

POR VALIDAR



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE
ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS**

M02.04.07

GRADO	CARGO	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
Validado por	Jefe del Departamento de Anestesiología	Doctor José Bejarano Prado	
Validado por	Jefe del Servicio Centro Quirúrgico 1	Doctora Ysabel Caro Coria	
Validado por	Jefe del Servicio Centro Quirúrgico 2	Doctora Sonia Angles Campano	
Validado por	Jefe del Servicio de SOP Satélites y Recuperación	Doctor Gustavo García Aguirre	

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ITEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA

ÍNDICE

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO	5
2. ALCANCE	5
3. BASE LEGAL	5
4. DEFINICIONES Y TERMINOS	6
5. CONSIDERACIONES	8
6. ASPECTOS GENERALES	10
6.1 ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS.	10
6.2 DIAGRAMA DE BLOQUES - PROCESOS	12
7. MATRIZ CLIENTE PRODUCTO	13
8. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES	14
9. INVENTARIO DE PROCESOS	15
10. FICHAS DE PROCESOS DE NIVEL 2,3 HASA EL PENULTIMO NIVEL	16
11. PROCEDIMIENTOS - DESCRIPCIÓN	19
(FICHAS DE PROCEDIMIENTOS, MODELADOS DE LOS PROCESOS, INDICADORES DE GESTIÓN, FICHAS DE RIESGOS)	
• Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión	21
• Programación y Control Asistencial de los Profesionales para atender la demanda	28
• Programación y distribución de las salas quirúrgicas	35
• Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo	42
• Atención médica en anestesiología	49
• supervisión y control de la gestión del departamento	58
• Análisis, propuestas e implementación de mejoras	65
12. FACTORES CRÍTICOS	72
13. OPORTUNIDAD DE MEJORA	73
14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Documentar los procesos y procedimientos relacionados al Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico a fin de que sean considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes durante la producción de los bienes y servicios de 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 Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

3. BASE LEGAL

- 3.1 Ley N°26842, Ley General de Salud y modificatoria.
- 3.2 Ley N°27056, 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 N°26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias; ampliatorias y complementarias.
- 3.4 Ley N°27360, Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario.
- 3.5 Decreto Supremo N°049-2002-AG, Reglamento de la Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario.
- 3.6 Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, modificada por Ley N°28496.
- 3.7 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).
- 3.8 Decreto Supremo N° 017-2014-SA, que aprueba reglamento que regula el Procedimiento Especial de Contratación de Servicios de Salud, Servicios de Albergue incluida la alimentación, cuando corresponda, y compra, dispensación o expendio de medicamentos esenciales de manera complementaria a la oferta pública.
- 3.9 Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA que aprueba la “Norma Técnica de los servicios de Anestesiología”, NTS N° 030-MINSA/DGSP V01.
- 3.10 Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA y su modificatoria aprobada con R.M N° 265-2018/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica”, NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN.
- 3.11 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.
- 3.12 Resolución de Gerencia General N° 1518-GG-ESSALUD-2015 que aprueba la Directiva N°015-GG- ESSALUD-2015 “Normas para Gestión de la oportunidad quirúrgica en el seguro social de salud – EsSalud”.
- 3.13 Decreto Supremo N° 040-2014-PCM que aprueba el Reglamento General de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.
- 3.14 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”.

- 3.15 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 254-PE-ESSALUD-2017 que aprueba el Manual de Perfiles de Puestos – MPP de EsSalud.
- 3.16 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.
- 3.17 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”.
- 3.18 Resolución de Gerencia General N° 552-GG-ESSALUD-2013, que aprueba el Plan de Acción Mejorar la Gestión de Oportunidad Quirúrgica" para la operativización y ejecución del "Plan Confianza”.
- 3.19 Resolución de Gerencia General N° 1806-GG-ESSALUD-2017, que prueba la Directiva N°002-GG-ESSALUD-2017, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD".
- 3.20 Resolución de Gerencia General N°1517-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.
- 3.21 Resolución de Gerencia General N°1518-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2015 “Normas para la Gestión de la Oportunidad Quirúrgica en el Seguro Social de Salud – EsSalud”
- 3.22 Resolución de Gerencia General N°1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N°018-GG-ESSALUD-2013. Definición, Características y Funciones Generales de las IPRESS de ESSALUD.
- 3.23 Resolución de Gerencia General N°107-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N°001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
- 3.24 Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2015 Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud – EsSalud.
- 3.25 Resolución Ministerial N°486-2005/MINSA que aprueba la N T N° 030-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología.

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.
- **ANESTESIA:** Es la pérdida total de la percepción sensorial 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 o 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 y ambientes de apoyo.
- **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 que 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.
- **ENFERMERA CIRCULANTE:** es la enfermera que realiza procedimientos generales y específicos de enfermería establecidos en el cuidado integral del paciente y es la enfermera no estéril y que verifica que la intervención, paciente y material quirúrgico sean los correspondientes al acto quirúrgico.
- **FORMATO DE SOLICITUD DE OPERACIÓN:** 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.
- **POST OPERATORIO:** Se conoce como postoperatorio el periodo de tiempo que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el anestesiólogo le da el alta en la sala de recuperación.
- **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 QUIRURGICA:** También llamado quirófano, y es aquella sala o habitación que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones

- **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:** 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 cardíaca y presión arterial.

5. CONSIDERACIONES

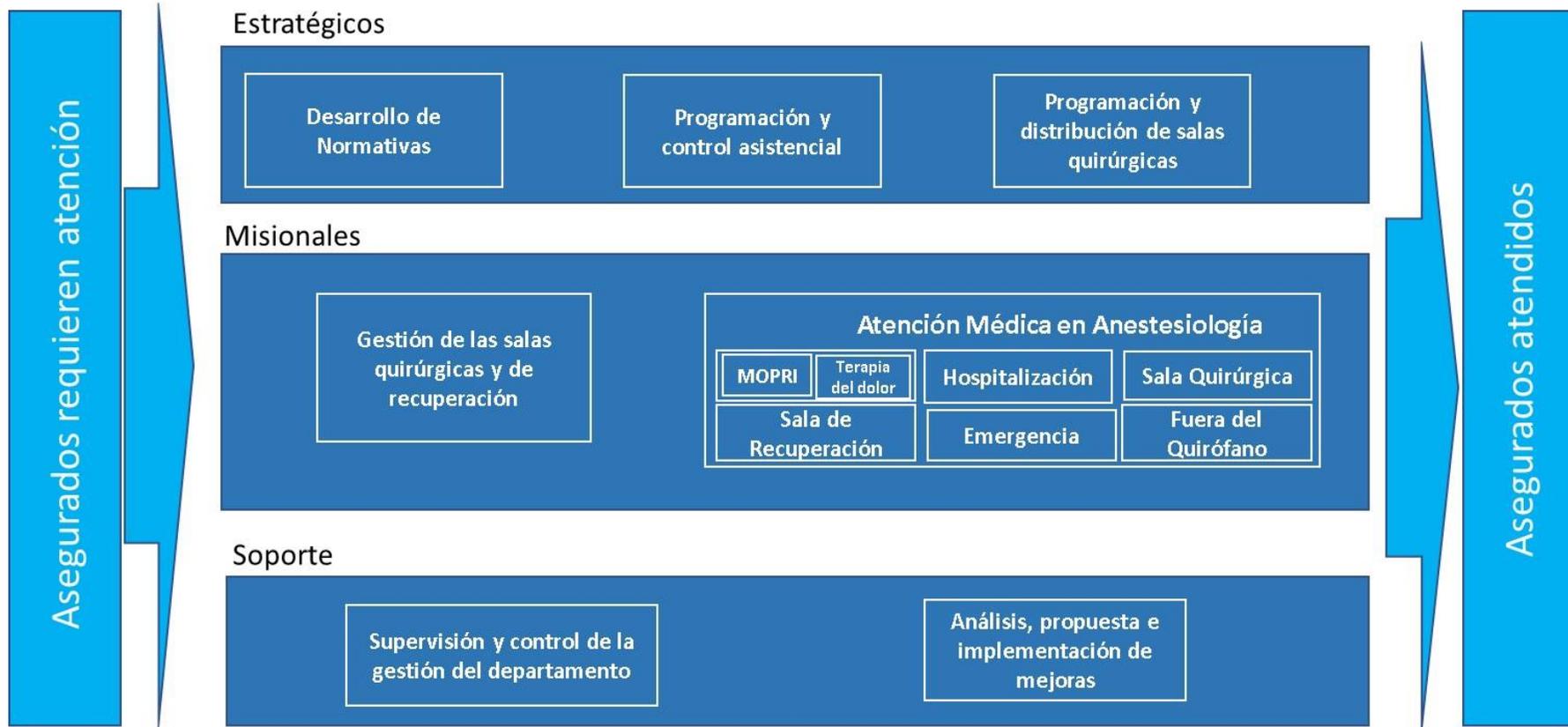
- 5.1 El presente Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins está sujeto a modificaciones, mejoras, desarrollo con mayor detalle y/o actualizaciones, debido a que los procesos son siempre dinámicos en su desarrollo y por lo cual este importante documento debe ser considerado como una primera versión.
- 5.2 Los procesos considerados en este Manual son los más importantes del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, llamados como 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 Anestesiología y Centro Quirúrgico comprende los siguientes servicios:
 - Servicio de Centro Quirúrgico 1
 - Servicio de Centro Quirúrgico 2
 - Servicio de SOP Satélites y Recuperación
- 5.4 Los formatos utilizados en los procesos del Departamento de Anestesiología están aprobados según Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2015 "Normas para la Gestión de la Oportunidad Quirúrgica en el Seguro Social de Salud – EsSalud", y que se indican en el Anexo 01 del respectivo documento.
- 5.5 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-201.

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	Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	AE 1.1	Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	E01 Gestión de planificación Estratégica E02 Gestión de Modernización E04 Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusión de solicitudes dentro del plazo. - Usuarios que comunican un problema en el servicio. - Eventos centinela gestionados a tiempo. - Pacientes correctamente identificados según directiva vigente. - Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente. - Adultos Mayore beneficiados con Atención Integral - Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel). - Tasa de hospitalizaciones evitables
		AE 1.2	Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	M01 Gestión de Aseguramiento de Salud M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas	
OE2	Desarrollar una gestión con excelencia operativa	AE 2.1	Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	E01 Gestión Planificación Estratégica E02 Gestión de Modernización E04 Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos. - Cobertura de puestos laborales activos a Nivel Nacional. - Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes)
		AE 2.2	Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales	M01 Gestión de Aseguramiento de Salud M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales S07 Gestión de Tecnologías de información y Comunicación S08 Gestión de Proyectos de inversión	

6.2 DIAGRAMA DE BLOQUES - PROCESOS



7. MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO

CLIENTE \ PRODUCTO		Políticas y normas implementadas <i>(Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión)</i>	Programación de los profesionales <i>(Programación y control asistencial de los profesionales)</i>	Salas Quirúrgicas programadas <i>(programación y distribución de salas)</i>	Salas Quirúrgicas gestionadas <i>(Gestión de salas quirúrgicas y de recuperación y profesionales)</i>	Atención médica <i>(atención médica en anestesiología)</i>	Departamento supervisado y controlado <i>(Supervisión y control de la gestión del departamento)</i>	Mejoras implementadas <i>(Análisis, propuesta e implementación de mejoras)</i>
INTERNO	Departamento de Anestesiología	X	X	X	X	X	X	X
	Servicios del HNERM	X	X	X	X	X		
	Gerencia Quirúrgica	X	X	X	X	X	X	X
	Departamento de Enfermería	X	X	X	X	X		
	Departamento de Farmacia				X			
	Banco de sangre (Dpto. De Patología Clínica)				X			
	Gerencia del HNERM	X		X			X	X
	Asegurado-Paciente	X	X			X		
EXTERNO	SUSALUD	X				X	X	X
	MINSA	X				X	X	X

8. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

PROCESOS ÁREA SERVICIOS	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión	Programación y control asistencial de los profesionales para atender la demanda	Programación y distribución de salas	Gestión de salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo	Atención médica en anestesiología	Supervisión y control de la gestión del Departamento	Análisis, propuesta e implementación de mejoras
Departamento de Anestesiología y centro quirúrgico	R,A	A,I	R,A	A	A	R,A	A,I
Servicio de Centro Quirúrgico 1	R	R	R	R	R	R	R
Servicio de Centro Quirúrgico 2	R	R	R	R	R	R	R
Servicio de SOP Satélites y Recuperación	R	R	R	R	R	R	R
Departamento de Enfermería				I	I		
Departamento de Farmacia				I	I		
Banco de sangre (Dpto. de Patología Clínica)				I	I		
Servicios del HNERM	C		C	I			C
Gerencia Quirúrgica	I,C			I	I	A	A
Gerencia del HNERM	I						

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

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

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

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

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 cargo de la tarea (RA).

