MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

M02.04.08

FORMATO DE VALIDACIÓN

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

GRADO	COLABORADORES	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
Validado por	Jefe del Departamento de Cirugía General y Digestiva	Doctor José Rosamedina del Carpio	
Validado por	Jefe del Servicio de Cirugía Intestinal, colon y recto	Doctor Julio Rivara Dávila	Dr. JULIO RIVARA DAVILA JEFE DE SERV. CIRUGIA DE COLON Y RECTO CMP. 35518 RNE. 18560
Validado por	Jefe del Servicio de Cirugía del Esófago, Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas	Doctor Arturo Orellana Vicuña.	Dr. ARTURO ORELLANA VICUÑA JEFE DE SERVICIO CIRUGIA DE ESOFAGO CMP. 32693 RNE. 14457 RNE. 23927
Validado por	Jefe del Servicio de Cirugía del Estómago y Duodeno	Doctor Michael Portanova Ramírez	Dr. MICHEL PORTANOVA RAMIREZ CIRUJANO CMP. 22565 RNE.
Validado por	Jefe del Servicio de Cirugía de Hígado y vías Biliares	Doctor Carlos Arroyo Basto	DR. CARLOS ARROYO BASTO JEFE DE SERVICIO DE CMP. RNE.
Validado por	Jefe del Servicio de Cirugía del Páncreas	Doctor Cesar Rodríguez Alegría	HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS Dr. CESAR RODRIGUEZ ALEGRIA CMP 28044 RNE. 1351 JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA PANCREAS
Validado por	Jefe del servicio de Cirugía Plástica y Reparadora	Doctor Rubén Ormeño Aquino	Dr. RUBEN ORMEÑO AQUINO JEFE SERV. CIRUGIA PLASTICA CMP. 13099 RNE. 8454

Asesoría y asistencia: Lic. Antonio Hijar B.- Sg de Procesos- Gerencia de Organización y Procesos – Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ITEMS	DESCRIPCION DEL CAMBIO	VERSION	RESPONSABLE
		VERSIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO	01	

ÍNDICE

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO 5
2. ALCANCE 5
3. BASE LEGAL 5
4. DEFINICIONES Y TÉRMINOS 6
5. CONSIDERACIONES 8
6. ASPECTOS GENERALES 9
6.1 ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS **9**
6.2 DIAGRAMA DE BLOQUES **11**

7. MATRIZ CLIENTE PRODUCTO 12
8. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES 14

9. INVENTARIO DE PROCESOS 15
10. FICHAS DE PROCESOS DE NIVEL 2,3 HASTA EL PENÚLTIMO NIVEL 16
11. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS 24
(Fichas de Procedimientos, Diagrama del procedimiento, Indicador de Gestión y Ficha de Riegos)
- **Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión 24**
- **Programación asistencial para la atención de los servicios 32**
- **Atención en consulta externa de asegurado adulto 39**
- **Procedimientos asistenciales en consulta externa 46**
- **Atención médica en hospitalización 54**
- **Atención médica quirúrgica 61**
- **Atención médica en emergencia 68**
- **Supervisión y control de la gestión del departamento 78**
- **Análisis, propuesta e implementación de mejoras 86**

12. FACTORES CRÍTICOS 93
13. OPORTUNIDAD DE MEJORA 94
14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 94

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Documentar los principales procesos y procedimientos relacionados al Departamento de Cirugía General y Digestiva a fin de que sean considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes durante la producción de los bienes y servicios a su cargo, propiciando la eficiencia en la gestión institucional y la satisfacción de los asegurados y sus derechohabientes.

2. ALCANCE

Los procesos y procedimientos del presente manual son de aplicación y cumplimiento de todo el personal del Departamento de Cirugía General y Digestiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,

3. BASE LEGAL

3.1 Ley Nº26842, Ley General de Salud y modificatoria

3.2 Ley Nº27056. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N" 002-99-TR y modificatoria.

3.3 Ley Nº26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 009-97-SA y modificatorias; ampliatorias y complementarias.

3.4 Ley Nº 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, modificada por Ley Nº28496.

3.5 Decreto Legislativo 1163-2013, Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del seguro integral de salud. Quinta disposición complementaria final. Del procedimiento especial de contratación para el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD).

3.6 Decreto Supremo N° 027-2015-SA que aprueba el Reglamento de la Ley 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

3.7 Decreto Supremo Nº 040-2014-PCM que aprueba el Reglamento General de la Ley Nº 30057, Ley del Servicio Civil.

3.8 Resolución Ministerial R.M 1021-2010/MINSA que aprueba la “Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad Cirugía”

3.9 Resolución de Superintendencia N° 091-2014-SUSALUD/S se aprobaron los “Lineamientos para los contratos o convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

3.10 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 254-PE-ESSALUD-2017 que aprueba el Manual de Perfiles de Puestos – MPP de EsSalud.

3.11 Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.

3.12 Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 004-GCPP-ESSALUD-2019, “Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social De Salud – EsSalud”

3.13 Resolución de Gerencia General Nº 552-GG-ESSALUD-2013, que aprueba el Plan de Acción Mejorar la Gestión de Oportunidad Quirúrgica" para la operativización y ejecución del "Plan Confianza”.

3.14 Resolución de Gerencia General Nº 1806-GG-ESSALUD-2017, que prueba la Directiva Nº002-GG-ESSALUD-2017, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD".

3.15 Resolución de Gerencia General Nº1517-GG-ESSALUD-2015 que aprueba la Directiva de Gerencia General N°014-GG-ESSALUD-2012. Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencia en ESSALUD.

3.16 Resolución de Gerencia General N°1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva

Nº018-GG-ESSALUD-2013. Definición, Características y Funciones Generales de las IPRESS de ESSALUD.

3.17 Resolución de Gerencia General N°107-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva Nº001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD".

3.18 Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2015 Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud – EsSalud.

4. DEFINICIONES Y TÉRMINOS.

- **ANAMNESIS:** Conjunto de actividades o tarea mediante el cual el profesional obtiene información del paciente a través de un diálogo en que el profesional ha de obtener la información básica del trastorno o problema del paciente, sus hábitos de vida y la presencia de antecedentes familiares para poder tomar una determinación en busca de solucionar su problema.

- **ACTO MÉDICO:** Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica y en el cumplimiento estricto de sus deberes y funciones. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico y debe estar sustentado en un Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al usuario de los servicios de salud para resolver el problema de salud diagnosticado y comprende los registros de obligación institucional a fin de ser susceptible de auditorías internas y externas del Acto del Profesional de Salud.

- **ANESTESIADO**: Es la pérdida total o parcial del dolor y puede incluir la pérdida de la conciencia.

- **AUTOGENERADO:** Es la identificación en formato alfanumérica del asegurado de la institución el cual se sigue usando en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH).

- **AYUDA AL DIAGNÓSTICO EN EMERGENCIA:** Conjunto de exámenes, pruebas que se ejecutan para ayudar a los médicos o profesionales de salud a conocer más sobre el estado de salud del paciente.

- **CENTRO QUIRÚRGICO.** Ambiente físico compuesto por salas quirúrgicas, ambiente para enfermeras, ambiente para la jefatura médica y ambientes de sala de recuperación.

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo, menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a su atención médica quirúrgica o algún procedimiento, en forma libre, voluntaria, y consciente, después qué el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención

- **CONSULTORIOS MÉDICOS FUNCIONALES:** Son los ambientes físicos utilizados en varios turnos de atención.

- **CONSULTORIOS MÉDICOS FÍSICOS:** Son los ambientes físicos utilizados destinados a brindar la atención médica a los pacientes..

- **ENFERMERA CIRCULANTE**: es la enfermera que realiza procedimientos generales y específicos de enfermería establecidos en el cuidado integral del paciente y es la enfermera con ropa no estéril que verifica que la intervención quirúrgica del paciente y material quirúrgico sean los correspondientes al acto quirúrgico. también tiene como responsabilidad el acto de rotular, embolsar y preservar la pieza operatoria.

- **ENFERMERA INSTRUMENTISTA:** es la enfermera responsable de mantener la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. Además, ayuda al cirujano y a sus ayudantes a lo largo de la operación quirúrgica, proporcionándoles los instrumentos y suministros estériles requeridos y ejecuta el protocolo de control “Lista de

verificación de cirugía segura".

- **FORMATO DE SOLICITUD DE SALA:** Documento que se emite a través del sistema informático para solicitar una sala quirúrgica al departamento de Anestesiología por parte de los médicos o profesionales de la salud y que es visado por los jefes de servicios.
- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente, padres, responsables legales o los acompañantes cuando el paciente es menor de edad, o en los casos previstos por ley pueda darse físicamente el original o la copia fedateada, o mediante un registro electrónico.
- **IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE:** Es el proceso mediante el cual se verifica que el paciente es quien dice ser, este proceso se inicia con el registro correspondiente y posterior colocación de un brazalete o pulsera de identificación que contendrá los datos.
- **JEFE DE GUARDIA:** Es el médico encargado de coordinar o dirigir funcionalmente las actividades administrativas y asistenciales de la atención de pacientes durante el turno programado. En el caso de Servicios de Emergencia será el especialista del servicio.
- **MÉDICO TRATANTE:** Es el médico que inicia tratamiento o determina un procedimiento médico o quirúrgico, o lo modifica, dejando constancia escrita de el/los actos médicos que se realicen en atención del paciente en la historia clínica..
- **LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA**: Formato de verificación que busca disminuir los eventos adversos asociados a la atención de pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud.
- **POST OPERATORIO:** Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas.
- **POST OPERATORIO INMEDIATO:** Es el período de tiempo que sigue a la ejecución de un acto o procedimiento quirúrgico y se extiende hasta que el paciente se le da de alta en la sala de recuperación. Es una etapa en la que el anestesiólogo y la enfermera hacen un estrecho seguimiento, ya que pueden presentarse algunas complicaciones que ameritan un tratamiento inmediato.
- **SALA DE OPERACIONES O SALA QUIRÚRGICA:** También llamado quirófano, y es aquella sala o habitación que está especialmente acondicionada para la práctica de intervenciones quirúrgicas.
- **SALA DE RECUPERACIÓN:** Es el área donde ingresan todos los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, regional o sedación que precise ingreso hospitalario y que no sean subsidiarios de cuidados intensivos.
- **SALA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA:** Área del Servicio de Emergencia con estancia no mayor de 24 horas, para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de los pacientes.
- **SALA DE REANIMACIÓN (SHOCK-TRAUMA):** Área destinada a la evaluación, estabilización, diagnóstico de problemas y tratamiento del paciente con Prioridad I.
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**: Es la reducción, mitigación y eliminación de potenciales riesgos en la atención de salud, mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente dentro de la prestación asistencial.
- **SISTEMA PRE-HOSPITALARIO**: Es el sistema de emergencias pre hospitalarios integrado por servicios en la atención y traslado de pacientes/víctimas garantizando una atención oportuna, eficiente con calidad de servicio. Conformado por: Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE) Lima-Callao, Centro Regulador y Coordinador Nacional de Emergencias, Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), Hospital Perú.
- **TÓPICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**: Áreas del Servicio de Emergencia destinadas

a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes de acuerdo a la prioridad de atención.

- **TRIAGE (TRIAJE)**: es el proceso inicial de evaluación del paciente, donde se clasifica, prioriza el daño y se decide la derivación al área correspondiente, basada en la condición clínica del paciente para la atención que el caso amerite.
- **URGENCIA MÉDICA**: Son todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores.
- **MONITOREO POST OPERATORIO:** Elemento esencial del área quirúrgica del hospital en el que se lleva a cabo la vigilancia de los pacientes durante el periodo postoperatorio inmediato, y que debe contar con toma de gases, dispositivo de aspiración, punto de luz, monitores de saturación arterial de oxígeno, frecuencia cardiaca y presión arterial

5. CONSIDERACIONES.

5.1 El presente Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Cirugía General y Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati Martins está sujeto a modificaciones, mejoras, desarrollo con mayor detalle y/o actualizaciones, debido a que los procesos son siempre dinámicos en su desarrollo. El presente documento debe ser considerado como una primera versión en su desarrollo.

5.2 Los procesos considerados en este Manual son los más importantes del Departamento de Cirugía General y Digestiva, a los cuales también se les denominan como los procesos misionales o estratégicos, por lo cual no se considerará en esta oportunidad a los llamados procesos de soporte o apoyo.

5.3 El departamento de Cirugía General y Digestiva está comprendido por los siguientes servicios:

- Servicio de Cirugía del Esófago, Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas.
- Servicio de Cirugía del Estómago y Duodeno.
- Servicio de Cirugía de Hepato – Biliar.
- Servicio de Cirugía Intestinal, colon y recto.
- Servicio de Cirugía del Páncreas.
- Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.

5.4 El presente Manual de Procesos y Procedimientos se basa en la Directiva de Gerencia General N° 004-GCPP-ESSALUD-2019, “Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social De Salud – EsSalud” el cual se indica en Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019.

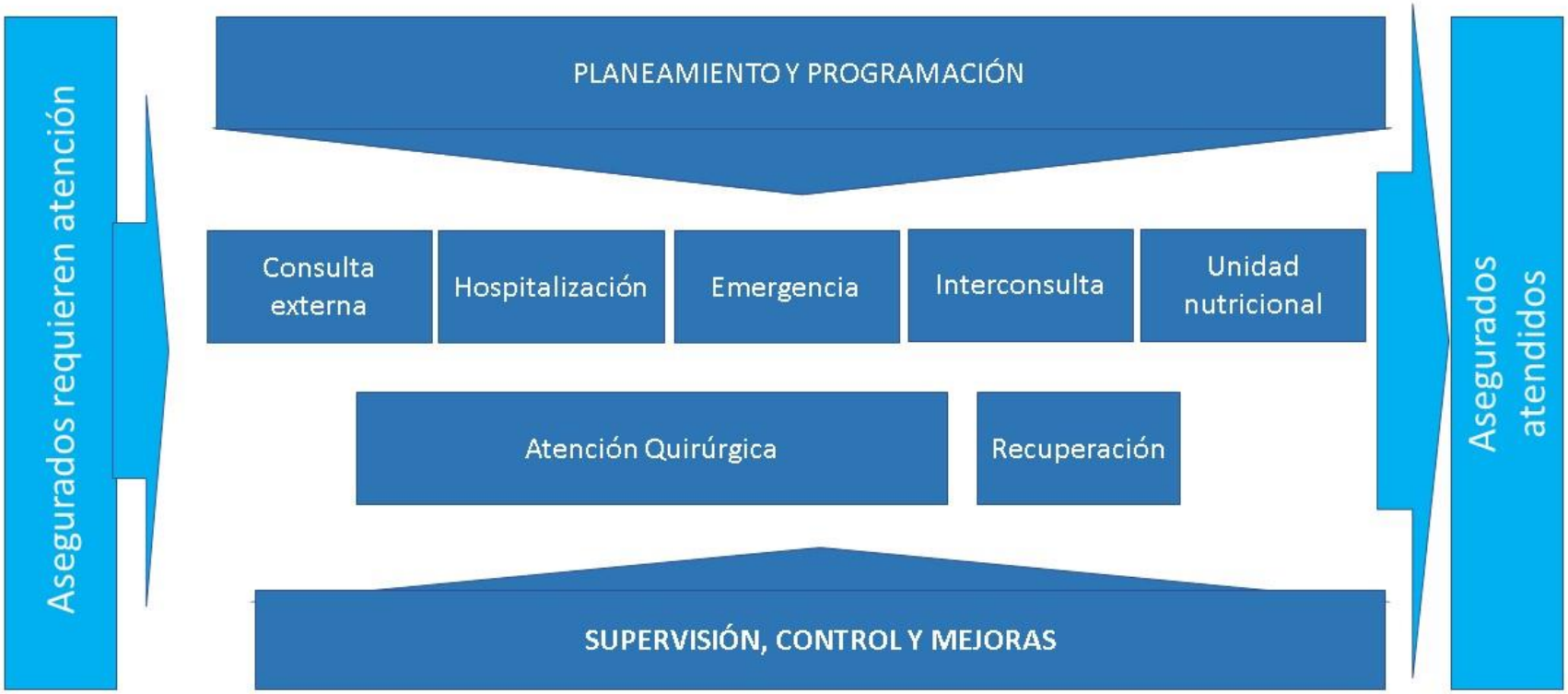
6. ASPECTOS GENERALES

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

Objetivo Estratégico PEI		Acciones Estratégicas Institucionales		MACRO PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OE1	Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	AEI 1.1	Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales	E01 Gestión de Planificación Estratégica. M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S02 Gestión Financiera E03 Gestión de Riesgos S01 Gestión Logística M02 Prestaciones de Salud E04 Gestión de Calidad E02 Modernización M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas E06 Control Interno	Ratio de deuda respecto al Presupuesto Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total
		AEI 1.2	Manejo eficiente de los gastos institucionales		
OE2	Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	AEI 2.1	Mejorar el modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes.	M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S04 Gestión Jurídica E04 Gestión de Calidad E02 Modernización E03 Gestión de Riesgos S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S08 Gestión de Proyectos de Inversión S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S03 Gestión de Capital Humano E01 Gestión de Planificación	- Satisfacción del usuario - Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido - Porcentaje de cumplimiento de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido - Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel - Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente - Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V - Porcentaje de referencia no pertinentes - Porcentaje de Contrarreferencias - Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en Radiología y Ecografía - Porcentaje de equipamiento operativo de Resonador, Tomógrafo, Equipo de Rayos X, Ecógrafo, Endoscopio - Porcentaje de personal evaluado
		AEI 2.2	Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados		
		AEI 2.3	Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado		
		AEI 2.4	Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados.		
		AEI 2.5	Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido.		

