procesos y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - 2024?
- c. ¿Cuál es la relación de la dimensión de apoyo de la gestión de procesos y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - 2024?

### **1.3 Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Demostrar la relación entre la gestión de procesos y la autoevaluación de las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco – 2024.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a. Relacionar la dimensión estratégica o gerencial de la gestión de procesos con la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - 2024
- b. Relacionar la dimensión operativa o misional de la gestión de procesos con la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - 2024
- c. Relacionar la dimensión de apoyo o soporte de la gestión de procesos con la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - 2024

### **1.4 Justificación de la Investigación**

#### **1.4.1 Justificación Teórica**

Este estudio aportará información sobre gestión de procesos implementados y el nivel de Autoevaluación de las “IPRESS” de la microred Yanaoca, es decir se demostrará la asociación entre los niveles de gestión de procesos implementados y el nivel de Autoevaluación. Estos conocimientos permitirán a los gestores en salud tomar decisiones para continuar con las acciones de mejora continua; estos programas están orientadas a mejorar los procesos en salud. La “RM N°727 – 2009/MINSA” en su séptima política promueve la mejora de la calidad de la atención sanitaria de forma sistemática y permanente mediante la acreditación e implementación de programas, planes y procesos de mejora. (20-21)

#### **1.4.2 Justificación Metodológica**

Este trabajo se realizó con metodología científica con instrumentos que cumplen criterios de confiabilidad y validez. La metodología aplicada servirá de antecedente para estudios posteriores en gestión de procesos en salud y el impacto que produce en los resultados de la Autoevaluación.

#### **1.4.3 Justificación Práctica**

Los resultados aportarán evidencias para implementar estrategias de mejora permanente en los procesos y favorecer el incremento de los niveles de Autoevaluación y obtener valores óptimos en la primera fase de la Acreditación. El gestor fomentará una cultura de mejora en la organización y así cumplir con el acceso equitativo a servicios sanitarios con calidad e integralidad (novena función esencial de la salud pública).

#### **1.5 Limitaciones de la Investigación**

Entre las limitaciones que se presentaron están los horarios para la programación de reuniones del equipo de gestión de procesos, los periodos cortos para implementar los procesos en las IPRESS, la accesibilidad geográfica para realizar monitoreo y supervisión, afectando en el cumplimiento del cronograma para la recolección de datos.

## CAPÍTULO II - MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes de la Investigación

#### 2.1.1 Internacionales

Marín (2021) realizó un trabajo de intervención con el objetivo de “*Crear y actualizar documentos administrativos y operativos del laboratorio de Patología con la finalidad de implementar, estandarizar, realizar seguimiento y medir con enfoque de Gestión por Procesos*”. Trabajó con 37 documentos institucionales que fueron un mapa de procesos, dos caracterizaciones, dos manuales, dieciséis instructivos y dieciséis formatos; algunos se crearon, otros fueron modificados y se actualizaron acorde a las normativas. Los documentos fueron aprobados por gerencia y socializados al personal responsable de cada proceso para poder ejecutarlo. Durante el desarrollo se enfatizó en el seguimiento y control de los procesos mediante indicadores, donde se pudo evidenciar su cumplimiento, otros se midieron parcialmente y algunos necesitaban un plan de mejora. Recomendó la revisión permanente del sistema de gestión de calidad y elaborar informes gerenciales sobre el comportamiento operativo y administrativo de la empresa, comprometer a la dirección para su ejecución y cumplimiento de los objetivos estratégicos, tomar decisiones importantes y asegurar los recursos necesarios para el

óptimo funcionamiento de los servicios sanitarios prestados por la Institución. (22)

Villalba y Col (2021) realizaron el estudio a fin de “*analizar la gestión de calidad y los procesos de acreditación en laboratorios para análisis clínicos, en cumplimiento de normativas internacionales*”, la acreditación es desarrollada por organismos reconocidos a nivel mundial; quienes evalúan y califican al laboratorio clínico como un servicio que cumple con la capacidad técnica y el sistema de calidad. Su investigación fue documental, donde revisaron documentos científicos en bases de datos. Los resultados demuestran que la aplicación de normativas internacionales mejora todos los procesos, las normativas aplicadas fueron “ISO 15189” (Laboratorios clínicos), la “ISO 17020” (Organismos que realizan inspección), “ISO 17043” (Evaluación de conformidad) y APLAC (Asia Pacific Laboratory Accreditation Cooperation), “JCI (Seguridad y calidad de la atención del paciente)”. La “IAAC” (Inter American Accreditation Cooperation) evalúa y reconoce competencias de los organismos de acreditación y la CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) elabora estándares por consenso para incrementar los niveles de calidad, por lo que el laboratorio debe garantizar el cumplimiento de las normativas, aplicarlas correctamente, cumplir con los objetivos, brindar resultados confiables y de calidad. Concluyeron que la normativa más empleada y específica a nivel internacional es la ISO 15189. (23)

Gómez y Col (2020) realizaron un estudio sobre las “*Estrategias implementadas en el sistema de gestión de la calidad en laboratorios clínicos del Hospital Central de la Defensa*”. Describieron la norma “ISO 9001” en el proceso de certificación y sus principales beneficios, recabaron información necesaria aplicando recursos documentales mediante el software “e-BDI Plus® (TecnoQuality Consulting)” como un instrumento del “Sistema de Gestión de Calidad”. Para la búsqueda bibliográfica, emplearon bases de

datos (“Clinical Key, Medline y Pubmed”) y buscadores genéricos (Google). Los resultados demostraron que la definición de metas organizadas y logradas con éxito garantizaron la certificación ISO 9001-2015; además generaron veintisiete indicadores de calidad con el 96.3% de cumplimiento, se identificaron 51 incidencias para subsanar en un plazo de 21 y 63 días. Concluyeron que involucrarse en un trabajo normalizado por una organización de alto nivel (ISO) mejora y consolida su capacidad. (24)

Arroyo (2019) realizó un estudio con el objetivo de “*Generar un modelo de gestión por procesos en la unidad de gestión del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano*”, estandarizando actividades para una óptima atención, identificó, priorizó, definió y controló los procesos, para promover una atención de calidad, calidez y efectividad. Fue un estudio descriptivo, documental, hipotético, deductivo y analítico; se inició con el diagnóstico situacional (Plan Estratégico), identificó seis procesos y para su elaboración y descripción se aplicó la metodología ISO, utilizó como herramienta el SICOP (Suppliers -Inputs - Process - Output - Customers). Los procesos estratégicos se elaboraron juntamente con el personal de la unidad y en cada proceso se identificó los ítems señalados en la normativa ISO (Misión, alcance, actividades, proveedores, usuarios, etc). Se diseñó el mapa de procesos con enfoque de retroalimentación sistemática y disciplinada a fin de evaluar y mejorar la eficacia de los procesos misionales y estratégicos. Concluyó que la gestión por procesos influye directamente en la eficacia y eficiencia de las actividades y recursos de la unidad de planificación y desarrollo institucional. (25)

Kafruni – Castro (2018) realizaron el estudio sobre el “*Sistema integrado de gestión*” basado en “Estándares de acreditación en Salud”, el “EFQM” y el “BSC”

(Balance Scorecard), para intervenir en las necesidades y problemáticas de las “Instituciones prestadoras de salud” de alta complejidad en Barranquilla. El estudio fue de tipo cualitativo, donde se realizó la búsqueda de información necesaria para comprender e interpretar los procedimientos, procesos y los factores claves, se diseñó también un nuevo sistema integrado de gestión, con ventajas competitivas, propuesta de soluciones a las problemáticas (calidad, oportunidad y tiempo de atención). Se aplicó una encuesta a 15 IPS, para conocer la gestión (Planeación estratégica, Mejora continua, etc) y una de las principales falencias encontradas fue en gestión de Recursos Humanos (Escasa motivación y capacitación de los colaboradores). Al articular los tres modelos de gestión se obtuvo una herramienta más efectiva que evalúa integralmente la gestión de la organización (Administrativa y operativa) y mejorar la prestación del servicio y satisfacer al cliente. Concluyeron que las IPS se encuentran certificadas por la norma ISO 9001:2008; y la mayoría no ha implementado “Sistemas Integrados de Gestión” para el logro de la excelencia con niveles superiores de calidad, se realizó una propuesta integrada, alineando los tres modelos, para su implementación en las IPS de alta complejidad. (26)

Hernández y Col (2016) realizaron un estudio sobre el “*sistema nacional de salud cubano, mediante consulta bibliográfica y evaluaron 14 variables de la gestión y en la mejora*”. Aplicaron el método del clúster, identificaron grupos de procedimientos con características distintivas, analizando implícita o explícitamente en un 50% las variables. Emplearon un método para la gestión por procesos, en función de las fases comunes (análisis, mejora, seguimiento y control) y esta metodología consta de cuatro fases; Fase de caracterización y diagnóstico (Fase I), fase de Análisis de procesos (Fase II), Fase de mejora de procesos (Fase III) y Fase de seguimiento y control (Fase IV). La aplicación

de las herramientas planteadas se centró en instituciones de salud (Clínico-quirúrgicos, ginecobstétrico y hogar de ancianos). Los resultados de la fase de diagnóstico demuestran que es necesario potenciar el enfoque de procesos, aplicando herramientas gerenciales para resolver problemáticas de la organización (actividades asistenciales y de apoyo). Los resultados del Análisis demostraron que los procesos que integran la organización deben agruparse según las actividades realizadas y que la planificación estratégica es fundamental para cumplir la misión. Los resultados de la mejora de procesos demostraron que es necesario utilizar herramientas para buscar oportunidades de mejora (Diagramas, fichas, valor añadido, nivel del servicio, tiempos de ejecución, riesgos, etc). Los resultados del seguimiento y control demostraron que los indicadores son parte de esta fase, y estos indicadores miden la eficiencia calidad y eficacia de los procesos hospitalarios. (27)

### **2.1.2 Nacionales**

Tang (2023) realizó un trabajo con el objetivo de hallar la “*Relación entre gestión por procesos y calidad del servicio de un centro de salud público de Lima*”, fue un estudio básico, prospectivo, no experimental y correlacional. Trabajó con una muestra de 66 trabajadores y empleó un cuestionario. Los resultados demostraron la relación entre gestión por procesos estratégicos, operativos y de apoyo con la calidad de servicio con un valor Rho de 0,573; 0,585 y 0,507 respectivamente (relaciones significativas); también se relacionó la gestión por procesos con la calidad de servicio con valor Rho de 0,573 (significativo). (28)

Espinoza (2022) realizó el trabajo con el objetivo de hallar la “*Relación entre gestión por procesos y gestión de calidad del Hospital de Pomabamba*”, fue un estudio

transversal, cuantitativo, descriptivo, correlacional y no experimental. Trabajó con una población de 200 trabajadores (jefes y personal asistencial y administrativo) y la muestra fue de 132 trabajadores, trabajó con dos cuestionarios. Los resultados demostraron que el 78% (132) de los trabajadores manifiestan que existe un nivel regular en gestión por procesos y el 59.8% un nivel regular en la gestión de la calidad. Concluyó que existe relación significativa entre ambas variables (Valor Rho de 0,488). (29)

Martin (2022) realizó un estudio sobre *“Gestión por procesos y calidad de atención en el laboratorio del hospital regional Daniel Alcides Carrión”*, fue un estudio correlacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, trabajó con una muestra de 104 usuarios del servicio de laboratorio. Los resultados demostraron que un 7,7% (7) de procesos faltan implementar, un 54,8% (57) de procesos están implementados parcialmente, y el 37,5% (39) se han implementado de manera completa, respecto a la calidad de atención un 8,7% (9) manifestaron como nula, un 83,7% (87) como regular, un 7,7% (8) como buena; respecto a los Elementos tangibles un 14,4% (15), manifestaron como nula, un 51,9% (54) como regular, un 33,7% (35) como buena; en Capacidad de respuesta el 16,3% (17) manifestaron como nula, el 45,2% (47) como regular, el 38,5% (40) como buena; en Fiabilidad el 16,3% (17) como nula, el 47,1% (49) como regular, el 36,5% (38) como buena; en Seguridad el 19,2% (20) como nula, el 49% (51) como regular, el 31,7% (33) como buena; en Empatía el 23,1% (24) como nula, el 50% (52) como regular, el 26,9% (28) como buena. Concluyó que, si hay relación directa moderada entre gestión por procesos y calidad de atención (valor Rho de 0,521). (30)

Garzón (2022) realizó la investigación a fin de determinar la *“Relación entre gestión por procesos y mejora continua del área de emergencia de un Hospital de Guayaquil”*.

Fue un estudio básico, correlacional, descriptivo, transversal, no experimental y cuantitativo, trabajó con una muestra de 60 trabajadores de salud, aplicó dos encuestas. Los resultados demostraron una relación significativa entre la gestión por procesos y la mejora continua, obteniéndose un valor Rho de Spearman de 0,720 y  $p < 0,01$ . (31)

Delgado (2022) realizó la investigación a fin de conocer la “*Asociación entre gestión por procesos y atención a pacientes del hospital de Otuzco*”. Fue un estudio cuantitativo, no experimental, aplicada y correlacional, la muestra fue de 100 profesionales, trabajó con dos cuestionarios. Los resultados demostraron una relación de intensidad media entre gestión por procesos y atención (valor Rho de 0,382); así mismo se demostró una relación de intensidad media entre procesos estratégicos, operativos y de soporte con valores de Rho igual a 0,324; 0,340 y 0,382 respectivamente, se demostró también la relación entre la dimensión expectativa y nivel de satisfacción con la gestión de procesos (valor Rho de 0,418). (32)

Laguna y Col (2019) realizaron un estudio para analizar el “*Proceso de atención del Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas y proponer una mejora del proceso de atención de pacientes*”. Fue un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, observaron y analizaron los documentos, considerando la normativa vigente, elaboraron una ficha para recolectar datos. Los resultados demostraron deficiencias en el flujo de atención, demora en caja/admisión, dificultades en la movilización de pacientes para exámenes imagenológicos, falta de software informático, limitada e inadecuada infraestructura, recursos humanos incompletos, limitados equipos e insumos entre otros. Se propone trabajar con un comité ejecutivo conformado por los servicios clave para tomar decisiones eficaces. (33)

Fernández (2017) realizó el estudio para elaborar un “*Modelo de gestión y mejorar la calidad en la atención del servicio de emergencia y hospitalización del Hospital María Auxiliadora - Rodríguez de Mendoza*”. La investigación fue descriptiva, trabajo con la escala “SERVQUAL”, con una población de 81 pacientes. Los resultados demostraron que la calidad de la atención del usuario externo tiene un promedio 2,86 valor por mejorar, con lo que es necesario implementar un modelo de gestión por procesos. Concluyó que el 2,5% de pacientes consideran una atención aceptable y expresan su satisfacción con el servicio; y un 97,5% consideran que la atención debe mejorar. (34)

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Fundamento teórico gestión de procesos**

Es una herramienta primordial en las normas “ISO” y en el modelo “EFQM”, su implementación permite mejorar significativamente en todos los ámbitos de la gestión de la organización. Es una disciplina que facilita a la dirección para identificar, representar, diseñar, formalizar, controlar, mejorar la productividad de los procesos y ganar la confianza del cliente. (35-36)

Es una estrategia de la gestión de la calidad y de la organización, es decir es un conjunto de conocimientos con herramientas y principios específicos que gestionan la cultura de calidad, favorecen al cumplimiento de los objetivos, añaden valor a los procesos y sus actividades, transformándolos en procesos más fiables, eficaces y eficientes. Esta gestión por procesos integra la gestión empresarial extendiendo la

estrategia corporativa aplicando un esquema con procesos clave, para identificar factores críticos que obstaculizan el éxito o reconocer sus ventajas competitivas, se fomenta el trabajo en equipo es decir la gestión participativa, permiten unir a los diferentes departamentos o unidades de la organización y buscan la eficacia global. (37)

### **2.2.2 Norma Internacional ISO 9001:2008**

Es un estándar internacional del sistema de gestión de la calidad, y se considera factores para su diseño e implementación y estos son (38):

- a. El entorno de la organización, sus cambios y los riesgos.
- b. Objetivos
- c. Necesidades
- d. Productos
- e. Procesos
- f. Tamaño y estructura de la organización.

Esta Norma promueve el enfoque basado en procesos, que la gestión de la calidad sea más eficaz incrementando la satisfacción del cliente. Para que una organización sea eficaz, debe diseñar y gestionar numerosas actividades interrelacionadas. Se define al enfoque basado en procesos como la transformación de “elementos de entrada” en “resultados”, frecuentemente el resultado de un proceso es el elemento de entrada del siguiente proceso.

### **2.2.3 “Norma Internacional ISO 9000:2015”**

Esta Norma Internacional facilita principios, vocabulario y conceptos fundamentales de los sistemas de gestión de la calidad (SGC), brinda bases para otras normas. Esta

Norma ayuda al usuario en la comprensión de conceptos, principios y el vocabulario para su implementación eficaz y eficiente, brindando valor a otras normas. (39)

### **2.3.4 Modelo EFQM**

Modelo relevante y primordial para una gestión sostenible a largo plazo, es un modelo reconocido a nivel mundial porque ayuda a las organizaciones a lograr una gestión de cambio, mejorando su rendimiento. Este Modelo continúa poniendo de relevancia a los clientes, grupos de interés y las relaciones causa efecto (El por qué, cómo y qué); y reconoce también el rol de las organizaciones en el logro de objetivos de las Naciones Unidas, como por ejemplo los diez principios para que las actividades sean socialmente sostenibles y responsables; así como también el logro de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible”, como son la actuación y promoción de la igualdad social, buen gobierno, protección del planeta entre otros. Este modelo aporta una perspectiva holística o global, que es un sistema complejo y organizado. (40)

### **2.2.5 Procesos**

Conjunto de actividades secuenciales interrelacionadas, que asignan o añaden valor, tienen un punto inicial (entrada) y un punto final (salida) claramente definidos y los productos generados son bienes o servicios (para satisfacer necesidades y expectativas). En el sector sanitario, los procesos asistenciales se relacionan con el nivel de salud de la población mediante los servicios sanitarios ofrecidos. (41-42)

Los tipos de procesos son: (21, 41)

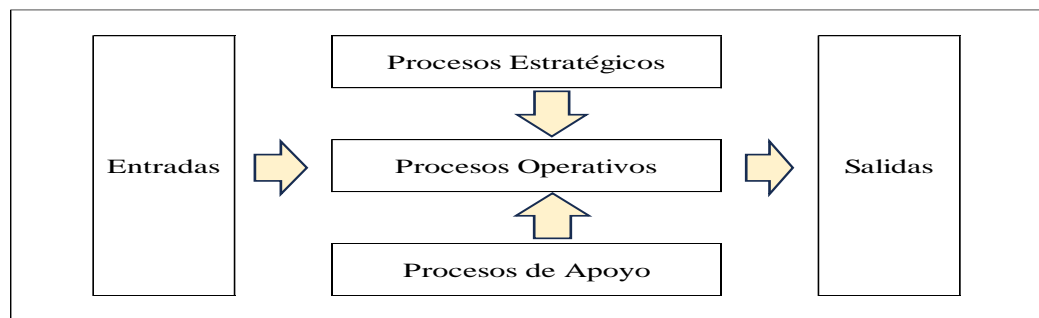
- a. **Estratégicos:** Que definen políticas, planes estratégicos, objetivos y metas, son los que garantizan la provisión de recursos para cumplirlos, incluyen procesos de

seguimiento, evaluación y mejora; y que están relacionados con la dirección.

Estos procesos armonizan a los procesos operativos y de apoyo.

- b. Misionales u operativos: Procesos encargados de producir los productos (bienes y servicios), están relacionados directamente con los usuarios o clientes, son procesos que producen la prestación del servicio.
- c. De Soporte o apoyo: Procesos que proporcionan los recursos para producir los productos, es decir apoyan a los procesos operativos, y se relacionan con el usuario interno.

Los procesos se representan gráficamente mediante un “Mapa”, reflejando la estructura y su interrelación, su visión es un conjunto del sistema de gestión organizacional, es útil agrupar varios procesos (macroprocesos) según el tipo e importancia de la actividad. Un modelo de mapa de procesos sencillos consta de tres niveles, como se aprecia en la ilustración 1. (15)



**Figura 2. Mapa de procesos**

Fuente: RM N° 095-2012-MINSA

### **2.2.6 Macroprocesos**

Agrupación de varios procesos, tienen mayor complejidad en la organización. El MINSA define 22 macroprocesos como por ejemplo el Macroproceso Direccionamiento,

Gestión de Calidad, etc como se aprecia en la ilustración 2. (14,17)

a. Macroprocesos Gerenciales:

- “Direccionamiento”: Evalúa la eficacia de la aplicación de los planes estratégicos, operativos y de contingencia.
- “Gestión de Recursos Humanos”: Evalúa la gestión del recurso humano.
- “Gestión de Calidad”: Evalúa la implementación de prácticas de calidad orientadas a satisfacer las expectativas de los usuarios y trabajadores.
- “Manejo de Riesgo de la Atención”: Evalúa las acciones realizadas para controlar infecciones, reducir eventos adversos, cumplir con el manejo de residuos sólidos y mejorar las actividades de salud ocupacional.
- “Gestión de Seguridad ante desastres”: Evalúa la preparación y ejecución oportuna y eficaz de los procedimientos para afrontar emergencias y desastres.
- “Control de la Gestión y Prestación”: Evalúa el cumplimiento de la normatividad, de las políticas y de los planes estratégicos, operativos y de contingencia.

b. Macroprocesos Prestacionales:

- “Atención Ambulatoria”: Evalúa la prestación de servicios en consulta externa de manera confiable y organizada, con enfoque de oportunidad, seguridad y eficacia.
- “Atención Extramural”: Evalúa la intervención sanitaria individual y/o colectiva de manera continua y oportuna para incrementar el acceso a los servicios sanitarios.
- “Atención de Hospitalización”: Evalúa la atención en internamiento.

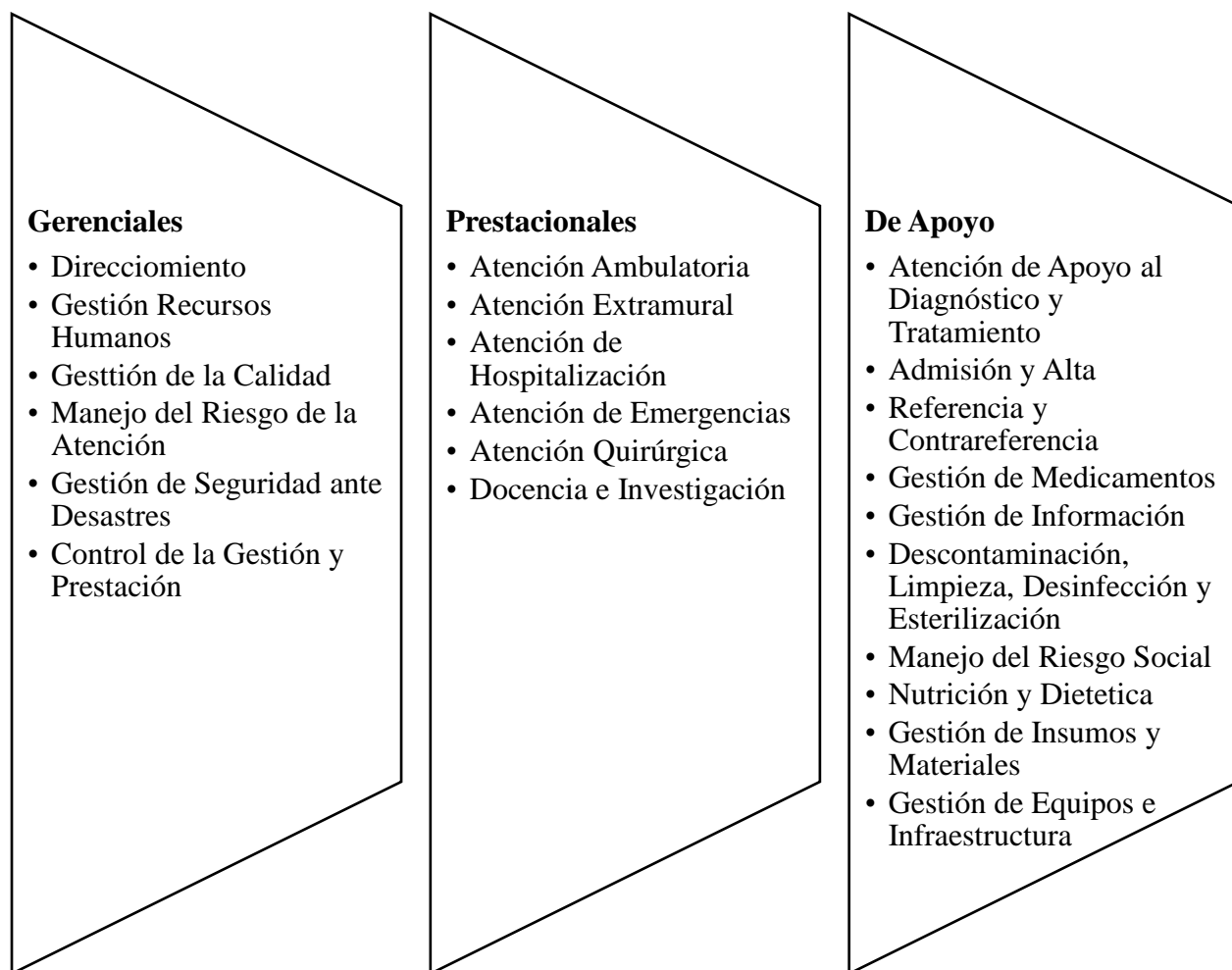
- “Atención de Emergencias”: Evalúa la capacidad de respuesta del servicio de emergencia para minimizar los riesgos asociados a las afecciones agudas.
- “Atención Quirúrgica”: Evalúa la organización del centro quirúrgico para la prestación segura y eficaz.
- “Docencia e Investigación”: Evalúa el desarrollo de actividades de docencia e investigación acorde a las normativas y procedimientos establecidos, para mejorar competencias en los recursos humanos.

c. Macroprocesos de Apoyo: Comprende los procesos de:

- “Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento”: Evalúa los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- “Admisión y Alta”: Evalúa la atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios externos.
- “Referencia y contrareferencia”: Evalúa la continuidad de los servicios en una red de atención para solucionar problemas sanitarios con participación de la comunidad organizada.
- “Gestión de medicamentos”: Evalúa el suministro de medicamentos (productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios).
- “Gestión de la información”: Evalúa la disponibilidad permanente y organizada de la información para facilitar la toma de decisiones.
- “Descontaminación, limpieza, Desinfección y Esterilización”: Evalúa la reducción de riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias verificando los procedimientos de desinfección, descontaminación, limpieza y esterilización de enseres, equipos, materiales, ropa y de instalaciones, también analiza las medidas oportunas y eficaces de las

medidas de seguridad.

- “Manejo del riesgo social”: Evalúa los servicios brindados a las poblaciones vulnerables.
- “Nutrición y dietética”: Evalúa la atención en nutrición y dietética de acorde a los requerimientos, necesidades e indicaciones clínicas.
- “Gestión de Insumos y materiales”: Evalúa el uso racional y la conservación adecuada de los insumos y materiales por parte del personal (administrativo y asistencial).
- “Gestión de equipos e Infraestructura”: Evalúa la disponibilidad de equipos operativos y en buen estado de conservación; así mismo la operatividad de las instalaciones estructurales y servicios.



**Figura 3. Mapa de Macroprocesos MINSA**

Fuente: “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”

### **2.2.7 Fases para la Implementación de Gestión de Procesos (42)**

#### **a. Primera Fase: Determinación de Procesos**

- Identificación de Productos
- Identificación de Procesos
- Caracterización de los Procesos
  - ✓ Objetivo del Proceso
  - ✓ Dueño del Proceso
  - ✓ Elementos de Entrada

- ✓ Actividades
- ✓ Producto
- ✓ Persona que recibe el producto
- Determinación de la Secuencia e Interacción de los Procesos
- Aprobación y Difusión de los documentos generados
- b. Segunda Fase: Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos
  - Seguimiento y Medición de Procesos
  - Análisis de Procesos
- c. Tercera Fase: Mejora de Procesos
  - Selección de los problemas en los Procesos
  - Análisis de Causa Efecto
  - Implementación de Mejoras
  - Selección de Mejoras

### **2.2.8 Acciones de mejora**

Son acciones que añaden valor a los productos y son: (21)

- a. “Acciones correctivas”: Realizadas después de encontrar inconformidades en los procesos y son para mejorar.
- b. “Acciones de Innovación”: Son acciones nuevas que agilizan o eliminan actividades sin cambios en el resultado.
- c. “Acciones preventivas”: Previenen deficiencias en la ejecución de los procesos.

### **2.2.8 Proyecto de mejora:**

Están orientados al logro de resultados deseados en los indicadores, donde se usan herramientas y técnicas de calidad. (21)

### **2.2.9 Plan de acción:**

Documento estructurado; que formula objetivos establecidos, con indicadores medibles y verificables a lo largo del proyecto. (21)

### **2.2.10 Fundamento Teórico de Autoevaluación**

La “autoevaluación” es la fase obligatoria de inicio para la acreditación, donde las instituciones sanitarias trabajan con un equipo de evaluadores internos (de la institución), donde verifican el listado de estándares, es una evaluación interna que mide el nivel de cumplimiento de estos estándares y también identifica las fortalezas y áreas que requieren mejora. (14)

### **2.2.11 “Estándares y Criterios de Evaluación”**

- a. Estándar: Nivel de desempeño deseado, guía las prácticas operativas para lograr resultados óptimos de calidad. (43)
  - Estándar de estructura: Relacionado a los recursos materiales, de organización o metodología, imprescindibles para ejecutar la labor asistencial y administrativa.
  - Estándar de proceso: Relacionados con los pasos de la labor asistencial y de gestión.
  - Estándar de resultado: Relacionados con el logro de objetivos.
  - Estándares específicos: Relacionados con criterios propios según la realidad sanitaria, prioridades, naturaleza jurídica y complejidad.
  - Estándares genéricos: Relacionados a los componentes prestacionales y de gestión de manera amplia y global.

- b. Criterios de Evaluación: Son parámetros de referencia que indican el cumplimiento del estándar y califican objetivamente.

#### **2.2.12 “Listado de Estándares de Acreditación”**

Documento con información referencial, normativas, atributos y criterios de evaluación en función de macroprocesos, es una herramienta para evaluar. En la ilustración 3 se aprecia el resumen de estándares y criterios. (43)

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>361</b>

**Figura 4. Resumen de estándares y criterios de evaluación y acreditación de establecimientos de salud**

Fuente: “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”

## **2.3 Formulación de Hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis General:**

La gestión de procesos tiene relación directa con la autoevaluación de las IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – 2024.

### **2.3.2 Hipótesis Específicas:**

- a. Hipótesis específica 1: El proceso estratégico o gerencial de la gestión de procesos tiene relación directa con la autoevaluación de las IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – 2024.
- b. Hipótesis específica 2: El proceso operativo o misional de la gestión de procesos tiene relación directa con la autoevaluación de las IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – 2024.
- c. Hipótesis específica 3: El proceso de apoyo de la gestión de procesos tiene relación directa con la autoevaluación de las IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – 2024.

## **CAPÍTULO III - METODOLOGÍA**

### **3.1 Método de Investigación:**

Este trabajo de investigación es un estudio hipotético - deductivo. Según Sampieri en estos estudios se aplica la lógica deductiva de lo general a lo particular y se prueban hipótesis, se deducen las conclusiones a partir de los resultados (44)

### **3.2 Enfoque de Investigación:**

Es un trabajo con enfoque Cuantitativo. Según Ñaupas y col, se recolecta datos para analizarlos y responder preguntas de investigación y probar hipótesis a través de variables e instrumentos; usa la estadística inferencial y descriptiva para analizar estadísticamente (45). En este trabajo se recolecta datos cuantificables para poder comprender, describir y explicar fenómenos y problemas.

### **3.3 Tipo de Investigación:**

Es un estudio de tipo Aplicada, Según Supo – Cavero depende de los avances de la investigación, se interesa en aplicar y utilizar los conocimientos, es decir resolver problemas de cualquier índole (46). Esta investigación busca resolver problemas prácticos y mejorar los procesos mediante los conocimientos teóricos.

### **3.4 Diseño de Investigación:**

Es un estudio con diseño no experimental (observacional), de alcance correlacional porque mide la relación entre las variables, es analítico por la evaluación simultánea de la variable exposición y desenlace, de corte Transversal por que se realizará en un periodo de tiempo. Según Manterola y colaboradores, los estudios observacionales registran acontecimientos sin intervenir en estos y es explicativo, porque intenta probar vínculos causales entre variables (46-47).

### **3.5 Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1 Población:**

La Microred Yanaoca está ubicada en la provincia de Canas, jurisdicción de la “Unidad ejecutora 401 – Red de servicios de Salud Canas Canchis Espinar”, ubicado en la región sur oriental de la región del Cusco. La unidad ejecutora 401 está conformada por 6 microrredes que abarcan las provincias de Canas, Canchis y Espinar (Anexo Nro 06) (48).

La Microred Yanaoca está conformado por 11 IPRESS ubicados en cuatro distritos (Pampamarca, Quehue, Tupac Amaru y Yanaoca) como se puede apreciar en el Anexo Nro 07. Todas las IPRESS son de primer nivel de atención, un establecimiento de nivel I-4 (Yanaoca), siete establecimientos de nivel I-2 (Chaupibanda, Cochapata, Hampatura, Huinchiri, Pampamarca, Pongoña, Quehue y Tungasuca) y dos establecimientos de nivel I-1 (Surimana y Toccocori). (48, 49).

El número de trabajadores de la Microred Yanaoca es de 117 como se puede

apreciar en el Anexo Nro 08, de los cuales 31 son técnicos en enfermería, 24 son licenciados en enfermería, 19 son licenciados en Obstetricia, 14 son Médicos Cirujanos, 6 son técnicos en informática, 4 son Cirujanos dentistas y personal administrativo, 3 corresponde a los Biólogos y Técnicos en Transportes; 2 corresponden a Licenciados en Psicología, Nutrición, Químicos Farmacéuticos y limpieza; y finalmente 1 corresponden a técnico sanitario, técnico de farmacia y personal de limpieza. El personal de la jurisdicción de la Microred Yanaoca que asumen jefaturas y coordinaciones, el jefe de la Microred Yanaoca, jefes de las IPRESS, personal de salud responsable de los procesos y de las diferentes estrategias sanitarias participaran en la investigación.

### **3.5.2 Muestra:**

La muestra considera a la población de la Microred de salud Yanaoca con sus 11 IPRESS ubicados en cuatro distritos (Pampamarca, Quehue, Tupac Amaru y Yanaoca)

### **3.5.3 Muestreo:**

No se realizó muestreo probabilístico, se realizó un muestreo censal es decir se considera la población y los criterios de selección (11 IPRESS y el personal de salud programado en el rol de turnos que son 94 trabajadores, 44 trabajadores de la IPRESS Yanaoca (Nivel I-4) y 50 trabajadores de las IPRESS Nivel I-2 y I-1 para participar en el proceso de Autoevaluación)

### **3.5.4 Criterios de Selección:**

#### **Criterios de Inclusión:**

- IPRESS de primer nivel de atención de la jurisdicción Microred Yanaoca
- Personal de salud que se encuentre durante la autoevaluación

### **Criterios de Exclusión**

- IPRESS de la Provincia de Canas perteneciente a otra jurisdicción Sanitaria
- Personal de salud con licencia y de días libres

### **3.6 Variables y Operacionalización**

#### **I. Gestión de procesos**

- “Procesos Estratégicos”
- “Procesos misionales u Operativos”
- “Procesos de Soporte o Apoyo”

#### **II. Autoevaluación**

- “Procesos Gerenciales”
- “Procesos Prestacionales”
- “Procesos de Apoyo”

**Tabla 1. Operacionalización de Variables**

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa/ Niveles de rango
<b>Gestión de procesos</b>	Estrategia para lograr una mejora constante en las actividades de una organización.	Conjuntos de actividades que optimizan el flujo de trabajo, haciéndolo más eficiente y según las necesidades de los clientes.	Procesos Estratégicos Procesos Operacionales Procesos De Soporte	Gerenciales Misionales De apoyo	Categorica Ordinal	Eficiente: 85 – 100% Buena: 75 - 84% Aceptable: 65 -74% Deficiente: Menos del 65%
<b>Autoevaluación en el sector salud</b>	Fase inicial del proceso de acreditación realizado por evaluadores internos acreditados	Proceso de evaluación interna realizado por los trabajadores de salud (evaluadores internos acreditados)	Estándares Estratégicos Estándares Operacionales Estándares De Soporte	Gerenciales Prestacionales Apoyo	Categorica Ordinal	Acreditado: 85 - 100% Por mejorar: 70 - 84% Aceptable: 50 - 69% Deficiente: Menos del 50%

Fuente: Elaboración propia

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Escala valorativa/Niveles de Rango
<b>Categoría de atención</b>	Clasificación de “establecimientos de salud” por su capacidad resolutive.	Clasificación por niveles de complejidad y por características funcionales (UPSS)	Categoría Ordinal	Categoría I <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I-1</li> <li>▪ I-2</li> <li>▪ I-3</li> <li>▪ I-4</li> </ul> Categoría II <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ II-1</li> <li>▪ II-2</li> <li>▪ II-E</li> </ul> Categoría III <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ III-1</li> <li>▪ III-E</li> <li>▪ III-2</li> </ul>
<b>Nivel de Atención</b>	Nivel necesario para resolver necesidades de salud de diferente magnitud y severidad	Organización de los servicios sanitarios relacionados a la capacidad resolutive	Categoría Ordinal	“Primer Nivel de Atención” “Segundo Nivel de Atención” “Tercer Nivel de Atención”

Fuente: Elaboración propia

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Escala valorativa/Niveles de Rango
<b>Años de Funcionamiento</b>	Tiempo que permanece desde su creación	Tiempo que permanece desde su funcionamiento	Numérica discreta	01 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años Mayor a 30 años
<b>Tipo de IPRESS</b>	Tipos de instituciones o empresas brindan servicios de salud	Modalidad de prestación de servicios de salud.	Categorica Nominal	IPRESS Pública IPRESS Privada IPRESS mixta

Fuente: Elaboración propia

### **3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos**

#### **3.7.1 Técnica**

Para la implementación de los instrumentos se solicitó a la jefatura de la Microred Yanaoca la respectiva autorización para realizar el estudio.

Para determinar la variable Gestión de procesos, se aplicó las disposiciones para implementar las fases de Gestión de procesos de acuerdo con la Resolución secretarial N°06-2018-PCM-SGP y las herramientas de “Gestión de Calidad” (Matriz de priorización, Diagramas de flujo, Diagrama de Operaciones, Diagrama de Gantt, Mapa de Procesos, etc) del Anexo Nro 2.

Para el proceso de Autoevaluación, se elaboró el plan de Autoevaluación 2024 y se conformó los equipos de evaluadores internos, y se remitió a la Red Canas Canchis Espinar para su aprobación mediante una resolución. La unidad ejecutora capacitó a los evaluadores internos para la recolección de datos y se aplicó los procedimientos detallados en la “Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA” y “Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V02” (Anexo Nro. 03 y Anexo Nro. 04) y al finalizar se entregó una copia de los resultados a los jefes de las IPRESS. Finalmente, el presidente del equipo de Autoevaluación interna registró los resultados en la base de datos del MINSA (con usuario y contraseña) para obtener los porcentajes obtenidos y enviar a los establecimientos de salud.

#### **3.7.2 Descripción de Instrumentos**

##### **1. Gestión de Procesos (Anexo Nro.02)**

- Herramientas de Ayuda: Matriz de Priorización, Diagrama de Flujo,

Diagrama de Operaciones y Diagrama de Gantt

- Herramientas Estadísticas: Hojas de Control
- Herramientas Avanzadas: Mapa de Procesos

## **2. Autoevaluación: (Anexo Nro. 03 y Anexo Nro. 04)**

- “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”.

### **3.7.3 Validación**

Las herramientas utilizadas para determinar la variable gestión de procesos, son herramientas de gestión de la calidad empleadas a nivel internacional y son reconocidas por la Sociedad Americana de Calidad (ASQ) y señaladas para su uso en la “Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA”. (21, 50). La validación de los procesos se realizó según la norma ISO 9001: 2015 mediante el Ciclo Planificar-Hacer-Verificar y Actuar. (39)

La Herramienta para realizar la Autoevaluación es la ficha de “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo” aprobado mediante la “Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V02”. Este listado contiene un conjunto organizado de macroprocesos, variables y criterios para evaluar con puntaje de cero a dos. (14, 17). El Ministerio de Salud mediante la dirección de calidad, desarrolló una propuesta técnica para la acreditación de servicios sanitarios en el Perú, la cual fue validada por expertos de los subsectores del sistema de salud y oficializada como norma técnica con la “Resolución Ministerial 456-2007 MINSA” el 06 de junio del 2007. (43)

### **3.7.4 Confiabilidad**

En Gestión de Procesos: El estudio realizado por Lizarzaburu Bolaños en el 2015 sobre la aplicación de las Normas ISO 9001: 2015, demostró entre los hallazgos más importantes el aporte significativo en la importancia de los procesos existentes y sus interacciones mostrando un alfa de Cronbach mayor a 0.80 (51).

Autoevaluación: Durante el año 2019 y 2022 se acreditaron 05 establecimientos de Salud del MINSA mediante la aplicación de la RM N°456-2007/MINSA y la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 (52), como primera fase la Autoevaluación y posteriormente la evaluación interna para la acreditación.

### **3.8 Procesamiento y Análisis de datos**

Se empleó el programa Word para la redacción del proyecto y demás documentos, para crear base de datos, gráficos y tablas se empleó el programa Excel. El ingreso de los datos de autoevaluación lo realizó el presidente del equipo de Autoevaluación interna de la MR Yanaoca en la base de datos de Acreditación de la GERESA Cusco; quién emitió los resultados a las IPRESS para su análisis e informe final. El análisis inferencial, descriptivo se hizo con el programa estadístico SPSS y finalmente el valor de la relación estadística de las variables se determinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

### **3.9 Aspectos éticos**

La investigación se realizó con autorización de la gerencia de la Microred Yanaoca, cumpliendo con la metodología del estudio, se trabajó con instrumentos de recolección de datos validados y confiables. Los principios éticos aplicados en el estudio son:

- Respeto a las personas: Los individuos son seres autónomos y libres de decidir sin presión, coacción o restricción de sus derechos.
- La justicia: Los recursos utilizados se distribuyen equitativamente, de acuerdo con el principio de igualdad de derechos.
- La beneficencia: Los riesgos del estudio son razonables frente a los beneficios, el estudio está bien planificado y el investigador es competente para garantizar el bienestar de los participantes.
- La no maleficencia: Principio de la ética médica que protege a los participantes de la investigación de daños evitables.

## CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

#### 4.1.1 Análisis Descriptivo de Resultados

**Tabla 2. Nivel de desempeño de la implementación de las fases en Gestión de Procesos**

<b>Implementación de Gestión de Procesos</b>	<b>Características</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Fuente verificable</b>
Fase I	Determinación de Procesos	100%	Anexo Nro.10 - Anexo Nro.21
Fase II	Seguimiento, Medición y Análisis	100%	Anexo Nro.22 - Anexo Nro.27
Fase III	Mejora de Procesos	100%	Anexo Nro.30 - Anexo Nro. 32
Total		100%	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2: Se observa que el nivel de cumplimiento de la implementación de las fases en la

gestión de procesos en la Microred Yanaoca es del 100%, habiéndose completado todos los anexos en la determinación de procesos, seguimiento, medición, análisis y mejora de procesos.

**Tabla 3. Nivel de desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos en las IPRESS de la Microred Yanaoca**

<b>IPRESS</b>	<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Procesos Misionales</b>	<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Yanaoca	87,50%	88,89%	88,23%	88,20%	Eficiente
Chaupibanda	50,00%	38,46%	44,82%	44,42%	Deficiente
Cochapata	70,00%	84,61%	65,51%	73,37%	Aceptable
Hampatura	62,50%	61,53%	41,37%	55,13%	Deficiente
Huinchiri	62,50%	84,61%	89,65%	78,92%	Buena
Pampamarca	58,33%	61,53%	65,51%	61,79%	Deficiente
Pongoña	75,00%	84,61%	82,76%	80,79%	Buena
Quehue	70,00%	92,30%	89,65%	83,98%	Buena
Surimana	75,00%	84,61%	89,65%	83,08%	Buena
Toccoccori	75,00%	84,61%	89,65%	83,08%	Buena
Tungasuca	66,67%	61,53%	51,72%	59,97%	Deficiente
<b>Microred</b>	<b>68,56%</b>	<b>75,68%</b>	<b>72,84%</b>	<b>72,36%</b>	<b>Aceptable</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Podemos apreciar el nivel de desempeño de la implementación de gestión de Procesos según IPRESS; donde la IPRESS Yanaoca ha logrado un desempeño Eficiente en la implementación de Gestión de Procesos, las IPRESS Huinchiri, Pongoña, Quehue, Surimana y Toccoccori han logrado un Buen desempeño en la implementación de

Procesos, la IPRESS Cochapata ha logrado un Desempeño Aceptable y las IPRESS Chaupibanda, Hampatura, Pampamarca y Tungasuca un desempeño deficiente.

**Tabla 4. Nivel de Desempeño de la implementación de Gestión de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Procesos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Gerenciales	68,56%	Aceptable
Misionales	75,68%	Buena
De Apoyo	72,84%	Aceptable
<b>Total</b>	<b>72,36%</b>	<b>Aceptable</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Podemos apreciar el nivel de desempeño de la implementación de gestión de procesos a nivel de la microred Yanaoca, donde los procesos estratégicos han logrado un desempeño Aceptable, los procesos operativos un Buen desempeño y los procesos de apoyo un desempeño Aceptable.

**Tabla 5. Resultados de la Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca  
periodo 2024**

<b>IPRESS</b>	<b>Categoría</b>	<b>Nivel de Atención</b>	<b>Años de Funcionamiento</b>	<b>Porcentaje</b>
Yanaoca	I-4	Primer nivel de atención	66 años	72%
Chaupibanda	I-2	Primer nivel de atención	01 año	43%
Cochapata	I-2	Primer nivel de atención	02 años	72%
Hampatura	I-2	Primer nivel de atención	11 años	50%
Huinchiri	I-2	Primer nivel de atención	40 años	64%
Pampamarca	I-2	Primer nivel de atención	59 años	54%
Pongoña	I-2	Primer nivel de atención	40 años	67%
Quehue	I-2	Primer nivel de atención	40 años	71%
Surimana	I-1	Primer nivel de atención	51 años	72%
Tococcori	I-1	Primer nivel de atención	40 años	70%
Tungasuca	I-2	Primer nivel de atención	40 años	54%
<b>Microred Yanaoca</b>				<b>62,63%</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5: Se observa que en las once IPRESS de la jurisdicción de la Microred Yanaoca se ha realizado la Autoevaluación interna obteniéndose puntajes por debajo del 85%. Todas las IPRESS son de primer nivel de atención; dos IPRESS son de Categoría I-1, ocho de categoría I-2 y uno de categoría I-4 y las IPRESS más antiguas son Yanaoca y Surimana con 66 y 51 años de funcionamiento respectivamente. Las IPRESS recién reconocidas por el MINSA son Cochapata y Chaupibanda con 02 y 01 años de funcionamiento respectivamente

**Tabla 6. Escala de resultados de la Autoevaluación**

<b>IPRESS</b>	<b>Tipo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Escala obtenida</b>
Yanaoca	Pública	72%	Por mejorar
Chaupibanda	Pública	43%	Deficiente
Cochapata	Pública	72%	Por mejorar
Hampatura	Pública	50%	Aceptable
Huinchiri	Pública	64%	Aceptable
Pampamarca	Pública	54%	Aceptable
Pongoña	Pública	67%	Aceptable
Quehue	Pública	71%	Por mejorar
Surimana	Pública	72%	Por mejorar
Toccoocori	Pública	70%	Por mejorar
Tungasuca	Pública	54%	Aceptable
MR Yanaoca	Pública	62,63%	Aceptable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6: Podemos apreciar que las once IPRESS de la jurisdicción de la Microred son IPRESS públicas del MINSA y son cinco IPRESS con resultados por mejorar Yanaoca (72%), Cochapata (72%), Quehue (71%), Surimana (72%) y Toccoocori (70%), son cinco IPRESS con resultados aceptables Hampatura (50%), Huinchiri (64%), Pampamarca (54%), Pongoña (67%) y Tungasuca (54%), la IPRESS con resultado deficientes es Chaupibanda.

**Tabla 7. Resultados Autoevaluación por IPRESS y Procesos**

<b>IPRESS</b>	<b>Estándares Gerenciales</b>	<b>Estándares Misionales</b>	<b>Estándares de Apoyo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Yanaoca	66,29%	74,31%	72,54%	72%	Por mejorar
Chaupibanda	35,85%	52,34%	42,20%	43%	Deficiente
Cochapata	65,69%	79,09%	66,59%	72%	Por mejorar
Hampatura	56,26%	51,42%	37,00%	50%	Aceptable
Huinchiri	51,70%	70,26%	70,80%	64%	Aceptable
Pampamarca	56,62%	46,17%	62,98%	54%	Aceptable
Pongoña	62,86%	71,35%	61,27%	67%	Aceptable
Quehue	70,34%	82,84%	76,17%	71%	Por mejorar
Surimana	63,73%	75,74%	75,75%	72%	Por mejorar
Toccoccori	60,93%	74,81%	73,32%	70%	Por mejorar
Tungasuca	54,77%	50,10%	58,61%	54%	Aceptable
Microred	58,64%	66,22%	63,38%	62,63%	Aceptable

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Podemos apreciar que a nivel de Microred Yanaoca los estándares Gerenciales lograron el 58,64%, Los estándares Misionales lograron e 66,22% y los estándares de Apoyo lograron el 63,38%. La IPRESS con más del 70% en los estándares gerenciales es Quehue (70,34%), las IPRESS con más del 70% en los estándares Misionales son Quehue (82,84%), Cochapata (79,09%), Surimana (75,74%), Toccoccori (74,81%), Yanaoca (74,31%), Pongoña (71,35%) y Huinchiri (70,26%), las IPRESS con más del 70% en los estándares de Apoyo son Quehue (76,17%), Surimana (75,75%), Toccoccori (73,32%), Yanaoca (72,54%) y Huinchiri (70,80%).

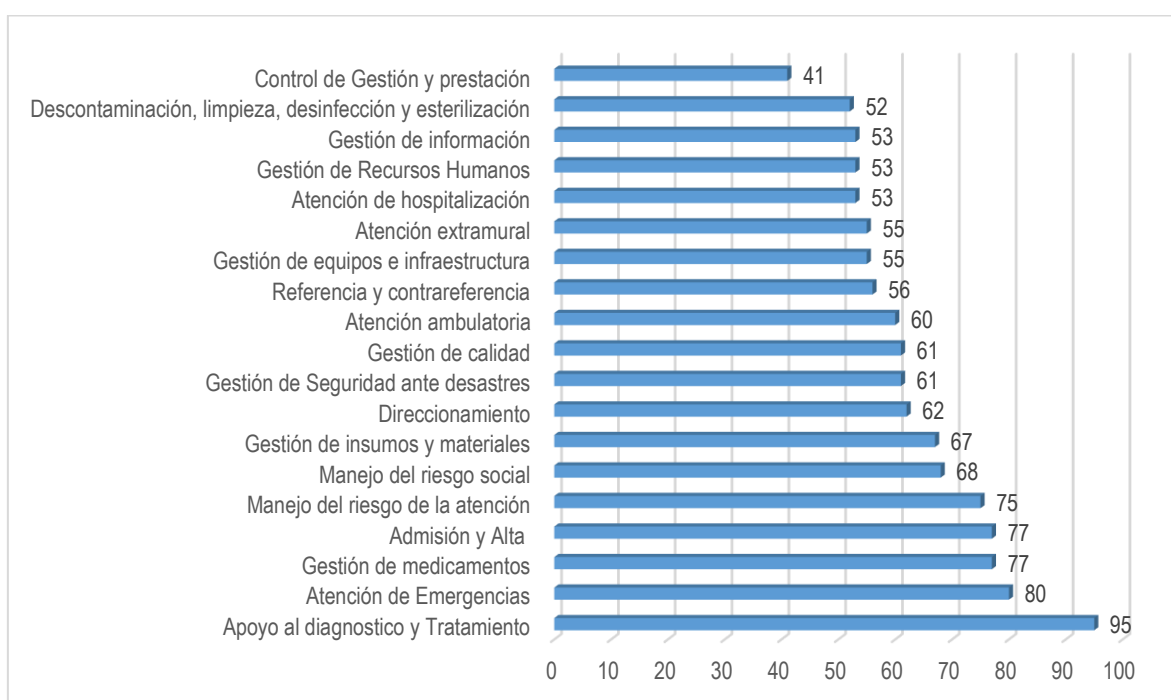
**Tabla 8. Comparación de Autoevaluación 2021-2024**

Procesos	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024
Gerenciales	35,87%	47,08%	47,21%	58,64%
Misionales	23,89%	48,50%	52,99%	66,22%
De Apoyo	39,63%	46,25%	48,08%	63,38%
Total	33,13%	47,28%	49,43%	62,75%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Podemos apreciar un incremento de los resultados de Autoevaluación en la Microred Yanaoca desde el año 2021; y en comparación al año 2023, se incrementaron los porcentajes en todos los estándares; en los estándares gerenciales se incrementó en 11,43 puntos, en los estándares Misionales se incrementó 13,22 puntos y en los estándares de Apoyo se incrementó en 15,30 puntos. Los estándares que más incrementaron sus puntajes son los de Apoyo y los Misionales.

**Ilustración 5. Resultados del desempeño de cumplimiento según Estándares de los Macroprocesos 2024**



Fuente: Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

### 4.1.1 Prueba de Hipótesis

Se calcula el coeficiente de correlación de Spearman o rho de Spearman, para determinar la relación entre las variables de estudio.

**Tabla 9. Análisis Correlacional entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca - periodo 2024**

		Gestión de Procesos	Autoevaluación
Rho de Spearman	Gestión de Procesos	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.813**
		N	.002
Autoevaluación	Gestión de Procesos	Coeficiente de correlación	.813**
		Sig. (bilateral)	.002
		N	11
	Autoevaluación	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.
		N	11

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### Intervalos de confianza de la rho de Spearman

Rho de Spearman	Significance(2- tailed)	95% de intervalos de confianza (bilateral) <sup>a,b</sup>	
		Inferior	Superior
Gestión de Procesos -	.813	.398	.952
Autoevaluación			

a. La estimación se basa en la transformación de r a z de Fisher

b. La estimación de error estándar se basa en la fórmula propuesta por Fieller, Hartley y Pearson.

Tabla 9: Podemos apreciar que el valor rho de Spearman es de 0.813, demostrando una correlación muy alta y positiva entre Gestión de Procesos y Autoevaluación.

**Contrastación de Hipótesis:** Para un nivel de Confianza de 0.95 y valor  $\alpha = 0.05$ .

Si  $p > \alpha$ , se acepta la hipótesis alterna

Si  $p < \alpha$ , se rechaza la hipótesis nula

1. Hipótesis nula: No existe correlación entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.
2. Hipótesis alterna: Existe correlación entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

En este caso el valor de p es menor a alfa ( $0.002 < 0.05$ ) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: Existe correlación directa entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en la Microred Yanaoca periodo 2024.

**Tabla 10. Análisis Correlacional entre Procesos Gerenciales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca - periodo 2024**

			Procesos Gerenciales	Autoevaluación
Rho de Spearman	Procesos Gerenciales	Coefficiente de correlación	1.000	.722*
		Sig. (bilateral)	.	.012
		N	11	11
	Autoevaluación	Coefficiente de correlación	.722*	1.000
		Sig. (bilateral)	.012	.
		N	11	11

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### Intervalos de confianza de la rho de Spearman

	Rho de Spearman	Significance(2-tailed)	95% de intervalos de confianza (bilateral) <sup>a,b</sup>	
			Inferior	Superior
Procesos Gerenciales - Autoevaluación	.722	.012	.195	.925

a. La estimación se basa en la transformación de r a z de Fisher

b. La estimación de error estándar se basa en la fórmula propuesta por Fieller, Hartley y Pearson.

**Tabla 10:** Podemos apreciar que el valor rho de Spearman es de 0.722, demostrando una correlación muy alta y positiva entre Procesos Gerenciales y Autoevaluación.

**Contrastación de Hipótesis:** Para un nivel de Confianza de 0.95 y valor  $\alpha = 0.05$ .

Si  $p < \alpha$ , se rechaza la hipótesis nula

Si  $p > \alpha$ , se acepta la hipótesis alterna

1. Hipótesis nula: No existe correlación entre los Procesos Gerenciales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.
2. Hipótesis alterna: Existe correlación entre los Procesos Gerenciales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

En este caso el valor de p es menor a alfa ( $0.012 < 0.05$ ) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: Existe correlación directa entre Procesos Gerenciales y Autoevaluación en la Microred Yanaoca periodo 2024.

**Tabla 11. Análisis Correlacional entre Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca - periodo 2024**

			Procesos Misionales	Autoevaluación
Rho de Spearman	Procesos Misionales	Coefficiente de correlación	1.000	.826**
		Sig. (bilateral)	.	.002
		N	11	11
	Autoevaluación	Coefficiente de correlación	.826**	1.000
		Sig. (bilateral)	.002	.
		N	11	11

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Intervalos de confianza de la rho de Spearman**

	Rho de Spearman	Significance(2-tailed)	95% de intervalos de confianza (bilateral) <sup>a,b</sup>	
			Inferior	Superior
Procesos Misionales - Autoevaluación	.826	.002	.432	.955

a. La estimación se basa en la transformación de r a z de Fisher

b. La estimación de error estándar se basa en la fórmula propuesta por Fieller, Hartley y Pearson.

**Tabla 11:** Podemos apreciar que el valor rho de Spearman es de 0.826, demostrando una correlación muy alta y positiva entre Procesos Misionales y Autoevaluación.

**Contrastación de Hipótesis:** Para un Nivel de Confianza de 0.95 y valor  $\alpha = 0.05$ .

Si  $p < \alpha$ , se rechaza la hipótesis nula

Si  $p > \alpha$ , se acepta la hipótesis alterna

1. Hipótesis nula: No existe correlación entre los Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.
2. Hipótesis alterna: Existe correlación entre los Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

En este caso el valor de p es menor a alfa ( $0.002 < 0.05$ ) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: Existe correlación directa entre Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

**Tabla 12. Análisis Correlacional entre Procesos de Apoyo y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca - periodo 2024**

		Procesos de Apoyo		Autoevaluación
Rho de Spearman	Procesos de Apoyo	Coefficiente de correlación	1.000	.830**
		Sig. (bilateral)	.	.002
		N	11	11
	Autoevaluación	Coefficiente de correlación	.830**	1.000
		Sig. (bilateral)	.002	.
		N	11	11

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### Intervalos de confianza de la Rho de Spearman

	Rho de Spearman	Significance(2-tailed)	95% de intervalos de confianza (bilateral) <sup>a,b</sup>	
			Inferior	Superior
Procesos de Apoyo - Autoevaluación	.830	.002	.441	.956

a. La estimación se basa en la transformación de r a z de Fisher

b. La estimación de error estándar se basa en la fórmula propuesta por Fieller, Hartley y Pearson.

**Tabla 12:** Podemos apreciar que el valor rho de Spearman es de 0.83, demostrando una correlación muy alta y positiva entre Procesos de Apoyo y Autoevaluación.

**Contrastación de Hipótesis:** Para un Nivel de Confianza de 0.95 y valor  $\alpha = 0.05$ .

Si  $p < \alpha$ , se rechaza la hipótesis nula

Si  $p > \alpha$ , se acepta la hipótesis alterna

1. Hipótesis nula: No existe correlación entre los Procesos de Apoyo y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.
2. Hipótesis alterna: Existe correlación entre los Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

En este caso el valor de p es menor a alfa ( $0.002 < 0.05$ ) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: Existe correlación directa entre Procesos de Apoyo y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

#### **4.1.2 Discusión de Resultados**

Los datos descriptivos muestran que a nivel de la Microred Yanaoca se tienen once IPRESS públicas (MINSA), todos son de primer nivel de atención, donde la IPRESS Yanaoca es de categoría I-4, las IPRESS Chaupibanda, Cochapata, Hampatura, Huinchiri, Pampamarca, Pongoña, Quehue y Tungasuca son de Categoría I-2 y las IPRESS Surimana y Toccoocori son de Categoría I-1. Los establecimientos recién reconocidos son Chaupibanda y Cochapata con un y dos años respectivamente, los demás establecimientos tienen más de 10 años de funcionamiento.

Se logró implementar las tres fases de gestión de Procesos en un 100% y la Implementación de Gestión de Procesos en las IPRESS de la jurisdicción de la Microred Yanaoca fue de 72,36% logrando un desempeño Aceptable, los Procesos gerenciales lograron un desempeño aceptable con el 68,56%, los Procesos Misionales lograron un Buen Desempeño con el 75,68% y los Procesos de Apoyo lograron un desempeño Aceptable con el 72,84%.

La IPRESS Yanaoca logró un desempeño eficiente en la implementación de la gestión de procesos con el 88,20%, las IPRESS con Buen desempeño son Huinchiri, Pongoña, Quehue, Surimana y Toccoocori con el 78,92%; 80,79%; 83,98%; 83,08% y 83,08% respectivamente; la IPRESS con desempeño Aceptable es Cochapata con 73,37% y las IPRESS con desempeño deficiente son Chaupibanda, Hampatura, Pampamarca y Tungasuca con 44,42%; 55,13%; 61,79% y 59,97% respectivamente.

El desempeño de la Implementación de los procesos gerenciales es Aceptable con el 68,56%, los procesos misionales se implementaron en un 75,68% logrando un Buen

desempeño y los procesos de Apoyo se implementaron en un 72,84% con un Desempeño aceptable. Estos resultados difieren del estudio de Gómez y Col donde obtuvieron el 96,3% de indicadores de calidad y se semejan al estudio de Kafruni donde articularon tres modelos de gestión (Gerencial, Misional y de Apoyo). Los resultados de la implementación de Fases de Gestión de Procesos se asemejan al estudio de Hernández porque aplicaron las fases como la determinación, análisis, mejora, seguimiento y control de procesos.