9. INVENTARIOS DE LOS PROCESOS

Código Nivel 0	Proceso de Nivel 0	Código Nivel 1	Proceso Nivel 1	Código Nivel 2	Procesos Nivel 2	Código Nivel 3	Procesos Nivel 3
M02	Prestaciones de Salud	M02.01	Gestión del Departamento de Anestesiología	M02.01.01	Planeamiento y programación	M02.01.01.01	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión <i>(Guías de prácticas clínicas, guías de manejo quirúrgico y anestesiológicos, protocolos, procedimientos, manuales e instructivos técnicos)</i>
						M02.01.01.02	Programación y control asistencial de los profesionales para atender la demanda
						M02.01.01.03	Programación y distribución de las salas quirúrgicas
				M02.01.02	Gestión de los servicios	M02.01.02.01	Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo
						M02.01.02.02	Atención médica en anestesiología <i>(En MOPRI, Terapia del dolor, Hospitalización, en Sala Quirúrgica, en Sala de Recuperación, en Emergencia y fuera del quirófano)</i>
				M02.01.03	Supervisión, control y mejoras	M02.01.03.01	Supervisión y control de la gestión del Departamento
						M02.01.03.02	Análisis, propuesta e implementación de mejoras

FICHAS DE PROCESO DEL NIVEL 2,3 HASTA EL PENÚLTIMO NIVEL
Ficha técnica nivel 2: Gestión del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
1) Nombre	Gestión del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	4) Responsable	Jefe del departamento Dr. José Bejarano Prado	
2) Objetivo	Dar atención especializada de cirugía general y plástica y reparadora a los usuarios	5) Requisitos	Normativa definida en el ítem 3, Base Legal.	
3) Alcance	Comprende los procesos del Planeamiento y programación, la gestión de los servicios y la supervisión, control y mejoras del servicio	6) Clasificación	Misional	
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 3	10) Salidas	11) Ciudadano o 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 Anestesiología
SERVICIOS DEL HNERM, Asegurado, paciente, ciudadano	Cita para atención, Solicitudes de salas quirúrgicas, Solicitudes de atención	Gestión del Servicio	Servicio otorgado	Asegurado / 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, indicadores de riesgos, informes situacionales, tecnologías emergentes,	Supervisión, control y mejoras del servicio	Mejoras y control implementado	Departamento de Anestesiología

	nuevos modelos de gestión, corriente de innovación, mejora de procesos			
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones		13) Recursos		14) Documentos y formatos
<p>Informes, Cartas, Memorando, Fichas de control, Formato de Consentimiento informado, Informes asistenciales y administrativos, Sistemas Informáticos: ESSI, Rebanet, SGSS, SGH, herramientas tecnológicas</p>		<p>Profesionales de la salud: - Médicos anestesiólogos, enfermeras, Residentes, Internos, tecnólogos, personal administrativo, digitadoras, etc.</p> <p>Infraestructura: - Consultorios, equipamiento y mobiliario médico. ambientes confortables, muebles y accesorios.</p> <p>Tecnología-Sistemas -Sistemas informáticos, equipos informáticos y de comunicaciones, impresoras, software para reuniones virtuales, etc.</p>		<p>Formatos de registro de programación médica, rol de vacaciones, relación de personal activo, solicitud de permisos, certificados de descansos médicos, solicitud de salas quirúrgica, ordenes médicas, recetas, formulario para exámenes auxiliares, informes médicos, informes técnicos, formato de consentimiento informado, formato de alta, libro de sala quirúrgica, formato de cirugía segura, etc.</p>
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros			16) Indicadores	
<p>Portal de la Institución Sistema administrativo - SIAD Historia Clínica Historia sucinta Sistemas informáticos Informe operatorio Ordenes y recetas médicas Libro de sala quirúrgica Formato de Cirugía Segura</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia. • Efectividad en el cumplimiento de la programación • Efectividad en el cumplimiento de la programación de las salas quirúrgicas. • Efectividad en la asignación de las salas considerando la oportunidad en el uso • Porcentaje de pacientes atendidos frente a citados en MOPRI • Informe cualitativo situacional del departamento • Porcentaje de implementación de mejoras efectivas 	

Ficha técnica nivel 2: planeamiento y programación

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
1) Nombre	Planeamiento y programación		4) Responsable	Jefe de departamento Dr. José Bejarano Prado
2) Objetivo	Establecer el ambiente y las herramientas de apoyo a la gestión en el departamento		5) Requisitos	Normativas definidas en el ítem 3, Base Legal.
3) Alcance	Empieza desde el desarrollo de normativas hasta la programación de atención por parte de los profesionales del área.		6) Clasificación	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 3	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios
IPRESS, ESSALUD, Gerencia y/o servicios del HNERM	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 Anestesiología
IPRESS, Servicios del HNERM, Asegurado, Ciudadanía	Demanda para atención, planes de trabajo.	Programación y control asistencial de los profesionales para atender la demanda	Programación aprobada	Departamento Anestesiología
Dep. Anestesiología, Ger. Quirúrgica, Ger.HNERM, normativas.	Planes de gestión, planes de mejoras	Programación y distribución de las salas quirúrgicas	Distribución de salas establecidas	Departamento de Anestesiología
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos	
Informes, Memorando, Cartas, SIAD	Profesionales del departamento, infraestructura administrativa, equipamiento y mobiliario, sistemas, equipos informáticos y de comunicaciones, impresoras, software de oficina (Word, Excel, Power Point, Visio, Bizagi, etc.) software para reuniones: Zoom, Meet, etc.		Directiva para desarrollar normas y documentos de gestión, cartas, memorando, informes, relación de personal, formatos para registrar programación, solicitudes de permisos y/o descansos médicos, rol de vacaciones, normativas, programación anterior.	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros			16) Indicadores	
SIAD, Formato o documentos de control interno (Excel),			<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia. • Efectividad en el cumplimiento de la programación • Efectividad en el cumplimiento de la programación de las salas quirúrgicas 	

Ficha técnica de nivel 2: Gestión del servicio

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
1) Nombre	Gestión de los servicios		4) Responsable	Jefe de departamento Dr. José Bejarano Prado
2) Objetivo	Gestionar el desarrollo de las atenciones solicitadas por los diferentes servicios del HNERM.		5) Requisitos	Normativas definidas en el ítem 3, Base Legal.
3) Alcance	Comprende desde la Gestión de las salas quirúrgicas hasta la atención médica en anestesiología		6) Clasificación	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 4	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios
SERVICIOS DEL HNERM	Solicitudes de salas quirúrgicas	Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo	Salas quirúrgicas y/o médico asignado	Servicios del HNERM
SERVICIOS DEL HNERM	Solicitudes de atención	Atención médica en anestesiología	Atenciones otorgadas	Servicios del HNERM
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos	
ESSI, Solicitudes de salas, solicitudes de Anestesiólogos, Rebanet, SGSS, SGH, Ficha de control, Formato de Consentimiento informado, Formato de Cirugía segura.	Salas quirúrgicas y de recuperación operativas, Consultorios externos, Profesionales de la salud (Médicos, enfermeras, Residentes, Internos, tecnólogos, etc.), infraestructura, equipamiento y mobiliario médico, sistemas informáticos, equipos informáticos y de comunicaciones, ambientes confortables, muebles, accesorios, etc..		Historia sucinta, historia clínica, ordenes médicas, recetas, formulario para exámenes auxiliares, formato de solicitud de sala quirúrgica, informes médicos, informes técnicos, formato de consentimiento informado, formato de alta, libro de sala quirúrgica, formato de cirugía segura, etc.	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros			16) Indicadores	
Historia Clínica Historia Sucinta Sistemas informáticos Informe operatorio Ordenes y recetas médicas Libro de sala quirúrgica Formato de Cirugía Segura			<ul style="list-style-type: none"> Efectividad en la asignación de las salas considerando la oportunidad en el uso Porcentaje de pacientes atendidos frente a citados en MOPRI 	

Ficha técnica de nivel 2: Supervisión, control y mejoras en el servicio

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 2				
1) Nombre	Supervisión, control y mejoras		4) Responsable	Jefe de departamento Dr. José Bejarano Prado
2) Objetivo	Supervisar, controlar y establecer medidas y acciones que permitan gestionar adecuadamente el departamento para dar un buen servicio a los usuarios		5) Requisitos	Normativa definida en el ítem 3, Base Legal.
3) Alcance	Comprende los procesos de supervisión y control de la gestión del departamento y el proceso de análisis, propuesta e implementación de mejoras		6) Clasificación	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 4	10) Salidas	11) Ciudadano o 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 Anestesiología, 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 de Anestesiología, Gerencia Quirúrgica
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos	
Informe de control y productividad, Informes de supervisión, ESSI, Rebanet, SGSS, SGH, Ficha de control, Formato de Consentimiento informado, Formato de Cirugía segura.	Profesionales del departamento, infraestructura administrativa, equipamiento y mobiliario, sistemas, equipos informáticos y de comunicaciones, impresoras, software de oficina (Word, Excel, Power Point, Visio, Bizagi, etc.) software para reuniones: Zoom, Meet, etc.		Informes de control y supervisión, propuestas de soluciones, y mejoras, plan implementación, actas de reuniones, acuerdos y compromisos, documento de control de avances	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros			16) Indicadores	
Informes de control y productividad, SIAD, cartas, memorando			<ul style="list-style-type: none"> Informe cualitativo situacional del departamento Porcentaje de implementación de mejoras efectivas 	

11. PROCEDIMIENTOS-DESCRIPCION

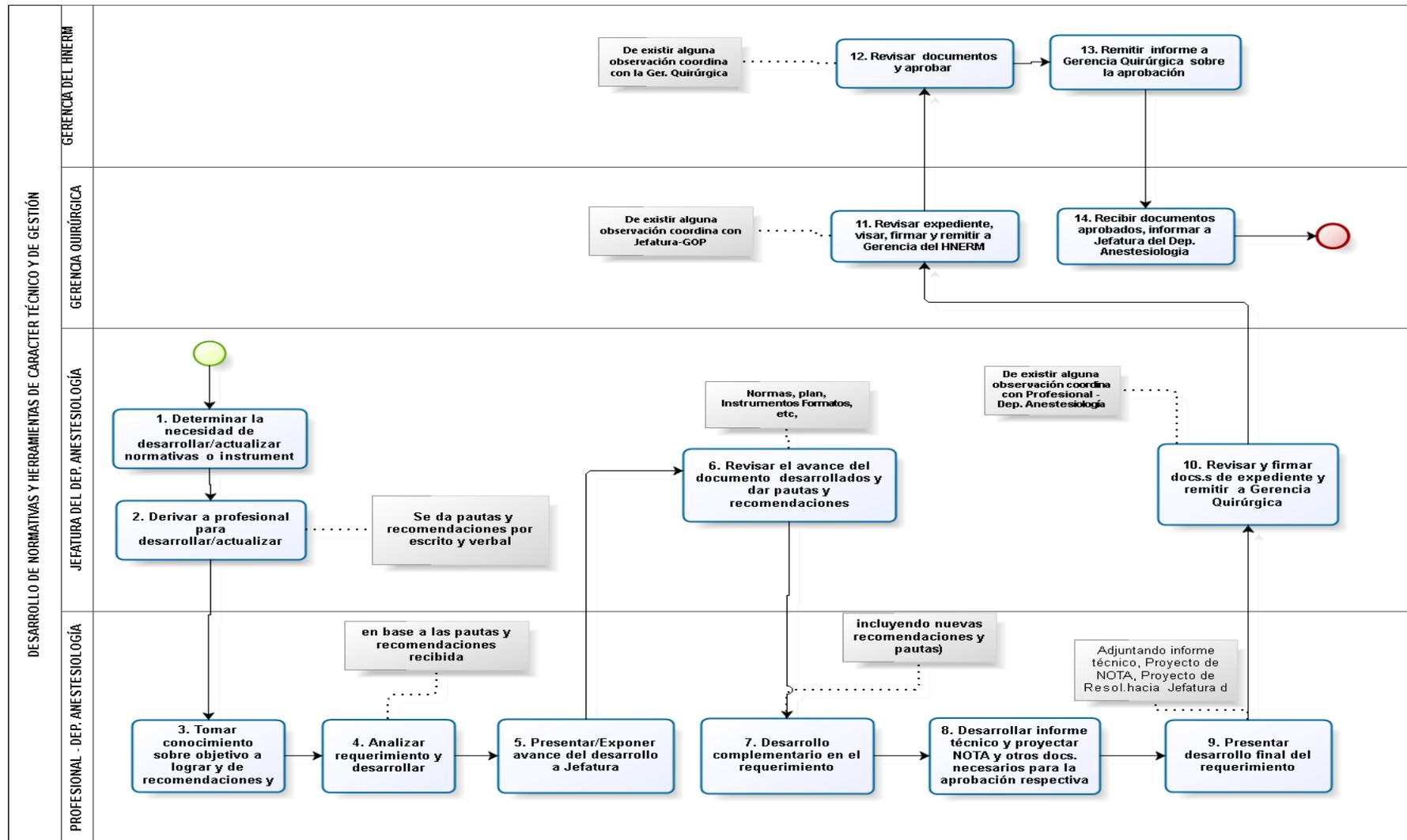
Ficha de Procedimiento: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico 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 Anestesiología					
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, profesional	ROF-Dep. Anestesiología, Normativas institucional, Políticas de Salud, propuesta de normal	1	Determina la necesidad de desarrollar/actualizar normativas o instrumentos de gestión o técnico <i>(La iniciativa o necesidad puede haber nacido en la jefatura o en un profesional externo/interno al departamento)</i>	Jefatura del Dep. Anestesiología	Necesidad identificada a desarrollar o actualizar	Jefatura del Dep. Anestesiología
Jefatura del Dep. Anestesiología	Necesidad identificada a desarrollar o actualizar	2	Derivar a profesional para desarrollar/actualizar (Se da pautas y recomendaciones por escrito y verbal)	Jefatura del Dep. Anestesiología	Instrumento de gestión a trabajar con aportes	Profesional - Dep. Anestesiología
Jefatura del Dep. Anestesiología	Instrumento de gestión a trabajar con aportes	3	Tomar conocimiento sobre objetivo a lograr y de recomendaciones y pautas.	Profesional - Dep. Anestesiología	Requerimiento recibido	Profesional - Dep. Anestesiología
Profesional - Dep. Anestesiología	Normativas, políticas, lineamientos, ROF.	4	Analizar requerimiento y desarrollar en base a las pautas y recomendaciones recibidas	Profesional - Dep. Anestesiología	Avance en el desarrollo del requerimiento	Profesional - Dep. Anestesiología

