



Comisión
Nacional de
Productividad

USO EFICIENTE DE PABELLONES ELECTIVOS Y GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

RECOMENDACIONES

COMISIÓN NACIONAL
DE PRODUCTIVIDAD
ENERO 2020

RECOMENDACIONES

1. Sobre la utilización de los quirófanos electivos en el sistema público chileno (SNSS)

Recomendación 1: Con el objetivo de dar continuidad las 9 horas institucionales del pabellón, se recomienda al director de hospital autogestionado establecer dos turnos de enfermería y de TENS en pabellón. Tal que:

Turno 1:

1. Ingreso a las 7:30;
2. Apoyo en pabellón entre 8:00 y 12:30;
3. Colación entre 12:30 y 13:30;
4. Apoyo en otras actividades hospitalarias entre 13:30 y 16:30.

Turno 2:

1. Ingreso y apoyo en otras actividades hospitalarias entre 8:00 y 11:20;
2. Colación entre 11:20 y 12:20;
3. Apoyo en pabellón entre 12:20 y 17:00.

Recomendación 2: Con el objetivo de dar continuidad 12 horas el pabellón, se recomienda al director de hospital autogestionado establecer 3 turnos de enfermería y de TENS en pabellón. Tal que:

Turno 1:

1. Ingreso a las 7:30;
2. Apoyo en pabellón entre 08:00 y 12:30;
3. Colación entre 12:30 y 13:30;
4. Apoyo en otras actividades hospitalarias entre 13:30 y 16:30.

Turno 2:

1. Ingreso y apoyo en otras actividades hospitalarias entre 08:00 y 11:20;
2. Colación entre 11:20 y 12:20;
3. Apoyo en pabellón entre 12:20 y 17:00.

Turno 3:

1. Ingreso y apoyo en otras actividades hospitalarias entre 11:00 y 12:50;
2. Colación entre 12:50 y 13:50;
3. Apoyo en otras actividades hospitalarias entre 13:50 y 16:50.
4. Apoyo en pabellón entre 16:50 y 20:00.

Recomendación 3: Con el objetivo de destacar la labor del personal clínico no médico en pabellón, se recomienda un cambio legal en el DFL 1 del Ministerio de Salud para la entrega de asignaciones. Una primera asignación será equivalente hasta el 15% del sueldo bruto. Corresponderá dicha asignación al personal de turno que:

1. Se desempeñe en un sistema de 2 o 3 turnos rotativos de jornada diaria;
2. Anualmente, cada miembro acredite un ausentismo inferior al promedio del establecimiento;
3. Anualmente, cada miembro acredite un atraso (al ingreso de su turno) inferior al 10%;
4. En el caso de los TENS, acredite formalmente competencias en:
 - Arsenaloría (+5%);
 - Pabellonero (+5%), y/o;
 - Anestesia (+5%).

Corresponderá otra asignación equivalente al 10% del sueldo bruto al personal que se desempeñe en un sistema de 3 turnos.

Recomendación 4: Se recomienda al director del establecimiento autogestionado entregar una asignación de 10% respecto al sueldo bruto, para destacar la labor en pabellón del equipo médico (quirúrgico y de anestesia) durante el segundo o tercer turno rotativo asociado a la Recomendación 1 y Recomendación 2. Dicha asignación, permitida en el marco de la Ley 19.664 (artículo 28 b en relación con el artículo 35), se otorga por las horas de la jornada semanal que los médicos desempeñan en actividades, lugares o condiciones especiales de trabajo que se requieran incentivar.

En caso de una insuficiente oferta institucional de horas médicas ligadas a pabellón, se recomienda incluir en las licitaciones por compras de servicios quirúrgicos tarifas vinculadas al desempeño de los servicios clínicos asociados a la prestación. Estas tarifas serán aplicadas al personal médico que, prestando servicios vía sociedad o como persona natural, tienen un vínculo contractual con el establecimiento (planta o contrata) a través del servicio clínico en cuestión.