		AEI 2.6	Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	Estratégica S06 Gestión de Seguridad Integral, Emergencias y desastres E06 Control Interno	- Ratio médica x10000 asegurados - Porcentaje de ausentismo laboral (en horas) - Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad
OE3	Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI 3.1 AEI 3.2 AEI 3.3 AEI 3.4	Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS Implementación de Sistemas Interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Modernización S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión S05 Gestión Documental - M01 Gestión de Aseguramiento en Salud - E05 Gestión de Imagen Institucional - E06 Control Interno - E04 Gestión de Calidad S03 Gestión de Capital Humano - E03 Gestión de Riesgos	- Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones - Porcentaje de sistemas clave interoperables - Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables - Porcentaje de aplicativos implementados en nube - Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales - Índice de percepción de buen trato en los servicios - Índice de clima laboral

6.2 DIAGRAMA DE BLOQUES SOBRE LA VISIÓN MACRO DE LA GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA



7.MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO

	PRODUCTO / CLIENTE	Políticas y normas [Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistenciales y de gestión]	Programación asistencial [Programación asistencial para la atención de los servicios	Atención en consulta externa [Atención en consulta externa de asegurado adulto]	Procedimiento asistenciales [Procedimientos asistenciales en consulta externa]	Atención médica en hospitalización [Atención médica en hospitalización]
INTERNO	Departamento de Cirugía General y Digestiva	X	X	X	X	X
	Gerencia Quirúrgica	X	X	X	X	X
	Gerencia del HNERM	X	X			
	Servicios del HNERM	X	X	X	X	X
	Departamento de Anestesiología	X	X	X	X	
	Gerencia de Ayuda al diagnostico y tratamiento	X	X	X	X	
	Departamento de Farmacia	X		X	X	X
	Departamento de enfermería	X	X	X	X	X
	Paciente	X	X	X	X	X
EXTERNO	SUSALUD	X	X			
	MINSA	X	X			

	PRODUCTO / CLIENTE	Atención médica Quirúrgica [Atención médica Quirúrgica]	Atención médica en emergencia [Atención médica en emergencia]	Departamento supervisado y gestionado [Supervisión y control de la gestión del departamento	Mejoras implementadas [Análisis, propuesta e implementación de mejoras]
INTERNO	Departamento de Cirugía General y Digestiva	X	X	X	X
	Gerencia Quirúrgica	X	X	X	X
	Gerencia del HNERM	X	X	X	X
	Servicios del HNERM	X	X		
	Departamento de Anestesiología	X	X		
	Gerencia de Ayuda al diagnostico y tratamiento	X	X		
	Departamento de Farmacia	X	X		
	Departamento de enfermería	X	X		
	Paciente	X	X		
EXTERNO	SUSALUD				X
	MINSA				X

8. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD

PROCESOS / ÁREA SERVICIOS	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión	Programación asistencial para la atención de los servicios	Atención en consulta externa de asegurado adulto	Procedimientos asistenciales en consulta externa	Atención médica en hospitalización	Atención médica Quirúrgica	Atención médica en emergencia	Desarrollo y presentación de informes de control y productividad	Supervisión y control de la gestión del Departamento	Análisis, propuesta e implementación de mejoras
Departamento de Cirugía General y Digestiva	A,I	A,I	A,I	A,I	A,I	A,I	A,I	A,I	R	A,I
Servicios del departamento de Cirugía General y Digestiva	R	R						R	I,C	R
Médico especialista			R	R	R	R	R			
Departamento de Enfermería		I			I	I	I			
Departamento de Farmacia			I	I	I	I	I			
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico			I	I	I	I	I			
Gerencia de Ayuda al Diagnostico y tratamiento	I		I	I	I	I	I			
Gerencia Clínica	I				I					C
Gerencia del HNERM	I					I	I	I		I
Gerencia Quirúrgica	I,C,A	I	I	I	I	I	I	I	A	I,C

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

C: Consultar. Los recursos con este rol son las personas con las que Hay que consultar datos o decisiones con respecto a la actividad
O: proceso que se define.
I: Informar, a estas personas se les informa de las decisiones que se toman

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

9. INVENTARIO DE PROCESOS

Procesos Nivel 1	Procesos Nivel 2	Procesos Nivel 3	Procesos Nivel 4
Prestaciones de Salud	Gestión del Departamento de Cirugía General y Digestiva	Planeamiento y programación	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión
			Programación asistencial para la atención de los servicios
		Gestión del servicio	Atención en consulta externa de asegurado adulto
			Procedimientos asistenciales en consulta externa
			Atención médica en hospitalización
			Atención médica quirúrgica
			Atención médica en emergencia
		Supervisión, control y mejoras	Supervisión y control de la gestión del Departamento
			Análisis, propuesta e implementación de mejoras

10. FICHAS DE PROCESO DEL NIVEL 2,3 HASTA EL PENÚLTIMO NIVEL

Ficha técnica: Gestión del Departamento de Cirugía General y Digestiva

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
Nombre	Gestión del Departamento de Cirugía General y Digestiva			
Objetivo	Dar atención especializada en cirugía general y digestiva de pacientes oncológicos y no oncológicos, asimismo de cirugías plástica y reparadora			
Descripción	Atender a los pacientes en consulta externa, en hospitalización, en intervenciones quirúrgicas, en emergencia y luego de ser intervenido			
Alcance	Empieza desde la recepción de la solicitud de atención para los servicios de Cirugía del Esófago, Cirugía de Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas, de Cirugía del Estómago y Duodeno, de Cirugía Hepato – Biliar, de Cirugía Intestinal, Cirugía del Páncreas, o de Cirugía Plástica y Reparadora, y como médico cirujano en el área de emergencias.			
Proveedor	**Entrada**	**Listado de Procesos de Nivel 3**	**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
MINSA, EsSalud, IPRESS, Gerencia-HNERM, Servicios del HNERM Asegurado, paciente, ciudadano	ROF, Normativas internas y externas, Informes y/o requerimiento interno o externo, demanda para atención, planes de trabajo.	Planeamiento y programación	Planes y programación obtenidos	Departamento de Cirugía General y Digestiva
Servicios del HNERM, Asegurado, paciente, ciudadano	Citas médicas, Solicitudes de salas quirúrgicas, Solicitudes de atención	Gestión del Servicio	Servicio otorgado	Paciente
MINSA, EsSalud, IPRESS, Gerencia-HNERM, Servicios del HNERM Asegurado, paciente, ciudadano	Informes de resultados remitido por los servicios, Controles, Monitoreos, encuestas, reportes cartas Memorando, Indicadores de gestión,	Supervisión, control y mejoras del servicio	Mejoras y control implementado	Departamento de Cirugía General y Digestiva

	indicadores de riesgos, informes situacionales, tecnologías emergentes, nuevos modelos de gestión, corriente de innovación, mejora de procesos.			
Indicadores	• **Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia.** • **Efectividad en el cumplimiento de la programación** • **Porcentaje de pacientes atendidos en consulta externa** • **Porcentaje de pacientes atendidos por procedimientos asistenciales** • **Porcentaje de pacientes con evolución favorable** • **Porcentaje de pacientes intervenido sin complicaciones** • **Porcentaje de pacientes reprogramados (cancelación de la intervención quirúrgica por no estar APTO)** • **Cantidad de personas atendidas por emergencia** • **Informe cualitativo situacional del departamento** **Porcentaje de implementación de mejoras efectivas**			
Registros	**Historia Clínica** **Historia Clínica de emergencia** **Sistemas informáticos** **Informe operatorio** **Ordenes y recetas médicas** **Libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas** **Lista de verificación de cirugía segura**			
Elaborado por:	**Departamento de Cirugía General y Digestiva**			
Revisado por:				
Aprobado por:				

Ficha técnica: Planeamiento y programación

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 3				
Nombre	**Planeamiento y programación**			
Objetivo	**Establecer el ambiente y las herramientas de apoyo a la gestión en el departamento**			
Descripción	**Establecer las normativas y planes que permitan gestionar el departamento**			
Alcance	**Empieza desde el desarrollo de normativas hasta la programación de atención por parte de los profesionales del área.**			
Proveedor	**Entrada**	**Listado de Procesos de Nivel 4**	**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
MINSA, ESSALUD, IPRESS, GERENCIA-HNERM, SERVICIOS DEL HNERM Asegurado, paciente, ciudadano	**ROF, Normativas internas y externas, Informes y/o requerimiento interno o externo.**	**Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión.**	**Normas desarrolladas**	**Departamento de Cirugía General y Digestiva**
MINSA, ESSALUD, IPRESS, GERENCIA-HNERM, SERVICIOS DEL HNERM Asegurado, paciente, ciudadano	**ROF, Normativas internas y externas, Demanda para atención, planes de trabajo.**	**Programación asistencial para la atención de los servicios**	**Programación aprobada**	**Departamento de Cirugía General y Digestiva**
Indicadores	• **Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia.** • **Efectividad en el cumplimiento de la programación**			

Registros	**Historia Clínica** **Historia Clínica de emergencia** **Sistemas informáticos** **Informe operatorio** **Ordenes y recetas médicas** **Libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas,** **Lista de verificación de cirugía segura.**
Elaborado por:	**Departamento de Cirugía General y Digestiva**
Revisado por:	
Aprobado por:	

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 3				
Nombre	**Gestión del servicio**			
Objetivo	**Gestionar el desarrollo de las atenciones en los servicios del departamento**			
Descripción	**Dar la atención al paciente a través de los médicos cirujanos especializados**			
Alcance	**Empieza desde el proceso de atención en consulta externa adulto hasta Atención médica de interconsulta.**			
Proveedor	**Entrada**	**Listado de Procesos de Nivel 4**	**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
Asegurado, paciente, ciudadano, Servicios del HNERM.	**Citas médicas, Historia clínica**	**Atención en consulta externa de asegurado adulto**	**Paciente atendido**	**Paciente**
Asegurado, paciente, ciudadano, Servicios del HNERM.	**Citas médicas, Historia clínica**	**Procedimientos asistenciales en consulta externa**	**Paciente atendido**	**Paciente**
Asegurado, paciente, ciudadano, Servicios del HNERM.	**Historia clínica**	**Atención médica en hospitalización**	**Paciente controlado**	**Paciente**
Asegurado, paciente, ciudadano, Servicios del HNERM.	**Historia clínica, Solicitud de Sala Quirúrgica**	**Atención médica quirúrgica**	**Atención quirúrgica finalizado**	**Paciente**
Ciudadano, Asegurado	**Informe verbal de familiar o paciente**	**Atención médica en emergencia**	**Paciente atendido**	**Paciente**
Indicadores	• **Porcentaje de pacientes atendidos en consulta externa** • **Porcentaje de pacientes atendidos por procedimientos asistenciales** • **Porcentaje de pacientes con evolución favorable** • **Porcentaje de pacientes intervenido sin complicaciones** • **Porcentaje de pacientes reprogramados (cancelación de la intervención quirúrgica por no estar APTO)** **Cantidad de personas atendidas por emergencia**			

Registros	**Historia Clínica** **Historia sucinta** **Sistemas informáticos** **Informe operatorio** **Ordenes y recetas médicas** **Libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas** **Lista de verificación de Cirugía segura**
Elaborado por:	**Departamento de Cirugía General y Digestiva**
Revisado por:	
Aprobado por:	

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 3				
Nombre	**Supervisión, control y mejoras**			
Objetivo	**Supervisar, controlar y establecer medidas y acciones que permitan gestionar adecuadamente el departamento para dar un buen servicio a los usuarios**			
Descripción	**Desarrollar supervisiones para monitorear y desarrollar mejoras en el departamento**			
Alcance	**Comprende los procesos de Supervisión y control de la gestión del departamento y el proceso de análisis, propuesta e implementación de mejoras**			
Proveedor	**Entrada**	**Listado de Procesos de Nivel 4**	**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
Gerencia del HNERM, Gerencia Quirúrgica, Servicios del Departamento, MINSA, SUSALUD.	**Informes de resultados remitido por los servicios, Controles, Monitoreos, encuestas, reportes cartas Memorando**	**Supervisión y control de la gestión del Departamento**	**Supervisión y control ejecutadas**	**Departamento de Cirugía General y Digestiva, Gerencia Quirúrgica, Gerencia del HNERM,**
Jefatura del Departamento, Servicios del Departamento.	**Indicadores de gestión mapa de riesgos, informes situacionales, tecnologías emergentes, nuevos modelos de gestión, corriente de innovación, mejora de procesos**	**Análisis, propuesta e implementación de mejoras**	**Mejoras, propuestas o implementada**	**Departamento**
Indicadores	• **Informe cualitativo situacional del departamento** • **Porcentaje de implementación de mejoras efectivas**			
Registros	**Informes de control y productividad** **Informes de supervisión** **Historia Clínica** **Historia Clínica sucinta** **Sistemas informáticos**			

	Informe operatorio **Ordenes y recetas médicas** **Libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas** **Lista de verificación de Cirugía Segura**
Elaborado por:	**Departamento de Cirugía General y Digestiva**
Revisado por:	
Aprobado por:	

11. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

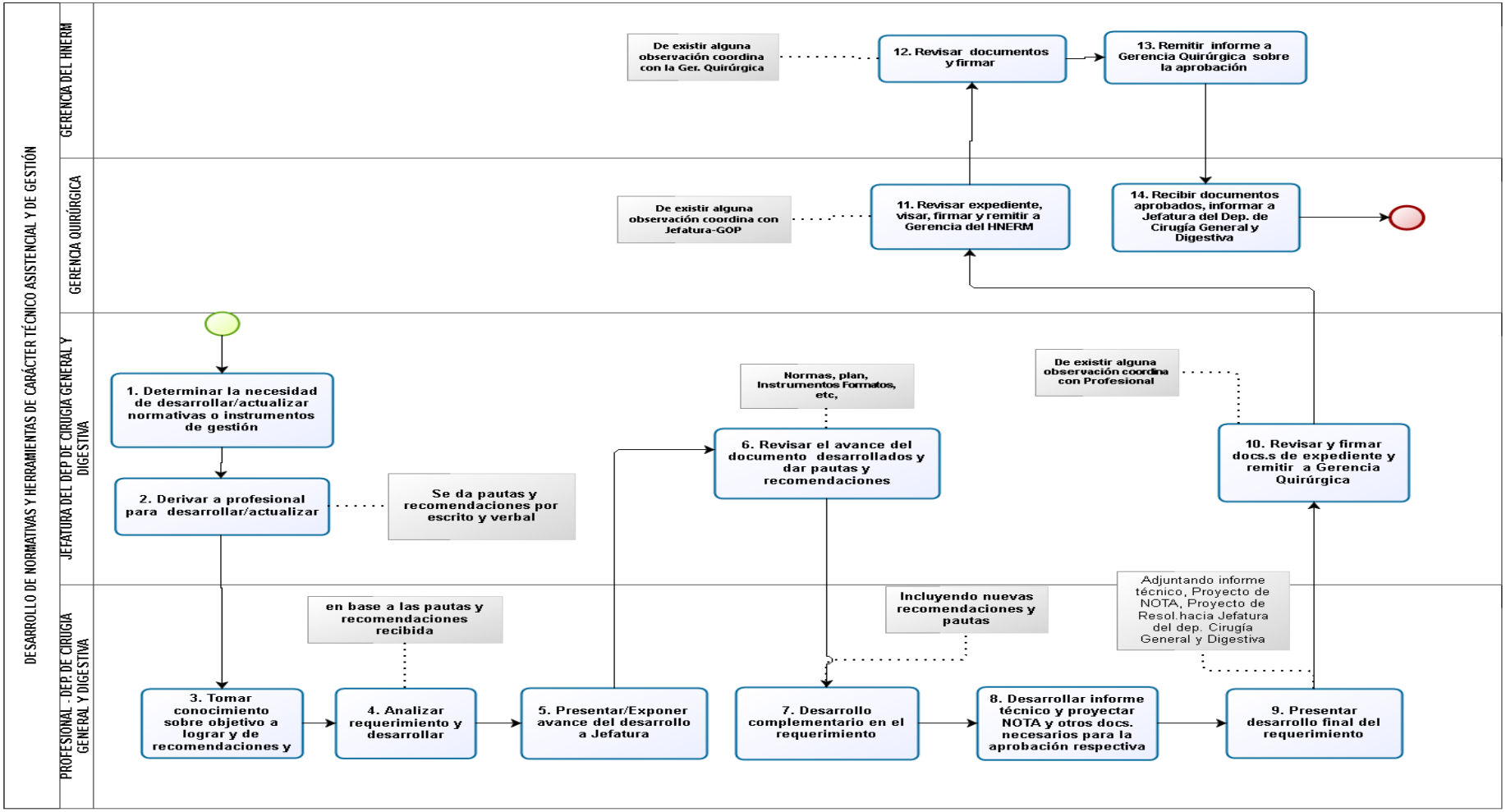
La descripción de cada procedimiento se estructura con la ficha respectiva, el diagrama de flujo, la ficha de indicadores y la ficha de riesgos