Los resultados de la Gestión de procesos (72,36%) coinciden con el estudio de Arroyo, donde los procesos influyen directamente en la eficacia y eficiencia de las actividades y recursos de la organización. La ejecución de la segunda fase en la gestión de procesos (Seguimiento, Medición y Análisis) coinciden con el estudio de Marín donde se elaboraron mapa de procesos, flujogramas, indicadores de desempeño y fichas técnicas, se implementaron acciones de mejora como Manuales de Procedimientos y planes de trabajo y los documentos fueron aprobados por la jefatura de la Microred y socializados a los jefes de las IPRESS para su ejecución.

Los resultados de la Autoevaluación de las once IPRESS en la Microred muestran un desempeño Aceptable de 63%, las IPRESS con desempeño Por Mejorar son Yanaoca, Cochapata, Quehue, Surimana y Toccochori con el 72%, 72%, 71%, 72% y 70% respectivamente, las IPRESS con desempeño Aceptable son las IPRESS Hampatura, Huinchiri, Pampamarca Pongoña y Tungasuca con 50%, 64%, 54%, 67% y 54% respectivamente y la IPRESS con desempeño deficiente es Chaupibanda con el 43%. Chaupibanda tiene un año de funcionamiento por lo que la gran mayoría de los estándares evaluados correspondían al año 2023 afectando en la autoevaluación por no disponer la

información respectiva.

Los resultados de Autoevaluación como parte del proceso de Acreditación coinciden con el estudio de Villalba donde resaltan la importancia de cumplir los estándares y normativas para mejorar todos los procesos, la evaluación de estos estándares reconoce competencias de las instituciones.

Al comparar los resultados de la Autoevaluación con el año 2023 se logró mejorar el desempeño en los tres estándares (Gerenciales, Misionales y de Apoyo), en los estándares gerenciales se incrementó 11,43 puntos, en los estándares Misionales se incrementó 13,22 puntos y en los estándares de Apoyo se incrementó 15,30 puntos. Los estándares que más incrementaron sus puntajes son los de Apoyo y los Misionales.

Para demostrar la Correlación entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024 se determinó el valor Rho de Spearman que es de 0,8113; mostrando una relación estadísticamente alta y positiva, estos resultados coinciden con los estudios de Tang, Espinoza y Marín quienes demostraron la correlación entre gestión por procesos y Calidad de Atención con valores Rho de 0,573; 0,488 y 0,521 respectivamente; sin embargo los resultados difieren con el estudio de Delgado, quien demostró una relación de intensidad media entre gestión por procesos y atención con un valor Rho de 0,382; estos resultados también se asemejan al estudio de Garzón quien demostró una relación significativa entre la gestión por procesos y mejora continua con un valor Rho de Spearman de 0,720 y  $p < 0.01$ .

Para determinar la Correlación entre Procesos Gerenciales y Autoevaluación en

las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024 se calculó el valor Rho de Spearman que es 0,722, demostrando una relación estadísticamente alta y positiva. Estos resultados se asemejan al estudio de Tang quien obtiene valor Rho de 0,537 (correlación positiva moderada) entre procesos estratégicos y Calidad de Atención y difiere del estudio de Delgado quien obtiene un valor Rho de 0,324 (correlación positiva baja)

Para determinar la Correlación entre Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024 se calculó el valor Rho de Spearman que es de 0,826, mostrando una relación estadísticamente alta y positiva. Estos resultados se asemejan al estudio de Tang quien obtiene valor Rho de 0,585 (correlación positiva moderada) entre procesos operativos y Calidad de Atención y difiere del estudio de Delgado quien obtiene un valor Rho de 0,340 (correlación positiva baja).

Para determinar la Correlación entre Procesos de Apoyo y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024 se calculó el valor Rho de Spearman que es 0,830, mostrando una relación estadísticamente alta y positiva. Estos resultados difieren con los estudios de Tang y Delgado quienes demostraron la correlación de intensidad media entre Procesos de Apoyo (Soporte) y Calidad de atención y obtuvieron un valor Rho de 0,507 y 0,382 respectivamente.

## **CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Primero: Se demostró una relación significativa alta y positiva entre Gestión de Procesos y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco periodo 2024, con una significancia estadística de 0,002 y un valor Rho de Spearman de 0,813.

Segundo: Se demostró una relación significativa alta y positiva entre Procesos Gerenciales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco periodo 2024, con una significancia estadística de 0,012 y un coeficiente de correlación de Spearman de 0,722.

Tercero: Se demostró una considerable relación significativa, de intensidad alta y positiva entre Procesos Misionales y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco periodo 2024, con una significancia estadística de 0,002 y un coeficiente de correlación de Spearman de 0,826.

Cuarta: Se demostró una relación significativa alta y positiva entre Procesos de Apoyo y Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco periodo 2024, con una significancia estadística de 0,002 y un valor Rho de Spearman de 0,830.

Quinto: Se demostró un incremento de los resultados de Autoevaluación en el periodo 2024 respecto a los años anteriores, mostrando que la gestión de procesos ha tenido un impacto en el cumplimiento de los estándares de Autoevaluación en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco periodo 2024.

## **5.2 Recomendaciones**

Primero: Continuar con la mejora de gestión de procesos en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco para lograr un desempeño eficiente con más del 85% en Gestión de Procesos y Autoevaluación.

Segundo: Implementar los procesos Gerenciales que obtuvieron un desempeño deficiente (menos del 65%) que es Gestión de Calidad, Direccionamiento, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de Seguridad ante Desastres y Control de Gestión y Prestación, según categoría de atención) en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco.

Tercero: Implementar los procesos Misionales que obtuvieron desempeño deficiente (menos del 65%) que son Atención Ambulatoria, Atención Extramural y Atención de Hospitalización, según categoría de atención) en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco.

Cuarto: Implementar todos los procesos de Apoyo que obtuvieron desempeño deficiente (menos del 65%) que son Referencia y Contrareferencia, Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Gestión de Información, Manejo del Riesgo social, Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización, Gestión de Insumos y Materiales y Gestión de Equipos e Infraestructura según categoría de atención en las IPRESS de la Microred Yanaoca del departamento del Cusco.

Quinto: El equipo de gestión de procesos de la Microred Yanaoca debe fortalecer las competencias del personal sanitario mediante asistencia técnica, capacitaciones, auditorias, monitoreo y superviciones en todas las IPRESS, priorizando a las que lograron un desempeño deficiente (Chaupibanda, Hampatura, Pampamarca y Tungasuca).

Sexto: El equipo de gestión de procesos de la Microred Yanaoca debe evaluar periódicamente el desempeño del trabajo con el enfoque de gestión de procesos en todas las IPRESS para cumplir con los estándares de Calidad.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Protección de salud de los trabajadores [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
2. Puertas E.B, Sotelo J.M, Ramos G. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2020 [Citado marzo 20, 2024]; 44e124. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52895/v44e1242020.pdf?sequence=1>
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [Citado marzo 20, 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
4. Solarte, A. L., Arteaga Díaz, Y. M., Andrade Sánchez, K., y Herrera López, H. M. (2024). Aproximación general a la gestión por procesos en los servicios de salud en Latinoamérica: una revisión bibliográfica. Informes psicológicos, 24(1), pp. 69-89. [https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05https://www.researchgate.net/publication/365960018\\_Aproximacion\\_General\\_a\\_la\\_Gestion\\_por\\_Procesos\\_en\\_los\\_Servicios\\_de\\_Salud\\_en\\_Latinoamerica\\_una\\_Revision\\_Bibliografica/link/65e1ce0fe7670d36abe88996/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19](https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05https://www.researchgate.net/publication/365960018_Aproximacion_General_a_la_Gestion_por_Procesos_en_los_Servicios_de_Salud_en_Latinoamerica_una_Revision_Bibliografica/link/65e1ce0fe7670d36abe88996/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19)
5. Lages Ruíz J, Martínez Trujillo N. Gestión por procesos y la referenciación competitiva para la mejora de la calidad de la atención. Revista Cubana de Enfermería [Internet] 2021 [Citado marzo 20, 2024]; 37(3): e4392. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)

6. Beltrán González B.M, Vega Díaz T, Sardury Pérez G, Santandreu Uriarte E.M. Gestión por procesos en los servicios de salud y el trabajo en equipo: consideraciones metodológicas. Edumecentro [Internet] 2018 [Citado marzo 20, 2024]; 10(1): 236 - 242. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v10n1/edu17118.pdf>
7. Paudie Delaney G.S. Accreditation standards and operating room efficiency: achieving a balance. J Hosp Manag Health Policy [Internet] 2019 [Citado ene 12, 2024]; 3(1): 1-4. Disponible en: DOI: <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/5078/pdf>
8. Poblano Verástegui O, Saucedo Valenzuela A.L., Galván García A., Vértiz Ramírez J.J., Anaya Núñez R., Santos Preciado J.I., Trujillo Reyes L., Saturno Hernández P.J., Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2023 [Citado ene 12, 2024]; 47e: 75. Disponible en: DOI: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2023.v47/e75/es>
9. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International. [Internet]. Illinois: JCI; 2011 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.com>
10. Guerra Bretaña R.M, Marín Álvarez Y.A. Acreditación y certificación de la calidad hospitalaria ¿diferentes o similares? Revista Ingeniería Biomédica [Internet] 2017 [Citado ene 12, 2024]; 11 (21): 35-41. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.24050/19099762.n21.2017.1170>
11. Apolaya Segura M., Ruíz Velit Andrea. Acreditación de establecimientos de Salud en el Perú cada vez una necesidad imperiosa. Rev. cuerpo méd. [Internet].

- Lima: HNAAA; 2017 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/27/27>
12. Galván García A.F., Vértiz Ramírez J.J., Sánchez Domínguez M.S., Saucedo Valenzuela A.L., Rueda Neria C.M., Poblano Verástegui Ofelia. Certificación de establecimientos de atención médica en México: análisis de los incentivos para su continuidad. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2019 [Citado ene 12, 2024]; 61(4): 524-531. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n4/524-531/es>
  13. Robles Guerreño L., Díaz Urteaga P. Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú. *Red Acad Perú Salud* [Internet] 2017 [Citado ene 12, 2024]; 24 (1): 34 - 49. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4156.pdf>
  14. Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V02. Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo. Lima: MINSA; 2007 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/392439/listado-de-estandares-de-acreditacion-para-establecimientos-de-salud.pdf?v=1581023043>
  15. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Autoevaluación de establecimientos en Argentina [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [Citado marzo 20, 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/argentina/calidad-salud/autoevaluacion-establecimientos>
  16. Ministerio de Salud. Plataforma digital única del Estado peruano [Internet]. Perú: MINSA; 2016 [Citado marzo 21, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14866-conoce-mas-sobre-susalud-y-como-protege-los-derechos-en-salud-de-los-peruanos>

17. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA. Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Lima: MINSA; 2009 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816\\_MS-DGSP245.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816_MS-DGSP245.pdf)
18. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia las APS [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [Citado marzo 20, 2024]. Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/serie3\\_acreditacion.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/serie3_acreditacion.pdf)
19. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. [Internet]. Washington: PAHO; 2019 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55860/OPSHSSH210018\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55860/OPSHSSH210018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA. Política Nacional de Calidad en Salud. Lima: MINSA; 2009 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
21. Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA. Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. 2012 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271442/242542\\_RM095-2012-MINSA.pdf20190110-18386-atzp52.pdf?v=1547159778](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271442/242542_RM095-2012-MINSA.pdf20190110-18386-atzp52.pdf?v=1547159778)
22. Marín Vargas M.M. Implementación del modelo de gestión por procesos del servicio de patología para el mejoramiento de la calidad, en el laboratorio de Patología Dr. Rodrigo Restrepo SAS en el año 2021. [Tesis Maestría]. Medellín,

- Colombia: Universidad de Antioquía. Especialidad Administración de Servicios de Salud. Facultad Nacional de Salud Pública; 2021. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/26105/2/Mar%c3%admM%c3%b3nica\\_2021\\_Gesti%c3%b3nPorProcesos.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/26105/2/Mar%c3%admM%c3%b3nica_2021_Gesti%c3%b3nPorProcesos.pdf)
23. Villalba Zambrano L.P, Villamar Cueva C.R, Lino Villacreses W.A. Gestión de la calidad y procesos de acreditación en los laboratorios de análisis clínicos según las normativas internacionales. Dom. Cien. [Internet] 2021 [Citado ene 12, 2024]; 7(2): 233 – 248. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8386002>
24. Gómez Sanz J.E., Gallego Gavela V., Simón Sacristán M., Mateo Maestre M., Jiménez Garofano M.C., Virseda Chamorro I. Estrategias para la implantación de un sistema de gestión de la calidad en los laboratorios clínicos del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Sanid. Mil. [Internet] 2020 [Citado ene 12, 2024]; 76(4): 245 – 253. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v76n4/1887-8571-sm-76-04-245.pdf>
25. Arroyo López M.F. Modelo de gestión por procesos de la Unidad de Gestión de Pacientes del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas. [Tesis Maestría]. Quito, Ecuador: Universidad tecnológica Israel. Unidad de postgrado. Maestría en Administración Pública; 2019. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uisrael.edu.ec/bitstream/47000/2014/1/UISRAEL-EC-MASTER-ADMP-378.242-2019-019.pdf>
26. Kafruni Júbiz N, Castro del Toro M. Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de

- acreditación en salud, el modelo European foundation for quality management y el Balancead Scorecard. *Prospectiva* [Internet] 2018 [Citado ene 12, 2024]; 16(1): 91 – 99. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/prosp/v16n1/1692-8261-prosp-16-01-00091.pdf>
27. Hernández Nariño A., Delgado Landa A., Marqués León M., Nogueira Rivera D., Medina León A., Negrín Sosa E. Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud* [Internet] 2016 [Citado ene 12, 2024]; 15(31): 66-87. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.ggpp>  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n31/1657-7027-rgps-15-31-00066.pdf>
28. Tang Pizango J. Gestión por procesos y calidad del servicio del personal de salud de un centro de salud estatal de Lima, 2023. [Tesis Maestría]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado. Maestría en Gestión de Servicios de Salud; 2023. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/122274/Tang\\_PJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/122274/Tang_PJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Espinoza Diaz J.A. Gestión por procesos y su relación con la gestión de la calidad en el hospital de Pomabamba - Ancash, 2022. [Tesis Maestría]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado. Maestría en Gestión de los Servicios de Salud; 2022. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/95936/Espinoza\\_DJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/95936/Espinoza_DJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Martin Marcelo E.P. Gestión por procesos y calidad de atención a usuarios del laboratorio del hospital regional Daniel Alcides Carrión – Huancayo 2021. [Tesis Maestría]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado.

- Maestría en gestión de los servicios de salud; 2021. [Citado ene 12, 2024].  
Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/82015/Martin\\_ME\\_P-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/82015/Martin_ME_P-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Garzón Bernal D. Gestión por procesos y mejora continua en personal de salud de emergencia en un hospital público de Guayaquil 2022. [Tesis Maestría]. Piura, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado. Maestría en gestión de servicios de salud; 2022. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/112592/Garzon\\_B-D-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/112592/Garzon_B-D-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Delgado Riojas A.N. Gestión por procesos y su relación con la atención de los pacientes del Hospital de Otuzco – 2021. [Tesis Doctorado]. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado. Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad; 2022. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80896/Delgado\\_R-AN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80896/Delgado_R-AN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
33. Laguna Urdanivia A.V., Obregón Rodríguez E., Quijada Fernández R.V. Propuesta de Mejora del proceso de atención en el servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. [Tesis Maestría]. Lima, Perú: Universidad del Pacífico. Escuela de Postgrado. Maestría en gestión pública; 2019. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en:  
[https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2523/Alfredo\\_Tesis\\_Maestria\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2523/Alfredo_Tesis_Maestria_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Fernandez Rojas V. Propuesta de Modelo de gestión por procesos para mejorar la Calidad de Atención a los usuarios del servicio de Emergencia y Hospitalización

- del Hospital María Auxiliadora – Rodríguez de Mendoza 2015. [Tesis Maestría]. Chachapoyas, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Postgrado. Maestría en gestión de los servicios de salud; 2017. Maestría en gestión de servicios de salud; 2017. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16380/Fern%c3%a1ndez\\_RV.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16380/Fern%c3%a1ndez_RV.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Instituto Andaluz de Tecnología. Guía para una gestión basada en procesos. [Internet]. España: Editorial Berekintza; 2016. [Citado ene 12, 2022]. Disponible en: <https://www.centrosdeexcelencia.com/wp-content/uploads/2016/09/guiagestionprocesos.pdf>
36. Bravo Carrasco. Gestión de Procesos. [Internet]. Chile: Editorial Evolución S.A; 2011. [Citado ene 12, 2022]. Disponible en: [https://www.academia.edu/25290023/Libro\\_Gestion\\_de\\_Procesos](https://www.academia.edu/25290023/Libro_Gestion_de_Procesos)
37. Pérez Fernández. Gestión por Procesos. [Internet]. España: Editorial ESIC; 2012. [Citado ene 12, 2022]. Disponible en: [https://www.academia.edu/20262568/Gesti%C3%B3n\\_por\\_Procesos\\_PEREZ](https://www.academia.edu/20262568/Gesti%C3%B3n_por_Procesos_PEREZ)
38. [https://www.buscalibre.pe/libro-gestion-por-procesos-5-ed-jose-antonio-perez-esic-editorial/9788473568548/p/11077312?bmkt\\_source=google&bmkt\\_campaign=2090255172&gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQiA-62tBhDSARIsAO7twbYpG4hSqa609XR3B2V1D2zYMZWUT9dpgpADEa85OliAwHM1oA2ldIaAiwLEALw\\_wcB](https://www.buscalibre.pe/libro-gestion-por-procesos-5-ed-jose-antonio-perez-esic-editorial/9788473568548/p/11077312?bmkt_source=google&bmkt_campaign=2090255172&gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA-62tBhDSARIsAO7twbYpG4hSqa609XR3B2V1D2zYMZWUT9dpgpADEa85OliAwHM1oA2ldIaAiwLEALw_wcB)
39. Norma Internacional ISO 9001. Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos. [Internet]. Ginebra: ISO; 2015 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://transparencia.produce.gob.pe/images/stories/Repositorio/transparencia/pr>

- oyectos-de-inversion/niveles-de-servicio/2021/IMARPE/NS/ISO\_Internacional\_9001\_2008\_Espanol\_Traduccion\_Oficial\_Sin\_Empresa.pdf
40. Norma Internacional ISO 9000. Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario [Internet]. Ginebra: ISO; 2015 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <http://www.unc.edu.ve/pdf/calidad/normasISO/ISO%209000-2015.pdf>
41. Modelo EFQM. Club Excelencia en gestión. [Internet]. Bruselas: EFQM; 2019 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://www.scrumtegy.com/wp-content/uploads/2020/04/Modelo-EFQM.pdf>
42. Ministerio de Salud. Resolución Secretarial Nro. 63-2020-MINSA. Lineamientos para la implementación de Gestión por procesos en salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [Citado dic 03, 2022]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/863557/Resolucio%CC%81n\\_Secretarial\\_N\\_063-2020-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/863557/Resolucio%CC%81n_Secretarial_N_063-2020-MINSA.PDF)
43. Camisón C., Cruz S., Gonzáles T. Gestión de la Calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas. [Internet]. España: Editorial Pearson Prentice Hall; 2006. [Citado ene 12, 2022]. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/64db843c11c52aaf913a5322feafd3d8.pdf>
44. Ministerio de Salud. Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [Citado dic 03, 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417855/acreditacion-de-establecimientos-de-salud-y-servicios-medicos-de-apoyo.pdf?v=1595357222>
45. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de

- la Investigación. México: Mc Graw-Hill; 2010. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf)
46. Ñaupas Paitán R., Valdivia Dueñas MR., Palacios Vileta JJ., Romero Delgado UE. Metodología de la Investigación Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de la tesis. Bogotá: Ediciones de la U; 2018. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf)
47. Supo Condori Felipe, Cavero Aybar Hugo. Fundamentos Teóricos y procedimentales de la Investigación científica en Ciencias Sociales. Perú: Ediciones el Universitario; 2014. [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://www.felipesupo.com/wp-content/uploads/2020/02/Fundamentos-de-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf>
48. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev. Med. Clin. Condes [Internet] 2019 [Citado ago 19, 2023]; 30 (1) 36 – 49. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
49. Gobierno Regional de Salud Cusco. Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar [Internet]. Cusco: GERESA; 2023 [Citado marzo 21, 2024]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/mapasredes/MAPAS%20RED%20CANAS%20CANCHIS%20ESPINAR.pdf>
50. Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar. Microred Yanaoca. Gestión de Calidad [Internet]. Yanaoca: GERESA; 2023 [Citado marzo 21, 2024]. Disponible en: Plan de Trabajo de Gestión de la Calidad Microred Yanaoca –

- 2024.
51. Sociedad Americana de la Calidad. Conceptos y Terminología. [Internet] Estados Unidos: ASQ; 2018 [Citado ene 12, 2024]. Disponible en: <https://calidadaplicadaalagestionempresarial51720538.wordpress.com/>
  52. Lizarzaburu Bolaños, E. R. La gestión de la calidad en Perú: un estudio de la norma ISO 9001, sus beneficios y los principales cambios en la versión 2015. Universidad & Empresa [Internet] 2016 [Citado abril 10, 2024]; 18 (30) 33 -54. Disponible en: Doi: [dx.doi.org/10.12804/rev.univ.empresa.30.2016.02](https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/4604/3278)  
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/4604/3278>
  53. Gobierno del Perú Registro Nacional de Establecimientos de Salud acreditados. [Internet]. Perú: GOB.PE; 2022 [Citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/435618/Establecimientos%20de%20salud%20acreditados.pdf?v=1651712211>
  54. Resolución Gerencial N°0704-2021-GRSC/OGRH. Cartera de Servicios de Salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar-periodo fiscal 2021. [Internet]. Cusco: GERESA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/cartera/Cartera%20de%20Servicios%20Micro%20Red%20Yanaoca.pdf>
  55. Ley N° 29124. Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del ministerio de salud y de las regiones. [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1079\\_MINSA1474.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1079_MINSA1474.pdf)
  56. Resolución Ejecutiva Regional N°438-2023-GR CUSCO/GR. Plan Estratégico Institucional 204-2027. [Internet]. Cusco: GERESA; 2021 [Citado abril 12, 2024].

Disponible en:

[https://transparencia.regioncusco.gob.pe/transparencia/planeamiento\\_organizacion/pei/RER.0438.2023%20de%20Aprobaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Estrategico%20Institucional%202024-2027.pdf](https://transparencia.regioncusco.gob.pe/transparencia/planeamiento_organizacion/pei/RER.0438.2023%20de%20Aprobaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Estrategico%20Institucional%202024-2027.pdf)

57. Resolución Directoral N° 220-2024-

GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. Plan Operativo Institucional (POI) 2024 de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar. [Internet]. Cusco: UNIDAD EJECUTORA 401; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:

[https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/transparencia/planeamiento/2024/PLAN%20OPERATIVO%20INSTITUCIONAL%20\(POI\)%202024.pdf](https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/transparencia/planeamiento/2024/PLAN%20OPERATIVO%20INSTITUCIONAL%20(POI)%202024.pdf)

58. Ministerio de Salud. Programación de Programas Presupuestales PPR 2024. [Internet]. Cusco: GERESA Cusco; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:

<https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/>

59. Ordenanza Regional N°082-2014-CR/GRC.CUSCO. Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y de sus Órganos Desconcentrados. MOF MR Yanaoca. [Internet]. Cusco: Normas Legales; 2015 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/196938/195659\\_OrdReg082-2014-CR-GRC-CUSCO\\_EP.pdf20180904-20266-v5tacr.pdf?v=1594239534](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/196938/195659_OrdReg082-2014-CR-GRC-CUSCO_EP.pdf20180904-20266-v5tacr.pdf?v=1594239534)

a. [https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/transparencia/planeamiento/MR\\_YANAOCA.pdf](https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/transparencia/planeamiento/MR_YANAOCA.pdf)

60. Resolución Directoral N° 295-2018-

GR.CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. Directiva de Control de

- Asistencia y Permanencia para el personal asistencial que labora en los Establecimientos de Salud de la Unidad Ejecutora 401-RSCCE. [Internet]. Cusco: Unidad Ejecutora 401; 2018 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/transparencia/resoluciones/2018/RD295-18.pdf>
61. Resolución Ministerial N° 626-2008/MINSA. Normas y Procedimientos para el proceso de Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral. [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/276353/247631\\_RM626-2008.pdf20190110-18386-gv6oc3.pdf?v=1547166956](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/276353/247631_RM626-2008.pdf20190110-18386-gv6oc3.pdf?v=1547166956)
62. Presidencia del consejo de ministro. Norma Técnica para la gestión de la calidad de servicios en el sector público. [Internet]. Lima: PCM; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2126767-1>
63. RM N° 527-2011/MINSA - Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. [Internet]. Lima: MINSA; 2012 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>
64. RM N° 623-2008/MINSA. Metodología para el Estudio del Clima Organizacional Ministerio de Salud PERÚ Dirección General de Salud de las Personas Dirección de Calidad en Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1096\\_DGSP267.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1096_DGSP267.pdf)
65. DS N° 007-2020-PCMM. Disposiciones para la gestión de reclamos en las entidades de la Administración Pública. [Internet]. Lima: Poder ejecutivo; 2020 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.gacetajuridica.com.pe/boletin-nvnet/ar-web/decreto-supremo-n->

[007-2020-pcm.pdf](#).

66. Directiva Sanitaria N° 092 – MINSA/2020/DGAIN. Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf>
67. Directiva Sanitaria N° 046 – MINSA/DGE-V.01. Notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública. [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4292.pdf>
68. NTS N° 174 - MINSA/2021/CDC (RM N° 653-2021/MINSA). Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3466851/Norma%20t%C3%A9cnica%20de%20salud%20para%20la%20vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica%20de%20la%20morbilidad%20materna%20extrema.pdf>
69. Directiva Sanitaria N° 084 – MINSA/2019/DGIESP. Organización y funcionamiento de los comités de prevención de mortalidad materna, fetal y neonatal. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/987041/rm-251-2019-minsa.pdf>
70. R.J. N° 478-2005-J-OPD/INS. Serie de Normas técnicas N° 18. Manual de bioseguridad en laboratorios de ensayo, biomédicos y clínicos. [Internet]. Lima: MINSA; 2005 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021\\_norma-14.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-14.pdf)
71. Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA. Plan Nacional de Prevención del

- VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015. [Internet]. Lima: MINSA; 2010 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/PLAN\\_NACIONAL\\_VHB\\_TB\\_2010-2015.pdf](http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/PLAN_NACIONAL_VHB_TB_2010-2015.pdf)
72. DIGESA. Manual de Salud Ocupacional. [Internet]. Lima: MINSA; 2005 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual\\_deso.PDF](http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual_deso.PDF)
73. Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decreto Supremo N° 005-2012-TR. [Internet]. Lima: Ley; 2012 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/571763/Decreto\\_Supremo\\_N\\_005-2012-TR.pdf?v=1585259918](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/571763/Decreto_Supremo_N_005-2012-TR.pdf?v=1585259918)
74. Resolución Ministerial N° 1472-2002 SA/DM. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. [Internet]. Lima: MINSA; 2002 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1444.pdf>
75. Organización Panamericana de la Salud. Manual de esterilización para centros de salud. [Internet]. Washinton: OPS; 2008 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www3.paho.org/bra/dmdocuments/amr-manual-esterilizacion.pdf>

76. R.M. N° 768- 2010/MINSA. Manual de implementación del programa de prevención de accidentes con materiales punzocortantes en servicios de salud. Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2010 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2920.pdf>
77. Norma Técnica N°163-MINSA/2020/CDC. Resolución Ministerial N°523-2020-MINSA. Vigilancia de infecciones asociadas a la atención de la salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS\\_N163\\_IAAS\\_MINSA-2020-CDC.pdf](https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf)
78. Ministerio de Salud. DS N° 031-2010-SA. Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. [Internet]. Lima: MINSA; 2011 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/Reglamento\\_Calidad\\_Agua.pdf](http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/Reglamento_Calidad_Agua.pdf)
79. Ministerio de Vivienda. Decreto Supremo N° 019-2017-VIVIENDA. Ley Marco de la Gestión y Prestación de los Servicios de Saneamiento. [Internet]. Lima: El Peruano; 2017 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2017/07/DS-019-2017-VIVIENDA-1.pdf>
80. Norma Técnica de Salud N° 161-MINSA/2020/DGAIN. Uso de los Equipos de protección personal para los trabajadores de las IPRESS. [Internet]. Lima: El Peruano; 2020 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://servilex.pe/documents/seguridad/RM456-2020-MINSA.pdf>

81. Ley N° 29664. Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD). [Internet]. Lima: El Peruano; 2011 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29664.pdf>
82. Decreto supremo N° 002-2018-PCM. Nuevo Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Edificaciones. [Internet]. Lima: El Peruano; 2018 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1603409-1>
83. Guía para la evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad. Índice de seguridad hospitalaria. [Internet]. Washington: OPS; 2010 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv\\_publica/docs/estudios\\_documentos/documentos/hs\\_frente\\_desastres/guias\\_pdfs/indice.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/estudios_documentos/documentos/hs_frente_desastres/guias_pdfs/indice.pdf)
84. Resolución Ministerial N°055-2024/MINSA. Directiva administrativa para la evaluación cualitativa de la vulnerabilidad de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención ante emergencias y desastres. [Internet]. Perú: MINSA; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5784340/5136774-resolucion-ministerial-n-055-2024-minsa.pdf?v=1706718419>.
85. Resolución Ministerial N° 194-2005/MINSA. Organización y funcionamiento de las brigadas del ministerio de salud. [Internet]. Perú: MINSA; 2005 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/281141/252544\\_RM194-2005.pdf20190110-18386-69195j.pdf?v=1547173843](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/281141/252544_RM194-2005.pdf20190110-18386-69195j.pdf?v=1547173843).

86. Ministerio de trabajo y promoción del empleo. Guía de Respuesta ante emergencias. [Internet]. Lima: MTPE; 2005 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/315765/Gu%C3%ADa\\_de\\_respuesta\\_ante\\_emergencias.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/315765/Gu%C3%ADa_de_respuesta_ante_emergencias.pdf)
87. Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01. Declaratoria de alertas en situaciones de emergencias y desastres. [Internet]. Lima: Defensa Civil; 2004 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[http://www.hnhu.gob.pe/cuerpo/epidemiologia/ASIS%202011%20\(F\)/contenido/normastecnicas/Resolucion\\_Ministerial\\_de\\_Directivadesastres036.pdf](http://www.hnhu.gob.pe/cuerpo/epidemiologia/ASIS%202011%20(F)/contenido/normastecnicas/Resolucion_Ministerial_de_Directivadesastres036.pdf).
88. Directiva N° D0000002-2022-INDECI-SEC GRAL. Organización, ejecución y evaluación de simulacros nacionales Multipeligro para los años 2022 – 2024. [Internet]. Lima: Defensa Civil; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4035715/DIRECTIVA-000002-2022-SEC%20GRAL.pdf.pdf>
89. Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V01. Servicios de Emergencia. [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>.
90. Resolución Ministerial N°953-2006/MINSA. Aprueba NT N° 051-MINSA/OGDN-V01. Norma Técnica de salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre. [Internet]. Lima: MINSA; 2006 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/279500/250870\\_RM953\\_2006M odificado.pdf20190110-18386-1j10vca.pdf?v=1547171206](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/279500/250870_RM953_2006M odificado.pdf20190110-18386-1j10vca.pdf?v=1547171206)

91. NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Auditoría de la calidad de la atención en salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342325/Norma\\_t%C3%A9cnica\\_de\\_salud\\_de\\_auditor%C3%ADa\\_de\\_la\\_calidad\\_de\\_la\\_atenci%C3%B3n\\_en\\_salud\\_20190716-19467-c34c2y.pdf?v=1563295756](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342325/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_de_auditor%C3%ADa_de_la_calidad_de_la_atenci%C3%B3n_en_salud_20190716-19467-c34c2y.pdf?v=1563295756)
92. Directiva administrativa N° 123-MINSA/DGSP V.01. Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de la atención en salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1061\\_DGSP215.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1061_DGSP215.pdf)
93. Resolución Ministerial N° 147-2024. Directiva administrativa N° 354-MINSA/2024/DGOS. Regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo, y evaluación de los convenios de gestión 2024. [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5958461/5281780-resolucion-ministerial-n-147-2024-minsa.pdf>
94. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA. Aprueba NT N°021-MINSA/DGSP.V03. Categoría de Establecimientos del sector Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2011 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402\\_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf)
95. Decreto Supremo N°013-2006-SA. Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. [Internet]. Lima: MINSA; 2006 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021\\_norma-13.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-13.pdf)

96. Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA. Aprueba NT N°121-MINSA/DGIESP.V01. Atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
97. Instituto Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
98. Resolución directoral N°000129-2022-DG-INSNSB. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>
99. Resolución directoral N°000101-2022-DG-INSNSB. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en paciente pediátrico. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>
100. Resolución Ministerial N° 1041-2019/MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
101. Resolución directoral N° 97-2023-DE-HEVES. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de Abdomen agudo en adultos. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4674205/RD-97-2023-DE-HEVES.pdf>

102. Resolución directoral N° 138-2023-HNHU-DG. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad del paciente adulto. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4483126/RD-138-2023-HNHU-DG.pdf>
103. Resolución directoral N° 011-2022-DG/HNAL. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva alta. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2782993/R.D.%20N%C2%BA%20011-2022-DG-HNAL%20GASTRO\\_GPC%20Dx%20Y%20TTO%20Hemorragia%20Dig%20Alta.pdf.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2782993/R.D.%20N%C2%BA%20011-2022-DG-HNAL%20GASTRO_GPC%20Dx%20Y%20TTO%20Hemorragia%20Dig%20Alta.pdf.pdf)
104. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria para hospitales, institutos y DIRESAS. [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
105. Directiva Administrativa N° 269-MINSA/2019/DGOS. Identificación y señalización de los establecimientos de salud en el ámbito del Ministerio de Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4903.pdf>
106. Resolución Ministerial N°099-2014/MINSA. Directiva administrativa N°197-MINSA/DGSP-V01. Cartera de servicios de salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2014 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200729/197499\\_RM099\\_2014\\_MINSA.pdf20180926-32492-17yabr.pdf?v=1594242222](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200729/197499_RM099_2014_MINSA.pdf20180926-32492-17yabr.pdf?v=1594242222)

107. Ley N°27408. Atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público. [Internet]. Lima: Congreso de la República; 2001 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284136/255924\\_L27408-2001.pdf20190110-18386-iz6mwi.pdf?v=1637623527](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284136/255924_L27408-2001.pdf20190110-18386-iz6mwi.pdf?v=1637623527).
108. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. [Internet]. Lima: MINSA; 2010 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2197.pdf>
109. R. M. N° 827 - 2013/MINSA. Norma Técnica de salud para la atención Integral de Salud Materna. [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935\\_RM827\\_2013\\_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf)
110. Resolución ministerial N° 422-2017/MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la caries dental en niñas y niños. [Internet]. Lima: MINSA; 2010 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189980/189474\\_R.M. N C2 B 0\\_422-2017MINSA.pdf20180823-24725-w92fq3.pdf?v=1619058368](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189980/189474_R.M. N C2 B 0_422-2017MINSA.pdf20180823-24725-w92fq3.pdf?v=1619058368)
111. Resolución Ministerial N° 324-2019/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306236/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_324-2019-MINSA.PDF?v=1554746120](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306236/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_324-2019-MINSA.PDF?v=1554746120)

112. Resolución Ministerial N° 1209-2021/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 138-MINSA/DGIESP-2021 Directiva Sanitaria para la atención estomatológica en pacientes con enfermedades no transmisibles que comparten factores de riesgo asociados a la cavidad bucal. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2347931/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%B0%20138-MINSA/DGIESP-2021.pdf>
113. Resolución ministerial N° 250-2017/MINSA. NT N° 134-MINSA/2017/DGIESP. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322896/Norma\\_t%C3%A9cnica\\_Manejo\\_terap%C3%A9utico\\_y\\_preventivo\\_de\\_la\\_anemia\\_en\\_ni%C3%B1os\\_adolescentes\\_mujeres\\_gestantes\\_y\\_pu%C3%A9rperas20190621-17253-1wh8n0k.pdf?v=1561140238](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322896/Norma_t%C3%A9cnica_Manejo_terap%C3%A9utico_y_preventivo_de_la_anemia_en_ni%C3%B1os_adolescentes_mujeres_gestantes_y_pu%C3%A9rperas20190621-17253-1wh8n0k.pdf?v=1561140238)
114. R. M. N° 789 - 2023/MINSA. Norma Técnica de salud para el cuidado Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5026077/4557563-rm-n-789-2023-minsa.pdf?v=1707854608>.

115. R. M. N° 498 - 2020/MINSA. Directiva Sanitaria para el cuidado Integral de las personas con enfermedades No Transmisibles en el contexto de la Pandemia por COVID-19. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1017204/RM\\_498-2020-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1017204/RM_498-2020-MINSA.pdf).
116. Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203\\_prom30.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf)
117. R. M. N° 457 - 2005/MINSA. Programa de Municipios y Comunidades Saludables. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/201\\_PROM33.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/201_PROM33.pdf)
118. R. M. N° 277 - 2005/MINSA. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/121\\_PROMINSEDU.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/121_PROMINSEDU.pdf)
119. Ley N° 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. [Internet]. Lima: Perú; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos//2006\\_2011/ADLP/Normas\\_Legales/29414-LEY.pdf](https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos//2006_2011/ADLP/Normas_Legales/29414-LEY.pdf)
120. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA. Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V01. Servicios de Emergencia. [Internet]. Lima: MINSA; 2006

- [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
121. Resolución Ministerial N° 242-2024/MINSA. Directiva Administrativa N° 355 - MINS/DGAIN-2024 para la programación de turnos de trabajo del profesional de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6152717/5431133-resolucion-ministerial-n-242-2024-minsa.pdf?v=1712428208>
122. Manual de Primeros Auxilios y Emergencias Toxicológicas. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://www.inmp.gob.pe/uploads/Manual\\_Primeros\\_Auxilios.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/Manual_Primeros_Auxilios.pdf)
123. Manual de Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701\\_MS-PSNB318-1.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-1.pdf)
124. Resolución Ministerial N° 516-2005/MINSA. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/280974/252375\\_RM516-2005.pdf20190110-18386-1hqt9g3.pdf?v=1547173548](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/280974/252375_RM516-2005.pdf20190110-18386-1hqt9g3.pdf?v=1547173548)
125. Guías de Práctica Clínica del Recién nacido. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027\\_dgsp198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027_dgsp198.pdf)
126. Guías de Práctica Clínica en Pediatría en Emergencia. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/280977/252377\\_RM511-2005.pdf20190110-18386-1qqclop.pdf?v=1547173553](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/280977/252377_RM511-2005.pdf20190110-18386-1qqclop.pdf?v=1547173553)

127. Guías de Práctica Clínica para atención de Emergencias Obstétricas. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
128. Manual de implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
129. Manual de registro y codificación de las actividades de Promoción de la Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2022/Manual%20de%20promocion%20de%20salud%202021-2022.pdf>
130. Resolución Ministerial N° 411- 2014/MINSA. Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3154.pdf>.
131. Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA. Norma técnica de salud de la unidad productora de servicios de patología clínica. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20627-2008-MINSA%20PATOLOG%C3%8DA%20CL%C3%8DNICA.pdf>

132. Norma Técnica Peruana NTP-ISO/IEC 17025 – 2017. Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración. Norma Técnica Peruana NTP-ISO/IEC 17025 – 2017. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://transparencia.produce.gob.pe/images/stories/Repositorio/transparencia/proyectos-de-inversion/niveles-de-servicio/2021/ITP/NC/NTP\\_ISO\\_IEC\\_17025\\_2017.pdf](https://transparencia.produce.gob.pe/images/stories/Repositorio/transparencia/proyectos-de-inversion/niveles-de-servicio/2021/ITP/NC/NTP_ISO_IEC_17025_2017.pdf)
133. Norma técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN. Norma técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica. [Internet]. Lima: MINSA; 2018 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
134. Guía técnica para el llenado de Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/recursos/2017/09/GUIA%20TECNICA%20DE%20LA%20HC%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
135. Instructivo para el registro de datos de la Historia Clínica Materno Perinatal. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390974/Instructivo\\_para\\_el\\_registro\\_de\\_datos\\_de\\_la\\_historia\\_cl%C3%ADnica\\_materno\\_perinatal20191017-26355-zz95zm.pdf?v=1571311972](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390974/Instructivo_para_el_registro_de_datos_de_la_historia_cl%C3%ADnica_materno_perinatal20191017-26355-zz95zm.pdf?v=1571311972)
136. Instructivo para el llenado de la Historia Clínica de la niña y el niño. [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191050/537-2017-MINSA\\_anexos\\_del\\_1\\_al\\_10.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191050/537-2017-MINSA_anexos_del_1_al_10.pdf)

137. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de adolescentes. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
138. Resolución Ministerial N° 465-2016 MINSA. Orientaciones para la atención integral de salud en la etapa de vida joven. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3788.pdf>
139. Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la etapa de vida adulto mujer y varón. [Internet]. Lima: MINSA; 2006 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2090.pdf>
140. Resolución Ministerial N°1175-2023-MINSA. Plan de salud integral y el fortalecimiento de servicios de salud con enfoque intercultural en el ámbito de los pueblos indígenas u originarios para el año 2024. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5630815/4988164-resolucion-ministerial-n-1175-2023-minsa.pdf?v=1704302371>
141. Norma técnica N°018 – MINSA/DGSP.V01. Norma técnica del sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2005 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf?v=1573077096>
142. Petitorio nacional único de medicamentos esenciales para el sector salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:

[https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Normatividad/2023/ANEXO\\_RM\\_633-2023-MINSA.pdf](https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Normatividad/2023/ANEXO_RM_633-2023-MINSA.pdf)

143. Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA. Sistema Integrado de Suministro Público de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios – SISMED. [Internet]. Lima: MINSA; 2018 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/188141/187637\\_R.M\\_116-2018-MINSA.PDF20180823-24725-19uigyv.PDF?v=1677074081](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/188141/187637_R.M_116-2018-MINSA.PDF20180823-24725-19uigyv.PDF?v=1677074081)
144. Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3453401/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20Manual%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20de%20Oficina%20Farmac%C3%A9utica.pdf>
145. Resolución Ministerial N° 132-2015/MINSA. Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en Laboratorios, droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros. [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2023/nsec/RM%20132-2015-MINSA%20BUENAS%20PRACTICAS%20DE%20ALMACENAMIENTO.pdf>
146. Resolución Ministerial N° 013-2009/MINSA. Manual de Buenas Prácticas de Dispensación. [Internet]. Lima: MINSA; 2009 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:

- [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322886/Manual\\_de\\_buenas\\_pr%C3%A1cticas\\_de\\_dispensaci%C3%B3n20190621-17253-ntiu8f.pdf?v=1561140223](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322886/Manual_de_buenas_pr%C3%A1cticas_de_dispensaci%C3%B3n20190621-17253-ntiu8f.pdf?v=1561140223)
147. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. [Internet]. Lima: MINSA; 2005 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1431.pdf>
148. Decreto Supremo N° 023-2001-SA. Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria. [Internet]. Lima: MINSA; 2001 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://diariooficial.elperuano.pe/Normas/obtenerDocumento?idNorma=30001>
149. Ley N° 29459. Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. [Internet]. Lima: MINSA; 2001 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/2813441-29459>
150. Resolución Ministerial N° 350-2015/MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS. [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/195880/194604\\_R\\_M\\_350-2015-MINSA.pdf20180904-20266-pxkvja.pdf?v=1594156807](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/195880/194604_R_M_350-2015-MINSA.pdf20180904-20266-pxkvja.pdf?v=1594156807)
151. Manual de Registro y Codificación de actividades en la atención de consulta externa en Promoción de la Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3411.pdf>
152. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024].

Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3390325/5796.pdf.pdf?v=1657557609>

153. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención en la Consulta externa en Planificación familiar. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3389733/Manual%20de%20registro%20y%20codificaci%C3%B3n%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20la%20consulta%20externa%20en%20planificaci%C3%B3n%20familiar.%20Sistema%20de%20informaci%C3%B3n%20HIS.pdf?v=1657552055>
154. Manual de Registro y codificación de la atención en consulta externa de inmunizaciones. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3390193/Manual%20de%20registro%20y%20codificaci%C3%B3n%20de%20actividades%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20de%20salud%20rn%20la%20consulta%20externa%20de%20Inmunizaciones.%20Sistema%20de%20informaci%C3%B3n%20HIS.pdf?v=1657556113>
155. Manual de Registro y codificación de la atención en la consulta externa etapa de vida niño. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en:  
[https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2021/Manual\\_EV\\_nino\\_EDA\\_09.03.2021\\_02.pdf](https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2021/Manual_EV_nino_EDA_09.03.2021_02.pdf)

156. Manual de Registro y codificación de la atención en la consulta externa etapa adolescente. [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5163.pdf>
157. Manual de Registro y codificación de actividades en la atención integral de salud de la etapa de vida adulto mujer y varón. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/d&D/download.php?filename=M%20ANUAL%20DE%20REGISTRO%20DE%20ADULTO%202019.pdf&f=2022117203005\\_MANUAL%20DE%20REGISTRO%20DE%20ADULTO%202019.pdf](https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/d&D/download.php?filename=M%20ANUAL%20DE%20REGISTRO%20DE%20ADULTO%202019.pdf&f=2022117203005_MANUAL%20DE%20REGISTRO%20DE%20ADULTO%202019.pdf)
158. Manual de Registro y codificación de la atención de salud en la consulta externa de la etapa de vida del adulto mayor. [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4941.pdf>
159. Manual de Registro y Codificación de la atención en la consulta externa en atención perinatal. [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4406096/Manual%20de%20Registro%20y%20Codificaci%C3%B3n%20de%20actividades%20en%20la%20Atenci%C3%B3n%20de%20Materno%20Perinatal%202023.pdf>
160. Manual de registro y codificación en la consulta ambulatoria del componente de prevención y control de daños no transmisibles. [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales->

[Actualizados-2021/Manual-HIS-Componentes-Prevencion-No-transmisibles-2020-23-02-2021.pdf](#)

161. Manual de registro y codificación de la atención en salud bucal 2022. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5706.pdf>
162. Manual de registro y codificación de la atención de salud en la consulta externa en salud ocular y prevención de la ceguera. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/d&D/download.php?filename=Manual%20HIS%20ESN%20Salud%20Ocular%202019.pdf&f=20221117203005\\_Manual%20HIS%20ESN%20Salud%20Ocular%202019.pdf](https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/d&D/download.php?filename=Manual%20HIS%20ESN%20Salud%20Ocular%202019.pdf&f=20221117203005_Manual%20HIS%20ESN%20Salud%20Ocular%202019.pdf)
163. Manual de Registro y codificación de la atención en la consulta externa en la prevención y control de enfermedades Metaxenicas y zoonóticas. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3628008/Manual%20del%20Registro%20y%20Codificaci%C3%B3n%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20la%20Consulta%20Externa%20HIS%3A%20Rabia.pdf>
164. Manual de Registro y Codificación de la atención de salud en la consulta externa en prevención y control de VIH-SIDA, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/d&D/download.php?filename=MANUAL%20DE%20REGISTRO%20DPVIH%202019.pdf&f=20221117203005\\_MANUAL%20DE%20REGISTRO%20DPVIH%202019.pdf](https://www.hospitallasmercedespaita.gob.pe/d&D/download.php?filename=MANUAL%20DE%20REGISTRO%20DPVIH%202019.pdf&f=20221117203005_MANUAL%20DE%20REGISTRO%20DPVIH%202019.pdf)

165. Manual de Registro y codificación de las actividades de prevención y control de tuberculosis. [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7370.pdf>
166. Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa en la prevención y control de cáncer. [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3628061/Manual%20de%20Registro%20y%20Codificaci%C3%B3n%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20la%20Consulta%20Externa%3A%20C%C3%A1ncer.pdf?v=1663173738>
167. Convenio de Gestión N°023-2024/MINSA. Convenio de gestión entre el ministerio de salud y el gobierno regional del Cusco. [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5940799/5265537-convenio-n-023-2024-minsa.pdf?v=1709059430>
168. Ley N° 29334. Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2009 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley\\_N\\_29344.pdf?v=1575490785](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley_N_29344.pdf?v=1575490785)
169. Directiva Administrativa N° 001-2021-SIS/GREP-V.01. Directiva Administrativa para la gestión del Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS). [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1671379/ANEXO%20RJ%2001>

[5-2021-SIS%20DIRECTIVA%20ADMINISTRATIVA%20N%C2%B0%20001-2021-%20SIS-GREP%20-%20V.01.pdf.pdf?v=1613153088](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190970/190529_RM_N_C2_B0_021-2017-_minsa.PDF20180823-19572-1ixwpdq.PDF)

170. Resolución Ministerial N° 021-2017/MINSA. Directiva Administrativa N° 224-MINSA/2017/OGTI: Directiva Administrativa que establece el uso en la plataforma WEB WAWARED en los Establecimientos de Salud. . [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190970/190529\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_021-2017-\\_minsa.PDF20180823-19572-1ixwpdq.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190970/190529_RM_N_C2_B0_021-2017-_minsa.PDF20180823-19572-1ixwpdq.PDF)
171. Sistema de Registro del Certificado del Nacido Vivo en Línea. [Internet]. Lima: MINSA; 2011 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/cnv/>
172. Módulo SIGA Patrimonial. Manual del Usuario. [Internet]. Lima: MEF; 2011 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/doc\\_siga/manuales/modulo\\_patrimonio/Manual\\_Usuario\\_Mod\\_Patrominio.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/doc_siga/manuales/modulo_patrimonio/Manual_Usuario_Mod_Patrominio.pdf)
173. Ministerio de Salud. Sistema REFCOM. [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://refcon.minsa.gob.pe/refconv02/>
174. Ministerio de Salud. Plataforma informática HIS MINSA. [Internet]. Lima: MINSA; 2012 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/35149-nueva-plataforma-sistematizada-de-datos-his-arrojara-estadisticas-inmediatas-via-web>
175. Gobierno del Perú. Plataforma informática SIS. [Internet]. Lima: SIS; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/sis>
176. Resolución Ministerial N°372-2011/MINSA. Guía técnica de procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes en los establecimientos

- de salud y servicios médicos de apoyo. [Internet]. Lima: MINSA; 2011 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272588/243707\\_RM372-2011-MINSA-Nuevo.PDF20190110-18386-1iyy23x.PDF?v=1547161541](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272588/243707_RM372-2011-MINSA-Nuevo.PDF20190110-18386-1iyy23x.PDF?v=1547161541)
177. Resolución Ministerial N° 399-2004 – PCM. Sistema de Focalización de Hogares y directiva de organización y funcionamiento. [Internet]. Lima: MINSA; 2004 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/256772/230193\\_file20181218-16260-1x1toff.pdf?v=1545184047](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/256772/230193_file20181218-16260-1x1toff.pdf?v=1545184047)
178. Resolución Ministerial N° 657-2019/MINSA. Implementación del observatorio Nacional de tarifas de procedimientos médicos y sanitarios. [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343477/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_657-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343477/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_657-2019-MINSA.PDF)
179. Resolución Jefatural N° 000049-2024-SIS/J. Tarifario de procedimientos médicos y sanitarios del seguro integral de salud. 2024. [Internet]. Lima: MINSA; 2004 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/normas-legales/5466157-000049-2024-sis-j>
180. Lineamientos de Política Tarifaria en el sector salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2006 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/146\\_linpoltarif.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/146_linpoltarif.pdf)
181. Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Abastecimiento. [Internet]. Lima: MINSA; 2018 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/DecretosLegislativos/01439.pdf>

182. Ley de contrataciones y adquisiciones del Estado. Ley N° 26850. [Internet]. Lima: MINSA; 1997 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://docs.peru.justia.com/federales/leyes/26850-jul-30-1997.pdf>
183. Directiva N° 0004-2021.EF/54.01. Directiva para la gestión de almacenamiento y distribución de bienes muebles. [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2149387/RD0011\\_2021EF5401.pdf.pdf?v=1630595278](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2149387/RD0011_2021EF5401.pdf.pdf?v=1630595278)
184. Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V01. Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3366.pdf>
185. Resolución Ministerial N° 700-2014/MINSA. Directiva administrativa para la asignación en Uso y Control de Bienes patrimoniales del Ministerio de Salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2014 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201919/198684\\_RM700\\_2014\\_MINSA.pdf20180926-32492-xr12xm.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201919/198684_RM700_2014_MINSA.pdf20180926-32492-xr12xm.pdf)
186. Resolución Ministerial N° 533-2016/MINSA. Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud. [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021\\_norma-05.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-05.pdf)
187. Resolución Ministerial N°115-2008/MINSA. Procedimientos Alta, baja y entrega de bienes muebles. [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [Citado abril 12,

2024]. Disponible en:

<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2008/RM115-2008.pdf>

188. Resolución Gerencial Regional N°0931-2024-GR CUSCO/GERESA. Plan de Salud Local Yanaoca 2024. [Internet]. Cusco: GERESA Cusco; 2024 [Citado abril 12, 2024]. Disponible en: CLAS YANAOCA.

## ANEXOS

### Anexo Nro 01: Matriz de Consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es la relación entre la gestión de procesos y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco – periodo 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>a. ¿Cuál es la relación de la dimensión estratégica y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - periodo 2024?</p> <p>b. ¿Cuál es la relación de la dimensión operativa y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - periodo 2024?</p> <p>c. ¿Cuál es la relación de la dimensión de apoyo y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - periodo 2024?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Demostrar la relación entre la gestión de procesos y la autoevaluación de las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco – periodo 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>a. Relacionar la dimensión estratégica o gerencial con la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - periodo 2024</p> <p>b. Relacionar la dimensión operativa o misional con la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - periodo 2024</p> <p>c. Relacionar la dimensión de apoyo y la autoevaluación en las IPRESS de la microred Yanaoca – Cusco - periodo 2024</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> La gestión de procesos tiene relación directa con la autoevaluación de IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – periodo 2024.</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <p>a. Hipótesis específica 1: El proceso estratégico o gerencial tiene relación directa con la autoevaluación de IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – periodo 2024.</p> <p>b. Hipótesis específica 2: El proceso operativo o misional tiene relación directa con la autoevaluación de IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – periodo 2024.</p> <p>c. Hipótesis específica 3: El proceso de apoyo tiene relación directa con la autoevaluación de IPRESS de la Microred Yanaoca – Cusco – periodo 2024.</p>	<p><b>Variable 1 - Gestión de procesos</b> Procesos Estratégicos o Gerenciales Procesos misionales u Operativos Procesos de Soporte o Apoyo</p> <p><b>Variable 2 -Autoevaluación</b> Estándares Gerenciales Estándares Misionales Estánadres de Apoyo</p> <p><b>Variables Intervinientes</b> Categoría de la atención Nivel de Atención Años de funcionamiento Tipo de IPRESS</p>	<p><b>Tipo de Investigación:</b> Aplicada</p> <p><b>Método y Diseño de Investigación:</b> No experimental</p> <p><b>Población:</b> Todos los establecimientos de salud de la microred Yanaoca</p> <p><b>Muestra:</b> Censal</p>

Fuente: Elaboración propia

**Anexo Nro. 02: Instrumentos para la Gestión de la Calidad (RM N° 095-2012/MINSA)**

**a. “Matriz de Priorización”**

Los valores para otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo:

Alto = 5

Medio = 3

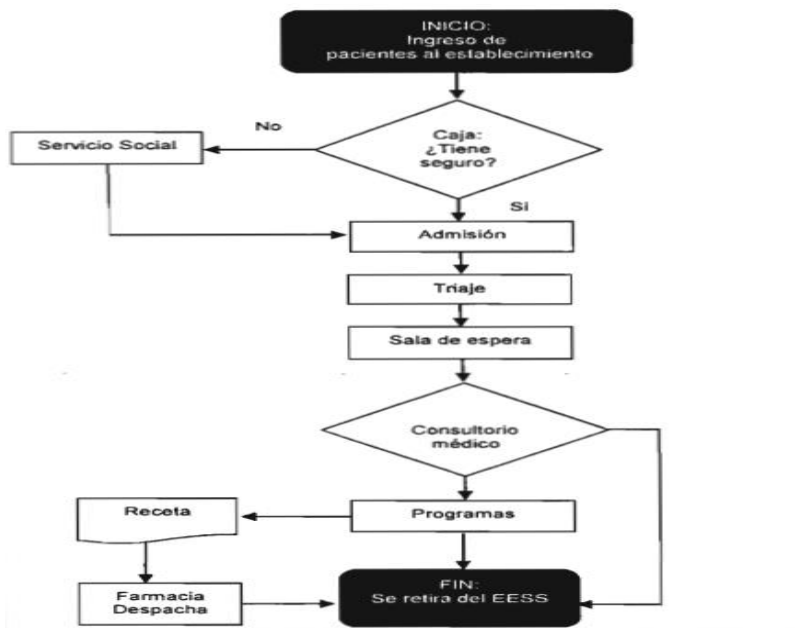
Bajo = 1

N°	Proceso	Problema de interes	Frecuencia	Importancia	factibilidad	Puntaje
1						0
2						0
3						0
4						0
5						0

**Criterios de Calificación:**

- Frecuencia: Qué tan a menudo ocurren las alternativas evaluadas.
- Importancia: Elegir cuáles opciones son de mayor envergadura desde el punto de vista del usuario o equipo.
- Factibilidad: Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados para cada alternativa.

b. Diagrama de Flujo



c. Diagrama de Operaciones

FECHA	18 de Marzo 2011	N° DE HOJAS	1	DESCRIPCIÓN	PASOS ACTUALES	PASOS PROPUESTOS						
<b>CENTRO ASISTENCIAL:</b> HOSPITAL A <b>SERVICIO:</b> CONSULTORIO EXTERNO <b>PROCESO:</b> ATENCIÓN EN MEDICINA GENERAL <b>RESPONSABLE:</b> JEFE DE SERVICIOS MÉDICOS	INICIO / FIN	2										
	ACTIVIDAD	4										
	DOCUMENTO	0										
	ARCHIVO	0										
	TRASLADO	4	2									
	ESPERA	3										
	<b>TOTAL DE PASOS</b>	<b>13</b>	<b>11</b>									
N° Actividad	DESCRIPCIÓN	INICIO / FIN	ACTIVIDAD	DOCUMENTO	ARCHIVO	TRASLADO	ESPERA	ACTIVIDADES A ELIMINAR A ACTIVIDADES SIMPLIFICAR	TIEMPO NORMAL	TIEMPO PROPUESTO	OBSERVACIONES	
1	Ingreso de paciente								6"	5"		
2	Traslado a triaje								6"	6"		
3	Espera en triaje								1'40"	1'10"		
4	Atención triaje								2"	2"	RECIBE TICKET	
5	Traslado admisión								4"	4"		
6	Espera en admisión								1'30"	1'20"		
7	Atención admisión								3'10"	2'55"		
8	Desplaza caja							X	5"	5"		
9	Atención caja								1'	1'		
10	Traslado de paciente a consultorio							X	15"	12"		
11	Espera en atención							X	30'15"	20'35"		
12	Atención médica								8'10"	8'30"	RECIBE RECETA	
13	Salida del paciente del hospital								15"	9"		
<b>TOTALES</b>		2	4	0	0	4	3	2	1	48'36"	38'11"	Tiempo aprovechado 10'25"

d. Diagrama de Gantt

Proceso: .....  
 Responsable: ..... Fecha: .....