Recomendación 5: Con el objetivo de aumentar la oferta quirúrgica y de anestesia, se recomienda al director del hospital autogestionado adecuar la programación de la jornada de los médicos adscritos al artículo 44 y médicos PAO de especialidad quirúrgica y de anestesia, para hacer un mayor uso de sus horas en pabellón durante el segundo y tercer turno del horario institucional.

Recomendación 6: Con el objetivo de reforzar legalmente lo sugerido en la Recomendación 5 sobre la utilización adecuada de las horas médicas de los PAO (ex becarios) y de los artículos 44 (liberados de guardia) en pabellón, se sugieren las siguientes modificaciones legales:

En el caso de los médicos asociados al Período Asistencial Obligatorio:

Incluir en el inciso segundo y tercero del artículo 21 del decreto No. 507 del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de becarios de la ley No. 15.706 en el Sistema Nacional de servicios de salud, el siguiente inciso:

“El ex becario, según la naturaleza de su especialidad sea quirúrgica o de anestesia, deberá destinar al menos $\frac{1}{3}$ de la jornada a la cual se refiere el inciso precedente, a prestar sus servicios en los pabellones quirúrgicos destinados a cirugías electivas del establecimiento en que esté cumpliendo el período asistencial obligatorio. Quedará a criterio del director del respectivo establecimiento la forma en que el ex becario dará cumplimiento a esta obligación.”

En el caso de los médicos adscritos al artículo 44:

Incluir en el artículo 3 del decreto No. 2.207, de 1993, del Ministerio de Salud, que fija el reglamento para la aplicación del artículo 6 de la ley No. 19.230 y el inciso tercero del artículo 44 del decreto con fuerza de ley No. 1, de 2001, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley No. 15.076, entre las palabras “asesoría técnica” y la conjunción “o”, la frase “*actividades en los servicios de pabellones quirúrgicos destinados a cirugías electivas*”.

Recomendación 7: Con el objetivo de asignar de manera más eficiente las horas médicas dentro de cada establecimiento hospitalario se recomienda al director del hospital autogestionado:

1. Evaluar y definir el conjunto de actividades clínicas que cada especialidad debe y puede llevar a cabo;
2. En función de los objetivos sanitarios y a través de la subdirección médica, asignar regularmente las actividades de las jornadas del recurso médico tomando en consideración dicha evaluación y definiciones.

Recomendación 8: Considerando:

1. Que la proporción de la jornada de un médico cirujano en pabellón es de un 17%, cuando debiera ser un 33% o más, y;
2. Que la proporción de la jornada de un médico anestesista en pabellón es de un 53%, cuando debiera ser al menos un 60%;

Se recomienda al director del hospital autogestionado:

1. Incrementar la oferta médica de cirugía de tal forma que sea proporcional a un 1/3 (o más) de la jornada de cada médico cirujano;
2. Incrementar la oferta médica de anestesia, de tal forma que sea proporcional a 8/10 (o más) de la jornada de cada médico anestesista;

Para ello se necesita que los jefes de servicios quirúrgicos, como la subdirección médica, ajusten rutinariamente la programación de las jornadas del equipo médico ocupando para ello:

1. La información de tiempo y priorización de la lista de espera (Recomendación 22);
2. Los reportes semanales de la actividad en los bloques quirúrgicos (Recomendación 9);
3. Mecanismos de incentivos que promuevan el buen uso y práctica clínica (Recomendación 4 y Recomendación 10);
4. Las definiciones estipuladas en la Recomendación 7 acerca de las actividades que pueden realizar las distintas especialidades asociadas a pabellón.

Recomendación 9: Para facilitar la gestión del pabellón se recomienda al director del hospital autogestionado, y a sus servicios quirúrgicos, elaborar reportes rutinarios (semanales) sobre la actividad quirúrgica a nivel paciente, de tal manera que los equipos puedan discutir (continuamente) mejoras en la práctica clínica y en el uso de los recursos de pabellón. La evidencia sugiere considerar como información mínima estandarizada:

1. Los tiempos y tipos de anestesia;
2. Los tiempos quirúrgicos;
3. Los tiempos entre cirugías;
4. La complejidad del paciente (ASA/ESI);
5. El horario de uso y lo programado.