Ficha de Procedimiento: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	**Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión (Guías de prácticas clínicas, guías de manejo quirúrgico y anestesiológicos, protocolos, procedimientos, manuales e instructivos técnicos)**					
Objetivo	**Contar con las normativas e instrumentos de gestión que permitan gestionar el departamento de Cirugía General y Digestiva.**					
Alcance	**Inicio: Desarrollo de normativas, estrategias y/o documentos de gestión (como nuevo instrumento o por necesidad de mejora y/o actualización)** **Fin: Aprobación y difusión**					
Proveedor	**Entrada**		**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
			Lista de Actividades	**Ejecutor**		
HNERM, Ger. Quirúrgica, MINSA, SUSALUD, Organismos del estado	**ROF-Dep. Cirugía General y Digestiva, Normativas institucional, Políticas de Salud**	**1**	**Determina la necesidad de desarrollar/actualizar normativas o instrumentos de gestión o técnico asistencial (la iniciativa o necesidad puede haber nacido en la jefatura o en un profesional externo/interno al departamento).**	**Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva**	**Necesidad identificada a desarrollar o actualizar**	**Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva**
Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva	**Necesidad identificada a desarrollar o actualizar**	**2**	**Derivar a profesional para desarrollar/actualizar (se da pautas y recomendaciones por escrito y verbal).**	**Jefatura del Servicio de Cirugía General y Digestiva**	**Instrumento de gestión a trabajar con aportes**	**Profesional - Cirugía General y Digestiva**
Jefatura del servicio de cirugía general y digestiva.	**Instrumento de gestión a trabajar con aportes**	**3**	**Tomar conocimiento sobre objetivo a lograr y de recomendaciones y pautas.**	**Profesional - Cirugía General y Digestiva**	**Requerimiento recibido**	**Profesional - Cirugía General y Digestiva**
Profesional - Cirugía General y	**Normativas, políticas, lineamientos,**	**4**	**Analizar requerimiento y desarrollar en base a las pautas y recomendaciones recibidas.**	**Profesional - Cirugía General y**	**Avance en el desarrollo del requerimiento**	**Profesional - Cirugía General y Digestiva**

Digestiva	ROF.			Digestiva		
Profesional - Cirugía General	Avance en el desarrollo del requerimiento	5	Presentar/Exponer avance del desarrollo a Jefatura.	Profesional - Cirugía General y Digestiva	Avance del requerimiento presentado y expuesto	Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva
Jefatura del Depart.	Avance en el desarrollo del requerimiento	6	Revisar el avance del doc. desarrollado (Normas, Plan, Instrumentos, etc.) dar pautas y recomendaciones.	Jefatura del Depart.	Avance del requerimiento revisado	Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva
Profesional - Cirugía General	Avance del requerimiento revisado	7	Desarrollo complementario en el requerimiento hasta su culminación (*incluyendo nuevas recomendaciones y pautas).*	Profesional - Cirugía General y Digestiva	Desarrollo del requerimiento culminado	Profesional - Cirugía General y Digestiva
Profesional - Cirugía General y Digestiva	Desarrollo del requerimiento culminado	8	Desarrollar informe técnico y proyectar documentos administrativos (Nota, Carta, Memorando, Resolución, etc.) necesario para la aprobación respectiva.	Profesional - Cirugía General y Digestiva	Doc. Requerido, Informe técnico, Proyecto de NOTA, Proy. De Resolución	Profesional - Cirugía General y Digestiva
Profesional - Cirugía General y Digestiva	Normativa, informe, proyecto de Nota y Resol.	9	Presentar desarrollo final del requerimiento adjuntando informe técnico, Proyecto de NOTA, Proyecto de Resolución hacia Gerencia Quirúrgica para su aprobación.	Profesional - Cirugía General y Digestiva	Expediente con docs. Técnicos presentados	Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva
Profesional - Cirugía General y Digestiva	Expediente con docs. Técnicos	10	Revisar y firmar documentos de expediente y remitir a Gerencia Quirúrgica (de existir alguna observación coordina con Profesional - Dep. Cirugía General y Digestiva).	Jefatura del Depart. Cirugía General y Digestiva	Documentos de expediente firmados, visados y remitidos	Gerencia Quirúrgica
Jefatura del Departan.	Documentos de expediente firmados y visados	11	Revisar expediente, visar, firmar y remitir a Gerencia de HNERN (de existir alguna observación coordina con del Dep. de Cirugía General y Digestiva)	Gerencia Quirúrgica	Documentos de expediente firmados, visados y remitidos	Gerencia del HNERM
Gerencia Quirúrgica	Documentos de expediente firmados, visados	12	Revisar documentos y firmar (De existir alguna observación coordina con la Gerencia Quirúrgica)	Gerencia del HNERM	Documentos de expediente aprobados	Gerencia del HNERM
Gerencia del HNERM	Documentos aprobados	13	Remitir informe a Gerencia Quirúrgica sobre la aprobación	Gerencia del HNERM	Documentos aprobados	Gerencia Quirúrgica
Gerencia del HNERM	Documentos aprobados	14	Recibir documentos aprobados, informar a Jefatura del Dep. de Cirugía General y Digestiva (FIN).	Gerencia Quirúrgica	Documentos aprobados remitidos e informados	Jefatura del Depart.
Indicadores	Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia					
Registros	Portal de la Institución					

Diagrama de flujo: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión

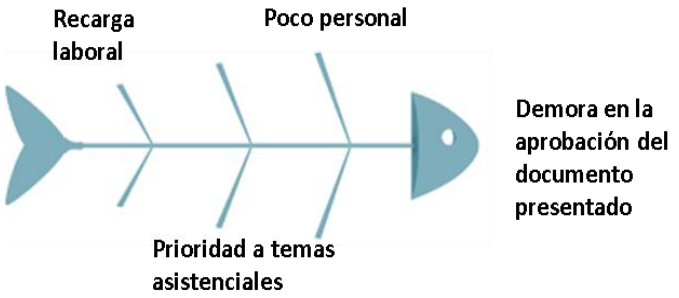


Ficha de indicadores: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión**
Nombre Indicador	**Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia**
Descripción del Indicador	**Conocer las normas desarrolladas en tiempos adecuados y que sean útil para el departamento**
Objetivo del Indicador	**Conocer la eficiencia en el desarrollo e implementación de las normativas de gestión y asistencial**
Forma de Cálculo	**(Cantidad de normativas desarrolladas en tiempos prudentes y que son útiles / cantidad de normativas desarrolladas en el periodo) X100 %**
Fuentes de Información	**Normativas del departamento**
Periodicidad de Medición	**Anual**
Responsable de Medición	**Jefaturas del Departamento**
Meta	**100% de eficiencia**

Ficha de riesgos: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Planeamiento y Programación
		Procedimiento	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico asistencial y de gestión
		Actividad	Revisar documentos y firmar
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Contar con las normativas e instrumentos de gestión que permitan gestionar el departamento de Cirugía General y Digestiva
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Estratégico	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la aprobación del documento presentado	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Recarga Laboral
		Causa Nº 02	Poco personal de apoyo
		Causa Nº 03	Prioridad a temas asistenciales

	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	**Diagrama Causa Efecto**	
		Diagrama de Flujo	**Se muestra en la sección anterior**

	4.VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	**PROBABILIDAD DE OCURRENCIA**				**IMPACTO**		
	Análisis Cualitativo	**Análisis Cuantitativo**			**Análisis**	**Análisis Cualitativo**	
	Muy Baja	**0.1**			**Muy Bajo**	**0.05**	
	Baja	**0.3**			**Bajo**	**0.10**	
	Moderada	**0.5**	**0.5**		**Moderado**	**0.20**	**0.20**
	Alta	**0.7**			**Alto**	**0.40**	
	Muy Alta	**0.9**			**Muy alto**	**0.80**	
	Moderada		**0.50**		**Moderado**		**0.20**
4.2	**PRIORIZACIÓN DEL RIESGO**						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	**0.100**	Prioridad del Riesgo		**MODERADA**		
5.1	**5. RESPUESTA A LOS RIESGOS**						
	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		**X**	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo		

5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA	
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Conocer por antecedentes o casos anteriores la demora en la atención en la gerencia del HNERM para este tipo de gestiones	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Llevar el documento de manera presencial y gestionar su aprobación directamente	

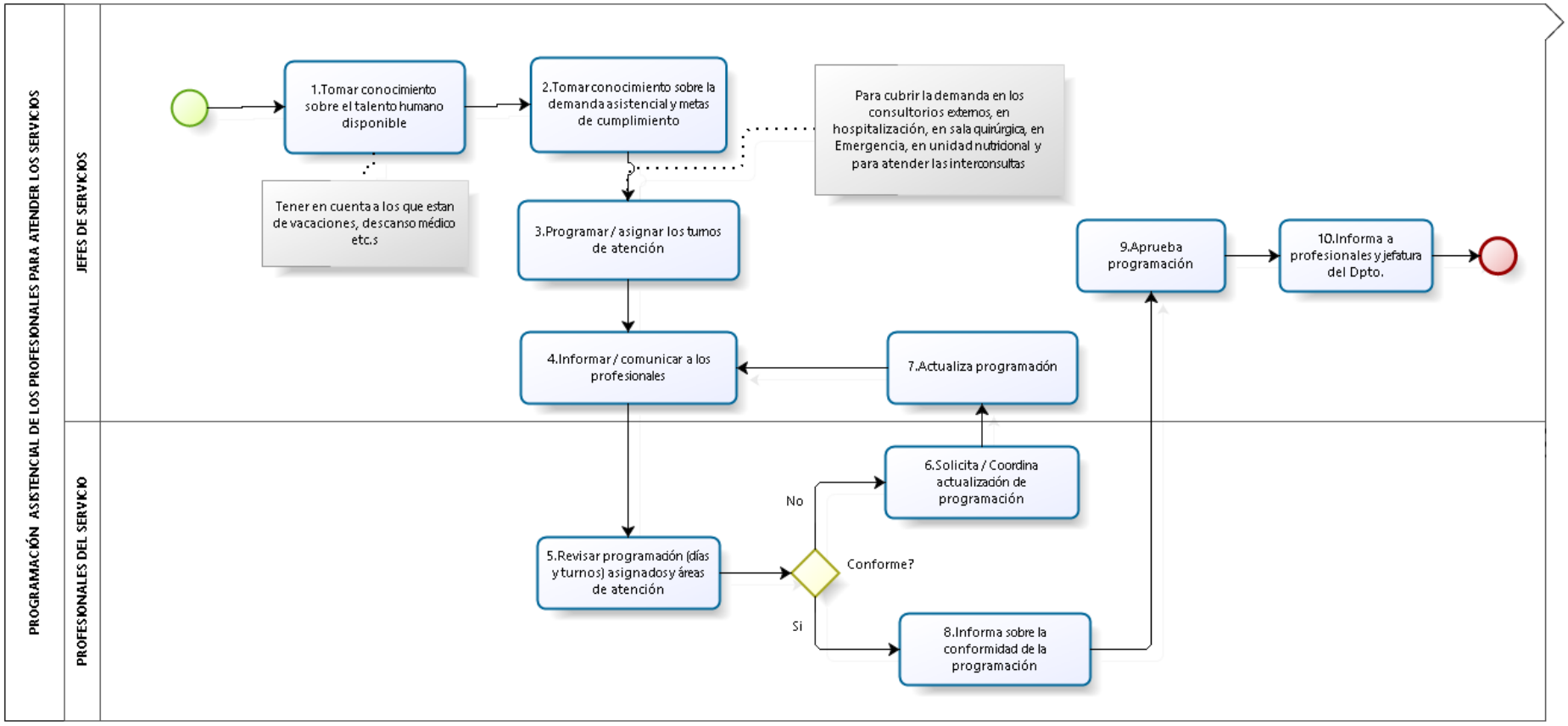
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040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

Ficha de Procedimiento: Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	**Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios**					
Objetivo	**Planificar y programar a los profesionales del departamento para la atención médica en las áreas de consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, Emergencia, Interconsultas y Unidad Nutricional.**					
Alcance	**Inicio: Informarse sobre relación de personal disponible (relación de personal, profesionales con permisos, vacaciones, licencias, etc.)** **Fin: Aprobación y difusión de programación**					
Proveedor	**Entrada**		**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
			Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Servicio	**Normativas, relación de: personal, vacaciones, descansos, permisos, etc.**	**1**	**Tomar conocimiento sobre el talento humano disponible.**	**Jefe de Servicio**	**Profesionales a programar en el periodo**	**Jefe de Servicio**
Servicio	**Demanda asistencial, metas de cumplimiento, planes, compromisos de gestión**	**2**	**Tomar conocimiento sobre la demanda asistencial y metas de cumplimiento.**	**Jefe de Servicio**	**Demanda, compromisos y metas**	**Jefe de Servicio**
Servicio	**Demanda, compromisos, metas y Profesionales a programar**	**3**	**Programar / asignar los turnos de atención en consulta externa, hospitalización, sala quirúrgica, emergencias e interconsultas**	**Jefe de Servicio**	**Proyecto de Programación**	**Jefe de Servicio**
Jefe de Servicio	**Proyecto de Programación**	**4**	**Informar / comunicar la programación a los profesionales para su opinión o aportes**	**Jefe de Servicio**	**Proyecto de Programación**	**Profesionales del servicio**
Profesionales del servicio	**Proyecto de Programación.**	**5**	**Revisar programación (días y turnos) asignados y áreas de atención (si no está conforme ejecutar actividad 6, caso contrario actividad 8)**	**Profesionales del servicio**	**Programación revisada**	**Profesionales del servicio**
Profesionales del servicio	**Programación revisada**	**6**	**Solicita y/o coordina actualización de programación**	**Profesionales del servicio**	**Solicitud de cambio en la programación**	**Jefe de Servicio**

Profesionales del servicio	Solicitud de cambio en la programación	7	Actualiza programación (continuar en actividad 4)	Jefe de Servicio	Programación actualizada	Jefe de Servicio
Profesionales del servicio	Programación revisada	8	Informa sobre la conformidad de la programación	Profesionales del servicio	Programación conforme	Jefe de Servicio
Jefe de Servicio	Programación conforme	9	Aprueba programación	Jefe de servicio	Programación final aprobada	Jefe de Servicio
Jefe de Servicio	Programación final aprobada	10	Informa a profesionales y jefatura del Departamento (FIN).	Jefe de servicio	Programación final aprobada informada	Jefe de Departamento y Profesionales
Indicadores	Efectividad en el cumplimiento de la programación (cantidad de profesionales que cumplieron con su programación/cantidad de profesionales programados)					
Registros	Relación o Formato de profesionales programados					

Diagrama de Flujo: Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios

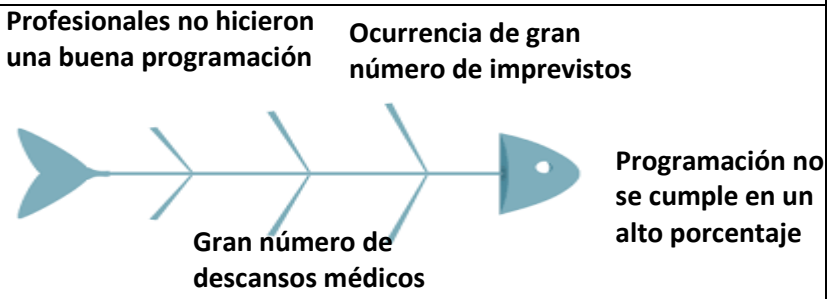


Ficha de indicadores: Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios**
Nombre Indicador	**Efectividad en el cumplimiento de la programación**
Descripción del Indicador	**Indicador que muestra el porcentaje mensual de cumplimiento de lo programado**
Objetivo del Indicador	**Conocer la efectividad de cumplimiento de la programación por parte de los profesionales**
Forma de Cálculo	**(Cantidad de profesionales que cumplieron con su programación/ cantidad de profesionales programados) X100 %**
Fuentes de Información	**Control de asistencia (lista o documento de asistencia y/o reloj de control de asistencia)**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefaturas del servicio**
Meta	**100% de cumplimiento de lo programado**

Ficha de riesgos: Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Planeamiento y Programación
		Procedimiento	Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios
		Actividad	Aprueba programación
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Planificar y programar a los profesionales del departamento para la atención médica en las áreas de consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, emergencia, interconsultas y unidad nutricional.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Estratégico	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Programación no se cumple en un alto porcentaje	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Profesionales no hicieron una buena programación

		Causa Nº 02	**La ocurrencia de gran número de imprevistos,**
		Causa Nº 03	**Gran número de descansos médico**
		Causa Nº 04	
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	**Diagrama Causa Efecto**	
		Diagrama de Flujo	Se muestra en la sección anterior