Tabla N° 06

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MESES												COSTO
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Planificación del proyecto	Luis Ramos	■	■											
Conformación de los equipos de mejora	Antonio Pérez			■										
Reuniones de análisis causa raíz	Marco Sánchez			■	■									
Elaboración y aprobación del plan de acción	Rosa Palacios				■	■								
Implementación del plan de acción	Eliana Ríos				■	■	■							
Análisis y retroalimentación de resultados	Rosaura Paz						■	■						
Informe final	Beatriz Velarde							■						

e. Hojas de Control

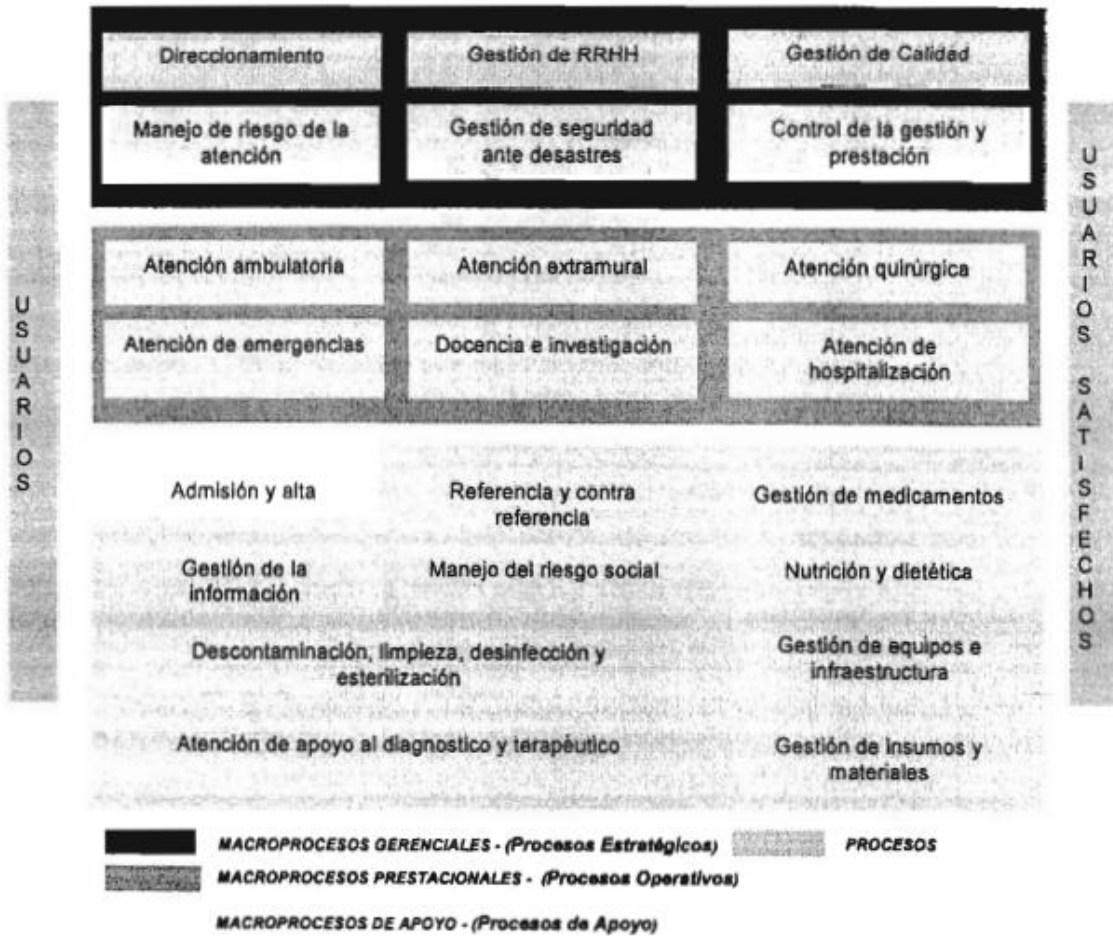
Hoja de control					
Nombre:			Área:		
Fecha:					
	DESCRIPCIÓN	C	I	NC	OBSERVACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**C** = Cumple  
**I** = Incompleto  
**NC** = No Cumple

Porcentaje de Avance =

f. Mapa de Procesos

VISIÓN DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN



**Anexo Nro. 03: Listado de Estándares de Acreditación para  
Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo (NT N° 050-  
MINSA/DGSP-V02)**

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1
1. Direccionamiento	DIR-1	DIR1-1	x	x	x	x	x	x	x
		DIR1-2		x	x	x	x	x	x
		DIR1-3	x	x	x	x	x	x	x
		DIR1-4		x	x	x	x	x	x
		DIR1-5		x	x	x	x	x	x
		DIR1-6			x	x	x	x	x
		DIR1-7			x	x	x	x	x
		DIR1-8		x	x	x	x	x	x
	DIR-2	DIR2-1	x	x	x	x	x	x	x
		DIR2-2	x	x	x	x	x	x	x
DIR2-3		x	x	x	x	x	x	x	
2. Gestión de recursos humanos	GRH-1	GRH1-1				x	x	x	x
		GRH1-2				x	x	x	x
		GRH1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GRH1-4	x	x	x	x	x	x	x
	GRH-2	GRH2-1	x	x	x	x	x	x	x
		GRH2-2	x	x	x	x	x	x	x
	GRH-3	GRH3-1	x	x	x	x	x	x	x
		GRH3-2	x	x	x	x	x	x	x
	GRH-4	GRH4-1	x	x	x	x	x	x	x
		GRH4-2	x	x	x	x	x	x	x
		GRH4-3	x	x	x	x	x	x	x
	3. Gestión de la calidad	GCA-1	GCA1-1			x	x	x	x
GCA1-2					x	x	x	x	x
GCA1-3					x	x	x	x	x
GCA1-4			x	x	x	x	x	x	x
GCA1-5			x	x	x	x	x	x	x
GCA-2		GCA2-1	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-2	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-3			x	x	x	x	x
		GCA2-4	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-5	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-6	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-7	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-8	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-9	x	x	x	x	x	x	x
GCA-3		GCA3-1	x	x	x	x	x	x	x
		GCA3-2	x	x	x	x	x	x	x
		GCA3-3	x	x	x	x	x	x	x
		GCA3-4	x	x	x	x	x	x	x
		GCA3-5	x	x	x	x	x	x	x
		GCA3-6	x	x	x	x	x	x	x
	GCA3-7	x	x	x	x	x	x	x	
	GCA3-8	x	x	x	x	x	x	x	
4. Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	MRA1-1			x	x	x	x	x
		MRA1-2			x	x	x	x	x
		MRA1-3			x	x	x	x	x
		MRA1-4			x	x	x	x	x
		MRA1-5		x	x	x	x	x	x
		MRA1-6	x	x	x	x	x	x	x
		MRA1-7				x	x	x	x
		MRA1-8					x	x	x
		MRA1-9					x	x	x

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1
5. Gestión de Seguridad ante desastres		MRA1-10					x	x	x
		MRA1-11					x	x	x
	MRA-2	MRA2-1					x	x	x
		MRA2-2					x	x	x
		MRA2-3					x	x	x
		MRA2-4					x	x	x
		MRA2-5					x	x	x
		MRA2-6					x	x	x
		MRA2-7					x	x	x
		MRA2-8					x	x	x
		MRA2-9					x	x	x
	MRA-3	MRA3-1					x	x	x
		MRA3-2					x	x	x
		MRA3-3					x	x	x
		MRA3-4					x	x	x
	MRA-4	MRA4-1					x	x	x
		MRA4-2					x	x	x
		MRA4-3					x	x	x
		MRA4-4					x	x	x
	MRA-5	MRA5-1					x	x	x
		MRA5-2					x	x	x
		MRA5-3					x	x	x
		MRA5-4					x	x	x
		MRA5-5					x	x	x
	MRA-6	MRA6-1	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-2	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-3	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-4	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-5	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-6	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-7			x	x	x	x	x
		MRA6-8					x	x	x
		MRA6-9	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-10			x	x	x	x	x
	MRA-7	MRA7-1	x	x	x	x	x	x	x
		MRA7-2	x	x	x	x	x	x	x
		MRA7-3	x	x	x	x	x	x	x
		MRA7-4	x	x	x	x	x	x	x
	MRA-8	MRA 8-1			x	x	x	x	x
		MRA8-2				x	x	x	x
		MRA8-3	x	x	x	x	x	x	x
	GSD-1	GSD1-1	x	x	x	x	x	x	x
		GSD1-2				x	x	x	x
		GSD1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GSD1-4	x	x	x	x	x	x	x
		GSD1-5					x	x	x
		GSD1-6	x	x	x	x	x	x	x
		GSD1-7				x	x	x	x
	GSD-2	GSD2-1					x	x	x
		GSD2-2				x	x	x	x
GSD2-3		x	x	x	x	x	x	x	
GSD2-4		x	x	x	x	x	x	x	
GSD2-5		x	x	x	x	x	x	x	

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	
		GSD2-6			x	x	x	x	x	
		GSD2-7	x	x	x	x	x	x	x	
		GSD2-8				x	x	x	x	
	GSD-3	GSD3-1			x	x	x	x	x	
		GSD3-2				x	x	x	x	
		GSD3-3			x	x	x	x	x	
		GSD3-4			x	x	x	x	x	
		GSD3-5			x	x	x	x	x	
		GSD3-6			x	x	x	x	x	
6. Control de la gestión y prestación	CGP-1	CGP1-1	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP1-2	x	x	x	x	x	x	x	
	CGP-2	CGP2-1	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP2-2				x	x	x	x	
		CGP2-3	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP2-4		x	x	x	x	x	x	
		CGP2-5				x	x	x	x	
		CGP2-6				x	x	x	x	
		CGP2-7				x	x	x	x	
		CGP2-8				x	x	x	x	
		CGP2-9				x	x	x	x	
		CGP2-10			x	x	x	x	x	
		CGP2-11			x	x	x	x	x	
		CGP2-12	x	x	x	x	x	x	x	
CGP2-13	x	x	x	x	x	x	x			
7. Atención ambulatoria	ATA-1	ATA1-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA1-2	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA1-3			x	x	x	x	x	
		ATA1-4				x	x	x	x	
		ATA1-5	x	x	x	x	x	x	x	
	ATA-2	ATA2-1			x	x	x	x	x	
		ATA2-2			x	x	x	x	x	
		ATA2-3			x	x	x	x	x	
		ATA2-4			x	x	x	x	x	
	ATA-3	ATA3-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA3-2	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA3-3	x	x	x	x				
		ATA3-4	x	x	x	x				
		ATA3-5	x	x	x	x				
		ATA3-6	x	x	x	x	x	x	x	
	ATA-4	ATA4-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA4-2	x	x	x	x	x	x	x	
	8. Atención extramural	AEX-1	AEX1-1	x	x	x	x			
			AEX1-2	x	x	x	x			
AEX1-3			x	x	x	x				
AEX1-4			x	x	x	x				
AEX1-5			x	x	x	x				
AEX1-6			x	x	x	x				
AEX-2		AEX2-1	x	x	x	x				
		AEX2-2	x	x	x	x				
AEX-3		AEX3-1	x	x	x	x				
		AEX3-2		x	x	x				
AEX-4		AEX4-1	x	x	x					
		AEX4-2	x	x	x					

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	
		AEX4-3	x	x	x					
9. Atención de hospitalización	ATH-1	ATH1-1				x	x	x	x	
		ATH1-2				x	x	x	x	
		ATH1-3				x	x	x	x	
	ATH-2	ATH2-1				x	x	x	x	
		ATH2-2				x	x	x	x	
		ATH2-3				x	x	x	x	
	ATH-3	ATH3-1				x	x	x	x	
		ATH3-2				x	x	x	x	
		ATH3-3				x	x	x	x	
		ATH3-4				x	x	x	x	
	ATH-4	ATH4-1				x	x	x	x	
		ATH4-2				x	x	x	x	
		ATH4-3				x	x	x	x	
		ATH4-4				x	x	x	x	
		ATH4-5				x	x	x	x	
	ATH-5	ATH5-1					x	x	x	
		ATH5-2					x	x	x	
	ATH-6	ATH6-1						x	x	
		ATH6-2						x	x	
	ATH-7	ATH7-1					x	x	x	
		ATH7-2					x	x	x	
		ATH7-3					x	x	x	
		ATH7-4					x	x	x	
		ATH7-5					x	x	x	
		ATH7-6					x	x	x	
		ATH7-7					x	x	x	
	10. Atención de emergencias	EMG-1	EMG1-1			x	x	x	x	x
			EMG1-2			x	x	x	x	x
EMG1-3					x	x	x	x	x	
EMG1-4						x	x	x	x	
EMG1-5					x	x	x	x	x	
EMG1-6			x	x	x	x	x	x	x	
EMG-2		EMG2-1			x	x	x	x	x	
		EMG2-2			x	x	x	x	x	
		EMG2-3				x	x	x	x	
		EMG2-4			x	x	x	x	x	
		EMG2-5				x	x	x	x	
EMG-3		EMG3-1			x	x	x	x	x	
		EMG3-2			x	x	x	x	x	
		EMG3-3			x	x	x	x	x	
11. Atención quirúrgica		ATQ-1	ATQ1-1					x	x	x
	ATQ1-2						x	x	x	
	ATQ1-3						x	x	x	
	ATQ1-4						x	x	x	
	ATQ1-5						x	x	x	
	ATQ-2	ATQ2-1					x	x	x	
		ATQ2-2					x	x	x	
		ATQ2-3					x	x	x	
		ATQ2-4					x	x	x	
	ATQ-3	ATQ3-1					x	x	x	
		ATQ3-2					x	x	x	
		ATQ3-3					x	x	x	

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	
		ATQ3-4					x	x	x	
		ATQ3-5					x	x	x	
		ATQ3-6					x	x	x	
		ATQ3-7					x	x	x	
		ATQ3-8					x	x	x	
		ATQ3-9					x	x	x	
		ATQ3-10					x	x	x	
	ATQ3-11					x	x	x		
	ATQ-4	ATQ4-1						x	x	x
		ATQ4-2						x	x	x
		ATQ4-3						x	x	x
ATQ4-4							x	x	x	
12. Docencia e Investigación	DIV-1	DIV1-1						x	x	
		DIV1-2						x	x	
		DIV1-3						x	x	
		DIV1-4						x	x	
		DIV1-5						x	x	
		DIV1-6							x	
		DIV1-7						x	x	
		DIV1-8						x	x	
		DIV1-9						x	x	
	DIV-2	DIV2-1						x	x	
		DIV2-2						x	x	
		DIV2-3						x	x	
		DIV2-4						x	x	
		DIV2-5						x	x	
		DIV2-6						x	x	
	13. Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	ADT-1	ADT1-1			x	x	x	x	x
			ADT1-2			x	x	x	x	x
ADT-2		ADT2-1			x	x	x	x	x	
		ADT2-2			x	x	x	x	x	
ADT-3		ADT3-1			x	x	x	x	x	
		ADT3-2			x	x	x	x	x	
		ADT3-3					x	x	x	
		ADT3-4					x	x	x	
		ADT3-5					x	x	x	
		ADT3-6					x	x	x	
	ADT3-7					x	x	x		
14. Admisión y alta	ADA-1	ADA1-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ADA1-2	x	x	x	x	x	x	x	
		ADA1-3		x	x	x	x	x	x	
		ADA1-4				x	x	x	x	
		ADA1-5		x	x	x	x	x	x	
	ADA-2	ADA2-1				x	x	x	x	
		ADA2-2				x	x	x	x	
		ADA2-3				x	x	x	x	
		ADA2-4				x	x	x	x	
		ADA2-5				x	x	x	x	
		ADA2-6				x	x	x	x	
		ADA2-7				x	x	x	x	
		ADA2-8					x	x	x	
	ADA-3	ADA3-1					x	x	x	
		ADA3-2					x	x	x	

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1
	ADA-4	ADA4-1					x	x	x
15. Referencia y contrarreferencia	RCR 1	RCR1 1	x	x	x	x	x	x	x
		RCR1-2	x	x	x	x	x	x	x
		RCR1-3			x	x	x	x	x
		RCR1-4	x	x	x	x	x	x	x
	RCR-2	RCR2-1			x	x	x	x	x
		RCR2-2				x	x	x	x
	RCR-3	RCR3-1		x	x	x	x	x	x
		RCR3-2		x	x	x	x	x	x
		RCR3-3	x	x	x	x	x	x	x
		RCR3-4	x	x	x	x	x	x	x
	RCR-4	RCR4-1	x	x	x	x	x		
		RCR4-2	x	x	x	x	x		
RCR4-3		x	x	x	x	x			
16. Gestión de medicamentos	GMD-1	GMD1-1	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-2	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-4	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-5				x	x	x	x
	GMD-2	GMD2-1			x	x	x	x	x
		GMD2-2			x	x	x	x	x
		GMD2-3			x	x	x	x	x
		GMD2-4		x	x	x	x	x	x
		GMD2-5				x	x	x	x
	GMD-3	GMD3-1			x	x	x	x	x
		GMD3-2			x	x	x	x	x
		GMD3-3		x	x	x	x	x	x
		GMD3-4		x	x	x	x	x	x
		GMD3-5					x	x	x
17. Gestión de la información	GIN-1	GIN1-1	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-2			x	x	x	x	x
		GIN1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-4	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-5	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-6					x	x	x
		GIN1-7					x	x	x
		GIN1-8					x	x	x
	GIN-2	GIN2-1			x	x	x	x	x
		GIN2-2			x	x	x	x	x
	GIN-3	GIN3-1		x	x	x	x	x	x
		GIN3-2		x	x	x	x	x	x
		GIN3-3		x	x	x	x	x	x
		GIN3-4					x	x	x
18. Descontaminación, Limpieza, desinfección, Esterilización ( OLDE)	OLDE-1	OLDE1-1	x	x	x	x	x	x	x
		OLDE1-2			x	x	x	x	x
		OLDE1-3				x	x	x	x
	OLDE-2	OLDE2-1				x	x	x	x
		OLDE2-2					x	x	x
		OLDE2-3		x	x	x	x	x	x
		OLDE2-4				x	x	x	x
		OLDE2-5				x	x	x	x
		OLDE2-6				x	x	x	x
	OLDE-3	OLDE3-1				x	x	x	x

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	Criterios de calificación aplicables						
			I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1
	OLDE-4	OLDE3-2				x	x	x	x
		OLDE3-3				x	x	x	x
		OLDE3-4				x	x	x	x
		OLDE4-1			x	x	x	x	x
		OLDE4-2	x	x	x	x	x	x	x
		OLDE4-3			x	x	x	x	x
		OLDE4-4	x	x	x	x	x	x	x
19. Manejo del riesgo social	MRS-1	MRS1-1			x	x	x	x	x
		MRS1-2			x	x	x	x	x
		MRS1-3				x	x	x	x
		MRS1-4				x	x	x	x
	MRS-2	MRS2-1	x	x	x	x	x	x	x
		MRS2-2	x	x	x	x	x	x	x
20. Nutrición y dietética	NYD-1	NYD1-1					x	x	x
		NYD1-2					x	x	x
		NYD1-3					x	x	x
		NYD1-4					x	x	x
		NYD1-5					x	x	x
		NYD1-6					x	x	x
	NYD-2	NYD2-1					x	x	x
		NYD2-2					x	x	x
		NYD2-3					x	x	x
		NYD2-4					x	x	x
21. Gestión de insumos y materiales	GIM-1	GIM1-1	x	x	x	x	x	x	x
		GIM1-2	x	x	x	x	x	x	x
		GIM1-3				x	x	x	x
		GIM1-4				x	x	x	x
	GIM-2	GIM2-1	x	x	x	x	x	x	x
		GIM2-2	x	x	x	x	x	x	x
		GIM2-3	x	x	x	x	x	x	x
		GIM2-4				x	x	x	x
22. Gestión de equipos e infraestructura	EIF-1	EIF1-1	x	x	x	x	x	x	x
		EIF1-2			x	x	x	x	x
		EIF1-3				x	x	x	x
		EIF1-4		x	x	x	x	x	x
		EIF1-5			x	x	x	x	x
		EIF1-6	x	x	x	x	x	x	x
		EIF1-7			x	x	x	x	x
		EIF1-8			x	x	x	x	x
		EIF1-9			x	x	x	x	x
	EIF-2	EIF2-1			x	x	x	x	x
		EIF2-2			x	x	x	x	x
		EIF2-3				x	x	x	x
	Total	78	361	113	132	196	254	328	341

## Anexo Nro. 04: Instrumentos

### Listado de Estándares Nivel I-4 (NT N° 050-MINSA/DGSP-V02)

#### MACROPROCESO 1: DIRECCIONAMIENTO (DIR)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	Disponibilidad  Eficacia	<p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p><b>R.M. N° 511-2005/MINSA</b>, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría</p> <p><b>R.M. N° 516-2005/MINSA</b>, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en el Adulto</p> <p><b>R.M. N° 1001-2005/MINSA</b>, que aprueba la Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud</p>	DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).  (0: Ha definido y no ha comunicado; 1: Ha definido y comunica con material visible; 2: Definió, comunica con material visible, y el personal conoce e identifica compromisos)
				DIR1-2	La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional.  (0: No promueve; 1: Promueve pero no logra; 2: Promueve, logra y participa en la evaluación)
				DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.  (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
				DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.  (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
				DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.  (0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas)
DIR-2					

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DIR1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud.  (0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del periodo están en los niveles esperados)
				DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.  (0: No cumple; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)
				DIR1-8	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual).  (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)
DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Eficacia  Eficiencia	<p><b>LEY N° 27444</b>, Ley del Procedimiento Administrativo General/R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud.  (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
				DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido.  (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.  (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)

**MACROPROCESO 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Disponibilidad Eficacia	D. Leg. N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.  (0: No ha definido para ninguna modalidad; 1: Ha definido para algunas; 2: Define para todas las modalidades de contratación)
				GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.  (0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en los objetivos institucionales; 2: Cumple y está sustentado en los objetivos institucionales)
				GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.  (0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%)
				GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.  (0: No ha definido; 1: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente)
GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Trabajo en equipo Transparencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.  (0: No ejecuta; 1: Ejecuta en forma esporádica; 2: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan)
				GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.  (0: No ejecuta; 1: Ejecuta pero no sistemáticamente; 2: Ejecuta sistemáticamente)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	Seguridad	Ley General de Salud N°26842N T N° 015 - MINSAL / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad  R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.	GRH3-1	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial.  (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos; 2: Facilita y cubre a todos)
				GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.  (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos)
GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	Competencia técnica Eficacia	R. M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud	GRH4-1	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.  (0: No dispone; 1: Dispone pero no cumple; 2: Dispone y cumple sistemáticamente)
				GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.  (0: No desarrolla; 1: Desarrolla, pero no para todos los programas; 2: Desarrolla para todos los programas identificados)
				GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.  (0: No implementa; 1: Implementa pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)

**MACROPROCESO 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo  R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones.  (0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.  (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están activos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación.  (0: No cuenta; 1: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; 2: Cumple con todo lo establecido)
GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	Ley N° 27604, ley que modifica la Ley General de Salud N° 27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.)  (0: No ha definido o no implementa; 1: Ha definido pero no están implementados sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos.  (0: No se cuenta; 1: No está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no ha sido difundida; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-5	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución.  (0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para implementarlas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado.  (0: No se ha implementado ninguna; 1: Se ha implementado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha implementado más del 80% de lo identificado)
				GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables.  (0: No muestra; 1: Muestra pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>GCA2-8</b>	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización. (0: No tiene de ninguno; 1: Tiene pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>GCA2-9</b>	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). (0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido)
<b>GCA-3</b>	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Efectividad Información completa Respeto al usuario Comodidad	<b>D. S. N° 013-2006-SA</b> que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo  <b>R.M. N° 519-2006/MINSA</b> , que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	<b>GCA3-1</b>	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero se mide a solicitud o demanda (no planificado); 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>GCA3-2</b>	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				<b>GCA3-3</b>	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				<b>GCA3-4</b>	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				<b>GCA3-5</b>	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>GCA3-6</b>	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				<b>GCA3-7</b>	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				<b>GCA3-8</b>	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora.  (0: No tiene institucionalizado ninguno; 1: Está documentado pero no es verificable; 2: El proceso está documentado y es verificable)

**MACROPROCESO 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>MRA-1</b>	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	<b>R.M. N° 597-2006/MINSA</b> que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/DGSP-v.02, «Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica»  <b>R.M. N° 179-2005/MINSA</b> , que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias  <b>R.M. N° 676-2006</b> Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008	<b>MRA1-1</b>	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta.  (0: No tiene definido; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)
				<b>MRA1-2</b>	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes.  (0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>MRA1-3</b>	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.  (0: No se dan los espacios; 1: Se dan los espacios de análisis pero no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>MRA1-4</b>	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales  (0: No existe; 1: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>MRA1-5</b>	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.  (0: No realiza; 1: Se realiza, aunque no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>MRA1-6</b>	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas.  (0: No ha logrado; 1: Ha logrado pero de forma errática; 2: Ha logrado una reducción sostenida)
				<b>MRA1-7</b>	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas).  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido)
<b>MRA-6</b>			<b>R.M. N° 510-2005</b> . Manual de Salud Ocupacional.  <b>R.M. N° 753-2004/MINSA</b> Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias  <b>RM1472-2002 SA/DM</b> Manual de Aislamiento Hospitalario	<b>MRA6-1</b>	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas.  (0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			<b>RM 452-2003 SA/DM</b> Guía Post exposición a los virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C en los trabajadores de salud.	<b>MRA6-2</b>	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.  (0: No son implementados; 1: A veces son implementados; 2: Cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-3</b>	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención.  (0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-4</b>	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados.  (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-5</b>	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad.  (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-6</b>	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.  (0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-7</b>	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios.  (0: No existen; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido)
					El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.  (0: No se realiza; 1: Con base en el mapa de riesgos, sólo se implementan 1 o 2 programas de preventivos; 2: Se implementan todos los programas preventivos según el mapa de riesgos)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>MRA6-9</b>	El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. (0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
<b>MRA-7</b>	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	<b>Ley N° 27314</b> , Ley General de Residuos Sólidos <b>R. M. N° 217-2004/MINSA, NT N° 006 -MINSA/DGSP</b> Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	<b>MRA7-1</b>	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
				<b>MRA7-2</b>	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma. (0: No realiza; 1: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				<b>MRA7-3</b>	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. (0: No realiza; 1: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				<b>MRA7-4</b>	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. (0: No cuenta; 1: Tiene un sistema parcial de tratamiento de residuos hospitalarios; 2: Cumple con lo establecido)
<b>MRA-8</b>	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	<b>Decreto Ley N° 17752</b> , Ley General de Aguas.	<b>MRA8-1</b>	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. (0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.)
				<b>MRA8-2</b>	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. (0: No coordina; 1: Coordina pero no participa; 2: Coordina y participa.)
				<b>MRA8-3</b>	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura. (0: No coordina; 1: Coordina, informa pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.)

**MACROPROCESO 5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>GSD-1</b>	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	<b>D. S. N° 013-2000-PCM:</b> Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. <b>D.S. N° 100-2003-PCM.</b> Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. <b>D.S. N° 074-2005-PCM.</b> Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. <b>R.M. N° 335-2005/MINSA</b> Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. <b>R.M. N° 897-2005/MINSA/SA.</b> Aprobación de la Norma Técnica de Salud 037-MIN SA/OGDN-V.01 para señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. <b>R.M. N° 861-95-SA/DM.</b> Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud NORMA TECNICA DE SALUD	<b>GSD1-1</b>	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Si cuenta según todo lo establecido)
				<b>GSD1-2</b>	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. (0: Ninguna obra cumple; 1: Más del 50% de las obras cumplen; 2: Todas las obras cumplen)
				<b>GSD1-3</b>	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; 2: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)
				<b>GSD1-4</b>	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido)
				<b>GSD1-6</b>	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. (0: No cumple; 1: En proceso; 2: Cumple en todas las vías)
				<b>GSD1-7</b>	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida. (0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Eficacia Efectividad Trabajo en equipo	<b>Ley N° 28551</b> , que establece la obligación de elaborar y presentar Planes de contingencia.  <b>R.M. N° 247-95-SA/DM</b> . Disponen que los Hospitales del sector salud constituyan su respectivo Comité Hospitalario de Defensa Civil  <b>R.M. N° 194-2005/MINSA</b> . Brigadas del Ministerio de Salud para atención de desastres	GSD2-2	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños.  (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-3	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal.  (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres.  (0: No participa; 1: Si participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-5	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres.  (0: No participa; 1: Si participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-6	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.  (0: No es revisado; 1: Es revisado pero no de forma periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-7	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta.  (0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-8	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.  (0: No cuenta; 1: Se cuenta pero no es de conocimiento del personal; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Seguridad Oportunidad	<b>R.M. N° 517-2004/MINSA</b> Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.	GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.  (0: No cumple; 1: Cumple pero parcialmente; 2: Cumple todo lo establecido)
				GSD3-2	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad.  (0: No cuenta; 1: Cuenta, pero cumple con menos del 80% de lo establecido; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud.  (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-4	El establecimiento cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.  (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-5	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.  (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.  (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)

MACROPROCESO 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización da cumplimiento a la normalidad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	<p>R.M. N°474-2005/ MINSa, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSa/DGSP-V.01</p> <p>R.M. N° 669-2005/ MINSa Norma Técnica de Supervisión Integral.</p>	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación.  (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos sólo para gestión o prestación; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución.  (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos para menos del 70% de procesos identificados; 2: Cuenta con plan e instrumentos para más del 70% de los procesos identificados)
CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	<p>Eficacia</p> <p>Efectividad</p> <p>Eficiencia</p> <p>Mejora continua</p>	<p>R.M. N°474-2005/ MINSa, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSa/DGSP-V.01</p> <p>R.M. N° 669-2005/ MINSa Norma Técnica de Supervisión Integral.</p>	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.  (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)
				CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.  (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
				CGP2-11	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.  (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
				CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.  (0: No es incorporada; 1: Sólo está incorporada la del monitoreo y evaluación; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.  (0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80%)
				CGP2-2	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-3	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización.  (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)
				CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.  (0: No se cuenta; 1: Los indicadores no están en el nivel establecido por la institución; 2: Los niveles están dentro de lo establecido por la institución)
				CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.  (0: Nunca se realiza; 1: Se realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza dentro del plan establecido)
				CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.  (0: No realiza; 1: Si realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.  (0: No realiza; 1: Si realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.  (0: Nunca se realiza; 1: Se realiza y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde a superior a lo esperado)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				CGP2-9	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización.  (0: No ha establecido; 1: Sólo ha identificado aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)

**MACROPROCESO 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (ATA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad Disponibilidad Información completa	<b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b> , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  <b>Ley N° 27403</b> modificada por Ley N° 28683 «Ley de Atención Preferente»	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto  (0: No cuenta/no está actualizado; 1: Está actualizado, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto; 2: Actualizado, cumplido y en todas las áreas de primer contacto)
				ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.  (0: No tiene publicado; 1: Publica y no coincide con la realidad; 2: Está publicado y coincide con la realidad)
				ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.  (0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal formado; 2: Dispone y está a cargo de personal formado que lo asume constantemente)
				ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.  (0: > a 5%; 1: >0% y <5%; 2: 0%)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. (0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.)
ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Eficacia Seguridad Competencia técnica	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 422-2005, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01: «Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica»	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida. (0: No ha planificado; 1: Ha planificado y cumple parcialmente con cronograma; 2: Ha planificado y cumple plenamente con cronograma)
				ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios. (0: No cuenta con ninguno; 1: Sólo tiene de algunas etapas de vida; 2: Cuenta para todas las etapas)
				ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). (0: No cuenta con equipo; 1: Tiene equipo, pero no es operativo; 2: Cuenta con equipo y cumple con actividades previamente establecidas)
				ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. (0: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Cumplen entre 70,1% y 90%; 2: Más del 90,1% cumplen con GPC)
ATA-3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Eficacia Información completa	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los «Lineamientos de Política de Promoción de la Salud»	ATA3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. (0: No disponible; 1: Disponible para algunos/lo conocen; 2: Está definido/impresso y el personal lo conoce)
				ATA3-2	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda. (0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales, pero no de forma sostenida ni periódica; 2: Efectúa charlas, sistemática y periódicamente, según lo planificado)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				ATA3-3	El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables. (0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATA3-4	El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación. (0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATA3-5	El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación. (0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida, ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATA3-6	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. (0: No tiene programas activos; 1: Tiene programas activos para algunas patologías; 2: Tiene programas para todas las patologías)
ATA-4	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a esta.	Disponibilidad Aceptabilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de Hospitales	ATA4-1	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están operativos; 2: Cuenta y son conocidos por el personal y se recogen quejas, sugerencias a diario)
				ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria. (0: No implementa; 1: Implementa, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)

**MACROPROCESO 8: ATENCIÓN EXTRAMURAL (AEX)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización garantiza la continuidad y oportunidad de la intervención sanitaria individual y/o colectiva, y busca incrementar el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de mejorar los resultados en el estado de salud de la población

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
AEX-1	El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo.	Eficacia Eficiencia Oportunidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX1-1	Se ha definido un modelo de atención extramural en los ámbitos individual, familiar y/o comunal con enfoque de riesgos y aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación acorde a las políticas sectoriales e institucionales.  (0: No se ha definido ningún modelo de atención; 1: Existe el modelo de atención pero sólo a en lo individual; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX1-2	Se cuenta con guías de trabajo para actividades extramurales en los ámbitos individual, familiar y comunal según el modelo de atención integral y de acorde a las políticas sectoriales e institucionales.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo en lo individual; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX1-3	El establecimiento tiene definida la población sujeto de programación para brindarle la cartera de servicios extramurales (individual, familiar, comunal) y cuenta con un cronograma establecido.  (0: No ha establecido; 1: Sólo la tiene en lo individual; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX1-4	El personal profesional del primer nivel de atención cumple con dar atención extramural según la programación establecida.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, no es formal y/o no es conocida por los responsables; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX1-5	El establecimiento de salud cuenta con el kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar las actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención determinado y garantiza su disponibilidad.  (0: No ha definido ni cuenta; 1: Ha definido y cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX1-6	Se cuenta con programación general de actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención definido por la organización y está incluida en el documento de planificación operativa institucional (POI).  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está incluido en POA; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
AEX-2	El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	Integralidad Continuidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX2-1	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicios extramurales y acorde con las prioridades de salud nacional/regional.  (0: No desarrolla de manera planificada; 1: Desarrolla a través de una planificación pero no sistemáticamente; 2: Desarrolla cumpliendo todo lo establecido)
				AEX2-2	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente.  (0: No desarrolla de manera planificada; 1: Desarrolla a través de una planificación pero no sistemáticamente; 2: Desarrolla cumpliendo todo lo establecido)
AEX-3	El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.	Eficacia Accesibilidad Oportunidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX3-1	Se tiene establecido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural y los resultados son los esperados para la institución.  (0: No ha definido indicadores; 1: Ha definido indicadores, pero no tiene establecido niveles esperados; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX3-2	Se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de la atención extramural.  (0: No se desarrollan; 1: Se desarrollan pero no sistemáticamente; 2: Se desarrollan sistemáticamente)

#### MACROPROCESO 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios.  (0: Nunca identifican; 1: Identifican esporádicamente; 2: Identifican continuamente)
				ATH1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución.  (0: No consideran; 1: Consideran pero no de manera completa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto.  (0: Nunca formulan, no identifican, ni comunican; 1: Realizan algunas de las acciones; 2: Realizan sistemáticamente todas las acciones)
ATH-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Eficacia Seguridad Disponibilidad Comodidad Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada.  (0: Nunca cumple; 1: A veces cumple; 2: Siempre cumple)
				ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización.  (0: Las jefaturas nunca incentivan; 1: A veces incentivan y aprueban; 2: Incentivas y aprueban las planificadas)
				ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución.  (0: No cuenta con normas relacionadas; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Seguridad	<b>R.M. N° 753-2004/MINSA</b> , que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 «Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias»  <b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b> : Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad.  (0: Conocen, 1: Conocen y a veces cumplen; 2: Conocen y siempre cumplen)
				ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.  (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)
				ATH3-3	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar de decisiones de corresponder.  (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)
				ATH3-4	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento.  (0: No registrados; 1: Eventualmente registrados y/o evaluados; 2: Registrados, analizados y evaluados)
ATH-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Eficacia	<b>D.S. N° 013-2006-SA</b> , que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.  (0: No cuenta; 1: Cuenta para algunos, pero menor a diez; 2: Cuenta para los diez)
				ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.  (0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan, pero no continuamente; 2: Se alcanzan sistemáticamente y los rangos están dentro de lo esperado)
				ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				ATH4-4	Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).  (0: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas; 2: Siempre son implementadas)
				ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos.  (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se conoce; 2: Siempre se evalúa y se comunica el informe)

#### MACROPROCESO 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA (EMG)

**Objetivo y alcance:** Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EMG-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Oportunidad Eficacia Información Disponibilidad Competencia Técnica	<b>D. S. N° 016-2002-SA</b> , Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.  <b>D. S. N° 013-2006-SA</b> , Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo  <b>R.M. N° 516-2005/MINSA</b> , Guías de práctica clínica en emergencia del adulto.  <b>R. M. N° 386-2006/MINSA</b> , Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio.  (0: No está señalizado; 1: Está señalizado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales.  (0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				EMG1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios.  (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida. (0: No cuenta; 1: Cuenta sólo del adulto y niño; 2: Cuenta de todas las etapas: niño-adolescente-adulto y adulto mayor)
				EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias. (0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Implementa en todas las muestras)
				EMG1-6	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.). (0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.)
EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	Eficacia Continuidad Trabajo en equipo Disponibilidad Oportunidad	R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencias del Adulto  R.M. N° 1001-2005 MINSA. Directiva Sanitaria N° 001 MINSA/DGSPV/01 «Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales (FON) en los establecimientos de salud  R.M. N° 695-2006. Guías de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive	EMG2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-2	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es accesible; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				EMG2-5	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido)
EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Eficacia Continuidad Integralidad Oportunidad Competencia Técnica	R.M. N° 474-2005/MINSA. Norma técnica de auditoría en salud  R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencia del Adulto	EMG3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes. (0: No se realiza triaje; 1: Se realiza, pero no siempre por un profesional; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)
				EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)

**MACROPROCESO 13: ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Disponibilidad Accesibilidad	R.M.N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (0: No dispone; 1: Dispone, pero no está actualizada; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad. (0: No tienen plan operativo; 1: No todos los servicios cuentan con plan operativo; 2: Todos tienen plan operativo)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Eficacia Oportunidad Disponibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud.  (0: No cumple; 1: A veces cumple o está encima del estándar; 2: Se cumple según estándares internos previamente definidos)
				ADT2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.  (0: No se registra; 1: Se registra parcialmente; 2: Se registra siempre)
ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Disponibilidad Accesibilidad Seguridad Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.  (0: No cuenta con indicadores; 1: Cuenta pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos.  (0: No se realizan calibraciones; 1: Se realizan pero no sistemáticamente; 2: Se realizan sistemáticamente y según planificación)

**MACROPROCESO 14: ADMISIÓN Y ALTA (ADA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Eficacia Integralidad Oportunidad Continuidad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"  R.M.N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.  (0: No define; 1: Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente.  (0: No está contemplado; 1: Está contemplado, pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.  (0: No se cumple lo establecido; 1: Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.  (0: No se cumple lo establecido; 1: Se ha establecido, pero no cuentan con mecanismos de difusión a los usuarios externos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.  (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Integralidad Oportunidad Continuidad Información Eficacia Efectividad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la «NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica»  R.M. N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural.  (0: No se tienen evidencias de informar e identificar necesidades; 1: Sólo informa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios.  (0: Sólo las tres primeras horas; 1: Sólo hasta la cuarta hora; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.  (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde con la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.  (0: No se registra; 1: Se registra y monitorea, pero el nivel está por debajo del nivel esperado; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.  (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.  (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.  (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a los establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)

#### MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	Continuidad Oportunidad Eficacia	R.M. N° 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.  R.M. N° 516-2005/MINSA. «Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto».	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.  (0: No define; 1: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrahospitalarios locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta.  (0: No tiene; 1: Tiene pero no las 24 horas del día; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva.  (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios.  (0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.)
RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Oportunidad Disponibilidad Eficacia Trabajo en equipo	R.M. 751-2004 / MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.	RCR2-1	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.  (0: No se tiene; 1: Se tiene, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)
				RCR2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Se cumple todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Oportunidad Continuidad Trabajo en equipo Efectividad	<b>R.M. N° 343-2005/MINSA.</b> Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre  <b>R. M. N° 953-2006/MINSA,</b> Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre  <b>R.M. N° 729-2003 SA/DM.</b> La atención integral compromiso de todos-EI modelo de atención integral (MAIS).	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos.  (0: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa ninguna acción; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				RCR3-3	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	Participación ciudadana	<b>R.M. N° 729-2003 SA/DM.</b> La atención integral compromiso de todos-EI modelo de atención integral (MAIS).	RCR4-1	El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)
				RCR4-2	El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal.  (0: No se realiza ninguna acción; 1: Realiza acciones, pero no están documentados los resultados; 2: Se cumple todo lo establecido)
				RCR4-3	El establecimiento de salud cuenta con los formatos de referencia y contrarreferencia comunal y las registra.  (0: No cuentan con los formatos; 1: Cuentan con los formatos pero no las registran; 2: Cumple con lo establecido.)

**MACROPROCESO 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización suministra los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Disponibilidad Eficiencia Seguridad	<b>Decreto Supremo N° 018-2001-SA</b> del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos  <b>R.M. N° 616-2003-SA/DM,</b> que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  <b>R.M. N° 414-2005/MINSA,</b> que aprueba el «Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales  <b>R.M. N° 1753-2002-SA/DM.-</b> Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED  <b>Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA</b> «Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional».	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución.  (0: No existe; 1: En proceso de conformación; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 20 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles).  (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-3	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos.  (0: No se realiza; 1: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; 2: Cumple con lo establecido.)
				GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.  (0: No cuenta; 1: Cuenta con sistema manual informático o Kardex, pero no se efectúa el informe diario de recetas; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.  (0: No realiza; 1: Realiza el informe, diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido)
GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	Disponibilidad Eficiencia Eficacia	<b>R.M. N° 616-2003-SA/DM,</b> que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  <b>R.M. N° 414-2005/MINSA,</b> que aprueba el «Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales	GMD2-1	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción.  (0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-2	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación.  (0: No realiza; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.  (0: No realiza; 1: Registra, pero no son gestionados por las unidades de atención al usuario; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación.  (0: No realiza; 1: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.  (0: No realiza; 1: El nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%.  (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)
GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Accesibilidad Eficacia Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA, del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos  Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM, Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura	GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.  (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD3-3	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos.  (0: No realiza el monitoreo de las existencias; 1: Realiza el monitoreo pero no establece medidas de prevención del vencimiento; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD3-4	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.  (0: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; 1: Entre el 50% y 80% del personal está capacitado; 2: Más del 80% del personal está capacitado)

#### MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública  R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.  (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones.  (0: No se identifica; 1: Se identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas fuente; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal.  (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud.  (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)
				GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.  (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)
GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública  R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública	GIN2-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.  (0: No existe; 1: Tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN2-2	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).  (0: No se cuenta con el método; 1: Se cuenta, pero no es permanente; 2: Cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Trabajo en equipo	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.  (0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.  (0: No se generan; 1: Se generan, pero no son participativos o documentados; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GIN3-3	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.  (0: No existe; 1: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; 2: Se cumple con lo todo establecido)

**MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como : bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Seguridad  Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.  RM N° 217-2004/MINSA  Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios  R.M. N° 1472-2002-SA/DM Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria: Minsa/OGE/ Vigía	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de esta proceso.  (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal.  (0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. (0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Eficacia Eficiencia Seguridad	R.M.N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas. (0: No está protegido; 1: Están protegidos menos del 90%; 2: Están protegidos y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE2-3	Se empaqa y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. (0: No se cumple; 1: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. (0: No se cumple; 1: Se empaqa y esteriliza, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización. (0: No se cumple; 1: Se almacena, pero no se cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-6	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento. (0: No se cumple; 1: Se realiza, pero no cumple con todo lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)
DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Seguridad Eficacia Trabajo en equipo	Ley N° 26842, Ley General de Salud  R.M.N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional	DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. (0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería. (0: No existe; 1: Existe, pero no lo conoce todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DLDE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas. (0: No hay normas; 1: Si existen, pero no son conocidas por todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Comodidad Eficacia seguridad Efectividad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. (0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. (0: No se tiene nada disponible; 1: Se tiene, pero no están rotulados; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza. (0: No participa(n); 1: Participa(n) a solicitud o demanda; 2: Participa(n) de acuerdo con la programación)
				DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	Disponibilidad Accesibilidad Continuidad	<p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales</p> <p><b>D.S. N° 016-2002-SA</b> Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud dar atención médica en caso de emergencias y partos</p> <p><b>R.M. N° 436-2006/MINSA</b>, Reglamento para el pago de tarifa mixta del SIS</p>	MRS1-1	<p>El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				MRS1-2	<p>El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.</p> <p>(0: No realiza; 1: Realiza pero menor a lo planificado; 2: Realiza según lo planificado)</p>
				MRS1-3	<p>El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.</p> <p>(0: No cuenta; 1: En proceso de implementación; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				MRS1-4	<p>El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.</p> <p>(0: Sólo realiza en emergencias y hospitalización; 1: Realiza en todos menos en una; 2: Realiza en todos los servicios listados)</p>
MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Eficacia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	<p><b>D.S. N° 016-2002-SA</b> Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud dar atención médica en caso de emergencias y partos</p> <p><b>R.M. N° 246-2006/MINSA</b> Lineamientos de política tarifaria en el Sector Salud</p>	MRS2-1	<p>El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican.</p> <p>(0: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles)</p>
				MRS2-2	<p>Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.</p> <p>(0: Exoneraciones a pacientes clasificados A; 1: Exoneración mayoritaria a pacientes clasificados B; 2: Sólo exonera a pacientes clasificados como C y que no acceden al SIS)</p>

**MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Eficacia Eficiencia	<p><b>Decreto Supremo N° 018-2001-SA</b> del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos</p> <p><b>Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM.</b> Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura</p> <p><b>Resolución Ministerial N° 585-1999-SA/DM.</b> Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento</p> <p><b>Resolución Ministerial N° 014-2002-SA.</b> Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012</p> <p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM,</b> que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. (0: No se han definido; 1: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				GIM1-2	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos) (0: No cuenta con plan anual de necesidades; 1: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. (0: No se cuenta con programación; 1: Se tiene programación, pero no están contempladas todas las áreas o servicios; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (0: No se han establecido; 1: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)
GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Eficacia Efectividad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GIM2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

**MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	<p><b>R.M. No 016-98-SA/DM</b> Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.</p> <p><b>R.M. N° 970-2005/MINSA.</b> Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <p><b>R.M. No 016-98-SA/DM</b> Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.</p> <p><b>R.M. N° 335-2005</b> Estándares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo</p>	EIF1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de todos los procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. (0: No tiene; 1: Si tiene, pero no cuenta con instrumentos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>EIF1-7</b>	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.  (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>EIF1-8</b>	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.  (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)
				<b>EIF1-9</b>	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.  (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)
<b>EIF-2</b>	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	Eficacia Eficiencia Efectividad Disponibilidad	<b>R.M. No 016-98-SADM</b> Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales,	<b>EIF2-1</b>	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.  (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)
				<b>EIF2-2</b>	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.  (0: Lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio; 1: Lo aplica entre más del 50 y el 80%; 2: Lo aplica más del 80%).
				<b>EIF2-3</b>	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.  (0: Lo conoce el 50% de las áreas; 1: Lo conoce entre más del 50 y el 80% de las áreas; 2: Lo conoce más del 80%).

**Anexo Nro. 05: Carta de Aprobación de la Microred Yanaoca para realizar el trabajo de Investigación**



\*Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho\*

Cusco, 20 de abril de 2024

CARTA N° 01-2024-MRY-CY-RRHH

Q.F Yeny Peñalva Saji

Trabajadora IPRESS Yanaoca

Avenida Túpac Amaru s/n

Yanaoca.-

ASUNTO: Autorización para realizar investigación en la MR Yanaoca

De mi mayor consideración:

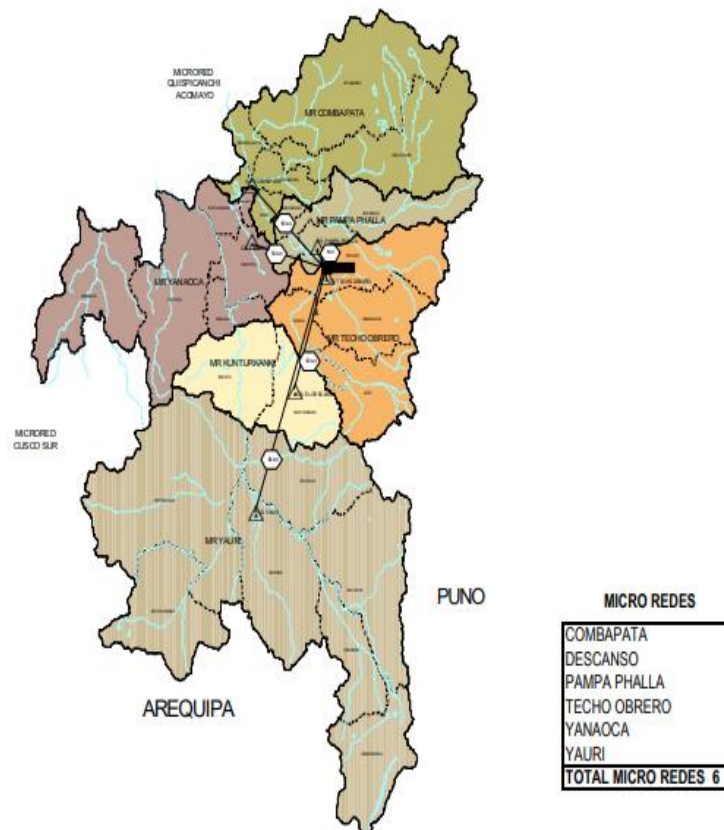
Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez autorizar su solicitud para realizar el estudio "GESTIÓN DE PROCESOS Y AUTOEVALUACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA MICRORED YANAOCA – CUSCO 2024"; así mismo se le autoriza aplicar los instrumentos de recolección de datos, para facilitar su proceso de obtener el grado académico de Maestro de Gestión en Salud.

Hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

The block contains a blue ink signature and an official circular stamp. The stamp includes the text 'GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO' and 'U.E. 401 Red de Salud Canas Canchis Espinar'. Below the signature, the text 'M.F. Yeny Peñalva Saji' and 'C. O. P. - 35730' is visible.

**Anexo Nro 06. Mapa de la Red de servicios Canas Canchis Espinar y de la  
Microred Yanaoca**





**Anexo Nro. 07: IPRESS de la Jurisdicción de la Microred Yanaoca**

<b>Distrito</b>	<b>Nombre de la IPRESS</b>	<b>Nivel</b>
<b>Yanaoca</b>	Yanaoca	Nivel I-4
	Hampatura	Nivel I-2
	Pongoña	Nivel I-2
<b>Pampamarca</b>	Pampamarca	Nivel I-2
<b>Quehue</b>	Huinchiri	Nivel I-2
	Quehue	Nivel I-2
<b>Túpac Amaru</b>	Cochapata	Nivel I-2
	Surimana	Nivel I-1
	Toccoccori	Nivel I-1
	Tungasuca	Nivel I-2

Fuente: Plan de Trabajo Gestión de Calidad Microred Yanaoca – 2024

**Anexo Nro. 08: Personal de Salud de las IPRESS de la Jurisdicción de la  
Microred Yanaoca**

Grupo ocupacional	IPRESS											MR Yanaoca
	Yanaoca	Chaupibanda	Cochapata	Hampatura	Huinchiri	Pampamarca	Pongoña	Quehue	Surimana	Toccocori	Tungasuca	
Médicos	7	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	14
Obstetras	10	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	19
Enfermeras	10	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	24
Cirujano dentista	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Lic Nutrición	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Biólogos	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Químicos Farmacéuticos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Psicólogos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Técnicos en Enfermería	11	1	2	2	3	3	2	3	1	1	2	31
Técnicos en Transporte	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Técnicos en informática	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Técnico Sanitario	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Técnico en Farmacia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Personal Administrativo	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Limpieza	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>117</b>

Fuente: Plan de Trabajo Gestión de Calidad Microred Yanaoca – 2025

**Anexo Nro. 09: Cronograma de Actividades Gestión de Procesos**

**Proceso: Fases de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

**Responsable: Gestión de Calidad y Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca**

**Fecha: 23-04-2024**

Actividad	Responsable	Meta	Año 2024			
			Abril	Mayo	Junio	Julio
Identificación de Roles y Funciones del Comité de Gestión de Procesos	Coordinador Gestión de Calidad MR Yanaoca	01				
Identificación de Procesos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Identificación de Productos y de Personas de los Procesos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Determinación de Objetivos de los Procesos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Aprobación y Difusión de Documentos generados en el mes de Abril	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Designación de Dueños y Representantes de Dueños de Procesos	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos	01				
Elaboración de la Matriz para identificar las Entradas, Actividades y Productos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Identificación y Registro de Elementos de Entradas, Actividades y Productos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Identificación de Personas y Recursos de los Procesos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Elaboración de Indicadores de Desempeño	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Aplicación de Controles	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				
Evaluación Primera Fase	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca	01				

**Elaboración: Gestión de Calidad Microred Yanaoca**

Actividad	Responsable	Meta	Año 2024			
			Abril	Mayo	Junio	Julio
Elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos					
Revisión y Aprobación de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos					
Aprobación y Difusión de Documentos generados en el mes de Mayo	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Aplicación de Indicadores de Desempeño de los Procesos	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos					
Medición de los Indicadores de Desempeño de los Procesos	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos					
Comparación de los resultados de los indicadores con las metas	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos					
Comparación de los resultados de los indicadores con los objetivos	Facilitador Metodológico Gestión de Procesos					
Identificación de Brechas de cumplimiento	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Identificación de Problemas para el cumplimiento de las metas	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Evaluación de la Segunda Fase	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					

**Elaboración: Gestión de Calidad Microred Yanaoca**

Actividad	Responsable	Meta	Año 2024			
			Abril	Mayo	Junio	Julio
Selección de Problemas de los Procesos	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Análisis de Causa y Efecto	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Implementación de mejoras	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Selección de Mejoras	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Evaluación de la Tercera Fase	Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca					
Aprobación y Difusión de Documentos generados en el mes de Junio						

**Elaboración: Gestión de Calidad Microred Yanaoca**

**Anexo Nro. 10: Identificación y Aprobación de Roles y Funciones del Comité de  
Gestión de Procesos Microred Yanaoca 2024**

<b>Acta de Asignación de Roles y Funciones en la Implementación de Gestión de Procesos - 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>25/04/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>08:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>10:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Unidad de Gestión de Calidad en Salud</b>				

**I. AGENDA**

- Designación de Roles y Funciones en la Implementación de Gestión de Procesos Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

25/04/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de la Microred Yanaoca y el Coordinador de Gestión de Calidad se da por iniciada la reunión de designación de roles y funciones del proceso de implementación de Gestión de Procesos periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de la Calidad de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente y se inicia con la designación de roles
  - ❖ Máxima Autoridad administrativa: Gerente del CLAS Yanaoca (Obstetra Isabel Soledad Apaza Alata).
  - ❖ Responsable de Gestión por Procesos: Coordinador de Gestión de Calidad Microred Yanaoca - Químico Farmacéutico Yeny Peñalva Saji.
  - ❖ Equipo de Trabajo de Gestión de Procesos:

Dueños de los Procesos

  - ✓ Dueño del Proceso Gerencial: Coordinador de Epidemiología Microred Yanaoca – M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.
  - ✓ Dueño del Proceso Misional: Coordinadora Desarrollo Infantil Temprano Microred Yanaoca – Licenciada en Enfermería Zoraida Rita Ccosco Alfaro.
  - ✓ Dueño del Proceso de Apoyo: Coordinadora Salud Materno perinatal Microred Yanaoca – Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza.

Representantes del dueño del Proceso

  - ✓ De los Procesos Gerenciales: Jefe de Recursos Humanos Microred Yanaoca - Técnico Informático Aurelio Yanqui Arizábal
  - ✓ De los Procesos Misionales: Coordinador de Promoción de la Salud: Licenciado en Nutrición Rubén Cahui Suaña

- ✓ De los Procesos de Apoyo: Jefe de Administración Microred Yanaoca - Adm Ulises Sancho Chávez, Jefe de UPSS Patología Clínica - Biólogo Manuel Cruz Caballero, Jefe UPSS Farmacia - Q.F Profeta Tapia Delgado
- ❖ Facilitador Metodológico: Coordinador Gestión de Calidad Microred Yanaoca – Químico Farmacéutico Yeny Peñalva Saji.
- Designación de Funciones
  - ❖ Máxima Autoridad administrativa debe coordinar con la Unidad ejecutora 401 (Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar) y la Dirección Regional de Salud Cusco.
  - ❖ El responsable de Gestión por Procesos debe conformar el equipo de trabajo de la Microred para aplicar las disposiciones normativas.
  - ❖ Los Dueños del Proceso deben:
    - Coordinar la disponibilidad de recursos para aplicar las disposiciones normativas
    - Resolver casos o problemas en el marco de las disposiciones normativas
    - Revisar e informar a la Gerencia de la Microred Yanaoca para aprobar los documentos elaborados
  - ❖ Los representantes de los Dueños del Proceso deben:
    - Consolidar sugerencias y las observaciones de los participantes del equipo.
    - Resolver casos o problemas identificados.
    - Enviar los casos o problemas identificados al dueño del proceso
    - Participar en la elaboración y presentar documentos al dueño del proceso.
    - Realizar el seguimiento a los acuerdos de las reuniones.
    - Brindar información relevante de los procesos en los que se desempeña
    - Elaborar documentos (mapas, fichas técnicas, diagramas de procesos y otros).
  - ❖ Facilitador Metodológico debe:
    - Conducir, orientar y brindar asistencia técnica al equipo sobre disposiciones normativas.
    - Revisar y dar conformidad sobre aspectos técnicos contenidos en la Norma Técnica.
- Conclusiones: Se identifican los roles y funciones de los integrantes del comité de gestión de procesos de la Microred Yanaoca periodo 2024

### III. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Cumplir con las disposiciones normativas y socializar la información con los jefes de las IPRESS de la Microred Yanaoca. Siendo las 10:30 del 25 de abril del año 2024 se culmina la reunión firmando en señal de conformidad.

### IV. PARTICIPANTES

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



## Anexo Nro. 11: Identificación de Procesos de la Microred Yanaoca 2024

<b>Identificación de Procesos en la Implementación de Gestión de Procesos - 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	30/04/2024	<b>Hora de inicio:</b>	08:00 am	<b>Hora de término:</b>	10:30 am.
<b>Lugar:</b>	Sede de la Microred Yanaoca				
<b>Responsable:</b>	Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca				

### I. AGENDA

- Identificación de Procesos en la Implementación de Gestión de Procesos Microred Yanaoca 2024.

### II. DESARROLLO DE LA AGENDA

30/04/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de identificación de Procesos periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la identificación de Procesos
  - a. Procesos Gerenciales: Conformado por los siguientes Macroprocesos
    - Direccionamiento (DIR)
    - Gestión de Recursos Humanos (GRH)
    - Gestión de Calidad (GCA)
    - Manejo del Riesgo de la atención (MRA)
    - Gestión de Seguridad ante desastres (GSD)
    - Control de Gestión y Prestación (CGP)
  - b. Procesos Misionales: Conformado por los siguientes Macroprocesos
    - Atención ambulatoria (ATA)
    - Atención extramural (AEX)
    - Atención de Hospitalización (ATH)
    - Atención de Emergencia (EMG)
  - c. Procesos de Apoyo: Conformado por los siguientes Macroprocesos
    - Atención de Apoyo al diagnóstico y tratamiento (ADT)
    - Admisión y Alta (ADA)
    - Referencia y Contrarreferencia (RCR)
    - Gestión de Medicamentos (GMD)





**Anexo Nro. 12: Identificación de Productos y Personas de los Procesos de la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Determinación de Objetivos de Procesos en la Implementación de Gestión de Procesos - 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>30/04/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>11:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>12:00 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Identificación de Productos y Personas de los Procesos en la Implementación de Gestión de Procesos Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

30/04/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para identificar los Productos y Personas de los Procesos durante su implementación en el periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la identificación de los Productos de los Procesos
  1. Productos de los Procesos Gerenciales: Documentos de Gestión y otros documentos necesarios para el logro de los objetivos institucionales.
  2. Productos de los Procesos Misionales: Documentos y Atenciones brindadas según la Cartera de Servicios de salud por cada nivel de atención. (53)
    - Microred Yanaoca: Cartera de Servicios de Primer Nivel de Atención
    - IPRESS Surimana: Cartera de Servicios Nivel I-1
    - IPRESS Toccochori: Cartera de Servicios Nivel I-1
    - IPRESS Chaupibanda: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Cochapata: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Hampatura: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Huinchiri: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Pampamarca: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Pongoña: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Quehue: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Tungasuca: Cartera de Servicios Nivel I-2
    - IPRESS Yanaoca: Cartera de Servicios Nivel I-4

3. Productos de los Procesos de Apoyo: Documentos y Atenciones brindadas según la Cartera de Servicios de salud por cada nivel de atención. (53)
- Microred Yanaoca: Cartera de Servicios de Primer Nivel de Atención
  - IPRESS Surimana: Cartera de Servicios Nivel I-1
  - IPRESS Toccoocori: Cartera de Servicios Nivel I-1
  - IPRESS Chaupibanda: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Cochapata: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Hampatura: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Huinchiri: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Pampamarca: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Pongoña: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Quehue: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Tungasuca: Cartera de Servicios Nivel I-2
  - IPRESS Yanaoca: Cartera de Servicios Nivel I-4
- Se identifica a las personas que reciben los productos de los Procesos:
1. Procesos Gerenciales Usuarios internos y usuarios externos
  2. Procesos Misionales: Usuarios externos y usuarios internos
  3. Procesos de Apoyo: Usuarios externos y usuarios internos
- Conclusiones: Se identifican los productos y personas de los Procesos Gerenciales, Misionales y de Apoyo en la Microred Yanaoca periodo 2024

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Realizar la difusión de la identificación de productos y personas de los procesos con los jefes de establecimientos de Salud
- Siendo las 12:00 del 30 de abril del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



## Anexo Nro. 13: Determinación de Objetivos de los Procesos de la Microred

### Yanaoca 2024

Determinación de Objetivos de Procesos en la Implementación de Gestión de Procesos - 2024					
Fecha:	30/04/2024	Hora de inicio:	15:00 am	Hora de término:	17:30 am.
Lugar:	Sede de la Microred Yanaoca				
Responsable:	Gestión de procesos de la Microred Yanaoca				

#### I. AGENDA

- Determinación de Objetivos de los Procesos en la Implementación de Gestión de Procesos Microred Yanaoca 2024.