Profesional - Dep. Anestesiología	Avance en el desarrollo del requerimiento	5	Presentar/Exponer avance del desarrollo a Jefatura	Profesional - Dep. Anestesiología	Avance del requerimiento presentado y expuesto	Jefatura del Dep. Anestesiología
Jefatura del Dep. Anestesiología	Avance en el desarrollo del requerimiento	6	Revisar el avance del doc. desarrollado (Normas, plan, instrumentos, etc.) dar pautas y recomendaciones	Jefatura del Dep. Anestesiología	Avance del requerimiento revisado	Jefatura del Dep. Anestesiología
Profesional - Dep. Anestesiología	Avance del requerimiento revisado	7	Desarrollo complementario en el requerimiento hasta su culminación (<i>incluyendo nuevas recomendaciones y pautas</i>)	Profesional - Dep. Anestesiología	Desarrollo del requerimiento culminado	Profesional - Dep. Anestesiología
Profesional - Dep. Anestesiología	Desarrollo del requerimiento culminado	8	Desarrollar informe técnico y proyectar documentos administrativos (Nota, carta, memorando, resolución, etc.) necesario para la aprobación respectiva	Profesional - Dep. Anestesiología	Doc. Requerido, Informe técnico, Proyecto de NOTA, Proy. De Resolución	Profesional - Dep. Anestesiología
Profesional - Dep. Anestesiología	Normativa, informe, proyecto de Nota y Resol.	9	Presentar desarrollo final del requerimiento adjuntando informe técnico, Proyecto de NOTA, Proyecto de Resol. hacia Gerencia Quirúrgica para su aprobación.	Profesional - Dep. Anestesiología	Expediente con docs. Técnicos presentados	Jefatura del Dep. Anestesiología
Profesional - Dep. Anestesiología	Expediente con docs. Técnicos	10	Revisar y firmar documentos de expediente y remitir a Gerencia Quirúrgica (de existir alguna observación coordina con Profesional - Dep. Anestesiología)	Jefatura del Dep. Anestesiología	Documentos de expediente firmados, visados y remitidos	Gerencia Quirúrgica
Jefatura del Dep. Anestesiología	Documentos de expediente firmados y visados	11	Revisar expediente, visar, firmar y remitir a Gerencia de HNERM (de existir alguna observación coordina con del Dep. Anestesiología)	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. Anestesiología (FIN)	Gerencia Quirúrgica	Documentos aprobados remitidos e informados	Jefatura del Dep. Anestesiología
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de normas desarrolladas con eficiencia. 					
Registros	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema administrativo SIAD • Portal de transparencia, Intranet 					

Diagrama de Flujo: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión.



FICHA DE INDICADORES: Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico y de gestión.

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Desarrollo de normativas y herramientas de carácter técnico 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 y de gestión.

FICHA DE RIESGOS		
1.NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
	Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Anestesiología
	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 Anestesiología
	Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
3.DENTIFICACIÓN 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 N° 01
		Causa N° 02

		Causa N° 03	Prioridad a temas asistenciales		
TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
	Diagrama de Flujo	Se muestra en la sección anterior			
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
	Alta	0.7		Alto	0.40
	Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80
	Baja		0.30	Bajo	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.030	Prioridad del Riesgo	Baja	
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)	Lentitud o atención con poca prioridad por parte de la Gerencia Quirúrgica	
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Coordinar directamente y de manera presencial ante la Gerencia Quirúrgica la aprobación del documento	

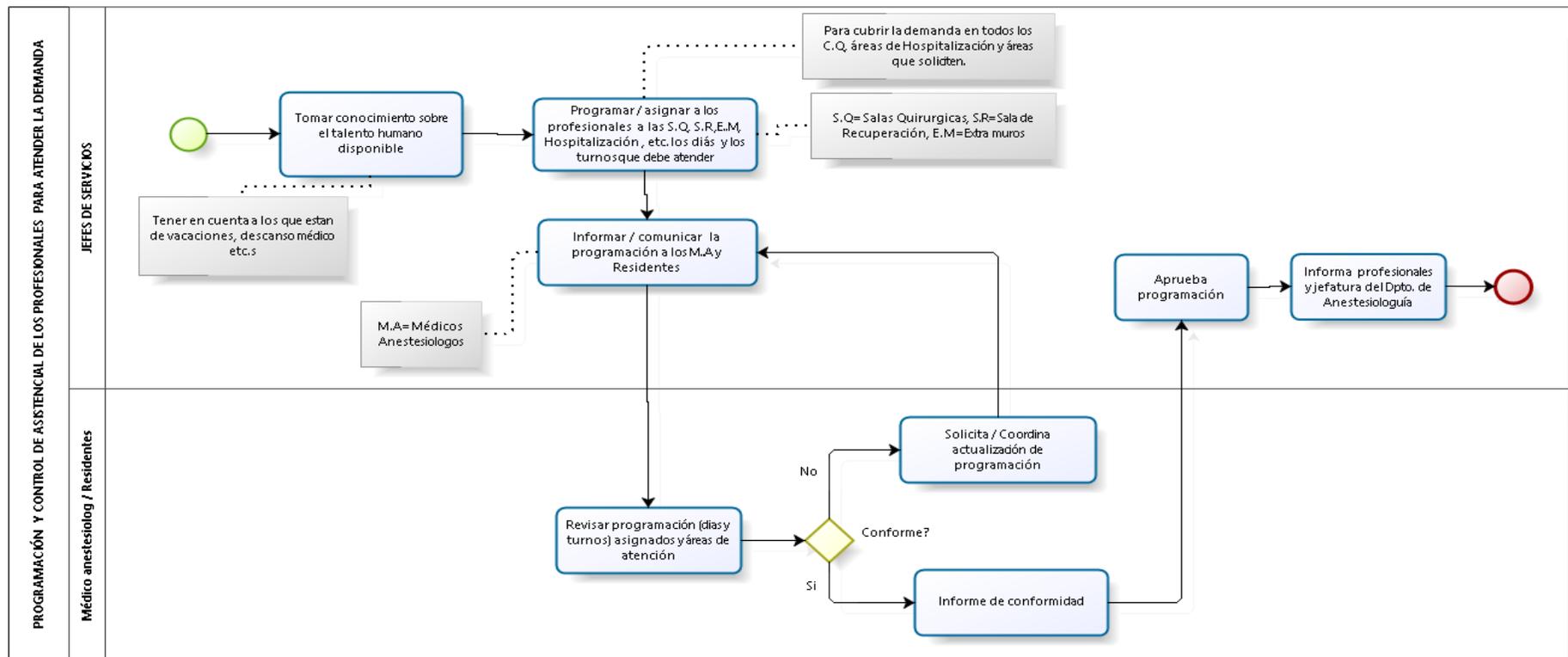
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	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 y Control Asistencial de los Profesionales para atender la demanda.

FICHA DE PROCEDIMIENTOS					
Nombre	Programación y control asistencial de los profesionales para atender la demanda				
Objetivo	Planificar y programar a los profesionales para la atención médica anestesiológica en las salas quirúrgicas, de recuperación y áreas fuera de quirófano				
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		
Departamento.	Normativas, relación de: personal, vacaciones, descansos, permisos, licencias, etc.	1. Tomar conocimiento sobre el talento humano disponible	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Profesionales a programar en el periodo	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios
Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Necesidad identificada a desarrollar o actualizar	2. Programar / asignar a M.A/ Residentes a las S.Q, S.R, Hospitalización, F.Q y emergencia los días y los turnos de atención. (M.A = Médico Anestesiólogos, S.Q = Salas Quirúrgicas, S.R = Sala de recuperación, F.Q = Fuera de quirófano)	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Proyecto de Programación	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios
Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Proyecto de Programación	3. Informar / comunicar la programación a los M.A y Residentes.	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Proyecto de Programación	Profesional - Dep. Anestesiología

Profesional - Dep. Anestesiología	Proyecto de Programación.	4.Revisar programación (días y turnos) asignados y áreas de atención <i>(Si no está conforme desarrolla actividad 5, caso contrario actividad 6)</i>	Profesional - Dep. Anestesiología	Programación revisada	Profesional - Dep. Anestesiología
Profesional - Dep. Anestesiología	Programación revisada	5.Solicita y/o coordina actualización de programación	Profesional - Dep. Anestesiología	Solicitud de cambio en la programación	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios
Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Programación	6.Informe sobre la conformidad de la programación	Profesional - Dep. Anestesiología	Programación actualizada	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios
Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Programación actualizada	7.Aprueba programación	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Programación final aprobada	Profesional - Dep. Anestesiología
Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Programación final aprobada	8.Informa a profesionales y jefatura del Dpto. de Anestesiología	Jefatura del Dep. Anestesiología / Jefes de Servicios	Programación final aprobada	Profesionales/ jefes de servicios/Administrativos
Indicadores	Efectividad en el cumplimiento de la programación				
Registros	Formato/reporte de programación médica				

DIAGRAMA DE FLUJO: Programación y Control Asistencial de los Profesionales para atender la demanda.



M.A=Médico Anestesiólogo
S.Q= Sala Quirúrgica
S.R= Sala de Recuperación

FICHA DE INDICADORES: Programación y Control Asistencial de los Profesionales para atender la demanda.