4.VALORACIÓN DE RIESGO

4.1

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				**IMPACTO**		
Análisis Cualitativo	**Análisis Cuantitativo**			**Análisis**	**Análisis Cualitativo**	
Muy Baja	**0.1**			**Muy Bajo**	**0.05**	
Baja	**0.3**			**Bajo**	**0.10**	
Moderada	**0.5**	**0.5**		**Moderado**	**0.20**	
Alta	**0.7**			**Alto**	**0.40**	**0.40**
Muy Alta	**0.9**			**Muy alto**	**0.80**	
Moderada		**0.50**		**Alto**		**0.40**

4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.200	Prioridad del Riesgo	ALTA

RESPUESTA A LOS RIESGOS

5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Programación desarrollada por los profesionales desarrollada a última hora			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Desarrollar la programación de manera anticipada y con incentivo a los que cumplan con lo programado			

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

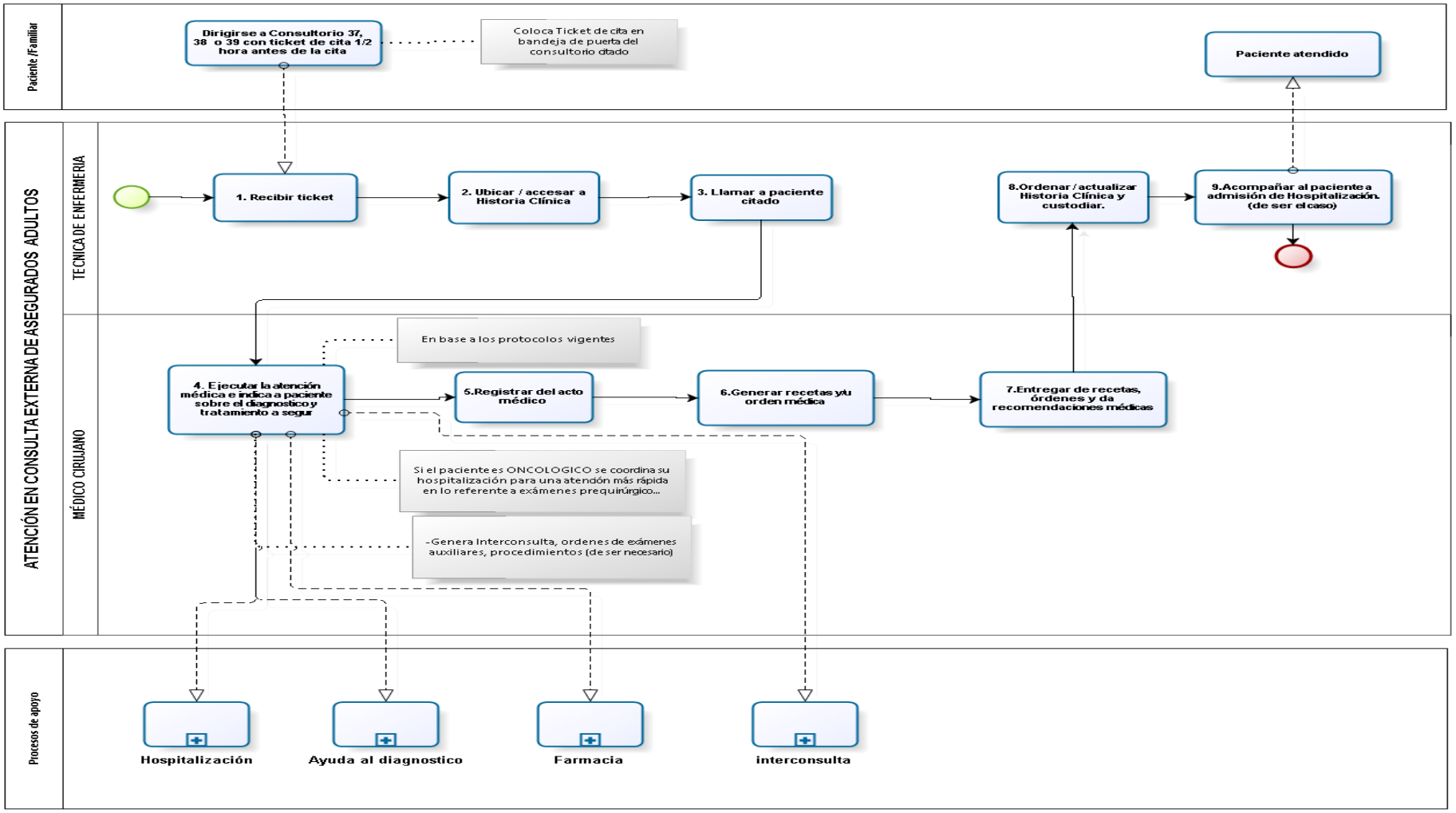
Ficha de Procedimiento: Atención en consulta externa de asegurados adultos

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	**Atención en consulta externa de asegurados adultos**				
Objetivo	**Prestar atención de salud especializada de cirugía general para pacientes en el marco de los protocolos y guías de prácticas clínicas**				
Alcance	**Inicio: Recepción de cita -ticket** **Fin: entrega del diagnóstico y/o acciones médicas a realizar o paciente en estado de espera para ser hospitalizado**				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Paciente/familiar	**Ticket de Cita**	**1. Recibir Ticket de Cita.** **Paciente coloca el ticket de cita en la bandeja de la puerta del consultorio 37 o 39 del 1er piso del HNERM** ***[La atención al paciente puede ser preoperatorio o postoperatorio]***	**Técnica de enfermería**	**Ticket de cita recibido**	**Técnica de enfermería**
Técnica de enfermería	**Rol de citas, Ticket de cita, Historia Clínica (ESSI o en físico).**	**2. Ubicar/Accesar a la Historia Clínica del paciente.** **Previamente constata que la cita del paciente coincida con las citas programadas y que los exámenes solicitados estén ingresados en la H. C.** ***[Si no estuvieran tramita su obtención]***	**Técnica de enfermería**	**Historia Clínica de paciente ubicada y con exámenes solicitados completos**	**Técnica de enfermería**
Técnica de enfermería	**Historia Clínica de paciente ubicada y con exámenes solicitados completos.**	**3. Llamar a paciente para la atención. Según indicación del médico hace ingresar al paciente e indica si hubiera algún problema con su H. C.**	**Técnica de enfermería**	**Paciente comunicado para ser atendido**	**Técnica de enfermería**

Técnica de enfermería	**Paciente citado, Protocolos de salud, Normativas,**	**4. Ejecutar atención médica** **- Desarrolla la evaluación médica en base a los protocolos establecidos (anamnesis) y en base de saber si es un paciente Preoperatorio o Post Operatorio.** **- Indica al paciente sobre el diagnóstico y forma de tratamiento.** **- Informa al paciente si es quirúrgico que se le va a genera las órdenes para los exámenes correspondiente (de darse el caso).** ***[Si el paciente es ONCOLÓGICO se coordina su hospitalización para una atención más rápida y acelerar la ejecución de los exámenes prequirúrgico].***	**Médico especialista**	**Paciente atendido**	**Paciente**
Médico Especialista	**Diagnostico**	**5. Registrar el acto médico, el diagnóstico y el CIE!10** **Registra en el sistema ESSI todo lo actuado (acto médico) y las indicaciones u ordenes médicas solicitadas (registra manualmente en la H.C. de ser el caso)** **- Informa al paciente Genera Interconsulta, ordenes de exámenes auxiliares, procedimientos (de ser necesario).**	**Médico epecialista**	**Acto médico / Paciente atendido**	**Médico Cirujano**
Paciente	**Acto médico**	**6. Generar recetas y/u orden médica en el sistema ESSI o en los formatos físicos (recetas de medicamentos y afines, recitas para una nueva atención, orden de Interconsultas, exámenes de**	**Médico especialista**	**Recetas y ordenes médicas generadas**	**Médico Cirujano**

		ayuda al diagnóstico, ordenes de hospitalización, etc. según sea el caso por el cual se le está atendiendo al paciente y de acuerdo a la fase o etapa de la atención médica).			
Médico Especialista	Recetas y ordenes médicas generadas	7. Entregar recetas, órdenes y dar recomendaciones. Firma los documentos generados de manera digital (ESSI) o de lo contrario de manera manual, entrega a paciente y da las recomendaciones correspondientes.	Médico especialista	Recetas y ordenes médicas entregadas	Paciente o Asegurado
Paciente o Asegurado	Historia Clínica	8. Ordenar / actualizar Historia Clínica y custodiar. Ordenar las historias clínicas del paciente (documento físico) de darse el caso y si aún no se utiliza el sistema ESSSI.	Técnica de enfermería	Historia Clínica actualizada en físico, en el ESSI se actualiza por interacción del médico	ESSI o Admisión (encargado de H.C en caso sea físico)
Técnica de enfermería o ESSI	Expediente con docs. Técnicos (historia Clínica, Orden Médica, etc.) se considera expediente físico o digital	9. Acompañar al paciente a admisión de Hospitalización. (de ser el caso) En donde entrega la H.C física al técnico. dejando al paciente en el ambiente de espera y le da indicaciones al respecto (FIN).	Técnica de enfermería /Paciente	Paciente acompañado al área de admisión de hospitalización	Paciente en espera de ser Hospitalizado
A continuación, se activará el proceso de "Atención médica en Hospitalización" que se indica en este documento					
Indicadores	Porcentaje de pacientes atendidos en consulta externa				
Registros	ESSI y cuaderno de atención de la técnica de enfermería				

Diagrama de flujo: Atención en consulta externa de asegurados adultos

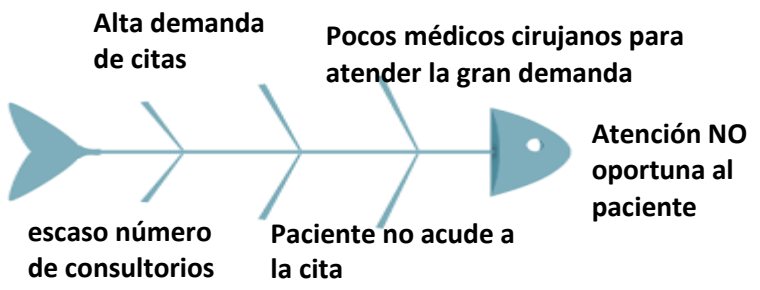


Ficha ~~de indicadores:~~ ~~Atención en consulta externa de asegurados adultos~~

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Atención en consulta externa de asegurados adultos**
Nombre Indicador	**Porcentaje de pacientes atendidos en consulta externa**
Descripción del Indicador	**Indicador que muestra el porcentaje mensual de atención en consultorios externos**
Objetivo del Indicador	**Conocer el rendimiento de las atenciones en consultorios externos sobre la base de los pacientes citados el cual incluye las citas adicionales.**
Forma de Cálculo	**(Total de pacientes atendidos/ total de pacientes citados) x 100 %**
Fuentes de Información	**Citas programadas - Sistemas informáticos**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefatura del servicio**
Meta	**100% de atenciones en consulta externa**

Ficha de riesgos: Atención en consulta externa de asegurados adultos

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio
		Procedimiento	Atención en consulta externa de asegurados adultos
		Actividad	Ejecutar atención médica
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Prestar atención de salud especializada de cirugía general para pacientes en el marco de los protocolos y guías de prácticas clínicas
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo o Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Atención NO oportuna al paciente	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Alta de manda de citas
		Causa Nº 02	Pocos médicos cirujanos para atender la gran demanda
		Causa Nº 03	Escaso número de consultorios

		Causa Nº 04	Paciente no acude a la cita
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo e Procesos	Se muestra en la sección anterior

4.VALORACIÓN DE RIESGO

4.1

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA

Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
Muy Baja	0.1	
Baja	0.3	
Moderada	0.5	
Alta	0.7	0.7
Muy Alta	0.9	
Alta		0.70

IMPACTO

Análisis	Análisis Cualitativo	
Muy Bajo	0.05	
Bajo	0.10	
Moderado	0.20	
Alto	0.40	0.40
Muy alto	0.80	
Alto		0.40

4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.280	Prioridad del Riesgo	ALTA

5.1	5.RESPUESTA A LOS RIESGOS				
	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Pacientes con citas otorgadas después de más de 3 meses de solicitadas			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Desarrollar estrategias o ejecutar coordinaciones con la alta dirección para poder contar con mayor número de profesionales y consultorios externos			

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

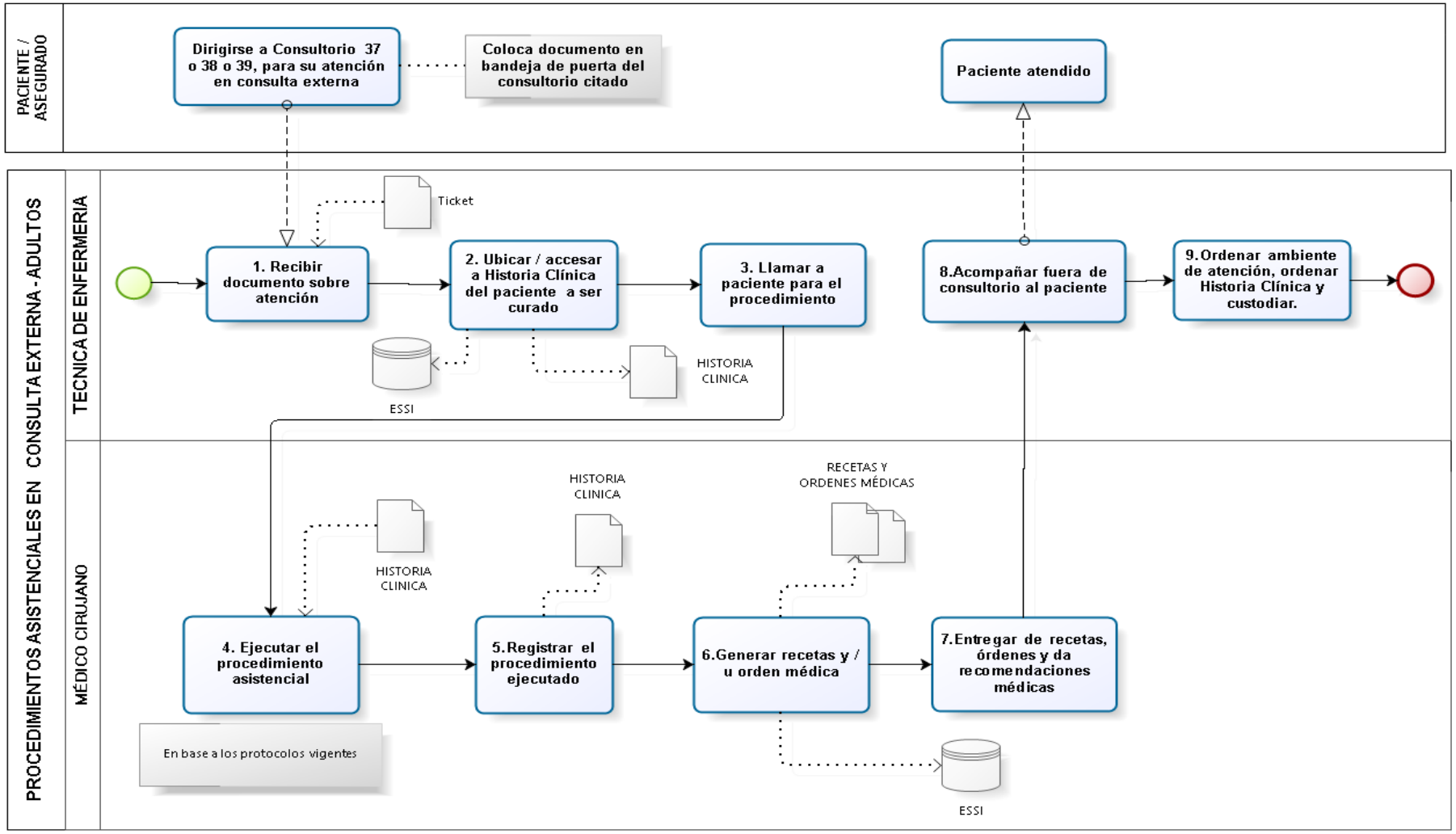
Ficha de procedimiento: Procedimientos asistenciales en consulta externa

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	**Procedimientos asistenciales en consulta externa**				
Objetivo	**Prestar atención de salud especializada de cirugía general y digestiva sobre procedimientos asistenciales para pacientes adultos en el marco de los protocolos y guías de prácticas clínicas**				
Alcance	**Inicio: Recepción de documento para la atención** **Fin: Paciente atendido con el procedimiento asistencial**				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Paciente /familiar	**Ticket de Cita**	**1. Recibir documento sobre atención.** **Paciente coloca el documento para recibir atención en la bandeja de la puerta del consultorio 37 o 39 del 1er piso del HNERM.**	**Técnica de enfermería**	**Documento para atención recibido**	**Técnica de enfermería**
Técnica de enfermería	**Rol de citas, Ticket de cita, Historia Clínica (ESSI o en físico).**	**2. Ubicar/Accesar a la Historia Clínica del paciente a ser curado** **Previamente constata que la cita del paciente coincida con las citas programadas y que los exámenes solicitados. estén ingresados en la H.C (si no estuvieran tramita su obtención).**	**Técnica de enfermería**	**Historia Clínica de paciente ubicada**	**Técnica de enfermería**
Técnica de enfermería	**Historia Clínica de paciente ubicada y con exámenes solicitados completos.**	**3. Llamar a paciente para el procedimiento.** **Según indicación del médico hace ingresar al paciente e indica si hubiera algún problema con su H.C.** **La Técnica de enfermería provee de los materiales para que el médico pueda ejecutar el procedimiento y apoya en dicho acto asistencial.**	**Técnica de enfermería**	**Paciente comunicado para ser atendido**	**Técnica de enfermería**