#### II. DESARROLLO DE LA AGENDA

30/04/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para determinar los Objetivos de los Procesos Gerenciales, Misionales y de Apoyo periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la determinación de Objetivos de los Procesos
- ❖ Objetivos de los Procesos Gerenciales: Implementar en un 85% los seis procesos gerenciales en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.
  1. Implementar al 100% el proceso de Direccionamiento en la Microred Yanaoca - periodo 2024
  2. Implementar al 100% el proceso de Gestión de Recursos Humanos en la Microred Yanaoca - periodo 2024
  3. Implementar al 100% el proceso de Gestión de Calidad en la Microred Yanaoca - periodo 2024
  4. Implementar al 100% el proceso de Gestión del Manejo de Riesgos de la atención en la Microred Yanaoca - periodo 2024
  5. Implementar al 100% el proceso de Gestión de Seguridad ante desastres en la Microred Yanaoca - periodo 2024
  6. Implementar al 100% el proceso de Control de Gestión y Prestación en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- ❖ Objetivos de los Procesos Misionales: Implementar en un 85% los cuatro procesos misionales en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024
  1. Implementar al 100% el proceso Atención Ambulatoria en la Microred Yanaoca - periodo 2024
  2. Implementar al 100% el proceso de Atención Extramural en la Microred Yanaoca periodo - 2024

- 3. Implementar al 100% el proceso de Atención de Hospitalización en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 4. Implementar al 100% el proceso de Atención de Emergencias en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- ❖ **Objetivos de los Procesos de Apoyo:** Implementar en un 85% los nueve procesos de Apoyo en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.
- 1. Implementar al 100% el proceso de Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 2. Implementar al 100% el proceso de Admisión y Alta en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 3. Implementar al 100% el proceso Referencias y Contrarreferencias en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 4. Implementar al 100% el proceso Gestión de Medicamentos en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 5. Implementar al 100% el proceso Gestión de Información en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 6. Implementar al 100% el proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 7. Implementar al 100% el proceso de Manejo del Riesgo de la Atención en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 8. Implementar al 100% el proceso Gestión de Insumos y Materiales en la Microred Yanaoca - periodo 2024
- 9. Implementar al 100% el proceso Gestión de Equipos e Infraestructura en la Microred Yanaoca - periodo 2024

Conclusiones: Se determinan los Objetivos de los Procesos Gerenciales, Misionales y de Apoyo en la Microred Yanaoca periodo 2024

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

Realizar la difusión de los objetivos determinados con los jefes de establecimientos de Salud y programar fechas para realizar las actividades para la implementación de gestión de procesos. Siendo las 17:30 del 30 de abril del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



**Anexo Nro. 14: Difusión de las Actividades realizadas por el Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de abril del 2024**

Difusión de Actividades realizadas en abril 2024					
<b>Fecha:</b>	02/05/2024	<b>Hora de inicio:</b>	08:00 am	<b>Hora de término:</b>	10:30 am.
<b>Lugar:</b>	Sede de la Microred Yanaoca				
<b>Responsable:</b>	Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca				

**I. AGENDA**

- Difusión de actividades del Comité de Gestión de Procesos de la MR Yanaoca en abril del 2024 a los jefes de las IPRESS de la jurisdicción de la Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

02/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de difusión de actividades. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la difusión de las Actividades realizadas en el mes de abril del 2024:
  - ❖ Identificación de roles y funciones del equipo de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca, realizada el día 25 de abril del 2024
  - ❖ Identificación de procesos de la Microred Yanaoca realizada el 30 de abril del 2024
  - ❖ Identificación de los productos y personas de los Procesos de la Microred Yanaoca realizada el 30 de abril del 2024
  - ❖ Determinación de Objetivos para la implementación de Procesos Gerenciales, Misionales y de Apoyo en la Microred Yanaoca, realizada el día 30 de abril del 2024
- Conclusiones: Se realiza la difusión de las actividades realizadas en abril del presente año con los jefes de las IPRESS de la jurisdicción de la MR Yanaoca.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- ❖ Todos los participantes se comprometen a realizar la difusión de la información en sus IPRESS, en un plazo de 30 días. Siendo las 10:30 del 02 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>

**Anexo Nro. 15: Designación de Dueños y representantes de dueños de  
Procesos Microred Yanaoca**

<b>Designación de Dueños de Procesos y Funciones en la Implementación de Gestión de Procesos - 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>02/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>11:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>12:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Designación de Dueños y representantes de dueños de los Procesos para su implementación en la Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

02/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de designación – Dueños de Procesos periodo 2024.
- Acto seguido la responsable de Gestión de la Calidad de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la designación de Dueños de Procesos y representantes de dueños de procesos
  - ✓ Direccionamiento (DIR): Médico Cirujano Juan Alex Núñez Gutiérrez, responsable de Epidemiología
  - ✓ Gestión de Recursos Humanos (GRH): Técnico Informático Aurelio Yanqui Arizabal, jefe de personal
  - ✓ Gestión de Calidad (GCA): Químico Farmacéutico Yeny Peñalva Saji, coordinadora Gestión de Calidad
  - ✓ Manejo del Riesgo de la atención (MRA): Químico Farmacéutico Yeny Peñalva Saji, Coordinadora Gestión de Calidad
  - ✓ Gestión de Seguridad ante desastres (GSD): Obstetra Isabel Soledad Apaza Alata, jefe de Microred
  - ✓ Control de Gestión y Prestación (CGP): Químico Farmacéutico Yeny Peñalva Saji, coordinadora Gestión de Calidad
  - ✓ Atención ambulatoria (ATA): Médico Cirujano Juan Alex Núñez Gutiérrez, responsable de Epidemiología
  - ✓ Atención extramural (AEX): Licenciado en Nutrición Rubén Cahui Suaña, coordinador Promoción de la Salud

- ✓ Atención de Hospitalización (ATH): Licenciada en Enfermería Rita Zoraida Ccoscco Alfaro, coordinadora Desarrollo Infantil Temprano
  - ✓ Atención de Emergencia (EMG): Licenciada en Enfermería Rita Zoraida Ccoscco Alfaro, coordinadora Desarrollo Infantil Temprano
  - ✓ Atención de Apoyo al diagnóstico y tratamiento (ADT): Biólogo Manuel Cruz Caballero, jefe de la UPSS Patología Clínica
  - ✓ Admisión y Alta (ADA): Adm Ulises Sancho Chávez, jefe Administración
  - ✓ Referencia y Contrarreferencia (RCR): Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza, coordinadora Salud Materno Infantil
  - ✓ Gestión de Medicamentos (GMD): Q.F Profeta Tapia Delgado, jefe de la UPSS Farmacia
  - ✓ Gestión de la Información (GIN): Técnico Informático Aurelio Yanqui Arizabal, responsable de Unidad de Seguros
  - ✓ Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE): Licenciada en Enfermería Rita Zoraida Ccoscco Alfaro, coordinadora Desarrollo Infantil Temprano
  - ✓ Manejo del Riesgo Social (MRS): Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza, coordinadora Salud Materno Infantil
  - ✓ Gestión de insumos y materiales (GIM): Obstetra Isabel Soledad Apaza Alata, jefe de Microred
  - ✓ Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF): Obstetra Isabel Soledad Apaza Alata, jefe de Microred
- Conclusiones: Se aprueba la designación de Dueños de Procesos en la Microred Yanaoca

### III. ACUERDOS Y COMPROMISOS

Cumplir con las disposiciones normativas para la implementación de gestión de procesos para lograr resultados óptimos en el proceso de Autoevaluación.

Siendo las 10:30 del 02 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

### IV. PARTICIPANTES

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



**Anexo Nro. 16: Elaboración de la Matriz para registrar datos de la Identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Elaboración de la Matriz para registrar datos de la Identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>06/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>8:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>9:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Elaboración de la Matriz para registrar datos de la Identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

06/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para elaborar la matriz para registrar la identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la elaboración de la Matriz para completar los datos de los elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en las IPRESS de la Microred Yanaoca periodo 2024.

Procesos	Entradas	Actividades	Productos

- Conclusiones: Se identifica los Elementos de Entrada, Actividades y Productos para cada Proceso - periodo 2024.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca. Siendo las 19:30 del 06 de mayo del año 2024.

Estando de acuerdo los presentes se culmina la reunión firmando en señal de conformidad.

#### IV. PARTICIPANTES

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>

#### V. ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Órgano/Unidad Orgánica</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microrred Yanaoca		
Revisado por Zoraida Rita Ccosco Alfaro	Estrategia Desarrollo Infantil Temprano Microrred Yanaoca		
Aprobado por Isabel Soledad Apaza Alata	Jefe de Microrred Yanaoca		

**Anexo Nro. 17: Identificación y registro de los Elementos de Entrada,  
Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo  
2024**

<b>Identificación y registro de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	06/05/2024	<b>Hora de inicio:</b>	9:00 am	<b>Hora de término:</b>	19:30 am.
<b>Lugar:</b>	Sede de la Microred Yanaoca				
<b>Responsable:</b>	Gestión de procesos de la Microred Yanaoca				

<b>I. AGENDA</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y registro de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</li> </ul>					
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>					
06/05/2024					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de identificación y registro de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</li> <li>▪ Se registra la información en la Matriz para la identificación de los Elementos de Entrada, Actividades y Productos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</li> <li>▪ Conclusiones: Se identifica y registra los Elementos de Entrada, Actividades y Productos para cada Proceso - periodo 2024.</li> </ul>					
<b>III. ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>					
Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca. Siendo las 19:30 del 06 de mayo del año 2024 y estando de acuerdo los presentes se culmina la reunión firmando en señal de conformidad.					
<b>IV. PARTICIPANTES</b>					
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Direccionamiento	1.Ley N° 29124. (54) 2.Plan estratégico institucional Gobierno Regional del Cusco (PEI) 2024-2027. (55) 3.Plan Operativo Institucional (POI) Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar 2024. (56) 4.Programas Presupuestales PPR MINSA (57) 5.Usuarios internos con necesidades de información	1.Participación en reuniones con los jefes servicios o áreas 2.Socialización del plan estratégico institucional del Gobierno Regional Cusco. 3.Elaboración, actualización y socialización de planes de trabajo, plan de salud local y planes de contingencia. 4.Participación en la formulación y elaboración del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 5.Monitoreo, Supervisión y Evaluación de los indicadores y de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica 6.Designación de funciones al personal. 7.Atención a las necesidades de información a los usuarios internos	1. Actas de reuniones y análisis. 2.Actas de Socialización del plan estratégico institucional del gobierno regional Cusco. 3.Actas de aprobación, socialización y difusión de documentos de gestión 4.Planes de trabajo, planes de contingencia, plan de salud local (PSL). 5.Actas e Informe técnico de aprobación del Análisis Situacional de Salud (ASIS) Canas 6.Informes técnicos de monitoreo, supervisión y evaluaciones del avance de metas y de la adherencia a las guías de práctica Clínica. 7. Memorándum de designación de funciones 8.Usuarios internos atendidos.

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Gestión de Recursos Humanos	1.Ley N° 29124. (54) 2.Reglamento de Organización y Funciones Microred Yanaoca. (58) 3.Directiva Control de Asistencia y Permanencia del Personal Asistencial. (59) 4.Plan Operativo Institucional (POI) Unidad Ejecutora 401. (56) 5.Normas y Procedimientos para la Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral. (60) 6. Memorándum de Designación de funciones producto del proceso de Direccionamiento 7.Usuarios internos con necesidades de información	1.Selección e incorporación de personal por DL 728 2.Socialización del reglamento de organización y funciones (ROF) y MOF. 3.Programación de rol de asistencia. 4.Conformación de equipos multidisciplinares (Comités de trabajo) 5. Actualización y elaboración de planes de inducción y capacitación. 6. Monitoreo y análisis del desempeño y productividad del personal sanitario 7.Socialización y entrega de los memorándums de designación de funciones. 8.Atención a las necesidades de información de usuarios internos	1.Actas de selección e incorporación de personal DL 728 2.Actas de socialización del ROF y MOF 3.Rol de asistencia y permanencia del personal de salud 4.Actas de Conformación de Comités multidisciplinares 5.Plan de Inducción y Capacitación al personal actualizada y vigente 6.Actas de inducción y capacitación del personal sanitario 7.Informes técnicos del monitoreo y análisis de productividad y desempeño laboral. 8.Acta de entrega de memorándums de designación de funciones. 9. Usuarios internos atendidos

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Gestión de Calidad	<p>1.Norma técnica para la gestión de calidad de servicios públicos. (61)</p> <p>2.Política Nacional de Calidad en Salud. (20)</p> <p>3.Guía Técnica para elaborar proyectos de mejora y aplicar técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad. (21)</p> <p>4.Guía Técnica Satisfacción del Usuario Externo. (62)</p> <p>5.Estudio del Clima Organizacional - MINSA (63)</p> <p>6.Gestión de reclamos. (64)</p> <p>7.Lineamientos para la implementación de Gestión por procesos en salud. (41)</p> <p>8.Usuarios internos con necesidades de información</p>	<p>1.Aplicación de normas y políticas de calidad.</p> <p>2.Cuantificación de satisfacción del usuario externo, interno y tiempos de espera.</p> <p>4.Monitoreo y evaluación de los registros de sugerencias, quejas y reclamos,</p> <p>5.Implementación de acciones de mejora</p> <p>6.Elaboración de manuales de procedimientos asistenciales y administrativos.</p> <p>7.Implementación de mecanismos de información al usuario.</p> <p>8.Monitoreo y evaluación de los indicadores en Gestión de Calidad, Mejora continua, Quejas y Reclamos entre otros.</p> <p>9.Atención a las necesidades de información de los usuarios internos</p>	<p>1. Informes técnicos de los componentes de Gestión de Calidad, Satisfacción del usuario externo, interno y tiempo de espera.</p> <p>2.Informe técnico de sugerencias, quejas y reclamos</p> <p>3. Acciones y Plan de mejora</p> <p>4.Manual de Procedimientos asistenciales y administrativas.</p> <p>5.Plan de Trabajo en Gestión de Calidad.</p> <p>6.Informe Técnico del monitoreo y evaluación de indicadores de Calidad.</p> <p>7.Disponibilidad de Cartera de servicios, flujogramas y otros sistemas de información</p> <p>8.Actas de Asistencia técnica, Monitoreo y Supervisión de los indicadores de Gestión de calidad</p> <p>9.Usuarios internos atendidos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Manejo del Riesgo de la atención	1.Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad del paciente. (65) 2.Directiva Sanitaria Vigilancia epidemiológica. (66) 3.Vigilancia Epidemiológica Morbilidad Materna Extrema. (67) 4.Comités de prevención de mortalidad. (68) 5.Manual de bioseguridad en laboratorios (ensayo, biomédicos y clínicos). (69) 6.Prevencción de VHB, VIH y TB en trabajadores de Salud. (70) 7.Manual de salud ocupacional. (71) 8.Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72)	1. Promoción de una cultura de gestión de riesgos de la atención. 2.Monitoreo y Evaluación del Sistema de vigilancia epidemiológica. 3.Actualización o elaboración de un Manual de Procedimientos para reducir riesgos durante la atención. 4.Aplicación de manuales de procedimientos. 5.Análisis, evaluación y socialización de la información de gestión de riesgos y de los indicadores de mortalidad (Materna, perinatal, infantil, etc.) 6.Implementación de programas de bioseguridad y salud ocupacional para prevenir riesgos de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.	1.Informe técnico de Rondas de seguridad. 2.Informes de vigilancia epidemiológica 3.Informe de Auditorias de caso, auditorias de atención en salud auditorias médicas, etc. 4.Actas de conformación de Comités de salud para prevenir la mortalidad materna y perinatal. 5.Manual de Procedimientos para prevenir o reducir riesgos de enfermedades infectocontagiosas, de accidentes punzocortantes y de enfermedades ocupacionales. 6.Informes técnicos de accidentes punzocortantes. 7.Informes técnicos de control y monitoreo de la Calidad del Agua para Consumo Humano.

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Manejo del Riesgo de la atención	<p>9.Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria (73)</p> <p>10.Manual de esterilización para centros de salud. (74)</p> <p>11.Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75)</p> <p>12. Prevención de accidentes con materiales punzocortantes. (76)</p> <p>13.Vigilancia de infecciones asociadas a la atención. (77)</p> <p>14.Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. (78)</p> <p>15.Gestión y Prestación de Servicios de Saneamiento. (79)</p> <p>16.Uso de Equipos de protección personal. (80)</p> <p>17.Usuarios internos con necesidad de información</p>	<p>7.Elaboración y actualización de manuales de procedimientos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provisión, lavado y descontaminación de ropa.</li> <li>▪ Prevención y atención de riesgos.</li> </ul> <p>8.Aplicación de los procedimientos de gestión de residuos sólidos hospitalarios</p> <p>9.Registro y análisis de incidentes, eventos, infecciones asociadas y casos de accidentes punzo cortantes.</p> <p>10.Coordinación con el gobierno local para mejorar los indicadores de saneamiento básico y de agua segura.</p> <p>11.Coordinación de capacitación a la comunidad sobre saneamiento y agua.</p> <p>12.Atención de necesidades de información de usuarios internos.</p>	<p>8.Manual de Procedimientos para Provisión, lavado y descontaminación de ropa y enseres.</p> <p>9.Informes técnicos de accidentes punzocortantes.</p> <p>10.Informe técnico sobre gestión de residuos hospitalarios</p> <p>11.Informe técnico de Eventos Adversos.</p> <p>12.Informe de control y monitoreo de la Calidad del Agua para Consumo Humano.</p> <p>13. Actas de reuniones multisectoriales para mejorar los servicios de saneamiento y agua.</p> <p>14. Actas de capacitaciones a la comunidad sobre saneamiento y agua.</p> <p>15. Usuarios internos atendidos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Gestión de Seguridad ante desastres	1.Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. (81) 2.Inspecciones Técnicas de Seguridad en Edificaciones. (82) 3.Guía para la evaluación de Índice de seguridad hospitalaria. (83) 4.Evaluación de vulnerabilidad de establecimientos de salud. (84) 5.Organización y funcionamiento de las brigadas. (85) 6.Respuesta a emergencias. (86) 7.Declaratoria de alertas. (87) 8.Simulacros. (88) 9.Norma de Emergencia. (89). 10.Norma Transporte asistido por vía terrestre. (90) 11.Usuarios internos con necesidad de información	1.Coordinación con autoridades locales para estudios de vulnerabilidad (estructural, no estructural y funcional), de seguridad de edificaciones e inspecciones técnicas. 2.Coordinación con la Red Canas Canchis Espinar para conformar brigadas de salud. 3.Coordinación con las autoridades para la elaboración y actualización de planes multisectoriales frente a emergencias y desastres. 4.Actualización y Elaboración d Planes de Contingencia en Emergencias y Desastres. 5.Preparación y evaluación de simulacros. 6.Monitoreo y supervisión de los indicadores de emergencias y desastres. 7.Atención de necesidades de usuarios internos	1.Actas de conformación del comité de seguridad ante desastres. 2.Plan de Trabajo de Emergencias y desastres actualizado y vigente 3.Certificado de Inspección técnica de seguridad en edificaciones 4.Informe técnico de Índice de seguridad hospitalaria 5.Informe de vulnerabilidad 6. Resolución de conformación de brigadas en emergencias y desastres 7.Boletines de alertas en emergencias y desastres. 8.Informes técnicos de Simulacros. 9.Informe de cumplimiento de indicadores de emergencias y desastres 10.Usuarios internos atendidos

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Control de Gestión y Prestación	<p>1.Norma Técnica Auditoría de la calidad de la atención en salud. (91)</p> <p>2.Auditoria de Caso de la Calidad de la atención en salud. (92)</p> <p>3.Plan de Salud Local (PSL) 2024. (57)</p> <p>4.Directiva administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo, y evaluación de los convenios de gestión 2024. (93)</p> <p>5.Usuarios internos con necesidad de información</p>	<p>1.Elaboración, actualización, monitoreo y evaluación del cumplimiento de planes, de los indicadores (nacionales, regionales y locales) de gestión y prestación.</p> <p>2.Coordinación con la Red Canas Canchis Espinar para conformar comités de Auditoría.</p> <p>3. Ejecución de Auditorias</p> <p>4.Solicitar capacitaciones en Auditoria a la Red Canas Canchis Espinar.</p> <p>5.Implementación de las recomendaciones de las auditorias.</p> <p>6.Identificación de aspectos críticos en la gestión y prestación</p> <p>7.Atención de necesidades de información de los usuarios internos</p>	<p>1.Auditorias en salud (atención ambulatoria, atención en hospitalización y atención de emergencias).</p> <p>2.Auditorias de caso</p> <p>3.Auditorias a la Gestión de Historias Clínicas</p> <p>4.Auditorias Gestión de Información</p> <p>5.Auditorias Gestión Contable</p> <p>6.Informes técnicos de evaluaciones de indicadores de gestión</p> <p>7.Informes Técnicos de evaluaciones de indicadores de prestación</p> <p>8.Informes técnicos de monitoreo.</p> <p>9.Informes técnicos de avance de metas.</p> <p>10.Usuarios internos atendidos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Misionales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Atención de Hospitalización	<p>1. Usuarios externos con necesidades de atención en Hospitalización</p> <p>2. Norma categorización. (94)</p> <p>3. Reglamento de IPRESS y servicios médicos de apoyo. (95)</p> <p>4. Norma Atención parto vertical. (96)</p> <p>5. Guías de práctica clínica en obstetricia, perinatología y pediatría. (97, 98, 99, 100)</p> <p>6. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de enfermedades en adultos. (101, 102, 103)</p> <p>7. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria. (104)</p>	<p>1. Aplicación de Normas Técnicas.</p> <p>2. Adopción de Guías de Práctica Clínica</p> <p>3. Implementación de mecanismos para una atención eficiente, eficaz, segura y humanizada.</p> <p>4. Implementación de mecanismos de información (flujogramas, paneles, cartera de servicios, señalización, etc).</p> <p>5. Identificación de necesidades.</p> <p>6. Programación de necesidades.</p> <p>7. Aplicación de medidas de bioseguridad</p> <p>8. Aplicación de Rondas de seguridad</p> <p>9. Registro y análisis de los informes de rondas de seguridad.</p> <p>10. Análisis, monitoreo y evaluación de indicadores hospitalarios.</p>	<p>1. Usuarios externos atendidos en hospitalización.</p> <p>2. Auditorias de atención en salud.</p> <p>3. Informe de adherencia a guías de práctica clínica.</p> <p>4. Flujogramas, señalización y otros mecanismos de información.</p> <p>5. Cuadro de necesidades</p> <p>6. Requerimientos</p> <p>7. Informe de Rondas de Seguridad</p> <p>8. Informe de Eventos adversos</p> <p>9. Uso de Equipos de protección personal.</p> <p>10. trimestral de Indicadores de gestión en atención hospitalaria</p> <p>11. Informe de avance de indicadores hospitalarios.</p> <p>12. Libros con registro adecuado de datos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Misionales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Atención Ambulatoria	<p>1. Usuarios externos con necesidades de atención ambulatoria</p> <p>2. Directiva Administrativa Identificación y señalización de establecimientos de salud. (105)</p> <p>3. Directiva administrativa Cartera de servicios de salud. (106)</p> <p>4. Ley N°27408. (107)</p> <p>5. Norma Técnica crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años y atención Integral de Salud Materna. (108, 109)</p> <p>6. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de caries dental en niños, Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis. (110, 111)</p>	<p>1. Aplicación de Normas Técnicas para realizar atención ambulatoria</p> <p>2. Implementación de mecanismos para una atención eficiente, eficaz y segura.</p> <p>3. Adopción de Guías de Práctica Clínica en atención ambulatoria</p> <p>4. Análisis y monitoreo de las sesiones educativas realizadas durante la atención ambulatoria.</p> <p>5. Coordinación con autoridades locales y otros sectores para prevenir enfermedades no transmisibles, degenerativas, transmisibles y prevalentes</p>	<p>1. Auditorias de atención en salud</p> <p>2. Usuarios externos atendidos por consulta ambulatoria (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Psicología y Nutrición).</p> <p>3. Informe de adherencia a las Guías de Práctica Clínica</p> <p>4. Informe de avance de metas en sesiones educativas.</p> <p>5. Actas de reuniones multisectoriales para prevenir enfermedades no transmisibles, degenerativas, transmisibles y prevalentes</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos Misionales	Entradas	Actividades	Salidas
Atención Ambulatoria	<p>7.Directiva Sanitaria atención estomatológica en pacientes con enfermedades no transmisibles. (112)</p> <p>8. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. (113)</p> <p>9.Cuidado Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. (114)</p> <p>10.Cuidado Integral de personas con enfermedades No Transmisibles. (115)</p> <p>11.Abordaje Promoción de la Salud. (116)</p> <p>12.Programa de Municipios, Comunidades, Instituciones educativas saludables. (117, 118)</p>	<p>1. Aplicación de Normas Técnicas para realizar atención ambulatoria</p> <p>2.Implementación de mecanismos para una atención eficiente, eficaz y segura.</p> <p>3.Adopción de Guías de Práctica Clínica en atención ambulatoria</p> <p>4.Análisis y monitoreo de las sesiones educativas realizadas durante la atención ambulatoria.</p> <p>5.Coordinación con autoridades locales y otros sectores para prevenir enfermedades no transmisibles, degenerativas, transmisibles y prevalentes</p>	<p>6. Informe de avance de metas de indicadores en atención ambulatoria (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Psicología y Nutrición).</p> <p>7.Informe de avance de metas en municipio, comunidades e instituciones educativas saludables</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos Misionales	Entradas	Actividades	Salidas
Atención de Emergencias	<p>1. Usuarios externos con necesidades de atención en Emergencia.</p> <p>2. Ley N° 29414. (119)</p> <p>3. Norma Servicios de Emergencia. (120).</p> <p>4. Directiva para programar turnos de trabajo. (121)</p> <p>5. Primeros Auxilios y Emergencias Toxicológicas. (122)</p> <p>6. Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. (123)</p> <p>7. Resolución Ministerial N° 516-2005/MINSA. (124)</p> <p>8. Guías de Práctica Clínica atención de emergencias del Recién nacido, pediatría y obstetricia. (125, 126, 127)</p>	<p>1. Aplicación de Leyes, Normas, Guías de Práctica Clínica, etc</p> <p>2. Implementación de mecanismos para una atención oportuna, equitativa, eficaz y segura.</p> <p>3. Verificación de la operatividad del servicio de emergencia (recursos humanos, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, materiales, equipamiento, etc) según el nivel de complejidad.</p> <p>5. Coordinación con instituciones para realizar capacitaciones.</p> <p>6. Verificación de la operatividad de equipos de telecomunicaciones y ambulancias.</p> <p>7. Verificación de formatos, fichas, libro de registros, etc</p>	<p>1. Usuarios externos atendidos por Emergencia.</p> <p>2. Auditorias de Atención en Salud</p> <p>3. Programación de turnos</p> <p>4. Stock de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, equipos, insumos en el área de emergencia.</p> <p>5. Requerimiento de capacitaciones</p> <p>6. Equipo de telecomunicaciones operativos</p> <p>7. Ambulancia operativa y equipada</p> <p>8. Informe de adherencia a las guías de práctica clínica.</p> <p>9. Informe de avance de indicadores de atención en emergencias</p> <p>10. Stock de formatos, fichas y libros para registrar</p> <p>11. Libros registrados con datos completos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos Misionales</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Atención Extramural	<p>1. Usuarios externos con necesidades de atención extramural</p> <p>2. Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. (116)</p> <p>3. Programa de Municipios, Comunidades e instituciones educativas Saludables. (117, 118)</p> <p>4. Implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. (128)</p> <p>5. Manual de registro y codificación de actividades de Promoción de la Salud. (129)</p> <p>6. Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSA. (130)</p>	<p>1. Aplicación de Leyes, Normas, etc.</p> <p>2. Elaboración del plan de atención extramural con enfoque de riesgos.</p> <p>3. Elaboración de guías de trabajo de atención extramural.</p> <p>4. Elaboración de cronogramas, kit de atención extramural.</p> <p>5. Planificación de sesiones educativas y demostrativas.</p> <p>6. Vigilancia de prácticas saludables y cuidado del medio ambiente.</p> <p>7. Monitoreo y evaluación de indicadores de atención extramural.</p> <p>8. Designación y capacitación a los agentes comunitarios en atención extramural.</p> <p>9. Coordinación con grupos de apoyo para realizar atención extramural.</p>	<p>1. Plan de Atención extramural</p> <p>2. Guías de atención extramural</p> <p>3. Cronogramas de atención extramural</p> <p>4. Kit de atención extramural</p> <p>5. Usuarios externos atendidos por atención extramural</p> <p>6. Informe de avance de sesiones educativas y demostrativas.</p> <p>7. Informe de avance de metas de atención extramural.</p> <p>8. Informe de sesiones educativas en prácticas saludables y cuidado del medio ambiente.</p> <p>9. Actas de designación y capacitación de agentes comunitarios en atención extramural.</p> <p>10. Actas de coordinación para atención extramural</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Atención de Apoyo al diagnóstico y tratamiento	1. Usuarios externos con necesidades de Atención de Apoyo al diagnóstico y tratamiento. 2. Usuarios internos con necesidades de información. 3. Norma técnica unidad productora de servicios de patología clínica. (131) 4. Norma técnica gestión de calidad de servicios para el sector público. (61) 5. Política Nacional de Calidad en Salud. (20) 6. Norma Técnica Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración. (132)	1. Aplicación de disposiciones legales. 2. Implementación de mecanismos para una atención oportuna, eficaz y segura. 3. Aplicación de programas de control de calidad de los procedimientos. 4. Aplicación de mecanismos para definir tiempos de entrega de resultados. 5. Aplicación de mecanismos de registro de tiempos de espera (solicitud, recepción de muestra y entrega del resultado). 6. Elaboración de indicadores de calidad en función del tiempo de entrega de resultados y a las necesidades de los usuarios. 7. Coordinación para solicitar calibración y mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición	1. Usuarios externos atendidos en la UPSS Patología Clínica y Diagnóstico por Imágenes. 2. Usuarios internos atendidos con información de usuarios hospitalizados. 3. Informe de indicadores de calidad: tiempos de entrega, tiempos de espera, cumplimiento de exámenes. 4. Informes de control de calidad de los procedimientos. 5. Requerimientos para Calibración y Mantenimiento. 6. Certificados de Calibración de equipos e instrumentos e Informes de mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición. 7. Informes de los procedimientos realizados.

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Admisión y Alta	1.Usuarios externos con necesidades de Admisión y Alta 2.Usuarios internos con necesidades de información. 3.Norma técnica gestión de la Historia Clínica. (133) 4.Guía técnica llenado de Historia Clínica Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, atención materno perinatal, atención del niño. (134, 135, 136)	1.Aplicación de Leyes, Normas y otros documentos. 2. Implementación de mecanismos para una atención oportuna. 3.Implementación de mecanismos de registro y archivo de historias clínicas (individuales, fichas familiares o sectores) 4.Verificación de la disponibilidad de formatos vigentes. 5.Actualización o Elaboración del Manual de Procedimientos en Gestión de Historias Clínicas. 6.Identificación y registro de aspectos críticos. 7.Implementación de mecanismos de entrega de citas.	1.Usuarios externos atendidos en Admisión y Alta. 2.Usuarios internos atendidos con la información solicitada en Admisión y Alta. 3.Auditoria a la gestión de Historia Clínica 4.Archivo activo y pasivo de Historias Clínicas 5.Archivo de Historias Clínicas por códigos, colores y DNI. 6.Stock de Formatos vigentes para la Gestión de Historias Clínicas. 7.Manual de Procedimientos para la Gestión de Historias Clínicas 8.Actas de ocurrencias e identificación de aspectos Críticos. 9.Informe de aspectos críticos en la Gestión de Historias Clínicas

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Admisión y Alta	<p>5.Norma Técnica Atención integral etapa adolescentes, joven y adulta. (137,138, 139)</p> <p>6.Plan de salud integral y fortalecimiento de servicios en el ámbito de los pueblos indígenas u originarios. (140)</p>	<p>8.Registro, monitoreo y análisis de indicadores en gestión de historias clínicas (tiempos de espera, horarios, costos, etc.)</p> <p>9.Cuantificación de usuarios no atendidos, del cumplimiento de citas, reprogramación de citas, etc.</p> <p>10.Coordinación para capacitaciones en gestión de Historias Clínicas.</p> <p>11.Identificación de necesidades de los usuarios externos.</p> <p>12.Aplicación de auditorías a la gestión de historias clínicas</p> <p>13.Registro en libros y plataforma de Admisión</p>	<p>10.Informe de entrega de citas</p> <p>11.Informe de tiempo de espera.</p> <p>12.Informe de usuarios no atendidos, de citas atendidas, reprogramación de citas</p> <p>13.Requerimiento para recibir capacitaciones.</p> <p>14.Informe de Identificación de necesidades de usuarios externos con Enfoque intercultural.</p> <p>15.Libros de Admisión y Alta con datos completos de los usuarios externos.</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Referencias y Contrarreferencias	<p>1. Usuarios externos con necesidades del sistema de Referencia y contrarreferencia</p> <p>2. Usuarios internos con necesidad de información</p> <p>3. Norma técnica sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de Salud. (141)</p> <p>4. Directiva Administrativa N° 355 - MINSA/DGAIN-2024. (121)</p> <p>5. Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA. (90)</p>	<p>1. Aplicación de leyes, normas y otros documentos</p> <p>2. Implementación de mecanismos para una atención oportuna y segura.</p> <p>3. Registro y análisis de información.</p> <p>4. Coordinación con otros establecimientos para garantizar la atención posterior al alta.</p> <p>5. Establecer mecanismos de monitoreo y seguimiento a los usuarios referidos.</p> <p>6. Verificación de formatos de referencias y contrarreferencias.</p> <p>7. Programación del responsable del traslado de usuarios durante las 24 horas.</p>	<p>1. Usuarios externos atendidos en el sistema de Referencias y Contrarreferencias.</p> <p>2. Usuarios internos atendidos con la información solicitada.</p> <p>3. Auditorias a la información</p> <p>4. Actas de coordinaciones con otros establecimientos para continuar con la atención.</p> <p>5. Informe de monitoreo y seguimiento a usuarios referidos</p> <p>6. Stock de formatos vigentes</p> <p>7. Rol de programación del personal encargado del traslado de usuarios</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Referencias y Contrarreferencias	1. Usuarios externos con necesidades del sistema de Referencia y contra referencia 2. Usuarios internos con necesidad de información 3. Norma técnica sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de Salud. (141) 4. Directiva Administrativa N° 355 - MINSA/DGAIN-2024. (121) 5. Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA. (90)	8. Verificación de la operatividad, equipamiento y disposición del servicio de transporte 9. Cuantificación del porcentaje de casos referidos según criterios establecidos 10. Cuantificación del porcentaje de contrarreferencias realizadas. 11. Implementación de un sistema de vigilancia comunitaria y capacitación en referencia comunal. 12. Identificación de aspectos críticos	8. Ambulancia operativa y equipada. 9. Informe de indicadores del sistema de Referencias y Contrarreferencias. 10. Conformación del Sistema de Vigilancia comunal (SIVICO). 11. Actas de capacitación a agentes comunitaria en Referencia Comunal. 12. Informe de aspectos críticos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Gestión de Medicamentos	1. Usuarios externos con necesidades de Atención en la UPSS Farmacia 2. Usuarios internos con requerimientos y necesidades de información 3. Petitorio nacional único de medicamentos esenciales. (142) 4. Sistema Integrado de Suministro de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios – SISMED. (143) 5. Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, Almacenamiento, Dispensación y Prescripción. (144, 145, 146, 147)	1. Programación del cuadro de necesidades para las compras sobre la base del petitorio nacional. 2. Implementación de mecanismos para una atención oportuna, eficiente y segura. 3. Aplicación sistema de Información (SISMED 2.0 u otro). 4. Análisis de información para la gestión de medicamentos (gestión de stock, consumos, consolidados diarios, etc.) 5. Aplicación de buenas prácticas de oficina farmacéutica, almacenamiento, Prescripción y Dispensación. 6. Registro y análisis de información de sustancias controladas.	1. Usuarios externos atendidos en la UPSS Farmacia. 2. Usuarios internos atendidos con sus requerimientos e información solicitada. 3. Requerimientos o cuadro de necesidades 4. Sistema de información SISMED vigente 5. Informe de disponibilidad, gestión de stock, ICI, IME. 6. Auditorias a los procesos de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, Almacenamiento, Prescripción y Dispensación. 7. Informes y Balance de sustancias controladas.

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Gestión de Medicamentos	6.Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias. (148) 7.Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. (149)	7.Implementación de mecanismos para reducir errores de medicación. 8.Cuantificación del porcentaje de coincidencias entre ítems prescritos, dispensados, stock registrado y stock real. 9.Cuantificación del porcentaje de prescripciones no atendidas. 10.Coordinación para realizar capacitaciones.	8.Informes y registros de errores de medicación. 9.Inventarios 10.Informe de desabastecimiento o stock crítico 11.Informe de aspectos críticos entre la Dispensación y Prescripción 12.Requerimiento de capacitaciones

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Gestión de Información	<p>1.Usuarios internos con necesidades de información.</p> <p>2 Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS. (150)</p> <p>3.Manual de Registro y Codificación de actividades consulta externa en Promoción de la Salud, atención de salud mental, Planificación familiar e inmunizaciones. (151, 152, 253, 154)</p> <p>4.Manual de Registro y codificación atención de consulta externa etapa de vida niño, adolescente, adulto y adulto mayor. (155, 156, 157, 158)</p>	<p>1.Identificación de necesidades de información de los procesos gerenciales y misionales.</p> <p>2.Coordinación con la Red Canas Canchis Espinar para solicitar equipamiento.</p> <p>3.Implementación de un sistema de acopio de información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).</p> <p>4.Aplicación de sistemas de información SISMED, descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otros</p> <p>5.Identificación de aspectos críticos en la Gestión de Información.</p> <p>6.Implementación y documentación de mecanismos de difusión de los procesos de información.</p>	<p>1.Usuarios internos atendidos con la información solicitada.</p> <p>2.Requerimiento de Equipamiento</p> <p>3.Flujograma, cronogramas del sistema de información en Estadística, Unidad de Seguros y UPSS Farmacia.</p> <p>4.Reportes de Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM.</p> <p>5.Sistemas de Información Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM.</p> <p>6.Informes o actas de identificación de aspectos críticos en Gestión de Información.</p> <p>7.Actas de difusión de Información y sala situacional.</p> <p>8.Reporte 40 de Atenciones y Atendidos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Gestión de Información	<p>5.Manual de Registro y Codificación de atención perinatal, prevención y control de enfermedades no transmisibles, salud bucal, salud ocular (159, 160, 161, 162)</p> <p>6.Manual de Registro y codificación de la prevención y control de enfermedades Metaxenicas y zoonóticas; VIH y SIDA, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, Tuberculosis y Cáncer (163, 164, 165, 166)</p> <p>7. Convenios de Gestión entre el MINSA y gobierno regional. (167)</p>	<p>1.Identificación de necesidades de información de los procesos gerenciales y misionales.</p> <p>2.Coordinación con la Red Canas Canchis Espinar para solicitar equipamiento.</p> <p>3.Implementación de un sistema de acopio de información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).</p> <p>4.Aplicación de sistemas de información SISMED, descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otros</p> <p>5.Identificación de aspectos críticos en la Gestión de Información.</p> <p>6.Implementación y documentación de mecanismos de difusión de los procesos de información.</p>	<p>1.Usuarios internos atendidos con la información solicitada.</p> <p>2.Requerimiento de Equipamiento</p> <p>3.Flujograma, cronogramas del sistema de información en Estadística, Unidad de Seguros y UPSS Farmacia.</p> <p>4.Reportes de Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM.</p> <p>5.Sistemas de Información Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM.</p> <p>6.Informes o actas de identificación de aspectos críticos en Gestión de Información.</p> <p>7.Actas de difusión de Información y sala situacional.</p> <p>8.Reporte 40 de Atenciones y Atendidos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Gestión de Información	<p>8. Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. (168).</p> <p>9.Directiva Administrativa Formato Único de Atención (FUA) en IPRESS. (169)</p> <p>10.Aplicativo informático SISMED. (143)</p> <p>11.Aplicativo WAWARED, Sistema del registro del Certificado del Recién Nacido – CNV, Aplicativo SIGA-MP . (170, 171, 172)</p> <p>12.Sistema REFCOM (173)</p> <p>13.Plataforma informática HIS MINSA (174)</p> <p>14.Plataforma informática SIS (175)</p>	<p>1.Identificación de necesidades de información de los procesos gerenciales y misionales.</p> <p>2.Coordinación con la Red Canas Canchis Espinar para solicitar equipamiento.</p> <p>3.Implementación de un sistema de acopio de información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).</p> <p>4.Aplicación de sistemas de información SISMED, descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otros</p> <p>5.Identificación de aspectos críticos en la Gestión de Información.</p> <p>6.Implementación y documentación de mecanismos de difusión de los procesos de información.</p>	<p>1.Usuarios internos atendidos con la información solicitada.</p> <p>2.Requerimiento de Equipamiento</p> <p>3.Flujograma, cronogramas del sistema de información en Estadística, Unidad de Seguros y UPSS Farmacia.</p> <p>4.Reportes de Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM.</p> <p>5.Sistemas de Información Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM.</p> <p>6.Informes o actas de identificación de aspectos críticos en Gestión de Información.</p> <p>7.Actas de difusión de Información y sala situacional.</p> <p>8.Reporte 40 de Atenciones y Atendidos</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1. Usuarios externos que asisten a los servicios sanitarios 2. Usuarios internos 3. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria; y esterilización en centros de salud. (73, 74) 4. Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes o infraestructura. (176) 5. Salud ocupacional. (71) 6. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 7. Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 8. Uso de los Equipos de protección personal para trabajadores de salud. (80)	1. Aplicación de las disposiciones legales en procesos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización 2. Elaboración o Actualización del manual de procedimientos en descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización según categoría. 3. Verificación de la Centralización de los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. 4. Verificación del uso de protección personal del personal que manipula equipos y material usado; del personal que realiza la recolección de residuos hospitalarios, del personal que realiza el aseo y limpieza de la infraestructura, del personal que recolecta, lava la ropa y enseres.	1. Usuarios externos e internos que perciben los procesos de Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. 2. Manual de Procedimientos en Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización. 3. Centro de Esterilización. 4. Requerimientos de Desinfectantes, detergentes enzimáticos, detergentes, recipientes para residuos hospitalarios, insumos y materiales. 5. Uso de Equipos de Protección Personal.

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1. Usuarios externos que asisten a los servicios sanitarios 2. Usuarios internos 3. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria; y esterilización en centros de salud. (73, 74) 4. Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes o infraestructura. (176) 5. Salud ocupacional. (71) 6. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 7. Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 8. Uso de los Equipos de protección personal para trabajadores de salud. (80)	5. Verificación de la clasificación de materiales, equipos u otros para la descontaminación y/o limpieza. 6. Verificación de los procedimientos de empaque y esterilización. 7. Implementación de controles físicos, químicos y biológicos durante la esterilización. 8. Implementación de un sistema de control de daños y pérdidas durante la esterilización; control de pérdidas y deterioro de enseres de cama y ropa.	6. Auditoría a los procesos de Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. 7. Auditoría de los controles físicos, químicos y biológicos del proceso de esterilización 8. Informe de daños, deterioro y pérdidas durante la esterilización de materiales y lavado de enseres de cama y ropa

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1. Usuarios externos que asisten a los servicios sanitarios 2. Usuarios internos 3. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria; y esterilización en centros de salud. (73, 74) 4. Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes o infraestructura. (176) 5. Salud ocupacional. (71) 6. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 7. Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 8. Uso de los Equipos de protección personal para trabajadores de salud. (80)	9. Cuantificación del porcentaje de quejas, reclamos e inconformidades de la limpieza y lavado. 10. Verificación del almacenamiento adecuado de enseres de cama y ropa. 11. Aplicación de procedimientos en segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. 12. Elaboración de Manual de Procedimientos en Provisión, Lavado y Descontaminación de ropa hospitalaria. 13. Elaboración de indicadores para el monitoreo y evaluación de los procedimientos de limpieza, lavado y esterilización.	9. Informe de quejas, reclamos e inconformidades de la limpieza y lavado 10. Informe sobre el almacenamiento de enseres de cama y ropa 11. Auditoria a los procesos de gestión de residuos hospitalarios 12. Manual de Procedimientos en Provisión, Lavado y Descontaminación de ropa hospitalaria. 13. Informe de monitoreo a los procesos de limpieza, lavado y esterilización

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
<p>Manejo del Riesgo Social</p>	<p>1. Usuarios externos con necesidades de ser atendidos sin tener un seguro de salud.</p> <p>2. Usuarios internos con necesidad de información</p> <p>3. Sistema de Focalización de Hogares. (177)</p> <p>3. Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. (168).</p> <p>4. Consulta en línea plataforma virtual SIS. (175)</p> <p>5. Observatorio Nacional de tarifas de procedimientos médicos y sanitarios. (178)</p> <p>6. Tarifario de procedimientos médicos y sanitarios SIS. (179)</p> <p>7. Lineamientos de Política Tarifaria en el sector salud. (180)</p>	<p>1. Aplicación de leyes, normas y documentos</p> <p>2. Implementación de mecanismos para una atención equitativa, integrada, oportuna, eficiente, centrada en las personas y segura.</p> <p>3. Análisis y monitoreo de la información socioeconómica.</p> <p>4. Aplicación de controles de calidad a las fichas de evaluación socioeconómica.</p> <p>5. Comparación de información con ESSALUD y RENIEC.</p> <p>6. Implementación de mecanismos de financiamiento para la atención de usuarios que no disponen de seguro de salud</p> <p>7. Verificación del uso de tarifas establecidas por el MINSA.</p>	<p>1. Usuarios externos e internos atendidos en sus requerimientos de información.</p> <p>2. Reporte de evaluación socioeconómica.</p> <p>3. Auditoría de los reportes de evaluación socioeconómica.</p> <p>4. Aplicativo de consulta en SIS, ESSALUD y RENIEC.</p> <p>5. Formatos de autorización de exoneraciones a usuarios externos</p> <p>6. Informe de exoneraciones de pago por servicios de salud y productos farmacéuticos y dispositivos médicos.</p> <p>7. Tarifario publicado por atención en los servicios de salud y de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Gestión de Insumos y Materiales	<p>1.Usuarios internos con necesidades de abastecimiento de insumos y materiales.</p> <p>2.Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Abastecimiento. (181)</p> <p>3.Ley de contrataciones y adquisiciones del Estado. (182)</p> <p>4.Directiva para la gestión de almacenamiento y distribución de bienes muebles. (183)</p>	<p>1.Aplicación de disposiciones legales sobre gestión de insumos y materiales.</p> <p>2.Programación de necesidades para la adquisición de insumos, materiales bienes y servicios.</p> <p>3.Verificación del almacenamiento, protección, conservación, control y distribución de los insumos y materiales.</p> <p>4.Verificación de los procedimientos de adquisición de insumos y materiales acorde a las especificaciones técnicas</p> <p>5.Cuantificación del porcentaje de entrega de insumos y materiales según la programación realizada</p>	<p>1.Usuarios internos atendidos en sus requerimientos.</p> <p>2.Cuadro de necesidades</p> <p>3.Requerimientos</p> <p>4.Guías de Remisión, Pecosas u otros documentos del sistema de Abastecimiento.</p> <p>5.Almacén de insumos y materiales</p> <p>6.Auditorias a los procesos de Almacenamiento y adquisición de insumos y materiales</p> <p>7.Informe de entrega de insumos y materiales.</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Entradas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Salidas</b>
Gestión de Equipos e Infraestructura	<p>1.Usuarios internos con necesidades de disponer bienes patrimoniales y ambientes.</p> <p>2.Norma Técnica Infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud del primer nivel de atención. (184)</p> <p>3.Directiva administrativa para la asignación en uso y control de Bienes patrimoniales. (185)</p> <p>4.Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de Infraestructura y el equipamiento en establecimientos de salud. (186)</p> <p>5.Procedimientos Alta, baja y entrega de bienes muebles. (187)</p>	<p>1.Aplicación de disposiciones legales sobre Equipamiento e Infraestructura</p> <p>2.Elaboración de un plan de mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición de equipos, infraestructura, instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias; y servicios básicos.</p> <p>3.Coordinación para capacitación del personal en proyectos de inversión.</p> <p>4.Elaboración de manual de procedimientos para adquirir equipos.</p> <p>5.Coordinación para realizar proyectos de remodelación y/o ampliación de infraestructura.</p>	<p>1.Usuarios internos atendidos en sus requerimientos.</p> <p>2.Plan mantenimiento de Infraestructura, Servicios Básicos y Equipamiento.</p> <p>3.Requerimiento para realizar Capacitaciones</p> <p>4.Manual de procedimientos para adquirir equipos.</p> <p>5.Proyectos de remodelación y/o ampliación de infraestructura</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

Procesos de Apoyo	Entradas	Actividades	Salidas
Gestión de Equipos e Infraestructura	<p>1. Usuarios internos con necesidades de disponer bienes patrimoniales y ambientes.</p> <p>2. Norma Técnica Infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud del primer nivel de atención. (184)</p> <p>3. Directiva administrativa para la asignación en uso y control de Bienes patrimoniales. (185)</p> <p>4. Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de Infraestructura y el equipamiento en establecimientos de salud. (186)</p> <p>5. Procedimientos Alta, baja y entrega de bienes muebles. (187)</p>	<p>6. Verificación del registro de inventario y operatividad de equipos.</p> <p>7. Implementación de medidas para promover el buen uso y reducir los daños de equipos y servicios básicos.</p> <p>8. Cuantificación del porcentaje de mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición de los equipos e infraestructura</p>	<p>6. Inventario de bienes patrimoniales.</p> <p>7. Auditoria a la Gestión de Equipos e Infraestructura.</p> <p>8. Informe de medidas preventivas para promover el buen uso y reducir daños de los equipos y servicios básicos.</p> <p>9. Informe del mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición que fueron atendidos.</p>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos

**Anexo Nro. 18: Identificación de las Personas y Recursos de los Procesos en  
la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Identificación de las Personas y Recursos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>09/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>10:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>11:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Identificación de las Personas y los Recursos de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

09/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de identificación de las Personas y Recursos de las Gestión de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con identificación de las Personas de los Procesos
  - ❖ Procesos Gerenciales: Usuarios externos y Usuarios internos de la Microred Yanaoca
  - ❖ Procesos Misionales: Usuarios externos y Usuarios internos de la Microred Yanaoca
  - ❖ Procesos de Apoyo: Usuarios externos y Usuarios internos de la Microred Yanaoca
- Identificación de los Recursos
  - ❖ Recursos Humanos:
    - ✓ Profesionales médicos
    - ✓ Profesionales no médicos
    - ✓ Personal administrativo
    - ✓ Personal técnico asistencial y personal técnico en Farmacia
    - ✓ Personal técnico administrativo
    - ✓ Personal técnico en transportes
    - ✓ Digitadores
    - ✓ Artesanos
    - ✓ Vigilante

❖ Instalaciones:

- ✓ 14 oficinas Administrativas
- ✓ 01 auditorium
- ✓ 16 consultorios para Atención ambulatoria
- ✓ 01 ambiente de triaje
- ✓ 01 ambiente de Tópico
- ✓ 01 ambiente de Tópico Emergencias
- ✓ 03 ambiente de Farmacia (Internamiento, Atención Ambulatoria, Farmacovigilancia)
- ✓ 01 almacén de Farmacia y 02 Almacén para Archivo de Historias Clínicas
- ✓ 04 ambientes de Patología Clínica
- ✓ 02 ambientes para Ecografía
- ✓ 02 ambientes para Rayos X
- ✓ 01 ambiente Plataforma de Atención al Usuario
- ✓ 09 Salas de Internamiento
- ✓ Un ambiente administrativo para hospitalización
- ✓ 06 salas de espera
- ✓ 01 Centro Obstétrico
- ✓ 01 sala para Recién Nacido
- ✓ 01 sala Neonatología
- ✓ 01 Centro Quirúrgico
- ✓ 01 Centro de Esterilización
- ✓ 01 almacén General
- ✓ 01 almacén para Ropa y Enseres limpios
- ✓ 01 ambiente para ropa y enseres contaminados
- ✓ 02 ambientes para lavandería
- ✓ 02 ambientes para residuos sólidos hospitalarios
- ✓ 01 ambiente para el centro de operaciones de Emergencias y Desastres
- ✓ 04 vestidores
- ✓ 02 estacionamientos para Ambulancias
- ✓ 01 casa materna
- ✓ 10 servicios higiénicos para usuarios externos
- ✓ 10 servicios higiénicos para usuarios internos
- ✓ 01 ambiente de Cadena de Frío

- ✓ 01 ambiente para el grupo electrógeno
- ✓ 03 áreas verdes.
- ✓ 01 comedor
- ✓ 01 ambiente para cocina
- ❖ Sistemas Informáticos
  - ✓ Software: Sistemas de Información como el SISMED, WAWARED, CNV, HIS MINSA, REFCOM, SIS, SIGA PATRIMONIAL, entre otros
  - ✓ Hardware: Dispositivos, proyector, microprocesador, tarjetas de red, impresoras, micrófonos, memoria RAM, cámara y escáner.
- ❖ Redes de Conectividad: Internet
- ❖ Equipos: Médicos, Biomédicos, Informáticos, de Cómputo, Electrónicos, entre otros
- ❖ Mobiliario: Mobiliario de Oficina y Mobiliario hospitalario
- Conclusiones: Se identificaron las personas y los recursos necesarios para la implementación de procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Realizar la difusión con los jefes de los Establecimientos de Salud
- Cumplir con las actividades y plazos establecidos.
- Siendo las 10:30 del 09 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



**Anexo Nro. 19: Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos  
en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>14/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>8:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>10:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos en los Establecimientos de Salud de la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

14/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para determinar la Secuencia e Interacción de Procesos en la Microred Yanaoca durante la primera fase de implementación de procesos durante el periodo 2024.
- Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con las actividades programadas
  - ❖ Se elabora el mapa de procesos para los establecimientos de Nivel I-4
  - ❖ Se elabora el mapa de procesos para los establecimientos de Nivel I-1 y Nivel I-2
- Conclusiones
  - ❖ Se tiene determinado la secuencia e interacción de Procesos en los establecimientos de salud de Nivel I-1, Nivel I-2 y Nivel I-4.
  - ❖ La elaboración del mapa de procesos se ha realizado de acuerdo las disposiciones de Acreditación de Establecimientos de Salud.

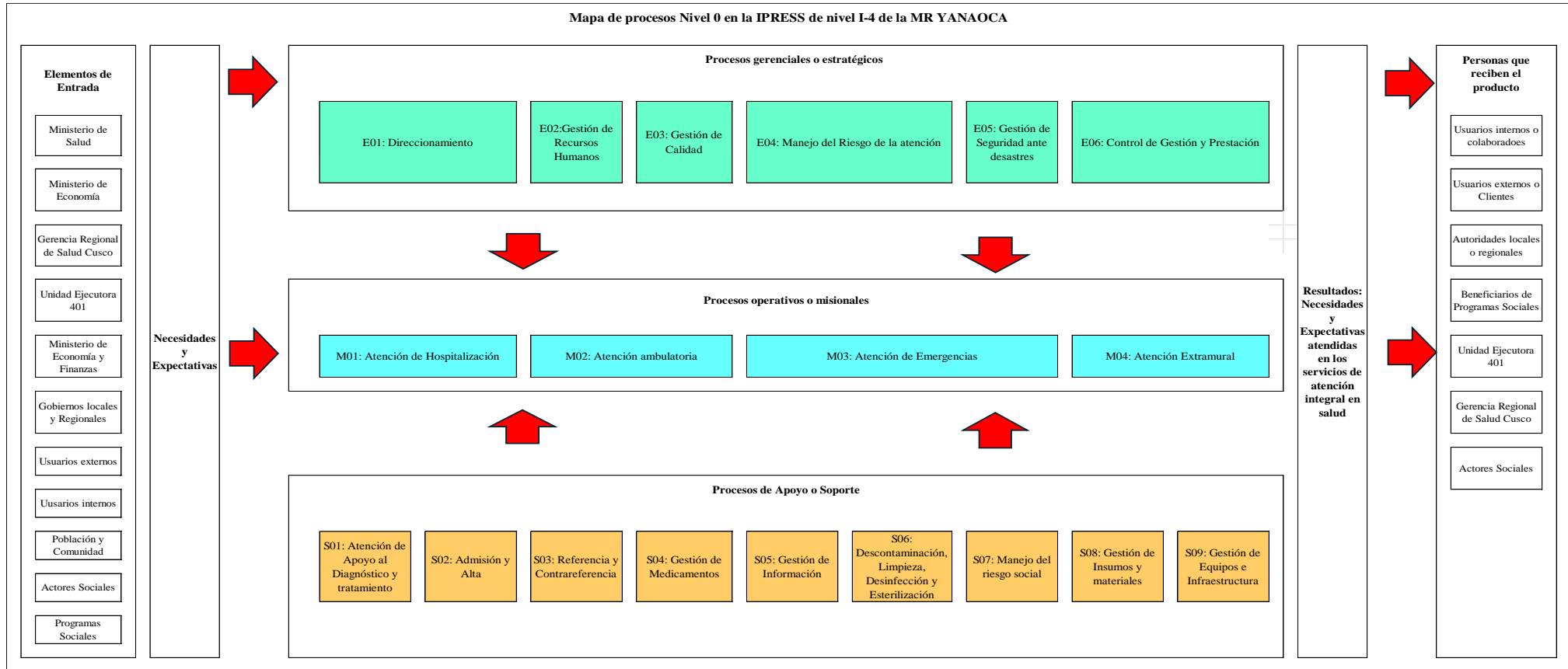
**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la Microred Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos de las actividades programadas
- Siendo las 10:30 del 14 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

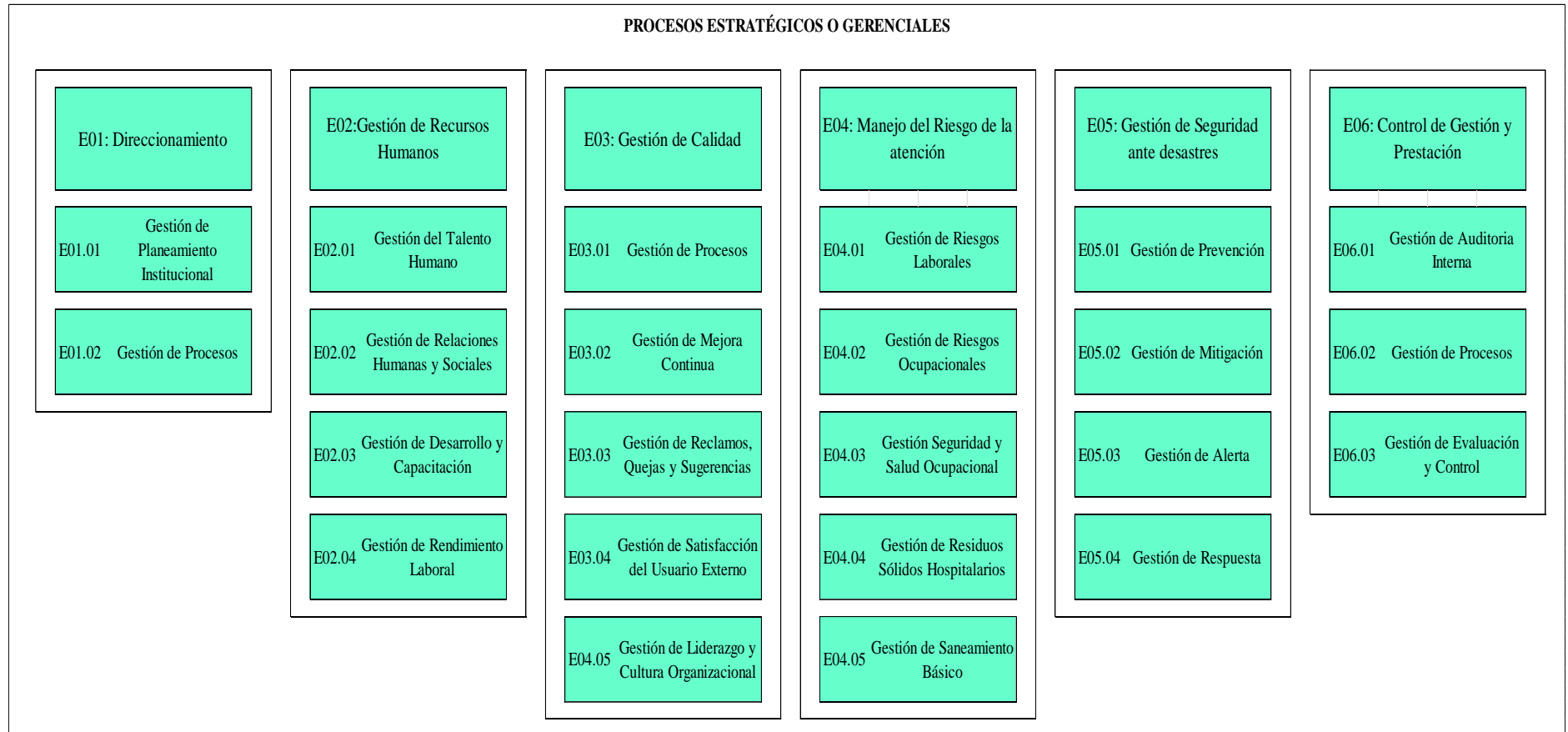


## Secuencia e Interacción de los Procesos Nivel 0 en IPRESS I-4 de la Microred Yanaoca



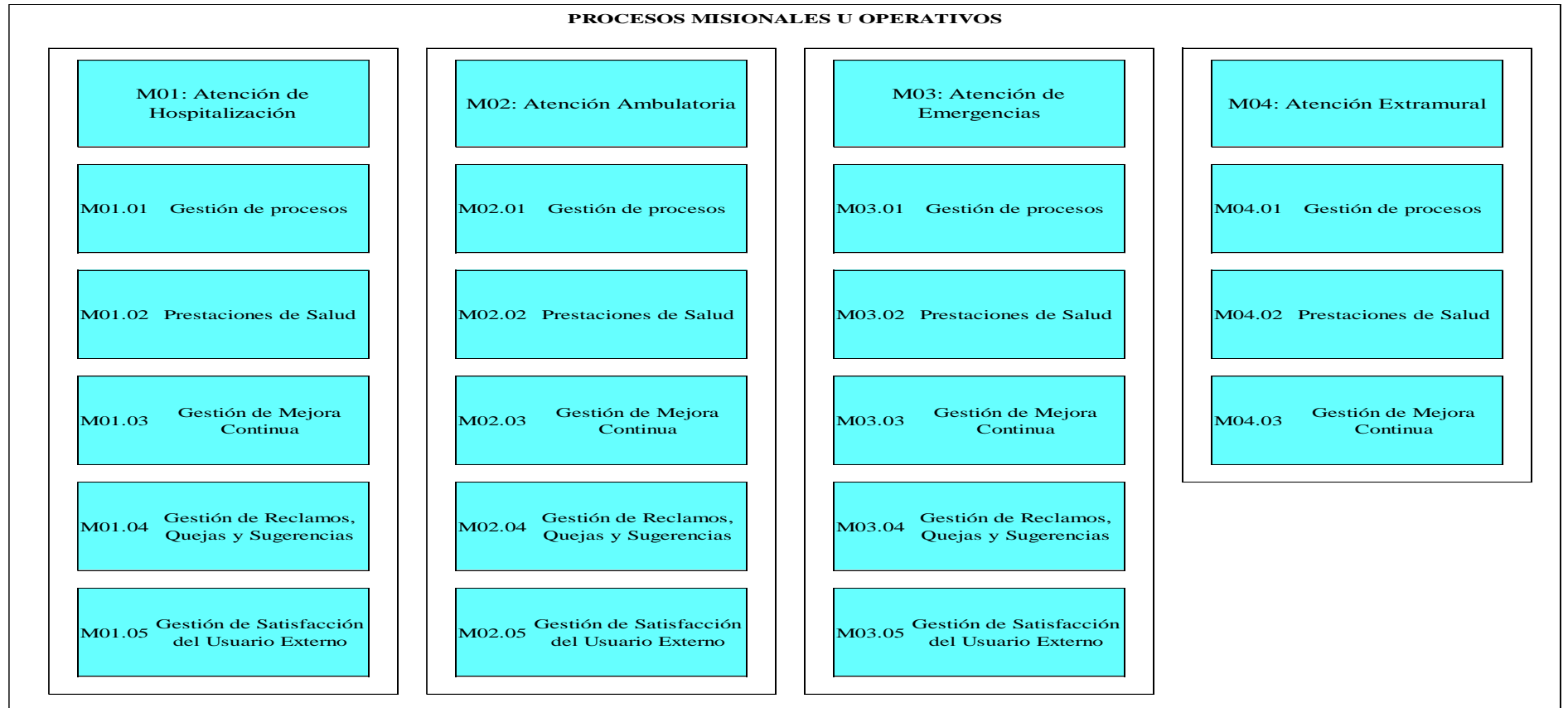
Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