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Programación y control asistencial de los profesionales para atender la demanda
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	$(\text{Cantidad de profesionales que cumplieron con su programación} / \text{cantidad de profesionales programados}) \times 100 \%$
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 RIESGO: Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios

FICHA DE RIESGOS			
NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
	Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Anestesiología	
	Subproceso (Nivel 2)	Planeamiento y Programación	
	Procedimiento	Programación asistencial de los profesionales para atender los servicios	
	Actividad	Aprueba programación	
OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Planificar y programar a los profesionales del Departamento para la atención médica en anestesiología en las áreas de consulta externa, MOPRI, hospitalización, centro quirúrgico, Emergencia e Interconsultas.	
	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 N° 01	Profesionales no hicieron una buena programación
		Causa N° 02	La ocurrencia de gran número de imprevistos
		Causa N° 03	Gran número de descansos médico

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

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)	Recargada labor de los Profesionales que influyen en no poder cumplir con cierta parte de lo programado		
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Desarrollar la programación de manera anticipada y contar con nuevos profesionales,		

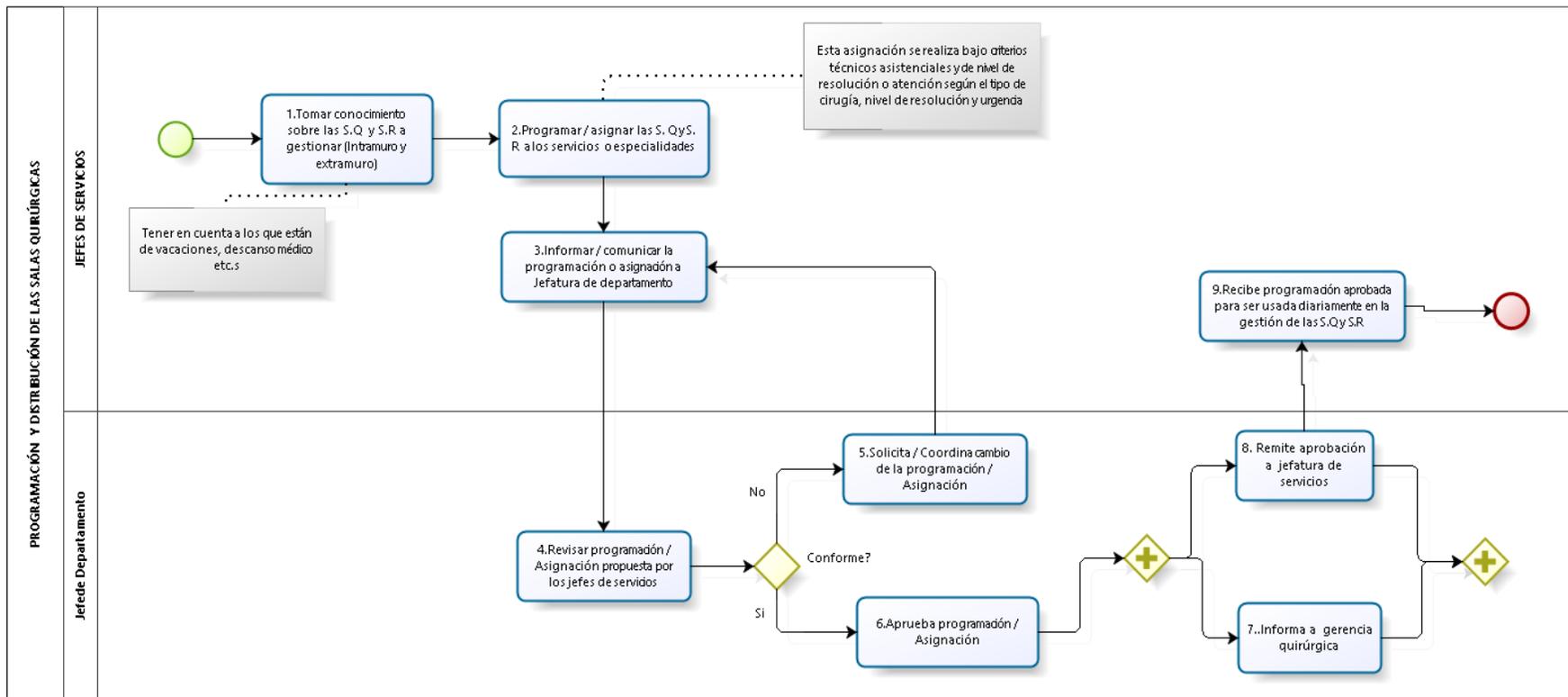
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	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 y distribución de las salas quirúrgicas.

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Programación y distribución de las salas quirúrgicas				
Objetivo	Organizar y asignar las salas Quirúrgica de acuerdo a la demanda y necesidades de los usuarios del HNERM				
Alcance	Inicio: Evaluación del funcionamiento y capacidad de las salas quirúrgicas Fin: Aprobación y difusión de documento con distribución de salas quirúrgicas				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefe de Departamento	Estado situacional de las salas quirúrgicas y planes de nuevas/mejoras o eliminación de S. Q	1.Evaluar la capacidad operativa de las S.Q y S. R	Jefes de Servicios	Evaluación ejecutada	Jefes de servicios
Jefes de Servicios	Salas Evaluadas y documentación técnica sobre nuevas o eliminación de salas	2.Determina la asignación de la S.Q según el tipo de I.Q..	Jefe de Servicios	Salas programadas	Jefes de Servicios
Jefes de Servicios	Salas programadas	3.Desarrolla documento con relación de S.Q y S.R y su nivel de resolución y remite a jefe de departamento	Jefe de Servicios	Informe o documento que describe la programación de salas	Jefe de Departamento
Jefe de departamento	Informe o documento que describe la programación de salas.	4. Revisa propuesta de distribución de salas (Si existe conformidad ir a actividad 6, caso contrario continuar en actividad 5)	Jefe de Departamento	Propuesta revisada/ evaluada	Jefe de Departamento
Jefe de Departamento	Propuesta revisada/ evaluada	5. Indicar observación y/o recomendaciones (continúa en actividad 3)	Jefe de Departamento	Documento con observ. y recomendaciones	Jefe de Departamento

Jefe de Departamento	Propuesta revisada/ evaluada	6. Aprueba asignación / programación de salas	Jefe de Departamento	Doc. Con salas programadas	Jefe de Departamento
Jefe de Departamento	Programación de salas aprobadas	7. Informa Gerencia Quirúrgica	Jefe de Departamento	Programación remitida	Gerencia Quirúrgica
Jefe de Departamento	Programación de salas aprobadas	8. Remite aprobación a Jefatura de servicios	Jefe de Departamento	Programación remitida	Jefes de Servicios
Jefe de Departamento	Programación de salas aprobadas	9. Recibe programación aprobada para ser usada diariamente en la gestión de las S.Q y S.R (ver Formato en anexo 01)	Jefes de Servicios	Programación remitida	Jefes de Servicios
Indicadores	Efectividad en el cumplimiento de la programación de las salas quirúrgicas.				
Registros	Lista /informe sobre las salas distribuidas				

DIAGRAMA DE FLUJO: Programación y distribución de las salas quirúrgicas



M.A= Médico Anestesiólogo
 S.Q= Sala Quirúrgica
 S.R= Sala de Recuperación

FICHA DE INDICADORES: Programación y distribución de las salas quirúrgicas

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Programación y distribución de las Salas Quirúrgicas
Nombre Indicador	Efectividad en el cumplimiento de la programación de las salas quirúrgicas.
Descripción del Indicador	La distribución de las salas quirúrgicas se deben hacer de tal manera que satisfagan a los usuarios al momento de usarlas, para que ellos puedan ejecutar I.Q con todas las comodidades técnicas y de confort
Objetivo del Indicador	Conocer la efectividad de la distribución y asignación de las salas quirúrgicas a los servicios
Forma de Cálculo	Encuesta de satisfacción
Fuentes de Información	Encuestas
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Jefaturas del servicio
Meta	Conformidad de las salas asignadas por parte de todos los usuarios

FICHA DE RIESGOS: Programación y distribución de las salas quirúrgicas

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
	Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Anestesiología	
	Subproceso (Nivel 2)	Planeamiento y Programación	
	Procedimiento	Programación y distribución de las salas quirúrgicas	
	Actividad	Aprueba asignación / programación de salas	
2.OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Organizar y asignar las salas Quirúrgica de acuerdo a la demanda y necesidades de los usuarios del HNERM	
	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 y asignación que no satisfaga a los usuarios	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01	Requerimiento y necesidades de los usuarios no fueron claras
		Causa N° 02	Escaso número de salas quirúrgicas
		Causa N° 03	Salas quirúrgicas no cuentan con el equipamiento y tecnología adecuada

	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto		<p>Requerimiento y necesidades de los usuarios no fueron claras</p> <p>Escaso número de salas quirúrgicas</p> <p>Salas quirúrgicas no cuentan con el equipamiento y tecnología adecuada</p> <p>Programación y asignación que no satisfaga a los usuarios</p>		
		Diagrama de Flujo de Procesos		Se muestra en la sección Modelado 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	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		

RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo
5.2	RIESGO ASIGNADO A	Oficina / Dirección		
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO	NO APLICA		
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Salas quirúrgicas no están siendo repotenciadas y /o sus componentes no son actualizados o tienen un mantenimiento deficiente		
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Desarrollar un plan de repotenciación y mejora de calidad de las salas quirúrgicas de acuerdo a la gran demanda y exigencia actual del sistema sanitario.		

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	

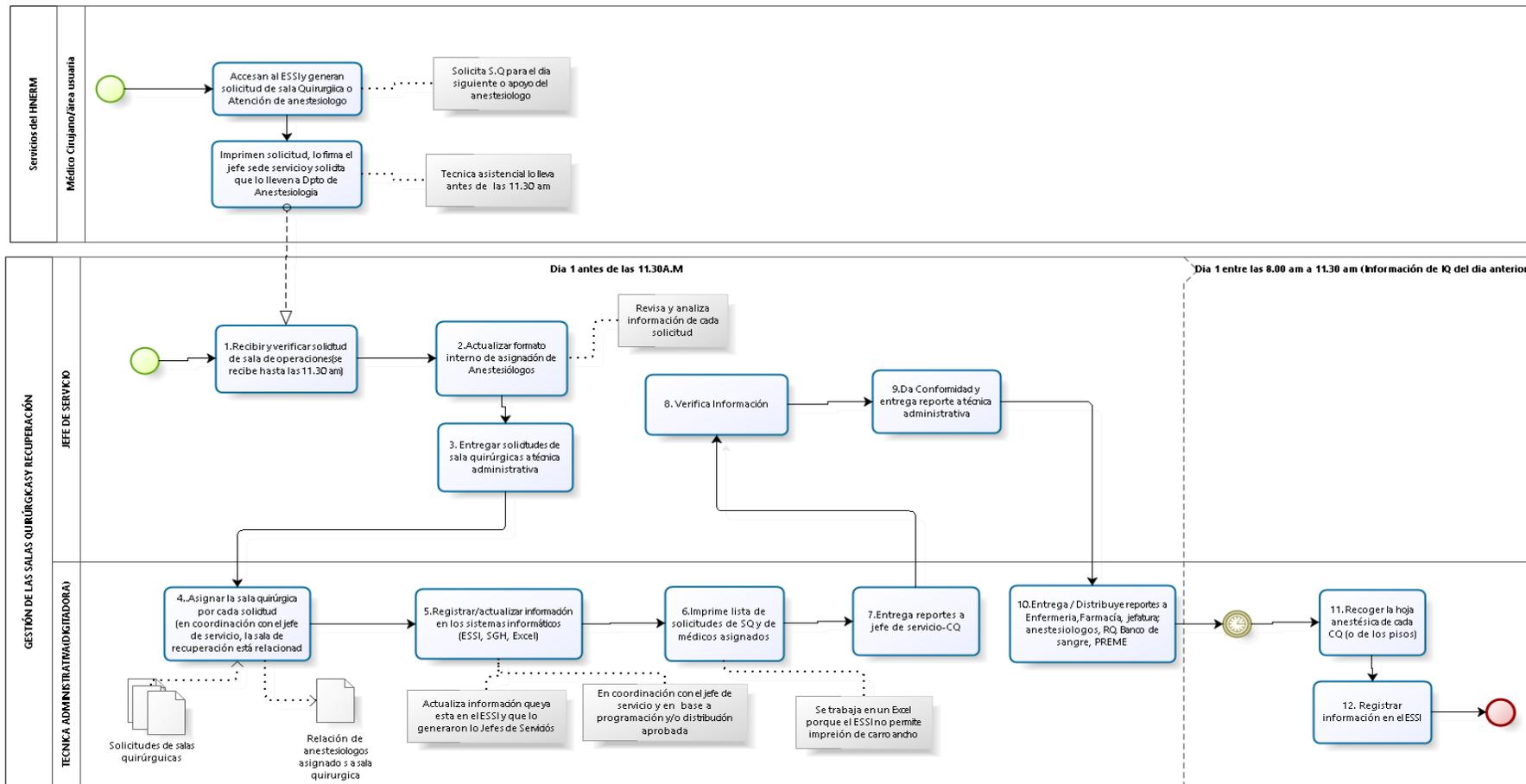
FICHA DE PROCEDIMIENTO: Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo

Nombre	Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo.				
Objetivo	Asignar las salas quirúrgicas a los usuarios solicitantes y del profesional de atención médica en el quirófano o asignar al profesional para dar atención en áreas fuera del quirófano				
Alcance	INICIO: Recepción de la solicitud de Sala Quirúrgica o del médico anestesiólogo FIN: Registro de lo acontecido en la sala Quirúrgica (donde indica sobre la atención al paciente hasta su salida a otro ambiente de apoyo: Sala de recuperación, Hospitalización, UCI, etc.)				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefatura de Servicio (<i>Incluye a servicios de la Gerencia de Ayuda al diagnóstico y tratamiento</i>)	Solicitud en formato emitido por el ESSI y firmado por jefe de Servicio (Ver formato en anexo 01)	1. Recibir y verificar solicitud de sala quirúrgica o médico anestesiólogo (se recibe hasta las 11:30 am) y deriva a Técnica administrativa-digitadora.	Jefe de Servicio - CQ	Solicitud recibida	Jefe de Servicio CQ
Jefe de Servicio - CQ	Solicitudes de salas quirúrgicas (<i>Este formato también se usa para solicitar el servicio del anestesiólogo fuera de quirófanos</i>)	2. Actualizar formato interno de asignación de sala, anestesiólogos para salas quirúrgicas, sala de recuperación y áreas fuera de quirófano, indicando hora de inicio y hora de finalización.	Jefe de Servicio CQ	Formato actualizado con Anestesiólogos asignados a cada sala quirúrgica, o área solicitante	Jefe de Servicio CQ
Jefe de Servicio CQ	Solicitudes de salas quirúrgicas	3. Entregar solicitudes de sala quirúrgicas a técnica administrativa	Jefe de Servicio CQ	Solicitudes entregadas	Técnica administrativa

Técnica administrativa	Solicitudes de salas quirúrgicas	4. Asignar, registrar en el ESSI la sala quirúrgica por cada solicitud <i>(en coordinación con el jefe de servicio. La sala de recuperación está relacionada según la S.Q asignada).</i>	Técnica administrativa	Salas asignadas	Técnica administrativa
Técnica administrativa	Solicitud de sala quirúrgica en formato emitido por el ESSI	5. Registrar/actualizar información en los sistemas informáticos (ESSI, SGH, Excel) sobre la solicitud de la sala quirúrgica.	Técnica administrativa	Información registrada en los sistemas informáticos	Técnica administrativa
Técnica administrativa	Información registrada en los sistemas informáticos	6. Imprime lista de solicitudes de SQ y de médicos asignados <i>(12 juegos: Enfermería, anestesiólogos RQ, Jefatura, banco de sangre, etc.)</i>	Técnica administrativa	Reportes impresos	Técnica administrativa
Técnica administrativa	Reportes impresos	7. Entrega reportes a jefe de servicio-CQ (SQ, médicos asignados en SQ y áreas fuera de quirófano)	Técnica administrativa	Reporte entregado para verificación	Jefe de Servicio CQ
Técnica administrativa	Reporte entregado para verificación	8. Verifica la información de las solicitudes en los reportes	Jefe de Servicio CQ	Solicitud en reportes revisada	Jefe de Servicio CQ
Jefe de Servicio CQ	Reporte verificado	9. Da conformidad y entrega reporte a técnica para su distribución <i>(cualquier observación se indica y coordina con la Técnica)</i>	Jefe de Servicio CQ	Reporte verificado entregado	Técnica administrativa
Técnica administrativa	Solicitud en reportes revisada	10. Entrega reportes a Enfermeras-Farmacia y coloca en vitrina del departamento <i>(también se entrega las solicitudes de SQ remitidas por los servicios). Ver formato en el anexo 01</i>	Técnica administrativa	Reportes y lista entregados y publicados	Técnica administrativa
CQ. de cada piso y de emergencia	Hoja Anestésica	<u>Al inicio del día y sobre información del día anterior</u> 11. Recoger/Recibir la hoja Anestésica en cada piso (Doc. que indica información de lo acontecido en la sala quirúrgica usado por los servicios y emergencia).	Técnica administrativa	Información recogida u obtenida	Técnica administrativa

Técnica administrativa	Información recogida u obtenida	12.Registrar en el ESSI información de cada hoja anestésica (8.00 am- 11.30) FIN	Técnica administrativa	Información completa ingresada al ESSI	Técnica administrativa
Indicadores	Efectividad en la asignación de las salas considerando la oportunidad en el uso				
Registros	Sistema ESSI, Archivo Excel, Reporte-Planillón de distribución de salas quirúrgicas				

DIAGRAMA DE FLUJO: Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo



FICHA DE INDICADORES: Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anesthesiologo

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anesthesiologo.
Nombre Indicador	Efectividad en la asignación de las salas considerando la oportunidad en el uso
Descripción del Indicador	Las salas quirúrgicas se asignan con hora de inicio y fin, lo cual si es mal asignada afectará al siguiente usuario por la espera no prevista
Objetivo del Indicador	Conocer la efectividad de la asignación de salas en factor tiempo
Forma de Cálculo	Revisión de informes postoperatorios y solicitudes de salas (en donde se registra los tiempos asignados al solicitante)
Fuentes de Información	Revisión de documentos que indiquen hora de inicio y fin de las I. Q
Periodicidad de Medición	Semanal
Responsable de Medición	Jefaturas del servicio
Meta	0% de postergaciones de I.Q. por uso de tiempo no programado

FICHA DE RIESGOS: Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anestesiólogo

FICHA DE RIESGOS			
1.NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud	
	Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Anestesiología	
	Subproceso (Nivel 2)	Gestión de los servicios.	
	Procedimiento	Gestión de las salas quirúrgicas y asignación del médico anestesiólogo.	
	Actividad	Actualizar formato interno de asignación de sala de Anestesiólogos para salas quirúrgicas, sala de recuperación y áreas fuera de quirófano, indicando hora de inicio y hora de finalización	
2.OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Asignar las salas quirúrgicas a los usuarios solicitantes y del profesional de atención médica en el quirófano o asignar al profesional para dar atención en áreas fuera de quirófano.	
	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	Reprogramación de la I.Q. por espera significativa para el uso de sala	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01	Mala estimación en el tiempo de uso de la sala en una I.Q.
		Causa N° 02	Imprevistos referentes a la I.Q. que generaron más tiempo de uso de la sala quirúrgica

		Causa N° 03	Problemas del tipo técnico y de operatividad de la sala quirúrgica			
		Causa N° 04				
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	<p>Mala estimación en el tiempo de uso de la sala en una I.Q. imprevistos referentes a la I.Q. que generaron más tiempo de uso de la sala quirúrgica</p> <p>Problemas del tipo técnico y de operatividad de la sala quirúrgica</p> <p>Reprogramación de la I.Q. por espera significativa para el uso de sala</p>			
		Diagrama de Flujo	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		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	ALTA		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						

5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO	Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
5.4	ALERTAS DE RIESGO	Intervenciones Quirúrgicas programadas son de alta complejidad			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Contar con salas quirúrgicas de contingencia (Gestionar a nivel de alta dirección este tipo de requerimiento)			

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 anestesiología

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Atención médica en anestesiología				
Objetivo	Brindar atención médica en anestesiología a los usuarios que requieren atención en MOPRI, procedimientos quirúrgicos, preparación, aplicación y control de anestésicos en actividades del pre e intra operatorio, en el marco de las normas, guías clínicas, procedimientos asistenciales y demás normativa técnica vigente				
Alcance	Inicio: Se inicia con la toma de conocimiento sobre la atención médica a ejecutar según reporte de I.Q. diarias, o reporte de visitas a hospitalizados, o reporte de atenciones en áreas fuera de quirófano. Fin: Traslado del paciente y entrega a otro profesional que se encuentra en la Sala de recuperación, en UCI o en el piso de hospitalización.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
En MOPRI					
Paciente / Familiar	Ticket de Cita	1. Recibir Ticket de Cita. Paciente coloca el ticket de cita en la bandeja de la puerta del consultorio MOPRI- Primer piso del HNERM.	Técnica de enfermería	Ticket de cita recibido	Técnica de enfermería
Técnica de enfermería	Ticket de Cita	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 tratar de obtenerlos).	Técnica de enfermería	Historia Clínica	Técnica de enfermería
Técnica de enfermería	Historia Clínica	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 en consultorio	Paciente
Paciente	Historia Clínica	4. Ejecutar atención médica - Revisa en la H.C.C (digital o en físico) todos los exámenes prequirúrgicos solicitados, sus resultados y fechas de validez. - Desarrolla la evaluación médica en base a los protocolos establecidos. <i>Si el paciente esta APTO para la Intervención</i>	Médico Anestesiólogo	Paciente evaluado	Médico Anestesiólogo

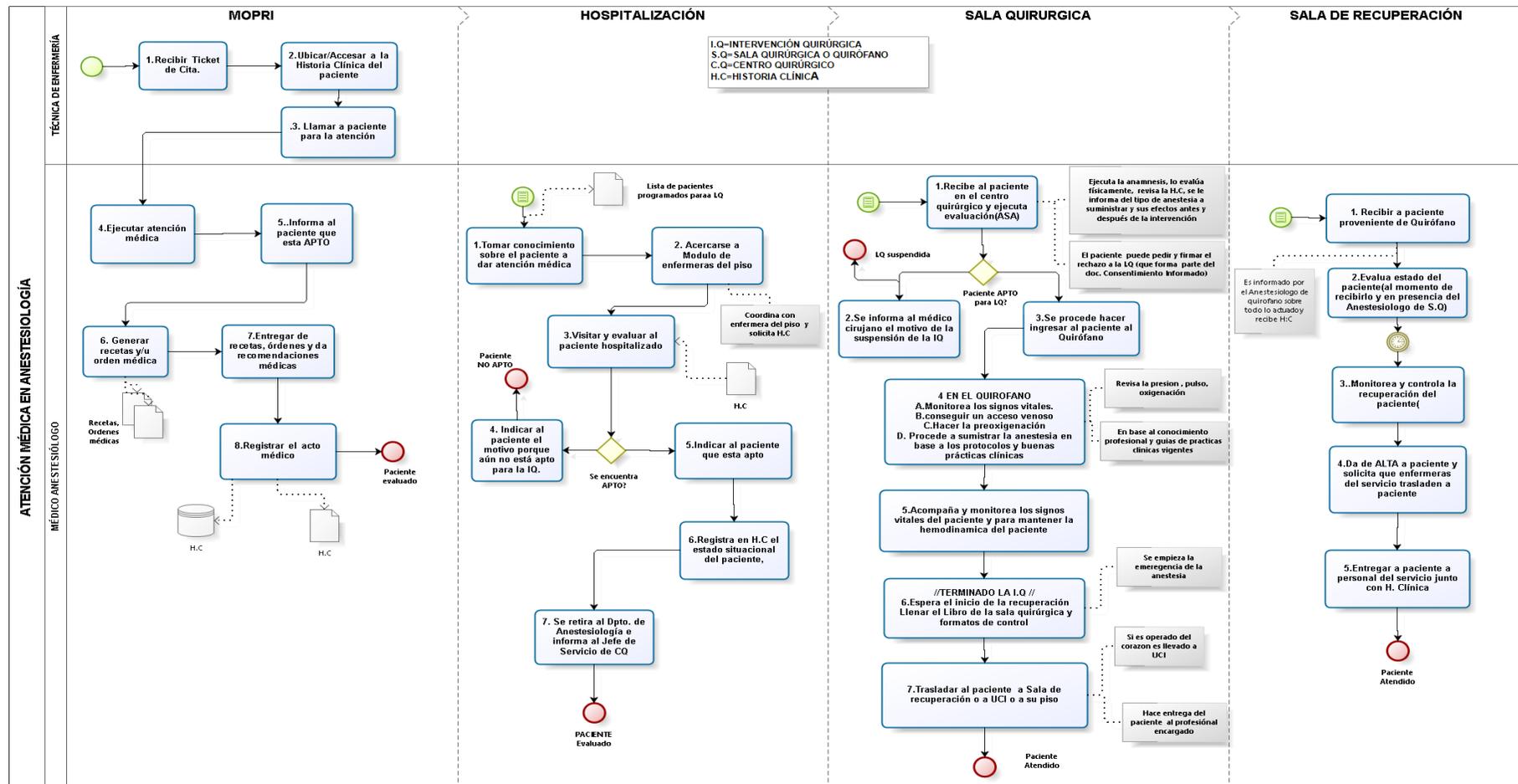
		<i>quirúrgica, ejecutar actividad 5, caso contrario continuar en actividad 6.</i>			
Paciente evaluado	Historia Clínica	5. Informa al paciente que esta APTO para la Intervención Quirúrgica. - Le informa sobre los efectos de la anestesia antes y después de la I.Q. - Le informa sobre el consentimiento informado y solicita que lo firme (<i>el paciente puede también firmarlo en Hospitalización o antes de entrar al Quirófano</i>). - Finalmente le informa que debe regresar donde su médico tratante y le entrega constancia de Aptitud anestesiológica (continúa en 8).	Médico Anestesiólogo	Paciente atendido	Paciente
Paciente atendido	Historia Clínica	6. Generar recetas y/u orden médica-NO APTO (recetas, Interconsultas, exámenes de ayuda al diagnóstico).	Médico Anestesiólogo	Ordenes generadas	Médico Anestesiólogo
Médico Anestesiólogo	Ordenes generadas	7. Entregar recetas, órdenes y da recomendaciones médicas. Y las firmas de manera digital (ESSI) y de lo contrario de manera manual.	Médico Anestesiólogo	Ordenes entregada	Paciente
Médico Anestesiólogo	Información de todo lo actuado	8. Registrar del acto médico Registra en el sistema ESSI todo lo actuado (anamnesis) y el estado situacional sobre su Aptitud, y lo coloca en la lista de espera quirúrgica de estar APTO (FIN).	Médico Anestesiólogo	HC y lista de espera quirúrgica actualizada,	ESSI / H.C /Lista de espera
EN HOSPITALIZACIÓN					
Jefe de Servicio	Reporte de Solicitudes de SQ	1. Tomar conocimiento sobre el paciente a dar atención médica.	Anestesiólogo /Residente/ interno	Pacientes identificados (servicio, piso)	Anestesiólogo/ Residente/ interno
Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	Reporte de Solicitudes de Sala Quirúrgicas	2. Acercarse a Modulo de enfermeras del piso respectivo y solicitar las H.C de los pacientes a evaluar.	Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	H. Clínica obtenidas	Médico Anestesiólogo/ Residente/ interno
Enfermera	H. Clínica de paciente	3. Visitar y evaluar al paciente hospitalizado para determinar si esta apto para la I.Q. - Revisa H.C - Ejecuta la anamnesis correspondiente - Analiza la información obtenida y determina si	Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	Paciente evaluado	Médico Anestesiólogo/ Residente/ interno