Técnica de enfermería	Paciente, protocolos de salud, normativas.	4. Ejecutar el procedimiento asistencial - El médico ejecuta el procedimiento asistencial bajo los protocolos y guías de prácticas establecidos. - Al término del procedimiento informa al paciente sobre el diagnostico y tratamiento a ejecutar. - Médico da indicaciones finales a seguir	Médico especialista	Paciente atendido con el procedimiento	Paciente
Médico Cirujano	Procedimiento	5. Registrar el procedimiento ejecutado Registra en el sistema ESSI acerca del procedimiento ejecutado y las indicaciones u ordenes médicas dadas al paciente (registra manualmente en la H.C de ser el caso)	Médico Cirujano	Paciente atendido con el procedimiento /acto médico	Médico Cirujano
Paciente	Acto médico	6. Generar recetas y/u orden médica. Recetas de medicamentos y afines, Recitas para una nueva atención, orden de interconsultas, exámenes de ayuda al diagnóstico,	Médico Cirujano	Recetas y ordenes médicas generadas	Médico Cirujano
Médico Cirujano	Recetas y ordenes médicas generadas	7. Entregar recetas, órdenes y dar recomendaciones. Firma los documentos generados de manera digital (ESSI) o de lo contrario de manera manual de ser el caso, da recomendaciones y los entrega al paciente.	Médico Cirujano	Recetas y ordenes médicas firmadas y entregadas	Paciente o Asegurado
Paciente o Asegurado Paciente	Recetas y ordenes médicas firmadas y entregadas	8. Acompañar fuera del consultorio al paciente. Orientar, complementar recomendaciones del médico y despedir al paciente.	Técnica de enfermería	Paciente atendido	Paciente o Asegurado
Paciente o Asegurado	Historia Clínica	9. Ordenar ambiente de atención, ordenar Historia Clínica y custodiar. - Ordenar y limpiar el ambiente en donde se ejecutó el procedimiento bajo las normas de bioseguridad. - Ordenar y custodiar la H.C. física de ser el caso.	Técnica de enfermería	Historia Clínica actualizada en físico, en el ESSI se actualiza por interacción del médico	ESSI o Admisión (encargado de H.C en caso sea físico)
Indicadores	Porcentaje de pacientes atendidos por procedimientos asistenciales				

Registros	ESSI y cuaderno de atención de la técnica de enfermería

Diagrama de Flujo: Procedimientos asistenciales en consulta externa**.**

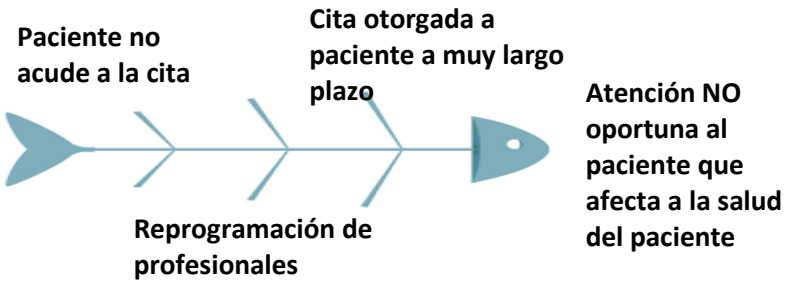


Ficha de indicadores: Procedimientos asistenciales en consulta externa

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Procedimientos asistenciales en consulta externa**
Nombre Indicador	**Porcentaje de pacientes atendidos por procedimientos asistenciales**
Descripción del Indicador	**Indicador que muestra el porcentaje mensual por procedimientos asistenciales en consultorio del servicio**
Objetivo del Indicador	**Conocer el rendimiento de las atenciones por procedimientos asistenciales en consultorios externos sobre la base de los pacientes citados el cual incluye las citas adicionales**
Forma de Cálculo	**(Total de pacientes atendidos/ total de pacientes citados para procedimientos asistenciales) x 100 %**
Fuentes de Información	**Citas programadas - Sistemas informáticos**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefatura del servicio**
Meta	**100% de atenciones en procedimientos asistenciales**

Ficha de riesgos: Procedimientos asistenciales en consulta externa

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio
		Procedimiento	Procedimientos asistenciales en consulta externa
		Actividad	Ejecutar el procedimiento asistencial
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Prestar atención de salud especializada de cirugía general y digestiva sobre procedimientos asistenciales para pacientes adultos en el marco de los protocolos y guías de prácticas clínica.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo o Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Atención NO oportuna al paciente que afecta a la salud del paciente	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Paciente no acude a cita
		Causa Nº 02	Cita otorgada a paciente a muy largo plazo
		Causa Nº 03	Reprogramación de profesionales

	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo de Procesos	(Se muestra en la sección Modelado de procesos)

	4.VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	**PROBABILIDAD DE OCURRENCIA**				**IMPACTO**		
	Análisis Cualitativo	**Análisis Cuantitativo**			**Análisis**	**Análisis Cualitativo**	
	Muy Baja	**0.1**			**Muy Bajo**	**0.05**	
	Baja	**0.3**			**Bajo**	**0.10**	
	Moderada	**0.5**	**0.5**		**Moderado**	**0.20**	
	Alta	**0.7**			**Alto**	**0.40**	**0.40**
	Muy Alta	**0.9**			**Muy alto**	**0.80**	
	Moderada		**0.50**		**Alto**		**0.40**
4.2	**PRIORIZACIÓN DEL RIESGO**						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	**0.200**	**Prioridad del Riesgo**		**ALTA**		
	RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	**ESTRATEGIA**	Mitigar Riesgo		**X**	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo		

5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO	NO APLICA	
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	- Alta demanda de citas para ser atendidas por poco profesional, los cuales se dan para tiempo muy prolongados. - Ausencia de los pacientes a su cita	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Gestionar ante las autoridades con informes y documentos sustentatorios la obtención de más profesionales y consultorios externos para la atención. - Indicar al paciente lo crítico que es no acudir a su control para ejecutar los procedimientos programados.	

FICHA DE RIESGO

Matriz de probabilidad e impacto

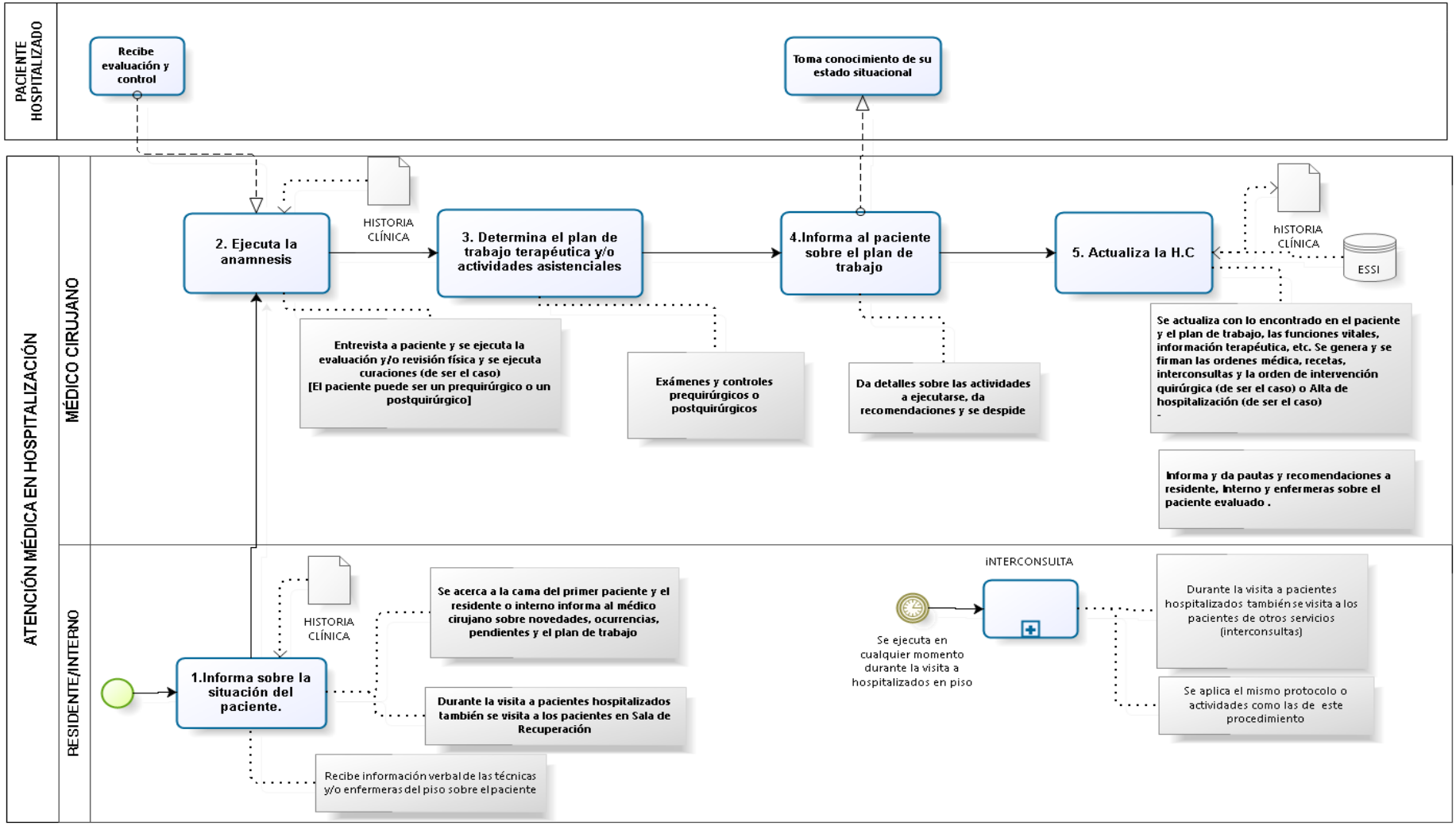
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo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

Ficha de Procedimiento: Atención Médica en Hospitalización

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	**Atención Médica en Hospitalización (ubicación: Piso 3ro A1 - HNERM)**				
Objetivo	**Evaluar la evolución del paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente o luego de haber sido intervenido para dar el tratamiento adecuado de acuerdo al estado situacional en que se encuentre en el marco de los protocolos y guías de prácticas clínicas.**				
Alcance	**Inicio: Evaluación médica al paciente hospitalizado *(desde las 6:30 am todos los días, incluye sábados, domingos y feriados)*** **Fin: Informar el estado situacional al paciente y enfermera de turno y registrar lo actuado en la H.C (generación de ordenes médicas: Altas, exámenes auxiliares, solicitud de I.Q., interconsultas, recetas, y actualización de H.C y documentos de control)**				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Premisa 1: Los pacientes son 24 y puede ser prequirúrgico o postquirúrgico (en prepandemia eran 140 pacientes en los pisos 3A1,3A2, 3B,4B,6B y 8B) **Premisa 2: Las enfermeras preparan los coches de historias clínica y de curaciones** **Premisa 3. La visita a los pacientes hospitalizados es liderado por el médico especialista acompañado por los residentes, los internos, la enfermera y el jefe de servicio supervisa que se cumpla**					
Servicio /enfermera	**Historia Clínica**	**1.Informa sobre la situación del paciente. Se acerca a la cama del primer paciente y el residente o interno informa al médico cirujano sobre novedades, ocurrencias, pendientes y el plan de trabajo.**	**Residente /Interno**	**Toma conocimiento del estado situacional del paciente antes de la evaluación física**	**Médico Especialista**
Residente /Interno	**Informe verbal y datos de la H.C**	**2.Ejecuta la anamnesis. Entrevista a paciente y se ejecuta la evaluación y/o revisión física y se ejecuta curaciones (de ser el caso). [El paciente puede ser un prequirúrgico o un postquirúrgico].**	**Médico Especialista**	**Estado situacional del paciente - diagnostico**	**Médico Especialista**
Médico Especialista	**Estado situacional del paciente - diagnostico**	**3.Determina el plan de trabajo terapéutica y/o actividades asistenciales. Exámenes y controles prequirúrgicos o postquirúrgicos.**	**Médico Especialista**	**Plan de trabajo**	**Médico Especialista**

Médico Especialista	**Plan de trabajo**	**4.Informa al paciente sobre el plan de trabajo.** **- Da detalles sobre las actividades a ejecutarse.** **- Le indica si ya está APTO para la I.Q, y de ser así informa sobre el Consentimiento Informado y le pide que lo firme.** **- Da recomendaciones y se despide**	**Médico cirujano**	**Paciente atendido e informado**	**Paciente**
Médico Especialista	**Diagnóstico, plan de trabajo**	**5.Actualiza la H.C** **- Se actualiza con lo encontrado en el paciente y el plan de trabajo, las funciones vitales, información terapéutica, etc. Se genera y se firman las ordenes médica, recetas, interconsultas y la orden de intervención quirúrgica (de ser el caso) o alta de hospitalización (de ser el caso).** **- Informa y da pautas y recomendaciones a residente, interno y enfermeras sobre el paciente evaluado (FIN).** **/luego se continua con los otros pacientes/**	**Médico Cirujano**	**H.C actualizada: Acto médico, plan de trabajo y ordenes médicas**	**Historia Clínica**
Indicadores	**Porcentaje de pacientes con evolución favorable (pacientes evaluados con evolución buena/total de pacientes evaluados)**				
Registros	**Historia Clínica, cuadernos de control, recetas, ordenes médicas.**				

Diagrama de flujo: Atención Médica en Hospitalización



Ficha de indicadores: Atención Médica en Hospitalización

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Atención Médica en Hospitalización**
Nombre Indicador	**Porcentaje de pacientes con evolución favorable**
Descripción del Indicador	**Indicador que muestra el porcentaje mensual por procedimientos asistenciales en consultorio del servicio**
Objetivo del Indicador	**Conocer el rendimiento de las atenciones por procedimientos asistenciales en consultorios externos sobre la base de los pacientes citados el cual incluye las citas adicionales.**
Forma de Cálculo	**(Número de Pacientes evaluados con evolución buena/total de pacientes evaluados) x 100%**
Fuentes de Información	**Historias clínicas de los pacientes evaluados**
Periodicidad de Medición	**Quincenal**
Responsable de Medición	**Jefaturas de los servicios**
Meta	**100% de pacientes con evolución favorable**

Ficha de riesgos: Atención Médica en Hospitalización

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio
		Procedimiento	Atención Médica en Hospitalización (ubicación: Piso 3ro A1 - HNERM)
		Actividad	Ejecuta la anamnesis
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Evaluar la evolución del paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente o luego de haber sido intervenido para dar el tratamiento adecuado de acuerdo al estado situacional en que se encuentre en el marco de los protocolos y guías de prácticas clínicas.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo o Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Encontrar al paciente con una evolución desfavorable.	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Complicaciones en la evolución pre o postquirúrgico

		Causa Nº 02	Deficiente atención del personal de enfermería al paciente
		Causa Nº 03	Exámenes auxiliares o prequirúrgicos solicitados demoran mucho o son deficientes
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo	Se muestra en la sección anterior

4.VALORACIÓN DE RIESGO

	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
4.1	Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
	Baja	0.3	0.3		Bajo	0.10	
	Moderada	0.5			Moderado	0.20	
	Alta	0.7			Alto	0.40	0.40
	Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	
	Baja		0.30		Alto		0.40

4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Moderada		
5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección				
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Escaso personal de enfermería para atender a muchos pacientes hospitalizados y/o paciente intervenido con complicaciones por factores externos.				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Gestionar la obtención de más personal técnico o enfermeras y contar con exámenes de apoyo en tiempos más cortos y en resultados más seguros.				