También se recomienda generalizar el esfuerzo de registro a nivel de paciente, y así ir avanzando en la dirección de lograr la trazabilidad del paciente durante su hospitalización. La evidencia también sugiere que, mientras más automatizada la captura de información de las actividades en torno al paciente, mejor es para la gestión del hospital.

Recomendación 10: Con el objetivo de premiar la buena gestión en pabellón y promover la mejora continua de la práctica quirúrgica, se recomienda al director del hospital autogestionado vincular el buen desempeño de los servicios quirúrgicos respecto al uso de sus bloques con la entrega de beneficios colectivos.

Por un lado, mediante beneficios que vinculen el uso de los bloques quirúrgicos con la capacidad de los servicios para definir el horario de su actividad en pabellón. Y, por otro lado, mediante beneficios que ya están estipulados en la ley de presupuesto:

1. Pasantías y visitas;
2. Cursos y capacitaciones;
3. Inversión en equipo;
4. Inversión en infraestructura.

Para evaluar el desempeño se debe utilizar registros como los de Recomendación 9. Para mayor claridad, se entiende como buen uso y desempeño de los bloques por parte de los servicios quirúrgicos al hecho que estos presenten:

1. Una alta utilización de sus bloques (tiempo utilizado sobre tiempo disponible de los bloques, 80% o más);
2. Un tiempo menor de atraso de la primera cirugía del bloque (minutos promedio de atraso);

3. Un adecuado seguimiento de la priorización establecida para la lista de espera (desvíos respecto a la priorización programada).

Recomendación 11: Con el objetivo de reforzar la política de apoyo a la actividad quirúrgica se sugiere al Ministerio de Salud reforzar con un equipo multidisciplinario, tanto clínico, de procesos, como de TI, la *Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos*. A nivel central, esta unidad deberá ser la encargada de estandarizar los registros, monitorear y apoyar la actividad quirúrgica a nivel nacional, mediante la elaboración de *benchmarking* de los establecimientos. Adicionalmente promoverá las buenas prácticas identificadas mediante la entrega de reportes rutinarios a los equipos quirúrgicos y de pabellones de los establecimientos de la red.

Recomendación 12: Con el objetivo de posicionar al servicio de pabellón como una unidad estratégica dentro del hospital, y así poder gestionar de manera más eficiente la oferta quirúrgica. Se sugiere al director del hospital autogestionado establecer que el servicio de pabellón dependa directamente de la subdirección médica del hospital. Este servicio debe contar con las siguientes unidades bajo su cargo:

1. Unidad de Pabellón Central;
2. Unidad de cirugías ambulatorias;
3. Unidad de Pabellón obstétrico;
4. Unidad Pre quirúrgica.

Este servicio velará por la adecuada coordinación y funcionamiento de cada una de estas unidades.

Recomendación 13: Con el objetivo de promover a las personas más idóneas para gestionar de manera más eficiente la oferta de quirófanos del hospital, se sugiere establecer la siguiente asignación y grado a las jefaturas ligadas a pabellón:

1. Establecer misma asignación de jefe de servicio clínico al jefe del servicio de pabellón;

2. Fijar en grado 6 en la escala de remuneración al profesional que ejerza el cargo de supervisor de pabellón.

2.- Factores hospitalarios que inciden en la utilización de los quirófanos electivos

Recomendación 14: Con el objetivo de gestionar mejor la demanda por atención quirúrgica se recomienda al director del hospital autogestionado implementar una unidad pre quirúrgica dependiente del servicio de pabellón.

Entre las actividades que serán de responsabilidad de esta unidad están:

1. El realizar un seguimiento rutinario al paciente preoperatorio;
2. El facilitar y coordinar con otras unidades hospitalarias las evaluaciones, estudios/exámenes y recursos requeridos por el paciente previo a su estancia;
3. El implementar y gestionar el proceso de priorización;
4. El gestionar el modelo de atención (cerrado, ambulatorio).