## Secuencia e Interacción de los Procesos Estratégicos de Nivel 1 en IPRESS de categoría I-4 de la Microred Yanaoca



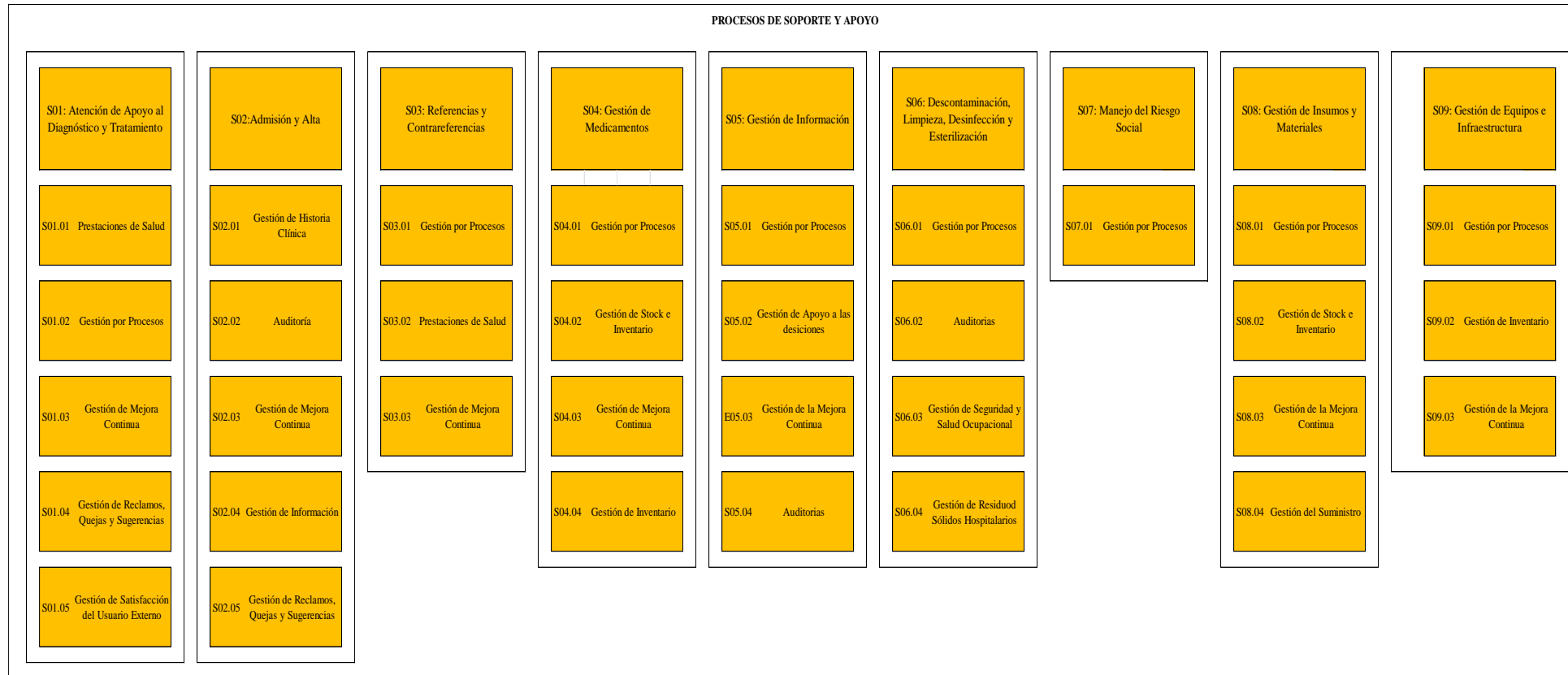
Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

**Secuencia e Interacción de los Procesos Misionales de Nivel 1 en IPRESS de categoría I-4 de la Microred Yanaoca**



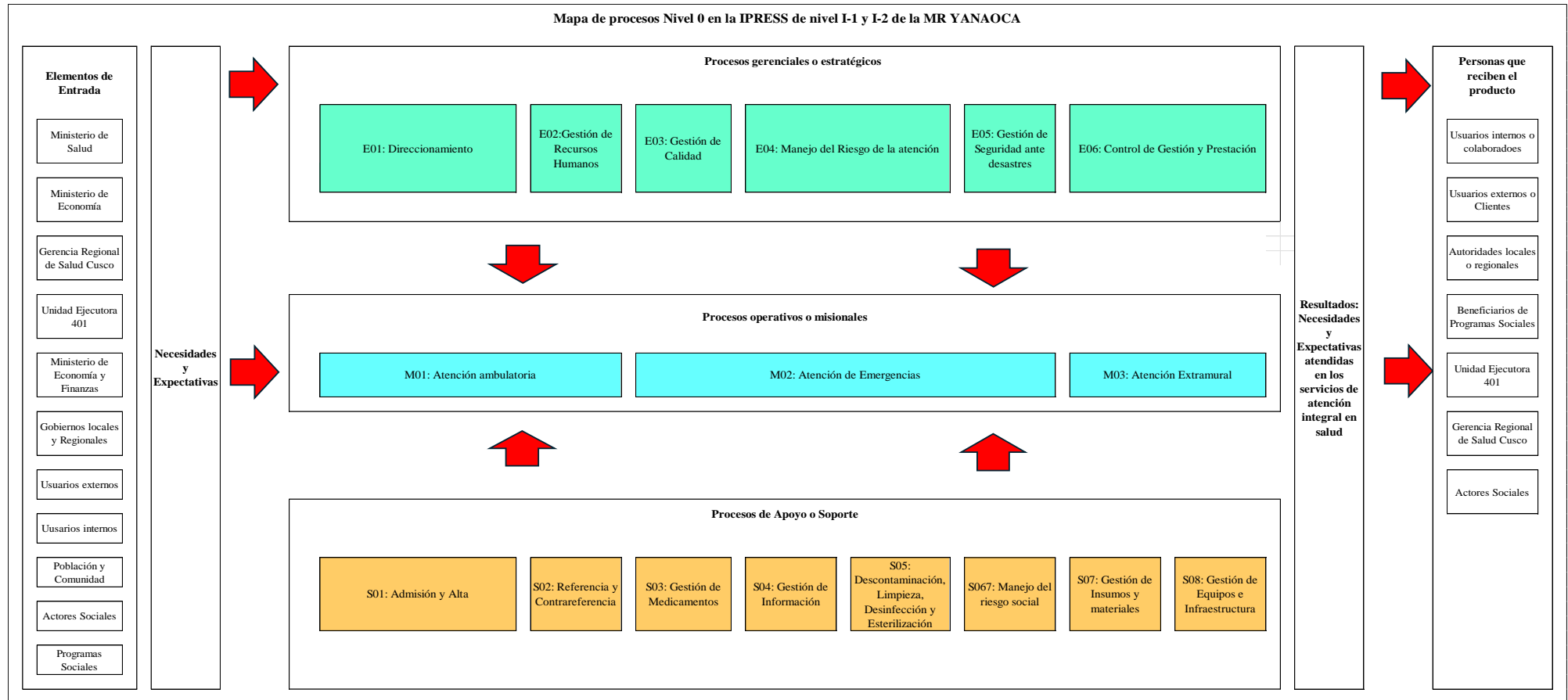
Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

## Secuencia e Interacción de los Procesos de Soporte o de Apoyo de Nivel 1 en IPRESS de categoría I-4 de la Microred Yanaoca



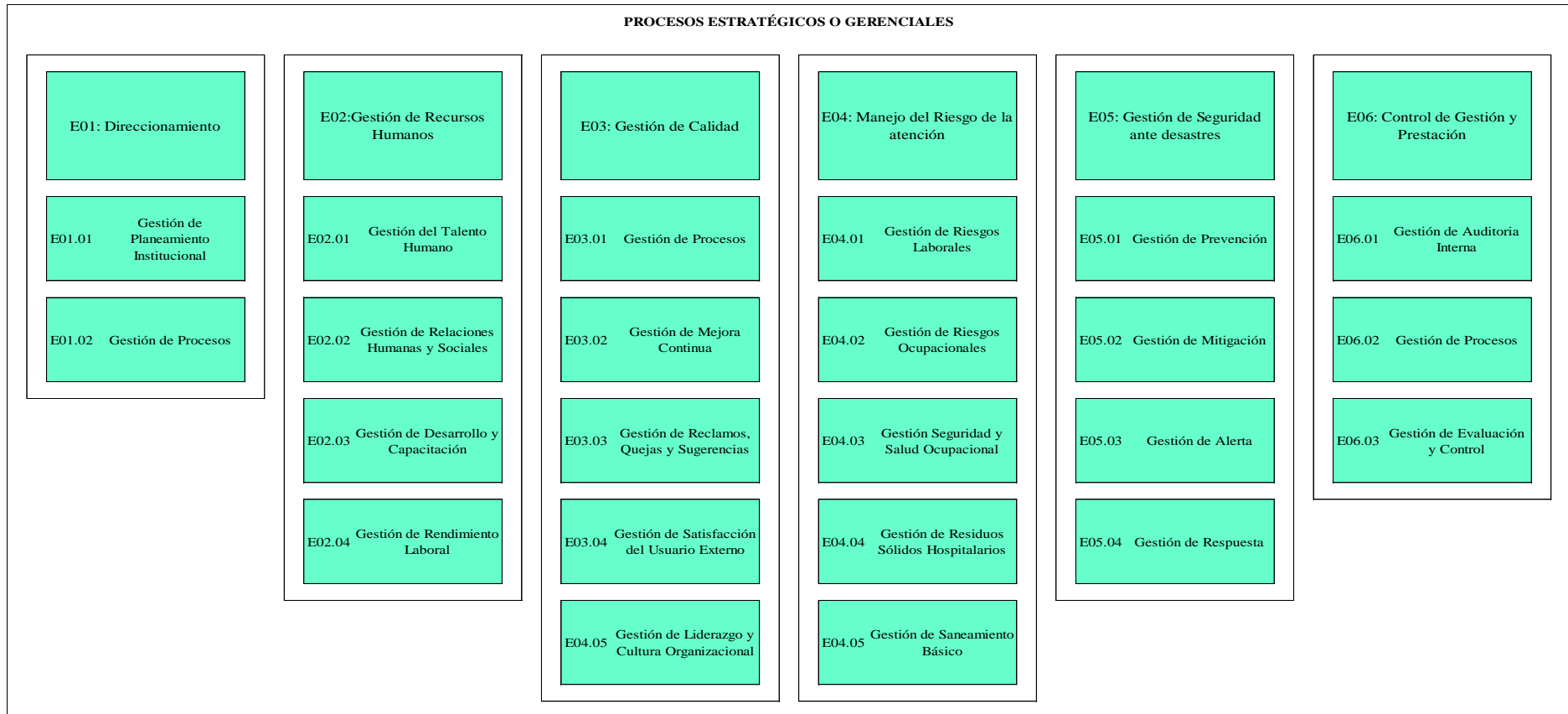
Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

## Secuencia e Interacción de procesos de Nivel 0 en IPRESS de categoría I-2 y I-1 de la Microred Yanaoca



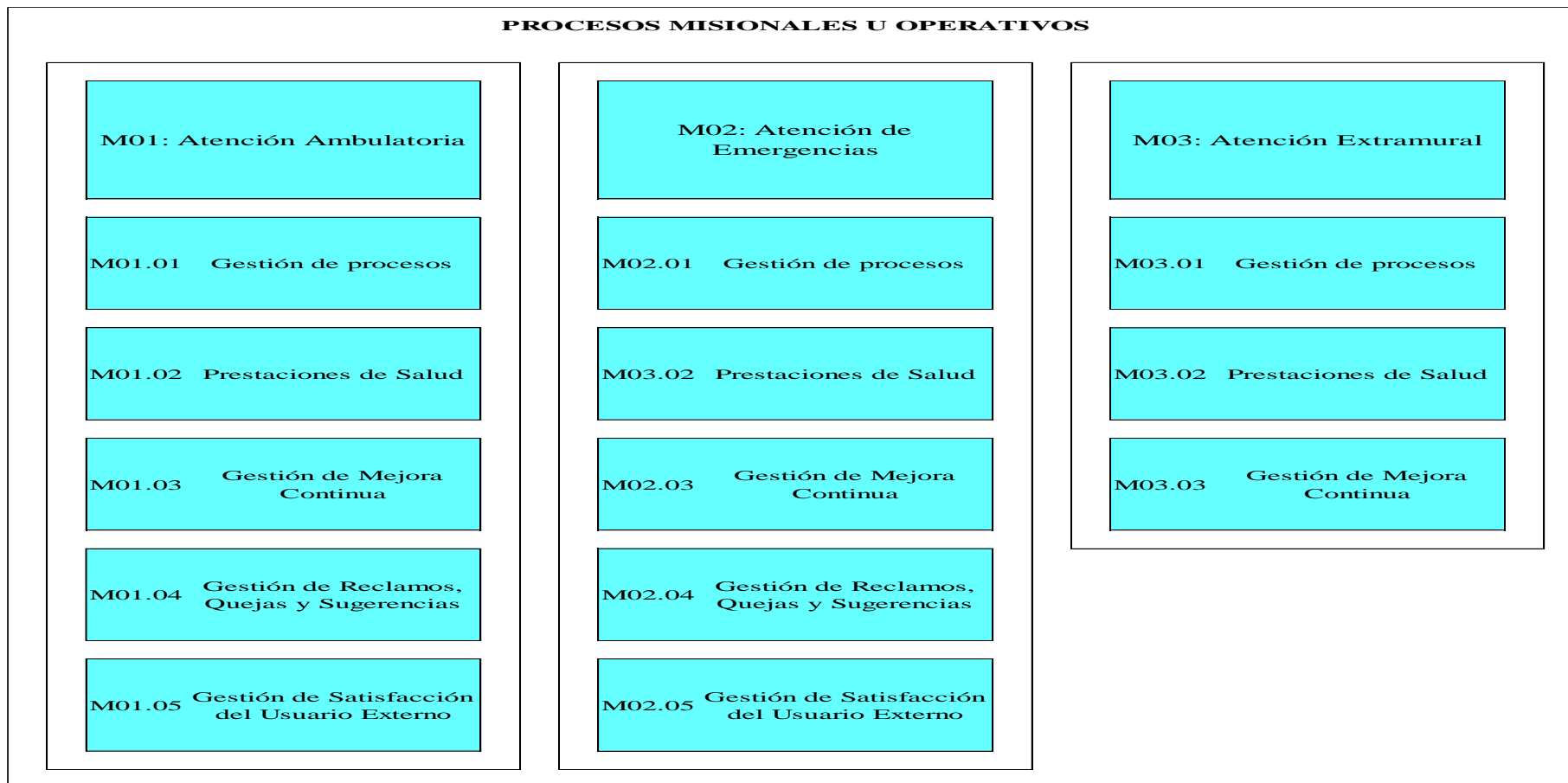
Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

## Secuencia e Interacción de los Procesos Estratégicos de Nivel 1 en IPRESS de categoría I-1 y I-2 de la Microred Yanaoca



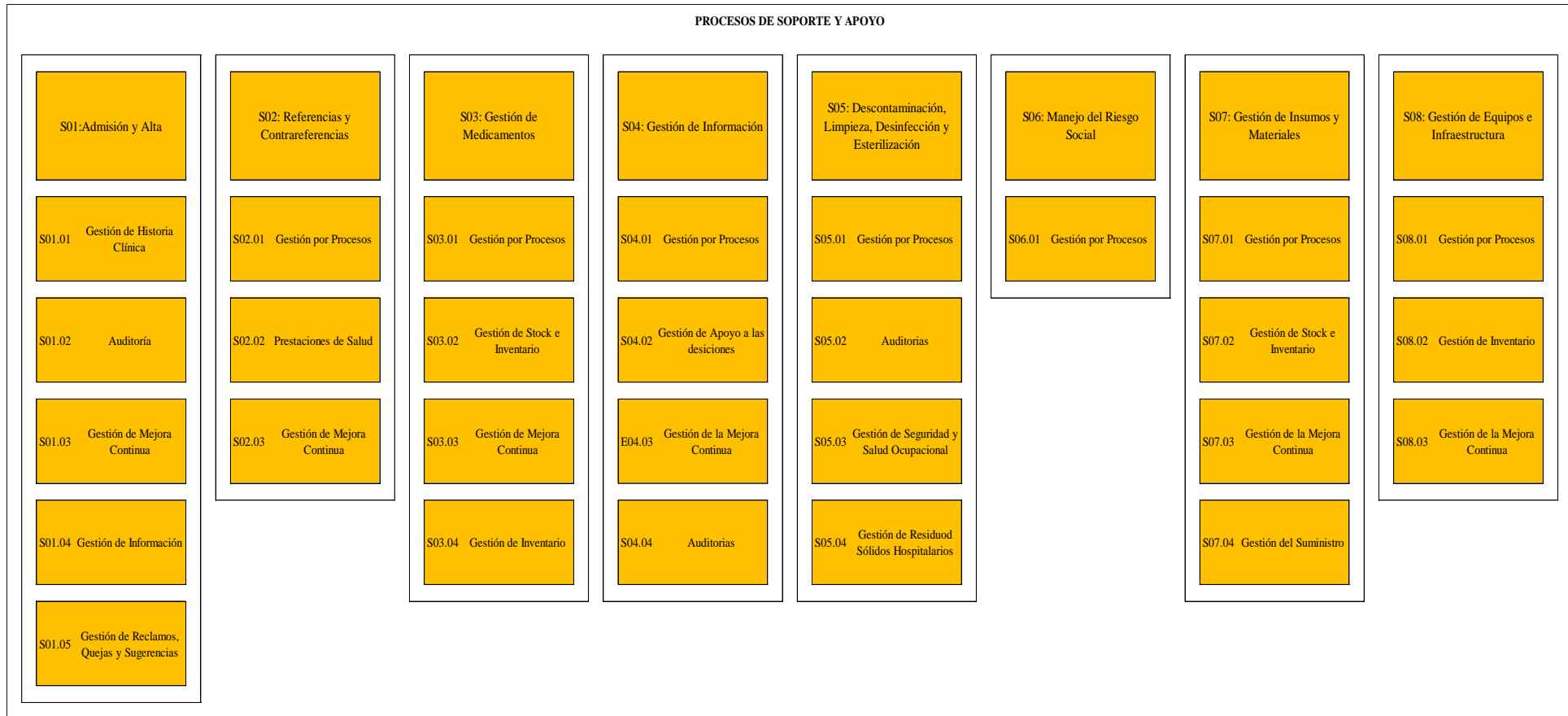
Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

## Secuencia e Interacción de los Procesos Misionales de Nivel 1 en IPRESS de categoría I-1 y I-2 de la Microred Yanaoca



Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

## Secuencia e Interacción de los Procesos de Soporte o de Apoyo de Nivel 1 en IPRESS de categoría I-1 y I-2 de la Microred Yanaoca



Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

**Anexo Nro. 20: Elaboración de Indicadores de Desempeño de Procesos en la  
Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Elaboración de Indicadores de Desempeño de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>14/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>11:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>19:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Elaboración de Indicadores de Desempeño de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

14/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para la Elaboración de Indicadores de Desempeño de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.
- Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la Elaboración de los indicadores de desempeño
  - ❖ Indicadores de Desempeño para Procesos Gerenciales
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Direccionamiento
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión de Recursos Humanos
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión de Calidad
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión ante Desastres
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Manejo del Riesgo de Atención
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión y Control de Prestación
  - ❖ Indicadores de Desempeño para Procesos Misionales
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Atención Ambulatoria
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Atención de Hospitalización
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Atención Extramural
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Atención de Emergencia
  - ❖ Indicadores de Desempeño para Procesos de Apoyo
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
    - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Admisión y Alta

- ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Referencias y Contrarreferencias
  - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión de Medicamentos
  - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión de Información
  - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
  - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Manejo del Riesgo Social
  - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión de Insumos y Materiales
  - ✓ Indicadores de desempeño para el proceso Gestión de Equipos e Infraestructura
- Conclusiones
    - ❖ Se ha elaborado los indicadores de desempeño de los procesos acorde a la normativa.
    - ❖ Se aprueba los indicadores de desempeño para su aplicación

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la Microred Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos de las actividades programadas
- Siendo las 19:30 del 14 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



## Ficha Indicador de Desempeño de Procesos Gerenciales en la Microred Yanaoca

**2024**

Proceso	Gerencial
Código	PRO-GER
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación de los seis procesos gerenciales en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación de los seis procesos gerenciales en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Número de procesos gerenciales implementados}}{\text{Total, de procesos gerenciales}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% los seis procesos Gerenciales en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Direccionamiento en la Microred

### Yanaoca 2024

Proceso Gerencial	Direccionamiento
Código	GER-DIR
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Direccionamiento en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Direccionamiento en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Direccionamiento en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Gestión de Recursos Humanos en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso Gerencial</b>	<b>Gestión de Recursos Humanos</b>
Código	GER-GRH
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Recursos Humanos en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Recursos Humanos en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Recursos Humanos en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Gestión de Calidad en la Microred

### Yanaoca 2024

<b>Proceso Gerencial</b>	<b>Gestión de Calidad</b>
Código	GER-GCA
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Calidad en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Calidad en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Calidad en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño de Proceso Gestión de Seguridad ante Desastres en  
la Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso Gerencial</b>	<b>Gestión de Seguridad ante Desastres</b>
Código	GER-GSD
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Seguridad ante Desastres en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Seguridad ante Desastres en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Seguridad ante Desastres en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Manejo del Riesgo de la Atención en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso Gerencial</b>	<b>Manejo del Riesgo de la Atención</b>
Código	GER-MRA
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Manejo del Riesgo de la Atención en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Manejo del Riesgo de la Atención en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Manejo del Riesgo de la Atención en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Control de Gestión y Prestación en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso Gerencial</b>	<b>Control de Gestión y Prestación</b>
Código	GER-CGP
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Control de Gestión y Prestación en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Control de Gestión y Prestación en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Control de Gestión y Prestación en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño de Procesos Misionales en la Microred Yanaoca

**2024**

<b>Proceso</b>	<b>Misional</b>
Código	PRO-MIS
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación de los cuatro procesos misionales en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación de los cuatro procesos misionales en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Número de procesos Misionales implementados}}{\text{Total, de procesos Misionales}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% los cuatro procesos Misionales en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Atención Ambulatoria en la Microred

### Yanaoca 2024

<b>Proceso Misional</b>	<b>Atención Ambulatoria</b>
Código	MIS-ATA
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Atención Ambulatoria en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Atención Ambulatoria en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Atención Ambulatoria en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Atención de Hospitalización en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso Misional</b>	<b>Atención de Hospitalización</b>
Código	MIS-ATH
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Atención de Hospitalización en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Atención de Hospitalización en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Atención de Hospitalización en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Atención Extramural en la Microred

### Yanaoca 2024

<b>Proceso Misional</b>	<b>Atención Extramural</b>
Código	MIS-AEX
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Atención Extramural en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Atención Extramural en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de metas}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Atención Extramural en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Atención de Emergencias en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso Misional</b>	<b>Atención de Emergencias</b>
Código	MIS-EMG
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Atención de Emergencias en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Atención de Emergencias en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Atención de Emergencias en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño de los Procesos de Apoyo en la Microred

### Yanaoca 2024

<b>Proceso</b>	<b>De Apoyo</b>
Código	PRO-APY
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación de los nueve procesos de Apoyo en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación de los nueve procesos misionales en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Número de procesos de Apoyo implementados}}{\text{Total, de procesos de Apoyo}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% los nueve procesos de Apoyo en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Apoyo al Diagnóstico y  
Tratamiento en la Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento</b>
Código	APY-ADT
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

## Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Admisión y Alta en la Microred

**Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Admisión y Alta</b>
Código	APY-ADA
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Admisión y Alta en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Admisión y Alta en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Admisión y Alta en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Referencias y  
Contrarreferencias en la Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Referencias y Contrarreferencias</b>
Código	APY-RCR
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Referencias y Contrarreferencias en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Referencias y Contrarreferencias en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Referencias y Contrarreferencias en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Gestión de Medicamentos en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Gestión de Medicamentos</b>
Código	APY-GMD
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Medicamentos en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Medicamentos en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Medicamentos en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Gestión de Información en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Gestión de Información</b>
Código	APY-GIN
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Información en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Información en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Información en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Descontaminación, Limpieza,  
Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización</b>
Código	APY-DLDE
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Manejo del Riesgo Social en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Manejo del Riesgo Social</b>
Código	APY-MRS
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Manejo del Riesgo Social en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Manejo del Riesgo Social en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Manejo del Riesgo Social en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Gestión de Insumos y  
Materiales en la Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Gestión de Insumos y materiales</b>
Código	APY-GIM
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Insumos y Materiales en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Insumos y Materiales en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Insumos y Materiales en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Ficha Indicador de Desempeño del Proceso Gestión de Equipos e  
Infraestructura en la Microred Yanaoca 2024**

<b>Proceso de Apoyo</b>	<b>Gestión de Equipos e Infraestructura</b>
Código	APY-EIF
Indicador	De eficacia
Finalidad	Lograr la implementación del proceso Gestión de Equipos e Infraestructura en la Microred Yanaoca en el periodo 2024
Objetivo	Aplicar al 100% las actividades de la primera y segunda fase de la implementación del proceso Gestión de Equipos e Infraestructura en la Microred Yanaoca periodo 2024.
Fórmula	$\frac{\text{Avance de meta}}{\text{Meta}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de medida	Julio
Línea de Base	Mayor 84%
Meta	Implementar más del 84% el proceso Gestión de Equipos e Infraestructura en la Microred Yanaoca
Alcance	Establecimientos de Salud Nivel I-1, Nivel I.2 y Nivel I-4
Fuente de Datos	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
Responsable	Dueño del Proceso

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Anexo Nro. 21: Control de la Primera Fase de Implementación de Procesos  
en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Control de la Primera Fase de implementación de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>15/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>10:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Control de la Primera fase de Implementación de los procesos en la Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

15/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para el Control de la Primera Fase de implementación de procesos durante el periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la aplicación de la herramienta de Calidad “Hoja de Control”
- Los Procedimientos de Control son el seguimiento, monitoreo y evaluación.
- Se aplica la hoja de Control con las Actividades programadas
- Conclusiones: Se Realiza el Control a la Implementación de procesos durante la Primera Fase, lográndose al 100% el cumplimiento de actividades

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 10:30 del 15 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



**Control de la Primera Fase de la Implementación de Gestión de Procesos en la Microrred Yanaoca durante el periodo 2024**

<b>Ítem</b>	<b>Revisión y Evaluación</b>	<b>Cumple</b>	<b>Incompleto</b>	<b>No Cumple</b>	<b>Observaciones</b>
1	Identificación de Roles y Funciones del Comité de Gestión de Procesos	X			Anexo Nro.10
2	Identificación de Procesos	X			Anexo Nro.11
3	Identificación de Productos y de Personas de los Procesos	X			Anexo Nro.12
4	Determinación de Objetivos de los Procesos	X			Anexo Nro.13
5	Difusión de Documentos generados en el mes de Abril	X			Anexo Nro.14
6	Designación de Dueños y Representantes de Dueños de Procesos	X			Anexo Nro.15
7	Elaboración de la Matriz para identificar las Entradas, Actividades y Productos	X			Anexo Nro.16
8	Identificación y Registro de Elementos de Entradas, Actividades y Productos	X			Anexo Nro.17
9	Identificación de Personas y Recursos de los Procesos	X			Anexo Nro.18
10	Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos	X			Anexo Nro.19
11	Elaboración de Indicadores de Desempeño	X			Anexo Nro.20
12	Aplicación de Controles	X			Anexo Nro.21
13	Implementación de la Primera Fase	X			Todos los pasos se cumplen al 100%

Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

**Anexo Nro. 22: Elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>16/05/2024</b> <b>17/05/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>7:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>17:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

16/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para la Elaboración de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la elaboración de las Fichas Técnicas de acuerdo con la Directiva Administrativa N°288-MINSA/2020/OGPPM
- Se finaliza el 16 de mayo con las fichas técnicas de los Procesos Gerenciales y Misionales

17/05/2024

- Se continua con la elaboración de las fichas técnicas de los Procesos de Apoyo

Conclusiones: Se elaboraron las Fichas Técnicas de los Indicadores de Desempeño de los Procesos Gerenciales, Misionales y de Apoyo.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 17:30 del 17 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma

<b>V.ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN</b>			
Nombres y Apellidos	Órgano/Unidad Orgánica	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microrred Yanaoca		
Revisado por Zoraida Rita Ccosco Alfaro	Estrategia Desarrollo Infantil Temprano Microred Yanaoca		
Aprobado por Isabel Soledad Apaza Alata	Jefe de Microrred Yanaoca		

**Anexo Nro. 23: Revisión y Aprobación de Fichas Técnicas de Indicadores  
de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Revisión y Aprobación de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	17/05/2024 24/05/2024	<b>Hora de inicio:</b>	7:00 am	<b>Hora de término:</b>	17:30 am.
<b>Lugar:</b>	Sede de la Microred Yanaoca				
<b>Responsable:</b>	Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca				

**I. AGENDA**

- Revisión y Aprobación de Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

17/05/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para la Revisión y Aprobación de las Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- La revisión y aprobación se inicia desde el 17 de mayo al 24 de mayo
- Se finaliza el 24 de mayo

Conclusiones: Se revisaron y aprobaron las fichas técnicas de los indicadores de desempeño de los procesos gerenciales, misionales y de Apoyo.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 17:30 del 17 de mayo del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>


<b>V.ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN</b>			
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Órgano/Unidad Orgánica</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microrred Yanaoca		
Revisado por Zoraida Rita Ccosco Alfaro	Estrategia Desarrollo Infantil Temprano Microrred Yanaoca		
Aprobado por Isabel Soledad Apaza Alata	Jefe de Microrred Yanaoca		

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL						
<b>1. Nombre del proceso</b>	Gerencial	<b>2. Código</b>	GER	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar en un 85% los seis procesos gerenciales en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401	1.Leyes 2.Normas 3.Decretos Supremos 4.Resoluciones Ministeriales, Ejecutivas, Regionales. 5.Directivas Sanitarias 6.Memorándums 7.Otros documentos	1.Direccionamiento 2.Recursos Humanos 3.Gestión de Calidad 4.Gestión ante Desastres 5.Manejo del Riesgo de la Atención 6.Control de Gestión Y Prestación		1.Documentos de gestión (PSL, Planes de trabajo, planes de contingencia) 2.Informes técnicos de Análisis, Monitoreo, Evaluación y Supervisión 3.Actas de elaboración, identificación, aprobación y socialización 4.Manuales de Procedimientos 5.Memorándums 6.Certificados 7.Resoluciones 8.Boletines 9.Otros documentos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Autoridades locales y Regionales 4.Beneficiarios de programas sociales
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Procesos Gerenciales implementados en la Microred Yanaoca en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial y personal técnico administrativo 3. Personal técnico en transportes y Digitadores	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner
<b>Instalaciones</b>		1. Cuatro Oficinas Administrativas 2. Una sala de reuniones o Auditorium 3. Un ambiente para el centro de Operaciones de Emergencias y Desastres	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Equipos de Radio Comunicación 3. Mobiliario de oficina 4. Equipos para redes de Conectividad
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		16/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		16/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		17/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL DIRECCIONAMIENTO							
<b>1. Nombre del proceso</b>	DIRECCIONAMIENTO	<b>2. Código</b>	GER-DIR	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Direccionamiento en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Ley N° 29124. (54) 2.Plan estratégico institucional Gobierno Regional del Cusco (PEI) 2024-2027. (55) 3.Plan Operativo Institucional (POI) Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar 2024. (56) 4.Programas Presupuestales PPR MINSA. (57)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401	1.Ley N° 29124. (54) 2.Plan estratégico institucional Gobierno Regional del Cusco (PEI) 2024-2027. (55) 3.Plan Operativo Institucional (POI) Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar 2024. (56) 4.Programas Presupuestales PPR MINSA (57) 5.Usuarios internos con necesidades de información	1. Gestión de Planeamiento Estratégico institucional 2. Gestión de procesos		1. Actas de reuniones, análisis, socialización, aprobación y difusión. 2.Planes de trabajo, planes de contingencia, plan de salud local (PSL). 3.Actas e Informe técnico de aprobación del Análisis Situacional de Salud (ASIS) Canas 4.Informes técnicos de monitoreo, supervisión y evaluaciones del avance de metas y de la adherencia a las guías de práctica Clínica. 5. Memorándum de designación de funciones 6.Usuarios internos atendidos.		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Autoridades locales y Regionales 4.Beneficiarios de programas sociales	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Direccionamiento en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		Profesional médico y/o no médico	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyectores, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner
<b>Instalaciones</b>		1. Una Oficina Administrativa 2. Una sala de reuniones	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS						
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	<b>2. Código</b>	GER-GRH	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Gestión de Recursos Humanos en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Ley N° 29124. (54) 2.Reglamento de Organización y Funciones Microred Yanaoca. (58) 3.Directiva Control de Asistencia y Permanencia del Personal Asistencial. (59) 4.Plan Operativo Institucional (POI) Unidad Ejecutora 401. (56) 5.Normas y Procedimientos para la Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral. (60) 6. Memorándum de Designación de funciones producto del proceso de Direccionamiento					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Autoridad Nacional del Servicio Civil 4.Unidad Ejecutora 401	1.Ley N° 29124. (54) 2.Reglamento de Organización y Funciones Microred Yanaoca. (58) 3.Directiva Control de Asistencia y Permanencia del Personal Asistencial. (59) 4.Plan Operativo Institucional (POI) Unidad Ejecutora 401. (56) 5.Normas y Procedimientos para la Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral. (60) 6. Memorándum de Designación de funciones producto del proceso de Direccionamiento 7.Usuarios internos con necesidades de información	1.Gestión del talento humano 2.Gestión de relaciones humanas y sociales 3.Gestión de desarrollo y capacitación 4.Gestión del rendimiento laboral		1.Actas de selección e incorporación de personal DL 728 2.Actas de socialización del ROF y MOF 3.Rol de asistencia y permanencia del personal de salud 4.Actas de Conformación de Comités multidisciplinarios 5.Plan de Inducción y Capacitación al personal actualizada y vigente 6.Actas de inducción y capacitación del personal sanitario 7.Informes técnicos del monitoreo y análisis de productividad y desempeño laboral. 8.Acta de entrega de memorándums de designación de funciones. 9. Usuarios internos atendidos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión de Recursos Humanos en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial y personal técnico administrativo	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner	
<b>Instalaciones</b>	Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL GESTIÓN DE CALIDAD							
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTION DE CALIDAD	<b>2. Código</b>	GER-GCA	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Gestión de Calidad en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Norma técnica para la gestión de calidad de servicios públicos. (61) 2.Política Nacional de Calidad en Salud. (20) 3.Guía Técnica para elaborar proyectos de mejora y aplicar técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad. (21) 4.Guía Técnica Satisfacción del Usuario Externo. (62) 5.Estudio del Clima Organizacional - MINSA (63) 6.Gestión de reclamos. (64) 7.Lineamientos para la implementación de Gestión por procesos en salud. (41)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401	1.Norma técnica para la gestión de calidad de servicios públicos. (61) 2.Política Nacional de Calidad en Salud. (20) 3.Guía Técnica para elaborar proyectos de mejora y aplicar técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad. (21) 4.Guía Técnica Satisfacción del Usuario Externo. (62) 5.Estudio del Clima Organizacional - MINSA (63) 6.Gestión de reclamos. (64) 7.Lineamientos para la implementación de Gestión por procesos en salud. (41) 8.Usuarios internos con necesidades de información	1.Gestión de Procesos 2.Gestión de Mejora Continua 3.Gestión de los Reclamos, Quejas y Sugerencias 4.Gestión de Satisfacción del usuario externo 5.Gestión de Liderazgo y Cultura Organizacional		1.Informes técnicos de los componentes de Gestión de Calidad, Satisfacción del usuario externo, interno y tiempo de espera. 2.Informe técnico de sugerencias, quejas y reclamos 3. Acciones y Planes de mejora 4.Manual de Procedimientos asistenciales y administrativas. 5.Plan de Trabajo en Gestión de Calidad. 6.Informe Técnico del monitoreo y evaluación de indicadores de Calidad. 7.Disponibilidad de Cartera de servicios, flujogramas y otros sistemas de información 8.Actas de Asistencia técnica, Monitoreo y Supervisión de los indicadores de Gestión de calidad 9.Usuarios internos atendidos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión de Calidad en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	Profesional médico y/o no médico	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y escáner	
<b>Instalaciones</b>	Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	1. Equipos de cómputo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES							
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	<b>2. Código</b>	GER-GSD	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Gestión de Seguridad ante Desastres en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. (81) 2.Inspecciones Técnicas de Seguridad en Edificaciones. (82) 3.Guía para la evaluación de Índice de seguridad hospitalaria. (83) 4.Evaluación de vulnerabilidad de establecimientos de salud. (84) 5.Organización y funcionamiento de las brigadas. (85) 6.Respuesta a emergencias. (86) 7.Declaratoria de alertas. (87)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional	1.Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. (81) 2.Inspecciones Técnicas de Seguridad en Edificaciones. (82) 3.Guía para la evaluación de Índice de seguridad hospitalaria. (83) 4.Evaluación de vulnerabilidad de establecimientos de salud. (84) 5.Organización y funcionamiento de las brigadas. (85) 6.Respuesta a emergencias. (86) 7.Declaratoria de alertas. (87) 8.Simulacros. (88) 9.Norma de Emergencia. (89). 10.Norma Transporte asistido por vía terrestre. (90) 11.Usuarios internos con necesidad de información	1.Gestión de Prevención 2.Gestión de Mitigación 3.Gestión de Alerta 4.Gestión de Respuesta		1.Actas de conformación del comité de seguridad ante desastres. 2.Plan de Trabajo de Emergencias y desastres actualizado y vigente 3.Certificado de Inspección técnica de seguridad en edificaciones 4.Informe técnico de Índice de seguridad hospitalaria 5.Informe de vulnerabilidad 6. Resolución de conformación de brigadas en emergencias y desastres 7.Boletines de alertas en emergencias y desastres. 8.Informes técnicos de Simulacros. 9.Informe de cumplimiento de indicadores de emergencias y desastres 10.Usuarios internos atendidos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Comunidad o población 4.Gobierno local	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión ante Desastres en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial y personal técnico administrativo		<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scanner
<b>Instalaciones</b>	Una Oficina Administrativa		<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad 4. Equipos de Radiocomunicación
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN							
<b>1. Nombre del proceso</b>	MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN	<b>2. Código</b>	GER-MRA	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Gestión Manejo del Riesgo de la Atención en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad del paciente. (65) 2.Directiva Sanitaria Vigilancia epidemiológica. (66) 3.Vigilancia Epidemiológica Morbilidad Materna Extrema. (67) 4.Comités de prevención de mortalidad. (68) 5.Manual de bioseguridad en laboratorios (ensayo, biomédicos y clínicos). (69) 6.Prevencción de VHB, VIH y TB en trabajadores de Salud. (70) 7.Manual de salud ocupacional. (71) 8.Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 9.Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria (73) 10.Manual de esterilización para centros de salud. (74) 11.Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 12. Prevención de accidentes con materiales punzocortantes. (76) 13.Vigilancia de infecciones asociadas a la atención. (77) 14.Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. (78) 15.Gestión y Prestación de Servicios de Saneamiento. (79) 16.Uso de Equipos de protección personal. (80)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional 6.Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo	1.Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad del paciente. (65) 2.Directiva Sanitaria Vigilancia epidemiológica. (66) 3.Vigilancia Epidemiológica Morbilidad Materna Extrema. (67) 4.Comités de prevención de mortalidad. (68) 5.Manual de bioseguridad en laboratorios (ensayo, biomédicos y clínicos). (69) 6.Prevencción de VHB, VIH y TB en trabajadores de Salud. (70) 7.Manual de salud ocupacional. (71) 8.Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 9.Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria (73) 10.Manual de esterilización para centros de salud. (74) 11.Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 12. Prevención de accidentes con materiales punzocortantes. (76) 13.Vigilancia de infecciones asociadas a la atención. (77) 14.Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. (78) 15.Gestión y Prestación de Servicios de Saneamiento. (79) 16.Uso de Equipos de protección personal. (80) 17.Usuarios internos con necesidad de Información	1.Gestión de Seguridad de la Atención 2.Gestión de Riesgos Laborales 3.Gestión de Riesgos Ocupacionales 4.Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional 5.Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios 6.Gestión de Saneamiento Básico		1.Informe técnico de Rondas de seguridad. 2.Informes de vigilancia epidemiológica 3.Informe de Auditorias de caso, auditorias de atención en salud auditorias médicas, etc. 4.Actas de conformación de Comités de salud para prevenir la mortalidad materna y perinatal. 5.Manual de Procedimientos para prevenir o reducir riesgos de enfermedades infectocontagiosas, de accidentes punzocortantes y de enfermedades ocupacionales. 6.Informes técnicos de accidentes punzocortantes. 7.Informes técnicos de control y monitoreo de la Calidad del Agua para Consumo Humano. 8.Manual de Procedimientos para Provisión, lavado y descontaminación de ropa y enseres. 9.Informes técnicos de accidentes punzocortantes. 10.Informe técnico sobre gestión de residuos hospitalarios 11.Informe técnico de Eventos Adversos. 12.Informe de control y monitoreo de la Calidad del Agua para Consumo Humano. 13. Actas de reuniones multisectoriales para mejorar los servicios de saneamiento y agua. 14. Actas de capacitaciones a la comunidad sobre saneamiento y agua. 15. Usuarios internos atendidos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Autoridades locales 4.Población y Comunidad	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Manejo del Riesgo de la Atención en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scanner	
<b>Instalaciones</b>	Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN							
<b>1. Nombre del proceso</b>	CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN	<b>2. Código</b>	GER-CGP	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Control de Gestión y Prestación en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	M.C Juan Alex Núñez Gutiérrez.						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Norma Técnica Auditoría de la calidad de la atención en salud. (91) 2.Auditoría de Caso de la Calidad de la atención en salud. (92) 3.Plan de Salud Local (PSL) 2024. (57) 4.Directiva administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo, y evaluación de los convenios de gestión 2024. (93)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional	1.Norma Técnica Auditoría de la calidad de la atención en salud. (91) 2.Auditoría de Caso de la Calidad de la atención en salud. (92) 3.Plan de Salud Local (PSL) 2024. (57) 4.Directiva administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo, y evaluación de los convenios de gestión 2024. (93) 5.Usuarios internos con necesidad de información	1.Gestión de Auditoría interna 2.Gestión de procesos 3.Gestión de evaluación y control		1.Auditorías en salud (atención ambulatoria, atención en hospitalización y atención de emergencias). 2.Auditorías de caso 3.Auditorías a la Gestión de Historias Clínicas 4.Auditorías Gestión de Información 5.Auditorías Gestión Contable 6.Informes técnicos de evaluaciones de indicadores de gestión 7.Informes Técnicos de evaluaciones de indicadores de prestación 8.Informes técnicos de monitoreo. 9.Informes técnicos de avance de metas. 10.Usuarios internos atendidos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Control de Gestión y Prestación en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	
<b>Instalaciones</b>		Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Juan Alez Núñez Gutierrez	Epidemiología Microred Yanaoca		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO MISIONAL							
<b>1. Nombre del proceso</b>	Misional	<b>2. Código</b>	PRO-MIS	<b>3. Tipo de proceso</b>	Operativo	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar en un 85% los cuatro procesos misionales en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Licenciada en Enfermería Zoraida Rita Ccoscco Alfaro						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local y Regional	1.Leyes 2.Normas 3.Decretos Supremos 4.Resoluciones Ministeriales, Ejecutivas, Regionales. 5.Directivas Sanitarias 6.Manuales de Registros	1.Atención Ambulatoria 2.Atención de Hospitalización 3.Atención Extramural 4.Atención de Emergencias		1.Auditorias de atención en salud 2.Usuarios externos atendidos por consulta ambulatoria, de hospitalización y Emergencias. 3.Informe de adherencia y de avande de metas 4.Actas de reuniones multisectoriales 5.Flujogramas, señalización y otros mecanismos de información. 6.Cuadro de necesidades 7.Requerimientos 8.Informe de Rondas de Seguridad 9.Informe de Eventos adversos 10.Uso de Equipos de protección personal. 11. Libros con registro adecuado de datos 12.Plan de Atención extramural 13.Guías de atención extramural 14.Cronogramas de atención extramural 15.Kit de atención extramural 16.Usuarios externos atendidos por atención extramural 17.Informe de sesiones educativas en prácticas saludables y cuidado del medio ambiente. 18.Actas de designación y capacitación de agentes comunitarios en atención extramural. 19.Actas de coordinación para atención extramural 20.Programación de turnos 21.Stock de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, equipos, insumos en el área de emergencia. 22.Equipo de telecomunicaciones operativos 23.Ambulancia operativa y equipada 24.Stock de formatos, fichas y libros para registrar		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Beneficiarios de programas sociales 4.Población o Comunidad	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Procesos Misionales implementados en la Microred Yanaoca en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos y no médicos 2. Personal técnico asistencial 3. Personal técnico en transportes	<b>Sistemas informáticos</b>	
<b>Instalaciones</b>		1. Cuatro Oficinas Administrativas 2. Dieciséis consultorios 3. Un ambiente de Tópico 4. Un ambiente de Tópico de Emergencias 5. Un ambiente para Triaje 6. Nueve Salas de Internamiento 7. Seis salas de espera 8. Un Centro Obstétrico 9. Una sala para Recién Nacido 10. Una sala Neonatología	<b>Equipos</b>	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Zoraida Rita Ccoscco Alfaro	Coordinación Desarrollo Infantil Temprano		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO MISIONAL ATENCIÓN AMBULATORIA						
<b>1. Nombre del proceso</b>	ATENCIÓN AMBULATORIA	<b>2. Código</b>	MIS-ATA	<b>3. Tipo de proceso</b>	Operativo	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Direccionamiento en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Licenciada en Enfermería Zoraida Rita Ccoscco Alfaro					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Directiva Administrativa Identificación y señalización de establecimientos de salud. (105) 2.Directiva administrativa Cartera de servicios de salud. (106) 3.Ley N°27408. (107) 4.Norma Técnica crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años y atención Integral de Salud Materna. (108, 109) 5.Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de caries dental en niños, Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis. (110, 111) 6.Directiva Sanitaria atención estomatológica en pacientes con enfermedades no transmisibles. (112) 7.Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. (113) 8.Cuidado Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. (114) 9.Cuidado Integral de personas con enfermedades No Transmisibles. (115) 10.Abordaje Promoción de la Salud. (116) 11.Programa de Municipios, Comunidades, Instituciones educativas saludables. (117, 118)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401	1.Directiva Administrativa Identificación y señalización de establecimientos de salud. (105) 2.Directiva administrativa Cartera de servicios de salud. (106) 3.Ley N°27408. (107) 4.Norma Técnica crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años y atención Integral de Salud Materna. (108, 109) 5.Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de caries dental en niños, Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis. (110, 111) 6.Directiva Sanitaria atención estomatológica en pacientes con enfermedades no transmisibles. (112) 7.Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. (113) 8.Cuidado Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. (114) 9.Cuidado Integral de personas con enfermedades No Transmisibles. (115) 10.Abordaje Promoción de la Salud. (116) 11.Programa de Municipios, Comunidades, Instituciones educativas saludables. (117, 118) 12. Usuarios externos con necesidades de atención Ambulatoria	1.Gestión de procesos 2.Prestaciones de Salud 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de los Reclamos, Quejas y Sugerencias 5.Gestión de Satisfacción del usuario externo		1.Auditorias de atención en salud 2.Usuarios externos atendidos por consulta ambulatoria (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Psicología y Nutrición). 3.Informe de adherencia a las Guías de Práctica Clínica 4.Informe de avance de metas en sesiones educativas. 5.Actas de reuniones multisectoriales para prevenir enfermedades no transmisibles, degenerativas, transmisibles y prevalentes 6. Informe de avance de metas de indicadores en atención ambulatoria (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Psicología y Nutrición). 7.Informe de avance de metas en municipio, comunidades e instituciones educativas saludables		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Población y Comunidad 4.Beneficiarios de programas sociales
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Atención Ambulatoria en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos y no médicos 2. Personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, proyectores, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner
<b>Instalaciones</b>		1. Una Oficina Administrativa 2. Dieciséis consultorios 3. Un ambiente de Tópico 4. Un ambiente para Triage	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Zoraida Rita Ccoscco Alfaro	Coordinación Desarrollo Infantil Temprano		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO GERENCIAL ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN						
<b>1. Nombre del proceso</b>	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	<b>2. Código</b>	MIS-ATH	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Atención de Hospitalización en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Licenciada en Enfermería Zoraida Rita Ccoscco Alfaro					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Norma categorización. (94) 2.Reglamento de IPRESS y servicios médicos de apoyo. (95) 3.Norma Atención parto vertical. (96) 4.Guías de práctica clínica en obstetricia, perinatología y pediatría. (97, 98, 99, 100) 5.Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de enfermedades en adultos. (101, 102, 103) 6.Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria. (104)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401	1.Usuarios externos con necesidades de atención en Hospitalización 2.Norma categorización. (94) 3.Reglamento de IPRESS y servicios médicos de apoyo. (95) 4.Norma Atención parto vertical. (96) 5.Guías de práctica clínica en obstetricia, perinatología y pediatría. (97, 98, 99, 100) 6.Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de enfermedades en adultos. (101, 102, 103) 7.Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria. (104)	1.Gestión de procesos 2.Prestaciones de Salud 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de los Reclamos, Quejas y Sugerencias 5.Gestión de Satisfacción del usuario externo		1.Usuarios externos atendidos en hospitalización. 2.Auditorias de atención en salud. 3.Informe de adherencia a guías de práctica clínica. 4.Flujogramas, señalización y otros mecanismos de información. 5.Cuadro de necesidades 6.Requerimientos 7.Informe de Rondas de Seguridad 8.Informe de Eventos adversos 9.Uso de Equipos de protección personal. 10.trimestral de Indicadores de gestión en atención hospitalaria 11.Informe de avance de indicadores hospitalarias. 12. Libros con registro adecuado de datos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Atención de Hospitalización en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	Profesional médico, no médico y profesional administrativo	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y escáner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa 2. Nueve Salas de Internamiento	<b>Equipos</b>	1. Equipos de cómputo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina y Hospitalización 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Zoraida Rita Ccoscco Alfaro	Coordinación Desarrollo Infantil Temprano		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO MISIONAL ATENCIÓN EXTRAMURAL						
<b>1. Nombre del proceso</b>	ATENCIÓN EXTRAMURAL	<b>2. Código</b>	MIS-AEX	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Atención Extramural en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Licenciada en Enfermería Zoraida Rita Ccoscco Alfaro					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. (116) 2.Programa de Municipios, Comunidades e instituciones educativas Saludables. (117, 118) 3.Implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. (128) 4.Manual de registro y codificación de actividades de Promoción de la Salud. (129) 5.Resolución Ministerial N° 411- 2014/MINSA. (130)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401	1.Usuarios externos con necesidades de atención extramural 2.Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. (116) 3.Programa de Municipios, Comunidades e instituciones educativas Saludables. (117, 118) 4.Implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. (128) 5.Manual de registro y codificación de actividades de Promoción de la Salud. (129) 6.Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSA. (130)	1.Gestión de procesos 2.Prestaciones de Salud 3.Gestión de la Mejora Continua		1.Plan de Atención extramural 2.Guías de atención extramural 3.Cronogramas de atención extramural 4.Kit de atención extramural 5.Usuarios externos atendidos por atención extramural 6.Informe de avance de sesiones educativas y demostrativas. 7.Informe de avance de metas de atención extramural. 8.Informe de sesiones educativas en prácticas saludables y cuidado del medio ambiente. 9.Actas de designación y capacitación de agentes comunitarios en atención extramural. 10.Actas de coordinación para atención extramural		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Atención Extramural en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos y no médicos 2. Personal técnico asistencial 3. Personal técnico en transportes	<b>Sistemas informáticos</b>	
<b>Instalaciones</b>		Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Zoraida Rita Ccoscco Alfaro	Coordinación Desarrollo Infantil Temprano		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO MISIONAL ATENCIÓN DE EMERGENCIAS						
<b>1. Nombre del proceso</b>	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	<b>2. Código</b>	MIS-EMG	<b>3. Tipo de proceso</b>	Estratégico	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Atención de Emergencias en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Licenciada en Enfermería Zoraida Rita Ccoscco Alfaro					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Ley N° 29414. (119) 2.Norma Servicios de Emergencia. (120). 3.Directiva para programar turnos de trabajo. (121) 4.Primeros Auxilios y Emergencias Toxicológicas. (122) 5.Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. (123) 6.Resolución Ministerial N° 516-2005/MINSA. (124) 7.Guías de Práctica Clínica atención de emergencias del Recién nacido, pediatría y obstetricia. (125, 126, 127)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional	1.Usuarios externos con necesidades de atención en Emergencia. 2.Ley N° 29414. (119) 3.Norma Servicios de Emergencia. (120). 4.Directiva para programar turnos de trabajo. (121) 5. Primeros Auxilios y Emergencias Toxicológicas. (122) 6.Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. (123) 7.Resolución Ministerial N° 516-2005/MINSA. (124) 8.Guías de Práctica Clínica atención de emergencias del Recién nacido, pediatría y obstetricia. (125, 126, 127)	1.Gestión de procesos 2.Prestaciones de Salud 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de los Reclamos, Quejas y Sugerencias 5.Gestión de Satisfacción del usuario externo		1.Usuarios externos atendidos por Emergencia. 2.Auditarias de Atención en Salud 3.Programación de turnos 4.Stock de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, equipos, insumos en el área de emergencia. 5.Requerimiento de capacitaciones 6.Equipo de telecomunicaciones operativos 7.Ambulancia operativa y equipada 8.Informe de adherencia a las guías de práctica clínica. 9.Informe de avance de indicadores de atención en emergencias 10.Stock de formatos, fichas y libros para registrar 11.Libros registrados con datos completos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Población y Comunidad 4.Beneficiarios de programas sociales
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Atención de Emergencias en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesionales médicos y no médicos 2. Personal técnico asistencial 3. Personal técnico en transportes		<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scanner
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa 2. Tópico de Emergencias		<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina y Mobiliario para Atención de Emergencias 3. Equipos para redes de Conectividad 4. Equipos de Radio comunicación
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Zoraida Rita Ccoscco Alfaro	Coordinación Desarrollo Infantil Temprano		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO							
<b>1. Nombre del proceso</b>	De Apoyo	<b>2. Código</b>	PRO-APY	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar en un 85% los nueve procesos de Apoyo en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V02. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local y Regional	1.Leyes 2.Normas 3.Decretos Supremos 4.Resoluciones Ministeriales, Ejecutivas, Regionales. 5.Directivas Sanitarias 6.Manuales de Registros	1.Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento 2.Admisión y Alta 3.Referencias y Contrareferencias 4.Gestión de Medicamentos 5.Gestión de Información 6.Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización 7.Manejo del Riesgo Social 8.Gestión de Insumos y Materiales 9.Gestión de Equipos e Infraestructura		1.Usuarios externos atendidos en sus necesidades. 2.Usuarios internos atendidos en sus requerimientos de información 3.Informes. 4.Certificados de Calibración 5.Informes. 6.Auditorias 7.Archivo activo y pasivo de Historias Clínicas 8.Stock de Formatos vigentes 9.Manual de Procedimientos 10.Actas 11.Requerimientos. 12.Libros de Atención 13.Ambulancia operativa y equipada. 14.Conformación del Sistema de Vigilancia comunal (SIVICO). 15.Flujogramas, cronogramas y otros sistemas de información 16.Reportes de Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM. 17.Sistemas de Información Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM. 18.Reporte 40 de Atenciones y Atendidos 19.Usuarios externos e internos que perciben los procesos de Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. 20.Manual de Procedimientos. 21.Uso de Equipos de Protección Personal. 22.Cuadro de necesidades 23.Guías de Remisión, Pecosas u otros documentos del sistema de Abastecimiento. 24.Inventarios 25.Proyectos		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Beneficiarios de programas sociales 4.Población o Comunidad	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Procesos Misionales implementados en la Microred Yanaoca en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial, personal técnico de Farmacia y personal técnico administrativo 3. Personal técnico en transportes y Digitadores	<b>Sistemas informáticos</b>	
<b>Instalaciones</b>		1. Tres Oficinas Administrativas 2. Tres ambientes de Farmacia (Internamiento, Atención Ambulatoria, Farmacovigilancia) 3. Un almacén de Farmacia 4. Cuatro ambientes de Patología Clínica 5. Dos ambientes para Ecografía 6. Dos ambientes para Rayos X 7. Un ambiente Plataforma de Atención al Usuario 8. Un Centro de Esterilización 9. Un almacén General 10. Un almacén para Ropa y Enseres limpios 11. Un ambiente para ropa y enseres contaminados 12. Dos ambientes para lavandería 13. Dos ambientes para residuos sólidos hospitalarios 14. Cuatro vestidores 15. Dos estacionamientos para Ambulancias 16. Una casa materna 17. Diez servicios higiénicos para usuarios externos 18. Diez servicios higiénicos para usuarios internos 19. Un ambiente de Cadena de Frío 20. Un ambiente para el grupo electrógeno 21. Tres áreas verdes. 22. Un comedor 23. Un ambiente para cocina	<b>Equipos</b>	
			1. Software: Sistemas de Información 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner  1. Equipos de computo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina y de Almacén 3. Equipos para redes de Conectividad 4. Equipos de Radio comunicación 5. Mobiliario para atención en UPSS Patología Clínica y UPSS Diagnóstico por Imágenes 6. Mobiliario para cocina, comedor y lavandería	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		20/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		22/05/2024
				24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO							
<b>1. Nombre del proceso</b>	ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	<b>2. Código</b>	APY-ADT	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Norma técnica unidad productora de servicios de patología clínica. (131) 2.Norma técnica gestión de calidad de servicios para el sector público. (61) 3.Política Nacional de Calidad en Salud. (20) 4.Norma Técnica Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración. (132)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Gerencia Regional de Salud Cusco 3.Unidad Ejecutora 401	1.Usuarios externos con necesidades de Atención de Apoyo al diagnóstico y tratamiento. 2.Usuarios internos con necesidades de información. 3.Norma técnica unidad productora de servicios de patología clínica. (131) 4.Norma técnica gestión de calidad de servicios para el sector público. (61) 5.Política Nacional de Calidad en Salud. (20) 6.Norma Técnica Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración. (132)	1.Gestión de procesos 2.Prestaciones de Salud 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de los Reclamos, Quejas y Sugerencias 5.Gestión de Satisfacción del usuario externo		1.Usuarios externos atendidos en la UPSS Patología Clínica y Diagnóstico por Imágenes. 2.Usuarios internos atendidos en sus requerimientos de información 3.Informe de indicadores de calidad: tiempos de entrega, tiempos de espera, cumplimiento de exámenes. 4.Informes de control de calidad de los procedimientos. 5.Requerimientos para Calibración y Mantenimiento. 6.Certificados de Calibración de equipos e instrumentos e Informes de mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición. 7.Informes de los procedimientos realizados.		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Población y Comunidad 4.Beneficiarios de programas sociales	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesional Biólogo, Médico Ecografista y Médico Radiólogo 2. Técnico Radiólogo	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y escáner	
<b>Instalaciones</b>	1. Cuatro ambientes de Patología Clínica 2. Dos ambientes para Ecografía 3. Dos ambientes para Rayos X	<b>Equipos</b>	1. Equipos de cómputo, equipos electrónicos, equipos biomédicos y equipos de diagnóstico por imágenes 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO ADMISIÓN Y ALTA							
<b>1. Nombre del proceso</b>	ADMISIÓN Y ALTA	<b>2. Código</b>	APY-ADA	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso de Admisión y Alta en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Norma técnica gestión de la Historia Clínica. (133) 2.Guía técnica llenado de Historia Clínica Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, atención materno perinatal, atención del niño. (134, 135, 136) 3.Norma Técnica Atención integral etapa adolescentes, joven y adulta. (137,138, 139) 4.Plan de salud integral y fortalecimiento de servicios en el ámbito de los pueblos indígenas u originarios. (140)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Gerencia Regional de Salud Cusco 3.Unidad Ejecutora 401	1.Norma técnica gestión de la Historia Clínica. (133) 2.Guía técnica llenado de Historia Clínica Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, atención materno perinatal, atención del niño. (134, 135, 136) 3.Norma Técnica Atención integral etapa adolescentes, joven y adulta. (137,138, 139) 4.Plan de salud integral y fortalecimiento de servicios en el ámbito de los pueblos indígenas u originarios. (140) 5.Usuarios externos con necesidad de Atención en Admisión y Alta 6.Usuarios internos con necesidad de Información	1.Gestión de Historias Clinicas 2.Auditorias 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de Información 5.Gestión de los Reclamos, Quejas y Sugerencias		1.Usuarios externos atendidos en Admisión y Alta. 2.Usuarios internos atendidos con la información solicitada en Admisión y Alta. 3.Auditoria a la gestión de Historia Clínica 4.Archivo activo y pasivo de Historias Clínicas 5.Archivo de Historias Clínicas por códigos, colores y DNI. 6.Stock de Formatos vigentes para la Gestión de Historias Clínicas. 7.Manual de Procedimientos para la Gestión de Historias Clínicas 8.Actas de ocurrencias e identificación de aspectos Críticos. 9.Informe de aspectos críticos en la Gestión de Historias Clínicas 10.Informe de entrega de citas 11.Informe de tiempo de espera. 12.Informe de usuarios no atendidos, de citas atendidas, reprogramación de citas 13.Requerimiento para recibir capacitaciones. 14.Informe de Identificación de necesidades de usuarios externos con Enfoque intercultural. 15.Libros de Admisión y Alta con datos completos de los usuarios externos.		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Admisión y Alta en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesional técnico asistencial y personal técnico administrativo	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Indormación (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa 2. Un Almacén para Archivo activo de Historias Clínicas 3. Un Almacén para Archivo pasivo de Historias Clínicas	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS						
<b>1. Nombre del proceso</b>	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	<b>2. Código</b>	APY-RCR	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Referencias y Contrareferencias en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Norma técnica sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de Salud. (141) 2.Directiva Administrativa N° 355 - MINSA/DGAIN-2024. (121) 3.Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA. (90)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Gerencia Regional de Salud Cusco 3.Unidad Ejecutora 401	1.Usuarios externos con necesidades del sistema de Referencia y contrarreferencia 2.Usuarios internos con necesidad de información 3.Norma técnica sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de Salud. (141) 4.Directiva Administrativa N° 355 - MINSA/DGAIN-2024. (121) 5.Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA. (90)	1.Gestión de procesos 2.Prestaciones de Salud 3.Gestión de la Mejora Continua		1.Usuarios externos atendidos en el sistema de Referencias y Contrarreferencias. 2.Usuarios internos atendidos con la información solicitada. 3.Auditorias a la información 4.Actas de coordinaciones con otros establecimientos para continuar con la atención. 5.Informe de monitoreo y seguimiento a usuarios referidos 6. Stock de formatos vigentes 7.Rol de programación del personal encargado del traslado de usuarios 8.Ambulancia operativa y equipada. 9.Informe de indicadores del sistema de Referencias y Contrarreferencias. 10.Conformación del Sistema de Vigilancia comunal (SIVICO). 11.Actas de capacitación a agentes comunitaria en Referencia Comunal. 12.Informe de aspectos críticos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Referencias y Contrareferencias en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>		1. Profesionales médicos y no médicos 2. Personal técnico asistencial 3. Personal técnico en transportes	<b>Sistemas informáticos</b>	
<b>Instalaciones</b>		Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>		<b>Firma y sello</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO GESTIÓN DE MEDICAMENTOS							
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	<b>2. Código</b>	APY-GMD	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Gestión de Medicamentos en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Petitorio nacional único de medicamentos esenciales. (142) 2.Sistema Integrado de Suministro de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios – SISMED. (143) 3.Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, Almacenamiento, Dispensación y Prescripción. (144, 145, 146, 147) 4.Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias. (148) 5.Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. (149)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional	1.Usuarios externos con necesidades de Atención en la UPSS Farmacia 2. Usuarios internos con requerimientos y necesidades de información 3.Petitorio nacional único de medicamentos esenciales. (142) 4.Sistema Integrado de Suministro de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios – SISMED. (143) 5.Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, Almacenamiento, Dispensación y Prescripción. (144, 145, 146, 147) 6.Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias. (148) 7.Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. (149)	1.Gestión de procesos 2.Gestión de Stock e Inventarios 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de Suministro 5.Prestaciones de Salud		1.Usuarios externos atendidos en la UPSS Farmacia. 2.Usuarios internos atendidos con sus requerimientos e información solicitada. 3.Requerimientos o cuadro de necesidades 4.Sistema de información SISMED vigente 5.Informe de disponibilidad, gestión de stock, ICI, IME. 6.Auditorias a los procesos de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, Almacenamiento, Prescripción y Dispensación. 7.Informes y Balance de sustancias controladas.		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Población y Comunidad	
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión de Medicamentos en el periodo 2024						