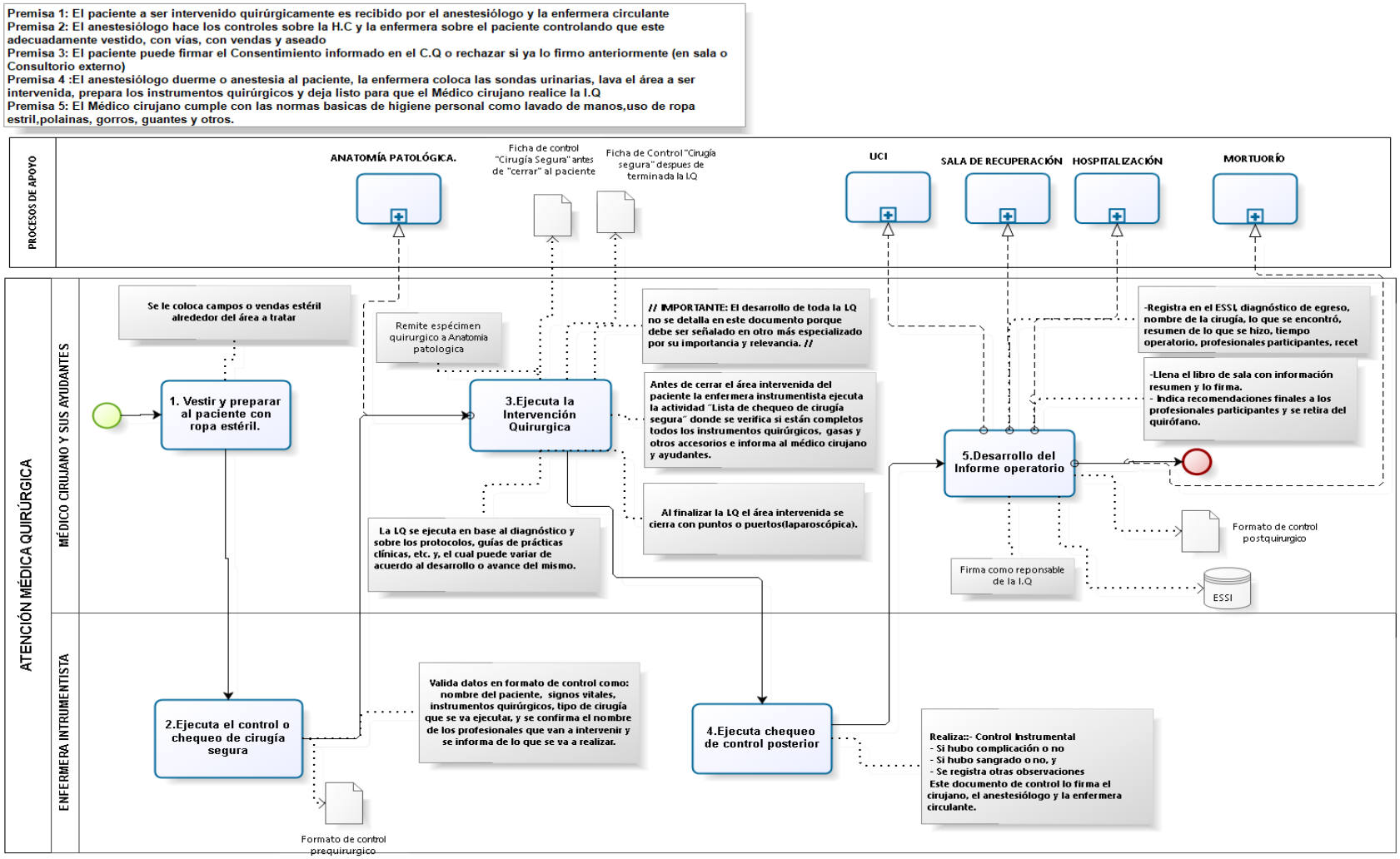
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040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

Ficha de Procedimiento: Atención Médica Quirúrgica

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	**Atención Médica Quirúrgica (sala quirúrgica N° 4,3B ,y para emergencia en los quirófanos del CELIM y emergencia antigua)**					
Objetivo	**Brindar atención Quirúrgica en cirugía general para el tratamiento de las patologías a los usuarios, en el marco de las normas, guías clínicas, procedimientos asistenciales y demás normativa técnica vigente.**					
Alcance	**Inicio: Vestir y preparar al paciente con ropa estéril** **Fin: Desarrollo de informe operatorio (luego de la intervención quirúrgica)**					
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**	
		Lista de Actividades	**Ejecutor**			
Premisa 1: El paciente a ser intervenido quirúrgicamente es recibido por el anestesiólogo y la enfermera circulante **Premisa 2: El anestesiólogo hace los controles sobre la H.C y la enfermera sobre el paciente controlando que este adecuadamente vestido, con vías, con vendas y aseado.** **Premisa 3: El paciente puede firmar el Consentimiento informado en el C.Q. o rechazar si ya lo firmó anteriormente (en sala o consultorio externo)** **Premisa 4: El anestesiólogo anestesia al paciente, la enfermera coloca las sondas urinarias, lava el área a ser intervenida, prepara los instrumentos quirúrgicos y deja listo para que el médico cirujano realice la I.Q.** **Premisa5: El médico cirujano ejecuta las acciones de higiene como lavado de manos entre otros antes y después de la intervención quirúrgica**						
Médico Especialista	**Protocolos establecidos**	**1.Vestir y preparar al paciente con ropa estéril. (se le coloca campos o vendas estéril alrededor del área a tratar).**	**Médico especialista y sus ayudantes**	**Paciente preparado con ropa estéril**	**Médico Especialista**	
Médico Especialista	**Paciente preparado con ropa estéril**	**2. Ejecuta el control o actividad "Lista de verificación de cirugía segura" donde se valida datos de control como: nombre del paciente, signos vitales, instrumentos quirúrgicos, tipo de cirugía que se va a ejecutar, y se confirma el nombre de los profesionales que va a intervenir y se informa de manera general de lo que se va a realizar.**	**Enfermera instrumen-tista**	**Control Cirugía segura ejecutada**	**Médico Especialista**	
Médico Especialista	**Paciente preparado con ropa estéril**	**3.Ejecuta la intervención quirúrgica en base al diagnóstico.** **-La I.Q se ejecuta en base al diagnóstico y sobre los protocolos, guías de prácticas clínicas, etc. y, el cual puede variar de acuerdo al desarrollo o avance del mismo.** **- // IMPORTANTE: El desarrollo de toda la I.Q. no se detalla en este documento porque debe ser señalado**	**Médico especialista y sus ayudantes. Enfermera Instrumen-tista**	**Paciente atendido**	**Médico Especialista**	

		en otro más especializado por su importancia y relevancia// - Antes de cerrar el área intervenida del paciente la enfermera instrumentista ejecuta la actividad "Lista de verificación de cirugía segura" donde se verifica si están completos todos los instrumentos quirúrgicos, gasas y otros accesorios e informa al médico cirujano y ayudantes. - Al finalizar la I.Q. el área intervenida se cierra con puntos o puertos(laparoscópica). - Coordina él envió del espécimen quirúrgico al Dpto. de Anatomía patológica con su ficha respectiva.			
Médico Especialista	Formato de control	4.Actualiza datos de "lista de verificación de cirugía segura" - Si hubo complicación o no - Si hubo sangrado o no, y - Se registra otras observaciones Hace firmar al cirujano, al anestesiólogo y profesionales que acompañaron en el acto operatorio.	Enfermera instrumen-tista	H.C actualizada: Acto médico, plan de trabajo y ordenes médicas	Historia Clínica
Médico Especialista	Formatos y Libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas.	5.Desarrollo del Informe operatorio -Registra en el ESSI, diagnóstico de egreso, nombre de la cirugía, lo que se encontró, resumen de lo que se hizo, tiempo operatorio, recetas, profesionales participantes, informes patológicos, etc. y lo firma, -Llena el libro de sala de operaciones con información resumen y lo firma. - Indica recomendaciones finales a los profesionales participantes y se retira del quirófano. *(visita al paciente en sala de recuperación)* (FIN).	Médico Especialist a	Informes de control obtenidas firmado	Centro Quirúrgico
Indicadores	Porcentaje de pacientes intervenido sin complicaciones Porcentaje de pacientes reprogramados (cancelación de la intervención quirúrgica por no estar APTO)				
Registros	Informe operatorio y Libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas, Lista de verificación de cirugía segura				

Diagrama de Flujo: Atención Médica Quirúrgica

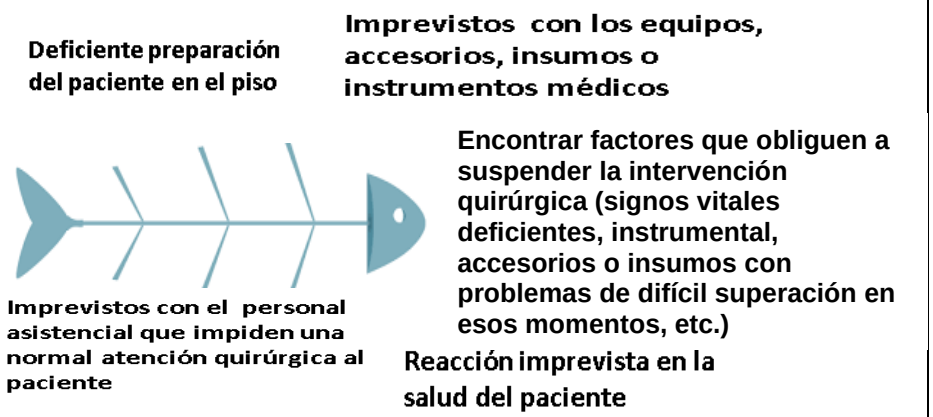


Ficha de indicadores: Atención Médica Quirúrgica

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Atención Médica Quirúrgica**
Nombre Indicador	**Porcentaje de pacientes intervenido sin complicaciones**
Descripción del Indicador	**Indicador que muestra el porcentaje mensual de pacientes intervenido sin complicaciones (el cual incluye pacientes programados y no programados)**
Objetivo del Indicador	**Conocer la eficiencia en las intervenciones quirúrgicas en lo referente a complicaciones**
Forma de Cálculo	**(Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente sin complicaciones / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) x 100 %**
Fuentes de Información	**Informes operatorios, libro de sala de operaciones o de intervenciones quirúrgicas.**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefaturas de los servicios**
Meta	**100% de intervenciones quirúrgicas sin complicaciones**

Ficha de riesgos: Atención Médica Quirúrgica

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio
		Procedimiento	Atención Médica Quirúrgica
		Actividad	Ejecuta el control o actividad "Lista de verificación de cirugía segura" (antes de la intervención quirúrgica)
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Brindar atención quirúrgica en cirugía general para el tratamiento de las patologías a los usuarios, en el marco de las normas, guías clínicas, procedimientos asistenciales y demás normativas vigentes.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Encontrar factores que obliguen a suspender la intervención quirúrgica (signos vitales deficientes, instrumental, accesorios o insumos con problemas de difícil superación en esos momentos, etc.)	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Deficiente preparación del paciente en el piso

		Causa Nº 02	Imprevistos con los equipos, accesorios, insumos o instrumentos médicos
		Causa Nº 03	Imprevistos con el personal asistencial que impiden una normal atención quirúrgica al paciente
		Causa Nº 04	Reacción imprevista en la salud del paciente
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo de Procesos	

VALORACIÓN DE RIESGO

4.1

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis	Análisis Cualitativo	
Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
Baja	0.3		Bajo	0.10	
Moderada	0.5	0.5	Moderado	0.20	
Alta	0.7		Alto	0.40	0.40
Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
Moderada		0.50	Alto		0.40

4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	**0.200**	**Prioridad del Riesgo**	**Alta**		
5.1	**RESPUESTA A LOS RIESGOS**					
	ESTRATEGIA	**Mitigar Riesgo**	**X**	**Evitar riesgo**		
		Aceptar Riesgo		**Transferir Riesgo**		
5.2	**RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)**	**Oficina / Dirección**				
5.3	**CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO**	**NO APLICA**				
5.4	**ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)**	**Paciente fue programado en último momento, generalmente en remplazo de una I.Q. suspendida, y su preparación para I.Q se hizo en tiempos cortos (I.Q: Intervención quirúrgica).**				
5.5	**RESPUESTA AL RIESGO**	**Presentado el caso, preparar al paciente no programado con tiempos prudenciales sacrificando algunas horas en la demora, para evitar riesgos que afecten al paciente y se tenga que suspender la I.Q.**				

FICHA DE RIESGO

Matriz de probabilidad e impacto

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

Ficha de Procedimiento: Atención Médica en Emergencia

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	**Atención en Emergencia**					
Objetivo	**Brindar atención médica quirúrgica de emergencia y atenciones en tópico, trauma shock y hospitalización principalmente en el marco de las normas, guías clínicas, procedimientos y normativas asistenciales vigentes.**					
Alcance	**Inicio: Recepción y/o evaluación del paciente en el tópico, trauma-shock, hospitalización y quirófano o sala de operación. Fin: Derivación a hospitalización, derivación a sala de recuperación, informe para alta o informe por deceso.**					
Proveedor	**Entrada**		**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
			Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Premisa 1: De acuerdo a la gravedad del paciente es atendido en el Tópico o en el área de Trauma y Shock Premisa 2: Se programa 2 o 3 cirujanos por turnos (son un total de 26), son turnos de 12 horas, todos los días hasta sábados, domingos y feriados. Premisa 3: Los médicos de los diferentes servicios del departamento atienden casos de cáncer, apendicitis, perforación intestinal, hernia obstruida, hernia incarcerada, vesícula, hígado, obstrucción de colon, divertículitis., páncreatitis, traumatismo abdominal, heridas por arma de fuego, cortes por arma blanca u otros. Todo lo referido el aparato digestivo. Premisa 4: En el CELIN hay 3 sala de operaciones y en emergencia antigua 2 salas de operaciones para el servicio de emergencia.						
Tópico						
Domicilio / IPRESS /Servicios del HNERM	**Paciente en estado de salud de emergencia**	**1**	**Recibe al paciente, evalúa, da las primeras atenciones y determina exámenes auxiliares o de ayuda al diagnóstico *(Exámenes de sangre para conocer la hemoglobina, hematocritos, creatinina, glucosa, colesterol, etc.; ecografía, radiografía, TAC, etc., según amerite el caso)***	**Cirujano de guardia**	**Paciente evaluado**	**Tópico**
Tópico	**Paciente en estado de salud de emergencia**	**2**	**Evalúa al paciente en base a resultados de exámenes auxiliares, y determina: a) Si el paciente no está en capacidad de recibir el Alta Médica, entonces ejecutar lo siguiente según sea el caso:**	**Cirujano de Guardia**	**Paciente reevaluado**	**Tópico, Trauma Shock, Hospitalización, Quirófano o Domicilio**

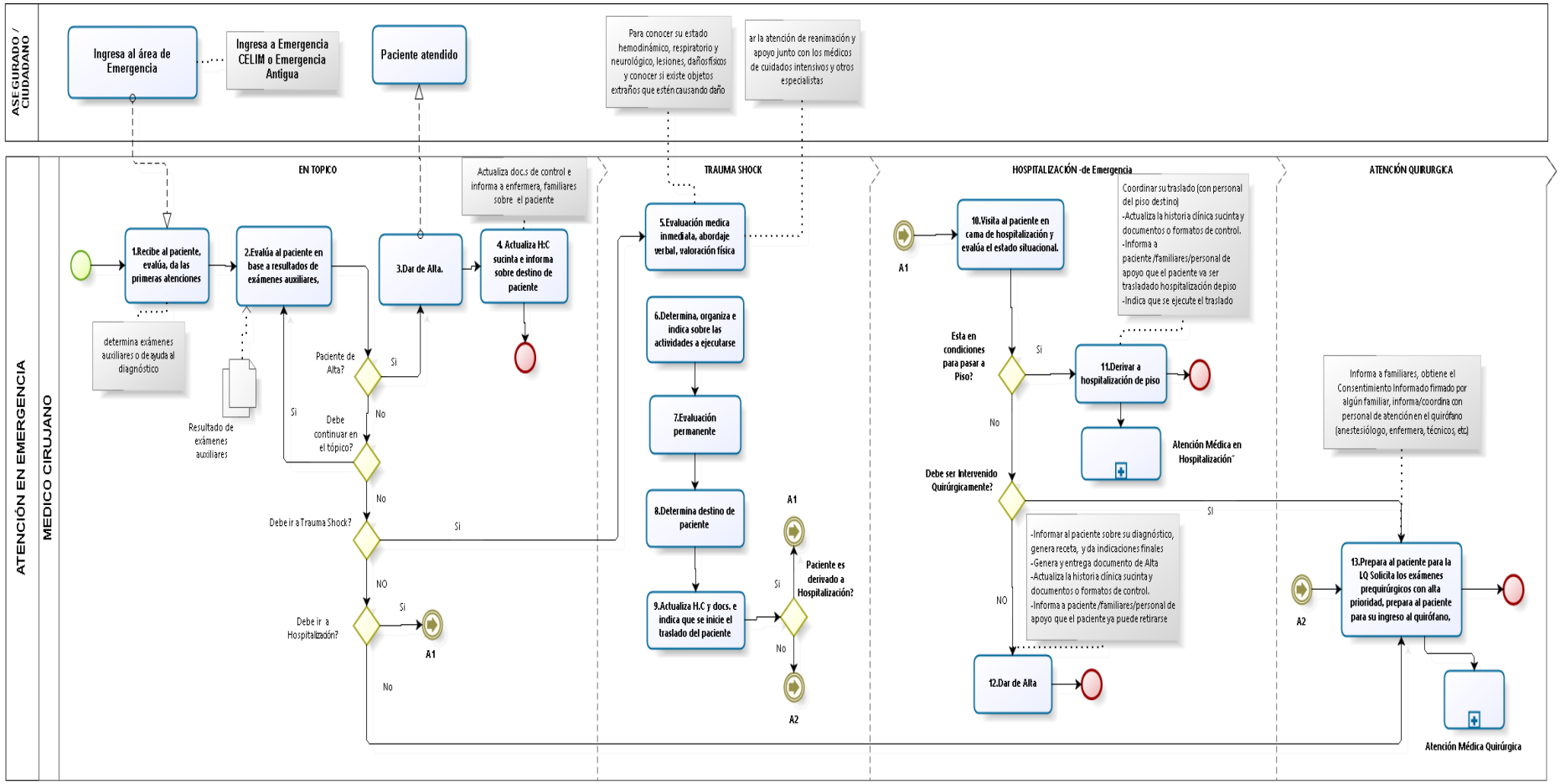
			- Mantener al paciente en el tópico, o - Pasarlo a Trauma Shock (actividad 5) o - Pasarlo a hospitalización de emergencia (actividad 10), o - Pasarlo al Quirófano para I.Q, Solicita de manera inmediata los exámenes prequirúrgicos y ejecuta actividad 13. (continuar en actividad 4). b) Si está en capacidad de recibir el alta médica (continuar en la siguiente actividad).			
Tópico	Paciente reevaluado	3	Dar de Alta. - Informar al paciente sobre su diagnóstico, genera receta y dar indicaciones finales - Genera y entrega documento de Alta	Cirujano de guardia	Paciente atendido y dado de Alta	Domicilio
Tópico, Trauma Shock, Hospitalización , Quirófano.	Paciente atendido	4	- Actualiza la historia clínica sucinta y documentos o formatos de control. - Informa a paciente/familiares/personal de apoyo, el destino del paciente (a donde debe dirigirse después de la atención)(FIN).	Cirujano de guardia	Paciente atendido y derivado	Domicilio, Hospitalización de piso, UCI, Sala de recuperación,
ACTIVIDADES EN TRAUMA SHOCK						
Paciente	Paciente en estado de salud de emergencia	5	Evaluación médica inmediata - Abordaje verbal -Valoración física para conocer su estado hemodinámico, respiratorio y neurológico, lesiones, daños físicos y conocer si existe objetos extraños que estén causando daño.	Médico de Guardía	Paciente evaluado	TRAUMA SHOCK
TRAUMA SHOCK	Paciente evaluado	6	Determina, organiza e indica sobre las actividades a ejecutarse. Determina e indica las medidas de soporte de vida, los fármacos, procedimientos organiza el equipo de	Médico de Guardía	Plan de acción determinado	TRAUMA SHOCK