		esta apto para la Intervención Quirúrgica. (Si no está Apto para la I.Q.. continuar en actividad 4, caso contrario ir a actividad 5).			
Paciente	Paciente evaluado	4.Indicar al paciente el motivo porque aún no está apto para la I.Q. - Registrar en la H.C todo lo actuado y recomendaciones necesarias - Informar a Médico tratante /enfermera sobre la situación del paciente y las actividades que se le debe de realizar (Fin de atención al paciente, de existir otro paciente a evaluar continuar en actividad 3, caso contrario continuar en actividad 7).	Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	Paciente NO APTO para I.Q..	Paciente
Paciente	Paciente evaluado	5.Indicar al paciente que esta apto para la intervención quirúrgica, informar el tipo de anestesia que se le colocara, sus efectos ante y después de la I.Q. y le hace firmar el "Consentimiento Informado" (el cual también se puede firmar en MOPRI y antes de ingresar al Quirófano).	Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	Paciente APTO para I.Q..	Paciente
Paciente	Paciente APTO	6.Registra en H.C el estado situacional del paciente, anexa el consentimiento informado, entrega HC e indica a enfermera sobre lo actuado con el paciente.	Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	H.C actualizado	Médico Anestesiólogo/ Residente/ interno
Pacientes	Pacientes a ser intervenidos evaluados	7.Se retira al Dpto. de Anestesiología e informa al Jefe de Servicio de CQ sobre el estado situacional de cada paciente (FIN).	Médico Anestesiólogo /Residente/ interno	Informe sobre si están APTOS	Jefe de servicio de CQ
EN SALA QUIRÚRGICA (se considera a EMERGENCIA) (se detalla las actividades en un escenario normal, para el caso de hecho fortuitos se desarrollará en otro procedimiento)					
Enfermera	Pacientes a ser intervenidos y APTOS	//Caso de pacientes de emergencia se inicia en actividad 3// 1.Recibe al paciente en el centro quirúrgico, ejecuta la anamnesis, lo evalúa físicamente, revisa la H.C, se le informa del tipo de anestesia a suministrar y sus efectos antes y después de la I.Q.	Médico Anestesiólogo	Paciente evaluado	Médico Anestesiólogo

		<p>Caso 1: Si todo lo evaluado está conforme, continuar en actividad 3</p> <p>Caso 2: Existen elementos que determinan que el paciente está NO APTO para la I.Q., ejecutar actividad 2</p> <p>(En este momento el paciente puede solicitar la suspensión de la I.Q. y firma el RECHAZO dentro del formato de consentimiento informado)</p>			
Médico Anestesiólogo	Paciente evaluado	2. Se informa al médico cirujano el motivo de la suspensión de la I.Q., se registra en el informe anestésico y se registra en el libro de sala quirúrgica (FIN - el paciente es trasladado a su piso).	Médico Anestesiólogo	Paciente NO APTO	Médico Cirujano
Médico Anestesiólogo	Paciente Apto	3. Se procede hacer ingresar al paciente al Quirófano	Médico Anestesiólogo	Paciente ingresado al Quirófano	Quirófano
Quirófano	Paciente	4. Procede a suministrar la anestesia en base a los protocolos y buenas prácticas clínicas	Médico Anestesiólogo	Paciente anestesiado	Paciente
Médico Anestesiólogo	Paciente	5. Acompañar y monitorear sus signos y controles vitales del paciente durante la I.Q.. /Terminada la Intervención Quirúrgica/ Espera recuperación del paciente de anestesia	Médico Anestesiólogo	Paciente monitoreado	Paciente
Quirófano	Médico Anestesiólogo	6. Llenar el Libro de la sala quirúrgica, el Informe anestésico y otros formatos/informes.	Médico Anestesiólogo	Informes realizados	ESSI y formatos de reportes
Quirófano	Paciente intervenido quirúrgicamente	7. Trasladar y entregar al paciente de acuerdo al proceso de recuperación a: - Sala de recuperación y entrega al Anestesiólogo encargado (indicando lo actuado). - UCI y entrega a un internista - Personal de Mortuorio - Sala del servicio a Médico/Enfermera.	Médico Anestesiólogo	Paciente trasladado fuera de quirófano	Servicio/UCI/Sala de Recuperación
En sala de Recuperación					
Quirófano	Paciente intervenido	1. Recibir a paciente proveniente de Quirófano y tomar conocimiento sobre lo actuado (junto a informe e H.C)	Médico Anestesiólogo	Paciente recibido	Médico Anestesiólogo
Quirófano	Paciente recibido	2. Evalúa estado del paciente luego de recibir información sobre lo actuado en el Quirófano	Médico Anestesiólogo	Paciente evaluado	Médico Anestesiólogo

Sala de recuperaciones	Paciente evaluado	3. Monitorea y controla la recuperación del paciente <i>(Se considera que todo sucede con normalidad, para otros casos habrá un procedimiento)</i>	Médico Anestesiólogo	Paciente monitoreado	Médico Anestesiólogo
Sala de recuperación	Paciente monitoreado	4. Da de ALTA a paciente y solicita que enfermeras del servicio trasladen a paciente	Médico Anestesiólogo	Alta anestesiológico	Paciente
Sala de recuperación	Paciente intervenido	5. Entregar a paciente a personal del servicio junto con H. Clínica (FIN)	Médico Anestesiólogo	Paciente entregado	Profesional
Indicadores	Porcentaje de pacientes atendidos frente a citados en MOPRI				
Registros	Libro de sala quirúrgica, sistema ESSI, Reporte Operatorio, Formato de Cirugía Segura				

DIAGRAMA DE FLUJO: Atención médica en anestesiología



FICHA DE INDICADORES: Atención médica en anestesiología

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Atención médica en Anestesiología
Nombre Indicador	Porcentaje de pacientes atendidos frente a citados - MOPRI
Descripción del Indicador	Los pacientes antes de ser intervenidos tienen que ser evaluados por el anestesiólogo, quien indicara si se encuentra Apto o No para ser intervenido quirúrgicamente
Objetivo del Indicador	Conocer la cantidad de pacientes que acudieron a su control prequirúrgico
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de pacientes atendidos} / \text{cantidad de pacientes citados}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Reporte de citas
Periodicidad de Medición	Semanal
Responsable de Medición	Jefaturas del servicio
Meta	100% de atendidos

FICHA DE RIESGOS: Atención médica en anestesiología

FICHA DE RIESGOS		
1.NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
	Proceso (Nivel 1)	Gestión del departamento de Anestesiología
	Subproceso (Nivel 2)	Gestión de los servicios
	Procedimiento	Atención médica en Anestesiología
	Actividad	Recibe al paciente en el centro quirúrgico, ejecuta la anamnesis y lo evalúa (actividad 1, de Atención en sala Quirúrgica)
2.OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Brindar atención médica en anestesiología a los usuarios que requieren atención en MOPRI, procedimientos quirúrgicos, preparación, aplicación y control de anestésicos en actividades del pre e intra operatorio, en el marco de las normas, guías clínicas, procedimientos asistenciales y demás normativa técnica vigente
	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	Postergación de la intervención quirúrgica.				
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Paciente rechaza la I.Q. (lo indica y firma en la sección del formato consentimiento informado)			
		Causa Nº 02	Paciente no ha sido preparado eficientemente en el piso			
		Causa Nº 03	Paciente presenta alteraciones en sus signos vitales (ritmo cardíaco, saturación, descompensación)			
		Causa Nº 04				
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	<p>Diagrama Causa Efecto</p> <p> Paciente rechaza la I.Q. (lo indica y firma en la sección Paciente no ha sido preparado eficientemente en el piso Paciente presenta alteraciones en sus signos vitales (ritmo cardíaco, saturación, descompensación) </p> <p>Postergación de la I.Q.</p>			
	Diagrama de Flujo de Procesos	(Se muestra en la sección Modelado 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		
	RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO	Oficina / Dirección				
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO	NO APLICA				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Paciente no es bien preparado e informado antes de la I.Q.				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Mejorar la preparación en piso e informar adecuadamente para evitar el rechazo				

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	

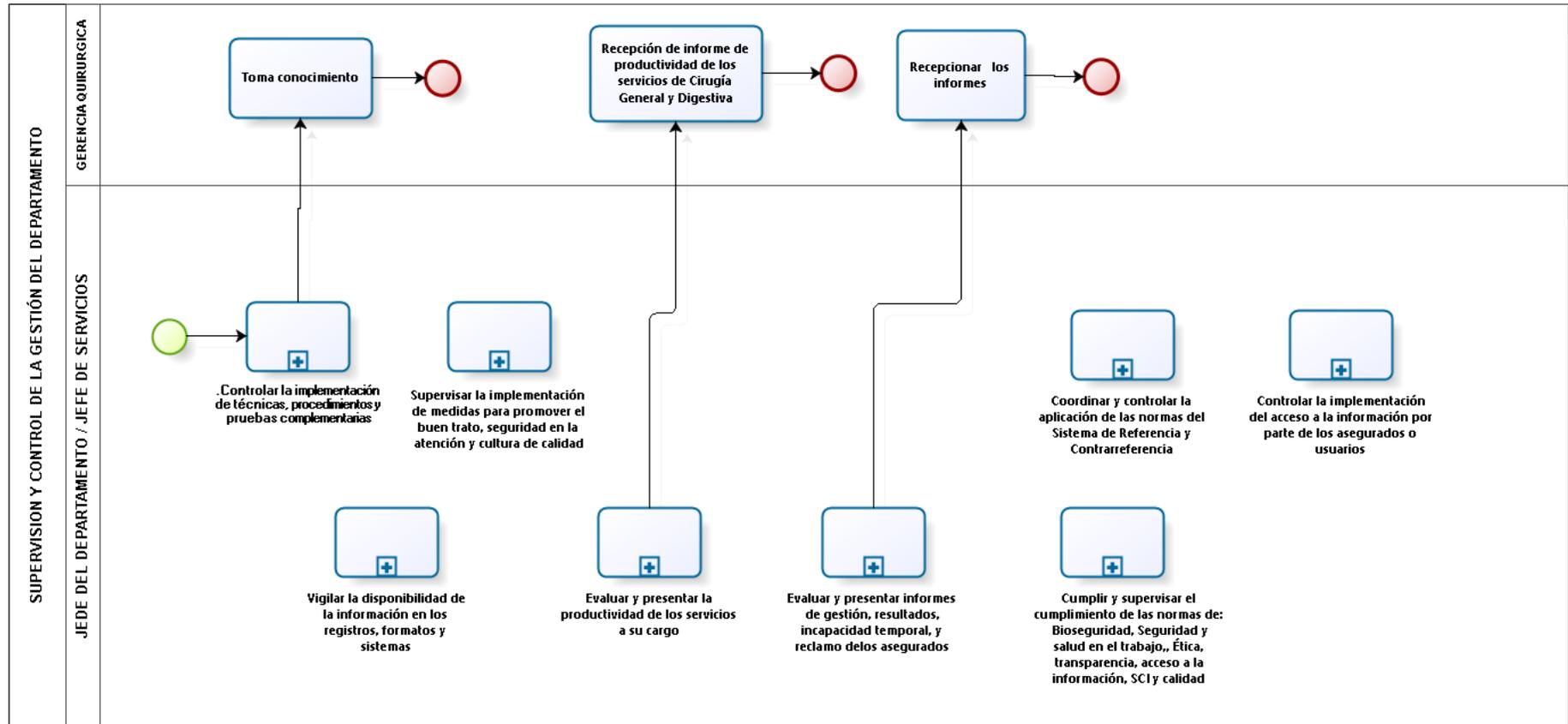
FICHA DE PROCEDIMIENTO: Supervisión y control de la gestión del departamento