<b>15. Controles</b>		Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación		
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesional Farmacéutico 2. Personal técnico en Farmacia y personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyectores, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa 2. Un Almacén de Medicamentos	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina y de Almacén 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO GESTIÓN DE IFORMACIÓN							
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTIÓN DE INFORMACIÓN	<b>2. Código</b>	APY-GIN	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Gestión de Información en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	<p>1.Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS. (150)</p> <p>2.Manual de Registro y Codificación de actividades consulta externa en Promoción de la Salud, atención de salud mental, Planificación familiar e inmunizaciones. (151, 152, 253, 154)</p> <p>3.Manual de Registro y codificación atención de consulta externa etapa de vida niño, adolescente, adulto y adulto mayor. (155, 156, 157, 158)</p> <p>4.Manual de Registro y Codificación de atención perinatal, prevención y control de enfermedades no transmisibles, salud bucal, salud ocular (159, 160, 161, 162)</p> <p>5.Manual de Registro y codificación de la prevención y control de enfermedades Metaxenicas y zoonóticas; VIH y SIDA, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, Tuberculosis y Cáncer (163, 164, 165, 166)</p> <p>6. Convenios de Gestión entre el MINSA y gobierno regional. (167)</p> <p>7. Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. (168).</p> <p>8.Directiva Administrativa Formato Único de Atención (FUA) en IPRESS. (169)</p> <p>9.Aplicativo informático SISMED. (143)</p> <p>10.Aplicativo WAWARED, Sistema del registro del Certificado del Recién Nacido – CNV, Aplicativo SIGA-MP . (170, 171, 172)</p> <p>11.Sistema REFCOM (173)</p> <p>12.Plataforma informática HIS MINSA (174)</p> <p>13.Plataforma informática SIS (175)</p>						

9. Proveedores	10. Entradas/insumos	11. Proceso Nivel 1	12. Salidas/productos	13. Receptor final del producto
<p>1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional</p>	<p>1.Usuarios internos con necesidades de información. 2 Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS. (150) 3.Manual de Registro y Codificación de actividades consulta externa en Promoción de la Salud, atención de salud mental, Planificación familiar e inmunizaciones. (151, 152, 253, 154) 4.Manual de Registro y codificación atención de consulta externa etapa de vida niño, adolescente, adulto y adulto mayor. (155, 156, 157, 158) 5.Manual de Registro y Codificación de atención perinatal, prevención y control de enfermedades no transmisibles, salud bucal, salud ocular (159, 160, 161, 162) 6.Manual de Registro y codificación de la prevención y control de enfermedades Metaxenicas y zoonóticas; VIH y SIDA, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, Tuberculosis y Cáncer (163, 164, 165, 166) 7. Convenios de Gestión entre el MINSA y gobierno regional. (167) 8. Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. (168). 9.Directiva Administrativa Formato Único de Atención (FUA) en IPRESS. (169) 10.Aplicativo informático SISMED. (143) 11.Aplicativo WAWARED, Sistema del registro del Certificado del Recién Nacido – CNV, Aplicativo SIGA-MP . (170, 171, 172) 12.Sistema REFCOM (173) 13.Plataforma informática HIS MINSA (174) 14.Plataforma informática SIS (175) 15.Usuarios externos con necesidades de información</p>	<p>1.Gestión de procesos 2.Gestión de apoyo a las desiciones 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Auditorias</p>	<p>1.Usuarios internos atendidos con la información solicitada. 2.Requerimiento de Equipamiento 3.Flujograma, cronogramas del sistema de información en Estadística, Unidad de Seguros y UPSS Farmacia. 4.Reportes de Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM. 5.Sistemas de Información Estadística, SIS, SISMED, WAWARED, CNV, REFCOM. 6.Informes o actas de identificación de aspectos críticos en Gestión de Información. 7.Actas de difusión de Información y sala situacional. 8.Reporte 40 de Atenciones y Atendidos 9.Uuarios externos atendidos en sus necesidades de información</p>	<p>1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes 3.Gobierno local y Regional 4. Actores Sociales 5.Programas Sociales</p>

<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión de Información en el periodo 2024			
<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1.Técnico Administrativo y Digitadores 2.Profesionales médicos, no médicos y personal administrativo 3.Personal técnico asistencial y técnico en transportes	<b>Sistemas informáticos</b>	1.Software: Sistemas de Indormación (Programas Informáticos) 2.Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner	
<b>Instalaciones</b>	1.Dos Oficinas Administrativas	<b>Equipos</b>	1.Equipos de computo yequipos electrónicos 2.Mobiliario de oficina 3.Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN							
<b>1. Nombre del proceso</b>	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	<b>2. Código</b>	APY-DLDE	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Manual de desinfección y esterilización hospitalaria; y esterilización en centros de salud. (73, 74) 2.Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes o infraestructura. (176) 3.Salud ocupacional. (71) 4.Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 5.Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 6.Uso de los Equipos de protección personal para trabajadores de salud. (80)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Gerencia Regional de Salud Cusco 3.Unidad Ejecutora 401 4.Gobierno local, regional y Nacional	1.Usuarios externos que asisten a los servicios sanitarios 2. Usuarios internos 3.Manual de desinfección y esterilización hospitalaria; y esterilización en centros de salud. (73, 74) 4.Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes o infraestructura. (176) 5.Salud ocupacional. (71) 6.Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (72) 7.Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. (75) 8.Uso de los Equipos de protección personal para trabajadores de salud. (80)	1.Gestión de procesos 2.Auditorías 3.Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional 4.Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios		1.Usuarios externos e internos que perciben los procesos de Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. 2.Manual de Procedimientos en Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización. 3.Centro de Esterilización. 4.Requerimientos de Desinfectantes, detergentes enzimáticos, detergentes, recipientes para residuos hospitalarios, insumos y materiales. 5.Uso de Equipos de Protección Personal. 6.Auditoria a los procesos de Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. 7.Auditoria de los controles físicos, químicos y biológicos del proceso de esterilización 8.Informe de daños, deterioro y pérdidas durante la esterilización de materiales y lavado de enseres de cama y ropa 9. Informe de quejas, reclamos e inconformidades de la limpieza y lavado 10.Informe sobre el almacenamiento de enseres de cama y ropa 11.Auditoria a los procesos de gestión de residuos hospitalarios 12.Manual de Procedimientos en Provisión, Lavado y Descontaminación de ropa hospitalaria. 13.Informe de monitoreo a los procesos de limpieza, lavado y esterilización		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes	

<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en el periodo 2024			
<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesionales médicos y no médicos 2. Personal técnico asistencial 3. Personal de limpieza	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y escáner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa 2. Un almacén para Ropa y Enseres limpios 3. Un ambiente para ropa y enseres contaminados 4. Dos ambientes para lavandería 5. Dos ambientes para residuos sólidos hospitalarios	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo, equipos electrónicos y equipos biomédicos 2. Mobiliario de oficina y de Almacén 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO MANEJO DEL RIESGO SOCIAL							
<b>1. Nombre del proceso</b>	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	<b>2. Código</b>	APY-MRS	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>	Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Manejo del Riesgo Social en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.						
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza						
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca						
<b>8. Base legal</b>	1.Sistema de Focalización de Hogares. (177) 2.Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. (168). 3.Consulta en línea plataforma virtual SIS. (175) 4.Observatorio Nacional de tarifas de procedimientos médicos y sanitarios. (178) 5.Tarifario de procedimientos médicos y sanitarios SIS. (179) 6.Lineamientos de Política Tarifaria en el sector salud. (180)						
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>	
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional	1.Usuarios externos con necesidades de ser atendidos sin tener un seguro de salud. 2.Usuarios internos con necesidad de información 3.Sistema de Focalización de Hogares. (177) 4.Ley Marco de aseguramiento universal de Salud. (168). 5.Consulta en línea plataforma virtual SIS. (175) 6.Observatorio Nacional de tarifas de procedimientos médicos y sanitarios. (178) 7.Tarifario de procedimientos médicos y sanitarios SIS. (179) 8.Lineamientos de Política Tarifaria en el sector salud. (180)	1.Gestión de procesos		1.Usuarios externos e internos atendidos en sus requerimientos de información. 2.Reporte de evaluación socioeconómica. 3.Auditoría de los reportes de evaluación socioeconómica. 4.Aplicativo de consulta en SIS, ESSALUD y RENIEC. 5.Formatos de autorización de exoneraciones a usuarios externos 6.Informe de exoneraciones de pago por servicios de salud y productos farmacéuticos y dispositivos médicos. 7.Tarifario publicado por atención en los servicios de salud y de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.		1.Usuarios internos o colaboradores 2.Usuarios externos o clientes	

<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Manejo del Riesgo Social en el periodo 2024			
<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesional médico, no médico y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scanner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES						
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	<b>2. Código</b>	APY-GIM	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b>   Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Gestión de Insumos y Materiales en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	2.Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Abastecimiento. (181) 3.Ley de contrataciones y adquisiciones del Estado. (182) 4.Directiva para la gestión de almacenamiento y distribución de bienes muebles. (183)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Gerencia Regional de Salud Cusco 3.Unidad Ejecutora 401 4.Gobierno local, regional y Nacional	1.Usuarios internos con necesidades de abastecimiento de insumos y materiales. 2.Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Abastecimiento. (181) 3.Ley de contrataciones y adquisiciones del Estado. (182) 4.Directiva para la gestión de almacenamiento y distribución de bienes muebles. (183)	1.Gestión por procesos 2.Gestión de Stock e Inventarios 3.Gestión de la Mejora Continua 4.Gestión de Suministro		1.Usuarios internos atendidos en sus requerimientos. 2.Cuadro de necesidades 3.Requerimientos 4.Guías de Remisión, Pecosas u otros documentos del sistema de Abastecimiento. 5.Auditorias a los procesos de Almacenamiento y adquisición de insumos y materiales 6.Informe de entrega de insumos y materiales.		1.Usuarios internos o colaboradores
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión de Insumos y Materiales en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesional Médico, no médico y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scáner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa 2. Un Almacén General	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina y de Almacén 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

FICHA TECNICA DEL PROCESO DE APOYO GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA						
<b>1. Nombre del proceso</b>	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	<b>2. Código</b>	APY-EIF	<b>3. Tipo de proceso</b>	Apoyo o Soporte	<b>4. Versión</b> Versión 01
<b>5. Objetivo del proceso</b>	Implementar al 100% el proceso Gestión de Equipos e Infraestructura en la Microred Yanaoca durante el periodo 2024.					
<b>6. Dueño del proceso</b>	Obstetra Gladys Milagros Pérez Mendoza					
<b>7. Alcance</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel I-1, I-2 y I-4 de la jurisdicción de la MR Yanaoca					
<b>8. Base legal</b>	1.Norma Técnica Infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud del primer nivel de atención. (184) 2.Directiva administrativa para la asignación en uso y control de Bienes patrimoniales. (185) 3.Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de Infraestructura y el equipamiento en establecimientos de salud. (186) 4.Procedimientos Alta, baja y entrega de bienes muebles. (187)					
<b>9. Proveedores</b>	<b>10. Entradas/insumos</b>	<b>11. Proceso Nivel 1</b>		<b>12. Salidas/productos</b>		<b>13. Receptor final del producto</b>
1.Ministerio de Salud 2.Ministerio de Economía 3.Gerencia Regional de Salud Cusco 4.Unidad Ejecutora 401 5.Gobierno local, regional y Nacional	1.Usuarios internos con necesidades de disponer bienes patrimoniales y ambientes. 2.Norma Técnica Infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud del primer nivel de atención. (184) 3.Directiva administrativa para la asignación en uso y control de Bienes patrimoniales. (185) 4.Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de Infraestructura y el equipamiento en establecimientos de salud. (186) 5.Procedimientos Alta, baja y entrega de bienes muebles. (187)	1.Gestión de procesos 2.Gestión de Inventarios 3.Gestión de la Mejora Continua		1.Usuarios internos atendidos en sus requerimientos. 2.Plan mantenimiento de Infraestructura, Servicios Básicos y Equipamiento. 3.Requerimiento para realizar Capacitaciones 4.Manual de procedimientos para adquirir equipos. 5.Proyectos de remodelación y/o ampliación de infraestructura 6. Inventario de bienes patrimoniales. 7.Auditoria a la Gestión de Equipos e Infraestructura. 8.Informe de medidas preventivas para promover el buen uso y reducir daños de los equipos y servicios básicos. 9.Informe del mantenimiento preventivo, recuperativo y de reposición que fueron atendidos.		1.Usuarios internos o colaboradores
<b>14. Indicador de Desempeño</b>	Porcentaje de Implementación del Proceso Gestión de Equipos e Infraestructura en el periodo 2024					

<b>15. Controles</b>	Informes de Monitoreo, Análisis y Evaluación			
<b>16. Recursos</b>				
<b>Recursos humanos</b>	1. Profesional médico, no médico y personal administrativo 2. Personal técnico asistencial	<b>Sistemas informáticos</b>	1. Software: Sistemas de Información (Programas Informáticos) 2. Hardware: Dispositivos informáticos, Proyector, microprocesadores, tarjetas de red, memorias RAM, cámara, impresoras y scanner	
<b>Instalaciones</b>	1. Una Oficina Administrativa	<b>Equipos</b>	1. Equipos de computo y equipos electrónicos 2. Mobiliario de oficina 3. Equipos para redes de Conectividad	
<b>17. Elaboración, revisión y aprobación</b>				
<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Órgano/Unidad orgánica</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Fecha</b>
Elaborado por:	Yeny Peñalva Saji	Gestión de Calidad Microred Yanaoca		20/05/2024
Revisado por:	Soledad Isabel Apaza Alata	Jefatura de Microred		22/05/2024
Aprobado por:	Gladys Milagros Pérez Mendoza.	Coordinación Salud Materno Infantil		24/05/2024

Fuente: Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca

**Anexo Nro. 24: Difusión de las Actividades realizadas por el Comité de  
Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de mayo del 2024**

<b>Difusión de Actividades realizadas en mayo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>02/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>08:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>10:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Difusión de actividades del Comité de Gestión de Procesos de la MR Yanaoca en mayo del 2024 a los jefes de las IPRESS de la jurisdicción de la Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

02/06/2024

- ❖ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de difusión de actividades. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- ❖ Se inicia con la difusión de las Actividades realizadas en el mes de mayo del 2024:
- ❖ Designación de dueños y representantes de dueños de Procesos de la Microred Yanaoca, realizada el día 02 de mayo del 2024
- ❖ Elaboración de la Matriz para registrar datos de Identificación de elementos de Entrada, Actividades y Productos de los procesos de la Microred Yanaoca realizada el 06 de mayo del 2024.
- ❖ Identificación y registro de elementos de Entrada, Actividades y Productos de los procesos de la Microred Yanaoca realizada el 06 de mayo del 2024.
- ❖ Identificación de las Personas y Recursos de los Procesos en la Microred Yanaoca, realizada el 09 de mayo del 2024.
- ❖ Determinación de la Secuencia e Interacción de Procesos en la Microred Yanaoca realizada el 14 de mayo del 2024
- ❖ Elaboración de Indicadores de Desempeño de Procesos en la Microred Yanaoca, realizada el día 14 de mayo del 2024
- ❖ Control de la Primera Fase de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca, realizada el día 15 de mayo del 2024





**Anexo Nro. 25: Medición y Aplicación de los Indicadores de Desempeño en  
la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Medición y Aplicación de los Indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024 en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>04/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>18:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición y Aplicación de los Indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024 en la Microred Yanaoca periodo 2024</li> </ul>					
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>					
04/06/2024					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para iniciar la medición y aplicación de los Indicadores de desempeño de los procesos implementados en la microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la aplicación de los Indicadores de Desempeño mediante la herramienta de Calidad “Hoja de Control”</li> <li>▪ Conclusiones: Se realiza la aplicación y medición de los Indicadores de desempeño lográndose al 100% el cumplimiento de actividades</li> </ul>					
<b>III. ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca</li> <li>▪ Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 18:30 del 04 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.</li> </ul>					
<b>IV. PARTICIPANTES</b>					
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



**Aplicación y Medición de los Indicadores de Desempeño de los Procesos en la  
Microred Yanaoca 2024**

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Meta</b>	<b>Avance</b>
Direccionamiento	Mayor del 84%	100%
Gestión de Recursos Humanos	Mayor del 84%	100%
Gestión de Calidad	Mayor del 84%	100%
Gestión de Seguridad ante Desastres	Mayor del 84%	75%
Manejo del Riesgo de la Atención	Mayor del 84%	83.33%
Control de Gestión y Prestación	Mayor del 84%	66.67%
<b>Total Procesos Gerenciales</b>	<b>Mayor del 84%</b>	<b>87.50%</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos Misionales</b>	<b>Meta</b>	<b>Avance</b>
Atención de Hospitalización	Mayor del 84%	100%
Atención Ambulatoria	Mayor del 84%	100%
Atención Extramural	Mayor del 84%	66.67%
Atención de Emergencias	Mayor del 84%	100%
<b>Total Procesos Misionales</b>	<b>Mayor del 84%</b>	<b>94.44%</b>

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Meta</b>	<b>Avance</b>
Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Mayor del 84%	80%
Admisión y Alta	Mayor del 84%	80%
Referencias y Contrareferencias	Mayor del 84%	100%
Gestión de Medicamentos	Mayor del 84%	100%
Gestión de Información	Mayor del 84%	100%
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Mayor del 84%	75%
Manejo del Riesgo Social	Mayor del 84%	100%
Gestión de Insumos y Materiales	Mayor del 84%	100%
Gestión de Equipos e Infraestructura	Mayor del 84%	100%
<b>Total Procesos de Apoyo</b>	<b>Mayor del 84%</b>	<b>91.17%</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Anexo Nro. 26: Comparación de los Resultados con la meta y objetivos de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024**

Comparación de los Resultados con la meta y objetivos de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024					
<b>Fecha:</b>	<b>05/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>11:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Comparación de los resultados con la meta y objetivos de los Indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024 en la Microred Yanaoca periodo 2024

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

05/06/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para comparar los resultados de los indicadores de desempeño con la meta y los objetivos de cada proceso periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la comparación de los resultados de los Indicadores de Desempeño
- Conclusiones: El porcentaje de cumplimiento de la meta es más del 85% y de los objetivos de los indicadores gerenciales, misionales y de Apoyo es de 100%.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 11:30 del 05 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



### Comparación de Resultados con las metas de los Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca 2024

Procesos Gerenciales	Meta	Procesos	Cumplimiento	Porcentaje	Brecha
Direccionamiento	Mayor del 84%	2	2	100%	0%
Gestión de Recursos Humanos	Mayor del 84%	4	4	100%	0%
Gestión de Calidad	Mayor del 84%	5	5	100%	0%
Gestión de Seguridad ante Desastres	Mayor del 84%	4	3	75%	10% - 25%
Manejo del Riesgo de la Atención	Mayor del 84%	6	5	83.33%	1.67% - 16.67%
Control de Gestión y Prestación	Mayor del 84%	3	2	66.67%	18.33% - 33.33%
Total Procesos Gerenciales	Mayor del 84%	24	21	87.50%	12.5%

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

Procesos Misionales	Meta	Procesos	Cumplimiento	Porcentaje	Brecha
Atención de Hospitalización	Mayor del 84%	05	05	100%	0%
Atención Ambulatoria	Mayor del 84%	05	05	100%	0%
Atención Extramural	Mayor del 84%	03	02	66.67%	18.33% - 33.33%
Atención de Emergencias	Mayor del 84%	05	05	100%	0%
Total Procesos Misionales	Mayor del 84%	18	17	94.44%	5.56%

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Meta</b>	<b>Procesos</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Brecha</b>
Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Mayor del 84%	05	04	80%	5% - 20%
Admisión y Alta	Mayor del 84%	05	04	80%	5% - 20%
Referencias y Contrareferencias	Mayor del 84%	03	03	100%	0%
Gestión de Medicamentos	Mayor del 84%	05	05	100%	0%
Gestión de Información	Mayor del 84%	04	04	100%	0%
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Mayor del 84%	04	03	75%	10% - 25%
Manejo del Riesgo Social	Mayor del 84%	01	01	100%	0%
Gestión de Insumos y Materiales	Mayor del 84%	04	04	100%	0%
Gestión de Equipos e Infraestructura	Mayor del 84%	03	03	100%	0%
<b>Total Procesos de Apoyo</b>	<b>Mayor del 84%</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>91.17%</b>	<b>8.83%</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos</b>	<b>Meta</b>	<b>Procesos</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Brecha</b>
Gerenciales	Mayor del 84%	24	21	87.50%	12.50%
Misionales	Mayor del 84%	18	17	94.44%	5.56%
De Apoyo	Mayor del 84%	34	31	91.17%	8.83%
<b>Total</b>	<b>Mayor del 84%</b>	<b>76</b>	<b>69</b>	<b>90.78%</b>	<b>9.22%</b>

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

**Comparación de Resultados con los objetivos de los Indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca 2024**

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Avance</b>	<b>Porcentaje</b>
Direccionamiento	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Recursos Humanos	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Calidad	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Seguridad ante Desastres	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Manejo del Riesgo de la Atención	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Control de Gestión y Prestación	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
<b>Total Procesos Gerenciales</b>	<b>Cumplimiento 21 pasos</b>	<b>21 pasos</b>	<b>100%</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos Misionales</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Avance</b>	<b>Porcentaje</b>
Atención de Hospitalización	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Atención Ambulatoria	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Atención Extramural	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Atención de Emergencias	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
<b>Total Procesos Misionales</b>	<b>Cumplimiento 21 pasos</b>	<b>21 pasos</b>	<b>100%</b>

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Avance</b>	<b>Porcentaje</b>
Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Admisión y Alta	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Referencias y Contrarreferencias	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Medicamentos	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Información	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Manejo del Riesgo Social	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Insumos y Materiales	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Gestión de Equipos e Infraestructura	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%
Total Procesos de Apoyo	Cumplimiento 21 pasos	21 pasos	100%

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Anexo Nro. 27: Identificación de Brechas y problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Identificación de Brechas y problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>05/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>12:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>15:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de Brechas y problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca periodo 2024</li> </ul>
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>
<p>05/06/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para identificar las Brechas y Problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño de cada proceso periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la identificación de Brechas y Problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño de cada proceso periodo 2024</li> <li>▪ Conclusiones:</li> <li>▪ Se identificaron brechas en los procesos Gerenciales: Existe una brecha de 12%.             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gestión de Seguridad ante Desastres: Entre el 10 al 25%</li> <li>✓ Manejo del Riesgo de la Atención: Entre el 2 al 17%</li> <li>✓ Control de Gestión y Prestación: Entre el 18 al 23%</li> </ul> </li> <li>▪ Se identificaron brechas en los procesos misionales: Existe una brecha de 6%.             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención extramural: Entre el 18 al 33%</li> </ul> </li> <li>▪ Se identifican brechas en los procesos de Apoyo: Existe una brecha de 12%.             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento: Entre el 5 al 20%</li> <li>✓ Admisión y Alta: Entre el 5 al 20%</li> <li>✓ Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización: Entre el 10 al 25%</li> </ul> </li> </ul>

- Los problemas identificados para el cumplimiento de metas son:
  - ✓ Deficiente Gestión de la Seguridad de la Atención en el Proceso Manejo del Riesgo de la Atención
  - ✓ Deficientes Auditorias en Salud en el Proceso Control de Gestión y Prestación
  - ✓ Deficiente Gestión de Mitigación de Riesgos en el Proceso de Gestión de Seguridad ante Desastres
  - ✓ Deficiente Gestión de Procesos en la Atención Extramural
  - ✓ Deficiente Gestión de Procesos en la Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
  - ✓ Deficiente Gestión de Historias Clínicas en Admisión y Altas
  - ✓ Deficiente Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Proceso de Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca y cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 15:30 del 05 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



### Identificación de Brechas para el Cumplimiento de metas de los indicadores de Desempeño de los Procesos en la Microred Yanaoca 2024

<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Meta</b>	<b>Procesos</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Brecha</b>
Gestión de Seguridad ante Desastres	Mayor del 84%	04	03	75%	10% - 25%
Manejo del Riesgo de la Atención	Mayor del 84%	06	05	83.33%	1.67% - 16.67%
Control de Gestión y Prestación	Mayor del 84%	03	02	66.67%	18.33% - 33.33%

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos Misionales</b>	<b>Meta</b>	<b>Procesos</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Brecha</b>
Atención Extramural	Mayor del 84%	03	02	66.67%	18.33% - 33.33%

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Meta</b>	<b>Procesos</b>	<b>Cumplimiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Brecha</b>
Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Mayor del 84%	05	04	80%	5% - 20%
Admisión y Alta	Mayor del 84%	05	04	80%	5% - 20%
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Mayor del 84%	04	03	75%	10% - 25%

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Anexo Nro. 28: Control de la Segunda Fase de Implementación de Procesos  
en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Control de la Segunda Fase de implementación de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>06/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>10:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la Segunda fase de Implementación de los procesos en la Microred Yanaoca 2024.</li> </ul>					
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>					
06/06/2024					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para el Control de la Segunda Fase de implementación de procesos durante el periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la aplicación de la herramienta de Calidad “Hoja de Control”</li> <li>▪ Los Procedimientos de Control son el seguimiento, monitoreo y evaluación.</li> <li>▪ Se aplica la hoja de Control con las Actividades programadas</li> <li>▪ Conclusiones: Se Realiza el Control a la Implementación de procesos durante la Segunda Fase, lográndose al 100% el cumplimiento de actividades</li> </ul>					
<b>III. ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca</li> <li>▪ Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 10:30 del 06 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.</li> </ul>					
<b>IV. PARTICIPANTES</b>					
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



**Control de la Segunda Fase de la Implementación de Gestión de Procesos en la Microrred Yanaoca durante el periodo 2024**

<b>Ítem</b>	<b>Revisión y Evaluación</b>	<b>Cumple</b>	<b>Incompleto</b>	<b>No Cumple</b>	<b>Observaciones</b>
1	Elaboración de Indicadores de desempeño	X			Anexo Nro.20
2	Elaboración de Fichas Técnicas	X			Anexo Nro.22
3	Revisión y Aprobación de Fichas Técnicas de los Indicadores de Desempeño	X			Anexo Nro.23
4	Aplicación de los indicadores de Proceso	X			Anexo Nro.25
5	Medición de los indicadores de Proceso	X			Anexo Nro.25
6	Comparación de los resultados de los indicadores con la meta	X			Anexo Nro.26
7	Comparación de los resultados de los indicadores con los objetivos	X			Anexo Nro.26
8	Identificación de Brechas de cumplimiento	X			Anexo Nro.27
9	Identificación de Problemas para el cumplimiento de las metas	X			Anexo Nro.27
10	Implementación de la Segunda Fase	X			Todos los pasos se cumplen al 100%

Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

## Anexo Nro. 29: Elaboración de Flujogramas de Procesos en la Microred

### Yanaoca periodo 2024

Elaboración de Flujogramas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024					
<b>Fecha:</b>	<b>07/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>17:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

#### I. AGENDA

- Elaboración de Flujogramas de los procesos en la Microred Yanaoca 2024.

#### II. DESARROLLO DE LA AGENDA

07/06/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para la Elaboración de Flujogramas de procesos durante el periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la aplicación de la herramienta de Calidad “Diagrama de Flujo”
- Conclusiones: Se realiza la Elaboración de los flujogramas de los procesos implementados en la Microred Yanaoca periodo 2024

#### III. ACUERDOS Y COMPROMISOS

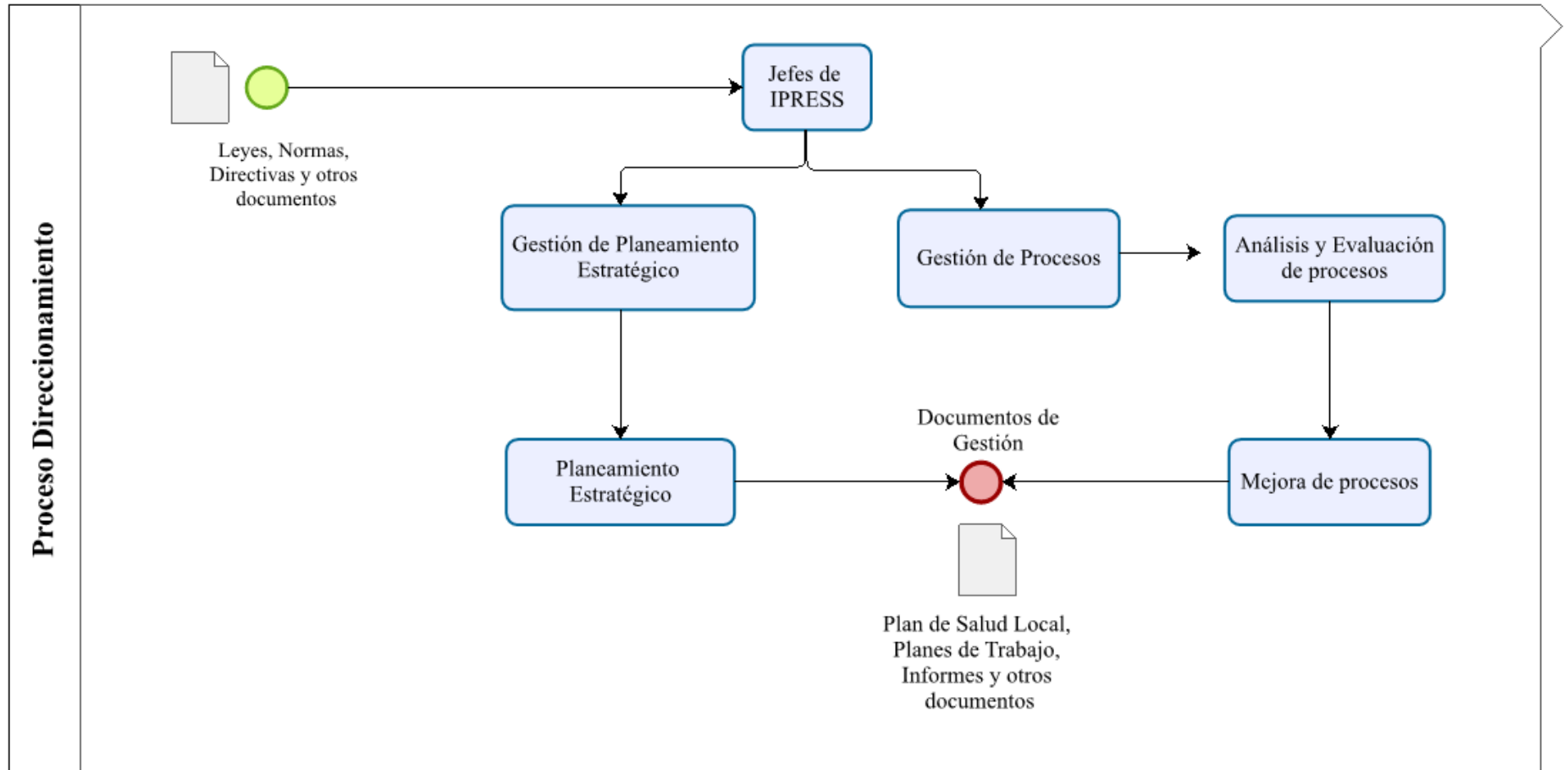
- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 17:30 del 07 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

#### IV. PARTICIPANTES

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>

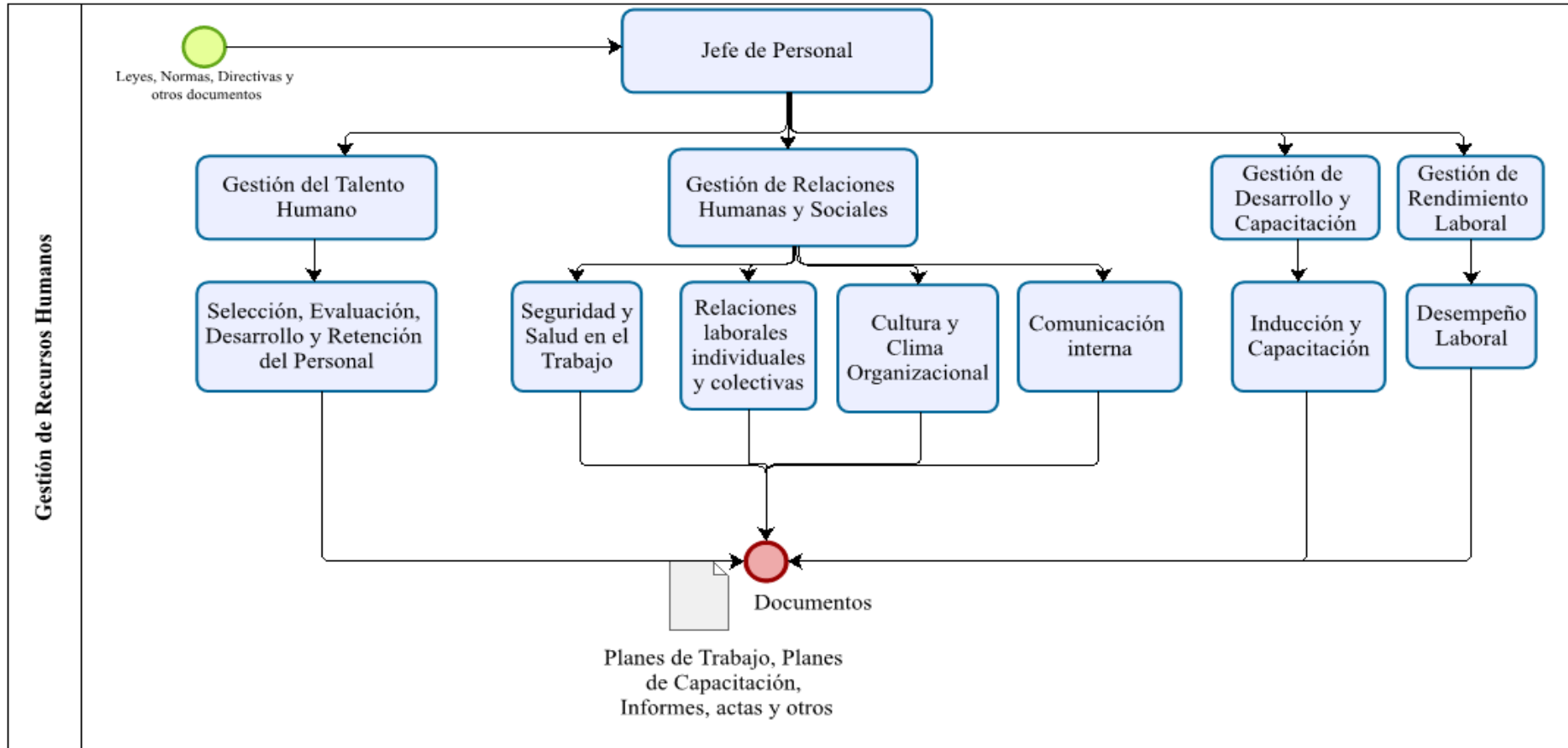


## Diagrama de Flujo Proceso Direccionamiento Microrred Yanaoca periodo 2024



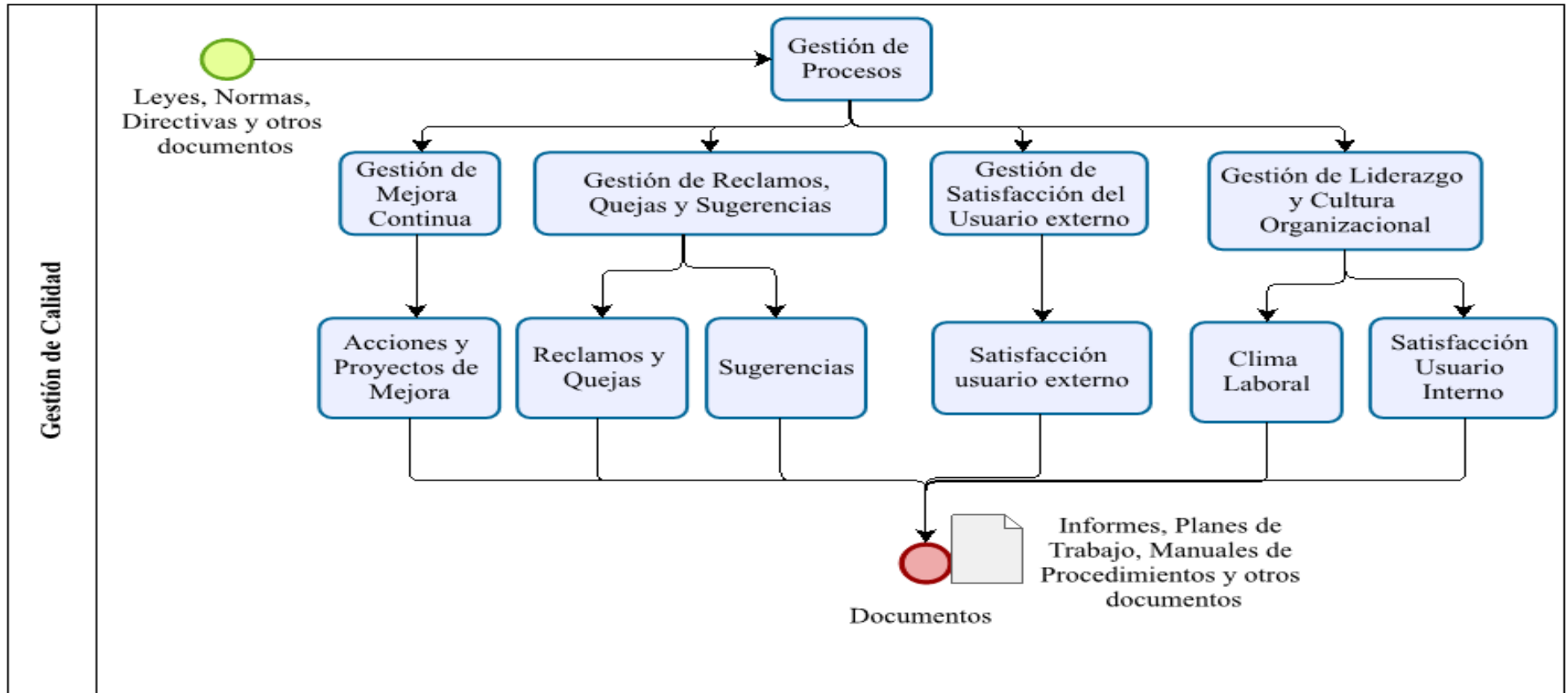
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

## Diagrama de Flujo Proceso de Gestión Recursos Humanos Microrred Yanaoca periodo 2024



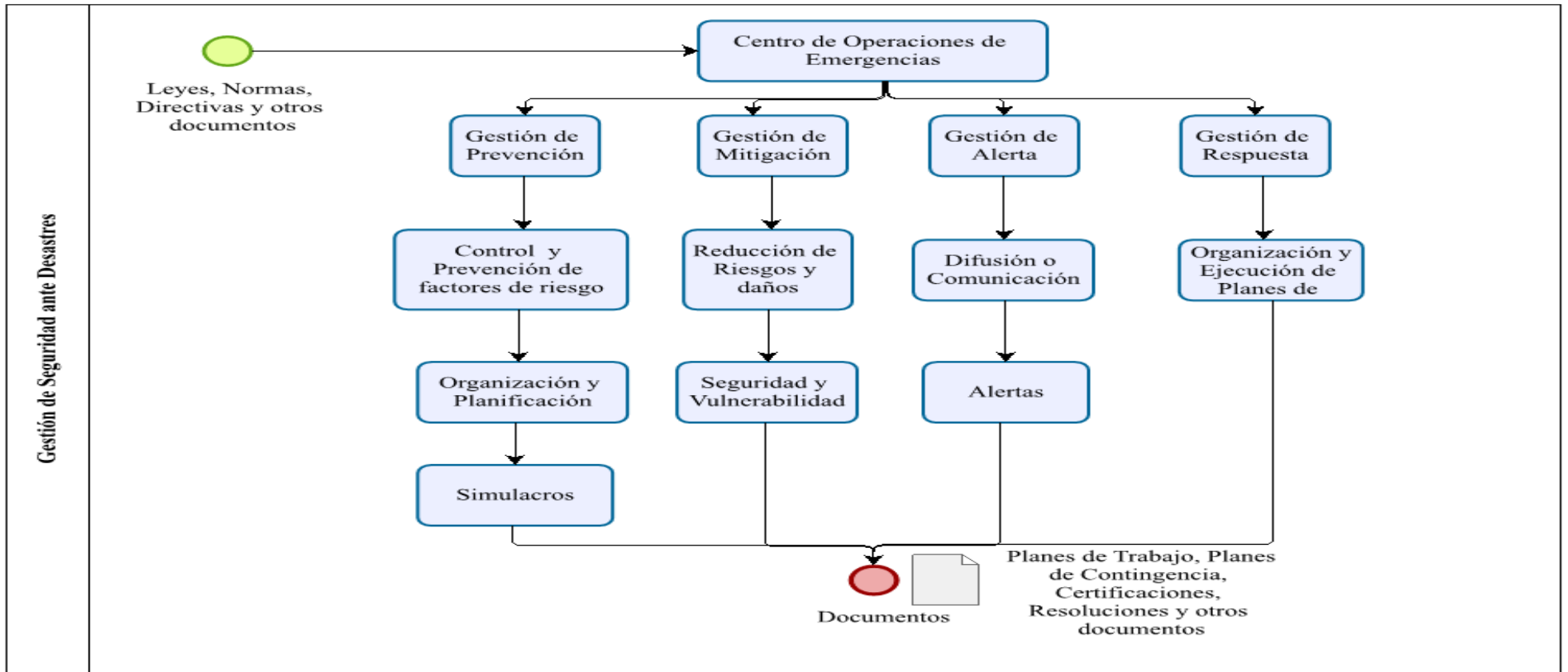
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Gestión de Calidad Microrred Yanaoca periodo 2024



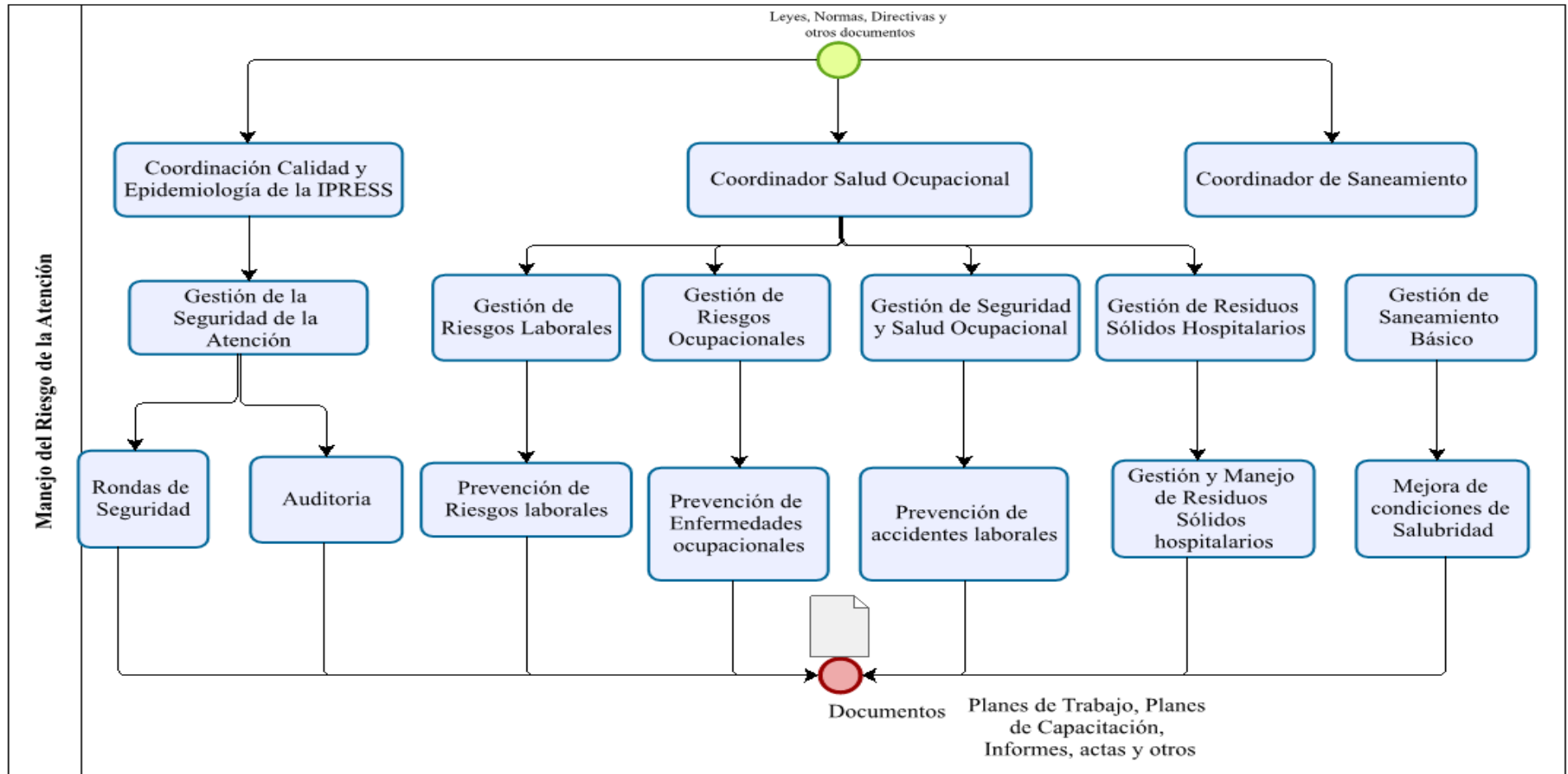
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

**Diagrama de Flujo Proceso Gestión de Respuesta ante Desastres Microrred Yanaoca periodo 2024**



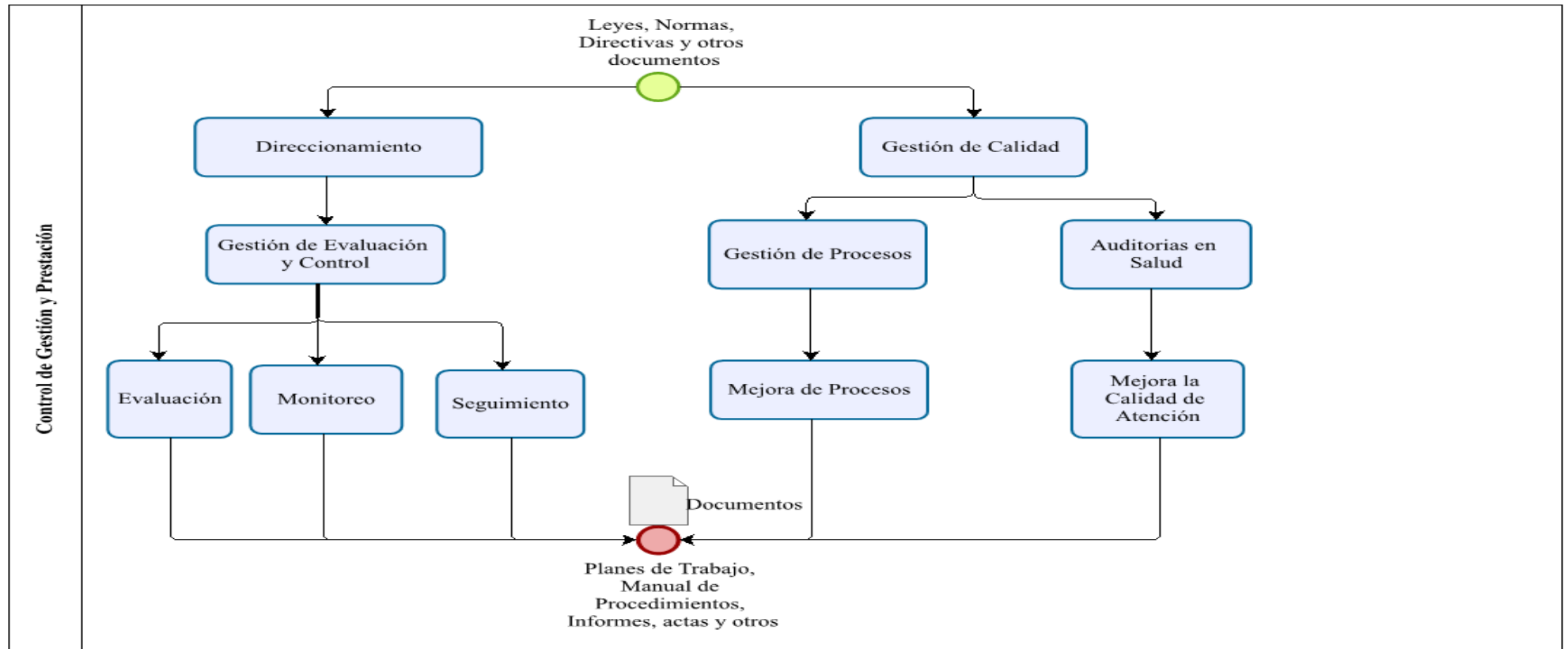
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

## Diagrama de Flujo Proceso Manejo del Riesgo de la Atención Microrred Yanaoca periodo 2024



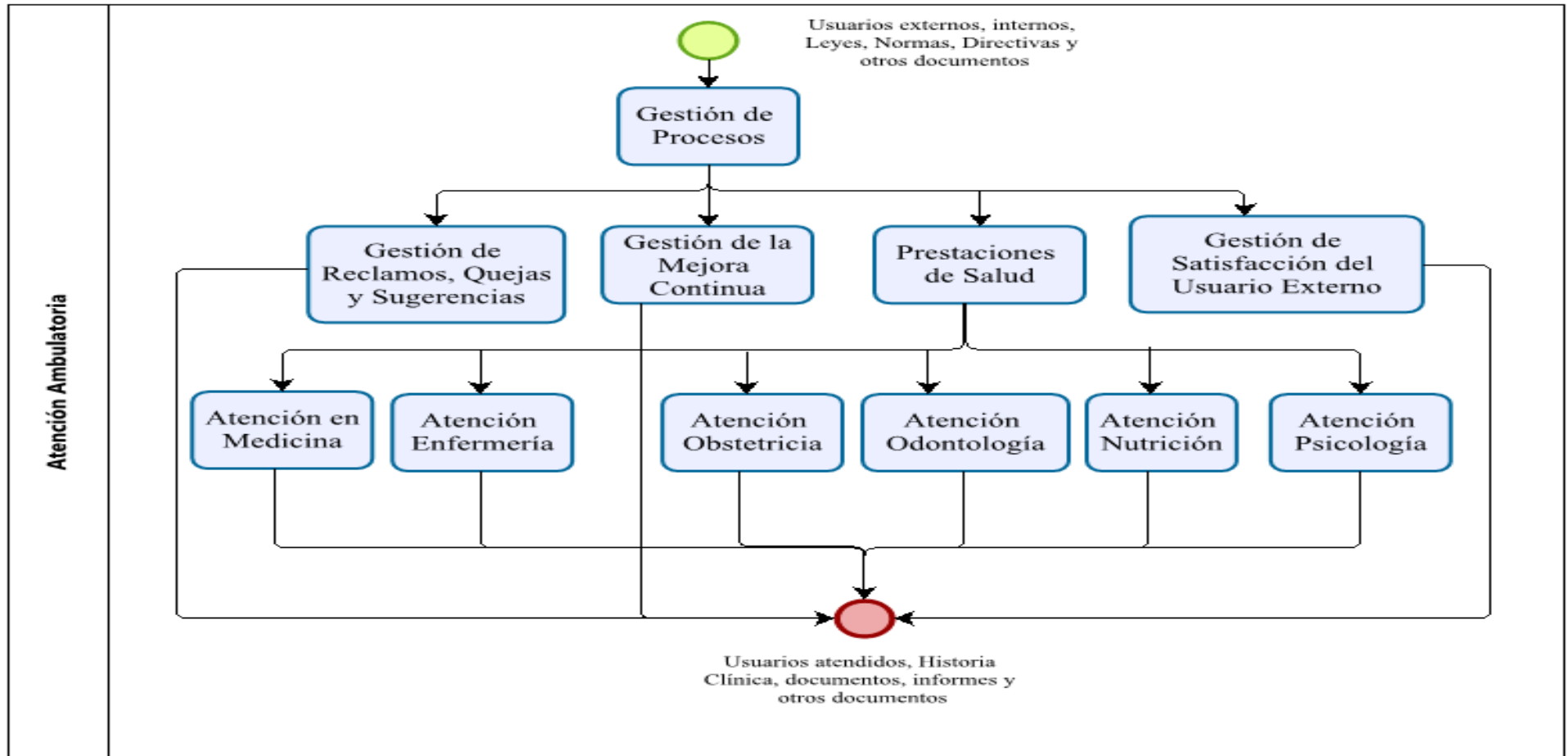
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

## Diagrama de Flujo Proceso Control de Gestión y Prestación Microrred Yanaoca periodo 2024



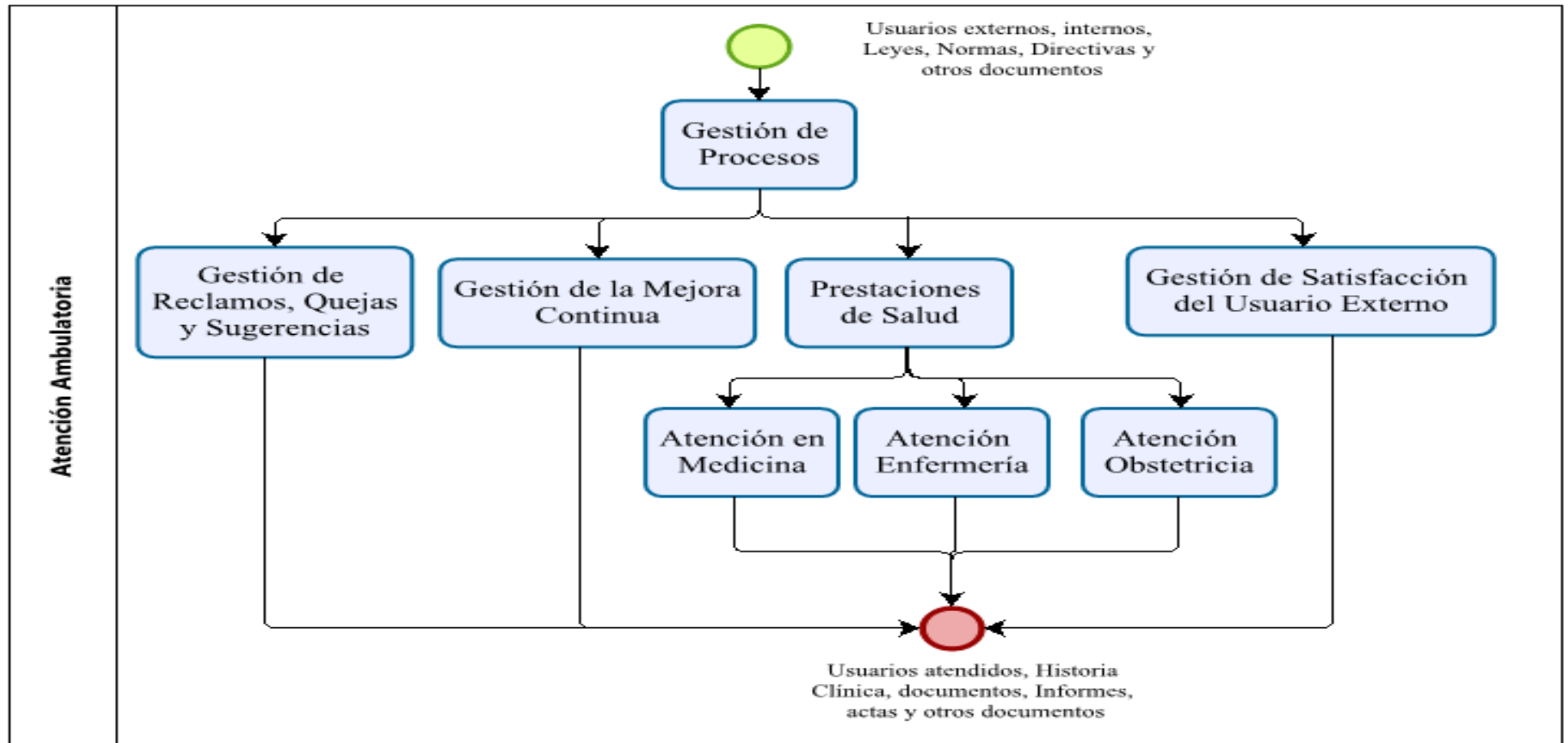
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

**Diagrama de Flujo Proceso Atención Ambulatoria Microrred Yanaoca (IPRESS Yanaoca) periodo 2024**



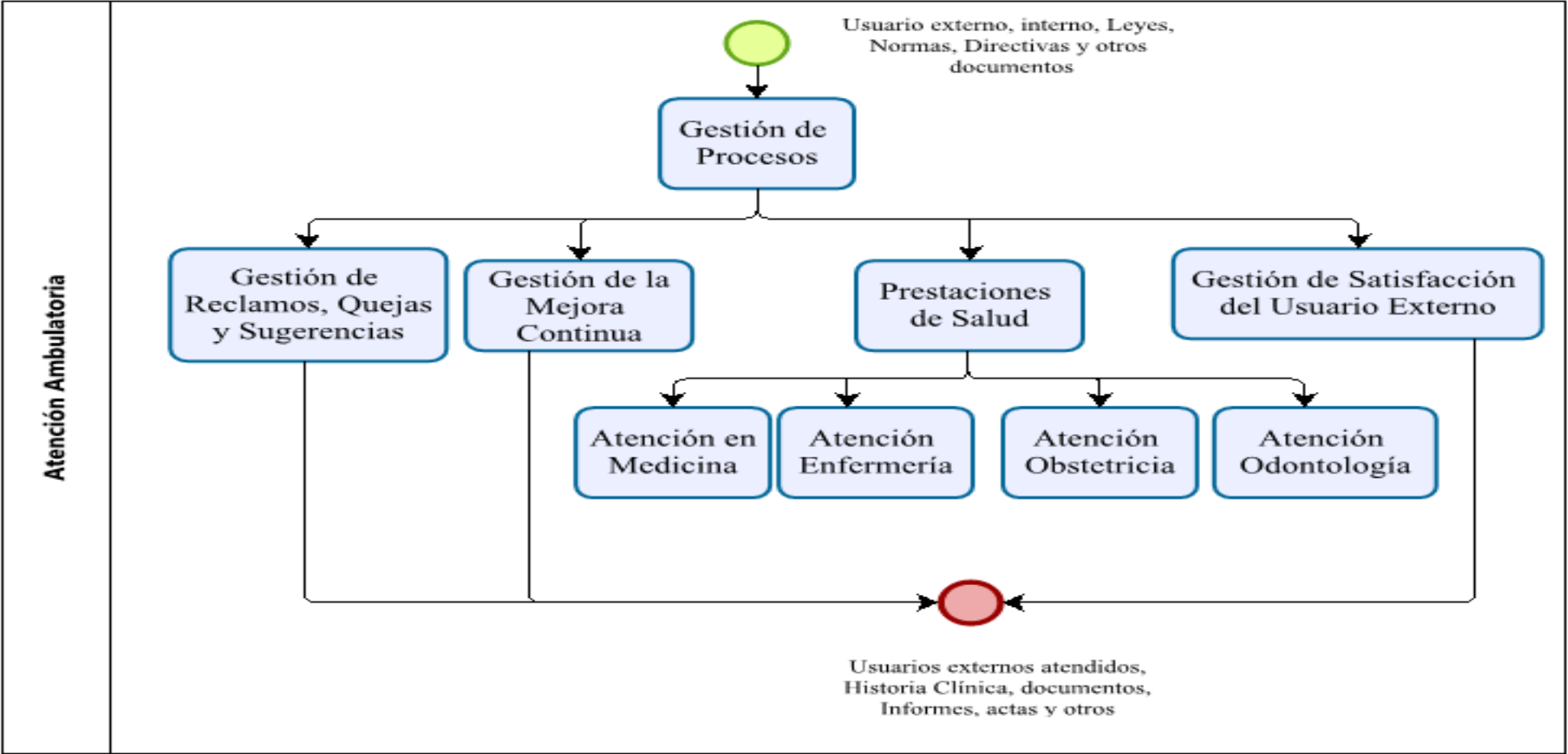
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Atención Ambulatoria Microrred Yanaoca (IPRESS Categoría I-2) periodo 2024