			atención y distribuye el rol de cada profesional de salud participante en la atención del paciente para mantener con vida al paciente y tartar de estabilizarlo.			
TRAUMA SHOCK	Plan de acción determinado	7	Evaluación permanente: Evaluar, monitorear constantemente al paciente respecto a la evolución de su salud.	Médico de Guardia	Paciente evaluado permanentemente	TRAUMA SHOCK
TRAUMA SHOCK	Paciente evaluado	8	Determina destino del paciente: En base a las evidencias sobre el estado de salud del paciente y se determina su destino.	Médico de Guardia	Paciente evaluado y con orden de derivación	TRAUMA SHOCK
TRAUMA SHOCK	Paciente Evaluado y con orden de derivación	9	Actualiza historia y regulariza documentación: - En base a lo actuado se elabora/actualiza la historia sucinta de emergencia con información sobre antecedentes, examen físico, presunto diagnóstico, plan de trabajo ejecutado y a ejecutarse, tratamiento, procedimientos y exámenes auxiliares realizados y pendientes. - Indica que se ejecute el traslado del paciente. - Ejecutar actividad 10 si es derivado a hospitalización de emergencia. - Ejecutar actividad 13 si requiere el paciente ser intervenido quirúrgicamente.	Médico de Guardia / Cirujano de Guardia	Paciente derivado	Hospitalización de emergencia, sala Quirúrgica, UCI, Mortuorio, Trauma Shock
HOSPITALIZACIÓN						
Paciente	Paciente en estado de salud de emergencia	10	Visita al paciente en cama de hospitalización y evalúa el estado situacional. Según resultado de la evaluación se genera lo siguiente: - Pasarlo a Hospitalización de piso (ejecutar actividad 11), o -Dar de Alta (ejecutar la actividad 12)	Médico de Guardia / Cirujano de Guardia	Paciente evaluado	Hospitalización/Piso/ Sala de operaciones o Domicilio

			- Ordenar Intervención Quirúrgica (ejecutar actividad 13)			
Hospitalización	Paciente evaluado	11	Derivar a hospitalización de piso: -Coordinar su traslado (con personal del piso destino) - Actualiza la historia clínica sucinta y documentos o formatos de control. - Informa a paciente /familiares/personal de apoyo que el paciente va a ser trasladado hospitalización de piso -Indica que se ejecute el traslado -Ejecutar lo descrito en el procedimiento "Atención Médica en Hospitalización" del presente documento.	Médico Especialista	Paciente a ser derivado	Hospitalización de piso
Hospitalización	Paciente evaluado	12	Dar de Alta: - Informa al paciente sobre su diagnóstico, genera receta, y da indicaciones finales. - Genera y entrega documento de Alta - Actualiza la historia clínica sucinta y documentos o formatos de control. - Informa a paciente/familiares/personal de apoyo que el paciente ya puede retirarse (FIN).	Médico Especialista	Paciente dado de alta	Domicilio
ATENCIÓN QUIRÚRGICA (EN LOS QUIRÓFANOS DE EMERGENCIA)						
Tópico, Trauma Shock, Hospitalización	Paciente quirúrgico	13	Prepara al paciente para la I.Q.: -Solicita los exámenes prequirúrgicos con alta prioridad, prepara al paciente para su ingreso al quirófano, informa a familiares, obtiene el Consentimiento Informado firmado por algún familiar, informa/coordina con personal de atención en el quirófano (anestesiólogo, enfermera, técnicos, etc.) -Ejecutar lo descrito en el procedimiento "Atención Médica Quirúrgica" del presente documento.	Médico Especialista	Paciente intervenido quirúrgicamente	Sala de Recuperación/UCI/ Mortuorio.

Indicadores	**Cantidad de personas atendidas por emergencia en lo referente al sistema digestivo (lo que le compete al Departamento de Cirugía General y Digestiva)**
Registros	**Reporte de atenciones, historia clínica, (ESSI o H.C manual)**

Diagrama de Flujo: Atención Médica en Emergencia

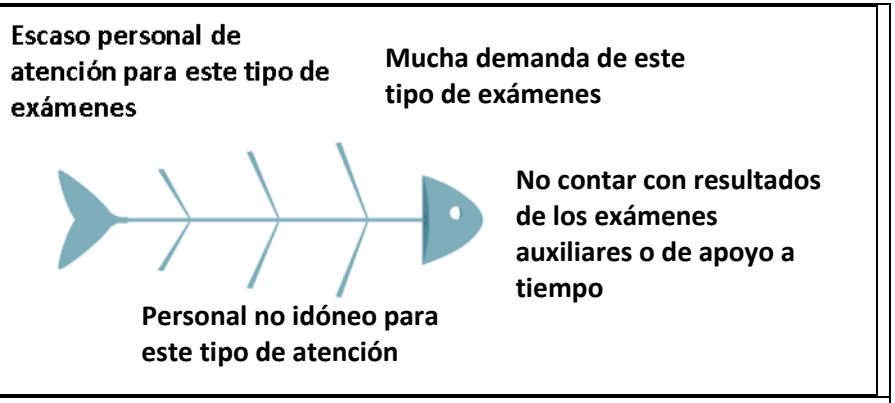


Ficha de indicadores: Atención Médica en Emergencia

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Atención Médica en Emergencia**
Nombre Indicador	**Cantidad de personas atendidas por emergencia en lo referente al aparato digestivo (incluye I.Q. y lo que le compete al Departamento de Cirugía General y Digestiva)**
Descripción del Indicador	**Indicador que muestra la cantidad de personas que fueron atendidas por problemas del aparato digestivo**
Objetivo del Indicador	**Permitirá identificar si el número de profesionales programados en el servicio de emergencia son los suficientes**
Forma de Cálculo	**Conteo mensual de atenciones referente al aparato digestivo**
Fuentes de Información	**Informe médico, Historia Clínica, Informe Operatorio**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefatura del servicio**
Meta	**100% de atenciones en procedimientos asistenciales**
Responsable de Medición	**Jefatura del servicio**

Ficha de riesgo: Atención Médica en Emergencia

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio correspondiente
		Procedimiento	Atención médica en Emergencia
		Actividad	Atención en tópico, trauma shock, hospitalización y quirófano.
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Brindar atención médica quirúrgica de emergencia y atenciones en tópico, trauma shock y hospitalización principalmente, en el marco de las normas, guías clínicas, procedimientos y normativas asistenciales vigentes.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	No contar con resultados de los exámenes auxiliares o de apoyo a tiempo	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Mucha demanda de este tipo de exámenes
		Causa Nº 02	Escaso personal de atención para este tipo de exámenes
		Causa Nº 03	Personal no idóneo para este tipo de atención

	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo de Procesos	

	VALORACIÓN DE RIESGO							
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA					IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo				Análisis	Análisis Cualitativo	
	Muy Baja	0.1				Muy Bajo	0.05	
	Baja	0.3				Bajo	0.10	
	Moderada	0.5				Moderado	0.20	
	Alta	0.7	0.7			Alto	0.40	0.40
	Muy Alta	0.9				Muy alto	0.80	
	Alta		0.70			Alto		0.40
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.280	Prioridad del Riesgo	Alto				
5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS							
	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X		Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo				Transferir Riesgo		

5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA	
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Alta demanda de atención en el servicio de emergencia	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Solicitar de manera exigente que el área de ayuda al diagnóstico en emergencia debe ser repotenciada para tener rapidez en su atención.	

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

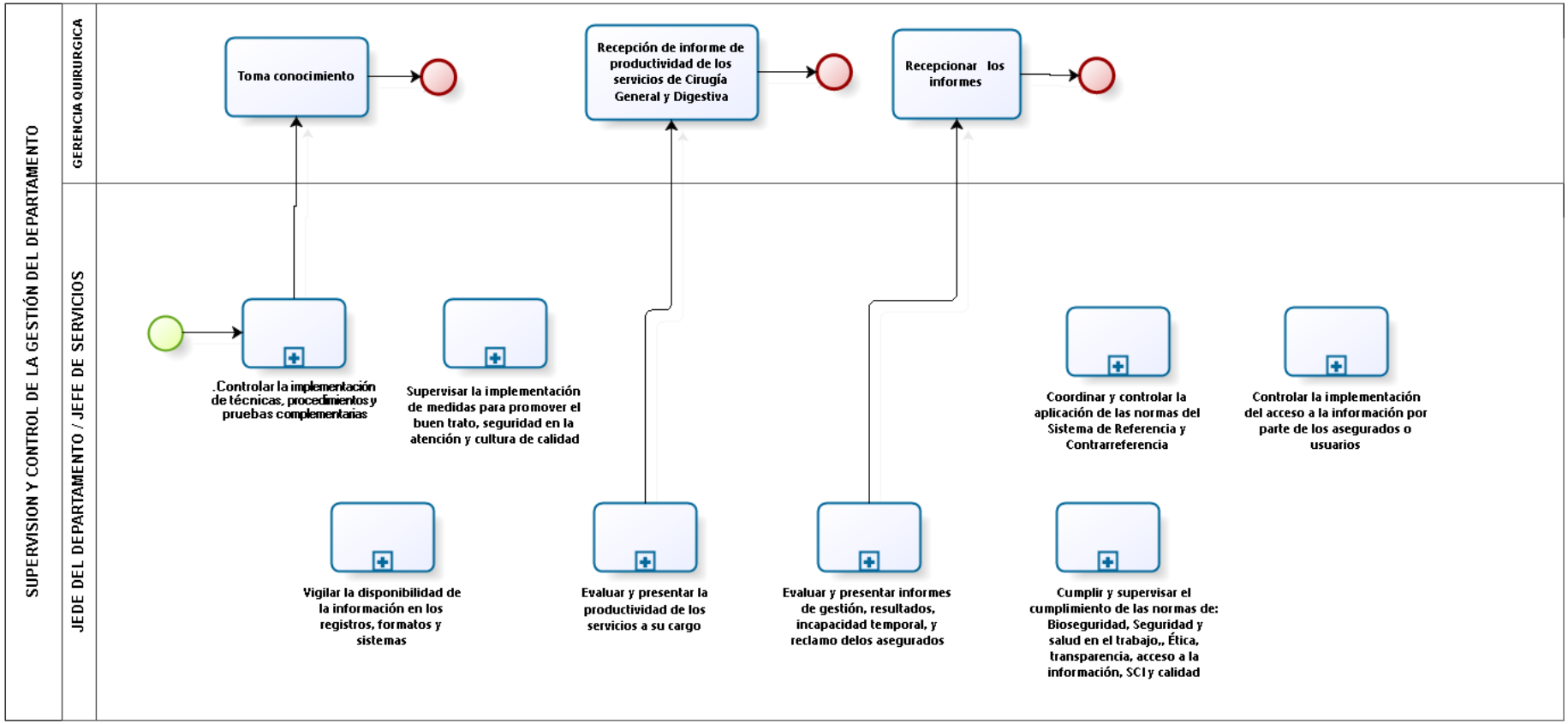
Ficha de procedimiento: Supervisión y control de la gestión del Departamento

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	**Supervisión y control de la gestión del departamento**				
Objetivo	**Supervisar y controlar de manera continua las actividades del departamento y de la aplicación de las normativas asistenciales y de gestión en busca de una atención segura y de calidad a los usuarios en el marco de los objetivos institucionales y del Hospital Nacional.**				
Alcance	**Inicio: Ejecución de supervisiones y control de las actividades** **Fin: Informe situacional y propuestas de mejoras**				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Premisa 1.- El conjunto de actividades que se describen deben ser considerados como subprocesos y cuyo desarrollo se debe de considerar como la actualización del presente documento. **Premisa 2.- Las actividades o subprocesos de supervisión y control se deben ejecutar de manera continua**					
Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Normativas, técnicas, procedimientos, pruebas complementarias**	**1.Controlar la implementación de técnicas, procedimientos y pruebas complementarias** para la atención segura de los usuarios y la reducción de los reingresos.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Informe de implementación de técnicas, procedimientos y pruebas complementarias controladas**	**Gerencia Quirúrgica / Dep. de Cirugía General y Digestiva**
Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Normativas de seguridad en la atención y cultura de calidad**	**2.Supervisar la implementación de medidas para promover el buen trato, seguridad en la atención y cultura de calidad** por parte del personal de los Servicios que integran el Departamento.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Medidas de buen trato, seguridad en la atención y cultura de calidad supervisadas**	**Dep. de Cirugía General y Digestiva**

Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia**	**3.Coordinar y controlar la aplicación de las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia** en los servicios que conforman el departamento, a fin de garantizar la continuidad de la atención de salud a los usuarios.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Aplicación de las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia coordinadas y controladas**	**Dep. de Cirugía General y Digestiva**
Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Normativas sobre acceso a la información**	**4.Controlar la implementación del acceso a la información por parte de los asegurados o usuarios**, en el marco de las normas vigentes, en los servicios que integran el departamento.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Implementación del acceso a la información por parte de los asegurados o usuarios controlada**	**Dep. de Cirugía General y Digestiva**
Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Información en los registros, formatos y sistemas con relación a la atención de salud que se brinda en los servicios**	**5.Vigilar la disponibilidad de la información en los registros, formatos y sistemas** con relación a la atención de salud que se brinda en los servicios a su cargo, así como, supervisar la implementación de las medidas correctivas.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Disponibilidad de la información en los registros, formatos y sistemas supervisados**	**Dep. de Cirugía General y Digestiva**
Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Informe de productividad de los servicios**	**6.Evaluar y presentar la productividad de los Servicios a su cargo** y de los resultados en la salud de los usuarios, así como la calidad y satisfacción lograda.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Informe de productividad de los servicios centrado en el beneficio, calidad y satisfacción de usuario**	**Gerencia Quirúrgica**
Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Informes, reportes y demás docs. sobre la gestión, resultados, incapacidad temporal, reclamos de asegurados**	**7.Evaluar y presentar los informes, reportes y demás documentos sobre la gestión, resultados, incapacidad temporal, reclamos de los asegurados y otros** que sean requeridos por la Gerencia del Hospital Nacional.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**informes, reportes y demás docs. sobre la gestión, resultados, incapacidad temporal, reclamos de los asegurados y otros, evaluados y presentados**	**Gerencia Quirúrgica/Gerencia del Hospital Nacional**

Dep. de Cirugía General y Digestiva	**Normas de Bioseguridad, Seguridad y salud en el trabajo, Código de Ética institucional, Transparencia, acceso y protección de la información, control interno y de gestión de la calidad y lo dispuesto por la jefatura**	**8.Cumplir y supervisar el cumplimiento de las normas de:** Bioseguridad, Seguridad y Salud en el trabajo, Código de Ética institucional, Transparencia, acceso y protección de la información, Control interno y de gestión de la calidad, Disposiciones que emita la jefatura inmediata superior, en el ámbito de su competencia.	**Jefe de Departamento /Jefe de servicios**	**Normas de Bioseguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo, Ética, Transparencia, acceso y protección de la información, control interno y de gestión de la calidad, etc. supervisadas en su cumplimiento**	**Dep. de Cirugía General y Digestiva**
Indicadores	**Informe situacional del departamento (cualitativo)**				
Registros	**Informes de control o supervisión**				