Para reforzar y fomentar dicha política también resulta necesario la actuación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los servicios de salud para:

1. Facilitar la realización de pasantías en aquellos establecimientos que han implementado dichas unidades.
2. La identificación y promoción de las buenas prácticas identificadas en aquellos establecimientos que han implementado dichas unidades;
3. La identificación de las brechas a nivel nacional que habría que cerrar para una adecuada implementación de una unidad pre-quirúrgica en los establecimientos de alta complejidad.

Recomendación 15: Para reforzar la política de atención ambulatoria se recomienda al director del hospital autogestionado establecer un plan que tenga como meta alcanzar niveles de atención ambulatoria

acorde a los criterios clínicos establecidos a partir de los diagnósticos y severidad de los pacientes. Dicho plan debe evaluarse y corregirse de manera rutinaria utilizando para ello:

1. Reportes semanales de la atención gestionada por la unidad pre quirúrgica. Parte de la información que debe contener dicho reporte está la relacionada con la atención ambulatoria: cuántas ingresan, cuántas fueron programadas (realizadas, suspendidas), cuántas egresaron dentro de las 8 horas, etc.
2. Los reportes semanales de la actividad quirúrgica de cada uno de los servicios quirúrgicos (Recomendación 9), y;
3. Mecanismos que promuevan la adecuada atención ambulatoria (Recomendación 10).

Recomendación 16: Considerando que el recurso día-cama es un insumo estratégico del hospital, y en particular para la programación de cirugías mayores, se recomienda al Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud modificar el decreto del arancel PPV para:

1. Eliminar el actual pago por día-cama que realiza FONASA, y así pagar exclusivamente el valor día-cama que ya está incorporado en la canasta de las prestaciones del Programa de Prestación Valorada (PPV), o;
2. Que el precio del día-cama vaya tomando progresivamente un valor negativo mayor a medida que pasan más días de sobre estancia (transferencia creciente desde el hospital hacia el nivel central).

Recomendación 17: Con el objetivo de implementar adecuadamente el GRD como herramienta de gestión hospitalaria se recomienda al Ministerio de Salud reforzar la política ministerial de capacitación del equipo asistencial en uso de GRD mediante:

1. La asignación de fondos para capacitar al equipo asistencial en uso de GRD como herramienta de gestión hospitalaria;
2. La actuación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y servicios de salud como promotores del uso de GRD como

herramienta de gestión hospitalaria a través de la entrega de reportes de gestión a los hospitales con la identificación de buenas prácticas y *benchmarking*.

Recomendación 18: Con la necesidad de fortalecer la unidad GRD de cada hospital, se recomienda al director del hospital autogestionado centrar los esfuerzos asociados al uso de tecnologías de la información al desarrollo de soluciones que promuevan una mayor automatización del registro vinculado a la atención de los pacientes. Ello permite generar una adecuada agrupación clínica de pacientes y, por consiguiente, elaborar una adecuada herramienta de gestión hospitalaria.

Recomendación 19: Cerrar la brecha de remuneraciones existente entre los profesionales médicos y no médicos asociado a similares altos cargos públicos.

Recomendación 20: Se recomienda una modificación legal a la Ley No. 19.882 del Ministerio de Hacienda para establecer una asignación especial para los altos directivos públicos del sector salud que son provistos por el *Sistema de Alta Dirección Pública*. Dicha asignación puede definirse como una proporción de la suma de remuneraciones brutas de carácter permanente que corresponda percibir al funcionario.

Para todos los efectos legales, esta asignación no formará parte de la base de cálculo para la determinación del tope relativo a que la remuneración del alto directivo público no puede ser superior a la del subsecretario del ramo según lo dispone esta ley.