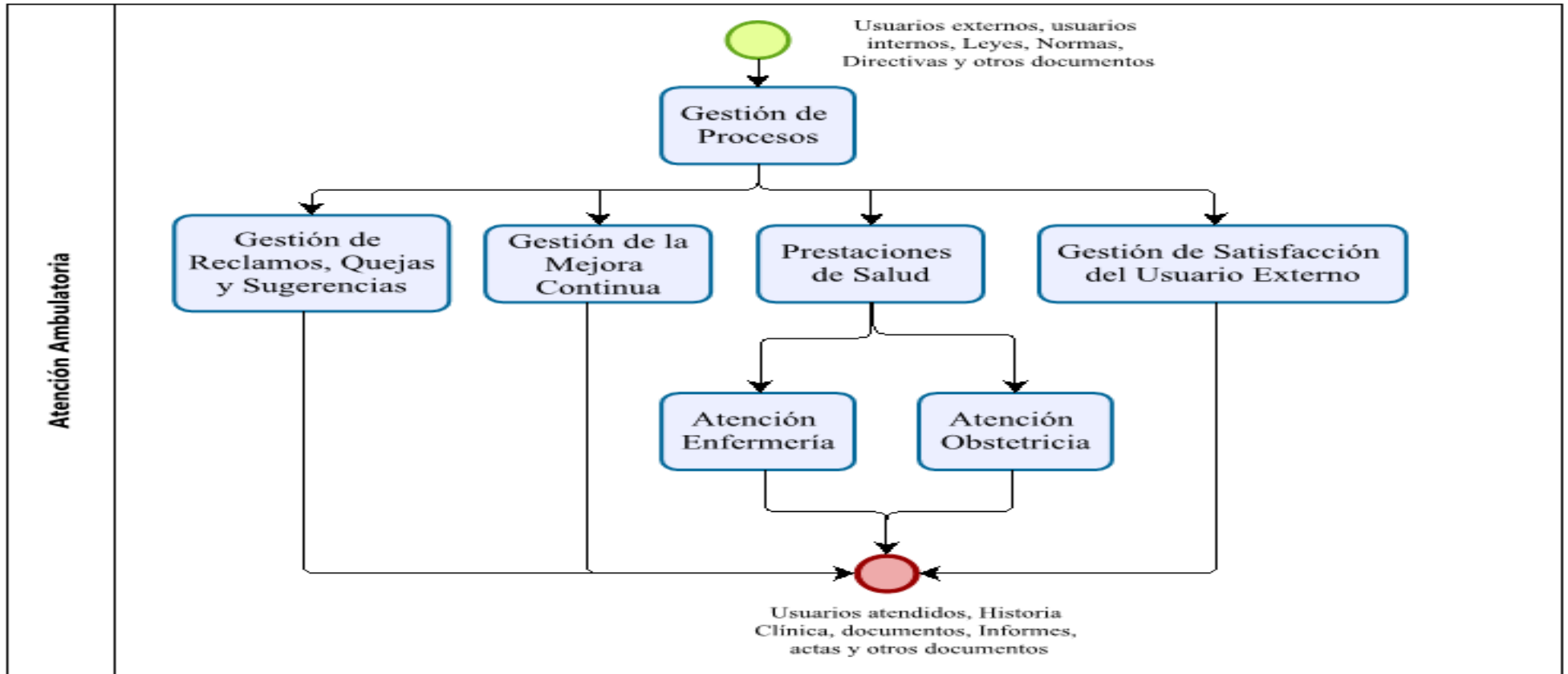
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Atención Ambulatoria Microrred Yanaoca (IPRESS Quehue) periodo 2024



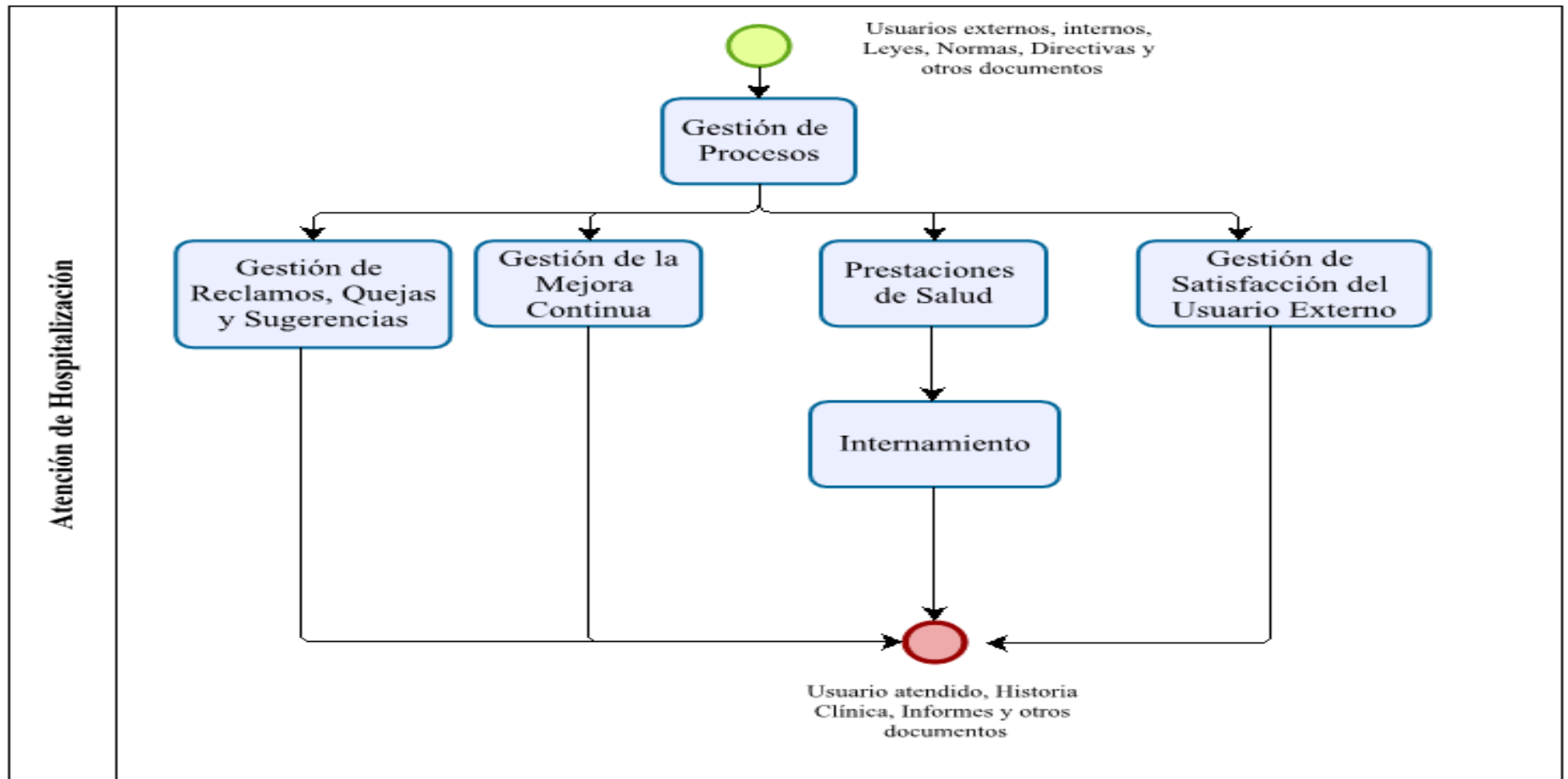
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Atención Ambulatoria Microrred Yanaoca (IPRESS I-1) periodo 2024



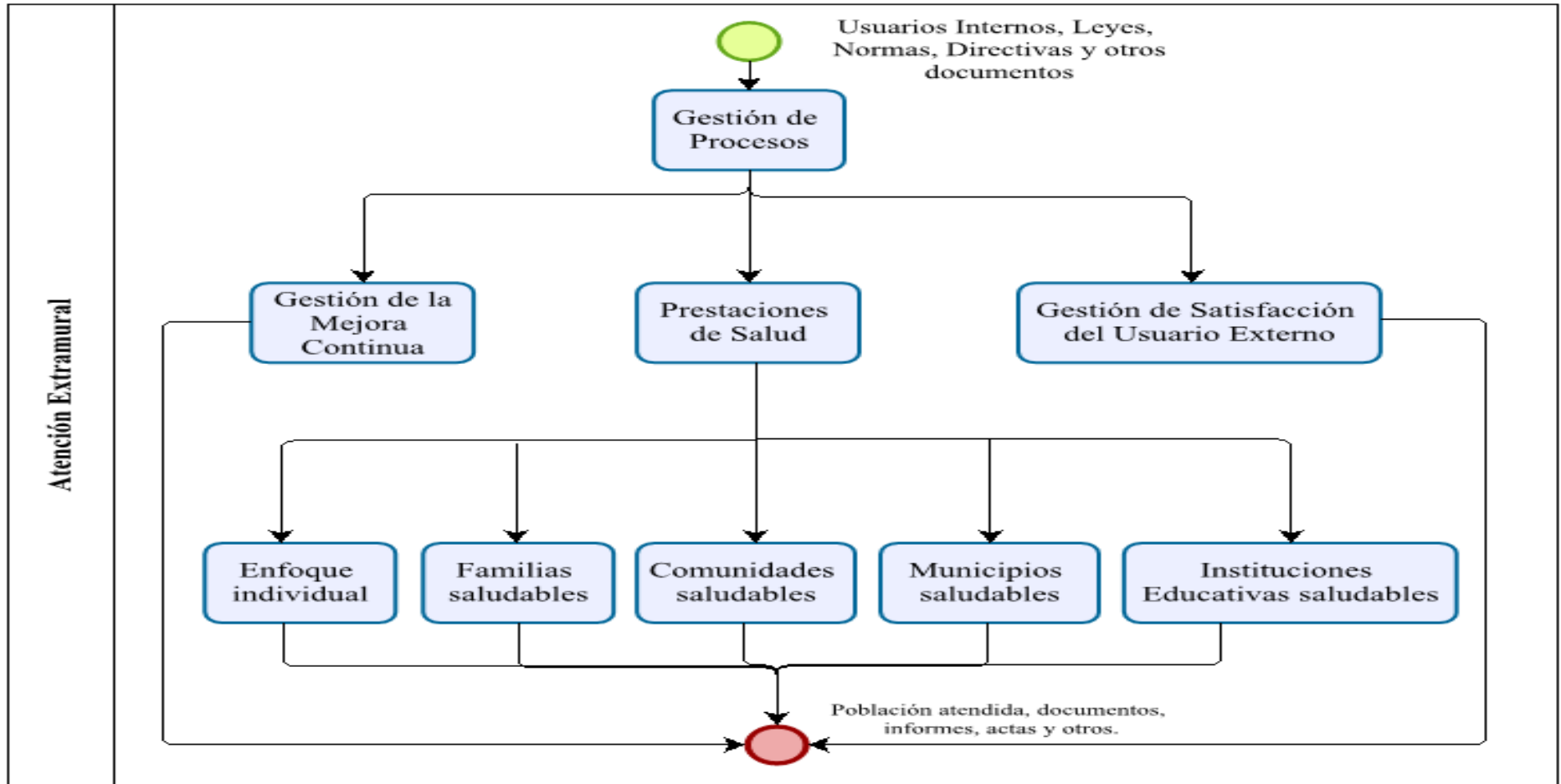
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Atención de Hospitalización Microrred Yanaoca (IPRESS Yanaoca) periodo 2024



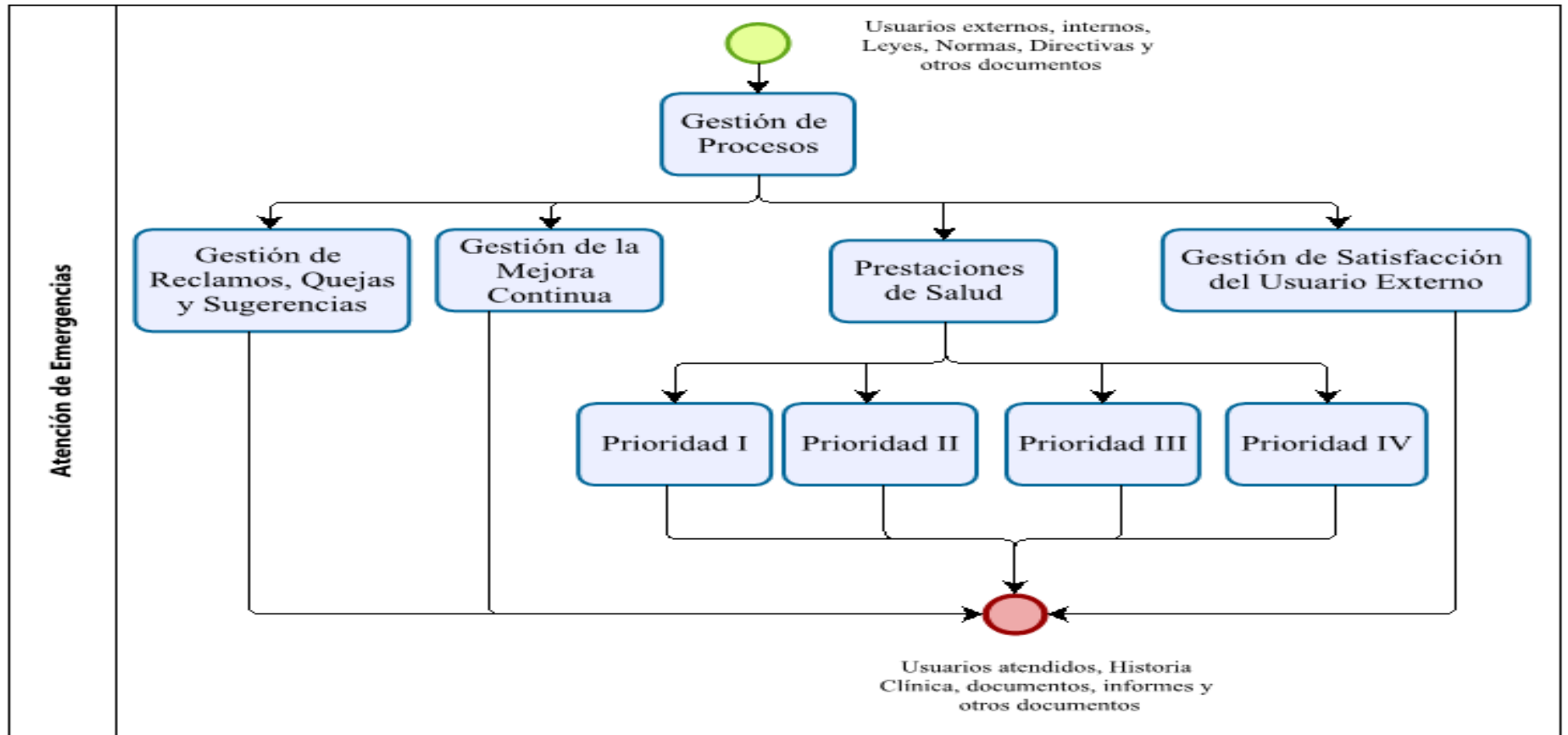
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

### Diagrama de Flujo Proceso Atención Extramural Microrred Yanaoca periodo 2024



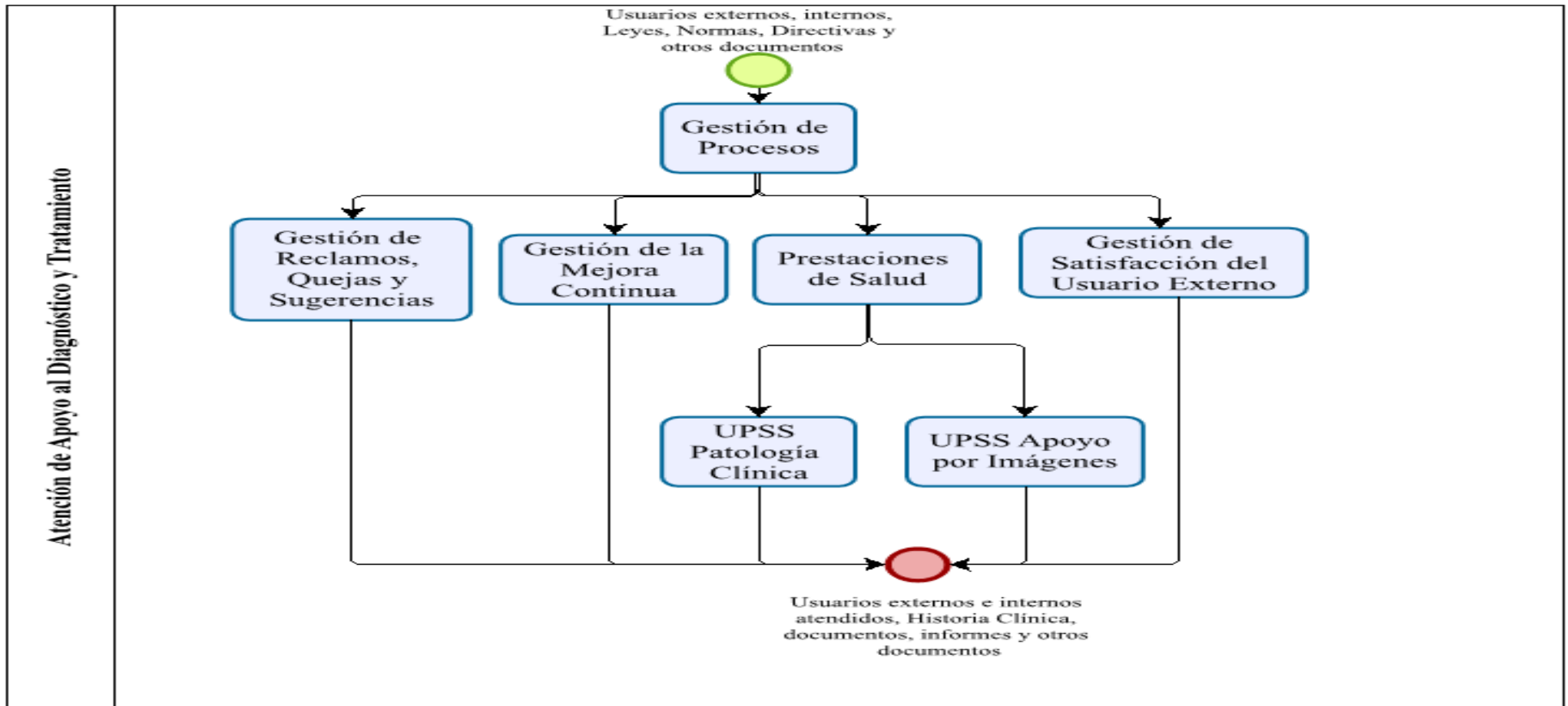
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Atención de Emergencias Microrred Yanaoca periodo 2024



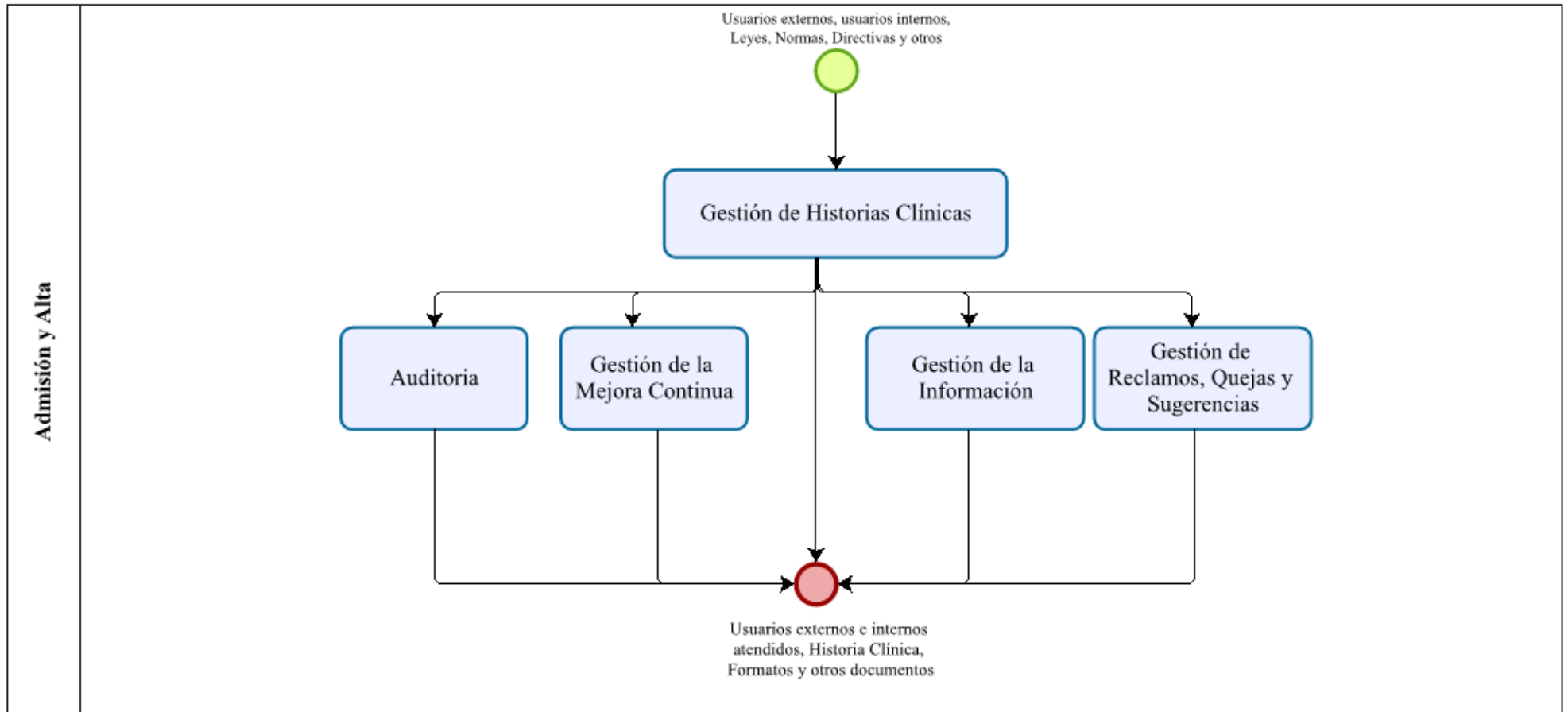
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

## Diagrama de Flujo Proceso Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento periodo 2024



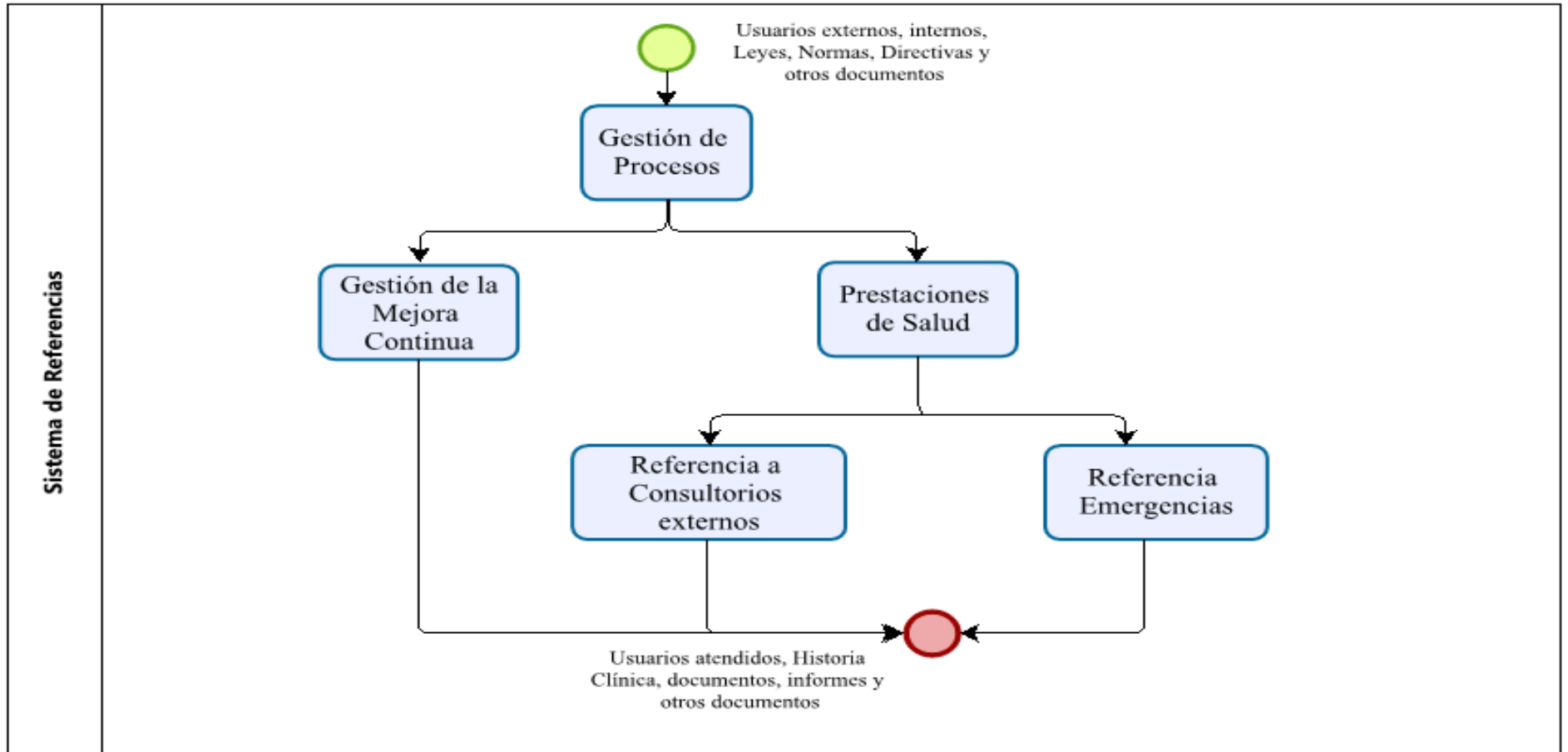
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

## Diagrama de Flujo Proceso Atención Admisión y Alta periodo 2024



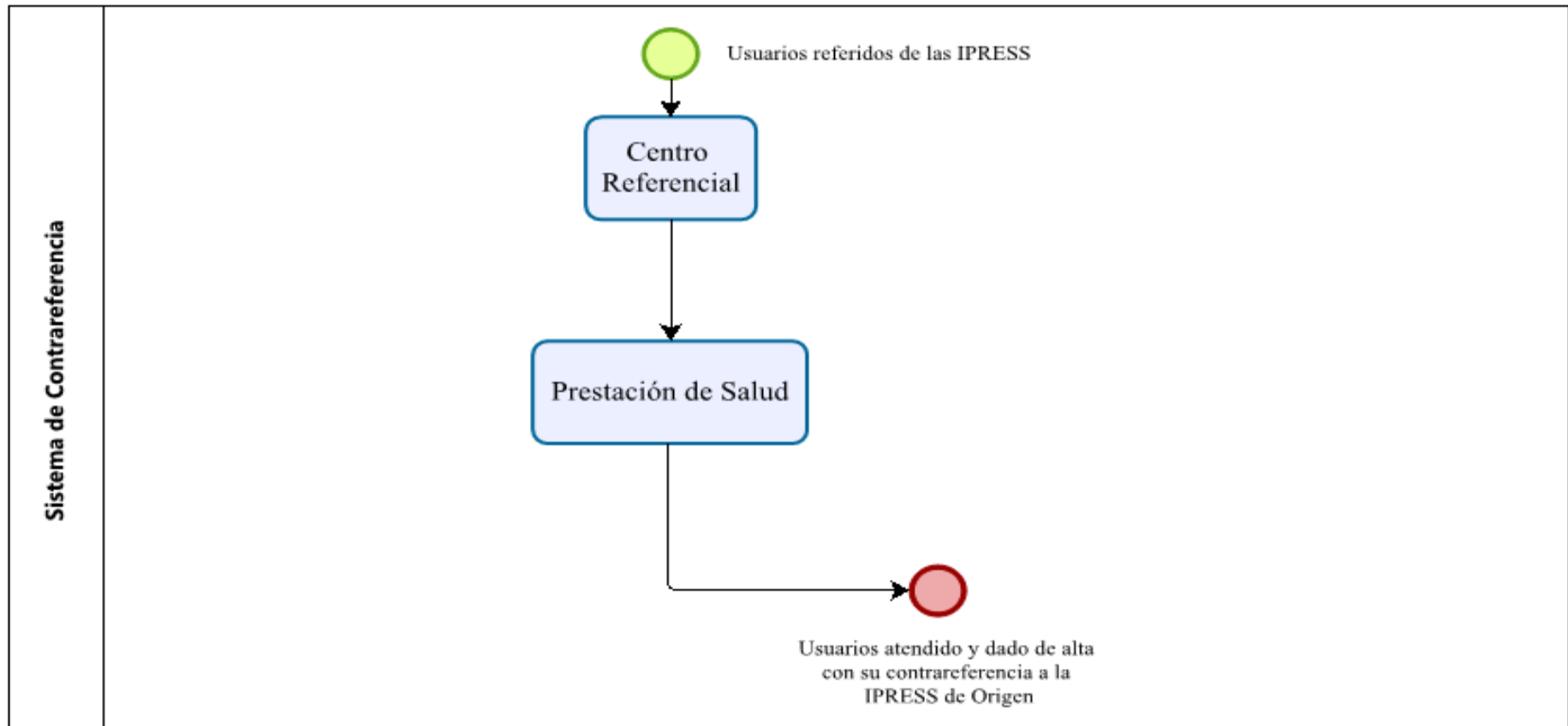
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

### Diagrama de Flujo Proceso Referencias periodo 2024



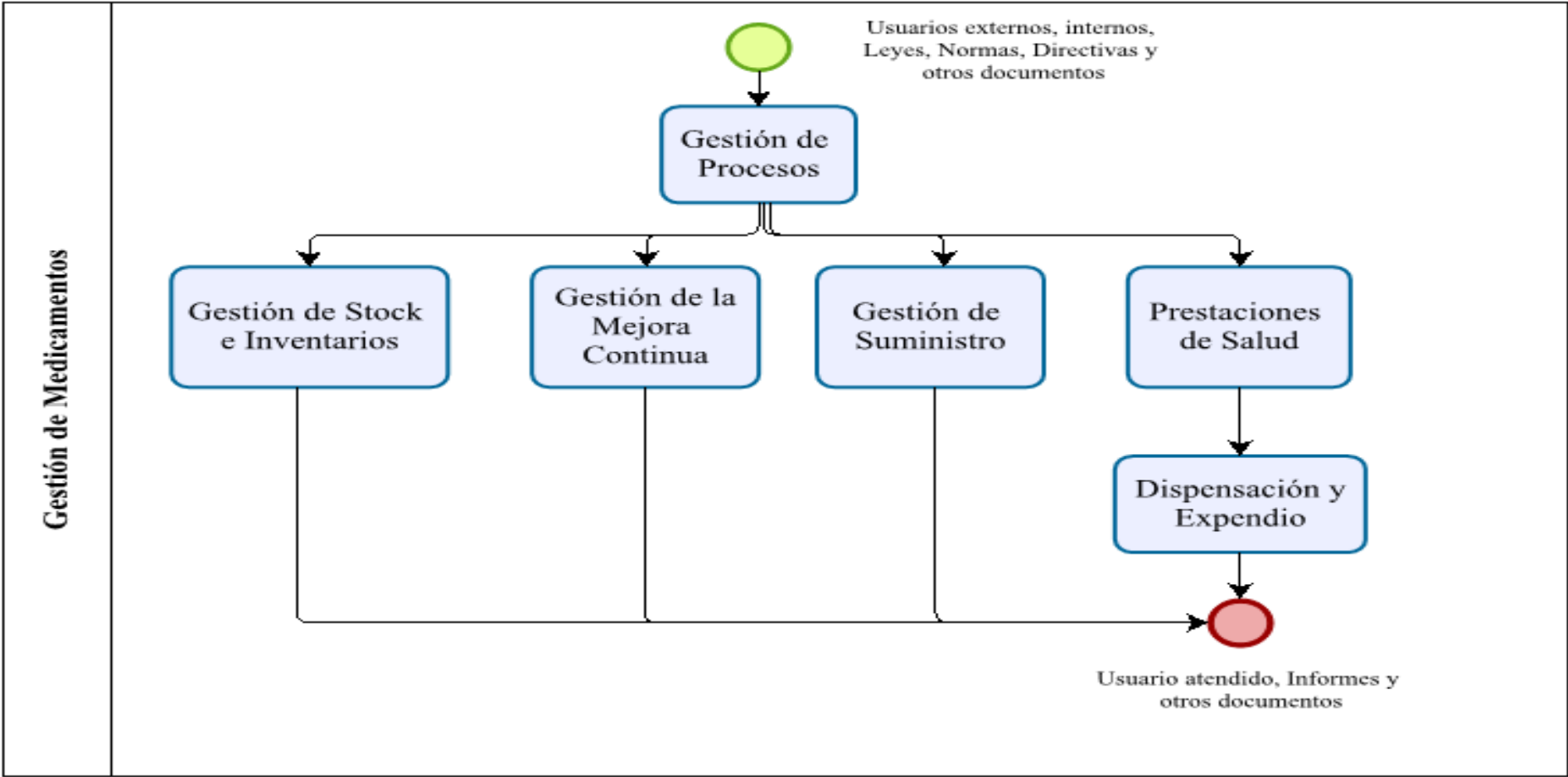
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

### Diagrama de Flujo Proceso Contrarreferencia periodo 2024



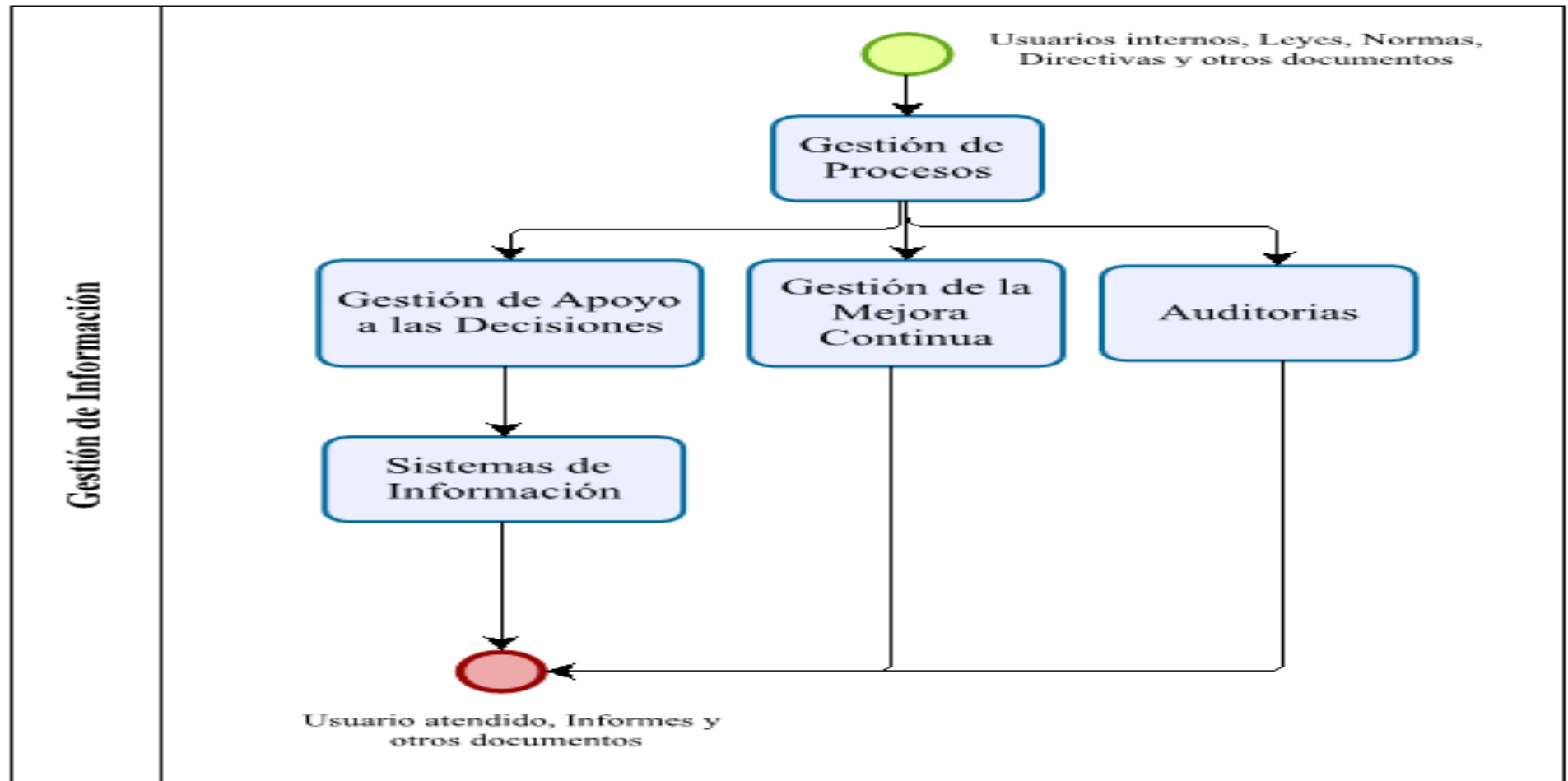
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

Diagrama de Flujo Proceso Gestión de Medicamentos periodo 2024



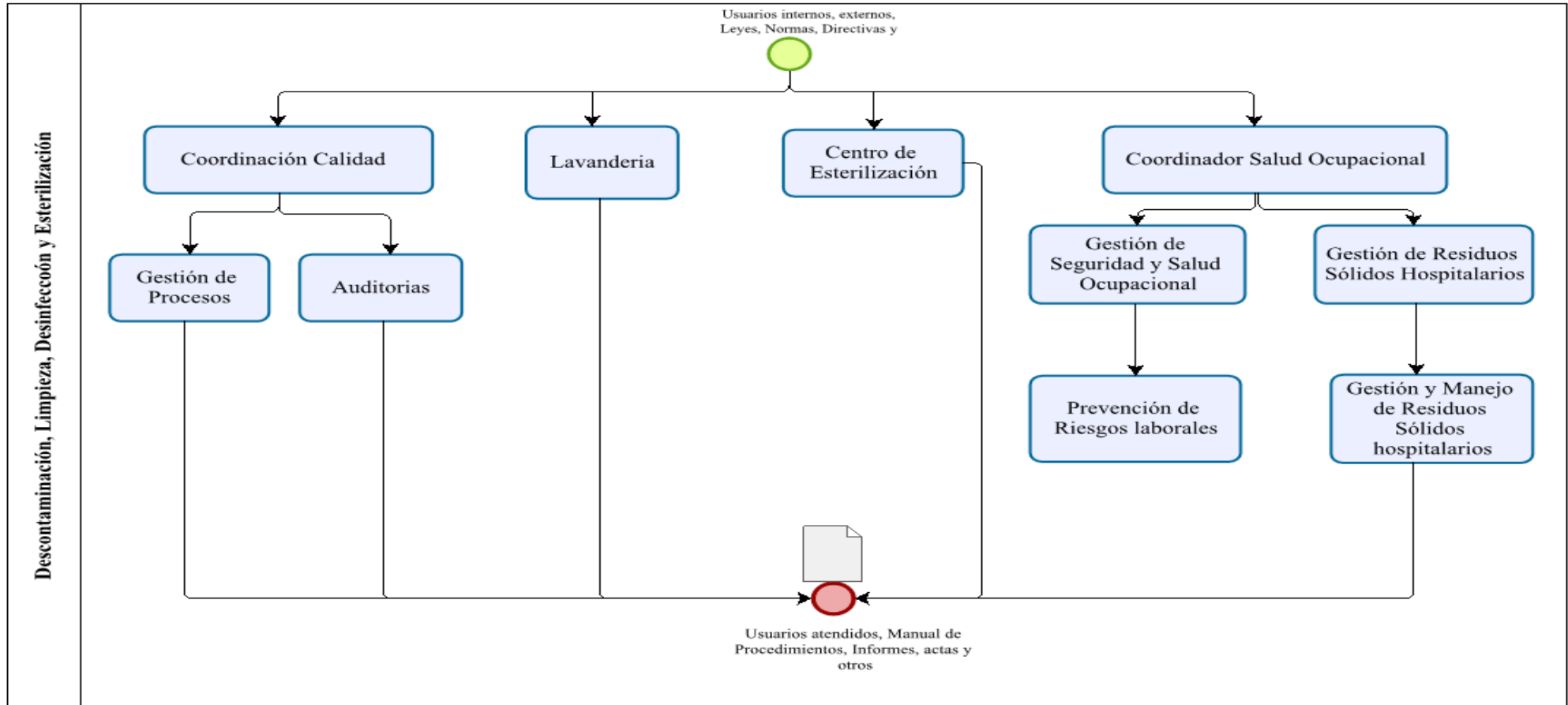
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

### Diagrama de Flujo Proceso Gestión de Información periodo 2024



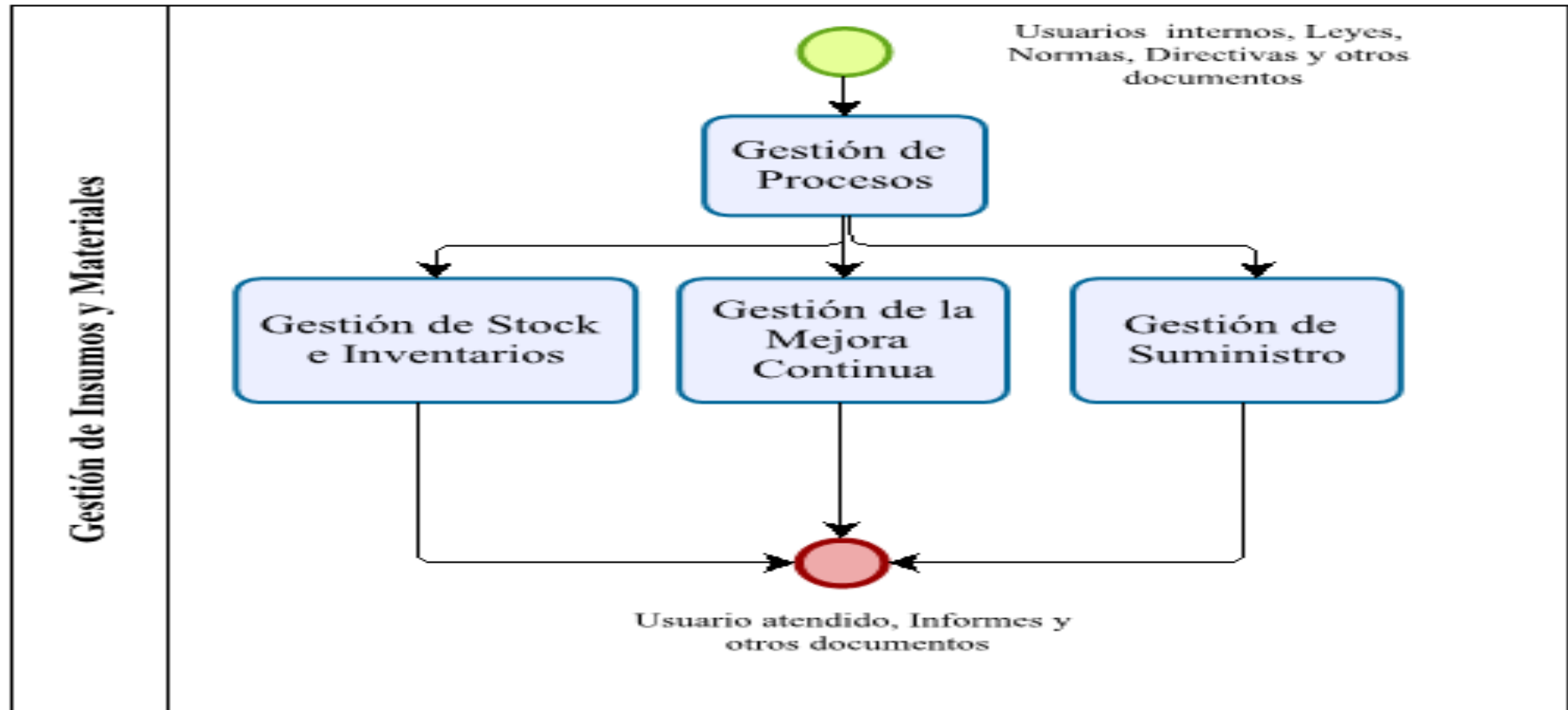
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

## Diagrama de Flujo Proceso Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización periodo 2024



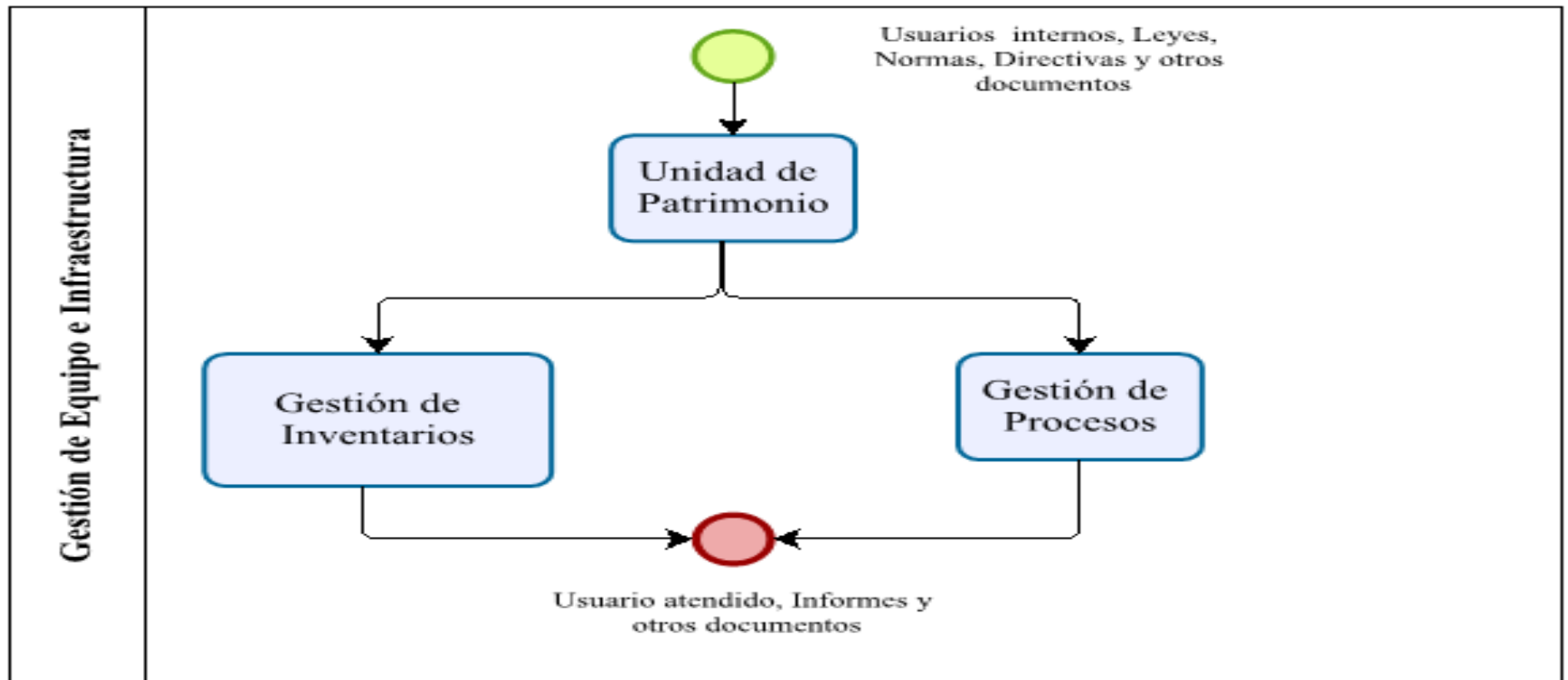
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

### Diagrama de Flujo Gestión de Insumos y Materiales periodo 2024



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanacoa

### Diagrama de Flujo Gestión de Equipos e Infraestructura



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

**Anexo Nro. 30: Identificación y Selección de problemas de los procesos en la  
Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Identificación y Selección de problemas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>10/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>17:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y Selección de problemas de los procesos en la Microred Yanaoca 2024.</li> </ul>					
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>					
07/06/2024					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para realizar las Identificación y Selección de problemas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la aplicación de la herramienta de Calidad “Matriz de Priorización”</li> <li>▪ Conclusiones: Se realiza la Identificación y Selección de Problemas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024 y se Prioriza tres problemas para los procesos gerenciales, un problema para los procesos misionales y cuatro problemas para los procesos de Apoyo.</li> </ul>					
<b>III. ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca</li> <li>▪ Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 17:30 del 10 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.</li> </ul>					
<b>IV. PARTICIPANTES</b>					
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



### Matriz de Priorización de Problemas Identificados en los Procesos Gerenciales

N°	Procesos Gerenciales	Problema de interés	Frecuencia	Importancia	factibilidad	Puntaje
1	Gestión de Seguridad ante Desastres	Deficiente Gestión de Mitigación de Riesgos	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	40 3+5+3+5+3+5+3+5+3+5	140
2	Manejo del Riesgo de la Atención	Deficiente Gestión de la Seguridad de la Atención	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	150
3	Control de Gestión y Prestación	Deficientes Auditorias en salud	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	48 5+3+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	148

Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

#### Tres primeros problemas priorizados de los Procesos Gerenciales

1. Deficiente Gestión de la Seguridad de la Atención en el Proceso Manejo del Riesgo de la Atención
2. Deficientes Auditorias en Salud en el Proceso Control de Gestión y Prestación
3. Deficiente Gestión de Mitigación de Riesgos en el Proceso de Gestión de Seguridad ante Desastres

**Matriz de Priorización de Problemas identificados en los Procesos Misionales**

N°	Procesos Misionales	Problema de interes	Frecuencia	Importancia	factibilidad	Puntaje
1	Atención Extramural	Deficiente gestión de procesos	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5	150

Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

**Tres primeros problemas priorizados de los Procesos Misionales**

1. Deficiente Gestión de Procesos en la Atención Extramural

### Matriz de Priorización de Problemas identificados en los Procesos de Apoyo

N°	Procesos de Apoyo	Problema de interes	Frecuencia	Importancia	factibilidad	Puntaje
1	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Deficiente Gestión de Procesos	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	150
2	Admisión y Alta	Deficiente Gestión de Historias Clínicas	48 3+5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	148
3	Gestión de Información	Deficiente gestión de Apoyo a las decisiones	44 5+5+5+5+5+5+5+3+3+3	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	144
4	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Deficiente Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	50 5+5+5+5+5+5+5+5+5+5	40 3+3+3+3+3+5+5+5+5+5	140

Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

#### Cuatro primeros problemas priorizados de los Procesos de Apoyo

1. Deficiente Gestión de Procesos en la Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
2. Deficiente Gestión de Historias Clínicas en Admisión y Altas
3. Deficiente Gestión de Apoyo a las decisiones en la Gestión de Información
4. Deficiente Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Proceso de Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización

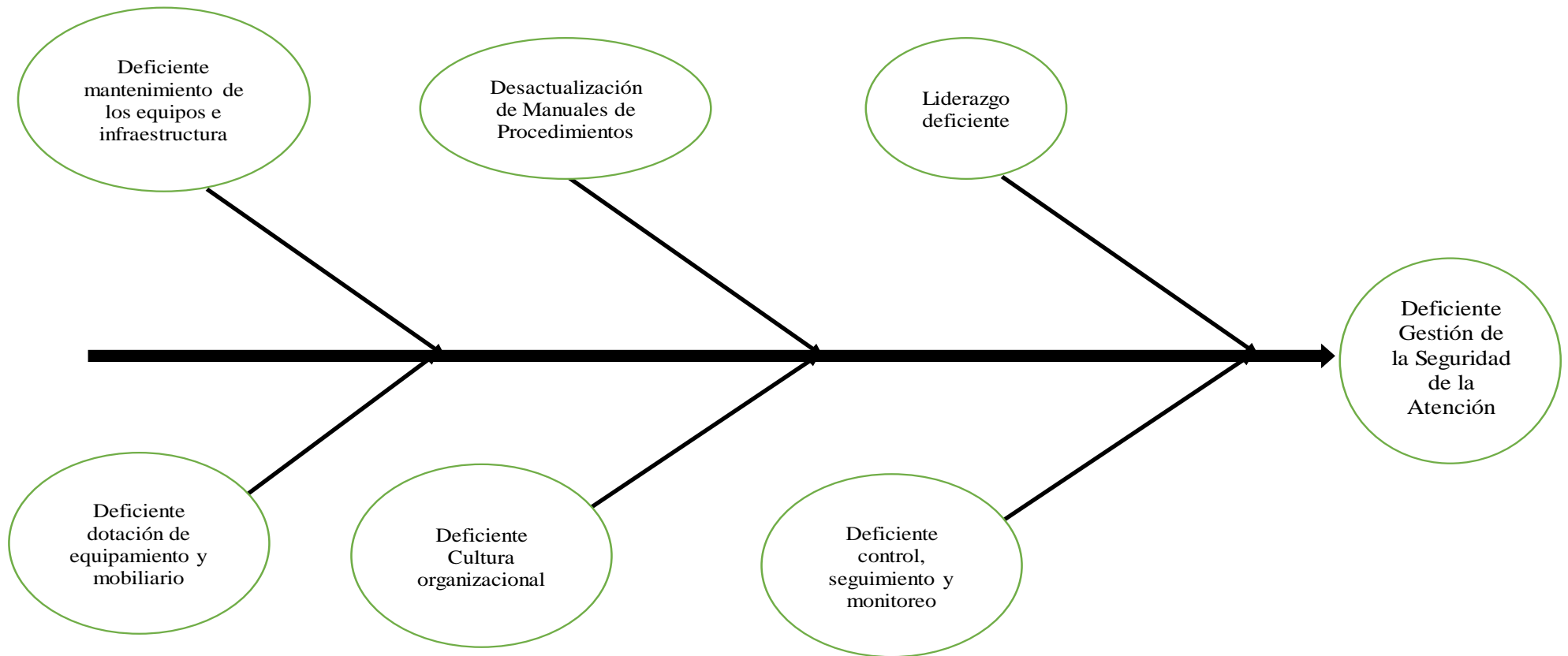
**Anexo Nro. 31: Análisis de Causa y Efecto de los Problemas Priorizados en  
los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Análisis de Causa y efecto de los problemas priorizados en los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>12/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>12:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y Selección de problemas de los procesos en la Microred Yanaoca 2024.</li> </ul>					
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>					
07/06/2024					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para realizar las Identificación y Selección de problemas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la aplicación de la herramienta de Calidad “Matriz de Priorización”</li> <li>▪ Conclusiones: Se realiza la Identificación y Selección de Problemas de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024 y se Prioriza tres problemas para los procesos gerenciales, tres problemas para los procesos misionales y cuatro problemas para los procesos de Apoyo.</li> </ul>					
<b>III. ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca</li> <li>▪ Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 17:30 del 10 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.</li> </ul>					
<b>IV. PARTICIPANTES</b>					
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>

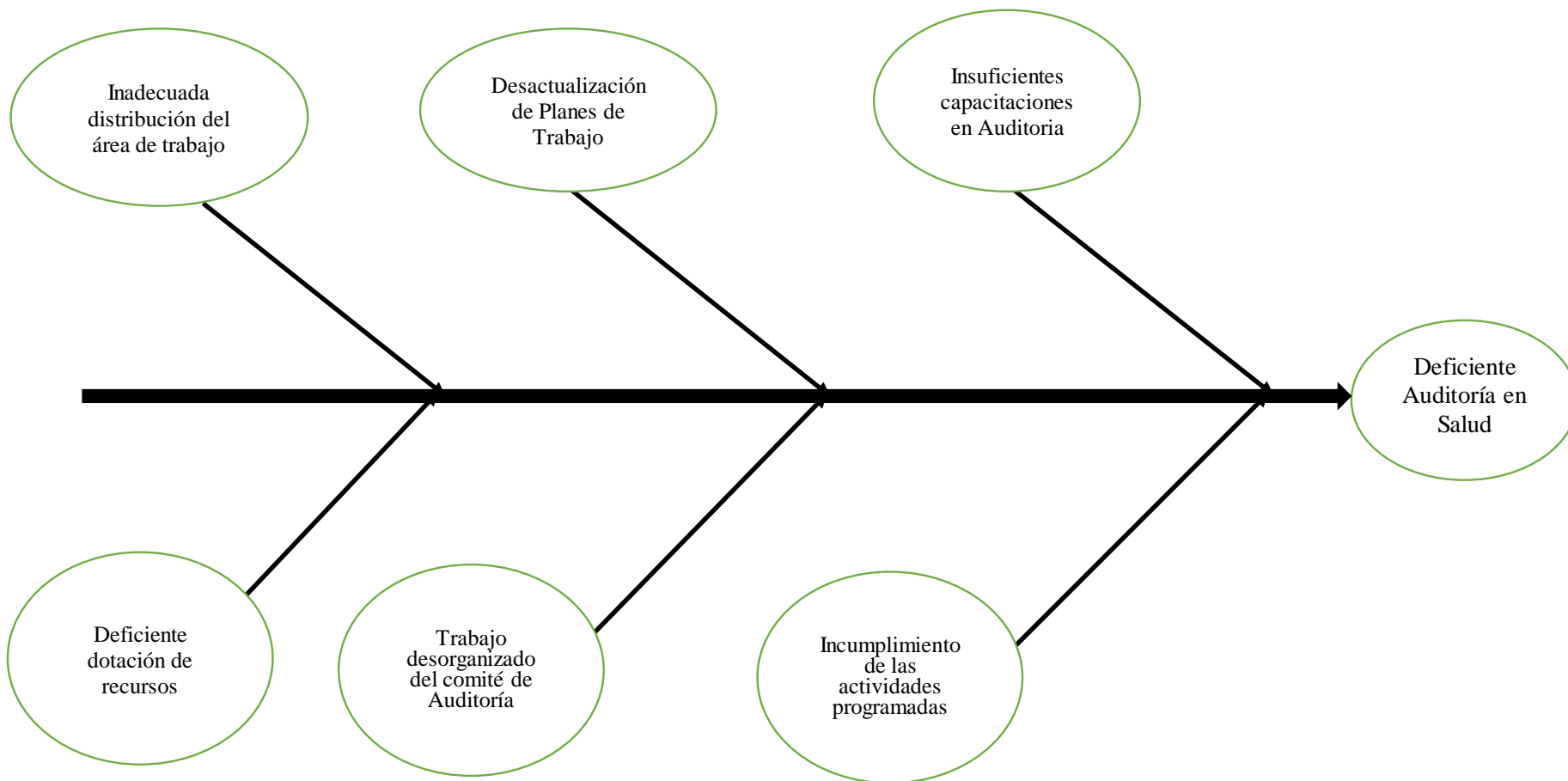


**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Gestión de la Seguridad de la atención del Proceso Manejo del Riesgo de la Atención en la Microred Yanaoca periodo 2024**



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

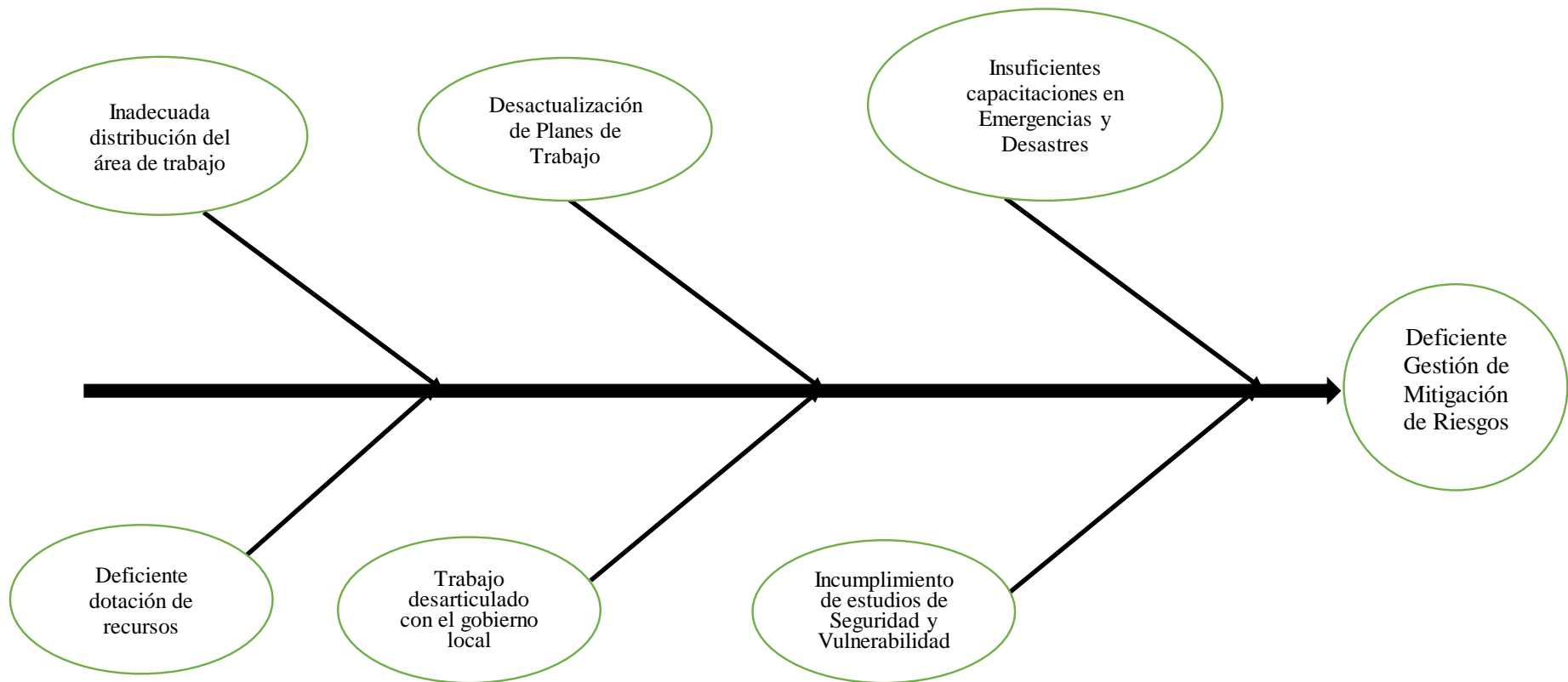
**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Auditoría en Salud en el Proceso Control de Gestión y Prestación en la Microred Yanaoca periodo 2024**