Diagrama de flujo: Supervisión y control de la gestión del Departamento

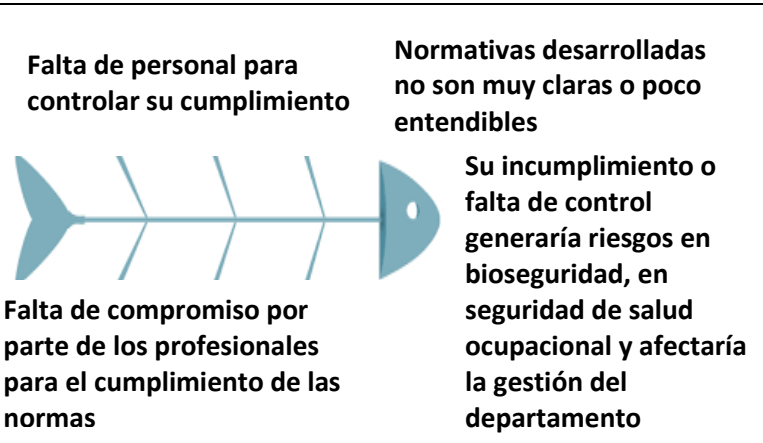


Ficha de indicadores: Supervisión y control de la gestión del Departamento

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Supervisión y control de la gestión del Departamento**
Nombre Indicador	**Informe cualitativo situacional del departamento**
Descripción del Indicador	**informe que indica el nivel de eficiencia de la gestión del departamento**
Objetivo del Indicador	**Informar el grado de eficiencia de la gestión del departamento**
Forma de Cálculo	**Conteo de los informes y el resultado de cada uno de ellos**
Fuentes de Información	**Informes sobre control y supervisiones**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefatura del Departamento**
Meta	**Mantenerse como eficiente**

Ficha de riesgos: Supervisión y control de la gestión del Departamento

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio
		Procedimiento	Supervisión y control de la gestión del departamento
		Actividad	Cumplir y supervisar el cumplimiento de las normas
2.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Supervisar y controlar de manera continua las actividades del departamento y de la aplicación de las normativas asistenciales y de gestión en busca de una atención segura y de calidad a los usuarios en el marco de los objetivos institucionales y del Hospital Nacional.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Su incumplimiento o falta de control generaría riesgos en bioseguridad, en seguridad salud ocupacional y afectaría la gestión del departamento.	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Falta de personal para controlar su cumplimiento
		Causa Nº 02	Normativas desarrolladas no son muy claras o poco entendibles
		Causa Nº 03	Falta de compromiso por parte de los profesionales para el cumplimiento de las normas

	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo de Procesos	(Se muestra en la sección diagrama de flujos)

	VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
	Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
	Baja	0.3			Bajo	0.10	
	Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20	
	Alta	0.7			Alto	0.40	0.40
	Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50		Alto		0.40
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.200	Prioridad del Riesgo		Alta		

5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS				
	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	No existir personal designado para la supervisión y control de la ejecución de lo normado			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Campaña de sensibilización sobre la importancia del cumplimiento de las normativas y designar a un profesional administrativo que se dedique a supervisar y controlar el cumplimiento de todo lo normado.			

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

Ficha de procedimiento: Análisis, propuestas e implementación de mejoras

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	**Análisis, propuestas e implementación de mejoras**					
Objetivo	**Aplicar mejoras y cambios que contribuyan a optimizar el uso de recursos y minimizar los riesgos como parte de la mejora continua en la gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva**					
Alcance	**Inicio: Acopio de información y casuística (incluye el conocimiento y experiencia obtenida por los profesionales)** **Fin: Implementar mejoras y resultados (propuesta de mejoras presentadas y analizadas)**					
Proveedor	**Entrada**		**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
			Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Los ejecutores de estas actividades pueden ser el jefe del departamento y/o un profesional del mismo, para el siguiente caso se considera que el profesional ejecuta el conjunto de actividades y es supervisado por el jefe del departamento.						
Departamento de Cirugía General y Digestiva	**Normas externas e internas, informes, información del ESSI y base de datos, reportes, formatos**	**1**	**Acopiar información de sucesos, problemáticas, casuísticas, indicadores de gestión, etc. (generalmente del periodo anterior).**	**Jefe de servicio / Profesional**	**Información acopiada**	**Jefe de servicio / Profesional**
Jefe de servicio / Profesional	**Información acopiada**	**2**	**Analizar información obtenida.**	**Jefe de servicio / Profesional**	**Información analizada**	**Jefe de servicio / Profesional**
Jefe de servicio / Profesional	**Información analizada**	**3**	**Analizar causas y factores que originaron las problemáticas o sucesos positivos.**	**Jefe de servicio / Profesional**	**Factores determinados**	**Jefe de servicio / Profesional**
Jefe de servicio / Profesional	**Factores de determinados**	**4**	**Identificar las mejoras y/o cambios a proponer (incluir o considerar acciones innovadoras de resultados rápidos y de mediano y largo plazo).**	**Jefe de servicio / Profesional**	**Mejoras o cambios identificados**	**Jefe de servicio / Profesional**
Jefe de servicio / Profesional	**Mejoras o cambios identificados**	**5**	**Desarrollar propuestas de mejoras y/o cambios (incluye plan de trabajo y recursos necesarios) y remitir a jefatura.**	**Jefe de servicio / Profesional**	**Propuesta de mejoras desarrolladas**	**Jefatura del Departamento**

Jefatura del Departamento	Propuesta de mejoras	6	Revisar o evaluar propuestas (si está de acuerdo continuar en actividad 10, si no está de acuerdo ejecutar lo indicado en actividad 7).	Jefatura del Departamento	Propuesta de mejoras evaluadas	Jefatura del Departamento
Jefatura del Departamento	Propuestas de mejoradas evaluadas	7	Indicar los cambios u observaciones a incluir y derivar a responsables para su ejecución.	Jefatura del Departamento	Propuestas de mejoras indicadas y remitidas	Jefe de servicio / Profesional
Jefe de servicio / Profesional	Propuestas de mejoras indicadas	8	Desarrollar propuesta de mejoras con recomendaciones y aportes.	Jefe de servicio / Profesional	Propuesta de mejoras actualizadas	Jefe de servicio / Profesional
Jefe de servicio / Profesional	Propuesta de mejoras y cambios actualizados	9	Remitir versión final de propuesta, adjuntar informe y remitir a jefatura.	Jefe de servicio / Profesional	Propuesta de mejoras y sustentos remitidos	Jefatura del Departamento
Jefatura del Departamento	Propuesta de mejoras y sustentos remitidos	10	Visar y remitir a jefatura de Gerencia Quirúrgica.	Jefatura del Departamento	Propuesta de mejoras y sustentos remitidos	Gerencia Quirúrgica
Gerencia Quirúrgica	Propuesta de mejoras y sustentos	11	Evaluar Informe y documentos sustentos (si no está conforme continuar en actividad 12, caso contrario ir a 15).	Gerencia Quirúrgica	Propuestas y docs. revisados	Gerencia Quirúrgica
Gerencia Quirúrgica	Propuestas y docs. Revisados	12	Indicar formalmente sobre las observaciones, comentarios o mejoras a considerar y remite a jefatura del departamento.	Gerencia Quirúrgica	Observaciones remitidas	Jefatura del Departamento
Gerencia Quirúrgica	Observaciones	13	Tomar conocimiento de observaciones y deriva a responsables.	Jefatura del Departamento	Observaciones remitidas	Jefe de servicio / Profesional
Jefe de servicio / Profesional	Observaciones	14	Toma conocimiento de los cambios, pautas y observaciones informadas (continuar en 8).	Jefe de servicio / Profesional	Con conocimiento de observaciones y cambios	Jefe de servicio / Profesional
Gerencia Quirúrgica	Propuesta de mejoras y sustentos	15	Aprobar mejoras (de acuerdo a los procedimientos establecidos) y derivar documentos que aprueban la propuesta a jefatura del departamento.	Gerencia Quirúrgica	Informes y docs. aprobados remitidos	Jefatura del Departamento

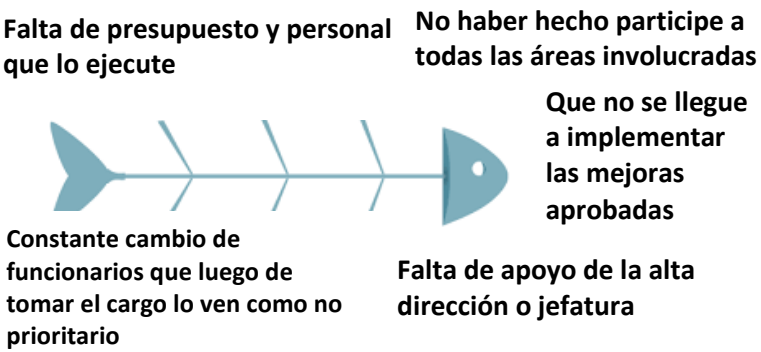
Gerencia Quirúrgica	**Informe y docs. Aprobados**	**16**	**Recepcionar documento aprobado, difundir y establecer su cumplimiento (FIN).**	**Jefatura del Departamento**	**Documento aprobado, difundido y con indicaciones de cumplimiento**	**Departamento**
Indicadores	**Porcentaje de implementación de mejoras efectivas**					
Registros	**Documentos donde se registren las propuestas de mejoras (carta, memorando, informe)**					

Ficha de indicadores: Análisis, propuestas e implementación de mejoras

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	**Análisis, propuestas e implementación de mejoras**
Nombre Indicador	**Porcentaje de implementación de mejoras efectivas**
Descripción del Indicador	**Indicador que evalúa a todas las mejoras desarrolladas e implementadas**
Objetivo del Indicador	**Permite conocer la eficiencia de las mejoras implementadas**
Forma de Cálculo	**Conteo simple**
Fuentes de Información	**Jefatura del departamento**
Periodicidad de Medición	**Anual**
Responsable de Medición	**Jefatura del departamento**
Meta	**100% de implementación con resultados eficientes**

Ficha de riesgos: Análisis, propuestas e implementación de mejoras

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva
		Subproceso (Nivel 2)	Gestión del servicio
		Procedimiento	Análisis, propuestas e implementación de mejoras
		Actividad	Recepcionar documento aprobado, difundir y establecer su cumplimiento
3.OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Aplicar mejoras y cambios que contribuyan a optimizar el uso de recursos y minimizar los riesgos como parte de la mejora continua en la gestión del departamento de Cirugía General y Digestiva.
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Misional	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Que no se llegue a implementar las mejoras aprobadas	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Falta de presupuesto y personal que lo ejecute
		Causa Nº 02	No haber hecho participe a todas las áreas involucradas
		Causa Nº 03	Falta de apoyo de la alta dirección o jefatura
		Causa Nº 04	Constante cambio de funcionarios que luego de tomar el cargo lo ven como no prioritario

	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto							
		Diagrama de Flujo						
	VALORACIÓN DE RIESGO							
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo		
	Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05		
	Baja	0.3	0.3		Bajo	0.10		
	Moderada	0.5			Moderado	0.20	0.20	
	Alta	0.7			Alto	0.40		
	Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80		
	Baja		0.30		Moderado		0.20	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO							
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.0600	Prioridad del Riesgo		Moderada			
5.1	RESPUESTA A LOS RIESGOS							
	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X	Evitar riesgo			
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo			

5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección	
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA	
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Falta de presupuesto y escaso personal de apoyo	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Gestionar la obtención de presupuesto y personal para la implementación de las mejoras aprobadas-	

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

12.FACTORES CRÍTICOS

En base a la revisión y análisis de los procesos, se puede determinar los siguientes procesos críticos que son calificados como tal en base a lo evidenciado en su evaluación de riesgo y registrado en su respectiva ficha.

12.1 Atención médica quirúrgica

Este proceso constituye uno de los más críticos y en donde se considera tomar mucha atención en la actividad “Lista de verificación de cirugía segura” (antes de la intervención quirúrgica), actividad de control y verificación que busca evitar posibles suspensiones de intervenciones quirúrgicas por diferentes factores u omisiones involuntarias.

12.2 Programación asistencial para la atención en los servicios

En este proceso se desarrolla la asignación de los días y turnos de atención de los profesionales, el cual se debe ejecutar de manera tal que se pueda dar una atención de calidad y en el momento programado a los usuarios; programación que muchas veces no sucede o se ejecuta de acuerdo a lo planificado, generando la protesta, incomodidad y afectación de la salud de los pacientes.

Se ha considerado como proceso crítico porque la probabilidad de que se genere una falta de atención en los turnos programado ocasionara un impacto negativo en la salud del paciente e implicara reclamos justificados y quejas que afectarán al departamento y a la institución.

En esta época de crisis sanitaria que afecta a todos a nivel mundial, es urgente que todas las áreas de la salud deben ser repotenciadas en recursos humanos, insumos, infraestructura y tecnología, usando los presupuestos de emergencia e incluso quitando o suspendiendo el presupuesto destinado a servicios administrativos que son poco prioritarios en esta coyuntura, para ser usados o destinados a los servicios que dan atención en salud, en el cual está comprendido del departamento de Cirugía General y Digestiva.

12.3 Atención en consulta externa adulto

La criticidad de este proceso radica principalmente en el hecho de que al paciente no se le atienda oportunamente debido a que las citas que se le otorgan son a periodos o tiempos muy distantes que no le permite al médico cirujano atenderlo a tiempo y lo cual genera:

- Daño directo a la salud del paciente por atenderlo demasiado tarde
- Volver a solicitar exámenes de ayuda al diagnóstico, porque los anteriores ya caducaron en su validez; gastos económicos y en tiempos, que se puede evitar y que debería servir para ser utilizado o asignado a otro paciente.
- Incomodidad y molestia en el asegurado, los que influyen en el ámbito psicológico, depresión y sistema inmunológico del paciente.

Se debe enfrentar esta problemática mediante la obtención de más profesionales, más consultorios y más personal de apoyo para poder atender a tiempo al paciente; y de esta manera el paciente podrá obtener citas médicas en periodos más cortos de espera y tener una atención a tiempo.

12.4 Supervisión y control de la gestión del departamento.

La planificación y control de la gestión del departamento es clave para poder lograr los objetivos y metas que se tienen trazados, por lo cual el riesgo de que estas actividades se ejecuten deficientemente generara perjuicios en la atención del asegurado. Una buena planificación, supervisión y control de la gestión beneficiaria a pacientes y a la institución.

Pero existe un riesgo bastante probable de que lo mencionado ocurra, debido a que existe poco tiempo y profesionales para dedicarse a estas actividades de manera continua, por lo tanto, es urgente contar con personal idóneo y dedicado exclusivamente a este tipo de actividades.

13. OPORTUNIDAD DE MEJORA

Entre las oportunidades de mejoras identificadas están las siguientes:

13.1 Considerar la atención al paciente de manera virtual para aquellos casos que no necesariamente se tenga que ejecutar un chequeo físico, de esa manera se puede disminuir las atenciones a destiempo y generara oportunidades a otros pacientes.

13.2 Solicitar a la Gerencia del HNERM la necesidad de repotenciar el área de ayuda al diagnóstico porque su lentitud o falta de rapidez para dar resultados de los exámenes o pruebas solicitadas afectan en una pronta y determinante toma de decisiones por parte del médico cirujano especialista.

13.3 Contratar a personal como practicante de las carreras de administración o economía para apoyar en la supervisión, control y evaluación del avance del departamento.

14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Por todo lo analizado, revisado y expuesto se puede concluir que el factor recurso humano e insumos médicos son los factores que siguen influyendo en el desempeño de las actividades del departamento, como también pasa en otras áreas del HNERM, debiéndose indicar que la tecnología emergente y abierta ayudara enormemente en descongestionar o disminuir el tiempo de espera de atención a los pacientes en los consultorios.

Es importante resaltar que los tiempos demasiado largos para la atención del paciente influye negativamente en su salud y en la economía y prestigio de EsSalud.

Los pacientes de patologías menos complejas se deben atender en los hospitales de la Red Rebagliati para descongestionar los servicios.

RECOMENDACIONES

Por lo descrito anteriormente se recomienda:

14.1 Gestionar la contratación de más profesionales y obtención de más consultorios, problema que reconocemos que es de muchos años, pero que en esta época de pandemia se ha hecho más crítico y grave, y que afecta directamente a los asegurados y a los profesionales de la salud, que hoy más que nunca tienen que multiplicarse en sus labores.

14.2 Incluir la tecnología e innovación que muchas no son costosas, adoptando la atención remota o virtual a los pacientes (en los casos que se amerite) como una primera acción y que ya se aplica en algunos servicios del HNERM.

14.3 Analizar los actuales procesos y buscar su optimización o mejora continua, agregándole innovación y cambios agiles, los cuales se puede lograr en convenio con las universidades, en donde existe un gran potencial de talento con gran conocimiento y disposición a ponerlos en práctica.

--&&--