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 Anestesiología	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 Anestesiología
Dep. de Anestesiología	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 Anestesiología

Dep. de Anestesiología	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 Anestesiología
Dep. de Anestesiología	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 Anestesiología
Dep. de Anestesiología	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 Anestesiología
Dep. de Anestesiología	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 Anestesiología	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

<p>Dep. de Anestesiología</p>	<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Jefe de Departamento /Jefe de servicios</p>	<p>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</p>	<p>Dep. de Anestesiología</p>
<p>Indicadores</p>	<p>Informe cualitativo situacional del departamento</p>				
<p>Registros</p>	<p>Informes de control o supervisión</p>				

DIAGRAMA DE FLUJO: Ficha de procedimiento: 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 Anestesiología	
	Subproceso (Nivel 2)	Supervisión, control y mejoras	
	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 de salud ocupacional y afectaría la gestión del departamento	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01	Falta de personal para controlar su cumplimiento
		Causa N° 02	Normativas desarrolladas no son muy claras o poco entendibles

		Causa N° 03	Falta de compromiso por parte de los profesionales para el cumplimiento de las normas
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	<p>Falta de personal para controlar su cumplimiento</p> <p>Normativas desarrolladas no son muy claras o poco entendibles</p> <p>Falta de compromiso por parte de los profesionales para el cumplimiento de las normas</p> <p>Su incumplimiento o falta de control generaría riesgos en bioseguridad, en seguridad de salud ocupacional y afectaría la gestión del departamento</p>
		Diagrama de Flujo de Procesos	
VALORACIÓN DE RIESGO			
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA		IMPACTO
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	Análisis
	Muy Baja	0.1	Muy Bajo
	Baja	0.3	Bajo
	Moderada	0.5	Moderado
	Alta	0.7	Alto
	Muy Alta	0.9	Muy alto
	Moderada	0.50	Alto
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)	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	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	

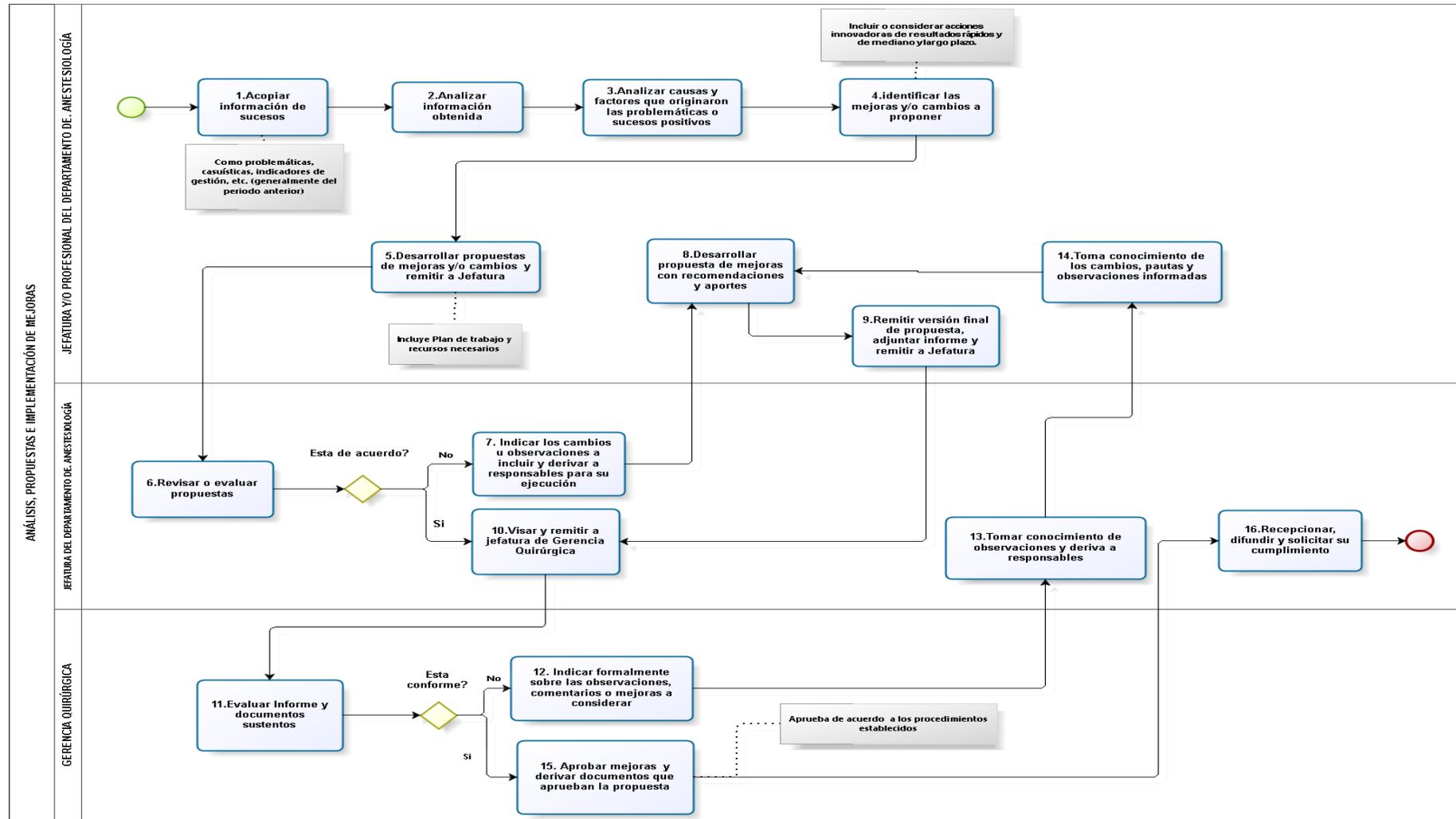
PROCEDIMIENTO: Análisis, propuestas e implementación de mejoras

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Análisis, propuestas e implementación de mejoras					
Objetivo	Aplicar mejoras y cambios que contribuya a optimizar el uso de recursos y minimizar los riesgos como parte de la mejora continua en la gestión del departamento de Anestesiología.					
Alcance	Inicio: Acopio de información y casuística (incluye el conocimiento y experiencia obtenida por los profesionales). Fin: Implementar mejoras sobre 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.						
Jefatura del Dep. Anestesiología	Normas externas e internas, informes, información del ESSI y base de datos, reportes, formatos de trabajo	1	Acopiar información de sucesos, problemáticas, casuísticas, indicadores de gestión, etc. (generalmente del periodo anterior).	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Información acopiada	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Información acopiada	2	Analizar información obtenida	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Información analizada	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Información analizada	3	Analizar causas y factores que originaron las problemáticas o sucesos positivos.	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Factores determinados	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	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).	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Mejoras o cambios identificados	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Mejoras o cambios identificados	5	Desarrollar propuestas de mejoras y/o cambios (incluye plan de trabajo y recursos necesarios) y remitir a jefatura.	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Propuesta de mejoras desarrolladas	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología

Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Propuesta de mejoras	6	Revisar o evaluar propuestas <i>(si está de acuerdo continuar en actividad 10, si no está de acuerdo ejecutar lo indicado en actividad 7).</i>	Jefatura del Departamento de Anestesiología	Propuesta de mejoras evaluadas	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Propuestas de mejoradas evaluadas	7	Indicar los cambios u observaciones a incluir y derivar a responsables para su ejecución.	Jefatura del Departamento de Anestesiología	Propuestas de mejoras indicadas y remitidas	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Propuestas de mejoras indicadas	8	Desarrollar propuesta de mejoras con recomendaciones y aportes.	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Propuesta de mejoras actualizadas	Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Propuesta de mejoras y cambios actualizados	9	Remitir versión final de propuesta, adjuntar informe y remitir a jefatura.	Jefatura y/o profesional del Departamento de Anestesiología	Propuesta de mejoras y sustentos remitidos	Jefatura del Departamento de Anestesiología
Jefatura y/o profesional Dep. Anestesiología	Propuesta de mejoras y cambios actualizados	10	Visar y remitir a jefatura de Gerencia Quirúrgica.	Jefatura del Departamento de Anestesiología	Propuesta de mejoras y sustentos remitidos	Gerencia Quirúrgica
Jefatura del Departamento Anestesiología	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 Dept. de Anestesiología.	Gerencia Quirúrgica	Observaciones remitidas	Jefatura del Departamento de Anestesiología
Gerencia Quirúrgica	Observaciones	13	Tomar conocimiento de observaciones y deriva a responsables.	Jefatura del Departamento de Anestesiología	Observaciones remitidas	Jefatura y/o profesional del de. Anestesiología
Jefatura del Departamento Anestesiología	Observaciones	14	Toma conocimiento de los cambios, pautas y observaciones informadas (continuar en 8)	Jefatura y/o profesional del departamento	Con conocimiento de observaciones y cambios	Jefatura y/o profesional de. Anestesiología
Jefatura del Departamento Anestesiología	Propuesta de mejoras y sustentos	15	Aprobar mejoras (de acuerdo a los procedimientos establecidos) y derivar documentos que aprueban la propuesta a jefatura del Dep. de	Gerencia Quirúrgica	Informe y docs. remitido	Jefatura del Departamento de Anestesiología

			Anestesiología.			
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	Informes y actas de reunión					

DIAGRAMA DE FLUJO: Análisis, propuestas e implementación de mejoras



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 Anestesiología	
	Subproceso (Nivel 2)	Supervisión, control y mejoras	
	Procedimiento	Análisis, propuestas e implementación de mejoras	
	Actividad	Recepcionar documento aprobado, difundir y establecer su cumplimiento	
2.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 Anestesiología	
	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 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	<p>Falta de presupuesto y personal que lo ejecute</p> <p>No haber hecho participe a todas las áreas involucradas</p> <p>Falta de apoyo de la alta dirección o jefatura</p> <p>Que no se llegue a implementar las mejoras aprobadas</p>		
		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	0.3	Bajo	0.10
	Moderada	0.5		Moderado	0.20
	Alta	0.7		Alto	0.40
	Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80
	Baja		0.30	Moderado	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO				
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.600	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 Gestión de las salas quirúrgicas y/o asignación del médico anesestesiólogo

Las salas quirúrgicas constituyen un factor clave, crítico y de alta importancia para los servicios que lo requieren, ante lo cual el departamento asigna un quirófano equipado y operativo, asigna los insumos y equipos médicos y también asigna a los solicitantes el apoyo de anesestesiólogos antes del acto quirúrgico y durante las intervenciones quirúrgicas; dichos elementos claves como los insumos y el profesional médico están siendo insuficientes debido a que existen médicos que ya se retiraron de la institución y su reposición de estos profesionales es lenta y a eso se suma el hecho que muchos insumos médicos (que se utilizan en las intervenciones quirúrgicas) han sido asignado por la emergencia de pandemia a otros servicios, por lo cual estos factores afectan directamente a la agilidad y eficiencia en la atención a la demanda.

12.2 Atención médica en anesestesiología

La atención de los profesionales médicos en MOPRI es estratégico para evaluar la APTITUD al paciente para ser sometido a la intervención quirúrgica (Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2015 “Normas para la gestión de la oportunidad quirúrgica en el Seguro Social de Salud – EsSalud”), y poder disminuir las suspensiones y/o reprogramaciones de intervenciones quirúrgicas.

La atención que se debe ejecutar en MOPRI los servicios tratan de evitarlo o buscan que no sea usado, lo que genera informalidad y varias listas de espera quirúrgicas, debiendo ser sola una lista para que la gestión de la oportunidad quirúrgica logre su objetivo.

Las consecuencias de no usar el MOPRI se refleja en las suspensiones, reprogramaciones, o postergaciones de la intervención quirúrgica, generando además gastos innecesarios y pérdida de tiempo.

12.3 Supervisión y control de la gestión del departamento.

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

13. OPORTUNIDAD DE MEJORA

Entre las oportunidades de mejoras identificadas están las siguientes:

- Relanzar la atención en MOPRI para evitar suspensiones o reprogramaciones de intervención quirúrgica, con lo cual se tendrá una lista de espera quirúrgica más ordenada y ayudará a mejorar la gestión de salas quirúrgicas, además se evitará de gastos duplicados o innecesarios.
- La capacidad operativa del departamento debe ser repotenciado con la contratación

de más profesionales y así poder atender a la gran demanda.