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

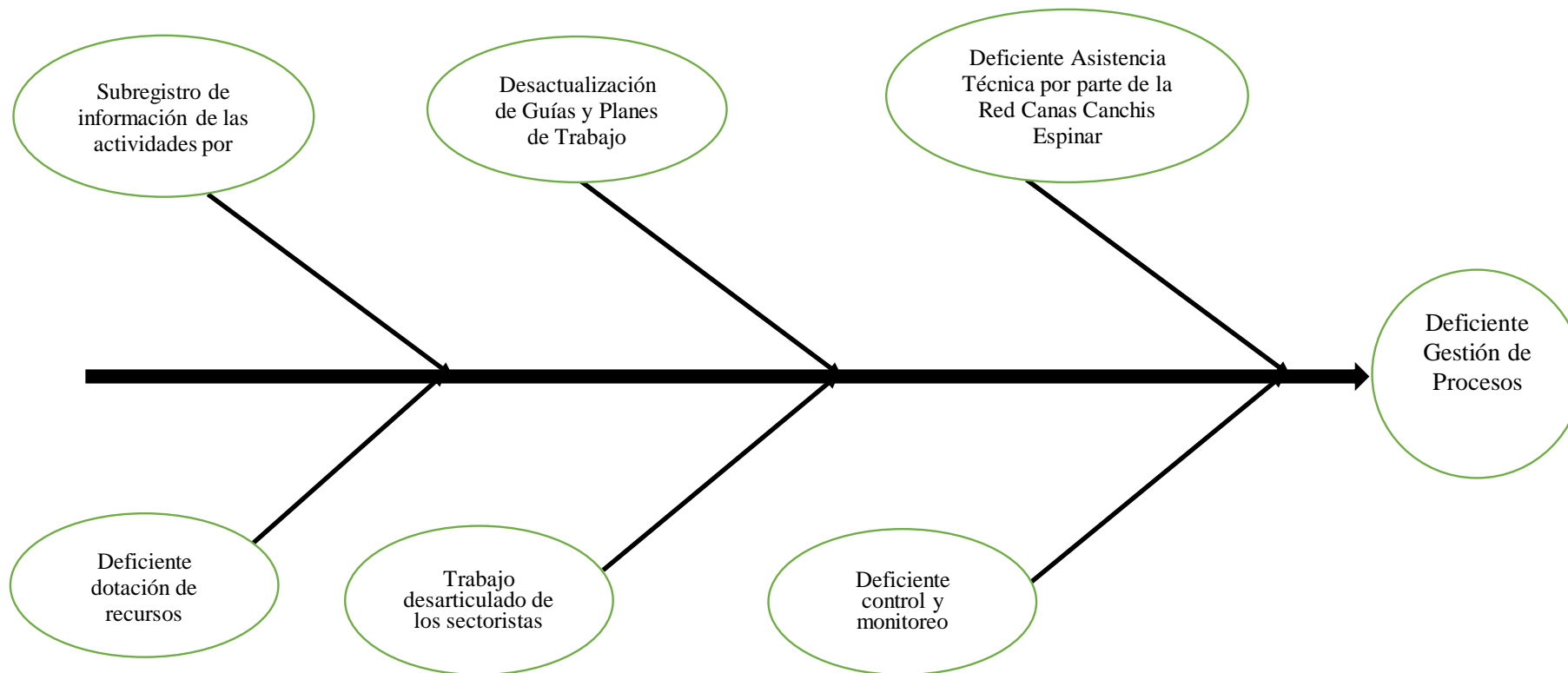
**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Gestión de Mitigación de Riesgos en la Gestión de Seguridad ante Desastres en la Microred Yanaoca periodo**

**2024**



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

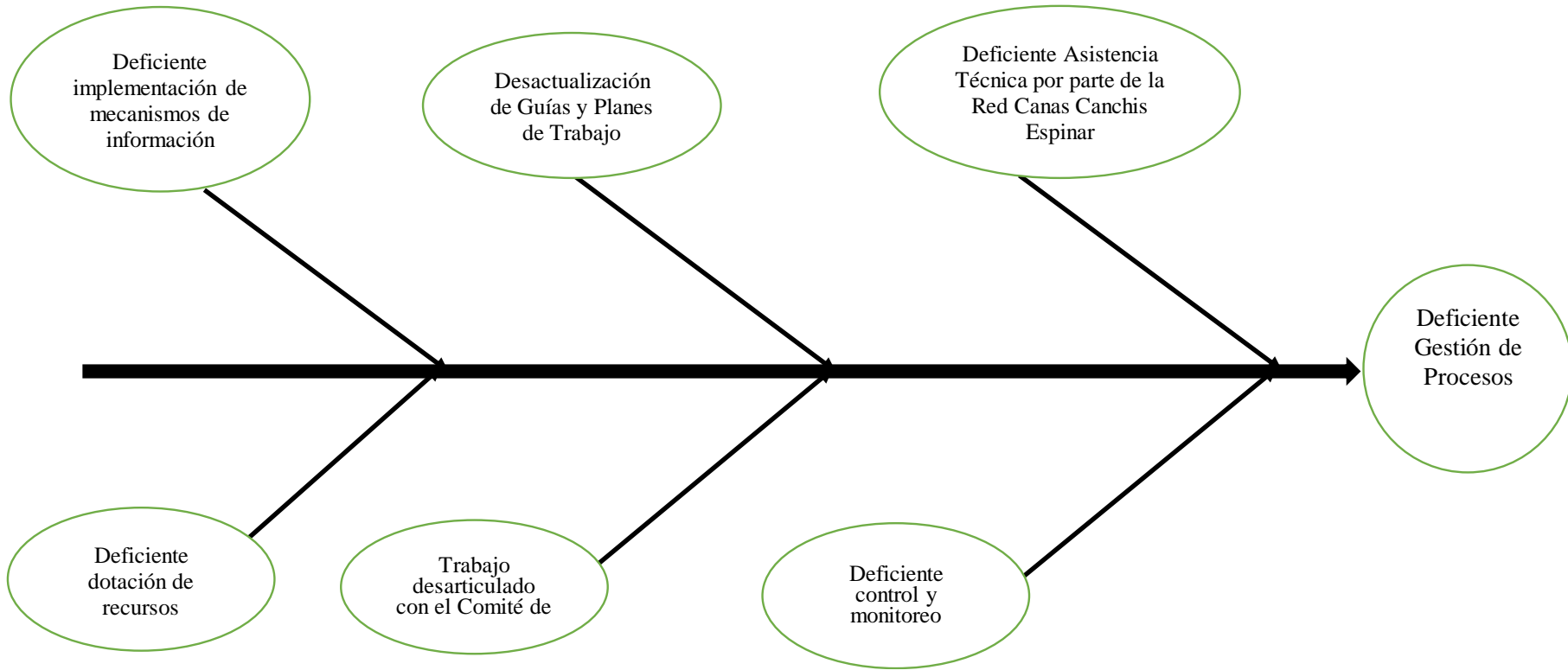
**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Gestión de Procesos en Atención Extramural en la Microred Yanaoca periodo 2024**



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

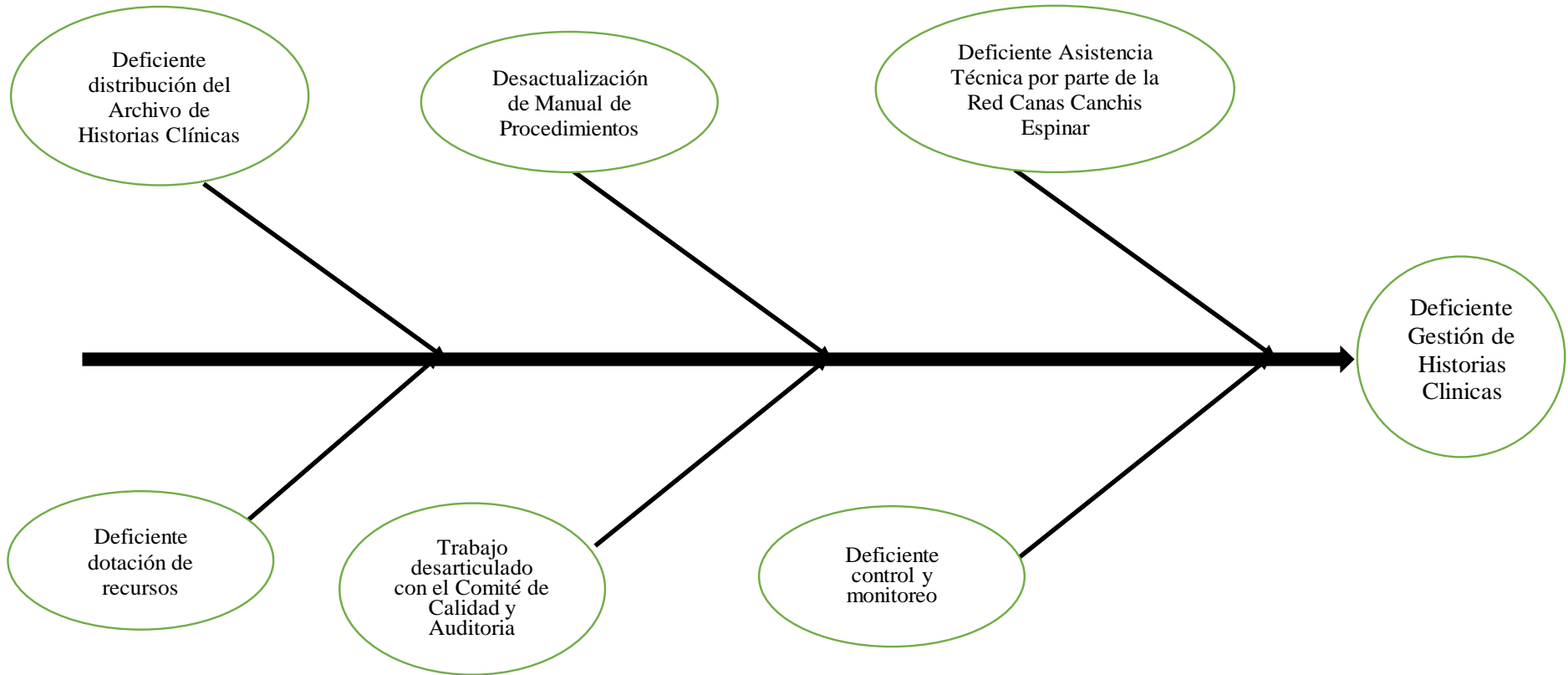
**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Gestión de Procesos en Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Microred Yanaoca periodo**

**2024**



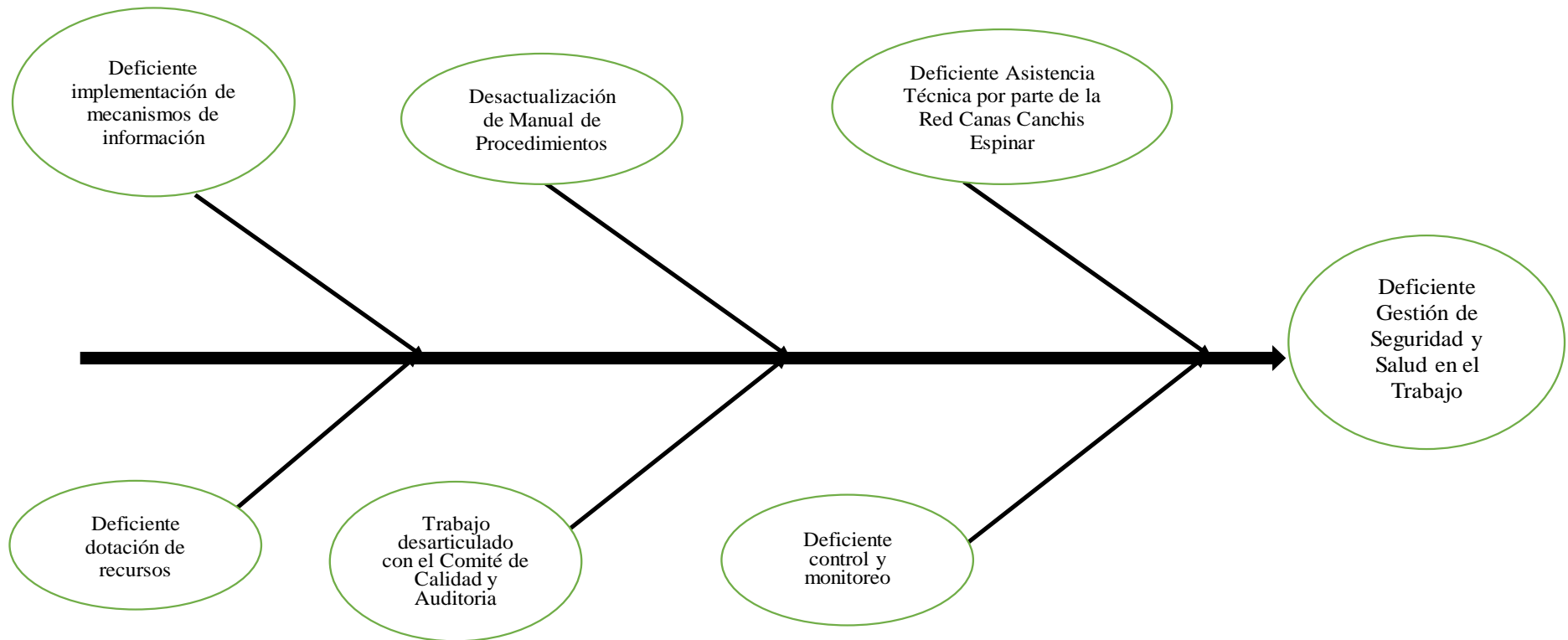
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Gestión de Historias Clínicas en Admisión y Alta en la Microred Yanaoca periodo 2024**



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

**Diagrama Causa Efecto de la Deficiente Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Proceso de Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización en la Microred Yanaoca periodo 2024**



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

**Anexo Nro. 32: Selección e Implementación de Acciones de Mejora de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Implementación y Selección de Acciones de Mejora de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>14/06/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>9:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>12:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Identificación y Selección de Acciones de mejora de los procesos en la Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

14/06/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para realizar las Implementación y Selección de acciones de Mejora de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la aplicación de la herramienta de Calidad “Diagrama de Flujo”
- Conclusiones: Se seleccionaron 8 acciones de Mejora y se implementaron las 8 acciones de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 12:30 del 14 de junio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

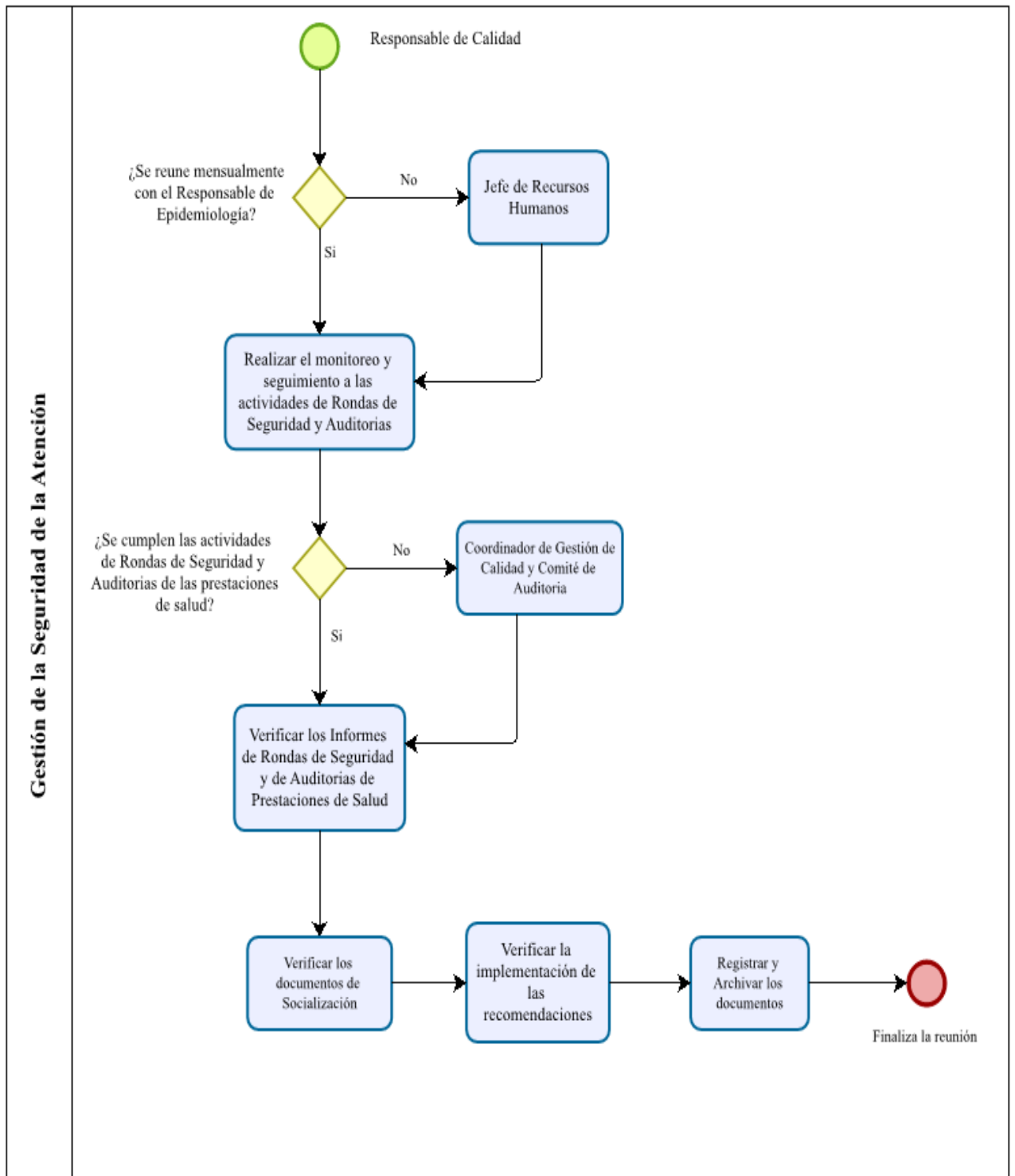
**IV. PARTICIPANTES**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



## Diagrama de Flujo de la Gestión de la Seguridad de la Atención en la Microred

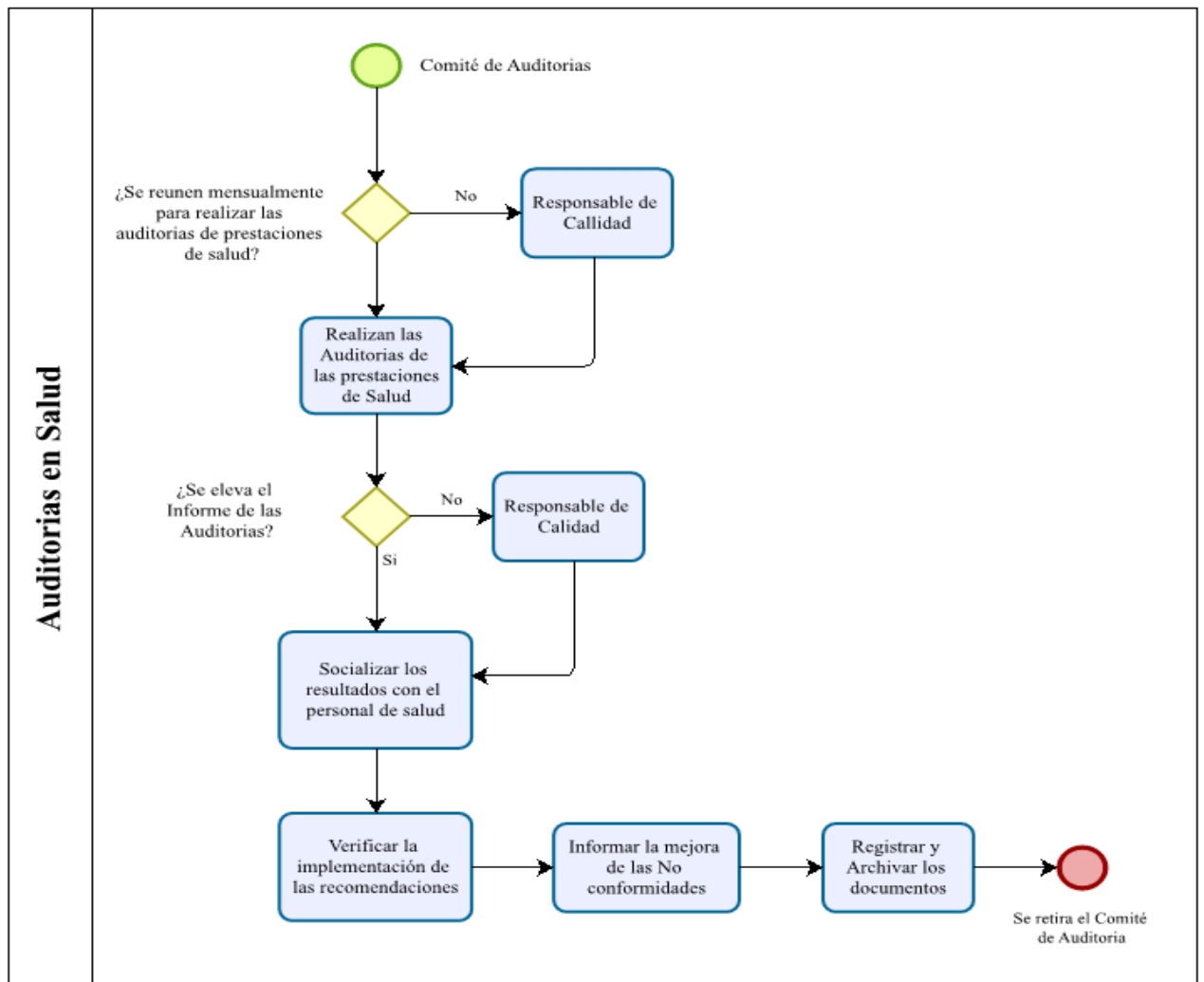
### Yanaoca periodo 2024



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

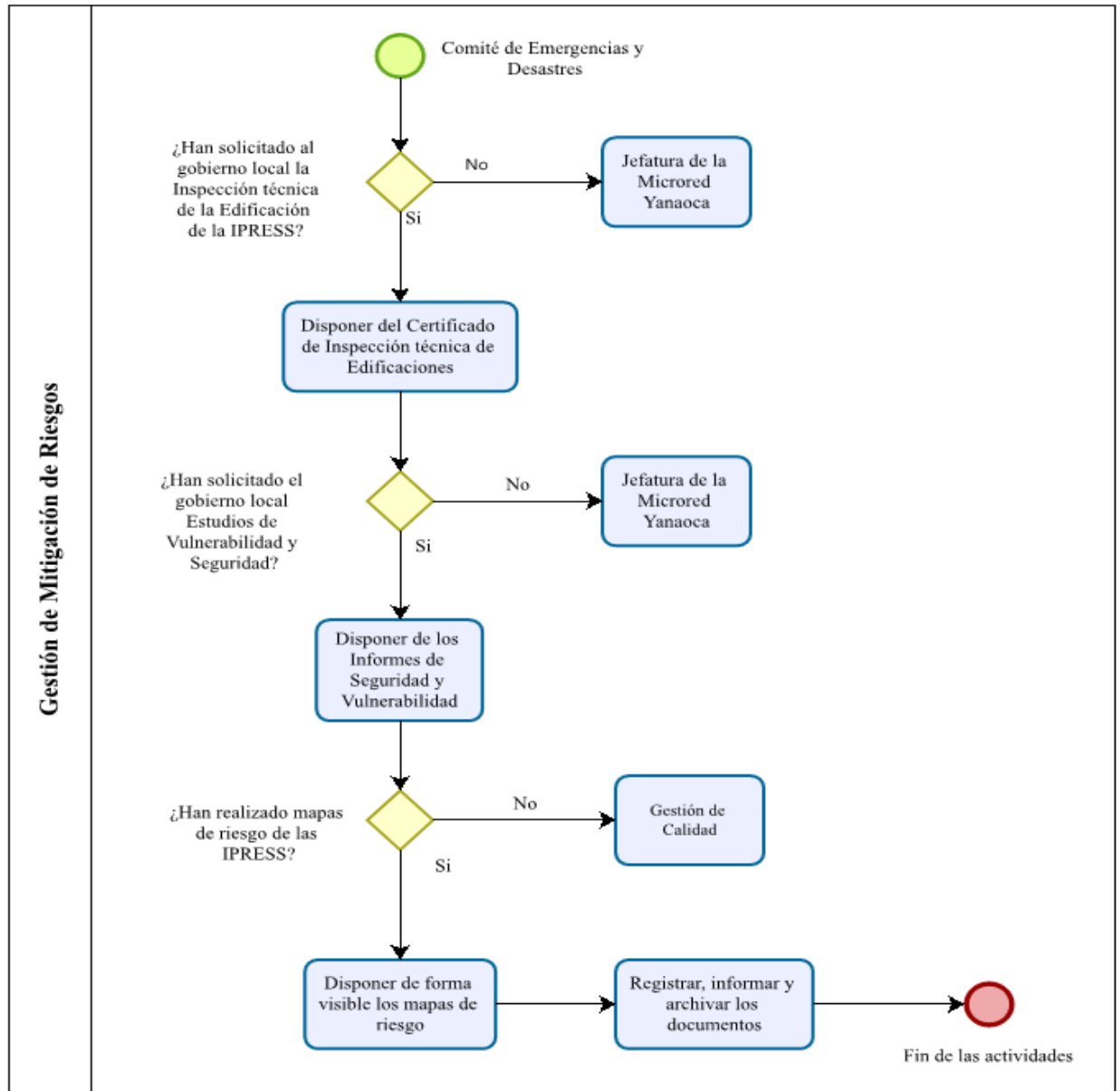
## Diagrama de Flujo de las Auditorías en Salud en la Microred Yanaoca periodo

2024



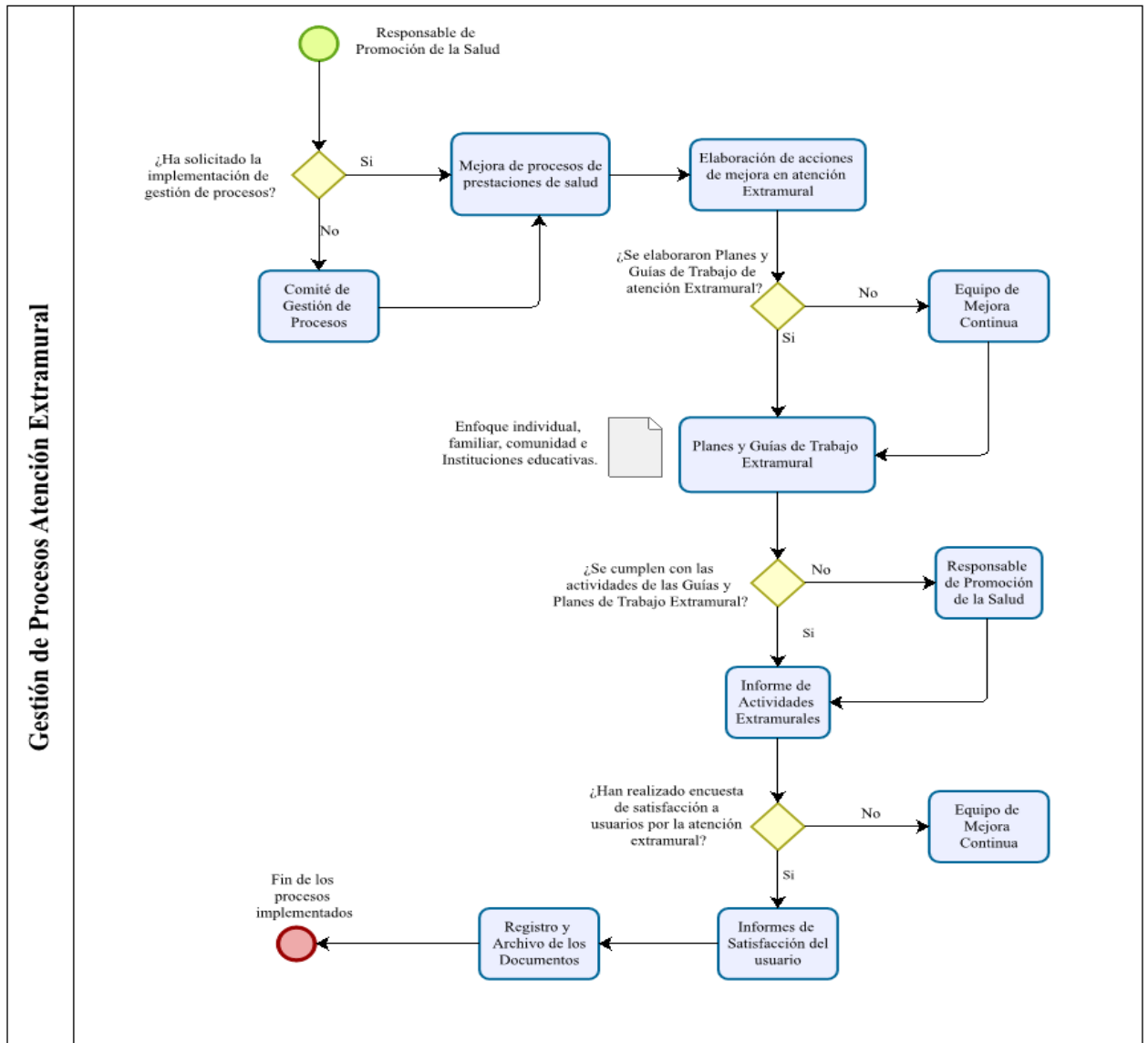
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

**Diagrama de Flujo de la Gestión de Mitigación de Riesgos en la Microred Yanaoca  
periodo 2024**



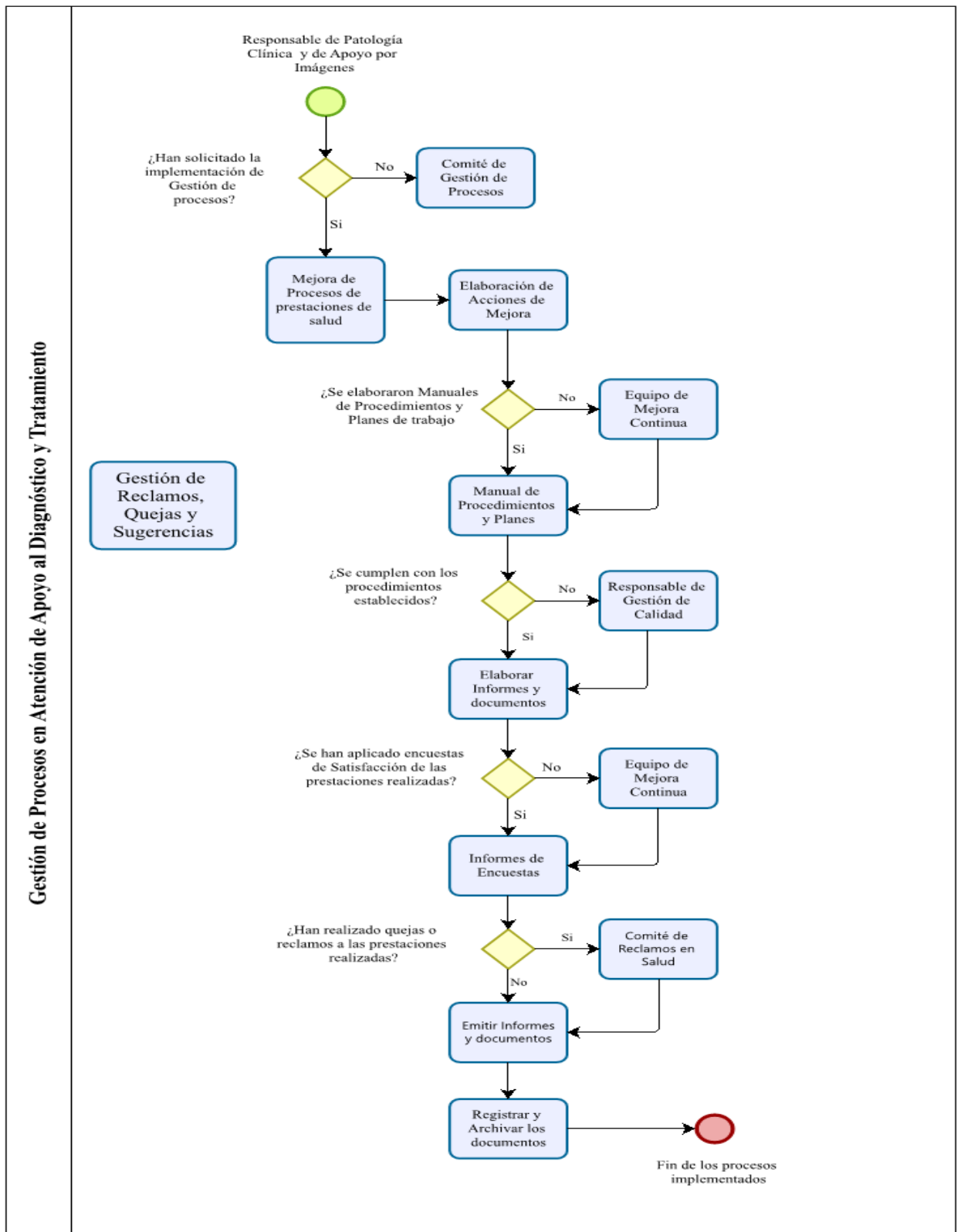
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

## Diagrama de Flujo de la Gestión de Procesos en Atención Extramural en la Microred Yanaoca periodo 2024



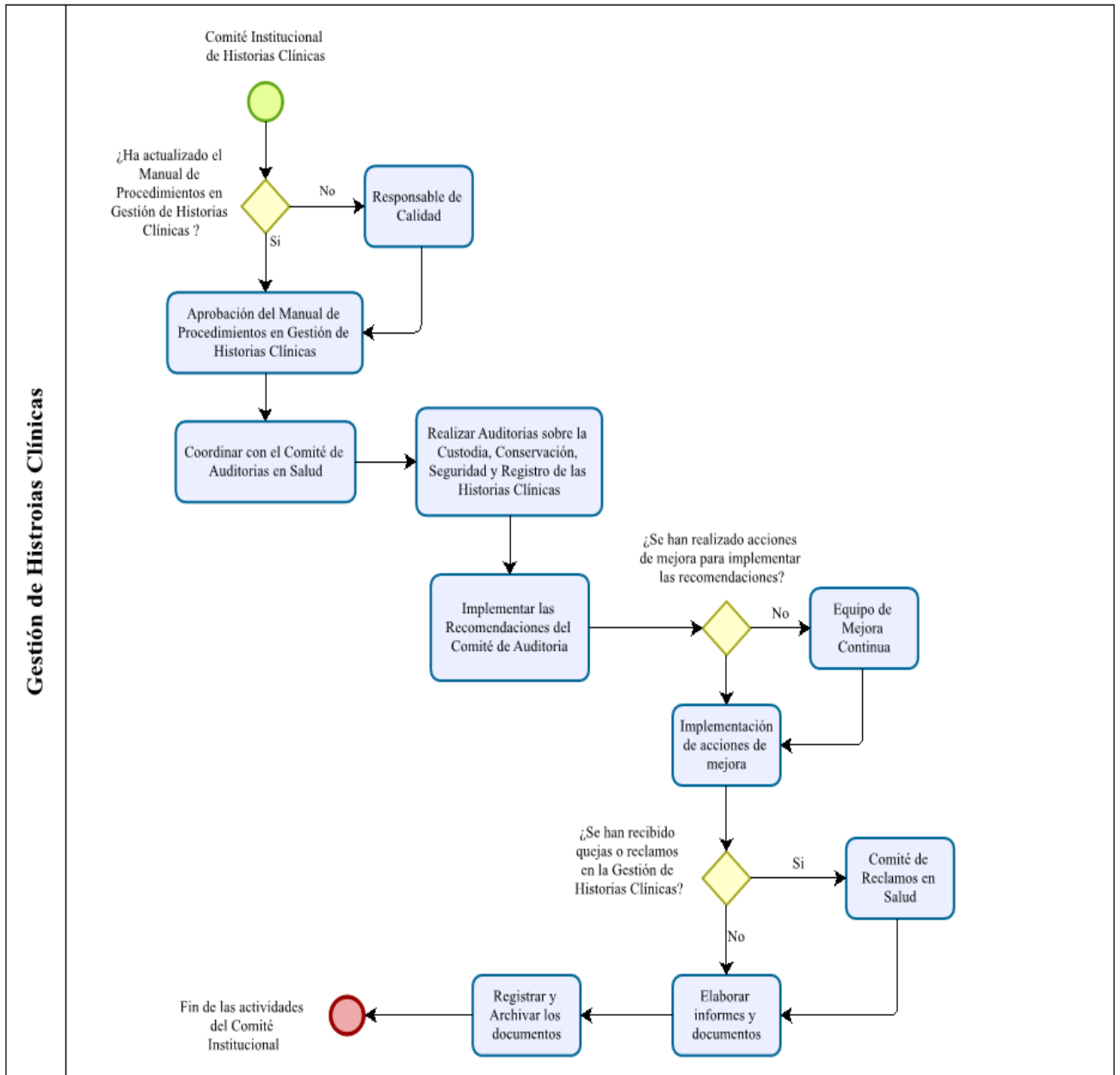
Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

## Diagrama de Flujo de la Gestión de Procesos en Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Microred Yanaoca periodo 2024



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

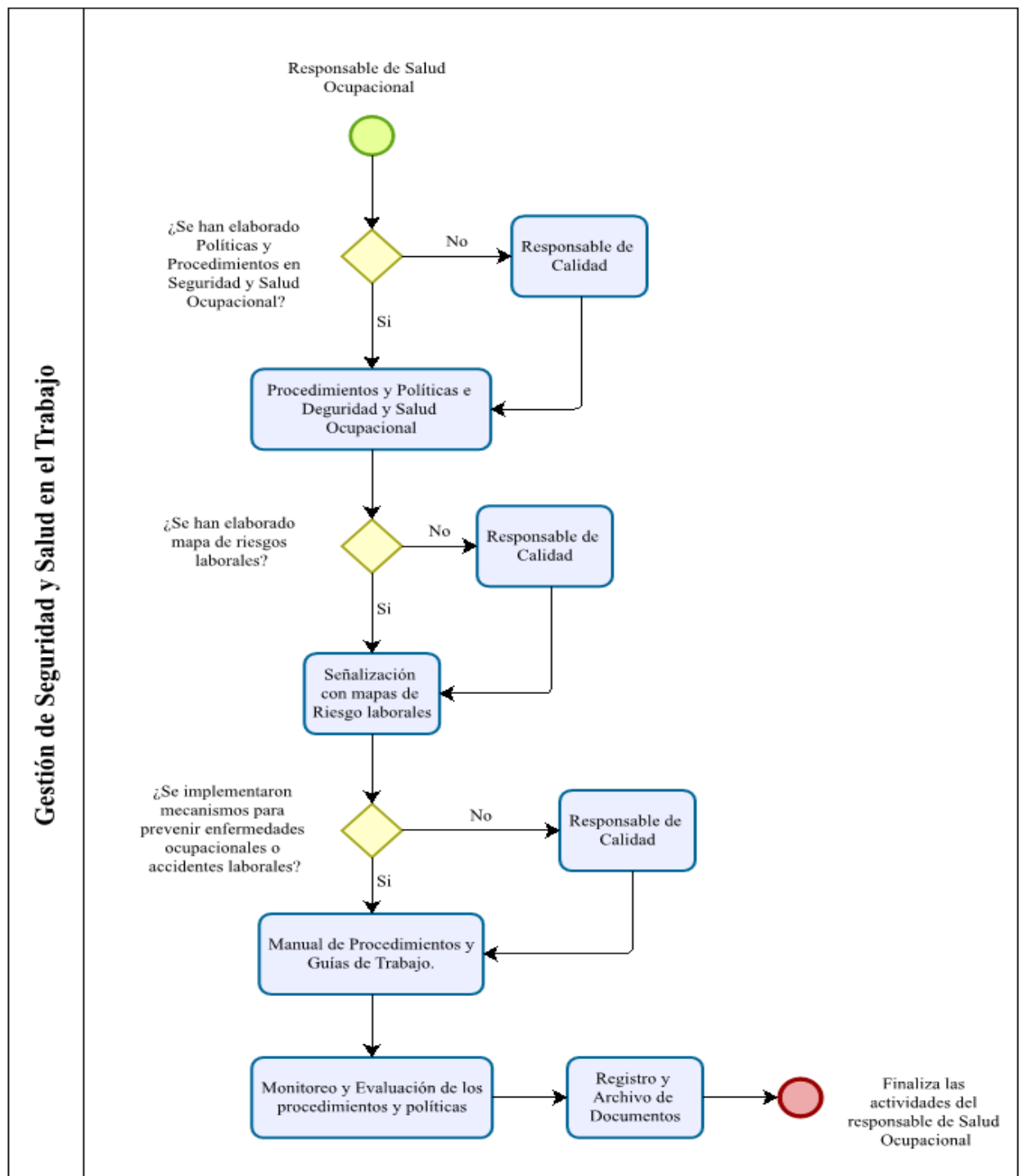
## Diagrama de Flujo de la Gestión de Historias Clínicas en la Microred Yanaoca periodo 2024



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

# Diagrama de Flujo de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Microred

Yanaoca periodo 2024



Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microred Yanaoca

<b>Nro</b>	<b>Título de Acciones de Mejora</b>	<b>Proceso</b>	<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Término</b>	<b>Fuente Verificable</b>
1	Manual de Procedimientos Operativos en Prevención y Atención de Riesgos	Manejo del Riesgo de la Atención	21-06-2024	15-07-2024	Memorándum Circular N° 034/GR-CUSCO/UE401RSSCCE/MRY/GC/2024
2	Plan de Trabajo Auditorias en Salud	Control de Gestión y Prestación	21-06-2024	15-07-2024	Memorándum Circular N° 034/GR-CUSCO/UE401RSSCCE/MRY/GC/2024
3	Plan de Contingencia para Emergencias y Desastres (Lluvias, Heladas o bajas temperaturas, Incendios forestales y Enfermedades Diarreicas)	Gestión de Seguridad ante Desastres	21-06-2024	15-07-2024	Memorándum Circular N° 034/GR-CUSCO/UE401RSSCCE/MRY/GC/2024
4	Modelo de Atención Extramural con enfoque integral (Persona-Familia y Comunidad)	Atención Extramural	21-06-2024	15-07-2024	Memorándum Circular N° 034/GR-CUSCO/UE401RSSCCE/MRY/GC/2024
5	Mecanismos de información sobre tiempos de espera en los procedimientos en Patología Clínica	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	21-06-2024	15-07-2024	Comunicados, Cronogramas de atención e Informes.
6	Manual de Procedimientos Operativos en Admisión y Alta	Admisión y Alta	21-06-2024	15-07-2024	Manual de Procedimientos
7	Manual de Procedimientos en Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	21-06-2024	15-07-2024	Memorándum Circular N° 034/GR-CUSCO/UE401RSSCCE/MRY/GC/2024

**Anexo Nro. 33: Control de la Tercera Fase de Implementación de Procesos  
en la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Control de la Tercera Fase de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>19/07/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>8:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>9:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Control de la Tercera Fase de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

- 19/07/2024
- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión para realizar el Control de la Tercera Fase de Implementación de procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
  - Se inicia con el Control de cada paso de la Tercera Fase
  - Los procedimientos de Control son el Seguimiento, Monitoreo y Evaluación.
  - Se aplica el instrumento de Calidad “Hoja de Control”
  - Conclusiones: Se realizó el Control de la Tercera Fase, se cumplieron todos los pasos de esta fase.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- Socializar la información con los jefes de las IPRESS de la MR Yanaoca
- Cumplir con los plazos establecidos. Siendo las 9:30 del 19 de julio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



**Control de la Tercera Fase de la Implementación de Gestión de Procesos en la Microrred Yanaoca durante el periodo 2024**

<b>Ítem</b>	<b>Revisión y Evaluación</b>	<b>Cumple</b>	<b>Incompleto</b>	<b>No Cumple</b>	<b>Observaciones</b>
1	Selección de Problemas de los Procesos	X			Anexo Nro.30
2	Análisis de Causa y Efecto	X			Anexo Nro.31
3	Implementación de mejoras	X			Anexo Nro.32
4	Selección de Mejoras	X			Anexo Nro.32
5	Evaluación de la Tercera Fase	X			Se cumple al 100% los pasos de la Tercera Fase

Fuente: Comité de Gestión de Procesos Microrred Yanaoca

**Anexo Nro. 34: Difusión de las Actividades realizadas por el Comité de Gestión de  
Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de junio y julio del 2024**

<b>Difusión de Actividades realizadas en junio y julio del 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>19/07/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>10:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>11:00 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Difusión de actividades del Comité de Gestión de Procesos de la MR Yanaoca en junio y julio del 2024 a los jefes de las IPRESS de la jurisdicción de la Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

19/07/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de difusión de actividades. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la difusión de las Actividades realizadas en el mes de junio del 2024:
  - ❖ Medición y Aplicación de los Indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca, realizada el día 04 de junio del 2024
  - ❖ Comparación de los Resultados con la meta y objetivos de los Indicadores de Desempeño de la Microred Yanaoca realizada el 05 de junio del 2024
  - ❖ Identificación de Brechas y Problemas para el cumplimiento de metas de los indicadores de Desempeño en la Microred Yanaoca realizada el 05 de junio del 2024
  - ❖ Control de la Segunda Fase II de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca, realizada el 06 de junio del 2024.
  - ❖ Elaboración de Flujogramas de Procesos en la Microred Yanaoca realizada el 07 de junio del 2024
  - ❖ Identificación y Selección de Problemas de los Procesos en la Microred Yanaoca, realizada el día 10 de junio del 2024
  - ❖ Análisis Causa y Efecto de los Problemas Priorizados de los Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024, realizada el 12 de junio del 2024
  - ❖ Selección e Implementación de Acciones de Mejora de los procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024, realizada el 14 de junio del 2024





**Anexo Nro. 35: Aprobación y Difusión de documentos por el Comité de Gestión de  
Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de junio y julio del 2024**

<b>Elaboración, Aprobación y Difusión de documentos por el Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca en el mes de junio y julio del 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>19/07/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>12:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>13:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobación y Difusión de Documentos por el Comité de Gestión de Procesos en la MR Yanaoca periodo 2024.</li> </ul>
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>
<p>19/07/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca y los jefes de IPRESS de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de Aprobación y difusión de documentos elaborados durante las Fases de Implementación de Procesos en la Microred Yanaoca periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la Aprobación de los Documentos generados en la implementación de procesos durante el periodo 2024: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Planes de Trabajo en: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calidad</li> <li>✓ Auditorias</li> <li>✓ Emergencias y Desastres</li> <li>✓ Patología Clínica</li> <li>✓ Programas Presupuestales</li> <li>✓ Atención Extramural</li> </ul> </li> <li>❖ Manual de Procedimientos Operativos en Procesos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Admisión y Alta</li> <li>✓ Gestión de Calidad</li> <li>✓ Manejo del Riesgo de la Atención</li> <li>✓ Recursos Humanos</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

- ✓ Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
- ✓ Gestión de Insumos y Materiales
- ✓ Gestión de Equipos e Infraestructura.
- ❖ Plan de Capacitación e Inducción en el Proceso de Recursos Humanos
- ❖ Modelo de Atención Extramural (Persona, Familia y Comunidad)
- ❖ Mecanismos de Información como los flujogramas y comunicados:
  - ✓ Atención de Emergencias
  - ✓ Patología Clínica
- ❖ Aprobar las disposiciones del Memorandum Circular N° 034/GR-CUSCO/UE401RSSCCE/MRY/GC/2024
- Conclusiones: Se realiza la Aprobación y difusión de las actividades realizadas en mayo del presente año con los jefes de las IPRESS de la jurisdicción de la MR Yanaoca.

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**

- ❖ Todos los participantes se comprometen a realizar la difusión de la información en sus IPRESS, en un plazo de 30 días. Siendo las 13:30 del 19 de julio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.

**IV. PARTICIPANTES**

Nombres y Apellidos	DNI	Órgano Microred	Cargo	Teléfono	Firma



**Anexo Nro. 36: Nivel de Desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos en las  
IPRESS Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>Nivel de Desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos en la Microred Yanaoca</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>19/07/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>15:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>20:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

<b>I. AGENDA</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos en la Microred Yanaoca</li> </ul>					
<b>II. DESARROLLO DE LA AGENDA</b>					
19/07/2024					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca y los jefes de IPRESS de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de Evaluación de Nivel de Desempeño de la Gestión de Procesos en la Microred Yanaoca Periodo. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.</li> <li>▪ Se inicia con la Evaluación del Desempeño de la Implementación de Gestión de Procesos durante el periodo 2024:</li> <li>▪ Conclusiones: Se realiza la Evaluación del desempeño de la implementación de gestión de procesos</li> </ul>					
<b>III. ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Todos los participantes se comprometen a realizar la difusión de la información en sus IPRESS, en un plazo de 30 días. Siendo las 20:30 del 19 de julio del año 2024, y estando de acuerdo los presentes se da por culminado la presente reunión firmando en señal de conformidad.</li> </ul>					
<b>IV. PARTICIPANTES</b>					
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Órgano Microred</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Firma</b>



**Nivel de Desempeño del cumplimiento de la Gestión de Procesos en las IPRESS de  
la Microred Yanaoca periodo 2024**

<b>IPRESS</b>	<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Cumplimento</b>	<b>Brecha</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Yanaoca	24	21	03	87.50%	Eficiente
Chaupibanda	24	12	12	50%	Deficiente
Cochapata	24	17	07	70%	Aceptable
Hampatura	24	15	09	62.50%	Deficiente
Huinchiri	24	15	09	62.50%	Deficiente
Pampamarca	24	14	10	58.33%	Deficiente
Pongoña	24	18	06	75%	Buena
Quehue	24	17	07	70%	Aceptable
Surimana	24	18	06	75%	Buena
Toccoccori	24	18	06	75%	Buena
Tungasuca	24	16	08	66.67%	Aceptable
<b>Microred</b>	<b>264</b>	<b>181</b>	<b>83</b>	<b>68.56%</b>	<b>Aceptable</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

<b>IPRESS</b>	<b>Procesos Misionales</b>	<b>Cumplimento</b>	<b>Brecha</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Yanaoca	18	16	02	88.89%	Eficiente
Chaupibanda	13	05	08	38.46%	Deficiente
Cochapata	13	11	02	84.61%	Buena
Hampatura	13	08	05	61.53%	Deficiente
Huinchiri	13	11	02	84.61%	Buena
Pampamarca	13	08	05	61.53%	Deficiente
Pongoña	13	11	02	84.61%	Buena
Quehue	13	12	01	92.30%	Eficiente
Surimana	13	11	02	84.61%	Buen
Toccoccori	13	11	02	84.61%	Buena
Tungasuca	13	08	05	61.53%	Deficiente
<b>Microred</b>	<b>148</b>	<b>112</b>	<b>36</b>	<b>75.68%</b>	<b>Buena</b>

Fuente: Comité de Gestión por Procesos MR Yanaoca

<b>IPRESS</b>	<b>Procesos De Apoyo</b>	<b>Cumplimento</b>	<b>Brecha</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Yanaoca	34	30	04	88.23%	Eficiente
Chaupibanda	29	13	16	44.82%	Deficiente
Cochapata	29	19	10	65.51%	Aceptable
Hampatura	29	12	17	41.37%	Deficiente
Huinchiri	29	26	03	89.65%	Eficiente
Pampamarca	29	19	10	65.51%	Aceptable
Pongoña	29	24	05	82.76%	Eficiente
Quehue	29	26	03	89.65%	Buena
Surimana	29	26	03	89.65%	Aceptable
Toccoccori	29	26	03	89.65%	Aceptable
Tungasuca	29	15	12	51.72%	Deficiente
<b>Microred</b>	<b>324</b>	<b>236</b>	<b>88</b>	<b>72.84%</b>	<b>Buena</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

<b>IPRESS</b>	<b>Procesos Gerenciales</b>	<b>Procesos Misionales</b>	<b>Procesos de Apoyo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Desempeño</b>
Yanaoca	87.50%	88.89%	88.23%	88.20%	Eficiente
Chaupibanda	50.00%	38.46%	44.82%	44.42%	Deficiente
Cochapata	70.00%	84.61%	65.51%	73.37%	Aceptable
Hampatura	62.50%	61.53%	41.37%	55.13%	Deficiente
Huinchiri	62.50%	84.61%	89.65%	78.92%	Buena
Pampamarca	58.33%	61.53%	65.51%	61.79%	Deficiente
Pongoña	75.00%	84.61%	82.76%	80.79%	Buena
Quehue	70.00%	92.30%	89.65%	83.98%	Buena
Surimana	75.00%	84.61%	89.65%	83.08%	Buena
Toccoccori	75.00%	84.61%	89.65%	83.08%	Buena
Tungasuca	66.67%	61.53%	51.72%	59.97%	Deficiente
<b>Microred</b>	<b>68.56%</b>	<b>75.68%</b>	<b>72.84%</b>	<b>72.36%</b>	<b>Aceptable</b>

Fuente: Comité de Gestión de Procesos MR Yanaoca

**Anexo Nro. 37: Difusión de los Resultados de Autoevaluación Microred Yanaoca periodo****2024**

<b>Difusión de los Resultados de Autoevaluación Microred Yanaoca periodo 2024</b>					
<b>Fecha:</b>	<b>30/09/2024</b>	<b>Hora de inicio:</b>	<b>8:00 am</b>	<b>Hora de término:</b>	<b>10:30 am.</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Sede de la Microred Yanaoca</b>				
<b>Responsable:</b>	<b>Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca</b>				

**I. AGENDA**

- Difusión de los Resultados de Autoevaluación Microred Yanaoca 2024.

**II. DESARROLLO DE LA AGENDA**

30/09/2024

- Encontrándose presentes los integrantes del Comité de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca y los jefes de IPRESS de la Microred Yanaoca se da por iniciada la reunión de Difusión de Resultados de la Autoevaluación Microred Yanaoca Periodo 2024. Acto seguido la responsable de Gestión de Procesos de la Microred Yanaoca expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente.
- Se inicia con la Difusión de los Resultados y se adjunta a la presente
- Conclusiones: El porcentaje de Desempeño de la Autoevaluación como Microred es del 63%

IPRESS Yanaoca	Porcentaje
Yanaoca	72
Chaupibanda	43
Cochapata	72
Hampatura	50
Huinchiri	64
Pampamarca	54
Pongoña	67
Quehue	71
Surimana	72
Toccocori	70
Tungasuca	54
Total	63

**III. ACUERDOS Y COMPROMISOS**





## Resultados de Autoevaluación MR Yanaoca

**Establecimiento :** CHAUIPANDA  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	5.69	26.92	70.22	23.69	33.74	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	6.79	42.86				
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	4.25	22.97				
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	6.65	36.00				
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.40	45.45				
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	5.40	40.91	80.26	42.01	52.34	
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	5.65	30.56				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	4.89	26.47				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	21.17	42.20	
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	1.55	23.53				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	4.50	68.18				
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.10	31.82				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.89	28.57				
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	1.98	30.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	3.67	55.56	200.64	86.87		
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33				
<b>Total</b>	<b>132</b>	63	54	15	132	<b>200.64</b>	<b>82.48</b>		<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>43</b>		

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

Establecimiento : 00032339-CCOCHAPATA

Tipo de Establecimiento : I-2

Fase: AutoEvaluación

Año: 2024

Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	16.25	76.92	70.22	47.51	67.66	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	10.75	67.86				
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.24	60.81				
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	15.52	84.00				
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.36	63.64				
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	5.40	40.91	80.26	63.47	79.08	
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	12.32	66.67				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	13.04	70.59				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	33.40	66.59	
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	2.72	41.18				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82				
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.30	50.00				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.19	78.57				
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	4.62	70.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	5.13	77.78	200.64	144.38		
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67				
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>63</b>	<b>54</b>	<b>15</b>	<b>132</b>	<b>200.64</b>	<b>141.52</b>		<b>200.64</b>	<b>144.38</b>		
									Puntaje Final (%)	<b>72</b>		

**RESULTADO FINAL**

**NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)**

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00018241-HAMPATURA  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría								
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%									
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	10.56	50.00	70.22	39.62	56.42									
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	6.79	42.86												
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	13.24	71.62												
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.83	64.00												
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.12	59.09												
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.60	50.00	80.26	41.27	51.42									
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	14.37	77.78												
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	4.89	26.47												
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00												
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00												
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	18.56	37.00									
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00												
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00												
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.85	58.33												
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.46	67.65												
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	4.20	63.64												
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.50	22.73												
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.41	21.43												
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	2.64	40.00												
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00												
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.47	22.22	Total	132	63	54	15	132	200.64	100.17		200.64	99.45	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	0.00	0.00												
										Puntaje Final (%)	50									

**RESULTADO FINAL**

**NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)**

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002374-HUINCHIRI  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Período :** 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	8.94	42.31	70.22	35.90	51.13
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	4.53	28.57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.24	66.22			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.83	64.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.12	59.09			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.60	50.00	80.26	56.39	70.26
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	12.32	66.67			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	8.15	44.12			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	35.51	70.79
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	6.05	91.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.66	70.59			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	0.47	7.14			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	6.60	100.00			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
<b>Total</b>	<b>132</b>	63	54	15	132	<b>200.64</b>	<b>123.58</b>		<b>200.64</b>	<b>127.80</b>	
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>64</b>	

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002372-PAMPAMARCA  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	14.62	69.23	70.22	39.72	56.57	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.92	50.00				
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	8.24	44.59				
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	14.04	76.00				
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.84	72.73				
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	3.60	27.27	80.26	37.07	46.19	
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	8.21	44.44				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	8.15	44.12				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.95	75.00				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.27	64.71				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.00	90.91	50.16	31.59	62.98	
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.00				
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.93	44.44				
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33				
<b>Total</b>	<b>132</b>	63	54	15	132	200.64	111.13		200.64	108.38		
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>54</b>		

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002365-PONGOÑA  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T						
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	16.25	76.92	70.22	46.73	66.55
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	11.88	75.00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.74	63.51			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	14.78	80.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.64	50.00			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.20	31.82			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	11.29	61.11	80.26	57.27	71.36
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	9.78	52.94			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	30.76	61.32
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.11	47.06			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	4.24	64.29			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.30	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	5.13	77.78			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67			
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>63</b>	<b>54</b>	<b>15</b>	<b>132</b>	<b>200.64</b>	<b>133.43</b>		<b>200.64</b>	<b>134.76</b>	
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>67</b>	

**RESULTADO FINAL**  
  
**NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)**

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002373-QUEHUE  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría			
		E	P	R	T									
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	17.06	80.77	70.22	50.23	71.53			
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	10.75	67.86						
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	13.74	74.32						
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	16.63	90.00						
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	4.32	81.82						
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	3.60	27.27	80.26	53.11	66.17			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	13.86	75.00						
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	13.59	73.53						
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00						
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00						
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	38.20	76.16			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00						
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00						
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67						
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.30	50.00						
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82	Total	141.54	71			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	4.80	72.73						
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	4.71	71.43						
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00						
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00						
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	6.60	100.00						
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67						
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>63</b>	<b>54</b>	<b>15</b>	<b>132</b>	<b>200.64</b>	<b>143.00</b>							
												<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>71</b>	

**RESULTADO FINAL**  
  
**NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)**

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002375-SURIMANA  
**Tipo de Establecimiento :** I-1  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

Macroprocesos	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
	Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	12.91	71.43	60.12	39.89
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	8.23	60.71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	10.26	64.86			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	14.44	91.30			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.67	59.09			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.96	35.00	68.70	52.03	75.74
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	10.11	63.89			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	10.02	63.33			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	32.53	75.76
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	5.65	100.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	3.53	62.50			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.84	85.71			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.39	60.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	3.96	70.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	2.83	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	4.39	77.78			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	5.65	100.00			
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>56</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>113</b>	<b>171.76</b>	<b>122.66</b>		<b>171.76</b>	<b>124.45</b>	
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>72</b>	

**RESULTADO FINAL**

**NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)**

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002377-TOCCOCCORI  
**Tipo de Establecimiento :** I-1  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T						
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	12.91	71.43	60.12	37.81	62.89
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	8.23	60.71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	9.83	62.16			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	13.07	82.61			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.88	63.64			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	2.83	25.00	68.70	51.40	74.82
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	9.67	61.11			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	10.02	63.33			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	31.48	73.31
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	5.65	100.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	3.06	54.17			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.84	85.71			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.39	60.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	3.96	70.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	2.83	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	3.77	66.67			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	5.65	100.00			
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>56</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>113</b>	<b>171.76</b>	<b>118.40</b>				
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>70</b>	

**RESULTADO FINAL**

**NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)**

<b>Calificaciones :</b>
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Establecimiento :** 00002376-TUNGASUCA  
**Tipo de Establecimiento :** I-2  
**Fase:** AutoEvaluación  
**Año:** 2024  
**Periodo :** 1

		MACROPROCESO					CATEGORIAS					
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	9.75	46.15	70.22	38.11	54.27	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	4.53	28.57				
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.24	66.22				
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	13.68	74.00				
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.36	63.64				
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.60	50.00	80.26	40.22	50.11	
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	8.21	44.44				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	10.33	55.88				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	29.40	58.61	
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	2.91	44.12				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82	200.64	107.73	54	
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.19	78.57				
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	5.28	80.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.57	38.89	<b>Total</b>			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33	<b>132</b>			
						<b>200.64</b>	<b>108.87</b>		<b>107.73</b>			
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>54</b>		

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

**Anexo Nro 38: Informe del Asesor del Turnitin**



## ● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	<1%
2	<b>Universidad Wiener on 2025-04-12</b> Submitted works	<1%
3	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
4	<b>repositorio.unapiquitos.edu.pe</b> Internet	<1%
5	<b>uwiener on 2025-02-24</b> Submitted works	<1%
6	<b>hospitalcayetano.gob.pe</b> Internet	<1%
7	<b>uwiener on 2023-09-06</b> Submitted works	<1%
8	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	<1%