Recomendación 21: Realizar una modificación legal a la Ley No. 19.882 del Ministerio de Hacienda para fijar los nuevos impactos asociados al grado de cumplimiento del convenio de desempeño de los altos directivos públicos del sector salud. En particular, se requiere modificar:

1. En el inciso 8vo, letra a) el porcentaje a percibir desde 100 a 110%;
2. En el inciso 8vo, letra b) el guarismo 65 a 80 y el porcentaje a percibir desde 93 a 95%;

3. En el inciso 8vo, letra c) el guarismo 65 a 80 y el porcentaje a percibir, desde 93 a 85%.

Recomendación 22: Dado que los altos directivos públicos del sector salud son considerados cargos de exclusiva confianza para efectos de su remoción, se recomienda incorporar una modificación a la Ley N°19.882 para que estos no sean considerados cargos de exclusiva confianza, de modo que queden exentos de ser removidos por razones que no digan relación con el mérito de su gestión. Para su remoción se considerará los instrumentos de evaluación ya existentes: convenio de desempeño y *Balance Scorecard*.

3.- Gestión de tiempos de espera quirúrgica

Recomendación 23: Promover por parte del Ministerio de Salud la implementación de una política de priorización sobre cirugías electivas No GES en los hospitales de la red mediante:

1. La definición normativa de la lista de espera quirúrgica por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales;
2. La definición de tiempos clínicos de referencia por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales;
3. La estandarización de diagnósticos como procedimientos por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales;
4. La actuación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y servicios de salud como promotores de la priorización a través de presentaciones y discusiones en los hospitales de la red sobre las experiencias de los establecimientos nacionales que han implementado este tipo de política;
5. El fomento de los hospitales y servicios de salud para la realización de pasantías de personal de los servicios quirúrgicos en los establecimientos que han empezado a implementar la priorización.

Recomendación 24: Con el objetivo de hacer una mejor gestión de los tiempos quirúrgicos se recomienda al Ministerio de Salud modificar la Norma Técnica Ministerial No. 118/11 para incluir un registro estándar

en la lista de diagnósticos del paciente. Este registro debe ser codificado bajo el estándar internacional CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud. Para la prestación se debe añadir el registro bajo codificación internacional CIE 9-MC de procedimientos.

Recomendación 25: Con el objetivo de fomentar y promover la priorización de las cirugías electivas se recomiendan las siguientes modificaciones legales para obligar a los establecimientos a publicar los plazos clínicos adecuados de atención quirúrgica de sus casos más recurrentes. Específicamente, se sugiere introducir:

1. En el DFL No. 1 de 2005 de Ministerio de Salud, entre la última frase del numeral 3 y el inicio del numeral 4 del artículo 32, y;
2. En el Decreto No. 38 de 2005 de Ministerio de Salud sobre Reglamento orgánico de los Establecimientos de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, entre la última frase de la letra e) y la letra f) del artículo 18,

el siguiente párrafo:

“Corresponderá al establecimiento publicar por medios públicos, tanto físicos como electrónicos, los plazos clínicos de referencia para la atención de las cirugías electivas más recurrentes, además de informar acerca del modelo de priorización mediante factores de riesgo.”

4.- Esquema de financiamiento hospitalario

Recomendación 26: Para una gestión eficiente de recursos es necesario que los aranceles utilizados para financiar la actividad hospitalaria reflejen los costos reales de las prestaciones.

Dado el **Hallazgo 25** y **Hallazgo 26** se recomienda a la **Dirección de Presupuestos** y al **Ministerio de Salud** desarrollar un registro de costos a nivel de paciente en los hospitales de la red pública, o en su defecto, realizar dicho esfuerzo en una muestra representativa de establecimientos. Este registro debe contener los diagnósticos y

procedimientos de manera estandarizada, siguiendo lo expuesto en la **Recomendación 9**, para poder ser utilizado como una herramienta de gestión al permitir comparar el uso de los recursos de grupos de pacientes con características clínicas similares. Llevar a cabo registros de costos requiere desarrollar un sistema de información paralelo al registro de gasto y tener personal capacitado en esta área.