- Contratar a personal que ayude a controlar y atender los informes de producción y afines, que solicitan las áreas internas o instituciones externas, además de analizar y proponer cambios y mejoras en busca de ser competitivo y con capacidad de atención ante la gran demanda.

14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

14.1 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.

14.2 Establecer el uso obligatorio de la atención a los asegurados en MOPRI, para mejorar la eficiencia en la gestión de las salas quirúrgica en base a una lista de espera más ordenada.

RECOMENDACIONES

Por lo descrito anteriormente se recomienda:

- Gestionar la contratación de más profesionales e implementar el MOPRI como de uso obligatorio.
- Incluir la tecnología e innovación que muchas de ellas no son costosas y de rápida implementación para ayudar al departamento en su gestión y cumplimiento de objetivos y metas.
- Analizar los actuales procesos y buscar su optimización o mejora continua, agregándole innovación y cambios ágiles, los cuales se puede lograr en convenio con las universidades, en donde existe un gran potencial de talento humano con gran conocimiento y dispuesto a ponerlos en práctica.

--&&--

ANEXO 01 PROGRAMACIÓN Y CONTROL ASISTENCIAL DE LOS PROFESIONALES PARA ATENDER LA DEMANDA

PROGRAMACION		Enf. Coord: 7615279		RECUP.	GUARDIA DIURNA	RECUP.	GUARDIA NOCTURNA
SABADO 10 OCTUBRE 2020		CELIM S.OP. 1: 7615140 / REC: 7615155			GALVEZ-CHAVEZ		ZAPATA-FUENTES
J. ADMINISTRATIVO	J. OPERATIVO	EMERG. MATERNIDAD ENF.: 3936		GARAY	JZMAN-CAVERO-SANTO	BASAURI	STER-SOTOMAYOR-CARBA.
CARO		RECUP. 2B: 3209 - 3214			FLORES		ABREGU
12 HORAS	6 HORAS	ESPECIALIDADES		PROG	REAL	SUSP	CONF
Realiz	Tota	TURNO MAÑANA		MEDICOS RESIDENT		TURNO TARDI TURNO NOCHE	
1 F PIMENTEL.	NAKAO	M	ANEXO	1	ORL LOCAL	2	
2 MELENDEZ.	P GAMARRA (T)	JEFE DPT.	3215	2	ONCO GIN	2	TARAZONA
3 TUKASAKI.		ESTACION	3213	3			
4 TARAZONA.		JEFE ENF.	3217	4	GINECO	3	F PIMENTEL
5 REAÑO.		ENF. ANEST.	3752	5			
6		UCRQ: 2B	3025	6	EMERGENCIA		GARCIA CH
7		ALMACEN	3631	7	CMF	2	REAÑO
8		FARM. 2B:	3947	8			
9		B. SANGRE	3479	9			
10		ING BIOMED	3385	10			
11		ENF. JEF. REC	3092	11	ORL	3	TUKASAKI
12		Total Cirugias 2*B					
13		9B	3053	1	EMERG TRAU	4	VICENTE
14				2	TRAUMA	4	MELENDEZ
15		3082			REC. 9B		NAKAO
16		3769			REC. 3B		P GAMARRA
17		3153					MR
18							RIVAS
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26			3260				
27			3506				
28			3529-3240				
29			3238				
30			1326 -1329				
31							
32			1319				
33			3540				
34							
35		Total Procedimientos					
36		TOTAL CENTRO Qk.					
37							
38							

FORMATO DE DISTRIBUCIÓN DE SALAS QUIRÚRGICAS

PROGRAMACION		POST GUARDIA		CE LIM																
				Enf. Coord: 7615279				RECUP.		GUARDIA DIURNA				RECUP.		GUARDIA NOCTURNA				
J.ADMINISTRATIVO JEFE OPERATIVO				CEJUM S.OP. 1: 7615140 / REC:7615155																
				EMERG. MATERNIDAD ENF: 3936 - 3682- 3488																
				RECUP. 2B: 3209 - 3214																
HORA NORMAL				ESPECIALIDA	Prog.	Realiz.	Susp.	Cond.	Realiz.	Total	TURNO MAÑANA				MEDICOS RESIDENTES		TURNO TARDE	TURNO NOCHE		
1		2 do B	ANEXO	1 CIRUGIA 4B																
2		JEFE DPT.	3215	2 CIR. PLAST.																
3		ESTACION	3213	3 CMF																
4		JEFE ENF.	3217	4 CIRUGIA 3A1																
5		ENF. ANEST.	3752	5 NEURO / NEURO																
6		UCRO: 2B	3025	6 EMERGENCIA																
7		ALMACEN	3631	7 CCV																
8		FARM.2B:	3947	8 C. TORAX																
9		B.SANGRE	3479	9 COLUMNA																
10		ING.BIOMED	3385	10 ENCEFALO																
11		ENF.JEF.REC	3092	11 OTORRINO																
12		Total Cirugias 2ºB																		
13		3 B	3018	1 CIRUGIA 4B																
14		8B	3086	2 CIRUGIA 9B																
15				1 TRAUMA 9B																
16				2 TRAUMA 9B																
17		9B	3059	1 TRAUMA 9A																
18				2 TRAUMA 9C																
19		10B	3065	1 OFTALMO																
20				2 OFTALMO																
21		12B	3076	1 UROLOGIA																
22				2 UROLOGIA																
23		Block G	3765	1 UNCP																
24		Pediatría	3020	2 CMF /																
25				3 CIR. PED																
	TURNO TARDE	EMERG.1PISO	1161	1 TRAUMA																
	HORA NORMAL	1198	1194	2 CIRUGIA																
1		Total Cirugias 5ºp satélites																TURNO NOCHE		
2		3082		REC. 9B																
3		3769		REC. PED. 2G																
4		3159		REC. EME. MAT.																
5				REC. EME 1PISO																
6				ENDOSCOPIA																
7		3070		HEMODINAMICA																
8		3726		TOMOG PED																
9		3951- 3506- 3109		URVI PEDI																
10				URVI NEURO																
11		3238- 3496		RAYOS X PED.																
12		3032		SALA DE PARTOS 5B																
13		1326 -1329		RMN																
14		3540		BRAQUITERAPIA																
15		1319		AC. LINEAL																
16		3157		CEPRE																
17				DOLOR CONS																
18		3088		DOLOR PROC. INTERC.																
19		3686 / 3595		MOPR/ MOPRTO																
20																				
21																				
22																				
23		Total Procedimientos																		
24		TOTAL CENTRO Qx:																		

GESTIÓN DE LAS SALAS QUIRÚRGICAS Y/O ASIGNACIÓN DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO

DISTRIBUCION DE SERVICIOS QUIRURGICOS 2019							
PISOS	SALAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
2B	1	CIRUGIA	GINECOLOGIA	TRAUMA ONCO	OBST / GINECO	OBST / GINECO	TRAUMA
	2	CIR. PLASTICA	OBST /ONCOGINECO	OBST / GINECO	ONCOGINECO	CIRUGIA PLASTICA	ONCO AMB. /
	3	CMF	CMF	CIRUG. PLAST.	CMF	CMF	ODONTO C/15 DIAS
	4	CIRUGIA 3B	CIRUGIA 3A I	CIRUGIA 3AII	CIRUGIA 4B	CIRUGIA 6B	URO
	5	NEURO / NEURO	GINECOLOGIA	GINECOLOGIA	GINECOLOGIA	CIRUGIA	
	6	EMERG. CIRUGIA	EMERG. CIRUGIA	EMERG. CIRUGIA	EMERG. CIRUGIA	EMERG. CIRUGIA	EMERG. CIRUGIA
	7	CTC	CTC	CTC	CTC	CTC	CTC (DR
	8	CTC	CTC	CTC	CTC	CTC	CTC FLEVO
	9	NEURO	NEURO	NEURO	NEURO	NEURO	NEURO
	10	NEURO	NEURO	NEURO	NEURO	NEURO	NEURO
	11	OTORRINO	ONCOGINECO	OTORRINO LOC.	ONCOGINECO	OTORRINO	
3B	1	CIRUGIA 4B	CIRUGIA 6B	CIRUGIA 3B	CIRUGIA 3AI	CIRUGIA 3AII	
	2	CIRUGIA 4B	CIRUGIA 6B	CIRUGIA 3B	CIRUGIA 3AI	CIRUGIA 3AII	
8B	1	TRAUMA 9B (MANO)	TRAUMA 9B / 9A	TRAUMA 9B /9A	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B/9A	TRAUMA 9B
	2	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B
9B	1	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A
	2	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9 C
10B	1	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO
	2	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO/	OFTALMO	OFTALMO/	
12B	1	URO	URO	URO	URO	URO	URO
	2	URO	ONCOGINECO	URO	ONCOGINECO	URO	URO
PEDIAT.	1	UNCIP	OTO/URO	CTC	CIR. PL/C. PL1/3	UNCIP	
	2	CMF/ CMF 2M	TRAUMA	OFT/ OFT 1/3	NEUMO / QUIMIO	TRAUMA	
	3	CIR PED	CIR / HEMATO	OTO / CIR	UROLOGIA	ODONT/ODON 2M	CIR 1/3
EMERGEN. MATERNID	1	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.
EMERGN. 1ER PISO	1	TRAUMA	TRAUMA	TRAUMA	TRAUMA	TRAUMA	TRAUMA
CELIM EMERGEN.	1	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA
	2	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA
	3	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA
EXTRA		ACELERADOR L/	ACELERADOR L/	ACELERADOR L/	ACELERADOR L/	ACELERADIR L. /	
		ENDOSCOPIA PED /	RX. PED /	TOMOGRAFIA /	URVI NEURO	TOMOGRAFIA /	ENDOSC. PED.
		URVI PED /	URVI NEURO	HEMODIN /	LITOTRICA	RX. PED /	
		BRAQUI /		ENDOSCOPIA ADULT /		CEPRE SALA 4 /	
	TARDE	CEPRE SALA 4 /		URVI PED/		URVI PED/	
	CEPRE		BRAQUI /		BRAQUI /		
	URVI / RM 2 Y 4 SEM.		RM		RM		

FORMATO DE SOLICITUD DE SALA QUIRÚRGICA

958 124 818 / 977269556 / 3062 10-A

ESSALUD Fecha: 03/12/2020
H.N. EDGARDO REBAGLIATI MARTINS Hora: 09:21:33
SOLICITUD DE OPERACIÓN Página: 1

DATOS DE LA ATENCIÓN (Acto Médico: 8755011)

Apellidos y Nombres	QUIJADA CHI JEAN MANUEL	Nro Historia Clínica	1610517
Doc. de Identidad	D.N.I. 70855846	Sexo	MASCULINO
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
Fecha de Atención	02/12/2020	Edad en Atención	19 A 7 M 11D
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Parentesco c/Titular	TITULAR
Actividad Específica	AVTO: 0104211 005	Profesional Asis.	
		Servicio Hosp.	MED.EMER.Y DESASTRES
		Actividad Hosp.	

DATOS DE LA SOLICITUD DE OPERACIÓN

Fecha Solicitud	03/12/2020	Fecha Solicitada Qx	04/12/2020	Hora	00:00	Tiempo Estimado	02:00
Tipo Operación	ELECTIVA	Especialidad Qx	ANEST.ANALG.Y REANI.	Riesgo Quirúrgico	(I) BAJO	(0 - 5 PTOS)	
Nro. Cama		Prioridad de Qx	(I) HASTA 1 SEMANA				
Estado Físico Pre Qx	(I) PACIENTE SANO						
Prof. Solicitante	D.N.I. 18090666	GOMEZ LUJAN MARTIN JESUS					

INTERVENCIÓN

Código	00800	Descripción Procedimiento Quirúrgico
		ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS EN LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR BAJA; NO ESPECIFICADOS DE OTRA FORMA.

DIAGNÓSTICO

Código	R58	Descripción Diagnóstico
		HEMORRAGIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

ANESTESIA

Código	202	Descripción de la Anestesia
		LOCAL + SEDACION

PROFESIONAL

Nro. Orden	Tip Doc.	Nro. Doc	Profesional	Especialidad
1	D.N.I.	18090666	GOMEZ LUJAN MARTIN JESUS	Medico Asistente

MEDICO ASISTENTE
ESSALUD H.N. EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
Especialidad: Centro de Anestesiología Clínica
P. 41324 RNE: 13515

Paciente trae cita para embolizaciones en uru (mañana 04/12/2020)